

REDUÇÃO DE DANOS: UMA ALTERNATIVA AO FRACASSO NO COMBATE ÀS DROGAS

Marjorie Ester Dias Maciel¹, Divane de Vargas²

¹Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Fátima do Sul-MS-Brasil.

²Enfermeiro. Doutor em Enfermagem Psiquiátrica. Professor da Universidade de São Paulo. São Paulo-SP-Brasil.

RESUMO: Esse artigo tem como objetivo realizar uma reflexão sobre o modelo de Redução de danos no uso de drogas em contraposição ao modelo de guerra às drogas. Através de análise de textos que versam sobre o assunto, verifica-se que a Redução de danos, embora tenha surgido no começo do século passado na Inglaterra, só se concretizou como estratégia de saúde para usuários de drogas com o advento da epidemia de HIV/AIDS no início da década de 80 do século passado, relacionada ao uso de drogas injetáveis, ficando suas ações focadas na troca de seringas. No entanto, nos dias atuais ela expandiu a sua perspectiva de minimização de danos em outras situações de uso de drogas, configurando-se como uma alternativa mais viável em face à confirmada falência do modelo hegemônico de guerra às drogas.

DESCRIPTORES: Redução do dano; Drogas ilícitas; Saúde pública.

HARM REDUCTION: AN ALTERNATIVE TO THE FAILURE OF THE WAR ON DRUGS

ABSTRACT: This article aims to undertake a reflection on the Harm Reduction model in drug use as opposed to the 'war on drugs' model. Through analysis of texts which discuss the topic, it is ascertained that Harm Reduction, although it arose in the early years of the last century in the United Kingdom, was only consolidated as a health strategy for drug users with the advent of the HIV/AIDS epidemic in the beginning of the 1980s, related to the use of injectable drugs, with its actions being focused on syringe exchange. However, at the present time its perspective of minimizing harm in other situations of drug use has expanded, and it is now configured as a more viable alternative in the light of the confirmed failure of the hegemonic model of the war on drugs.

DESCRIPTORS: Harm reduction; Illicit drugs; Public health.

REDUCCIÓN DE DAÑOS: UNA ALTERNATIVA AL FRACASO EN EL COMBATE A LAS DROGAS

RESUMEN: Este artículo tuvo la finalidad de realizar una reflexión sobre el modelo de Reducción de daños en el uso de drogas en contraposición al modelo de guerra a las drogas. A través de análisis de textos acerca del asunto, se puede verificar que la Reducción de daños, a pesar de surgir en el comienzo del siglo pasado en Inglaterra, solo se concretizó como estrategia de salud para usuarios de drogas con la epidemia de HIV/SIDA en el inicio de la década de 80 del siglo pasado, referente al uso de drogas inyectable, quedándose sus acciones direccionadas al cambio de jeringas. Sin embargo, en los días actuales, ella se expandió a su perspectiva de minimización de daños en otras situaciones de uso de drogas, configurándose como una alternativa más viable delante de la cierta falencia del modelo hegemónico de guerra a las drogas.

DESCRIPTORES: Reducción del daño; Drogas ilícitas; Salud pública.

Autor Correspondente:

Marjorie Ester Dias Maciel
Faculdade de Administração de Fátima do Sul
Rua Ten. Antonio João, 800 - 79700-000 - Fátima do Sul-MS-Brasil
E-mail: marjorieester@yahoo.com.br

Recebido: 08/09/2014

Finalizado: 30/11/2014

INTRODUÇÃO

O consumo de drogas pelo homem ocorre desde as civilizações arcaicas, as quais conheciam e utilizavam os derivados de ópio e bebidas com conteúdo etílico⁽¹⁾. Nessas civilizações, o uso das substâncias psicoativas possuía significado espiritual e cultural, ficando o seu consumo restrito a determinadas ocasiões, de forma moderada, caracterizando a expressão de religiosidade⁽²⁾.

No entanto, o modo de consumo dos estupefacientes sofreu transformação⁽²⁾. As razões para isso foram mudanças introduzidas na sociedade pela Revolução Industrial no século XVIII⁽³⁾, concomitantemente com a criação de drogas sintéticas como, por exemplo, a cocaína, que se tornou bastante popular no século XIX⁽⁴⁾.

