**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

VILMAR EZEQUIEL DOS SANTOS

**O OBJETO/SUJEITO DA REDUÇÃO DE DANOS: UMA ANÁLISE
DA LITERATURA DA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA**

**SÃO PAULO
2008**

VILMAR EZEQUIEL DOS SANTOS

**O OBJETO/SUJEITO DA REDUÇÃO DE DANOS: UMA ANÁLISE
DA LITERATURA DA PERSPECTIVA DA SAÚDE COLETIVA**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para obtenção do Título de
Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração:
Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Cássia Baldini Soares

**SÃO PAULO
2008**

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Santos, Vilmar Ezequiel.

O objeto/sujeito da redução de danos: uma análise da literatura da perspectiva da saúde coletiva. / Vilmar Ezequiel dos Santos. – São Paulo: V.E.Santos; 2008.
210 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Cássia Baldini Soares

1. Drogas de abuso (prevenção e controle) 2. Saúde pública 3. Sujeitos experimentais
4. Literatura (pesquisa; revisões)

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Vilmar Ezequiel dos Santos

Título: O objeto/sujeito da redução de danos: uma análise da literatura da perspectiva da Saúde Coletiva

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*São muitas as pessoas que me fizeram e fazem
chorar e sorrir pela dor e a delícia do amor, mas
incomparáveis.*

*Às lembranças de minha querida e falecida mãe
Maria e de meu querido e falecido pai Arlindo:
quantas coisas ainda eu desejaria ter compartilhado!*

*Às minhas adoráveis filhas Mariana e Letícia e ao
meu pequenino Arthur.*

*À minha querida ex-esposa Luzia de uma vida de
longos anos juntos.*

*Aos meus queridos irmãos Paulo e Gilberto e a
minha querida irmã Fátima.*

Agradecimentos

A todas as pessoas da Escola de Enfermagem que desde os primeiros contatos e durante todo o percurso do estudo me forneceram as melhores condições e me acolheram tão bem.

À Cássia, minha orientadora, por toda a paciência e amizade nos momentos difíceis, pelo estímulo intelectual e pela pessoa admirável e capaz.

À Célia, do Departamento de Saúde Coletiva, por estar presente em todo o processo e pelo estímulo a sempre fazer um bom trabalho: admiro-te.

A todas as pessoas estudantes e profissionais por quem tive a oportunidade de trocar conhecimentos e experiências durante o tempo em que participei do grupo “Fortalecimento e desgaste no trabalho e na vida”.

À Secretaria de Saúde de Santo André que me forneceu a base para que todo o projeto fosse sustentado e bem utilizado no plano do trabalho.

A todas as pessoas de Santo André: equipe de redução de danos, do NAPS AD, do Departamento de Assistência à Saúde e outros setores, que estiveram bem próximas em todo o percurso: grato pela compreensão e a solidariedade.

Ao meu chefe e grande amigo Décio de Castro Alves pela pessoa humana e admirável, a quem precisariam muitas palavras para descrever o apoio solidário e profissional: sou muito grato a Ti.

À Rossana por me estimular em muitos momentos a continuar e persistir nos objetivos: mesmo longe esteve sempre perto.

À minha família por quem dedico todo este trabalho, razão principal da minha vida e da minha existência: sei que doeu em todos.

A existência da resistência nos obriga então a reconhecer que o sujeito se encontra ainda presente, não obstante a fragmentação ampla, geral e irrestrita promovida pela contemporaneidade. É a isso que temos de ficar bem atentos, atentos ao lance e de olhos bem abertos, pois a resistência indica a efetividade do desejo que circula entre os corpos. Desejo de resistência, enfim, pelo qual o contrapoder se opõe às artimanhas da fragmentação e do poder.

*Joel Birman
Arquivos do mal-estar e da resistência, 2006*

Santos VE. O objeto/sujeito da redução de danos: uma análise da literatura da perspectiva da Saúde Coletiva. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo descrever e analisar o objeto/sujeito da redução de danos, a partir da literatura brasileira, tendo como perspectiva teórica os fundamentos da Saúde Coletiva. A literatura internacional mostra que a redução de danos vem sendo adotada e difundida em vários países. A América do Norte e a Europa focalizam o debate na avaliação de estratégias em alguns segmentos populacionais, mas o debate teórico e político parece se concentrar na América Latina, notadamente no Brasil. Para compreender as tendências desse debate no Brasil, selecionou-se 44 publicações nacionais, no período de 1994 a 2006, tendo como referência o LILACS. A análise do material mostrou que a redução de danos tomou inicialmente como objeto as doenças transmissíveis, especialmente a AIDS sendo a finalidade do trabalho a prevenção desses problemas entre usuários de droga injetável. Com o objeto assim circunscrito, atingia-se populações usuárias de drogas consideradas marginalizadas ou excluídas. As primeiras formulações teóricas que orientaram as práticas encontravam-se entremeadas de críticas às abordagens e terapêuticas que unicamente perspectivavam a abstinência. Apesar da crítica por vezes contumaz aos modelos rígidos e intolerantes de combate às drogas, a finalidade de abstinência persistia nos discursos de uma parcela considerável daqueles que acabavam adotando, em maior ou menor grau, a orientação da redução de danos. Dada a envergadura que o fenômeno do consumo de drogas assumiu contemporaneamente, o que levou ao envolvimento de diversas áreas com esse objeto, o debate teórico em torno da redução de danos se ampliou. A adoção de práticas de redução de danos, diante das crescentes contradições sociais e de saúde que envolvem o complexo sistema das drogas, colocou para a arena das discussões acadêmicas e dos serviços, o tema da ética, dos direitos humanos, do engodo proibicionista, entre outros. A redução de danos foi se constituindo então como um “movimento” político, que procurava dar respostas a essas contradições. Dessa forma, o desenvolvimento de práticas de redução de danos - majoritariamente apoiadas por ONGs e organismos internacionais - passou a ser tolerado pela sociedade civil e legitimado pelo Estado. Assim, aceita pela *nova saúde pública*, passou a incorporar os conceitos de estilo e qualidade de vida e de promoção da saúde, imprimindo então mudanças no objeto de atenção. Nessa perspectiva, o que se busca é a melhoria “dos modos de vida” dos usuários, conquistada pela qualificação e preparação da “comunidade” para cuidar de sua saúde. Esvazia-se, dessa forma, o debate político, confinando-se a discussão do problema do consumo de drogas à dimensão particular, responsabilizando-se indivíduos, famílias e comunidades por um problema cujas raízes encontram-se no mal-estar contemporâneo. Alternativamente, a Saúde Coletiva vem se apresentando como um campo importante de resgate do caráter social e político da redução de danos que impeça sua transformação em um mero acessório de manutenção dos interesses capitalistas. Sugere-se, portanto, neste trabalho que a construção dos saberes e das respostas sociais relativas ao complexo sistema das substâncias psicoativas vincule-se, através de categorias de análise totalizantes, aos processos globais da sociedade contemporânea e às suas contradições.

Descritores: redução de danos, saúde coletiva, sujeito, drogas de abuso, revisão bibliográfica.

Santos VE. The object/subject of harm reduction: an analysis of literature through collective health perspective [essay] São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2008.

ABSTRACT

This essay had the goal of describing and analyzing the object/subject of harm reduction, based on Brazilian literature, having as theoretical perspective the Collective Health bases. International literature shows that harm reduction has been adopted and spread in several countries. North America and Europe focus the debate on the evaluation of strategies in some population segments, but the theoretical and political debate seems to be massed in Latin America, remarkably in Brazil. To understand the tendencies of this debate in Brazil, 44 national publications were selected, from 1994 to 2006, having LILACS¹ as reference. The analysis of this material showed that harm reduction initially objectified contagious diseases, especially AIDS, aiming the prevention of these problems among injecting drug users. Having circumscribed such object, marginalized or excluded drug users were considered. The first theoretical conclusions that guided the practices were highly critical of the approaches and therapeutics that only focused on abstinence. Although criticism being recalcitrant to the tough and intolerant models of drug combat at times, the focus on abstinence was supported by most of those who ended up adopting, totally or partially, harm reduction orientation. For as much as the increase on contemporary drug use, which has lead several areas to study this phenomenon, the theoretical debate on harm reduction was extended. The adherence to harm reduction practices, in the face of increasing social contradictions, brought to academic and service discussions the topic of ethics, human rights, prohibitionist decoy, etc. Then, harm reduction became a political movement that aimed at solving these contradictions. In that rate, the development of harm reduction practices – mostly supported by NGOs and international organizations – became tolerated by civil society and legitimated by the State. Thus, accepted by the *new public health*, it incorporated life quality and style concepts and health planning, causing great changes at the subject studied. In this perspective, the aim is improving the users' way of life, achieved by the qualification and preparation of "community" to be aware of health issues. The political debate is then over, and the drug use discussion is confined to a quite particular dimension, blaming individuals, families and communities for a problem which was originally found in the contemporary malaise. Alternatively, Collective Health has been of great importance on recalling social and political awareness of harm reduction in order to inhibit its transformation in a tool of capitalism. It's suggested therefore, in this essay that knowledge acquisition and social answers related to the complex psychoactive substances system is linked to the global procedures of contemporary society and its contradictions.

Descriptors: harm reduction, collective health, subject, drugs of abuse, bibliographic review.

¹. Literature in the Health Sciences in Latin America and the Caribbean - an on-line bibliographic database in medicine and health sciences, maintained by the Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	14
2 A REDUÇÃO DE DANOS	17
2.1 AS ORIGENS DA REDUÇÃO DE DANOS	17
2.2 HISTÓRICO E CONSTITUIÇÃO DA REDUÇÃO DE DANOS COMO UM CAMPO TEÓRICO E PRÁTICO	21
2.3 OS EMBATES ATUAIS EM TORNO DA REDUÇÃO DE DANOS	25
3 REVISÃO DA LITERATURA INTERNACIONAL	31
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	49
4.1 O CAMPO TEÓRICO-METODOLÓGICO DA SAÚDE COLETIVA: ORIGEM E CONTEXTO	49
4.2 A REDUÇÃO DE DANOS PARA A SAÚDE COLETIVA OU A SAÚDE COLETIVA PARA A REDUÇÃO DE DANOS?	59
4.2.1 O objeto da redução de danos	59
4.2.2 O sujeito da redução de danos	65
4.2.3 A unidade objeto/sujeito da redução de danos	68
5 OBJETIVOS	72
6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	74
6.1 TIPO DE PESQUISA	74
6.2 A SELEÇÃO DOS TRABALHOS	75
6.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO	76
7 ANÁLISE E DISCUSSÃO	79
7.1 ASPECTOS GERAIS E CARACTERÍSTICAS DOS TRABALHOS ANALISADOS	79
7.2 O QUE DIZEM OS TEXTOS SOBRE O OBJETO E O SUJEITO DA REDUÇÃO DE DANOS?	81
7.2.1 Quando o objeto da redução de danos é a dependência	82
7.2.1.1 O sujeito é o dependente	82
7.2.2 Quando o objeto da redução de danos são as doenças transmissíveis, com ênfase no hiv/aids e outros agravos à saúde	88
7.2.2.1 O sujeito é o usuário de drogas das populações marginalizadas e excluídas	88
7.2.3 Quando o objeto da redução de danos é o uso de drogas	99
7.2.3.1 O sujeito é o usuário de drogas	100
7.2.4 Quando o objeto da redução de danos é modo de viver	111
7.2.4.1 O sujeito da redução de danos é a comunidade	114
7.2.5 Quando o objeto da redução de danos são os riscos sociais	125
7.2.5.1 O sujeito é a população em geral	125
7.2.6 Quando o objeto da redução de danos é a condição existencial	128
7.2.6.1 O sujeito é um ser humano a-histórico e invariável	128
7.2.7 Quando o objeto da redução de danos é o complexo produção-comércio-consumo de substâncias psicoativas	137
7.2.7.1 O sujeito são os grupos sociais compreendidos na dimensão de classe social	137
7.2.7.2 A redução de danos se apresenta como um novo paradigma teórico-político para o campo das substâncias psicoativas	138
7.2.7.3 A redução de danos se apresenta crítica em relação à vertente criminalizadora	144
7.2.7.4 A redução de danos tem como concepção a determinação social do consumo prejudicial de substâncias psicoativas	155
7.2.7.4.1 A perspectiva histórico-dialética	155
7.2.7.4.2 A droga como mercadoria e os interesses do capital	159
7.2.7.4.3 A classe social	169
7.2.7.5 A redução de danos se reveste da perspectiva da educação emancipadora	178
7.2.7.5.1 O sujeito emancipado e politizado	180
8 CONCLUSÕES	183
REFERÊNCIAS	194
ANEXO	206

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - País de origem das publicações referentes à revisão bibliográfica sobre redução de danos realizada no MEDLINE no período de 1996-2006, São Paulo-2006.....	32
Tabela 2 - Ano das publicações referentes à revisão bibliográfica sobre redução de danos realizada no MEDLINE no período de 1996-2006, São Paulo-2006.	33
Tabela 3 - Tema principal das publicações referentes à revisão bibliográfica sobre redução de danos realizada no MEDLINE no período de 1996-2006, São Paulo-2006.....	34
Tabela 4 - País de referência das publicações referentes à revisão bibliográfica sobre redução de danos realizada no LILACS, São Paulo-2006.	40
Tabela 5 - Ano de Publicação referente à revisão bibliográfica sobre redução de danos realizada no LILACS, São Paulo-2006.	41
Tabela 6 - Tema principal das publicações referentes à revisão bibliográfica sobre redução de danos realizada no LILACS, São Paulo-2006.....	42

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Desde 1996, quando comecei a trabalhar como psicólogo na área de políticas públicas sobre drogas, na ocasião compondo uma equipe multiprofissional de um Centro de Tratamento para Usuários de Drogas Psicoativas, na Cidade de Diadema, denominado “Espaço Fernando Ramos de Silva”, tenho me deparado com diversas questões controversas que envolvem essa temática.

Para orientar nossas práticas nesse Município da Grande São Paulo, se fazia necessário um novo modelo de atenção à saúde para usuários de drogas, em contraposição à forma tradicional desenvolvida nas últimas décadas, em que os usuários de substâncias psicoativas que necessitavam de atenção nos serviços públicos de saúde necessariamente tinham que se submeter ao modelo que preconiza a abstinência, ou seja, somente aqueles que desejavam ou conseguiam ficar abstinentes recebiam atendimento. Essa era a perspectiva defendida tanto pela comunidade científica como pelos poderes políticos da municipalidade, conformando-se, em função disso, como a única forma conhecida e veiculada pela população local. O fato de uma equipe de trabalho propor formas alternativas de intervenção resultou em vários conflitos e embates tendo, de um lado, a reprodução desse modo tradicional de tratar a questão drogas e, de outro, o nascimento de um “novo pensamento” crítico e gerador de práticas diversificadas e contextualizadas em relação à realidade da população local.

A equipe era constituída por técnicos da Prefeitura de Diadema somados a profissionais oriundos do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes – PROAD – da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, que já desenvolviam na ocasião práticas de prevenção e tratamento baseadas em referenciais distintos daqueles da política de guerra às drogas. O modelo assistencial propunha então uma relação direta com a população através de debates e seminários. A proposta de tratamento considerava a singularidade dos usuários de drogas e buscava a construção

conjunta de projetos terapêuticos a partir do desejo e das possibilidades individuais.

Outro marco controverso foi a implementação de um projeto de redução de danos, de início para usuários de droga injetável (cocaína); grupo social excluído que não buscava atenção na rede tradicional de saúde. O projeto de redução de danos trouxe a perspectiva de incluir no rol das preocupações políticas da cidade a oferta de ações de saúde para usuários de drogas e populações que, devido a condições de vida específicas e a um processo de estigmatização e marginalização social não acessava os serviços de saúde.

Atualmente o trabalho que realizo na Secretaria de Saúde de Santo André, junto ao Programa de Saúde Mental e na gestão das políticas de drogas, com as equipes que trabalham na perspectiva de redução de danos e de tratamento da dependência de drogas, tem trazido questões de difícil resposta prática, tanto no que se refere ao conjunto de intervenções visando o acesso às ações de saúde, quanto relativas à qualidade e efetividade dessas ações para resolver situações de maior grau de complexidade. Verifica-se, dentre outras questões estruturais, a ausência de referenciais teórico-metodológicos para que as equipes consigam dar respostas adequadas a problemas complexos.

A experiência positiva com o trabalho de redução de danos, decodificando na prática seus pressupostos e estratégias, e ao mesmo tempo as dificuldades e obstáculos para que essa experiência produza mudanças nas políticas públicas que orientam o trabalho com usuários de drogas, é o ponto de partida que me instiga a propor esta pesquisa. Os dez anos que se somam de trabalho dedicados à implantação de políticas fundamentadas no modelo da redução de danos na cidade de Diadema e no presente momento em Santo André, na região do ABC na grande São Paulo, e a participação direta no movimento de afirmação desta prática no Brasil, através do debate em eventos nacionais e internacionais, certamente ajudam a sedimentar as bases para composição do estudo pretendido.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O objeto deste trabalho é a Redução de Danos (RD) recortada a partir da análise da literatura brasileira sobre o tema, sob a perspectiva da Saúde Coletiva. Parte-se do pressuposto de que a redução de danos tem se apresentado como uma alternativa na área de drogas, que resgata aspectos éticos e humanos da relação entre políticas de saúde e consumidores de drogas, sem, no entanto, demonstrar claramente em que bases teóricas está ancorada.

A redução de danos, como qualquer prática social, reflete as diferentes concepções em disputa no campo dos saberes e das práticas sobre a produção, o comércio e o consumo de substâncias psicoativas, podendo-se falar concretamente na existência de várias reduções de danos.

De maneira geral é possível afirmar que foi a partir do fortalecimento e da efetividade da redução de danos no campo da AIDS que esta se afirmou como uma estratégia de saúde pública e se desenvolveu em vários países, assumindo características diferenciadas em razão dos contextos e das políticas nacionais e internacionais.

O Brasil se apresenta como um país de forte tradição na implantação de políticas de redução de danos e dessa forma sedia parcela considerável das discussões teóricas que amparam as práticas. Compreender e sistematizar essas discussões se apresenta como uma tarefa fundamental para o campo da Saúde Coletiva.

Nesse sentido, o que se pretende nesse trabalho é proceder a uma análise das produções científicas que tratam da redução de danos relacionada ao consumo de drogas no Brasil, considerando suas potencialidades e limitações para a constituição de um modelo de compreensão e ação ético e humano, construído à luz dos pressupostos da Saúde Coletiva.

Para tanto, este trabalho foi organizado da seguinte forma: o capítulo I apresenta um histórico da redução de danos e os principais embates teóricos em âmbito internacional; no capítulo II procura-se demonstrar a situação atual da

redução de danos, através de revisão sistematizada da bibliografia internacional, destacando-se as dimensões teórica e prática nos diferentes contextos em que foi se desenvolvendo. A revisão bibliográfica internacional foi realizada através das bases MEDLINE (1996 a 2006) e LILACS (toda a produção), com o objetivo de apoiar a definição do problema e do objeto de estudo; já no terceiro capítulo explicita-se o marco teórico-metodológico da Saúde Coletiva que serviu de base para a análise das publicações brasileiras. A partir deste foram constituídas as categorias de análise que tratam do objeto e do sujeito da redução de danos. Explicitam-se no quarto capítulo os objetivos desta investigação; o quinto capítulo apresenta os procedimentos metodológicos responsáveis pela seleção e análise das publicações brasileiras; no sexto capítulo apresenta-se a análise e discussão das publicações selecionadas, procurando-se demonstrar como o objeto e sujeito da redução de danos foram referidos. Finalmente, o último capítulo apresenta as conclusões desta pesquisa.

A Redução de Danos

2 A REDUÇÃO DE DANOS

2.1 AS ORIGENS DA REDUÇÃO DE DANOS

A redução de danos como teoria e prática se consolidou na interface do campo das respostas sociais à produção, comércio e consumo de substâncias psicoativas e do campo da saúde pública – respostas do setor saúde. Portanto se torna esclarecedor abordar, mesmo que brevemente, alguns aspectos que remetem às raízes da construção das políticas para o campo das drogas.

A partir do início do século XX vai ficando mais evidente a instauração de períodos e contextos de maior ou menor intolerância em relação à presença das drogas psicoativas nas sociedades. De maneira geral o século passado representou um período de grande intolerância social em relação a um certo conjunto de drogas psicoativas e de fortalecimento de políticas proibicionistas, criminalizadoras e repressivas. Essas políticas, visando o controle sobre a produção, o comércio e o consumo de um conjunto de substâncias psicoativas, se basearam em critérios de várias ordens: morais, científicos, políticos, entre outros. Porém cabe assinalar que os argumentos oficiais mudam de acordo com os interesses econômicos e políticos em jogo e com a necessidade do controle do Estado sobre os indivíduos e grupos sociais que ameaçam a ordem estabelecida. Nesse sentido as drogas passaram do início do século XX em diante a ser objeto de grande interesse internacional, conforme refere Carneiro (2002:115):

O papel histórico das drogas no comércio mundial adquire importância crescente no século XX. Na época atual de predomínio financeiro, o principal ramo do comércio mundial é o das drogas, se incluirmos aí os cerca de 500 bilhões de dólares do tráfico ilícito, e acrescentarmos os capitais das drogas legais, como o álcool e o tabaco, mas também o café, o chá, etc., além das drogas da indústria farmacêutica.

À diferença de períodos históricos anteriores a partir do século XX o consumo de drogas adquiriu dimensões mais amplas e se tornou objeto de maior preocupação por parte dos governos.

O fenômeno do consumo contemporâneo de drogas distingue-se das formas de consumo e regulamentação que existiram em outras épocas. O século XX foi o momento em que esse consumo alcançou a sua maior extensão mercantil, por um lado, e o maior proibicionismo oficial por outro. Embora sempre tenham existido, em todas as sociedades, mecanismos de regulamentação social do consumo das drogas, até o início do século XX não existia o proibicionismo legal e institucional internacional (Carneiro, 2002:115).

Rodrigues (2005:293) refere que antes de se consolidar o proibicionismo como uma política oficial algumas drogas eram disputadas nos mercados lícitos de vários países.

[...] no início do século XX, drogas hoje proibidas, como a cocaína e a heroína, faziam parte de um lucrativo mercado legal que envolvia interesses de potências do período, suas indústrias farmacêuticas e suas estratégias geopolíticas no globo. Estados europeus como Inglaterra, França, Alemanha, Holanda e Portugal tinham como um dos principais itens de suas políticas coloniais a produção de matéria-prima para a industrialização de psicoativos largamente comercializados, principalmente o ópio e seus derivados.

Neste período vários conflitos e guerras ocorreram em razão da atenção ao livre-comércio de psicoativos. Dentre elas a guerra do ópio no final do século XIX e início do século XX, encampada pelos EUA em concordância com o governo chinês, que pressionaram os estados ocidentais com interesses no ópio e na região para uma conferência que discutisse limitações para o mercado do ópio. Esse movimento, reforçado pelas redes de igrejas protestantes que predicavam contra os hábitos tidos como pecaminosos e degenerescentes, foi se fortalecendo a partir da segunda metade do século XIX (Escohotado apud Rodrigues, 2005:294). Nesse contexto há a junção de forças políticas e religiosas em defesa da causa proibicionista.

[...] O tema das drogas e sua proibição alcançou um ponto de inflexão quando elas foram instrumentalizadas como estratégia eficaz de controle social. Isso porque as práticas moralistas engendraram uma associação direta entre determinados psicoativos e minorias vistas como perigosas por seus hábitos e procedências. Assim, chineses eram relacionados ao uso abusivo de ópio, negros ao de cocaína, irlandeses ao de álcool, hispânicos ao de maconha.

Lançam-se assim os principais elementos que hoje se somam para dar contorno político e social às drogas como um campo de grande importância: as drogas como ameaça moral, como questão de saúde pública e como problema de segurança pública (Rodrigues, 2005).