Assim, com a oferta de novos psicoativos e o capitalismo tornando-se modelo econômico hegemônico, a droga torna-se um produto de grande rentabilidade⁽⁴⁾, incluindo as ilícitas que dão origem ao narcotráfico⁽⁵⁾. O álcool e tabaco começam a ser produzidos em larga escala e, uma vez disponível à venda, seu uso é estimulado pela sociedade capitalista, já que a lógica é o consumo desenfreado para gerar lucro.

Diante desse contexto, a dependência de drogas atinge proporções epidêmicas, causando perturbações sociais como o aumento da criminalidade, do narcotráfico, acidentes de trânsito, marginalização e problemas de saúde pública, devido à grande incidência de doenças sexualmente transmissíveis, agravos físicos e mentais, dentre outros⁽⁶⁻⁷⁾.

Por conta disso, o Estado, como mantenedor da ordem social, institui uma política de banimento ou de “guerra às drogas” com tolerância zero ao seu consumo, tornando crime a comercialização de certas drogas⁽⁸⁾. No entanto, devido ao consumo tradicional e a interesses econômicos o álcool e algumas drogas (tabaco, folha de coca, Ayahuasca) têm seu consumo legalizado e tolerado, mas, outras drogas começam a ser ferozmente combatidas⁽⁹⁾.

Logo, a proibição às drogas influenciará as ações públicas, por conseguinte, a ideologia de combate ou “guerra às drogas” se torna dominante, e passa a ver o usuário de droga como um criminoso despido de valor moral, sendo que o consumo e porte da droga tornam-se “caso de polícia”⁽⁹⁾.

Na Saúde Pública o modelo de “guerra às drogas” fica nítido nas campanhas educativas

tradicionais de cunho coercitivo⁽¹⁰⁾, que visam desqualificar o usuário e se valem de *slogans* do tipo “Diga não às drogas” ou “Droga é uma droga”, com o objetivo maior de amedrontar do que informar⁽¹¹⁾. No entanto, a abordagem proibicionista na saúde pública só tem contribuído para afastar os usuários de drogas dos serviços de saúde, colocando-os na condição de doentes ou de criminosos⁽¹²⁻¹³⁾.

Nos dias atuais, a política de “guerra às drogas” prova a sua ineficiência frente ao crescente número de adictos. No entanto, esse modelo é hegemônico no Brasil⁽¹²⁾. Em declaração a um Jornal de expressão mundial o ex-presidente do Brasil e atual presidente da Comissão Global sobre Políticas de Drogas da ONU, Fernando Henrique Cardoso declara que a guerra contra as drogas falhou e que é necessário repensar uma nova política para lidar com esse fato⁽¹⁴⁾.

Nesse contexto, reconhecendo que o banimento total das drogas é inatingível socialmente, o Ministério da Saúde em sua Política Nacional de Atenção a Usuários de Álcool e outras drogas preconiza um novo modo para lidar com o uso de drogas, a Redução de Danos (RD)⁽¹³⁾.

Tal proposta intervém nos problemas relacionados ao uso de drogas de modo humanizado, sem culpabilizar, estigmatizar ou criminalizar o usuário de drogas, ela o compreende não como doente, mas como um sujeito inserido num processo histórico-social, sofrendo influências do meio e agindo mediante um contexto de oferta e consumo de drogas tal como preconiza as demais ações do mundo capitalista⁽¹⁵⁾.

A RD preconiza que na impossibilidade de não conseguir interromper o consumo total da droga o dependente deve minimizar os danos advindos do consumo⁽¹²⁾. Desse modo, a estratégia da RD tem ganhado espaço para lidar com essa questão, mesmo que não seja livre de riscos à saúde.

Assim, por conta da importância que a RD representa na atual conjuntura política ao lidar com a questão das drogas, esse artigo tem por objetivo realizar uma reflexão sobre o modelo de Redução de danos em relação ao uso de drogas.

REDUÇÃO DE DANOS: HISTÓRICO E IMPLANTAÇÃO NO BRASIL

A proposta da RD frente aos usuários de drogas tem sido cada vez mais admitida nos

programas de saúde pública frente à falácia da ideologia proibicionista.

Embora a RD, emerja nesse cenário como algo inovador, ela é antiga, pois a mesma surgiu em 1926 na Inglaterra, com o Relatório de Rolleston quando um grupo de médicos passaram a prescrever cocaína para dependentes, por entenderem que ao fazerem isso estar-se-ia monitorando o consumo dessa substância, frente à incapacidade dos adictos em se manterem abstinente⁽¹¹⁾.

Essa estratégia permaneceu escamoteada, até que na década de 80 com o advento da epidemia de HIV/AIDS, foi retomada na Holanda através da promoção de trocas de agulhas e seringas por usuários de drogas injetáveis, e logo se espalhou para toda a Europa e mundo⁽¹³⁾.

No Brasil, a RD teve início em 1989 na cidade de Santos, estado de São Paulo, quando um serviço começou a distribuir seringas e agulhas para usuários de drogas injetáveis, devido ao fato de que 60% dos indivíduos infectados pelo vírus HIV eram usuários de drogas injetáveis⁽¹⁵⁾.

Porém, essa ação foi proibida pelo Ministério Público por interpretar como estímulo ao uso de drogas. Por conta disso, a RD começou a ser implantada no país na década de 90⁽¹⁶⁾. Dessa maneira, devido ao predomínio da ideologia proibicionista de drogas, o Brasil ficou pelo menos 10 anos em atraso para a introdução da RD, em relação aos países europeus.

Foi somente em 2002 que o Ministério da Saúde incorporou oficialmente a RD através da sua implantação nos Centros de Atenção Psicossocial – álcool e drogas – CAPS-ad. E, em 2003, confirmou a RD como eixo principal para lidar com a problemática das drogas dentro da Política Nacional de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas⁽¹⁷⁾.

Apesar disso, a intensificação das interações involuntárias de usuários de crack adotada pelo governo do Estado de São Paulo no início da década dos anos 2000 reafirma a ideologia proibicionista no país, por retroceder ao modelo manicomial e perpetuar o ciclo da exclusão social^(6,8).

CONCEITO E ATIVIDADES DA REDUÇÃO DE DANOS

Para a RD não há um conceito único, ela engloba conceitos que são opostos àqueles

ligados ao paradigma proibicionista, como: usuário versus doente; uso com redução de danos versus proibição; uso versus crime⁽¹⁶⁾.

A RD pode ser traduzida por posturas, atitudes, práticas cujo objetivo é contribuir para mudança do pensamento social diante das drogas, almejando que as pessoas usuárias de drogas sejam respeitadas em seus direitos, desejos e necessidades, configurando-se assim, como uma proposta ética e consolidando-se como resposta social à produção, ao comércio e ao consumo de drogas e alternativa no campo da saúde pública⁽¹²⁾.

Muito mais do que simples trocas de seringas e agulhas a RD, compreende outras atividades, como a inclusão social dos marginalizados pelo uso de drogas, o ensino do autocuidado aos dependentes químicos, educação e promoção da saúde, distribuição de condom para prevenir as doenças sexualmente transmissíveis, incentivo à vacinação contra Hepatite B e Tétano, acessibilidade às ações e aos serviços de saúde, orientação na substituição de droga pesada por drogas menos prejudiciais, como por exemplo, heroína por metadona, cocaína injetável por cocaína em pó, cocaína em pó por folha de coca, uso de maconha ou cocaína para superar a fissura pelo crack, e em alguns casos a redução do consumo⁽¹¹⁾.

As atividades de RD aplicam-se também às drogas lícitas, como por exemplo, uso de benzodiazepínicos para tratamento da dependência alcoólica, uso de adesivos de nicotina, cigarro elétrico e goma para tratamento do tabagismo, substituição do fumo de palha pelo fumo industrializado para os tabagistas que não desejam cessar o uso do tabaco⁽¹⁷⁾.

Todas essas atividades são praticadas colocando o cidadão como protagonista no cuidado à sua saúde, respeitando a sua escolha, apesar de reconhecer riscos à sua saúde inerentes a essa escolha⁽¹⁸⁾.