Antonio Escohotado (1989) em sua obra sobre a “Historia General de las Drogas” discute os vários contrapontos da história do homem com as substâncias que alteram os estados de consciência, sendo que em alguns momentos se confrontam ideais de uma sociedade sem drogas e em outros se corrobora a existência de um mercado tão aberto como o de publicidade ou espetáculos. Nesse sentido evidencia que a atitude da sociedade em relação às drogas psicoativas sofre alterações em decorrência do momento histórico e das conformações econômicas, políticas, ideológicas e sociais preponderantes. O modo como cada sociedade concebe e interpreta o fenômeno das drogas vai ser decisivo em relação à determinação do conjunto de mecanismos sociais que reproduzem o fenômeno.

A política internacional oficial para a área de drogas, conforme artigo de Zaluar (2002), tem tido, desde os primórdios do século XX, um caráter contundente e repressivo por parte do Estado, principalmente no que tange às substâncias ilícitas consideradas de *maior risco social* e para a saúde. Em alguns tratados internacionais, dentre eles a Convenção Única sobre Estupefacientes, aprovada, em 1961, pela Organização das Nações Unidas (ONU), a utilização das drogas passou a ser demasiado restrita para circunstâncias terapêuticas, tendo em vista a criação e proliferação de leis com objetivos de proibir a produção, o comércio e o consumo de um grupo de substâncias (heroína, cocaína, cannabis, LSD, etc.), prevendo inclusive a criminalização do consumo, sujeito a penalidades severas. Essas mudanças foram fortalecidas pela política do *Just Say No* (Diga Não às Drogas), desencadeada pelos Estados Unidos e disseminada pelo mundo, servindo de base para definição de políticas em muitos países, inclusive no Brasil. Artigo da autora ressalta que

[...] à frente da war on drugs (guerra às drogas) desde o final dos anos 70, os Estados Unidos vêm adotando uma política repressiva, violenta e inútil, na tentativa de conter a produção e a comercialização de drogas. O objetivo é diminuir o consumo interno, que em vários Estados também é reprimido por lei (Zaluar 2002:32).

As políticas públicas oficiais de guerra ou combate às drogas têm como ponto central um modelo jurídico-moral e médico, repressor e criminalizador em relação à produção, comércio e consumo das substâncias ilícitas. Isso já foi bem

estudado por outros autores que analisaram, no decorrer da história, os princípios e consequências da proibição por ângulos diversos (Ribeiro, Seibel, 1977; Escohotado, 1989; Bucher, 1992; Zaluar, 2005; Ott, 2000; Carneiro, 2002; Karam, 2003; Carneiro, 2005). Dentre esses autores, Carneiro (2005:16) se refere à droga como uma mercadoria que agrega interesses econômicos, políticos e culturais e discute as contradições que permeiam as políticas proibicionistas.

[...] O controle do fluxo dessas mercadorias tão importantes na história da humanidade articula interesses econômicos, políticos e culturais. Desde o início do século XX, o fenômeno do proibicionismo, que se iniciou com a proibição do comércio do álcool durante a Lei Seca nos Estados Unidos (que vai de 1920 a 1933) ou então, como hoje em dia, submetendo as drogas a uma legislação que permite algumas, como álcool, tabaco, café, produtos da indústria farmacêutica como benzodiazepínicos e antidepressivos, e proíbe outras, como os derivados do ópio, cannabis, coca, além de praticamente todas as plantas de usos sagrados nas culturas indígenas.

Também sobre este tema outros autores apontam contradições da divisão entre drogas lícitas e ilícitas.

[...] Desde el principio, la enumeración hecha por las leyes topó con una enojosa realidad: ni eran todos los que estaban ni estaban todos los que eran. Tras décadas de esfuerzos por lograr una definición “técnica” del estupefaciente, la autoridad sanitaria internacional declaró el problema insoluble por extrafarmacológico, proponiendo clasificar las drogas en lícitas e ilícitas (Escohotado, 1989:19).

[...] Es evidente que los millones de usuarios contemporáneos de enteógenos prohibidos se están riendo de las leyes que supuestamente los prohíben e que, ciertamente no carecen de la astucia necesaria para burlarlas. Siempre ha ocurrido lo mismo con las leyes que intentan regular apetitos legítimos de los seres humanos, y no hay duda de que tales leyes constituyen un abuso del poder gubernamental [...]. La política prohibicionista también causa daños a la salud pública. Ciertas drogas embriagantes prohibidas actualmente tiene valiosas propiedades terapéuticas y, por consiguiente, una capacidad de aliviar el sufrimiento humano. Sin embargo, no se estudian sistemáticamente ni se desarrollan como productos farmacéuticos, debido al mal nombre que les dio su errónea clasificación legal (Ott, 2000:21-5).

Baratta (1994: 33) refere que,

[...] a criminalização da droga expõe o sistema penal a graves contradições internas. O elevado índice de reincidência e o escasso êxito preventivo, que são características gerais da intervenção do sistema carcerário sobre o problema da droga, expõe o sistema da justiça penal a uma crise potencial de legitimação e credibilidade,

ainda mais evidente do que a que produz, de maneira geral, com relação ao impacto do sistema carcerário sobre os problemas sociais.

Essa breve contextualização histórica, de consolidação das políticas internacionais, põe em evidência a natureza das contradições e interesses atuais no campo das substâncias psicoativas. Assim, é possível perceber que muitos dos argumentos oficiais para justificar o tratamento dado a determinadas substâncias servem para camuflar interesses políticos e econômicos ou para a manutenção do controle sobre determinadas populações e grupos sociais. É nesse contexto que se desenvolve a redução de danos, como uma outra maneira de conceber o consumo de drogas psicoativas.

2.2 HISTÓRICO E CONSTITUIÇÃO DA REDUÇÃO DE DANOS COMO UM CAMPO TEÓRICO E PRÁTICO

As origens da redução de danos como uma prática voltada para o consumo de drogas ilícitas pode ser localizada na Inglaterra com o Relatório de Rolleston, o qual concluía que os usuários em situação de dependência de opiáceos poderiam receber estas drogas sob prescrição de um médico, visando levar uma vida mais estável e mais útil à sociedade. (O'Hare, 1994). Considerava-se que mesmo diante de um consumo dependente de drogas, esses usuários poderiam diminuir as consequências mais danosas minimizando os efeitos prejudiciais a sua saúde. Ralet (2000), quando cita o Comitê de Rolleston instaurado na Inglaterra no ano de 1926, refere que com as medidas tomadas o uso de drogas já não era considerado como um mal em si, já que se tratava de reduzir as consequências negativas do uso.

Foi somente a partir da década de 80, com a descoberta e a proliferação da AIDS e a consciência de sua inevitabilidade e dimensão (como um problema de saúde pública), que se estruturaram respostas sociais mais flexíveis em relação ao consumo de drogas e se desenvolveram as estratégias de redução de danos voltadas de início para o uso de droga injetável. Em função da implantação de vários programas e práticas e das inovações e resultados obtidos, principalmente no campo da AIDS, a redução de danos veio a se tornar

uma importante estratégia de saúde pública disseminada por vários países da Europa, América do Norte e do Sul e Oceania.

Segundo Marlatt (1999), referindo-se ao modelo Holandês, a adoção da redução de danos tem relação direta com a flexibilização das políticas de drogas naquele país. Esse movimento de mudanças teve início nos anos 70 e 80, trazendo as primeiras iniciativas de conceituar o termo “redução de danos”. A preocupação naquele momento deixava de ser a busca de abstinência total e passava a ser a do bem estar físico e social dos usuários. Em 1972, após uma publicação pelo "Narcotics Working Party", conclui-se que as premissas básicas de uma política de drogas deveriam ser congruentes com a extensão de riscos envolvidos no seu uso, o que convergia para a aplicação de intervenções de redução de riscos. Em 1976, também na Holanda, houve à adoção da Lei Holandesa do Ópio, quando esta passa a diferenciar o tratamento a ser dado às drogas com risco inaceitável (como heroína, cocaína, anfetaminas e LSD) e aquelas que oferecem riscos mais baixos como a maconha e o haxixe. Em 1980, ainda na Holanda, os Junkiebond, um grupo de usuários de drogas, se organizaram com o objetivo de zelar pelos seus interesses e melhorar as condições de vida e de moradia dos dependentes. O Serviço Municipal de Saúde fornecia seringas e agulhas descartáveis em grandes quantidades ao Junkiebond, passando de 100 mil em 1985 para 720 mil em 1988. Ainda na Holanda e nos países baixos, desde 1994, foi tornada legal a venda de haxixe em “cafeterias” e nem por isso houve mudanças nos padrões de consumo desta droga no país.

Em 1990, Liverpool na Inglaterra sedia a primeira conferência internacional de redução de danos seguida de várias outras em países como Espanha, Austrália, Países Baixos, Canadá, Itália, França e Brasil (Marlatt, 1999).

Segundo Marlatt (1999) o Reino Unido, através do Departamento de Saúde de Merseyside, foi o pioneiro na introdução dos programas de prescrição de heroína e cocaína visando a manutenção do consumo. Essas intervenções são disponibilizadas para usuários que não desejam se engajar num tratamento que visa abstinência, assim visa a redução de danos. Também em Frankfurt, na

Alemanha, teve início em 1990, um programa de redução de danos que oferece serviços como camionetas móveis para provisão de aconselhamento, troca de seringas e programas para fornecimento de metadona, entre outros.

Ainda, segundo esse autor, na Suíça, desde 1993, desenvolveu-se um programa de disponibilização de heroína e outras drogas injetáveis para dependentes pesados por meio de prescrições. O Canadá introduziu a redução de danos na estratégia nacional de drogas em 1987 e em 1994 foi o país sede da V Conferência Internacional sobre Redução de Danos, em Toronto. As experiências com os programas de redução de danos incluem a troca de seringas, a manutenção com metadona, prevenção de problemas com álcool e promoção e educação para a saúde. A Austrália, desde 1985, foi o primeiro país a introduzir a redução de danos em sua política nacional de drogas e foi sede da III Conferência Internacional sobre Redução de Danos relacionados a drogas. A política oficial considera que uma sociedade livre de drogas não é uma meta atingível e ainda inclui o tabaco e o álcool em conjunto com as drogas ilícitas.

Pat O'Hare (1994:66) define a redução de danos como [...] “uma prática que tem como objetivo reduzir as consequências adversas decorrentes do consumo de drogas lícitas e ilícitas”.

No Brasil a guerra às drogas, nos seus primórdios, produziu graves consequências. Uma delas, conforme refere Mesquita (1994) foi o desvio da rota de cocaína para o território brasileiro, pois, mesmo não produzindo a folha ou pasta, o Brasil passou a ser rota alternativa do tráfico, utilizada pelos países produtores nos últimos anos. Segundo esse autor a primeira iniciativa de um Programa de Troca de Seringas aconteceu no ano de 1989, em Santos, São Paulo, pela Secretaria Municipal de Saúde local.

Mesquita (1994) salienta que, devido à herança da política proibicionista e criminalizadora de guerra às drogas, essas iniciativas sofreram forte repressão por parte das autoridades brasileiras, tendo como base de argumento a violação da legislação vigente sobre drogas. Num clima de efervescência de grandes discussões em torno das preocupações com o aumento dos problemas relacionados ao consumo de drogas e em particular com as altas taxas de transmissão do HIV/AIDS ocorreu em 1993, em Brasília, a Conferência sobre

AIDS dos Ministérios da Saúde dos Países Ibero-Americanos, que definiu a questão da AIDS como problema sócio-econômico da maior relevância para os países em questão (Mesquita 1994:172). As estratégias de redução de danos ganharam com isso o seu primeiro documento oficial de apoio na maioria desses países. Mesquita refere que a partir de março de 1992, com recursos vultuosos financiados pelo Banco Mundial visando o controle da epidemia da AIDS, houve dificuldades para se incluir a redução de danos como uma das estratégias de contenção do HIV. Somente após discussões sobre a importância do trabalho entre usuários de droga injetável (UDIs) é que foi incluindo um capítulo para a utilização dessa estratégia.

O primeiro programa de redução de danos (PRD) foi oficializado no Brasil em 1995, em Salvador – BA, sob a coordenação do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) e a primeira lei estadual que tornou legalizado a troca de seringas foi sancionada em 1998 no Estado de São Paulo (Brasil, MS, 2001:12).

Nos anos seguintes desenvolveram-se várias associações, projetos e programas de redução de danos em várias cidades do Brasil, dentre elas a Associação Brasileira dos Redutores de Danos - ABORDA, a Rede Brasileira de Redução de Danos - REDUC e a Rede Latina Americana de Redução de Danos - RELARD. Diante de tamanha movimentação, o Brasil passou a ocupar um lugar de destaque, transformando-se no carro chefe desse movimento dentro da América Latina. Por conta disso, em 1998, o médico sanitário Fábio Mesquita, responsável pelo início das atividades em Santos a mais de uma década atrás, foi também um dos principais responsáveis pela realização da 9ª Conferência Internacional de RD (conferência anualmente organizada pela Associação Internacional de RD), em São Paulo, com a participação de 55 países e mais de mil pessoas, garantindo a primeira realização de uma Conferência Internacional em um país em desenvolvimento (REDUC, 2006).

Em 2004, o Ministério da Saúde através da Portaria Nº 2197 (Brasil, MS, 2004), que redefine e amplia a atenção para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, no capítulo V, resolve adotar a lógica da redução de danos, como estratégia para o êxito das ações

desenvolvidas. Em 2005, através da Portaria Nº 1059 (Brasil, MS, 2005), o Ministério da Saúde regulamenta a política de redução de danos em serviços possibilitando um incentivo financeiro para municípios que já contavam com os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD, implantados através da Política de Saúde Mental.

2.3 OS EMBATES ATUAIS EM TORNO DA REDUÇÃO DE DANOS

A redução de danos tem acirrado o debate em torno das políticas oficiais de drogas contrapondo os seus princípios e pressupostos.

A “guerra às drogas” conforme aponta Soares e Jacobi (2000:218) *está, portanto, alicerçada em pressupostos – de natureza idealista – de que é possível existir uma sociedade livre de droga*. Tendo como meta uma sociedade livre de drogas o objetivo perseguido é a abstinência total do consumo ou a erradicação das drogas (ilícitas) nas sociedades. Tal objetivo, por sua vez, vai ter influência decisiva em todo o espectro de políticas e intervenções estatais sobre os indivíduos, sejam consumidores de drogas ou não. Esse modelo acaba por produzir um processo de exclusão de uma grande parcela dos usuários de drogas por não aceitar outras formas de consumo.

[...] não aceita objetivos e metas intermediários ou provisórios que possam ser alcançados em situações nas quais a abstinência total é difícil de ser conseguida (ou seja, a redução de danos), por isso ficou também conhecida como tolerância zero ou América livre de drogas (Soares, Jacobi, 2000:220).

A ideologia orientadora desta concepção pode ser observada através de uma visão preconceituosa, repressora e moralista.

[...] Predominam a persuasão, a idéia de um saber único e exclusivo, dono de uma única face; a omissão ou superficialidade no tratamento dos dados, propondo uma informação tendenciosa e dirigida; a idéia de que o indivíduo está indefesamente à mercê da droga faz despertar um sentimento de proteção paternal que enfatiza a autoridade; a apresentação da droga como um mal em si (Soares, Jacobi, 2000:219).

Essa ideologia se faz presente, por exemplo, nas propostas preventivas através de vários modelos de intervenção. Bucher (1992:148) refere o *modelo*

jurídico-moral que se apóia no critério da legalidade ou ilegalidade e no método repressivo no sentido de proteger o público *desprotegido* e exposto ao perigo das drogas. Nesse caso se propõe meios de dissuasão e controle do acesso à droga, de punição ou ameaça de punição ao usuário e não usuário e/ou traficante e a divulgação de advertências quanto aos riscos físicos, psíquicos e sociais inerentes ao uso. Também o *modelo de saúde pública* incorre nos mesmos equívocos, conforme apontado pelo autor, uma vez que o centro das intervenções deixa de ser o caráter danoso da droga, que enfoca o aspecto da proibição legal, e passa para o âmbito do domínio médico, enfocando o perigo da dependência e dos efeitos farmacológicos das substâncias psicoativas, mas onde a droga continua a ocupar a cena principal.

Também Acselrad (2005:200-1, 207) classifica os discursos sobre drogas, referindo que nos modelos jurídico-moral e de saúde pública percebe-se a importância dada ao produto, considerado determinante na evolução do uso para a dependência. Essa autora desenvolve a perspectiva do modelo psicossocial, o qual resgata o lugar do indivíduo, que se torna o ator principal. Na prevenção sugere a participação dos jovens na realização dos programas educativos sobre drogas, mantendo intacto, contudo, o objetivo final de abstinência. Analisa ainda o modelo sociocultural que visa à mudança do contexto social, pois o pressuposto é de que é ele o responsável por comportamentos desviantes. A autora sugere uma nova classificação dos discursos e define uma atuação pedagógica que fortaleça a reflexão e ação face à experiência do uso de drogas.

Em perfeita coerência com seus fundamentos, os métodos da concepção de guerra às drogas reforçam posturas e modelos visando à reprodução da intolerância em relação às drogas. Assim refere Carlini-Cotrim (1992:54),

[...] esta postura preventiva repousa na firme intenção de banir qualquer uso de droga entre a juventude, e privilegia, para a realização deste objetivo, ações de controle social e punição. [...] a postura de guerra às drogas está intimamente ligada a propostas de prevenção escolar conhecidas na literatura especializada como modelos de amedrontamento, apelo moral, treinamento para resistência, pressão de grupo positiva e de orientação aos pais.

Também Soares e Jacobi (2000:220) acrescentam que os métodos desta concepção [...] “partem de fórmulas massificadoras, universalistas – aplicáveis em qualquer situação – que abstraem os indivíduos de sua singularidade e não levam em consideração seus valores ou sua inserção social”.

A concepção de guerra às drogas está impregnada da perspectiva unicausal do processo saúde-doença, sendo a droga a causa que explicaria o consumo das drogas na sociedade. A abordagem teórica que sustenta a unicausalidade é de base funcionalista sendo o consumo de drogas considerado um comportamento desviante ou uma doença. Ainda esta se encaixa na perspectiva biomédica positivista que considera que saúde é ausência de doença e neste caso o uso de drogas ilícitas já é, a priori, considerado uma doença. Também a redução de danos sofre influências dos movimentos dentro do campo da saúde pública ou nova saúde pública fundamentado em uma compreensão multicausal ou multifatorial do processo saúde-doença. A mais conhecida no campo das drogas é o chamado tripé: droga, sujeito e contexto sócio-cultural. Aqui há uma relatividade na importância que cada pólo pode adquirir em relação ao consumo e a manutenção deste não havendo uma hierarquia de determinação dos processos do consumo. Soares (2007:25-6) refere as restrições da vertente funcionalista e positivista e do modelo multifatorial quando discute os saberes e práticas que compõe o campo da saúde coletiva.

A Saúde Coletiva se constituiu como um campo de saberes e práticas crítico em relação ao campo da Saúde Pública. Essa crítica expressou uma reação às contradições trazidas pelo capitalismo na América Latina, na década de 70 do século XX, e pelas respostas sociais hegemônicas a essas contradições, notadamente as do setor saúde. Tais respostas, forjadas no campo da Saúde Pública, tiveram e prosseguem tendo amparo em um conjunto de categorias, conceitos e noções que conformam um objeto de pesquisa e de intervenção como tão somente a expressão fenomênica do desgaste bio-psíquico do(s) sujeito(s), ou seja, a doença ou o agravamento em si, que necessitam serem combatidos sem arranhar as bases hegemônicas da formação social capitalista. O sujeito – que compõe esse objeto – é a população, focalizada no “povo pobre”, naturalizado e descaracterizado de sua condição de classe. Nesse sentido, subjaz um modelo explicativo que pressupõe múltiplas causas para os fenômenos saúde-doença e que veio se mostrando insuficiente para dar conta da intervenção sobre o social.

Os diferentes autores que foram se integrando ao projeto da Saúde Coletiva discutem, portanto, a constituição desse campo de conhecimentos e práticas a partir das críticas ao projeto dominante da saúde pública hegemônica e aos eixos teóricos que a sustentam ancorados na perspectiva do positivismo – mais especificamente do funcionalismo sociológico – e da fenomenologia.

Nesta concepção os objetivos são mais amplos que os da concepção de guerra às drogas, pois a meta não é unicamente a abstinência total, mas um conjunto de possibilidades *no sentido de minimizar os prejuízos que possam advir do uso de drogas* (Soares e Jacobi 2000:222). Ainda, segundo os autores, a redução de danos *amplia e modifica tanto os métodos, quanto os conteúdos tradicionalmente utilizados na área da prevenção primária educacional*. Os objetivos da prevenção abrangem qualquer avanço que minimize os prejuízos que possam advir do consumo de drogas, admite-se, portanto diferentes tipos de uso. A redução de danos aqui tem como foco o indivíduo, a qualidade de vida e a promoção de um estilo de vida saudável, trabalhando com objetivos escalonados e intermediários.

Também em relação aos objetivos pedagógicos da redução de danos Acselrad (2005:209-10) cita os seguintes: educar para a autonomia, tornar o sujeito capaz de reflexão e ação protetora de si e de sua comunidade. A autora reúne os principais achados sobre uma proposta preventiva baseada na redução de danos e assim refere,

[...] No processo discursivo dialógico aplicado à educação sobre as drogas resgata-se o saber coletivo, professor e aluno são considerados como sujeitos de transformação, e não meramente agentes de repetição. [...] Nesse modelo, percebe-se que os danos decorrentes do uso não se restringem à saúde individual, mas se estendem à saúde coletiva de forma ampla, em termos do bem-estar no mundo. A noção de que o uso de drogas faz parte da história da humanidade é, de fato, aceita. [...] Os conflitos decorrentes do consumo de drogas são identificados como sintomas de um mal-estar no mundo. A falsa idéia de um mundo em harmonia, em equilíbrio perfeito, cede espaço para a compreensão de que, através da reflexão e ação diante dos conflitos, se fortalecem nossas chances de descobertas, de aceitação de limites e de uma convivência solidária. [...] Na perspectiva dialógica, professores e alunos vão além da competência técnica e assumem o compromisso político com a democracia, com a expansão da liberdade do sujeito, colocando-se como alternativa às campanhas moralistas, reducionistas.

Quanto à prevenção Soares e Jacobi (2000:222) apontam que as ações deveriam ter como meta o aprendizado da convivência com as drogas.

[...] ensinar os jovens a conviver com a sua existência, como se convive com a existência de outros bens de consumo, de outras formas de prazer, e alertá-los para possíveis consequências prejudiciais, como se alerta sobre gravidez precoce, acidentes de trânsito, dietas alimentares e outras condições indispensáveis na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida.

A redução de danos tem se utilizado e/ou sofrido influências das concepções em discussão dentro do campo da saúde pública. Conforme refere Fonseca (2005:21),

[...] A redução de danos está habitualmente associada a uma perspectiva de saúde pública, compartilhando de conceitos e práticas comuns. Esta associação é particularmente evidente no âmbito da promoção da saúde, onde integra, uma ampla estratégia de promover a saúde e evitar a doença. Estas estratégias convergem no sentido de enfatizar a importância de compreender os amplos aspectos determinantes de saúde para o bem-estar de toda população.

Em razão da política criminalizadora do uso de drogas, Fonseca (2005:24) analisa o processo de marginalização por que atravessa o usuário de drogas ilícitas devido a sua condição estigmatizada e de criminoso e às consequências em termos de saúde pública.

[...] A marginalização do usuário de drogas agrava, portanto, a violência e, conseqüentemente, deteriora as interações no âmbito da saúde pública. O medo de procurar auxílio torna os usuários de drogas ainda mais vulneráveis. A redução de danos procura resgatar a cidadania desses usuários, adotando uma educação para a autonomia e hábitos saudáveis, desligando-se da identidade construída pela sociedade de marginalidade e criminalidade, exercendo sua liberdade de escolher entre o uso ou não de drogas de maneira responsável.

*Revisão da Literatura
Internacional*

3 REVISÃO DA LITERATURA INTERNACIONAL

Para ancorar a problematização desta investigação e conseqüentemente a definição do objeto de estudo, realizou-se uma revisão bibliográfica de âmbito internacional. Esperava-se tanto traçar um primeiro panorama quanto contextualizar os caminhos tomados pela redução de danos em âmbito internacional.

A busca foi realizada nas bases de dados MEDLINE (1996 a 2006) e LILACS (sem delimitação de período).

O MEDLINE é a fonte de produção científica da área biomédica mais amplamente utilizada em todo o mundo, congrega a produção científica de âmbito internacional, espelhando a distribuição desigual dos avanços tecnológicos nos diferentes países. A maior parte das revistas indexadas tem origem nos países da América do Norte, Europa ou Austrália, ficando os EUA com 44% dos jornais indexados. A América do Sul, África e partes da Ásia estão quase ausentes (Kotzin, 2005).

Já o LILACS (Literatura Latino-americana em Ciências da Saúde) é uma base de dados latino-americana de informação bibliográfica em ciências da saúde. Em termos gerais, abrange toda a literatura relativa às ciências da saúde, produzida por autores latino-americanos e publicado nos países da região a partir de 1982 (<http://bvsmodelo.bvsalud.org/site/lilacs/P/lilacs.htm>).

Assim, a busca no LILACS objetivou levantar todos os trabalhos sobre redução de danos na América Latina e principalmente no Brasil.

Tendo em vista que o descritor “redução de danos” não consta dos bancos de dados, foram utilizados os seguintes descritores:

- a) Para o MEDLINE foram utilizados os descritores: “redução do dano” e “transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas” ou “drogas ilícitas” ou “alcoolismo” ou “tabagismo”;
- b) Para o LILACS utilizaram-se os descritores: “redução” ou “danos” e “transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas” ou “drogas ilícitas” ou “redução do dano” ou “tabagismo” ou “alcoolismo”.

Pretendeu-se com a escolha desses descritores, por um lado, conferir a maior amplitude possível para a seleção dos trabalhos de redução de danos e, por outro, focalizar a busca nos trabalhos que versam sobre drogas psicoativas lícitas e ilícitas. A revisão foi realizada no mês de julho de 2006, sendo esse o marco final dos trabalhos analisados.

A partir do MEDLINE foram encontrados 87 trabalhos, 57 (66%) eram originários da América do Norte (56% dos Estados Unidos); 7 (8%) da Austrália ; 16 (18%) eram da Europa, sendo 7 da Inglaterra. Apenas 2 artigos (2%) eram brasileiros. Em 5 artigos (6%) não foi possível obter essa informação (Tabela 1).

Tabela 1 - País de origem das publicações referentes à revisão bibliográfica sobre redução de danos realizada no MEDLINE no período de 1996-2006, São Paulo-2006.

País	N	%
Estados Unidos	48	56
Canadá	9	10
Austrália	7	8
Inglaterra	7	8
França	4	5
Brasil	2	2
Espanha	1	1
Holanda	1	1
Alemanha	1	1
País de Gales	1	1
Suécia	1	1
Informação não localizada	5	6
Total	87	100

As primeiras publicações eram de 2002 e representavam 24% da totalidade. Dentre as demais, 18% eram de 2003, 22% de 2004, 31% de 2005 e 6% de 2006 (até julho). Esses dados indicam que a produção científica em redução de danos é recente.

Tabela 2 - Ano das publicações referentes à revisão bibliográfica sobre redução de danos realizada no MEDLINE no período de 1996-2006, São Paulo-2006.

Ano	N	%
1996	0	0
2002	21	24
2003	16	18
2004	19	22
2005	27	31
2006	4	6
Total	87	100

A maioria dos autores era proveniente de universidades - 60%, 12% de serviços de atenção à saúde, 11% eram de agências e institutos, 2% de organizações não governamentais, 2% de empresas privadas, 2% eram artigos de jornais periódicos. Em 10% dos artigos não constava essa informação.

Quanto à temática dos artigos, 58% focalizavam a droga em si (drogas lícitas e ilícitas); 20% abordavam estratégias associadas ao tratamento da dependência; 10% discutiam aspectos teóricos e éticos da redução de danos; 5% tinham como centralidade as políticas de redução de danos; 3% tratavam de estratégias de redução de danos em festas *raves*; 3% eram estudos de avaliação de programas de redução de danos e; 1% abordavam estratégias de redução de danos associadas à prevenção da aids (tabela 2).

Dentre os que focalizavam a droga em si, 78% eram sobre o tabaco, em 20% a substância era o álcool e em apenas 2% o crack.

Tabela 3 - Tema principal das publicações referentes à revisão bibliográfica sobre redução de danos realizada no MEDLINE no período de 1996-2006, São Paulo-2006.

Tema principal	N	%
Tabaco	39	46
Tratamento e terapia subs	17	20
Álcool	10	11
Aspectos teóricos e éticos	9	10
Políticas	4	5
Drogas em festas	3	3
Avaliação	3	3
Crack	1	1
Doenças Transmissíveis	1	1
Total	87	100

Os temas centrais estudados relacionados à redução de danos eram: 46% versavam sobre tabaco e 11% sobre álcool, consideradas drogas lícitas, as pesquisas e estudos publicados sobre drogas ilícitas parecem ser menos relevantes nesses países. Também cabe apontar que a grande maioria dos trabalhos sobre tabaco era originária dos Estados Unidos - 69% - e em relação ao álcool representavam 51% do total das publicações desse país.

Dentre os estudos em torno do tabaco:

- 19 trabalhos versavam sobre questões relacionadas à diminuição de níveis de toxidade dos elementos cancerígenos (Gray, Henningfield, 2004; Giovino, 2004; King, Carter, Borland, Chapman, Gray, 2003; Warner, 2002; Nadel, Rees, Connolly, 2005; Farone, 2002; O'Connor, Cummings, Giovino, McNeill, Kozlowski, 2006; Warner, 2005; Kozlowski, Edwards, 2005; Gray, 2005; Gray, 2005; Hansson, 2005; Grimm, 2005; Harris, 2005; Dunsby, Bero, 2004; Borland, 2003; Chapman, 2003; Pollay, Dewhirst, 2003; Kozlowski, 2002);
- 13 diziam respeito a formas alternativas de tratamento para diminuir ou cessar o consumo (Hughes, 2005; Joseph, Rice, 2004; Meyer, Rumpf, Schumann, Hapke, John, 2004; Dubois, 2004; Cohen, 2003; Jolicoeur, Richter, Ahluwalia, Mosier, Resnicow, 2003; Ross, 2003; Gilpin,

Pierce, 2002; Richter, McCool, Okuyemi, Mayo, Ahluwalia, 2002; Okuyemi, Richter, Ahluwalia, Mosier, Nazir, 2002; Shiffman, Gitchell, Warner, Slade, Henningfield, 2002; Pierce, 2002; Tomar, 2002);

- 3 tratavam da percepção da população sobre o impacto das políticas do tabaco e da redução de danos (Spencer, Blackburn, Bonas, Coe, Dolan, 2005; Bauer, Hyland, Li, Steger, Cummings, 2005; Warner, Martin, 2003) ; três referindo aspectos teóricos e éticos (Martin, Warner, Lantz, 2004; Joseph, Hennrikus , Thoele, Krueger, Hatsukami, 2004; Fox , Cohen, 2002); e
- 1 era sobre políticas de redução de danos para o tabaco (Hatsukami, Slade, Benowitz, Giovino, Gritz, 2002).

Quanto à redução de danos relacionada ao álcool, encontraram-se artigos que tratavam de estratégias que consideravam: o tratamento e o uso moderado da substância (Marllat, Witkievitz, 2002; Brown, Stewart, Larsen, 2005); algumas estratégias relacionadas ao consumo de álcool entre estudantes universitários (Riley, Durbin, D'Ariano, 2005; Weitzman, Chen, 2005; Martens et al, 2005; Graham et al, 2004); estratégia de cuidado na atenção primária (Wright, Black, 2003); a discussão de políticas sobre o álcool (Wiggers et al, 2004; Room, 2002; McCambridge, 2004).

No único artigo sobre o consumo de crack Haydon e Fischer (2005) alertaram para os problemas de saúde pública relacionados ao consumo dessa droga no Canadá, propondo a implantação de estratégias de redução de danos para os usuários a partir do fornecimento de kits para o uso mais seguro. Defenderam que esses kits poderiam ser eficazes tanto na prevenção de doenças infecciosas como para possibilitar o acesso a ações de saúde para pessoas que vivem à margem dos serviços sociais tradicionais.

Os artigos que focalizavam o tratamento da dependência de drogas tomavam a redução de danos como estratégia complementar às demais estratégias do tratamento (Fontanella BJ, Turato, 2005; Luchins, 2004; Geppert, 2004; Gómez-Perrett et al, 2002; Young et al 2002; Mayes, Handley, 2005; MacMaster, 2004; Futterman, Lorente, Silverman, 2004; Majoor, Rivera, 2003; Kellogg, 2003; Tatarsky, 2003; Denning, 2002). Destacam-se nessa temática os

artigos relacionados a tratamento de populações de rua (Hwang, 2006; Podymow et al, 2006; Tsemberis, Gulcur, Nakae, 2004), sobre terapias de substituição (Termorshuizen et al, 2005) e, e sobre acesso aos serviços (Factor et al, 2002).

De uma maneira geral as discussões da utilização da redução de danos nos serviços e abordagens de tratamento referiram-se às seguintes questões: acesso a ações de redução de danos para populações que vivem nas ruas; flexibilização dos serviços de tratamento com propostas de diminuir conflitos; integração dos modelos da abstinência com o da redução de danos, e ainda, proposição de psicoterapias de redução do dano. Hwang (2006) em um comentário ao “Canada’s Leading Medical Journal” refere que no Canadá há altos índices de consumo de álcool e outras drogas em populações que vivem nas ruas e que o cenário é favorável a intervenções que visam à redução de danos, porém os programas de tratamento pensados para essas populações estão baseados unicamente na abstinência. Em artigo publicado no *Jornal de Psiquiatria na Inglaterra*, Mayes e Handley (2005) discutem a implantação de uma estratégia de redução de danos com usuários que apresentam diagnóstico duplo, ou seja, de transtornos psiquiátricos concomitante com o uso de substâncias psicoativas, sendo propostas modificações na estrutura do programa de tratamento no sentido de flexibilizar as regras e adotar princípios da redução de danos. Em artigo de MacMaster (2004) discute-se a integração da perspectiva tradicional da redução de danos com a abstinência, no sentido de constituir uma base para uma série contínua de alternativas em serviços de tratamento. Em outro artigo publicado em *jornal americano*, Futterman, Lorente e Silverman (2004) discutem a experiência de uma clínica que integra o tratamento baseado na abstinência com a redução de danos, referindo que essa integração tem efeitos mais positivos que qualquer modelo em separado. O artigo de Kellogg (2003) discute a proposição de uma perspectiva integrada entre redução de danos e abstinência na orientação do tratamento, mais precisamente a incorporação da abstinência nas intervenções de redução de danos. A meta é fortalecer as duas alternativas reduzindo suas debilidades. Considerando a ocorrência freqüente de recaída entre pacientes dependentes, também se propõe à construção de uma série contínua entre redução de danos

e abstinência. Majoor e Riviera (2003) discutem a perspectiva de integrar a redução de danos e as modalidades de tratamento baseadas na abstinência, resultando em um modelo de prevenção e de cuidado compreensivo da droga. O artigo de Tatarsky (2003) propõe a psicoterapia da redução de danos, reconhecendo que o tratamento deve começar pelas necessidades do cliente e suas metas pessoais, entendendo que toda mudança que reduz algum dano associado ao uso de substância psicoativa pode ser considerada como resultado no tratamento. O autor descreve a psicoterapia como parte integrante da redução de danos, explora os significados múltiplos do uso da substância e a importância do vínculo terapêutico. Denning (2002) discute a psicoterapia da redução de danos como uma alternativa inovadora para consumidores de álcool e outras drogas. Parte da compreensão de que a importância da biologia, da psicologia e de fatores sociais varia para cada pessoa e para cada droga utilizada. O tratamento é planejado com e de acordo com cada pessoa. A abstinência não é colocada como condição ou como uma meta do tratamento. São criadas estratégias individuais para diminuir o consumo prejudicial do álcool e/ou outras drogas.

Os artigos que discutiam aspectos teóricos e éticos da redução de danos tratavam de: princípios gerais da redução de danos e indicavam formas de ampliação das estratégias de intervenção (Molina, 2005; Hattaway, 2002; Jones, 2005; Castro, Foy, 2002); questões éticas em relação à utilização da redução de danos como política viável e conflitos vivenciados por profissionais no atendimento de pessoas que fazem uso abusivo de drogas (Brocato, Wagner, 2003; Miller, 2005; Keane, 2005; Hathaway, 2005). Destaca-se artigo canadense (Rehn et al, 2004) apontando que as características do contexto social e físico contribuem diretamente para formas prejudiciais de consumo e propondo modificações ambientais como forma de redução de danos.

Hattaway (2002) relaciona a perspectiva de redução de danos com normas de tolerância e de respeito por liberdades sociais civis e defende o liberalismo como chave do desenvolvimento futuro do discurso da redução de danos e como uma maneira de avançar temas dos direitos humanos nas discussões contemporâneas das políticas de drogas.

Em artigo publicado na revista SIDAhora em Nova York, Molina (2005) refere que a redução de danos abre um debate em relação às formas tradicionais de tratar as questões relacionadas ao consumo de drogas, ou seja, aquelas de base moral e tendo como única meta a abstinência. Também explora o conceito de redução de danos mais ampliado para vários aspectos da vida humana, como por exemplo, a prática de sexo protegido, a utilização de cinto de segurança, o uso de equipamentos protetores durante atividades esportivas e outras.

Em relação aos artigos que tratavam da redução de danos em clubes noturnos e *raves*: Bells, Hughes, Lowey (2002) sugeriram que os responsáveis pelas festas promovessem iniciativas associadas à segurança básica, ao controle de temperatura do local, à prevenção e tratamento da desidratação e atendimento de primeiros socorros. Dentre outros objetivos estavam: investigar as probabilidades de ocorrer o consumo de álcool e outras drogas e o uso recreacional do tabaco nos clubes noturnos e buscar respostas ambientais para minimizar riscos potenciais para a saúde; assegurar que os clubes noturnos sejam bem ventilados e com temperatura controlada, fixando dispositivos elétricos e equipamentos, disponibilizando lugares para o consumo do tabaco e restringindo o acesso às áreas perigosas; disponibilizar informações sobre como minimizar os efeitos negativos das atividades nos clubes noturnos através de incentivo para adotar hábitos saudáveis (por exemplo, bebendo água, evitando misturar álcool e outras drogas, descansando, usando preservativos, etc.); preparar espaço para a prevenção e o tratamento da desidratação e de doenças relacionadas ao calor, incluindo lugares frescos e silenciosos para descanso, um espaço para primeiros socorros, fornecer o acesso fácil para as fontes de água livre. Outro artigo (White et al, 2006) sobre este tema é um estudo epidemiológico para verificar a percepção de riscos e benefícios do consumo de drogas o qual conclui que nas mensagens aos jovens deveriam também referir os benefícios do consumo de drogas. Ainda o artigo de Swanson e Cooper (2003) examina as drogas utilizadas nos clubes, seus efeitos e riscos e algumas das situações em que são usadas. Também é considerado o relacionamento entre o uso da droga, o comportamento sexual e o risco para HIV/AIDS. Discutem-se ainda como as drogas recreacionais podem interagir com a terapia

antiretroviral altamente ativa. Também fazem parte das ações propostas a busca de líderes de opinião nos estabelecimentos, com o objetivo de passar mensagens de segurança e transmitir comportamentos mais seguros, como os de usar preservativos, não beber álcool junto com outras drogas, entre outras.

A avaliação de programas de redução de danos foi referida em três artigos. Um (Des Jarlais, 2005), de origem francesa, indica que as estratégias de redução de danos – distribuição de seringas e tratamentos de substituição – tiveram impactos positivos na diminuição da transmissão do HIV. Os outros artigos (Rosemberg, Melville, McLean, 2004; Rosenberg, Phillips, 2003), de origem americana, mostraram que há uma tendência nos países estudados – Inglaterra, País de Gales, Escócia e Estados Unidos – de aceitar diferentes estratégias de redução de danos – distribuição de seringas, terapias de substituição, lugares seguros para consumo de drogas – sem, no entanto, disponibilizá-las na sua totalidade.

Os artigos que trazem discussões sobre políticas tratavam dos efeitos do controle do suprimento de drogas e conseqüências em termos de aumento do preço e entrada de novas drogas no mercado (Weatherburn, 2005); possibilidades de aceitação da redução de danos na política nacional brasileira (Carlini, 2005); aceitação de formas de utilização da redução de danos nas políticas da ONU (Bewley-Taylor, 2004); necessidade da adoção dos princípios da redução de danos nas políticas em prisões (Hugles, 2003).

Somente um dos artigos em forma de editorial com o título “About harm reduction in the context of the response to HIV/AIDS” (2004) trata da redução de danos relacionada à estratégia de prevenção da AIDS.

A revisão bibliográfica, realizada com base no MEDLINE, fornece um panorama geral da produção científica em redução de danos nos países de capitalismo central. Nota-se que a maioria dos trabalhos refere-se a drogas lícitas, em especial, a tabaco e álcool, ou seja, nos países do hemisfério norte que representam a maior parte das publicações do MEDLINE há maior investimento na produção científica relacionada às drogas lícitas, deixando-se de fora a problemática das drogas ilícitas. Esse dado coaduna-se com a percepção mais geral de que as políticas desses países, na área de drogas,

encontra-se em consonância com as políticas proibicionistas, criminalizadoras e repressivas defendidas pelos órgãos internacionais de consenso. Também há várias iniciativas em utilizar o modelo (conceito e pressupostos) da redução de danos no âmbito do tratamento e para populações vulneráveis visando à ampliação do alcance das intervenções com usuários que não se beneficiam da abordagem da abstinência total. Aqui se nota uma maior aceitação da redução de danos, porém somente como estratégia operacional para usuários que não aceitam ou não se enquadram nas propostas tradicionais oferecidas pelos serviços de saúde. Nota-se ainda a utilização do modelo da redução de danos em ambientes de festas, locais onde se expande o mercado das drogas sintéticas e freqüentados por grupos sociais mais favorecidos socialmente.

Em síntese nota-se em nível internacional que o modelo da redução de danos tem sido utilizado para uma diversidade de práticas dentro e fora do campo da saúde, porém o seu alcance é pouco significativo tendo em vista que se mantém restrita como estratégia de cunho operacional para atingir usuários de drogas e populações marginalizadas e excluídas.

A revisão bibliográfica realizada através do LILACS levantou um total de 47 publicações, sendo que a maioria era originária do Brasil (88%); os artigos da Argentina, Chile e Colômbia representam juntos 10% do total; e 2% eram originários da Espanha (tabela 4).

Tabela 4 - País de referência das publicações referentes à revisão bibliográfica sobre redução de danos realizada no LILACS, São Paulo-2006.

País	N	%
Brasil	41	88
Argentina	3	6
Chile	1	2
Colômbia	1	2
Espanha	1	2
Total	47	100

À exceção do Brasil (88%), as produções científicas sobre redução de danos nos países da América Latina eram pouco freqüentes. Os trabalhos dos países latinos somados (Argentina, Chile, Colômbia) representaram apenas 10% do total.

Tabela 5 - Ano de Publicação referente à revisão bibliográfica sobre redução de danos realizada no LILACS, São Paulo-2006.

Ano	N	%
1994	1	2
1995	2	4
1996	0	0
1997	0	0
1998	4	9
1999	3	6
2000	1	2
2001	10	21
2002	2	4
2003	16	34
2004	4	9
2005	3	7
2006	1	2
Total	47	100

Em relação aos autores, 46% eram vinculados a universidades, 41% ao setor público, 15% e 13% a Organizações Não Governamentais (ONGs).

Comparando-se a caracterização das publicações nas duas bases de dados utilizadas, quanto ao ano de início, é possível afirmar que as publicações sobre redução de danos indexadas no LILACS tiveram início muito antes das do MEDLINE.

Nessa comparação, observa-se maior comprometimento de órgãos governamentais (Ministérios e Secretarias de Saúde) dos países da América Latina em relação aos países de capitalismo central. As porcentagens se

mantêm próximas quanto às produções em Universidades (59% na MEDLINE e 46% na LILACS).

Quanto ao tema principal abordado nos artigos selecionados na LILACS, 26% abordavam aspectos teóricos e éticos relacionados à redução de danos; 23% tinham como foco as doenças transmissíveis - AIDS e hepatite – associadas ao uso de cocaína injetável; 17% focalizavam as políticas de redução de danos; 15% dos trabalhos abordavam a redução de danos como estratégia para a prevenção; em 15% o foco foi a avaliação de programas de redução de danos voltados para usuários de cocaína injetável; em apenas 4% dos trabalhos a droga era o tema central (2% álcool e 2% crack) (tabela 6).

Tabela 6 - Tema principal das publicações referentes à revisão bibliográfica sobre redução de danos realizada no LILACS, São Paulo-2006.

Tema principal	N	%
Aspectos Teóricos	12	26
Doenças Transmissíveis	11	23
Políticas	8	17
Prevenção	7	15
Avaliação de Programas	7	15
Álcool	1	2
Crack	1	2
Total	47	100

Tendo em vista que as publicações brasileiras serão objeto de análise mais detalhada neste estudo, se destacará nesse momento somente as informações sobre os demais estudos.

Os artigos da América Latina tratam de: discussões sobre a utilização dos pressupostos da redução de danos na prevenção do consumo de drogas confrontando com os pressupostos do paradigma antidrogas (Bustos, 2005); discussão da perspectiva da redução de danos a partir da integralidade da atenção para usuários de drogas excluídos e em situação de pobreza (Mabel, 2006);

Quando o tema eram as doenças transmissíveis, os artigos tratavam mais especificamente da prevenção da disseminação da AIDS e da hepatite entre usuários de cocaína injetável (Touzé, 2001; Asociación Civil El Retoño, 2003; Bravo, 2004).

Os trabalhos que discutem a perspectiva política da redução de danos tratam de: análise das consequências da política proibicionista para os países produtores das drogas e propõe medidas de redução de danos para diminuir a monodependência da economia ilegal, retirando o foco das políticas do âmbito penal para o da saúde pública (Vargas Meza, 1999); descrição de um panorama das políticas de redução de danos pelos diversos países onde se desenvolveu (Patrício, 1999).

Conforme visto acima, a maioria das publicações dos países da América do Norte (Estados Unidos e Canadá), Europa (Alemanha, França, Espanha, Holanda, Reino Unido e Suécia) e Oceania (Austrália) tratavam do tabaco e do álcool (51%), enquanto que nos países da América do Sul somente 2% dos trabalhos tratavam de álcool e não havia nenhum trabalho sobre redução de danos relacionada ao tabaco.

Em relação ao tema do tratamento da dependência, a produção do hemisfério norte chegava a 13% enquanto que na América Latina não havia publicações sobre o tema, encontrando-se tão somente algumas referências a estudos sobre terapias de substituição.

Ainda em termos de comparação, na América Latina 26% dos trabalhos se referiam a doenças transmissíveis, como a Aids, sendo que esse tema geralmente estava relacionado ao uso de cocaína injetável, portanto associando-se a uma droga ilícita. Já nos países de capitalismo central, havia poucos artigos que abordavam as drogas ilícitas (1% sobre crack e também 1% abordava programas implantados para usuários de droga injetável).

A seguir destacam-se algumas produções originárias dos países da América latina, visando dar um breve panorama das discussões sobre a redução de danos nesses países, à exceção do Brasil, conforme apontado anteriormente.