Ressalta-se que a RD não é contra a abstinência de drogas, porém na inatingibilidade desse ideal, dialoga com o usuário outra forma de consumo, a menos prejudicial possível que o usuário possa alcançar⁽¹³⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente admite-se que na impossibilidade de existir uma sociedade livre de drogas, e na

falência do modo hegemônico de combate às drogas em conter os danos individuais e sociais causados pelo uso nocivo de drogas e os seus impactos na saúde pública, a política da RD pode ser uma alternativa viável na assistência ao usuário de drogas.

Obviamente que como modelo contra-hegemônico, a RD enfrentou e, ainda, enfrenta barreiras para se estabelecer e firmar-se como política de saúde pública dentro do estado brasileiro. No entanto, a RD tem ganhado destaque devido à inclusão social e melhora na situação de saúde daqueles que estão à margem da sociedade devido ao uso de drogas.

Destarte, conclui-se que o modelo hegemônico ainda está bastante arraigado na sociedade e que o atual cenário é de mudanças na forma de auxiliar o usuário de drogas no cuidado com sua saúde, sendo assim, a RD representa um importante papel nesse cuidado e uma grande perspectiva de vislumbrar alternativas de assistência no uso de drogas, considerando a realidade presente e as possibilidades reais de intervenção neste processo tão nocivo ao ser humano.

REFERÊNCIAS

1. Peixoto C, Prado CHDO, Rodrigues CP, Cheda JND, Mota LBD, Veras AB. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um centro de atenção psicossocial a usuários de álcool e drogas (CAPSad). *J. bras. psiquiatr.* 2010;59(4):317-21.
2. Laranjeira R. Legalização de drogas e a saúde pública. *Cienc. saude colet.* 2010;15(3):621-631.
3. Soares CB, Campos CMS, Leite AS, Souza CLL. Juventude e consumo de drogas: oficinas de instrumentalização de trabalhadores de instituições sociais, na perspectiva da saúde coletiva. *Interface, Comun., Saúde, Educ.* 2009;13(28):189-99.
4. Fiore M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos estud. CEBRAP.* 2012;(92):9-21.
5. Garcia MLT, Leal FA. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *Psicol. soc.* 2008;20(2):267-76.
6. Raupp L, Adorno RCF. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). *Cienc. saude colet.* 2011;16(5):2613-22.
7. Sodelli M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. *Cienc. saude colet.* 2010;15(3):637-44 .
8. Lima RCC, Tavares P. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas: enfrentamento ao crack e proibicionismo. *Argumentum.* 2013;4(2):6-23.
9. Santos JAT, Oliveira MLFO. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. *J Nurs Health.* 2013;4(1): 82-9.
10. Maciel MED. Educação em saúde: conceitos e propósitos. *Cogitare enferm.* 2009;14(4):773-6.
11. Fonsêca CJB. Conhecendo a redução de danos enquanto uma proposta ética. *Psicologia & Saberes.* 2012;1(1):11-36.
12. Coelho HV. A atenção ao usuário de drogas na Atenção Básica: elementos do processo de trabalho em UBS [dissertação]. São Paulo (SP):Universidade de São Paulo; 2012.
13. Silva SM, Soares CB, Santos VE. An evaluation of the Harm Reducion Unit in Santo André City, São Paulo State, Brazil. *Social Medicine.* 2010; 5(3):161-7
14. Cardoso FHC. The war on drugs has failed. Now we need a more humane strategy. *The Observer.* [Internet] 2009. [acesso em 20 ago 2014]. Disponível: <http://www.guardian.co.uk/world/2009/sep/06/brazil-cardoso-war-drugs-decriminalisation>
15. Santos VE, Soares CB, Campos CMS. A produção científica internacional sobre redução de danos: uma análise comparativa entre MEDLINE e LILACS. *SMAD.* [Internet] 2012;8(1). [acesso em 30 ago 2014]. Disponível: <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos/SMAD%20v8n1%20a07.pdf>
16. Andrade TM. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Cienc. saude colet.* 2011;16(12):4665-74.
17. Nardi HC, Rigoni RQ. Mapeando programas de redução de danos da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. saude publica.* 2009;25(2):382-92.
18. Cruz MS. Redução de danos, prevenção e assistência. In: *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias.* Brasília: Ministério da Justiça/SENAD; 2011, p.155-77.