Em estudo realizado pela Asociación Civil El Retoño (Radulich, 2003), intitulado “reducción de daños entre usuarios y usuarias de drogas en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires”, a equipe de redução de danos refere que para estudar o uso de drogas em um contexto de miséria, é necessário fazer uma análise completa no sentido de compreender a relação do consumo com os fatores sócio-econômicos, políticos e culturais. Para tanto é realizado um estudo visando um diagnóstico amplo e o planejamento de ações globais de prevenção do HIV/AIDS e outras enfermidades relacionadas ao consumo de drogas. Em conclusão é apontada a necessidade de implantar as seguintes ações: estratégias de prevenção para usuários de droga injetável e não injetável entre trabalhadores sexuais, imigrantes, população carcerária, e outros; debate público sobre os discursos e políticas que promovem a exclusão e a criminalização dos usuários de drogas; realização de pesquisas e intervenções específicas para a hepatite C; integração das ações com os centros de saúde locais para garantir o acesso e a continuidade de tratamentos médicos específicos; intervenções específicas para as mulheres usuárias de drogas; trabalhar com a comunidade em geral para expandir as ações de redução de danos.

Ainda na perspectiva da saúde pública, Bravo (2004), em publicação pela Organização Panamericana da Saúde de um “Manual para profissionais de saúde”, busca reunir princípios básicos para reduzir danos associados à injeção de drogas nas Américas. Refere que o uso de drogas ilegais, como a cocaína, está expandido em toda a Região das Américas, ainda que a prevalência das distintas vias de consumo (fumada, intranasal ou injetada) varie de um território a outro. Sugere que a magnitude da resposta das estratégias deve ser proporcional aos danos e em muitos casos necessitará de alterações legais que permitam o desenvolvimento de determinadas iniciativas de prevenção. O manual pretende orientar os profissionais de saúde, planejadores, organizações comunitárias, profissionais que trabalham na atenção primária à saúde ou em centros de tratamento de dependência de drogas, para abordarem a prevenção das infecções da transmissão sanguínea ou sexual entre os usuários de droga injetável.

Outros trabalhos procuram fazer uma análise crítica do modelo hegemônico de guerra às drogas e das consequências da política repressiva oriunda dos EUA, sobre os países da América Latina. O sociólogo colombiano Ricardo Vargas Meza busca contextualizar as políticas de redução de danos a partir da realidade e das necessidades dos países latinos. Em trabalho apresentado na “10ª Conference Internationale Sur de reduction des Risques Lies aux drogues” (Genève 21-25 mars 1999), intitulado “La Reducción del dano (Harm Reduction) desde la perspectiva de la producción”, o autor avalia as consequências ambientais de cultivos ilegais de drogas em países da América Latina e propõe políticas de redução de danos para diminuir a monodependência da economia ilegal, retirando o foco das políticas do âmbito penal e passando para o da saúde pública. Propõe também a suspensão das fumigações aéreas com herbicidas como estratégia de redução de danos e a descriminalização de pequenos e médios produtores.

Em artigo de Bustos (2005) é abordado o consumo, tráfico e prevenção do abuso de substâncias psicoativas ilícitas, a partir da análise de conteúdo do discurso de jovens universitários de Santiago. Os resultados foram contextualizados a partir dos documentos oficiais de prevenção do consumo em relação aos paradigmas da redução de danos e uma sociedade livre de drogas. O trabalho refere crítica ao proibicionismo, a estigmatização e ao velamento de informação como elementos presentes que distorcem a relação dos jovens com as substâncias. Em relação à redução de danos, conclui que é mais eficaz reduzir o risco do que eliminar o consumo de substâncias psicoativas ilícitas e que as políticas preventivas de abuso do uso de substâncias psicoativas ilícitas se inserem melhor no paradigma da redução de danos do que no de uma sociedade livre de drogas.

Buscando traçar um panorama geral sobre a questão das drogas na Europa, Patrício (1999) aborda a diferença entre as diversas propostas desenvolvidas nos países, considerando os pontos de vista legal, social e clínico. Ressalta a difusão da política repressiva americana entre quase todos os países e a proibição do uso de algumas substâncias através de regulamentação, bem como assinala o aumento da oferta e da procura de

substâncias psicoativas a partir dos anos 70. Refere que o consumo de drogas atravessa toda a sociedade, abrange todas as classes sociais e profissionais, as culturas, as religiões, em quase todas as idades (crianças, adolescentes, pais e avós). Ainda assinala que com o aparecimento da AIDS entre os dependentes, o debate sobre a dependência de drogas foi relançado. O incremento do consumo de drogas por via injetável contribuiu significativamente para a geração de graves problemas de saúde pública. Foi nesse cenário que, segundo o autor, ocorreu a incorporação da redução de danos na Espanha a partir de 1985 e na Suíça em 1987. Eram realizadas ações de disponibilização de material de injeção esterilizado para consumidores de drogas e oferta de locais com maior segurança e apoio para se injetar drogas, além da prescrição controlada de heroína. Sobre a Holanda, o autor cita a experiência do comércio legal de derivados da cannabis nos *coffee-shops*. Em Portugal a política de redução de danos tem sido largamente baseada em programas de troca de seringas, além da distribuição de preservativos e a vacinação contra a Hepatite B.

A análise da revisão bibliográfica da redução de danos coloca em evidência os embates teóricos e ideológicos em disputa no campo das políticas de drogas na atualidade. Apesar dos sinais de evidente colapso, no contexto internacional em que a política de guerra às drogas vem predominando, sob o comando dos organismos internacionais de consenso, a redução de danos busca se afirmar.

A revisão bibliográfica mostra significativas variações entre os países de capitalismo central e os de capitalismo periférico, denunciando que a discussão sobre os fundamentos teóricos que orientam as práticas de redução de danos restringem-se à América Latina. Enquanto nos primeiros a redução de danos tem sido, com algumas exceções, considerada como uma estratégia de cunho operacional e de política instrumental, nos países de capitalismo periférico ela vem tomando um contorno mais amplo e crítico para a renovação das políticas públicas no campo das drogas.

Diante dos achados, é possível supor que a discussão sobre os fundamentos ético-políticos e teórico-metodológicos da redução de danos no

Brasil esteja recebendo alguma atenção por parte dos que produzem conhecimento e políticas. Assim, a pergunta norteadora desta investigação poderia ser resumida da seguinte forma: que fundamentos teóricos vêm sendo desenvolvidos no Brasil para apoiar as práticas de redução de danos?

Fundamentação Teórica

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 O CAMPO TEÓRICO-METODOLÓGICO DA SAÚDE COLETIVA: ORIGEM E CONTEXTO

O objeto deste estudo será tomado tendo por base o referencial teórico-metodológico da Saúde Coletiva que se assenta num campo interdisciplinar, cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração em saúde e as ciências sociais em saúde (Paim e Almeida Filho, 1998), e de cunho marxista, retomando a dimensão histórica do conhecimento e o método dialético de análise (Salum, Queiroz e Soares, 1999).

A constituição do campo da Saúde Coletiva engendrou-se, pela via da produção de conhecimento, notadamente pela retomada do caráter histórico do processo saúde-doença, considerando a relação direta deste com o modo de produção e a reprodução da vida social.

Laurell (1983:148) procura salientar a natureza social do processo saúde-doença expressa no perfil patológico dos grupos humanos que se distinguem de acordo com o momento histórico e com “as diferentes formações sociais conforme o modo particular de combinar-se o desenvolvimento das forças produtivas e as relações de produção.”

Paim e Almeida Filho (1998:300) descrevem a relação entre as rápidas mudanças nas esferas econômica, cultural, social e política ocorridas a partir da segunda metade do século XX e a fragilização dos esforços para o enfrentamento coletivo dos problemas de saúde. Com a revalorização do mercado como mecanismo privilegiado para a alocação de recursos se assistiu a uma diminuição da responsabilidade do Estado em relação às questões sociais e de saúde e, nesse sentido, instaura-se um período de crise da saúde pública. As tentativas subseqüentes de superação dessa crise passaram pela construção de um marco teórico-conceitual capaz de reconfigurar o campo social da saúde.

Esses autores realizaram uma análise histórica com o objetivo de discutir o caráter ideológico dos diversos movimentos que estavam e estão atuantes no campo da saúde. Assim referem que a partir da segunda metade do século XVIII, na Europa Ocidental, se desenvolvem as bases doutrinárias dos discursos sociais sobre a saúde que visavam o disciplinamento dos corpos e a constituição de intervenções sobre os sujeitos. Como no caso da higiene que incorporou um discurso da boa saúde circunscrito à esfera moral através de intervenções normatizadoras. Já no século XIX com a Revolução Industrial e o conseqüente impacto sobre as condições de vida e de saúde das populações se fortaleceu a Medicina Social fomentando a participação política como principal ferramenta para produzir mudanças na sociedade (1998:302). Também se desenvolve, principalmente na Inglaterra e Estados Unidos, o Sanitarismo, movimento que se baseava na

(...) aplicação de tecnologia em princípios de organização racional para a expansão de atividades profiláticas (saneamento, imunização e controle de vetores) destinadas principalmente aos pobres e setores excluídos da população (Paim, Almeida Filho, 1998:303).

Ainda Paim e Almeida Filho (1998) referem que no início do século XX, momento em que se instalam as primeiras escolas de saúde pública, a prática médica se apresentava baseada no conhecimento experimental de base sub-individual e, assim como o modelo conceitual flexneriano de base positivista, reforçava a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social e, curativo e preventivo.

A partir da segunda metade do século XX, com vários avanços das ciências, se estruturou a idéia de saúde enquanto situação de adaptação às condições do meio externo que vai influenciar de modo decisivo o paradigma positivista.

Outro movimento no campo da saúde destacado por Paim e Almeida Filho (1998: 303) é o da Medicina Preventiva onde o “conceito de saúde é representado por metáforas gradualistas do processo saúde-enfermidade, que justificam conceitualmente intervenções prévias à ocorrência concreta de sinais e sintomas em uma fase pré-clínica”.

Também relatam a criação, na década de 60 do século passado, do movimento da saúde comunitária baseado na implantação de centros comunitários de saúde destinados a efetuar ações preventivas e prestar cuidados básicos de saúde à população residente em áreas geograficamente delimitadas.

Estes discursos e movimentos vão, segundo os autores, sendo incorporados ideologicamente pelos organismos internacionais do campo da saúde, tais como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Panamericana da Saúde (OPS), influenciando de maneira decisiva os rumos das políticas e prioridades adotadas pelos governos, sem que haja uma adequada crítica e consideração das diferentes realidades locais e regionais. Ainda ressaltam que o movimento de promoção da saúde, surgido em 1974 no Canadá, e melhor sedimentado na Carta de Ottawa, define parte deste discurso encampado por estes órgãos.

(...) integração da saúde como parte de políticas públicas “saudáveis”; atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde; reorientação dos sistemas de saúde e; ênfase na mudança dos estilos de vida (Paim, Almeida Filho 1998:305).

Os autores prosseguem a análise referindo que em relação às propostas do Banco Mundial há divergências entre as visões dos representantes europeus e americanos no que tange aos países da América Latina e Caribe em particular, pois diferentemente da busca de eficiência e eficácia dentro de sistemas relativamente estabilizados pelos primeiros países, consideram que no caso das Américas, de modo diferente, a crise é estrutural e necessitaria de uma política de equidade, solidariedade e saúde. A partir dessas constatações os autores argumentam sobre a necessidade da constituição de um novo campo do saber que supere as limitações da “Nova Saúde Pública” conforme esta vem se apresentando no cenário internacional e propõem que,

[...] no caso específico da América Latina, a construção nos últimos vinte anos do movimento denominado saúde coletiva tem permitido um diálogo crítico e a identificação de contradições e acordos com a saúde pública institucionalizada, seja na esfera técnico-científico, seja no terreno das práticas (Paim, Almeida Filho, 1998:308).

Tendo como tema central a promoção da saúde como uma ferramenta da “Nova Saúde Pública”, originária nos anos 70, Carvalho (2004a) discute as influências dessa proposta nas políticas públicas de distintos países, ressaltando o papel dos organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), na propagação e disseminação dessa proposta, como no caso brasileiro que

[...] se faz presente na proposta de Vigilância à Saúde, sustenta o projeto de Cidades Saudáveis, influencia práticas de Educação à Saúde e, não menos importante, suas diretrizes são partes estruturantes de muitos dos projetos de reorganização da rede básica, hoje vinculados ao Programa de Saúde da Família (Carvalho, 2004a:670).

Carvalho segue comentando que o movimento de promoção à saúde no Canadá se tornou conhecido a partir do Relatório de Lalonde.

[...] Tomando como pressuposto que os indivíduos devam assumir a responsabilidade sobre os efeitos deletérios de seus hábitos de vida – um agregado de decisões individuais que afetam a saúde – não saudáveis, esta abordagem sugere um conjunto de intervenções sobre os estilos de vida que enfatizam, inicialmente, áreas-problema como o tabagismo, o alcoolismo, as drogas e os hábitos alimentares (Lalonde apud Carvalho, 2004a:670).

Neste sentido Carvalho (2004a) vai trazer para o centro das discussões as divergências de opiniões a partir de artigos de consagrados especialistas sobre propostas da “Nova Saúde Pública” nos anos 80, numa perspectiva sócio-ambiental, apontando o caráter ambíguo de suas premissas e estratégias. Assim traz uma reflexão sobre o conceito de risco e busca discutir o significado dessa categoria e as conseqüências de sua utilização na promoção à saúde.

[...] Risco, como qualquer outro conhecimento, traduz valores em disputa, não sendo, portanto, um fenômeno estático e objetivo, mas constantemente construído e negociado como parte de interações sociais e de construção de sentidos. A definição e a priorização de riscos por parte de “expertos” não são neutras e objetivas como costuma ser retratado na literatura científica, pois são, à semelhança do julgamento dos leigos, construídas através de processos sociais e culturais implícitos (Carvalho, 2004a:673).

Na visão desse autor as intervenções baseadas na erradicação dos riscos fazem parte da ampliação do objeto de intervenção na “Nova Promoção à Saúde”, na qual todos passam a serem “sujeitos” das políticas contemporâneas de prevenção.

[...] é possível afirmar, com Caplan, que parte importante dos projetos de promoção à saúde tem dificuldade para superar o enfoque behaviorista e mantém o foco de sua atenção para ações voltadas para a regulação da vida social e para a criação de critérios que delimitem o sentido do viver saudável. A autonomia possível é, quase sempre, uma autonomia regulada uma vez que os indivíduos tendem a seguir regras e normas concebidas por expertos e pelos parâmetros construídos pelas Políticas Públicas Saudáveis (Carvalho, 2004a:674).

Em outro artigo Carvalho (2004b) discute o conceito de “empowerment” e sua estreita relação com a promoção à saúde. Em primeiro lugar refere autores que tratam desse termo como se referindo a um indivíduo “com poder” e daí deriva a proposição de práticas educativas para o fortalecimento da auto-estima e da capacidade de adaptação ao meio e manutenção da harmonia social.

[...] entre essas [estratégias se] encontram práticas educativas que buscam contribuir para a formação da “consciência sanitária” por meio de um esforço pedagógico sistemático e permanente, que envolve técnicas focais e de marketing social e que tem como objetivo finalístico a manutenção da harmonia social e de uma relação saudável entre indivíduo com o seu meio externo (Carvalho, 2004b: 1091).

Esta noção de “empowerment” é criticada por Carvalho, pois a utilização destes argumentos pode vir a legitimar práticas de governos e instituições contra proposições que questionam a ordem social. Este autor vai apontar saídas para este impasse através da proposta de “empowerment comunitário” encampada por autores como Julin Rappaport, Paulo Freire e Saul Alinsky. Assim ressalta que

[...] a sociedade é constituída de diferentes grupos de interesses que possuem níveis diferenciados de poder e de controle sobre os recursos, fazendo com que processos de “empowerment” impliquem, muitas vezes, a redistribuição de poder e a resistência daqueles que o perdem (Carvalho, 2004b:1091).

Ainda Carvalho (2004b), no âmbito da educação e, tendo como referência Paulo Freire, aponta o “empowerment education” como alternativa para a busca de emancipação humana através do desenvolvimento do pensamento crítico para a superação das estruturas institucionais e ideológicas da opressão.

Também em uma análise crítica sobre o “empowerment” e a promoção da saúde, Stotz (2004:14) reporta-se à discussão trazida por Carvalho sobre

“empowerment” como forma de redistribuir o poder que se encontra desigualmente distribuído na sociedade, trazendo a seguinte contribuição.

[...] Promover essa redistribuição implica a participação política com o intuito de democratizar o poder, o que significa subordinar o funcionamento do Estado à sociedade. Não seria mais adequado, nesta ótica, falar de participação ao invés de empowerment? Uma resposta positiva a esta pergunta daria aos “promotores da saúde” (especialistas, técnicos, profissionais, lideranças) o papel de aliados dos movimentos populares nos conflitos sociais em curso na sociedade. Esses “promotores” poderiam então superar a concepção tradicional de promoção que ainda orienta as suas práticas. A participação nos conflitos sociais implicaria inclusive, como resultado da experiência de cooperação e de confronto entre interesses, a percepção de que não cabe aos “promotores” o papel de validar a experiência de terceiros, mas descobrir novas “habilidades e competências” comuns, no decurso da própria ação coletiva. O processo educativo é a conscientização dos problemas postos pela participação, pela aliança entre grupos sociais com interesses específicos diferentes.

A crítica de Stotz sobre a questão do empowerment refere-se à utilização deste como uma forma de mediação entre as demandas dos grupos excluídos das possibilidades de participação e os interesses de grupos situados em posições de poder na sociedade. Neste caso, o empowerment, ao invés de politizar a promoção à saúde serve de tutela sobre a maioria da população. Daí a crítica a Carvalho referindo que “a renovação do ideário da promoção da saúde proposta por Carvalho (2004b) presta-se, em última instância, no nível discursivo, à operacionalização de uma prática que não confronta instituições e estruturas sociais” (Stotz, 2004:15).

Essas críticas direcionadas à “Nova Saúde Pública” e as novas ferramentas difundidas pelos organismos internacionais de consenso no campo da saúde revela o distanciamento do caráter político e crítico dos diversos movimentos que buscavam afirmar a determinação social do processo saúde-doença.

No entanto essa perspectiva foi retomada nas últimas décadas a partir do campo da Saúde Coletiva que se revestiu de um conjunto de saberes que se fortalecem a partir de uma compreensão calcada no materialismo histórico e dialético.

Para prosseguir nesta incursão consideram-se os autores que buscaram dar ênfase aos determinantes sociais do processo saúde-doença, fundamentados na perspectiva do materialismo histórico e dialético.

Nesse sentido Granda e Breilh (1989), após apontar diferenças entre o método clínico e o epidemiológico, discutem as limitações e os obstáculos da epidemiologia tradicional na interpretação científica do processo saúde-doença. Dentre elas está a tendência de interpretar os fenômenos sociais como um agregado de elementos homogêneos, de caráter basicamente natural, o que resultaria em uma forma de análise em que a determinação histórico-social e sua base econômica, como expressões do modo de produção e da divisão da sociedade em classes, não seriam considerados.

[...] Essa manobra artificial de naturalização ou ecologização dos problemas atua como base teórica para delinear do ponto de vista epidemiológico, que as leis que os regem e as ações que se fazem necessárias são do tipo fundamentalmente ecológico e biológico, deslocando a consideração dos fundamentos econômicos sobre os quais se desenvolve a vida social. Assim, em lugar de interpretar os processos sociais (e entre eles a saúde-doença) como expressões de certos modos de produção, das classes em que se divide a sociedade, e em lugar de explicar as razões pelas quais cada classe social está exposta a diferentes riscos de adoecer e possibilidades de manter a saúde, se inventa um sistema ecológico equilibrado, no qual o equilíbrio (i.e. não-mudança) passa a ser sinônimo de normalidade ou bom funcionamento (i.e. saúde), portanto, tudo o que rompe o equilíbrio é considerado como patogênico ou anormal (i.e. doença) (Granda, Breilh, 1989:18).

Assim o conhecimento produzido pela epidemiologia tradicional serve “fundamentalmente para sustentar o projeto de dominação política das classes dominantes”, dificultando uma compreensão estrutural do processo saúde-doença e as possibilidades de transformações mais amplas das formações sociais (Granda, Breilh, 1989:19).

Segundo esses autores uma epidemiologia crítica que considere os determinantes que operam a vida social deve necessariamente incluir: os processos estruturais da sociedade que permitem explicar o aparecimento de condições de vida particulares; os perfis de reprodução social (produção e consumo) dos diferentes grupos sócio-econômicos (classes sociais) com as correspondentes potencialidades (bens ou valores de uso) de saúde e sobrevivência, assim como os riscos (contravalores) de adoecer e morrer e; a

compreensão integral dos fenômenos biológicos que configuram os padrões típicos de saúde-doença dos grupos e dos indivíduos que os compõem. Portanto reforçam a compreensão de que o processo saúde-doença é determinado socialmente a partir da exposição diferente a que os grupos e classes sociais se encontram, resultando em um perfil ou padrão de adoecimento também diferente, assim como o acesso a processos potencializadores da saúde.

Para Breilh (1995:246, tradução minha) as modernas ciências sociais têm as seguintes proposições básicas sobre a vida social:

[...]“que esta é um movimento histórico regido por leis de distintas ordens; que o caminho e desenvolvimento dos processos do mundo real têm um caráter contraditório; que a realidade não é fragmentada, pois existe uma profunda unidade entre os processos de distintos domínios; e que, as relações dos processos que pertencem a distintos domínios são hierarquizadas.”

E ainda este autor refere que na confluência das ciências sociais e biológicas podem estabelecer como princípios fundamentais que:

[...] “a saúde como todo processo tem fenômeno e essência; todo processo é determinado, experimentando distintas formas de regularidade que sofrem mudanças, se condicionam e transformam mutuamente; existe unidade social-biológica no ser social com subsunção do biológico; a relação “genótipo-fenótipo-ambiente” é dialética e conforma um padrão de transformações mútuas permanentes; e existe uma contradição permanente entre os aspectos saudáveis e destrutivos da vida humana que determinam o desenvolvimento epidemiológico. “

Ainda segundo esse autor ao observarmos o comportamento de saúde em uma população nos deparamos com o resultado de um processo, de um movimento complexo, cheio de formas e relações, no qual estão presente forças protetoras que impulsionam a saúde opondo-se a forças destrutivas que a deterioram. Porém essa oposição não é mecânica, nem é igual para todos os grupos e nem para um mesmo grupo em distintos momentos de seu desenvolvimento. Esse movimento é denominado de dialético porque implica a oposição permanente de processos contrários no qual resulta um movimento constante das relações entre os processos biológicos e os processos sociais mais complexos.

(...) Los procesos biológicos están profundamente concatenados con los procesos sociales más complejos, que lo corporal individual, desde el punto de vista epidemiológico tiene que relacionárselo con la vida social y que, es en las distintas dimensiones de la reproducción social que se encuentra en última instancia la explicación del conjunto (Breilh, 1995: 248).

Com o objetivo de construir possibilidades práticas da intervenção da enfermagem em saúde coletiva Queiroz e Salum (1996:4) propõem formas de operacionalizar a epidemiologia crítica com base nos determinantes sociais do processo saúde-doença.

(...) Como partimos do pressuposto de que o processo saúde-doença é determinado – constituinte e constituído – no processo de reprodução social, nos seus momentos de produção e consumo, o objeto específico da Saúde Coletiva seriam os perfis epidemiológicos do coletivo, resultantes da conjunção entre os perfis de reprodução social e os perfis de saúde-doença expressos na totalidade, nos grupos sociais homogêneos e nas suas manifestações nos indivíduos e famílias desses grupos.

Ainda buscando compor os perfis de reprodução social dos grupos sociais homogêneos ressaltam que

(...) porque têm semelhantes formas de trabalhar e semelhantes formas de viver – o que os expõe a semelhantes potenciais de fortalecimento e desgaste à saúde, traduzindo-se em semelhantes manifestações de fortalecimento e desgaste – os diferentes grupos sociais homogêneos apresentam diferentes perfis de saúde-doença, que conjugados aos perfis de reprodução social, comporão os perfis epidemiológicos de cada grupo social homogêneo (Queiroz, Salum, 1996:7).

A Saúde Coletiva se fundamenta, portanto, em um referencial teórico-metodológico que parte da compreensão da estrutura (base econômica e social) e da superestrutura (instância jurídico-político-ideológica) da sociedade, instâncias abstratas nas quais concretamente se assentam as raízes dos processos mais gerais que regem a vida humana. Em primeiro lugar busca contextualizar os fenômenos particulares na sua historicidade, ou seja, em que espaço social foram constituídos e qual a estrutura mais geral que os determina. Em seguida busca considerar a relação dos fenômenos com a superestrutura que sustenta e mantém a formação social, no nosso momento histórico, o modo de produção capitalista. Em terceiro lugar busca situar esses fenômenos na sua relação dialética com a totalidade social, ou seja, na sua unidade de relação com todas as forças e interesses em jogo num dado momento histórico. Daí a

necessidade de considerar as diferentes formas em que estes se manifestam nos diferentes grupos e classes sociais. Sobre esses aspectos Queiroz e Salum (1996:6-7) esclarecem:

A estrutura da sociedade: a sociedade se estrutura através de uma base econômica, uma base social e uma base geo-social, espaços de constituição do coletivo; neles são gerados os diferentes processos de produção e entre eles o processo de produção de serviços de saúde [...]. A produção para o atendimento de suas necessidades converte-se na base econômica, a inserção das pessoas na organização e divisão do trabalho converte-se na base social e o território ocupado socialmente converte-se na base geo-social.

Entendido dessa forma, o momento da produção social congrega as atividades produtivas dos diferentes setores da estrutura econômica. O modo capitalista de produção utiliza esse momento da produção para multiplicar o capital, ao mesmo tempo em que produz o necessário para o atendimento das necessidades da sociedade [...]. Por isso mesmo, são diferentes as formas de trabalhar de cada classe e/ou grupo social que compõe a estrutura social, entre inserções qualificadas, semi-qualificadas e não qualificadas. Porém, somente com o momento da produção a sociedade não se desenvolve: produz-se para consumir.

O momento do consumo comporta a organização da vida na sociedade e representa os diferentes *modos de andar a vida* das diferentes classes e/ou grupos sociais. Esses diferentes *modos de andar a vida* são o reflexo de como as diferentes classes e/ou grupos sociais se inserem no momento da produção, o que lhes permite ter específicas e diferenciadas *bases materiais de existência*: são diferentes os *modos de andar a vida* e, portanto, é diferenciado o acesso e a forma de ocupação do espaço geo-social - o que significa que as diferentes classes e/ou grupos terão acesso não equitativo do território, do uso dos bens naturais e dos bens sociais construídos sobre o território.

Finalmente, é preciso introduzir aqui um outro elemento explicativo da organização da sociedade: a instância jurídico-político-ideológica. A função das políticas públicas sociais e de saúde e de todo o aparato político, jurídico e do conjunto de valores e idéias veiculadas no interior da sociedade - pelos meios de comunicação, pela escola, pela igreja e outros - é o de garantir e legitimar a estrutura e a dinâmica social dentro da ordem social vigente, ainda que devam constituir o espaço da "luta de classes (...) das lutas pela realização da cidadania, com o estabelecimento de correlações de forças favoráveis aos segmentos sociais efetivamente empenhados nessa realização".

4.2 A REDUÇÃO DE DANOS PARA A SAÚDE COLETIVA OU A SAÚDE COLETIVA PARA A REDUÇÃO DE DANOS?

4.2.1 O objeto da redução de danos

Tendo por base o campo dos saberes que constituem a Saúde Coletiva, poder-se-ia dizer que a redução de danos toma como objeto de transformação não somente a dependência ou o hábito de consumir drogas de indivíduos em particular, mas a estrutura que envolve o complexo sistema de produção, comércio e consumo de substâncias psicoativas considerado na sua dimensão macroestrutural e historicamente situado. Nesse sentido interessa compreender as raízes dos problemas contemporâneos do consumo prejudicial de substâncias psicoativas que se assentam no modo de produção capitalista e nos processos de reprodução da vida social dos grupos e classes sociais.

Tratando-se de um objeto complexo pretende-se neste tópico apresentar a perspectiva de um conjunto de autores que trazem discussões que remetem a análises estruturais.

A droga não adquiriu tamanho grau de importância na “pós-modernidade” somente pelos seus efeitos psicofarmacológicos, mas também pelos significados e valores que lhe foram atribuídos a partir do conjunto de saberes e práticas da sociedade. Também as respostas sociais que estabelecem parâmetros para sua disseminação e controle não estão desvinculadas das estruturas que regem e dão forma aos fenômenos sociais.

Com base nos fundamentos da Saúde Coletiva, pode-se afirmar que o que determina o consumo e a forma como esse se dará encontra-se alicerçado no modo de produção. No capitalismo a produção tem como meta a expansão do capital e é com esse intuito que as drogas são produzidas. Todos os demais processos estão determinados por essa marca inicial e nesse sentido o comércio tem como meta a expansão e a proliferação das mercadorias produzidas se utilizando de complexos mecanismos para levar a cabo esse objetivo. A partir do modo de produção capitalista, o consumo e a forma como

este se dará é o resultado da transformação da droga em uma mercadoria, somado ao processo de desumanização das relações e da vida humana.

(...) A produção não está fundamentalmente determinada pelas necessidades do homem produtor e consumidor, mas sim pelo fato de que estes são potencial ou realmente manipulados, e o homem convertido em um instrumento de ampliação do benefício e da acumulação do capital, em prol da reprodução do sistema econômico global. Esta situação de subordinação estrutural do produtor-consumidor a um sistema produtivo cujo verdadeiro centro e sujeito não é o homem, mas sim o próprio sistema que se auto-reproduz às suas custas; esta perversão fundamental entre ser humano e sistema, por intermédio da qual o sistema usurpa a qualidade de "sujeito" que competiria ao homem, já por si só tem efeitos negativos e desestabilizadores no que se refere a um consumo cultural e "higienicamente" idôneo de certas drogas (Baratta, 1994:36).

A estrutura produtiva e seus mecanismos de expansão é sustentada por uma superestrutura jurídica-política-ideológica que imprime formas de controle sobre a forma mercadoria-droga que por sua vez tem agravado ainda mais os problemas resultantes do consumo. A proibição e a criminalização da produção, comércio e consumo de um conjunto de substâncias psicoativas é uma das formas de controle utilizadas desde o início do século XX conforme visto no primeiro capítulo. O sistema de proibição gerou uma estrutura secundária: a produção, o comércio e o consumo ilícito de substâncias proibidas - um gigantesco aparato que se soma ao sistema legal das mercadorias drogas.

Coggiola (2001) remete a uma análise sobre os aspectos econômicos do narcotráfico, em especial da cocaína, em escala mundial, mostrando como a explosão do consumo e a popularização da droga, especialmente nos países capitalistas desenvolvidos, vai ao encontro da deterioração das condições de vida e dos valores humanos.

[...] Os setores mais afetados são precisamente os mais golpeados pela falta de perspectivas: a juventude condenada ao desemprego crônico e à falta de esperanças e, no outro exemplo, os filhos das classes abastadas que sentem a decomposição social e moral (Coggiola, 2001).

Ainda este autor discute a dependência econômica dos países produtores (destacando Colômbia, Peru e Bolívia) em relação ao narcotráfico e assinala que a expansão desta atividade lucrativa na América Latina significou a degradação de países inteiros ao simples papel de apêndice do narcotráfico.

Porém os maiores lucros se mantêm nos países que são os maiores consumidores.

[...] Na América Latina só reingressa entre 2% e 4% dos US\$ 100 bilhões que produzem anualmente as vendas de cocaínas nos Estados Unidos. A parte mais lucrativa do negócio é incorporada pelos bancos lavadores e, em menor medida pelos próprios cartéis que internacionalizaram a distribuição de seus lucros, seguindo o padrão de fuga de capitais que desenvolveram as burguesias latino-americanas na última década. O preço da coca na plantação boliviana é 250 vezes menor que nos EUA. A mesma mercadoria no porto colombiano é cotada 40 vezes menos que nas cidades norte-americanas (Coggiola, 2001).

Tratando da relação capitalismo-droga, Baratta (1994:39) assinala que a mercantilização selvagem de certas drogas tem relação direta com a mercantilização geral de todas as coisas, resultado de um sistema de relações de produção em que prevalece a lógica da reprodução do sistema em detrimento das necessidades reais dos homens. Nesse sentido a demanda pelo consumo de drogas na atualidade estaria diretamente relacionada com os mecanismos do capital, “como tributária da necessidade de evadir-se das angústias produzidas pela realidade.”

Uma análise de Kaplan (1997) sobre tráfico de drogas, soberania estatal e segurança nacional irá permitir traçar correlações entre o fenômeno atual do narcotráfico e a crise global gerada pelo capitalismo. Segundo esse autor o narcotráfico deve ser considerado, por um lado, como um componente do contexto global representado pelo alto grau de concentração de poder em escala mundial, pela mutação do *neocapitalismo* nos centros desenvolvidos, pela *transnacionalização*, pela nova divisão mundial do trabalho e pela terceira revolução industrial e técnico-científica. Globalização esta na qual os países de capitalismo periférico se inserem e da qual provém poderosa restrição externa a seus interesses nacionais e a sua transformação progressiva. Ainda se consideram as situações, processos e crises estruturais destes países, os limites encontrados e os fracassos e efeitos negativos de seus esforços de desenvolvimento. Nesse cenário, de insuficiências e distorções de crescimento econômico insuficiente, é que o narcotráfico encontra um terreno propício para o seu fortalecimento e desenvolvimento.

[...] es esta naturaleza estructural del narcotráfico lo que en última instancia explica las limitaciones, vicisitudes y fracasso de las estrategias y políticas propuestas de lucha contra la adicción y el tráfico de drogas (Kaplan, 1997:44).

O narcotráfico, segundo esse autor, constituído e centrado inicialmente na Colômbia e depois no Peru e Bolívia e em outros países Centrais, Sul-americanos e do Caribe, organiza e impõe uma divisão regional e internacional do trabalho em todos os aspectos e níveis de sua atividade.

[...] un número creciente de grupos, sectores, procesos, países, espacios y circuitos, son incorporados a la órbita del tráfico e sus organizaciones. Son especializados en la producción de la materia prima y en la elaboración industrial de las drogas, el transporte y las comunicaciones, la distribución, la comercialización, la violencia de autoprotección e agresión, la prestación de servicios conexos, el lavado de dólares, las reinversiones ilícitas, las nuevas inversiones en la economía formal. El narcotráfico atribuye diferentes papeles y tareas a los países de su órbita, de producción, tránsito, consumo, lavado de dinero que, con el tiempo y el cambio de situaciones, pueden reasignarse y recombinarse de manera diferente (Kaplan, 1997:45).

Esta dimensão do narcotráfico gera ou reforça uma proliferação de atividades comerciais e profissionais para satisfazer a demanda de bens e serviços dos mais variados tipos. Com isso aumentam e prosperam as profissões e ofícios correspondentes e o nível de ocupação que atingem os grupos sociais de maneira diferente.

[...] la insatisfacción difundida respecto al funcionamiento del sistema político y a las limitaciones de la vida democrática, la irregularidad e insuficiencia del crecimiento, su estancamiento y regresión, la degradación de la situación económica y social de grandes sectores de la población, incrementan los cinturones y bolsones de miseria y marginalidad como sectores privilegiados de reclutamiento y despliegue de los consumidores de drogas, de los narcotraficantes, y de otros actores y formas de la criminalidad y la violencia (Kaplan, 1997:57).

O que há em comum entre a estrutura do narcotráfico e a indústria lícita de substâncias psicoativas é o seu valor de mercadoria e os mecanismos globalizados de disseminação do consumo. Carneiro (2002:12-3) fornece uma compreensão das formas atuais de consumo compulsivo como consequência da reprodução ampliada do capital e a transformação dos produtos em *fetiches da forma-mercadoria*.

A própria essência do mecanismo de reprodução ampliada do capital baseia-se no incentivo às formas de consumo de mercadorias baseadas não num valor de uso intrínseco, mas num fetiche da forma-mercadoria que sobrepõe-se à efetivas satisfações de demandas sociais. O consumo das mercadorias fetiches é estimulado por complexos e cada vez mais poderosos mecanismos de criação de comportamentos de consumo compulsivo. A publicidade, municiada por técnicas comportamentalistas, como as desenvolvidas por Watson, impinge o consumo compulsivo [...].

A sociedade contemporânea é cada vez mais viciada: em alimentos, em roupas, em carros. Diversas práticas sociais tomam características compulsivas: as torcidas esportivas viciam-se em seus times e adotam comportamentos de dependência, os próprios esportistas, pressionados pela indústria da quebra dos recordes, viciam-se literalmente em suas próprias endorfinas, quando não tomam simplesmente aditivos hormonais ou excitantes. Diversas práticas como o alpinismo ou a direção de carros velozes, tomam a mesma dimensão viciante e socialmente arriscada de certos consumos de drogas.

O complexo sistema das substâncias psicotivas também tem sua face na expansão e crescimento das indústrias lícitas e a produção em grande escala de bebidas alcoólicas, tabaco, medicamentos psicotrópicos e outras substâncias psicoativas com promessas de solução mágica para problemas contemporâneos complexos. Um exemplo é o crescimento do consumo de medicamentos tipo anfetamínicos por mulheres com a finalidade de regimes para emagrecimento rápidos resultando em problemas graves de saúde. O comércio tem o seu papel de injetar tecnologias de marketing para incentivar o consumo compulsivo das mercadorias disseminando novos valores capitalistas veiculados em propagandas nos meios de comunicação de massa. Birman (2006:181, 191) nos fornece uma compreensão do consumo *compulsivo* de drogas legais e ilegais como um fenômeno contemporâneo.

É necessário destacar algumas das modalidades de compulsão que se banalizaram na contemporaneidade. Antes de mais nada, a compulsão presente no uso de drogas. As toxicomanias constituem uma das formas comuns de mal-estar, inscrevendo-se em diferentes faixas etárias e classes sociais, impondo-se no cenário social e nas políticas de saúde pública. É preciso não ser ingênuo na leitura dessas compulsões. As toxicomanias, com efeito, não se restringem ao uso das drogas ilegais, produzidas e comercializadas pelo narcotráfico, mas incluem também as drogas legais, legitimadas cientificamente pela medicina e pela psiquiatria. Refiro-me, assim, aos medicamentos psicotrópicos, que são receitados pelos médicos e psiquiatras, para regular o mal-estar dos indivíduos, além, é claro, dos analgésicos de potência variável. Dos ansiolíticos aos antidepressivos, passando pelos estimulantes, a farmacopéia médica oferece um vasto cardápio de possibilidades [...].

Por que estas últimas são também drogas, poderia alguém me interpelar. Tais medicamentos são drogas porque podem engendrar dependências física e psíquica. Deve-se reconhecer que vivemos numa cultura das drogas, da qual não se podem excluir as bebidas alcoólicas e o fumo. Enfim, vivemos intoxicados mesmo que não saibamos disso, pois esses fármacos se inscrevem nos estilos contemporâneos de existência.

[...] Poderiam argumentar que ter dor e sofrer são modalidades de mal-estar que marcam a experiência humana desde sempre, sendo formas “a-históricas” de sentir. Entretanto, a interpretação que estou propondo inscreve-se numa tradição teórica na qual as marcas antropológicas da subjetividade são históricas. Não existiria, portanto, a natureza humana como uma invariante que ficaria incólume aos valores produzidos ao longo da história.

O consumo prejudicial de substâncias psicoativas como um fenômeno social de grandes proporções é contemporâneo com suas raízes no capitalismo e no *mal-estar* atual produzido pela introdução dos valores que priorizam os mecanismos do capital em detrimento dos valores humanos (Birman, 2006:191-2).

Imersa que fica na dor e no ressentimento, portanto, a subjetividade contemporânea se evidencia como essencialmente narcísica, não se abrindo para o outro, de forma a fazer um apelo. Isso porque pega mal precisar do outro, pois isso revelaria as falhas do demandante. Na cultura do narcisismo, as insuficiências não podem existir, já que essas desqualificam a subjetividade, que deve ser auto-suficiente [...].

Em contrapartida, o sofrimento é uma experiência alteritária. O outro está sempre presente para a subjetividade sofredora, que se dirige a ele com o seu apelo. Daí sua dimensão de alteridade, na qual se inscreve a interlocução na experiência do sofrimento. Isso porque a subjetividade reconhece aqui que não é auto-suficiente, como na dor [...].

[...] A instrumentalização do corpo pela medicalização e pelo naturismo encontra então o seu canteiro de obras, na medida em que se inscreve aqui a matéria-prima para a disseminação dos discursos sobre a saúde. Pode-se compreender como a psicanálise se encontra num impasse quando se pressupõe um modelo alteritário de subjetividade, no qual os indivíduos sofredores possam dirigir ao outro a sua demanda. Em contrapartida, a psiquiatria biológica pode florescer, já que com os psicofármacos pode fazer o curto-circuito do sofrimento e atender diretamente aos reclamos da dor, sem qualquer apelo. A animalidade dolorida pode ser atendida sem pedir nada, no jardim das delícias promovido pela medicalização da dor.

O consumo prejudicial de substâncias psicoativas também se localiza como resultado das transformações no mundo do trabalho produzindo uma crise que exclui uma grande parcela das populações de acesso a um trabalho que lhes garanta condições de consumo de bens materiais e imateriais satisfatórias ao bem-estar pessoal e social.

Com a crise do capitalismo dos anos 70, de caráter estrutural (Mészáros, 2002), o mercado globalizado impôs uma reestruturação produtiva que desencadeou transformações perversas e intensas no mundo do trabalho, como o abandono do pleno emprego e a precarização da força de trabalho, atingindo os trabalhadores na sua *materialidade* e causando repercussões na sua *subjetividade* (Antunes, 2000a; Antunes, 2000b; Antunes).

Na mesma direção, porém de um ângulo diferente, no intuito de perceber o consumo de drogas como particular consequência da vida social contemporânea, vimos assinalando como a reestruturação produtiva, ao tornar o trabalho incerto e produzir um enorme exército de excluídos do mercado de trabalho, estimula a competição e alicerça o florescimento de valores individuais de competência. Os indivíduos portadores de competências para trilhar o seu destino passam a ter a responsabilidade de identificar e trilhar sozinhos os caminhos para o sucesso [...] (Soares, 2007:45, 51).

4.2.2 O sujeito da redução de danos

A amplitude do objeto da redução de danos da perspectiva da Saúde Coletiva remete à amplitude do sujeito. Se o consumo é determinado pelos processos de produção e distribuição da mercadoria-droga as famílias e grupos sociais estarão submetidos a processos diferentes, a depender do lugar que ocupam enquanto classe social na reprodução da vida social. Assim como o acesso a bens e produtos materiais e imateriais de uma maneira geral está relacionado a diferentes potenciais de desgaste-fortalecimento e processos de saúde-doença dos grupos sociais, também o acesso e o consumo das drogas, a depender das condições em ocorrem, resultam em processos distintos que se manifestam diferentemente em função das desigualdades sociais e de saúde das classes sociais. Assim o sujeito da redução de danos é tomado pelo coletivo e decomposto em classes sociais, ou seja, todo o conjunto de pessoas são potenciais consumidores da mercadoria-droga e estão submetidos aos processos mais gerais que determinam as formas de consumo na contemporaneidade, porém não é homogêneo sendo que as diferenças em razão das condições históricas de desigualdade social e de classe social resultam em diferentes manifestações do consumo prejudicial de drogas. Soares (2007:22, 42-3, 55) se apoiando nos fundamentos do campo da Saúde Coletiva organiza um conjunto de conhecimentos que buscam fundamentar as relações entre droga e capitalismo numa perspectiva histórica e contextualizada.

Nessa direção, cabe agora tratar das referências para a construção do objeto, localizadas nos fundamentos da Saúde Coletiva e na contribuição deste campo de conhecimentos e práticas para ampliar a exposição do objeto, no impacto e nos desdobramentos da globalização do capital no mundo contemporâneo e no conjunto de evidências que traduzem os passos pelos quais a droga veio sendo historicamente apropriada como mercadoria, elementos chave para a compreensão macroestrutural do problema.

[...] Realizada a análise histórica e contextual – que evidencia as características da estrutura social contemporânea (base econômica e superestrutura) – e dialética – que demonstra as conexões entre a estrutura social e o desfecho especificamente investigado no presente trabalho definem-se as categorias mediadoras que favoreceriam entender o processo contemporâneo de produção, distribuição e consumo da mercadoria droga – lícita ou ilícita – por jovens de diferentes classes, na sua relação intrínseca com as formas atuais de acumulação capitalista.

[...] Explicar o consumo de drogas inserido na dinâmica social – na sua dimensão estrutural – requer, portanto, em primeiro lugar, situar a condição histórica que inscreve a droga como uma mercadoria, ora lícita – proveniente de uma indústria com lucros aviltantes, ora ilícita – produzida e distribuída pelo narcotráfico. Em segundo lugar, é necessário compreender o processo contemporâneo de produção e distribuição da mercadoria droga como consequência das formas atuais de acumulação capitalista.

Os saberes advindos do campo da Saúde Coletiva permitem uma crítica às vertentes reducionistas que percebem o usuário de droga como um sujeito desviante. Assim a perspectiva histórica da construção da categoria de *drogado* (também *viciado* e *doente*) é discutida por Velho (1994:59) se referindo à idéia de desvio e sua dimensão moral, geralmente denunciadora dos padrões ou convenções vigentes em uma determinada sociedade. Isto permite que a sociedade *se perceba pelo que não é que não quer ser*. Segundo o autor drogado é uma acusação moral e médica que assume explicitamente uma dimensão política e contamina toda a vida dos indivíduos acusados, estigmatizando-os de forma talvez definitiva. Nesse caso o caráter de doença já é dado a priori, ou seja, o potencial consumidor de uma droga ilícita fica marcado socialmente por uma identidade que lhe confere um determinado valor negativo e um peso social (Velho, 1994:60).

Isto resulta em formulações como a idéia de que a droga enfraquece a moral, fazendo com que os indivíduos sejam mais facilmente seduzidos, corrompidos ou enganados. Também reforça, no campo da saúde, a idéia do

drogado como um doente e sua relação com a anormalidade e a doença mental.

[...] a procura de drogas já indicaria a existência de problemas psicológicos graves e a sua utilização agravaria ou criaria novos sintomas de patologia. O drogado é questionado diretamente ao nível de sua moral. As dimensões básicas envolvidas são suas atitudes e comportamento em relação à família e ao trabalho (Velho, 1994:61).

Essa perspectiva auxilia na compreensão histórica do estigma e do preconceito contra os consumidores de drogas ilícitas e no uso dessas categorias como argumento para exclusão de grupos sociais e a afirmação de políticas repressivas e de controle.

Da análise realizada por esse autor destaca-se o caráter da historicidade do processo de constituição da categoria drogado na contemporaneidade e porque não dizer da determinação do sujeito desviante (moralmente defeituoso, criminoso ou doente), pois o consumo de uma droga ilícita, mesmo que não seja ou não se torne um problema de saúde para o sujeito ou acarrete conseqüências sociais, traz consigo as marcas negativas das construções históricas e sociais e o peso das acusações morais. Também esses atributos morais recaem sobre os sujeitos considerados dependentes e incapazes de controlar o consumo devido a um defeito genético ou a uma vulnerabilidade individual dos sujeitos. Nesse sentido o consumidor de drogas, e em especial as ilícitas, já vem carregado de um peso social que senão determina sua trajetória o empurra para uma condição subumana. Esta construção ainda iguala a doença ao desvio e remete a responsabilidade para o âmbito individual inviabilizando mudanças nas estruturas sociais, alimentando e retroalimentando o aparelho ideológico do Estado para a criação e disseminação das políticas proibicionistas, legitimadas e reproduzidas pelas agências sociais de maior representatividade na sociedade, como no caso a medicina, a religião e os aparelhos repressivos, de controle e da manutenção da ordem.

4.2.3 A unidade objeto/sujeito da redução de danos

Todo objeto de conhecimento e transformação encontra-se intrinsecamente acoplado a um sujeito. O objeto é constituído na sua interação com o sujeito, esteja este na condição de propositor da ação, como agente do processo de conhecimento e transformação da realidade (por exemplo, o pesquisador), esteja este na posição de indivíduo ou grupo que participa da realidade que se deseja conhecer e transformar (por exemplo, o que faz parte da realidade tomada como objeto de uma pesquisa, considerado capaz, como o pesquisador, de elaborar uma forma de conhecimento sobre a realidade que o circunda). Assim a concepção que orienta e que funda um objeto já direciona um determinado sujeito. Dessa forma a análise daquilo que vem sendo tomado como objeto/sujeito da redução de danos permite a compreensão de uma relação intrínseca e dialética entre as suas partes constituintes.

Abrantes e Martins (2007:315-6-9) fornecem uma compreensão ampla da unidade sujeito-objeto do conhecimento referindo que o trabalho intelectual (sobre uma dada realidade) se consolida na base da tensão entre a realidade e a consciência sobre ela.

Portanto, a unidade sujeito – objeto reitera o papel do pensamento no processo de conhecer a realidade, ao mesmo tempo em que afirma a primariedade da realidade em relação ao pensamento. O conhecimento não emana nem do pólo concreto, representado pelo objeto (realidade), nem do pólo abstrato, representado pelo sujeito (pensamento), concentrando-se no movimento entre estes pólos, na relação entre a realidade e a consciência sobre ela. É na base desta tensão que se consolida o trabalho intelectual sobre a realidade, trabalho este que, ao colocar o real a descoberto, pela apreensão de suas múltiplas determinações sintetizadas na unidade aparência – essência, o representa e o expressa teoricamente.

[...] Neste sentido, o pressuposto de que a relação do sujeito do conhecimento com a realidade a ser conhecida (e transformada) se inicia pela prática social significa que o primeiro deve estreitar seus vínculos com ela para acompanhar o seu movimento e desvelar os determinantes ocultos em sua aparência. A apreensão da realidade em suas expressões precedentes e presentes, aparentes e essenciais, é condição para o desenvolvimento do pensamento criativo, isto é, para a produção do conhecimento original sobre a realidade e para proposição de soluções aos problemas que nele se apresentam.

[...] A prática social é, então, ao mesmo tempo, início do processo de construção do conhecimento e resultado (evidentemente que não apenas do conhecimento), síntese de contradições anteriores, e, como síntese, é portadora de uma complexidade e multilateralidade que não pode ser apreendida, como já foi afirmado, independente da atividade

do pensamento. O pensamento é uma “prática” que permite superar o imediato e as “facilidades” do empírico, sendo unidade entre teoria (idéias) e atividade, que ocorre sempre sobre dadas condições histórico-sociais. Sintetiza contradições entre distintos conhecimentos produzidos e se impõe como resultado de uma luta de posições entre diferentes pensamentos que se negam ou que se afirmam.

Desta forma sugere-se que a unidade objeto/sujeito da redução de danos como construção teórico-prática fornece elementos para a compreensão das diversas formas em que é concebida.

No campo da Saúde Coletiva, o objeto é compreendido na sua amplitude e complexidade o que implica a análise dos processos humanos numa perspectiva histórica e estrutural e dessa forma o sujeito - estatuto conferido aos homens cuja prática se deseja compreender ou transformar - é tomado pelo coletivo e decomposto em classes sociais, que por sua vez estão submetidos a diferentes processos de desgaste e fortalecimento. .

A unidade objeto/sujeito da redução de danos, da perspectiva da Saúde Coletiva, é tomada a partir de um conjunto de saberes e práticas que possibilitem a compreensão e a transformação das causas estruturais ou raízes do consumo contemporâneo de drogas o que nos remete a um sujeito coletivo e não individualizado ou concebido na dimensão de uma identidade em particular. No entanto o coletivo não é homogêneo, pois os diferentes grupos sociais sofrem de maneira diversa o impacto dos processos de produção, comércio e consumo de substâncias psicoativas em razão da sua condição de classe social. A seguir oferece-se uma síntese dos processos que envolvem a unidade objeto/sujeito da redução de danos:

- O referencial teórico metodológico deve contemplar a perspectiva histórico-dialética analisando o complexo sistema da produção, comércio e consumo de substâncias psicoativas como consequência, no modo de produção capitalista, da transformação da droga em uma mercadoria a serviço das atuais formas de acumulação do capital, tendo na indústria lícita e no narcotráfico as estruturas que reproduzem os interesses do sistema;
- As transformações ocorridas no mundo do trabalho que produziram uma crise que excluí uma grande parcela das populações de acesso a

um trabalho que lhe assegure dignidade e garanta condições de consumo de bens materiais e imateriais satisfatórias ao bem-estar pessoal e social;

- O distanciamento dos valores do humano em função da propagação e disseminação de valores de competência, de sucesso e centrados no indivíduo e a conseqüente crise dos valores referidos ao humano, esvaziando os sentidos e os projetos solidários e de transformação das situações de injustiça social;
- As conseqüências das políticas proibicionistas e criminalizadoras da produção, comércio e consumo de drogas colaborando para a manutenção do submundo do crime, do estigma e do preconceito contra grupos sociais eleitos como desviantes;
- O sujeito considerado no coletivo sendo que os processos do consumo são compreendidos a partir das diferenças enquanto classe social. Significa apostar no sujeito político e com consciência dos interesses em jogo e capaz de objetivar transformações nas estruturas da sociedade.

Objetivos

5 OBJETIVOS

Descrever e analisar a produção científica brasileira no que concerne ao objeto e ao sujeito da redução de danos.

Procedimientos Metodológicos

6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa teórica, de natureza qualitativa, se pauta nos fundamentos do campo da Saúde Coletiva, que, por sua vez, vale-se das Ciências Sociais de cunho marxista para compreender a realidade social e de saúde. Assim, coerentemente, a produção científica sobre redução de danos no Brasil será analisada à luz dos saberes constituídos historicamente no campo da Saúde Coletiva.

A revisão da literatura é uma etapa essencial de toda pesquisa, seja com o propósito de analisar pesquisas anteriores sobre o tema, seja com a finalidade de discutir o referencial teórico (Alves-Mazzotti, 1999). Nesta pesquisa, em função do problema de estudo, definido justamente com apoio da revisão bibliográfica internacional, optou-se por uma pesquisa bibliográfica – desenvolvida exclusivamente a partir de fontes bibliográficas - (Gil, 2007), mais especificamente, sobre redução de danos no Brasil.

“As pesquisas sobre ideologias, bem como aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema, também costuma ser desenvolvida quase exclusivamente mediante fontes bibliográficas” (Gil, 2007:44).

A pesquisa bibliográfica foi realizada no mês de julho de 2006 na base de dados LILACS, buscando-se todas as publicações sobre redução de danos no Brasil. Tendo em vista que a produção científica sobre esse tema é ainda bastante incipiente, não se restringiu o período estudado. Tendo em vista ainda que o descritor “redução de danos” não é reconhecido pelo sistema de busca, foram utilizados os seguintes descritores: “redução” ou “danos” e “transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas” ou “drogas ilícitas” ou “redução do dano” ou “tabagismo” ou “alcoolismo”. Considerando-se que muitos trabalhos expressivos na área, especialmente para o desenvolvimento de políticas

públicas, acabam por não serem indexados em bases de dados, no decorrer do projeto, novos textos foram incorporados ao conjunto primeiramente levantado.

O LILACS abrange documentos, tais como: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos, publicações governamentais e artigos extraídos da análise corrente de aproximadamente 400 títulos de periódicos na área. Dessa forma a opção pelo LILACS se deu em razão de sua abrangência e em função de que a maioria dos trabalhos de redução de danos é oriunda de livros que não são encontrados, por exemplo, no sistema Scielo que está restrito a revistas indexadas.

6.2 A SELEÇÃO DOS TRABALHOS

Foi realizada primeiramente uma leitura exploratória e seletiva visando extrair dos trabalhos os principais elementos que se relacionam ao tema da redução de danos nas suas várias dimensões e enfoques.

A lista final incluiu os trabalhos brasileiros publicados no período de 1994 (ano em que se iniciam as publicações sobre redução de danos) a 2006 (ano de corte desta pesquisa) selecionados a partir dos seguintes critérios: aqueles que referiam discussões teóricas, estudos e pesquisas e apresentação de políticas, excluídos os que não tratavam diretamente do tema ou não apresentavam conteúdo suficiente que possibilitasse extrair os elementos para a análise; ainda aqueles que foram incluídos por se tratar de documentos oficiais da política brasileira ou por trazerem discussões importantes sobre a redução de danos, porém não contavam no banco LILACS.

Dessa forma para efeito da análise do conteúdo foram selecionados 44 trabalhos (anexo I), incluindo capítulos de livros, artigos de revistas indexadas, manuais e documentos oficiais, dissertações de mestrado e teses de doutorado o que conferiu uma amostra considerável e substancialmente importante da bibliográfica brasileira em redução de danos.

6.3 ANÁLISE DE CONTEÚDO

Para a leitura dos estudos produzidos no Brasil, utilizou-se o método de análise de conteúdo conforme descrito por Triviños (1994), que procura salientar a importância do apoio do referencial teórico.

Voltamos a salientar que qualquer técnica (entrevista, questionário etc.) adquire sua força e seu valor exclusivamente mediante o apoio de determinado referencial teórico. E, naturalmente, a análise de conteúdo não foge a este enunciado geral (...). A classificação dos conceitos, a codificação dos mesmos, a categorização etc. são procedimentos indispensáveis na utilização deste método que comentamos. Mas todos estes suportes “materiais” serão francamente inúteis no emprego da análise de conteúdo se o pesquisador não possuir amplo campo de clareza teórica. Isto é, não será possível a inferência se não dominarmos os conceitos básicos das teorias, segundo nossas hipóteses, estariam alimentando o conteúdo das mensagens (Triviños, 1987:159-60).

Também a análise de conteúdo baseia-se no trabalho de Bardin (2006:33-4), que a define como

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens [...] é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não).

Primeiramente foi realizada uma leitura cuidadosa dos trabalhos visando obter uma compreensão global dos conteúdos descritos e abstrair a idéia central sobre a redução de danos. Em seguida foram selecionados os trechos dos textos que se referiam ao objeto e ao sujeito da redução de danos sendo recortados e classificados em *unidades comparáveis de categorização* (Bardin, 2006:94) de acordo com as semelhantes formas de concebê-los. Para se conseguir esse objetivo se recorreu à *noção de tema* referida por Bardin (2006:99).

Na verdade, o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O texto pode ser recortado em idéias constituintes, em enunciados e em proposições portadores de significações isoláveis [...]. Fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido [...]. O *objeto ou referente*: trata-se de temas-eixo, em redor dos quais o discurso se organiza.

De acordo com Cardoso e Vainfas (1997), o esquema proposto por Bardin contribui para “resolver o problema das ‘unidades de registro e de contexto’ em uma análise semântica.”

Ainda foram considerados para efeito de análise os elementos ausentes percebidos como significativos em alguns trabalhos. Como as categorias que foram sendo constituídas a partir da leitura dos trabalhos apresentavam algumas características comuns, como por exemplo, o nível de complexidade da idéia ou conteúdo, as ausências puderam significar um tipo de conteúdo de menor ou maior complexidade.

Também foram destacados alguns *índices* (Bardin, 2006:93) - palavras, frases ou idéias - que se repetiam nos trabalhos auxiliando na classificação, visualização e na identificação de conteúdos que expressavam as idéias dos autores.

A categorização foi sendo empregada à medida que os trabalhos foram sendo analisados, não sendo, portanto definida a priori. O próprio material analisado conferiu forma e sentido a um conjunto de categorias constituídas para classificar os trabalhos, como refere Bardin (2006:113) sobre o emprego da categorização para dois processos inversos.

É fornecido o sistema de categorias e repartem-se da melhor maneira possível os elementos, à medida que vão sendo encontrados [...]. O Sistema de categorias não é fornecido, antes resultando da classificação analógica e progressiva dos elementos. Este é o procedimento por *milha*. O título conceptual de cada categoria somente é definido no final da operação.

Análise e Discussão

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO

7.1 ASPECTOS GERAIS E CARACTERÍSTICAS DOS TRABALHOS ANALISADOS

Foram selecionados 44 trabalhos para serem analisados, sendo que 50% eram oriundos de universidades, 41% de instituições públicas (30% ligadas às políticas de prevenção/controle de doenças transmissíveis em geral e de HIV/AIDS em particular e 11% ligadas às políticas de saúde mental) e 9% advinham de associações, redes e organizações da sociedade civil. No Brasil a diferença dos países de capitalismo central nota-se uma maior assimilação pelo poder público da redução de danos, inicialmente, como uma estratégia efetiva no campo das doenças transmissíveis e, nos últimos anos, como modelo de política para o campo da saúde mental. A participação das universidades na produção científica sobre redução de danos se apresentou no Brasil em percentuais semelhantes aos de outros países.

Quanto ao ano de publicação observou-se que 2% dos trabalhos foram publicados em 1994, 2% em 1997, 7% em 1998, 2% em 1999, 16% em 2001, 5% em 2002, 50% em 2003, 9% em 2004, 2% em 2005 e, 5% em 2006. Chamou a atenção o ano de 2003 com 50% das publicações, indicando um momento de efervescência nos debates teóricos e políticos— resultado de um período de reafirmação da redução de danos no campo das doenças transmissíveis e de apropriação pelo campo da saúde mental.

Em relação ao campo do saber que vem se ocupando das produções em redução de danos, observou-se que 30% vinham da área da psiquiatria, 20% da saúde pública e epidemiologia, 20% da psicologia, 9% da saúde coletiva, 7 % das ciências sociais, 5% da antropologia, 2% do serviço social e 2% da criminologia crítica, sendo que não foi possível identificar a área do saber em 5% dos trabalhos.

Assim, nota-se que a área que mais vem se apropriando da produção de conhecimentos e práticas é a psiquiatria o que corroborou com as formulações

do uso de drogas como dependência e a proposição de medidas de tratamento voltado para a abstinência.

Também a psicologia na maioria das vezes tem contribuído com essa vertente propondo terapias e intervenções visando à mudança de comportamentos no sentido de reduzir riscos e danos tendo como meta a abstinência. Porém nota-se que a saúde pública e a epidemiologia voltada para a prevenção de doenças transmissíveis também tem se apropriado da redução de danos a partir principalmente da expansão da epidemia do HIV/AIDS. Observa-se ainda a entrada em cena de outras áreas do saber que buscam dar um contorno mais amplo e político para a redução de danos. É o caso das ciências sociais, da criminologia crítica e de algumas vertentes da antropologia.

Quanto ao tipo de publicação tem-se que 43% eram capítulos de livros, 39% artigos de revistas indexadas, 9% manuais, 4,5% eram dissertações e 4,5% teses. Observe-se que a diversidade quanto às áreas e aos tipos de publicação acabou por oferecer uma amplitude maior de conteúdos para análise.

Em relação à localização do objeto e do sujeito da redução de danos abstraiu-se dos textos, após a análise, os seguintes dados: em 41% dos trabalhos o objeto da redução de danos foi identificado como sendo as doenças transmissíveis e o sujeito como os usuários de drogas das populações marginalizadas e excluídas; em 16% o objeto foi considerado como sendo o sistema de produção, comércio e consumo de substâncias psicoativas na sua dimensão estrutural e sendo o sujeito o consumidor de uma maneira geral e a classe social; em 14% o objeto foi identificado como sendo o uso de drogas e o sujeito o usuário de drogas; em 11% dos trabalhos o sujeito foi classificado como sendo a dependência e o sujeito o dependente; em 9% o sujeito está relacionado ao modo de vida e o sujeito ao que recaí as ações a comunidade; em 7% o objeto são os riscos sociais e o sujeito é a população em geral e; em 2% dos trabalhos foi identificada como objeto da redução de danos a condição existencial sendo o sujeito o ser humano a-histórico e invariável. Chama a atenção um conjunto de trabalhos que trazem discussões a partir de referenciais teóricos mais amplos, analisando o caráter estrutural do consumo prejudicial de

substâncias psicoativas e como a redução de danos pode se nutrir desses saberes.

Também os trabalhos foram classificados em relação ao Estado de origem, assim 43% eram oriundos do Estado de São Paulo, 21% eram de âmbito nacional, 21% eram do Rio de Janeiro, 5% de Pernambuco e os Estados da Bahia, Porto Alegre, Mato Grosso do Sul, Santo Catarina e Paraná representaram 2% dos trabalhos em cada localidade. O Estado de São Paulo e o Rio de Janeiro tiveram maior representação na produção científica em redução de danos. Também a nível nacional foi significativo o investimento do Estado brasileiro em produção na área.

7.2 O QUE DIZEM OS TEXTOS SOBRE O OBJETO E O SUJEITO DA REDUÇÃO DE DANOS?

A análise dos trabalhos buscou apreender em cada produção em particular aquilo que estava sendo tomado como objeto da redução de danos. Para melhor compreender as diferenças encontradas, optou-se por construir uma classificação em subcategorias menores, que supostamente exporiam a unidade objeto (o que se deseja conhecer e transforma) – sujeito (quem se deseja conhecer e transformar) de maneira mais clara. Partiu-se da compreensão de que os diversos recortes de objeto estariam ancorados em distintas concepções sobre o complexo sistema de produção, distribuição e consumo de substâncias psicoativas na contemporaneidade. Dessa forma, num primeiro momento e para melhor explicitar os conteúdos dos trabalhos recorreu-se ao artifício de dividir a unidade objeto-sujeito, na esperança de que o capítulo das conclusões possa resgatar novamente a dialética da interação entre ambos.

A análise e discussão do conjunto de trabalhos selecionados será apresentada a seguir de acordo com as seguintes subcategorias: quando o objeto da redução de danos é a dependência; quando o objeto da redução de danos são as doenças transmissíveis, com ênfase no HIV/AIDS e outros agravos à saúde; quando o objeto da redução de danos é o uso de drogas; quando o objeto da Redução de Danos é modo de viver; quando o objeto da

Redução de Danos são os riscos sociais; quando o objeto da redução de danos é a condição existencial; quando o objeto da redução de danos é o complexo produção-comércio-consumo de substâncias psicoativas.

7.2.1 Quando o objeto da redução de danos é a dependência

Alguns trabalhos analisados recortam o objeto da redução de danos pelo ângulo da dependência, propondo que a finalidade das ações seja a abstinência de qualquer consumo de drogas, ou seja, a meta final é o não uso de substâncias psicoativas. Parte-se do pressuposto que o consumo caminha sempre no sentido de um uso dependente ou pelo menos problemático e por isso seria necessário evitar que um primeiro uso ocorra. Essa formulação propõe que qualquer uso de droga tem como consequência a dependência-doença. Considerando que nenhuma forma de consumo é tolerada pelos defensores dessa concepção a redução de danos é tomada tão somente como uma estratégia para se chegar aos usuários que não aceitam os tratamentos voltados para a abstinência sendo denominada por alguns autores de prevenção secundária ou terciária. A redução de danos é, portanto um meio para se chegar à meta que é a abstinência. Essas formulações corroboram a informação obtida através dos dados gerais dos trabalhos de que a psiquiatria tem contribuído de maneira significativa na explicação do consumo de drogas como dependência-doença.

7.2.1.1 O sujeito é o dependente

Quando o objeto da redução de danos é a dependência, o sujeito é o dependente e a finalidade das estratégias propostas é a abstinência. Nessa perspectiva os sujeitos são focalizados, para efeito das ações, na medida em que não aceitam ou não se beneficiam das abordagens tradicionais voltadas unicamente para a abstinência. São concebidos como passivos diante do uso, frágeis, incapazes de se adaptar socialmente às normas e regras sociais e nesse sentido ficam subjugados e cooptados pelo poder da droga, ou seja,

assim como ele é objeto da droga, é também objeto das ações e intervenções das instituições de tratamento.

Essa perspectiva reflete uma concepção de que a droga, considerada nas suas propriedades psicofarmacológicas, exerce forte influência sobre o usuário ficando este prisioneiro da compulsão - mecanismo que permite que a experiência vivida com o uso se repita continuamente - portanto dependente-doente. No entanto, a forma de pensar a compulsão está relacionada à condição genética ou a alguma fragilidade instalada e por vezes a uma compreensão idealista e a-histórica de sujeito. Tais atributos motivariam o ato compulsivo de repetir a experiência do uso da droga, ou seja, o sujeito por essa condição primeira não consegue escapar do caminho determinista de, iniciado o uso, vir a se tornar dependente. Nesse sentido os conceitos e estratégias parecem se orientar para afastar a droga do indivíduo ou o indivíduo da droga, pois o entendimento é que essa relação sempre vai ter como fim último a dependência. Essa forma de conceber o sujeito tem servido de justificativa para a *manutenção de repostas conservadoras e autoritárias* (Brites, 2006) servindo de suporte para a criminalização do consumo de um conjunto de substâncias psicoativas, mas que também tem sido suporte para as políticas em relação às drogas lícitas.

Essa recorrência aos registros históricos e antropológicos para constatar o caráter trans-histórico do uso de drogas não tem qualquer relação com as análises que deduzem das propriedades inerentes a determinadas drogas um poder sobre-humano, capaz de escravizar de uma vez para sempre seus usuários. O valor atribuído às drogas, por suas propriedades, que orienta o modo como o homem se relaciona com as mesmas é fruto da práxis. Sabemos bem que esse poder atribuído a algumas drogas tem servido para a manutenção de repostas conservadoras e autoritárias nesse campo nas sociedades contemporâneas. Em nome de um poder (sobre-humano), que a droga não tem, a resposta social tem sido a criminalização; que nega qualquer possibilidade democrática de construção de repostas, sociais e de saúde, pautadas nos direitos humanos e de cidadania (Brites, 2006: 47).

Nesse sentido o discurso da dependência torna-se a verdade sobre o sujeito que deve se submeter às intervenções das instituições responsáveis pela cura dessa doença. E no sentido contrário, quando o primeiro uso ainda não ocorreu, a redução de danos é compreendida como uma estratégia para estimular padrões de abstinência evitando assim que a dependência venha a se instalar. A redução de danos é, portanto, um meio para se chegar à meta da

abstinência e como tal pode estar imbuída de um excesso de pragmatismo e obedecendo à máxima de que os fins justificam os meios, muitas vezes, violentadores da dignidade e do respeito humano.

Abaixo são relacionados trechos dos trabalhos que tratam do objeto da Redução de Danos como sendo a dependência e o sujeito o dependente.

Trabalho nº 05: No capítulo intitulado "A pessoa do usuário de drogas intravenosas", do livro *Drogas e AIDS* (Andrade, 1995): estratégias de redução de danos, está registrado, entre as observações de campo feitas pelo autor que os UDIs como outras populações socialmente excluídas a exemplo dos trabalhadores do sexo, são pessoas **psiquicamente imaturas e emocionalmente instáveis**, comparáveis às crianças em fases precoces de seu desenvolvimento [...].

Aqueles que lidam com pessoas **dependentes de drogas** sabem que a busca de desafios é uma constante em suas vidas, e a transgressão às normas, sejam elas intrafamiliares, sociais ou mesmo as estabelecidas no código penal, é consequência dessa busca [...].

Em nosso percurso, já estivemos com muitos usuários de drogas; uns mais favorecidos e com algum nível de inserção familiar e social, outros desvalidos, vivendo nas ruas e excluídos de qualquer benefício social. A maioria dos UDIs que hoje assistimos em Salvador é de pessoas muito pobres, mas temos também assistido pessoas com outras inserções sociais como comerciantes, professores, funcionários públicos e jovens estudantes, inclusive universitários. Em nenhum momento, nós os sentimos como suicidas, pelo contrário, **para eles a dependência química** é uma tentativa de sobrevivência, é uma fuga à monotonia, ao tédio em que por algum motivo suas vidas se transformaram [...].

Os **toxicómanos UDIs** ou não buscam o mesmo reconhecimento que as outras pessoas buscam quando se lançam ao trabalho - muitas vezes de forma tóxica — à produção científica, etc. Enfim a busca de todas as coisas que fazem as pessoas se sentirem valorizadas e socialmente reconhecidas; ainda que às vezes colocando, mais diretamente, suas vidas em risco, como ocorre com os pilotos de corrida de automóveis e outras profissões arriscadas (Andrade, 1998: 90-1).

Trabalho nº 26: INCB reconhece a importância de certos aspectos da redução de danos como uma estratégia de **prevenção terciária** para propósitos de redução de demanda [...].

De acordo com o governo suíço, intervenções de RD são aquelas planejadas para atingir as **pessoas dependentes que não poderiam ser contatadas de outra maneira**. Por exemplo, os programas de troca de agulhas e as salas de injeções são algumas vezes planejados com o **objetivo adicional de se chegar até os dependentes fim de linha** (hard core abusers) para motivá-los a iniciar **tratamentos**. O que parece ser relevante nos programas de redução de danos é exatamente o que afirmou o governo da Suíça (e o de vários outros países), ou seja, são ou deveriam ser programas destinados a **atingir usuários que não poderiam ser contatados por outros meios**. Tanto assim é que o desenvolvimento de programas de redução de danos: deve ter suas ações exercidas no próprio ambiente freqüentado pelos usuários de drogas; e deve

atingir ambientes de profunda exclusão social, exatamente o local onde se encontram os **usuários fim de linha ou com comprometimento grave** [...].

Ainda, para o INCB: O programa de **tratamento de substituição** deve ser a última providência para os **dependentes pesados** (hard core) **que não tiveram sucesso em tratamentos anteriores**. Tal programa deveria ser encarado como última tentativa, mas, mesmo assim, como um programa provisório que deverá **levar a um estilo de vida livre de drogas** (Carlini, 2003:337-8).

Trabalho nº27: A melhor forma de reduzir os danos de todas as drogas à sociedade é **estimular padrões de abstinência** em todas as comunidades, famílias e indivíduo.

[...] o **tratamento baseado na abstinência para a dependência química** funciona e pode ser entendido, por este conceito mais ampliado, como a melhor política de redução de danos. Inúmeras evidências têm mostrado que as diferentes formas de tratamento funcionam [...].

Não podemos deixar de notar que um bom número de pacientes não apresenta uma boa evolução, mesmo com a oferta ideal de **tratamento**. Estes pacientes deveriam receber um **tratamento** especial. Todo sistema de **tratamento** deveria basear-se numa política de **inclusão daqueles pacientes que não estivessem tendo uma boa evolução**, quer porque tenham uma comorbidade psiquiátrica associada, quer por falta de apoio social, ou por dano cerebral decorrente da própria **dependência química**. Estes pacientes deveriam ser incluídos no sistema de **tratamento** com programas especiais para eles. Nesta situação específica poderíamos falar em redução de danos no sentido estrito da palavra e oferecermos a possibilidade de o paciente adotar objetivos diferentes da própria abstinência. A recusa do paciente a se tornar abstinente nunca deveria ser motivo para a exclusão do **tratamento** [...].

Dano pode ser definido como o resultado prejudicial à saúde, de gravidade alta e que decorre do uso de uma substância psicoativa, afetando um grande número de pessoas. Neste sentido, a redução de danos estabelece políticas e ações para minimizar estes danos que tenham representação epidemiológica [...].

A vida de uma pessoa que **depende de droga** está direcionada pela urgência em obter novamente a experiência dos efeitos da droga, ou pela necessidade de se livrar dos desconfortos causados pela ausência da substância, decorrentes de alterações fisiológicas cerebrais. Ademais, a gravidade da **dependência** é um dos preditores de baixa adesão tanto para a troca de seringa como para a prática de sexo seguro entre os usuários de heroína, por exemplo [...].

Neste sentido, **a própria dependência química poderia ser entendida como um dano**, além do fato, já apontado, da íntima relação da **dependência** com outros danos. Aqui está uma confusão que precisa ser esclarecida, porque, **na definição de dano, pode ser incluída a dependência**, e isto fugiria do conceito histórico inicial da redução de danos. Mas, por outro lado, **como não considerar a dependência química um dano?** Faz-se necessária uma definição mais clara de quais os tipos de danos fazem parte do enfoque da redução de danos. Sendo a redução de danos também uma estratégia de saúde pública, **não se deve negligenciar o dano da dependência química**. Educação, informação adequada, inclusão social, acesso aos serviços de saúde são algumas das ações que poderiam ser incluídas na redução de danos, e a estas deve ser acrescentado o acesso fácil e irrestrito ao **tratamento da dependência química** [...].

A redução de danos aceita o fato concreto de que muitas pessoas usam drogas e a maioria delas apresenta outros comportamentos, também de alto risco. Assim, a redução de danos trabalha com programas de baixa exigência, **sem perder de vista a possibilidade ideal da abstinência..**

[...] a redução de danos promove acesso a serviços de baixa exigência como uma alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência. Os programas comunitários de rua oferecem um exemplo de abordagem de baixa exigência na redução de danos. Em vez de estabelecer a abstinência como um pré-requisito de alta exigência, para receber o **tratamento para dependência** ou outro tipo de assistência, os defensores da redução de danos estão dispostos a reduzir estes obstáculos. Deste modo, os necessitados têm mais possibilidade de aderir, iniciar, envolver-se com a mudança do comportamento.

[...] a redução de danos baseia-se no pressuposto do **pragmatismo empático** versus idealismo moralista. Um adesivo para carros, popular em meados da década de 1990, proclama “Merda acontece”. Sendo uma abordagem prática, a redução de danos aceita esse fato desagradável da vida como premissa básica. **O comportamento prejudicial acontece, sempre foi assim e sempre será.** Uma vez aceita esta premissa, **a meta torna-se a do pragmatismo empático:** o que pode ser feito para reduzir o dano e o sofrimento tanto para o indivíduo quanto para a sociedade? **O pragmatismo não pergunta se o comportamento em questão é certo ou errado, bom ou ruim, doentio ou saudável.** O pragmatismo preocupa-se com o manejo das questões cotidianas e das práticas reais, e **sua validade é avaliada por resultados práticos.**

[...] a redução de danos reconhece a **abstinência como resultado ideal**, mas aceita alternativas que minimizem os danos para aqueles que permanecem usando drogas. O princípio de tolerância zero estabelece uma dicotomia absoluta entre nenhum uso e qualquer uso, sem distinguir o uso experimental, os usos moderados, pesados e as diferentes dimensões de danos associados aos distintos padrões de uso. A redução de danos não é contra a abstinência. Contudo acredita que os efeitos prejudiciais do uso de drogas e outros riscos associados, como a atividade sexual desprotegida, **podem ser colocados em um continuum.** Quando há comportamento muito perigoso, a redução de danos propõe reduzir o nível da exposição ao risco. A **abordagem de redução gradual** estimula os indivíduos que tenham comportamento excessivo ou de alto risco a dar um passo de cada vez para reduzir as consequências prejudiciais de seu comportamento. Estratégias de redução de danos também têm aplicação no uso de drogas legais, incluídos o tabaco e o álcool, para, por exemplo, **tabagistas incapazes de abandonar o uso de maneira abrupta e definitiva** (Dias, Scivoletto, Silva, Laranjeira, Zaleski, 2003:342-7).

Trabalho nº 29: Assim, a política de redução de danos visa ao desenvolvimento de uma série de ações no sentido de que **o ideal é que os indivíduos não usem drogas**, mas, se isto ainda não for possível, que o façam com o menor risco possível (Marlatt, 1999; Nadelmann, 1997) [...].

Os princípios básicos da redução de danos, segundo Marlatt, são: 1. a redução de danos é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença do uso e da **dependência de drogas**; 2. a redução de danos **reconhece a abstinência como resultado ideal**, mas aceita alternativas que reduzam os danos; 3. a redução de danos surgiu principalmente como uma abordagem de baixo para cima, baseada na **defesa do dependente**, em vez de uma política de cima para baixo promovida pelos formuladores de políticas de drogas; 4. a redução de danos promove acesso a serviços de baixa exigência como uma alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência; 5. a

redução de danos baseia-se nos princípios do **pragmatismo empático** versus idealismo moralista [...].

No caso do uso injetável de drogas, por exemplo, se um indivíduo ainda não consegue deixar de usar uma droga, as ações são no sentido de que ele o faça de forma não-injetável. Se ele ainda não consegue isto, que o faça sem compartilhar seringas. Se ele ainda não consegue, que ele e os parceiros usem métodos eficientes de esterilização do equipamento de injeção e assim por diante. A troca de seringas é apenas uma das ações nesta direção. Junto a esta tarefa obrigatoriamente devem ser realizadas outras, como oferecer **tratamento** para a **dependência** da substância, exames clínicos para doenças transmissíveis por via venosa ou sexual, **tratamento** para doenças clínicas, ensinamentos e material educativo sobre a prevenção de doenças de contágio sexual e venoso. Como afirmam Nadelmann, McNeely e Drucker²², “a prioridade é colocada na maximização da quantidade de contato que usuários de drogas problemáticas têm com os serviços comunitários sociais, de assistência e outros”.

[...] Pelos motivos expostos, deve-se afirmar que admitir a impossibilidade imediata de uma sociedade livre de drogas é assumir, de forma responsável, o papel que cada um tem no **tratamento da dependência** de drogas, tratamento este adequado a cada indivíduo, suas necessidades e possibilidades (Cruz, Saad e Ferreira, 2003: 356, 360).

Trabalho nº 30: [...] **prevenção terciária** – em geral dirigida às pessoas identificadas como **dependentes**, as ações de prevenção terciária objetivam redução das conseqüências, sejam elas biológicas, psicológicas ou sociais. Pode englobar ações que visem à redução do consumo (ex.: **tratamento** com meta de abstinência), ou das conseqüências, sem propor alteração de consumo. A **prevenção terciária** engloba **tratamento, reabilitação** e estratégias de redução de dano (Guerra, Marques, Noto, Camargo, Silva et al. 2003 p.364).

Trabalho nº 31: Na Uniad, a estratégia de redução de danos é utilizada na **prevenção terciária**, dentro do **tratamento formal**, cuja meta **ideal é a abstinência**. Assim, é aplicada em uma etapa inicial e ou intermediária, **visando à abstinência** (Ribeiro e Laranjeira, 2003:365).

Trabalho nº 35: A **redução de danos reconhece a abstinência como resultado ideal**, mas aceita alternativas que reduzam os danos. A redução de danos não é contra a abstinência. Os efeitos prejudiciais do uso de drogas podem ser **colocados num continuum**, como as diversas temperaturas indicadas em um termômetro. Quando as coisas ficam muito quentes ou perigosas, a redução de danos propõe baixar o fogo a um nível mais moderado. A abordagem de **redução gradual** estimula os indivíduos com comportamento excessivo ou de alto risco a dar um passo de cada vez para reduzir as conseqüências prejudiciais de seu comportamento. **A abstinência como meta final** reduz muito ou elimina totalmente o risco de danos associados ao uso excessivo de drogas. Nesse sentido, a **abstinência é incluída como o ponto final ao longo de um continuum**, que varia de conseqüências excessivamente prejudiciais a conseqüências menos prejudiciais. Ao colocar os **efeitos prejudiciais do uso de drogas em um continuum**, em vez de dicotomizá-lo como legal ou ilegal, ou indicativo de ausência ou presença de doença aditiva, os defensores da redução de danos incentivam qualquer movimento rumo à sua diminuição como um passo na direção certa (Carlini-Marlatt, 2003:382-3).

7.2.2 Quando o objeto da redução de danos são as doenças transmissíveis, com ênfase no hiv/aids e outros agravos à saúde

Alguns trabalhos analisados compreendem que o objeto da Redução de Danos são as doenças transmissíveis, com ênfase no HIV/AIDS, e também outros agravos à saúde que acometem os usuários de drogas especialmente aqueles que fazem parte de grupos marginalizados ou excluídos. Essa perspectiva está relacionada com as primeiras estratégias de redução de danos implantadas no Brasil que a princípio estavam voltadas unicamente para a prevenção de hepatite e AIDS entre usuários de droga injetável. Assim diferentemente da vertente anterior, que tem como objeto a dependência e como finalidade a abstinência, esta vertente não visa mudanças no padrão de uso de drogas e sim prevenção das doenças transmissíveis e outros agravos à saúde. Predomina a noção de risco ou de vulnerabilidade para contrair doenças e outros agravos à saúde e o conceito de dano da transmissão da AIDS

7.2.2.1 O sujeito é o usuário de drogas das populações marginalizadas e excluídas

Quando o objeto da redução de danos são as doenças transmissíveis e outros agravos à saúde o sujeito é o usuário de drogas proveniente de populações marginalizadas e excluídas. Geralmente esses sujeitos são considerados refratários ou reticentes a procurar espontaneamente os serviços de saúde e nesse sentido a redução de danos apresenta-se como uma estratégia para a formação de vínculos através do oferecimento de insumos e de orientações para prevenção de doenças transmissíveis e outros agravos à saúde. Nesse sentido o sujeito da redução de danos passou do usuário de drogas para os grupos marginalizados e excluídos, pois ampliaram-se as populações excluídas atingidas pelos programas, como os profissionais do sexo, os travestis, os presidiários e outros grupos marginais, ainda que as estratégias e o conjunto de ações oferecidas não tivessem sofrido modificações.

Nesse aspecto a redução de danos surge como uma possibilidade de reconhecimento dos direitos dos usuários de drogas ilícitas de receberem cuidados de saúde que, pela sua condição de marginalidade (por consumir

drogas ilícitas) e exclusão, até então não eram reconhecidos. Assim o foco das intervenções deixa de ser a modificação no consumo de drogas e passa a ser a estratégia que tem como meta a inclusão e aproximação desse grupo de usuários de drogas às ações de saúde.

Abaixo são relacionados trechos dos trabalhos que concebem o objeto da Redução de Danos como sendo as doenças transmissíveis e outros agravos à saúde e o sujeito o usuário de drogas de populações marginalizadas e excluídas.

Trabalho nº 01: *Os programas de prevenção requerem que os usuários de drogas injetáveis não sejam encarados como seres desprezíveis, mas como cidadãos com direito à sua integridade física e mental. Campanhas sistemáticas de esclarecimento e orientação a usuários de drogas têm sido responsáveis pela diminuição do risco de contágio nessa população em países como França, Itália, Inglaterra, Escócia, Áustria e Austrália [...].*

Os programas de prevenção não devem restringir-se apenas às informações sobre AIDS, principalmente nesse grupo de indivíduos, pois isso é insuficiente para a mudança de hábitos. Seria muito importante integrar os programas de prevenção à AIDS com os serviços de atenção à drogadependência destinados a esses indivíduos [...].

Os programas de distribuição de seringas são serviços que podem ser compreendidos como a "prevenção terciária dos modelos de prevenção às drogas", onde se procura prevenir as piores consequências do uso da droga em si. Esse programa de prevenção da AIDS entre usuários de drogas trabalha com a possibilidade de redução ou gerenciamento dos riscos como forma de controle da transmissão do HIV. Essa medida não se restringe apenas à população usuária de drogas, mas também a seus parceiros sexuais, assim como ao controle da expansão da epidemia [...].

Frisamos que os indivíduos dependentes de drogas necessitam do apoio da sociedade e não devem ser penalizados com a sonegação de meios e informações que os deixa em risco de contrair o vírus e desenvolver AIDS. Os usuários de drogas devem ser alertados para os perigos da contaminação pelo HIV e para o fato de muitas drogas, como a cocaína, serem imunodepressoras, podendo seu abuso desenvolver rapidamente a doença em portadores ainda assintomáticos [...].

As campanhas de prevenção devem levar em conta as condições de vida dos indivíduos, sua linguagem, os diferentes padrões de uso de drogas, as regras e os códigos pertencentes à cultura das drogas. A prevenção da AIDS nesse grupo específico é possível de ser realizada, mas exige esforços coletivos para a mudança dessa situação de risco, envolvendo tanto os usuários de drogas como as leis e a vontade política das autoridades públicas (Fernandez, 1994:264-7).

Trabalho nº 03: *O conceito de redução de danos (harm reduction) surgiu em meados da década de 70, na Holanda, com o objetivo de minimizar os efeitos causados pelo uso de drogas injetáveis como infecções bacterianas, hepatite B, overdose, etc. Com o surgimento da AIDS, a estratégia de*

redução de danos assumiu importância ainda maior e tem sido adotada por diversos países como recurso para conter a infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis (UDIs). A adoção precoce desta iniciativa por países do norte da Europa e Austrália resultou, nestes locais, em drástica contenção das taxas de infecção pelo HIV entre UDIs [...].

A estratégia denominada Redução de Danos inclui, além da troca de agulhas e seringas, orientação e aconselhamento sobre os riscos do uso abusivo de drogas e de transmissão do HIV; prevenção da transmissão sexual através da distribuição de preservativos e orientação sobre sexo seguro; desinfecção do equipamento de injeção por meio de fornecimento de hipoclorito de sódio; estímulo ao uso individual dos equipamentos de injeção e encaminhamento dos UDIs aos serviços de saúde mental [...].

Embora os clientes dos programas de troca de seringas variem de local para local, os programas geralmente atingem um grupo de usuários de drogas injetáveis com histórias antigas de uso e que permanecem sob risco significativo de infecção pelo vírus de imunodeficiência humana (HIV). Os clientes dos programas de troca de seringas nos Estados Unidos tiveram menor exposição a tratamentos para uso abusivo de drogas do que os UDI que não utilizam o programa [...].

Esses processos sociais seriam importantes para uma mudança de comportamento em relação à AIDS que seja também consistente com a natureza social intrínseca das relações da injeção de drogas psicoativas ilícitas e também das relações sexuais. Os UDIs ensinam uns aos outros como injetar drogas, compartilham informações sobre como obter drogas ilícitas e frequentemente cooperam ativamente na obtenção de drogas e equipamento injetável. O comportamento sexual é também geralmente interpessoal [...].

A construção de processos sociais para mudar o comportamento oferece uma vantagem importante: utiliza a influência dos pares para iniciar e manter as mudanças de comportamento, em vez de esperar que o próprio programa de prevenção atinja diretamente e repetidamente todos os indivíduos em risco (Granjeiro, Catapano, Emily, 1998: 7, 8, 14, 37,38).

Trabalho nº 04: *E o que nos propõe o Programa de Saúde Pública ora analisado? Quais as suas metas?[...] a estratégia de redução de danos foi desenvolvida por instituições de saúde especializadas no atendimento de dependentes químicos, e tem como objetivo prioritário reduzir os efeitos negativos decorrentes do uso de drogas. Prevê, dentre outros procedimentos, a desinfecção de seringas e agulhas com hipoclorito de sódio e a troca de seringas e agulhas usadas por outras novas, sendo estes parte de um conjunto de ações a serem desenvolvidas pelos serviços de saúde, visando as seguintes metas: 1) evitar o compartilhamento de seringas/agulhas; 2) diminuir os índices de infecções pelo HIV e outras transmissíveis pela via endovenosa, na população alvo; 3) substituir o uso injetável de drogas pelo uso não parenteral; 4) reduzir globalmente o uso de drogas; 5) interromper o uso de drogas [...] (Mesquita e Ribeiro, 1998: 68-9).*

Ora, verificamos de plano, pelo até aqui exposto, que estamos diante de um Problema de Saúde Pública que se busca erradicar, ou ao menos minimizar, através de procedimentos adequados e mundialmente adotados, e que se mostraram eficazes para o enfrentamento da questão. Procedimentos que se utilizam de métodos científicos, afetos à área médico/sanitária e que ultimam não uma abordagem limitada, restrita à questão relativa à

transmissão da infecção, mas que, embora priorizando o aspecto epidemiológico, visa estabelecer uma efetiva prevenção ao uso de substâncias psicoativas, através de uma interação com o usuário, notadamente refratário a qualquer intervenção institucional que é prontamente identificada, por este grupo social, com políticas de repressão. Ressalte-se aí, mais um fator positivo que é o estabelecimento de um canal de comunicação com os usuários de substâncias psico-ativas (Mesquita e Ribeiro, 1998: 69).

Trabalho nº 06: Mais do que nunca é no campo da prevenção aos danos causados pelo uso indevido de drogas que se dispõem de meios que, apesar de limitados, podem, de fato, controlar a disseminação de uma série de infecções transmissíveis pelo uso compartilhado de drogas. A essa estratégia denomina-se redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas. No entanto, para a sua efetividade e impacto epidemiológico, uma série de condições devem estar presentes [...].

As estratégias da CN-DST/AIDS para a interface aids-drogas surgiram como respostas pragmáticas à constatação de que, no País, a aids está associada em quase 25 dos casos ao uso de drogas injetáveis. Dessa forma, foram estruturadas diversas ações objetivando a diminuição da expansão da disseminação do HIV entre a população em geral e, mais diretamente, junto aos usuários de drogas injetáveis e a seus parceiros sexuais [...].

Além do HIV, as ações específicas para o grupo de usuários de drogas injetáveis visam a controlar a sífilis, as hepatites virais, a tuberculose e as demais doenças de transmissão parenteral. Estas, mais freqüentes que o próprio HIV, não tem o poder de mobilizar tanto as pessoas e os próprios recursos necessários ao seu controle [...].

Além do HIV, as ações específicas para o grupo de usuários de drogas injetáveis visam a controlar a sífilis, as hepatites virais, a tuberculose e as demais doenças de transmissão parenteral. Estas, mais freqüentes que o próprio HIV, não tem o poder de mobilizar tanto as pessoas e os próprios recursos necessários ao seu controle [...].

Os projetos tratam de prover os meios necessários para que os usuários que não querem, ou que não estão conseguindo deixar de usar drogas injetáveis, não se infectem por meio do compartilhamento de equipamentos e do sexo desprotegido. Os clientes dos projetos recebem uma embalagem plástica que contém até: 3 seringas descartáveis de 1ml; 2 agulhas avulsas; 2 embalagens com água destilada; 3 preservativos; 2 pequenas colheres ou potes; 1 sachê com algodão embebido em álcool e 1 folheto contendo informações específicas de prevenção e endereços de referência. (Marques e Doneda, 1999:12-4).

Trabalho nº 07: Na composição do discurso, devemos considerar alguns pilares em que se apóiam as justificativas mais relevantes da redução de danos: A informação epidemiológica e o caráter estratégico do controle da infecção entre UDI, para o controle da epidemia da AIDS; A baixa eficácia da tecnologia disponível para o tratamento da dependência química; As questões de direitos humanos envolvidas; A demonstração de resultados; e A relação benefício/custo das ações de redução de danos [...].

Dessa forma, basear o controle da infecção pelo HIV ou das hepatites entre populações de UDI, em uma estratégia baseada em tratamento, significa perder as esperanças de que tal controle seja alcançado, mesmo que se

consiga oferecer tratamento com a cobertura necessária – o que é outra dificuldade, dada a insuficiência desse tipo de serviços em nosso País [...].

O terceiro aspecto a considerar diz respeito a direitos humanos: é importante termos em mente que os UDI não têm visibilidade social e não se identificam como merecedores de direitos de cidadania, devido ao fato de serem historicamente excluídos do sistema social institucionalizado. Em decorrência, eles também não têm visibilidade para os sistemas de saúde que, em geral, não estão preparados para percebê-los ou atendê-los em suas necessidades de assistência, caracterizando-se por uma ação passiva que espera ser demandada – o que dificilmente acontecerá com essa clientela [...].

O controle da infecção pelo HIV entre UDI requer a aceitação dos usuários de drogas como membros da sociedade, e a comunicação social tem um papel importante nesse sentido [...].

As experiências dos PRD nacionais vêm demonstrando que, além das informações básicas sobre formas de prevenção e de redução de danos à saúde decorrentes do uso de drogas, testagem e tratamento da infecção pelo HIV, da AIDS e do uso de drogas, os UDI a eles vinculados quase sempre necessitam, também, de esclarecimentos acerca de seus direitos e de informação sobre os serviços existentes para atender suas demandas na área da assistência à saúde, social, justiça, habitacional etc. [...].

Nas abordagens de campo com a rede de UD e UDI, os redutores devem levar em consideração que, na maioria das vezes, essas pessoas experimentam várias formas de exclusão social em seu cotidiano. Essa condição faz com que UD e UDI sejam portadores de necessidades das mais diversas ordens (moradia, documentação, assistência social e jurídica, cuidados de saúde etc.), nem sempre sendo capazes de explicitar claramente suas demandas, porque não conhecem seus direitos, porque não reconhecem a legitimidade das instituições para atendimento de suas necessidades ou, ainda, porque foram discriminados por sua condição de UD e UDI quando procuraram aquelas instituições. Os encaminhamentos realizados pela equipe do PRD devem, portanto, ser qualificados com base nessa realidade [...].

A participação ativa dos usuários de drogas mostrou-se imprescindível à implantação e implementação dos PRD nacionais, na medida em que as características socioculturais, localização geográfica e dimensão desse segmento populacional são, em geral, desconhecidas pelos trabalhadores e serviços de saúde que planejam e coordenam essas ações [...].

A participação de grupos de usuários e ex-usuários de drogas nas instâncias legítimas de discussão das políticas públicas de saúde tem possibilitado que as autoridades responsáveis pelo setor passem a delinear estratégias que efetivamente ampliem o acesso dessa população aos serviços de saúde, seja para o tratamento da dependência química, seja para tratar dos problemas decorrentes do uso da droga, como a AIDS e outras doenças de transmissão sanguínea, além de permitir que os insumos necessários à prevenção (preservativos, material informativo e seringas descartáveis) sejam disponibilizados para aqueles que deles necessitam prioritariamente [...].

A introdução e ampliação de ações de redução de danos em estabelecimentos prisionais é outra prioridade, devido ao fato de que a população de presidiários tem um papel importantíssimo na dinâmica das epidemias de HIV e hepatites [...].

A maneira mais efetiva para reduzir a transmissão do HIV em prisões é a redução do número de UDI nas prisões, o que pode – no fim – vir a ser uma outra solução difícil uma vez que impõe a necessidade de mudanças significativas na legislação sobre drogas da maioria dos países, para o desenvolvimento de alternativas legais ou de descriminalização do uso ou da adoção de sentenças que não impliquem em encarceramento [...].

As ações de redução de danos dirigidas a travestis consistem, basicamente, em aconselhamento, cujos objetivos são: dissuadi-las da aplicação; limitar o uso de produto de má qualidade; buscar que a aplicação se faça em condições adequadas de higiene e assepsia; e orientar o pós-operatório [...].

As ações dirigidas a bombadeiras também são de aconselhamento, com o objetivo de limitar o uso de produto de má-qualidade; buscar que a aplicação se faça também em condições adequadas e assepsia; e orientar sobre providências a tomar no caso de intercorrência (Brasil MS, 2001: 13, 17, 18, 23, 34, 38, 81, 89, 91, 92).

Trabalho nº 08: *Estudos sistemáticos no sentido de monitorizar os padrões e as tendências do uso de drogas injetáveis, em nível regional e em intervalos regulares, certamente contribuirão para o conhecimento de um provável aumento ou decréscimo dos UDI, além de possibilitar a detecção de alguma mudança substancial no comportamento desta população que, em última análise, contribuiria para orientar estratégias de intervenção e alocação de recursos para esta área [...].*

Conhecer o perfil dos Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) participantes de cinco Projetos de Redução de Danos (PRD) apoiados pelo Projeto Drogas & Aids da Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids [...].

Recomenda-se, portanto, considerar a disponibilização das seringas, além de uma orientação mais dirigida para as questões relativas ao descarte deste material, com padronização de procedimentos e adequado ao manejo da situação. Disponibilizar seringas e pontos de descarte na comunidade, em locais próximos aos de consumo de drogas, representa uma estratégia, pois, na falta de uma seringa nova, os UDI parecem não hesitar em reutilizar as já usadas [...].

Recomenda-se uma discussão ampla para uma redefinição dos conceitos de redução de danos, pela sensibilização e abordagem mais global ao UDI, feita pelos serviços de saúde, incluindo os membros dos PRD, após um processo de capacitação específico nessa área [...].

Nova discussão conceitual sobre Redução de Danos, possibilitando a ampliação das clássicas ações conhecidas para um universo mais abrangente e, portanto, mais próximo da realidade dos UDI. Esta redefinição, em tese, facilitará a saída do isolamento das próprias ações de redução, para universos maiores, possibilitando aprofundar as interfaces já estabelecidas com algumas instituições, como a Universidade, mas também abranger outros setores como a saúde mental, a justiça, a assistência social, os direitos humanos, entre outros (Brasil MS, 2001: 17, 19, 217, 220, 227).

Trabalho nº 09: *Embora não seja o único fator de controle das epidemias mundo afora, os programas de redução de danos, no geral, e os de troca de seringas, em particular, foram descritos por autores clássicos como Wodak, Lurie e Stinson (dentre outros autores) como sendo estratégicos no controle das epidemias de HIV/aids entre usuários de drogas injetáveis e deles para*

a população geral. O fato de no presente estudo a inserção do público estudado neste referidos programas ser muito baixa, é um fator que teoricamente dificulta em muito o sucesso no controle da disseminação do HIV (36).

É difícil definir categoricamente qual o fator determinante, mas a soma de fatores que inclui: a decisão comercial do tráfico de drogas; a opção de mudança de via de administração de drogas do próprio usuário; os efeitos indiretos dos programas de troca de seringas, de redução de danos e de outras políticas públicas de saúde dirigidas a este segmento; o aumento da consciência dos usuários de drogas, a introdução da terapia anti-retroviral nesta comunidade, dentre outros fatores; de fato levou a uma modificação dos padrões de uso de drogas e a uma diminuição expressiva de risco de infecção pelo HIV por via injetável, que são o principal achado deste trabalho (Kral, Bueno, Mesquita, 2001:36-8).

Trabalho nº 10: O sucesso destas intervenções preventivas se prende, por um lado, a fenômenos de fácil compreensão (embora de difícil mensuração) como o aumento da oferta de seringas estéreis e a retirada de circulação de seringas passíveis de "infetar" os UDI que as reutilizam (Bastos & Strathdee, 2000), mas vão bem, além disso, o que inclui desde efeitos indiretos das estratégias preventivas (por exemplo, cuidados médicos básicos dispensados pelos programas de troca de seringas - PTS -, com conseqüente redução de taxas de infecção por outras infecções sexualmente transmissíveis que não o HIV/aids, que servem como cofatores na transmissão sexual do HIV - Bastos & Strathdee, 2000) a características complexas das redes de interação dos UDI e seus parceiros sexuais (Friedman et al., 2000), passando pela capacidade dos PTS de referir os UDI a programas de tratamento para o abuso de drogas, e com isso reduzir substancialmente ou mesmo eliminar as práticas de injeção (devido à abstinência do consumo de drogas ou a transição para padrões de consumo que não incluam as drogas injetáveis) (Strathdee et al., 1999:53-4).

Trabalho nº 10: Os resultados parciais são encorajadores, mas muito há de ser feito se quisermos de fato controlar a epidemia de HIV/aids (e demais infecções de transmissão sexual e/ou sangüínea) nesta população (seus parceiros sexuais e prole) [...]. O hábito de fato almejado como meta central dos programas preventivos - o não-compartilhamento de agulhas e seringas - não parece ter tido sua freqüência alterada ao longo dos anos, ainda que tenham se reduzido a freqüência de auto-administração de drogas (basicamente a cocaína) por via injetável e a freqüência agregada de compartilhamento, esta última basicamente tributária da redução expressiva do hábito de compartilhar em um subgrupo de indivíduos com freqüências muito elevadas de injeção e compartilhamento. Poderíamos pensar que os programas preventivos (somados à mudança espontânea de comportamento) estejam determinando, fundamentalmente, alterações do comportamento daqueles indivíduos com hábitos de injeção particularmente danosos e arriscados, embora com capacidade aparentemente limitada, até o momento, de eliminar, de fato, comportamentos de maior risco ou de atingir efetivamente subgrupos de indivíduos que neles incorrem de forma pouco regular ou intermitente (Hacker, Telles, Bastos, 2001:65).

Trabalho nº 11: Os agentes de saúde abordavam os clientes em potencial e estabeleciam um diálogo preliminar sobre a prevenção da aids. Eram distribuídos kits de proteção que continham preservativos masculinos,

material para a limpeza de agulhas e seringas (hipoclorito de sódio), literatura de prevenção para o HIV/aids e outras doenças de transmissão sexual e sangüínea (incluindo instruções de como utilizar o preservativo e de como limpar o equipamento de injeção), e informação sobre serviços para doenças sexualmente transmissíveis, teste para o HIV e tratamento para o uso de drogas (84).

Os aconselhamentos de prevenção pré-teste do HIV abordavam tópicos, tais como a infecção pelo HIV, as suas vias de transmissão, os comportamentos de risco, os riscos associados ao uso da cocaína ou crack, treinamento quanto à correta utilização de preservativos masculinos, estratégias de como evitar o sexo inseguro, estratégias de comunicação com parceiros sexuais, métodos de limpeza e desinfecção do equipamento de injeção, treinamento para a limpeza de agulhas e seringas e descarte de material potencialmente contaminado, como evitar o uso de drogas inseguro, aconselhamento acerca dos benefícios do tratamento para drogas, testagem para o HIV, literatura e referência para outros serviços e distribuição do kit de proteção [...].

Junto com a apresentação do trabalho para as autoridades, estavam sendo desenvolvidas duas outras atividades importantes no PRD – a aquisição do material preventivo e a seleção/treinamento dos agentes de saúde ou trabalhadores de campo (“redutores de danos”). Esta última tarefa se mostrou complexa e desafiadora, já que os agentes de saúde deveriam ter um perfil profissional peculiar: eles teriam de entrar em contato com as redes de UDI, que no Rio de Janeiro são muito pequenas e dispersas, escondidas e espalhadas por toda a cidade. Na prática, o perfil mais importante para o agente de saúde era ser ou ter sido (ele mesmo) um UDI – o que facilitava sobremaneira o contato com as redes de UDI (já conhecidas pelo agente de saúde). Estes profissionais tinham de conciliar a capacidade para lidar com as vicissitudes dos quase sempre marginalizados e escondidos UDI; trabalhar em áreas muito perigosas e pobres da cidade; desenvolver um trabalho de grande responsabilidade; e receber uma remuneração pequena (devido ao baixo orçamento do programa como um todo). Durante os anos de projeto, foram entrevistados muitos candidatos a estas posições, mas apenas alguns acabaram trabalhando efetivamente no programa [...].

Apesar dos problemas enfrentados, um número crescente de UDI tem conseguido acesso às estratégias preventivas disponibilizadas pelo programa e vem adotando práticas mais seguras em relação à infecção pelo HIV, outras doenças sexualmente transmissíveis e doenças de transmissão sangüínea (Telles, Bastos, Inciardi, 2001:84,92).

Trabalho nº 12: Do seu início, em 1995, até janeiro de 2001, o PRD/CETAD havia atendido 5.340 UDI e 4.534. usuários de crack. Nos últimos dois anos, o programa passou a atender os usuários de anabolizantes, também uma importante população de risco. Esses atletas, por serem jovens, musculosos, de aparência saudável, têm se permitido o compartilhamento de seringas (a maioria dos anabolizantes por eles utilizados são injetáveis) e práticas sexuais desprotegidas. No primeiro semestre de 2001, em média, cinquenta novos usuários de anabolizantes procuraram o programa, a cada mês, para troca de seringas, aquisição de preservativos e em busca de orientação e encaminhamento médico. No primeiro trimestre de 2001, o programa atendeu, em média, a cada mês, 335 novos usuários de drogas, fez 339 atendimentos a UDI e 284 a usuários de crack, trocou 1.837 seringas, distribuiu 9.876

preservativos e fez 18 encaminhamentos médicos. Vale salientar que significativa proporção desses UDI (79%) são também usuários de crack [...].

Dados qualitativos de um outro estudo realizado pelo PRD/CETAD, ainda que não confirmatórios, sugerem fortemente que as ações preventivas desenvolvidas por este Programa têm papel relevante na redução de comportamentos de risco e na prevalência de infecções de transmissão parenteral. Esse estudo traz evidências do papel do PRD junto à população dos bairros onde ele atua, sobretudo na melhora dos cuidados com a saúde por parte dos UDI que conhecem o programa (Andrade, 2000). Ainda nesse estudo, anotações de campo dos redutores de danos do Engenho Velho da Federação ilustram bem estes efeitos: (Andrade, Dourado, Farias, Castro, 2001:101, 108)

Trabalho nº 13: [...] Iniciativas de prevenção ou redução do risco de transmissão do HIV e das hepatites B e C, incluindo tratamento de substituição com metadona, técnicas de abordagem de rua, como aconselhamento e trocas de seringas, são algumas das ações de redução de danos entre usuários de drogas injetáveis. Representam estratégias de saúde pública relativamente recentes que vão além da polarização entre a descriminalização e a erradicação do uso de drogas. Do ponto de vista do sujeito coletivo que constitui o objeto da saúde pública, o comportamento individual de uso de drogas injetáveis representa um risco menor para a saúde dos indivíduos do que a AIDS. Vale considerar ainda que, sob a ótica do indivíduo, o uso de uma seringa compartilhada representa maior risco de exposição ao HIV do que uma relação sexual sem preservativo. As ações de saúde pública voltadas aos usuários de drogas injetáveis devem partir dessas premissas [...].

O PRD tem os seguintes objetivos: prevenir o uso indevido de drogas e as infecções pelo HIV e outros agentes de transmissão sexual entre a população em geral, com ênfase nos segmentos com comportamento de risco mais frequentes, como é o caso dos indivíduos que fazem uso de drogas injetáveis; reduzir ou estabilizar a transmissão do HIV e de outras doenças de transmissão sexual/sanguínea entre usuários de drogas injetáveis [...].

[...] Com base em experiências propiciadas pelo PRD, trata-se de construir os elementos norteadores de uma política de atenção aos usuários de drogas. Uma política dessa natureza deve ser pró-usuário, muito antes de ser antidrogas. Considerando que as intervenções realizadas pelos serviços muitas vezes apresentam resultados pouco satisfatórios e que a abstinência completa ao uso de drogas não é uma realidade para todos, ações de redução de danos assumem um claro papel enquanto estratégias de saúde pública no enfrentamento da AIDS e do uso de drogas (Kuchenbecker, Sudbrack, 2001: 100, 101, 104).

Trabalho nº 14: A Redução de Danos planeja escalas de prevenção de danos à saúde que procuram dar conta das diferentes situações de exposição à AIDS. Uma ação inicial (1) recomenda o não uso de drogas, já que sob o efeito dessas substâncias a capacidade do indivíduo de ter posturas mais preventivas, como o uso da camisinha se reduz; (2) numa segunda escala de intervenção, recomenda-se que caso haja uso, tais drogas não sejam injetáveis, já que essa forma de utilização tem sido uma das principais formas de infecção pelo HIV; (3) caso haja uso de drogas injetáveis, esta deve ser realizada com a utilização de material descartável ou de uso de seringa individual, que não seja reutilizado para não promover

a infecção; (4) caso isso não seja possível pela falta de acesso à serviços de trocas ou distribuição de seringas ou motivos econômicos (falta de dinheiro para comprá-las, por exemplo), recomenda-se a esterilização caseira da seringa e da agulha do usuário, de baixo custo quando feita com hipoclorito de sódio, impedindo a reutilização de seringas contaminadas por outras pessoas [...].

A utilização de programas de Redução de Danos, pode reconsiderar não apenas a autonomia e a dignidade do usuário de drogas, mas respeitar o seu momento e o seu movimento em direção à construção de um autocuidado e, portanto, de uma auto-estima e prevenção com relação a atitudes mais nocivas e letais contra a sua própria vida. Em muitas cidades, como em Santos - SP, a atuação adotando esta metodologia pôde minimizar os efeitos da proliferação do HIV/aids entre a população usuária de drogas injetáveis e entre os grupos a eles ligados em 'redes de relacionamento afetivo e sexual' (Figueiredo, 2002:6).

Trabalho nº 15: Em síntese, a redução de danos é uma política pública de intervenção junto à comunidade de usuários de drogas, visando controlar a epidemia da AIDS e outras doenças transmitidas pela via endovenosa ou pela relação sexual. Como política pública de saúde, deve estar articulada com o SUS sem perder seu caráter mais abrangente, que incorpora também políticas públicas nas áreas de assistência social, justiça, educação, habitação e outras (Paes, 2002:14).

Trabalho nº 16: Nós partimos da concepção de não organizar nosso projeto de redução de danos somente na perspectiva de disponibilização de seringas estéreis, mesmo considerando esta estratégia crucial no controle de transmissão de doenças via parenteral. Insistimos que seria pontos chave contribuirmos para o avanço na compreensão do fenômeno de drogas em toda a sua amplitude e, por parte destes servidores públicos, em especial, em relação aos usuários de drogas, principalmente os de drogas injetáveis, transformando as unidades em mais abertas e acolhedoras para o atendimento desse especial segmento da população [...].

(...) Todos os redutores de danos selecionados receberam camiseta e colete de identificação do projeto, uma cópia da lei estadual de redução de danos, mochila, pinça coletora, caixa para recolhimento de seringas, dentre outros materiais. A partir deste momento, eles passaram a desbravar as ruas da cidade, em busca de UDI que ainda não tinham contato com os serviços de DST/AIDS. Os UDI são conhecidos como os usuários mais difíceis de serem acessados e como aqueles que raramente procuram serviços de saúde (Trigueiros, Bueno, 2003: 40, 44).

Trabalho nº 20: Essa perspectiva foi incorporada como política pública, na área da saúde, em 1988, a partir da elaboração do primeiro relatório sobre aids e abuso de drogas, preparado pelo Advisory Council on the Misuse of Drugs (Comitê Assessor para o Abuso de Drogas) [...]. Em seguida, foram estabelecidas estratégias preventivas no combate à disseminação do HIV, lançando-se mão de todos os recursos disponíveis para esses fins, em detrimento da questão específica das drogas.

Foram estabelecidos quatro princípios dirigidos à prevenção da disseminação do HIV. O primeiro, e mais citado deles, fez eco às recomendações do Scottish Home and Health Department: priorizar as intervenções para conter o avanço da aids. Essa medida refletiu a

preocupação com os altos índices de soroprevalência entre UDIs ocorridos na década de 80, conforme já apresentado neste texto (Martins, 2003:104).

Trabalho nº 26: Uma das formas mais utilizadas de redução de danos é a distribuição ou troca de agulhas e seringas. Em relação a esse programa, já em 1987 o INCB em seu relatório anual, assim se expressava: É claro que a adoção de medidas que possam diminuir o compartilhamento de seringas entre os usuários de drogas por via endovenosa é um passo necessário para limitar a propagação da AIDS. Ao mesmo tempo, essas medidas profiláticas, que são urgentemente necessárias, não deveriam permitir ou mesmo facilitar o abuso de drogas (Carlini, 2003:338).

Trabalho nº 27: A política de redução de danos, estabelecida em 1996 pelo governo do estado de São Paulo, por exemplo¹, visava a minimizar o contágio por HIV, hepatites B e C associado ao uso de drogas injetáveis por compartilhamento de seringas ou agulhas, bem como as doenças sexualmente transmissíveis pelo comportamento sexual de risco, comum entre os usuários de drogas injetáveis. Essas ações podem ser entendidas como preventivas se tivermos como foco o indivíduo: são ações que objetivam diminuir o risco de os indivíduos contraírem HIV ou outras doenças transmissíveis por contato sanguíneo e sexual. Entretanto o foco da redução de danos está na população, ou seja, do ponto de vista epidemiológico, a redução de danos visa a minimizar danos à sociedade que sofre uma epidemia de HIV e outras doenças (Dias, Scivoletto, Silva, Laranjeira, Zaleski, 2003:344).

Trabalho nº 29: O risco de contágio de doenças de transmissão pelo uso de drogas injetáveis é uma preocupação de saúde pública, sendo esta forma de contaminação relevante no contágio entre usuários de drogas injetáveis assim como a disseminação destes para seus parceiros pela via do contágio sexual. No Brasil, a redução de danos é a abordagem preventiva oficial pela qual a epidemia de Aids vem sendo enfrentada, e a pretensão é que se expanda para a área de prevenção e tratamento de usuários de drogas (Cruz, Saad e Ferreira, 2003:356).

Trabalho nº 30: A Redução de danos (RD) é um conjunto de ações ou estratégias voltadas para diminuir os riscos e os danos decorrentes do uso de drogas a partir de medidas que não envolvem a redução do consumo, não exigindo abstinência. Objetivos da RD: as ações de redução de danos visam, principalmente, a reduzir comportamentos de risco associados ao uso de drogas, sendo pragmáticas e de baixa exigência. Não têm como objetivo a redução do consumo, mas sim a de outros problemas a ele associados. Um exemplo clássico desse tipo de ação é prover os usuários com seringas limpas e preservativos, a fim de se evitar a transmissão de doenças infecto-contagiosas.

[...] quando o indivíduo não aceita ou não consegue reduzir o uso, aplica-se o modelo de redução da demanda de problemas, a redução de danos, na qual o consumo não é abordado (Guerra, Marques, Noto, Camargo, Silva et al. 2003:364-5).

Trabalho nº 32: Nesse programa, identificamos, na rede de pacientes atendidos pelo Proad, aqueles com potencial para atuarem como voluntários no PRD/Proad. Esses pacientes podem ser usuários de drogas injetáveis (UDI) ou ex-UDI, ou, ainda, usuários de drogas que tenham

penetração na rede social dessa população-alvo (Moreira, e Silveira, 2003: 366).

Trabalho nº 34: [...] o usuário, ao contrário do que muitos acreditam, pode ser racional. Ele se preocupa com sua saúde, responde às campanhas educativas e informativas e está disposto a adotar medidas preventivas quando estas são adequadas a sua cultura e sua linguagem [...].

Esta estratégia utiliza-se de ex-usuários pertencentes às comunidades-alvo. Os ex-usuários são preferencialmente indivíduos conhecidos e com boa penetração na população que será abordada. Como estes indivíduos são vistos como líderes ou modelos que conseguiram obter mudanças em seus comportamentos de risco, eles possuem entrada facilitada no grupo. Atingindo as redes de sociabilidade e usando os métodos característicos de comunicação de cada grupo, visa-se a gerar respostas coletivas de mudança de hábitos [...]

Em resumo, prevenir a disseminação do HIV através do uso injetável de drogas requer uma abordagem ampla e sincronizada com base em alguns princípios fundamentais: assegurar coordenação e colaboração entre os provedores de serviços aos UDI, seus parceiros sexuais e seus filhos; assegurar acesso e qualidade das intervenções reconhecer e superar o estigma associado ao uso injetável de drogas; adequar os serviços para as características dos UDI.

As estratégias de prevenção devem: prevenir o início de uso de drogas; usar programas comunitários para atingir usuários fora de tratamento; ampliar o acesso a programas de tratamento de qualidade; instituir programas de prevenção de HIV em cadeias e penitenciárias; prover cuidados médicos para UDI infectados pelo HIV; prover aconselhamento para redução de risco e testagem para UDI e parceiros sexuais (Malbergier, Andrade e Scivoletto, 2003:355-7, 379).

7.2.3 Quando o objeto da redução de danos é o uso de drogas

Em alguns trabalhos é possível perceber que o objeto da redução de danos é o consumo de drogas. Nesse caso é anunciada a compreensão de que há uma diversidade de formas e contextos de consumo que expõem os usuários a determinados riscos e danos sendo que a finalidade das ações é a diminuição de prejuízos relacionados ao consumo de drogas. Não se tem como meta ou única meta a abstinência, pois se por um lado muitos usuários não conseguem abandonar por completo o uso também outros desejam usar drogas. Também a análise da histórica tem demonstrado que a busca pelas substâncias psicoativas serve a diversos propósitos humanos, ou seja, as drogas sempre foram objeto de interesse. Assim a meta é construir estratégias e possibilidades de diminuição dos danos e riscos relacionados ao consumo prejudicial ou de risco. As estratégias de reduzir riscos e danos podem ser múltiplas dependendo da

substância psicoativa, do tipo de uso, das circunstâncias em que ele ocorre e outras variáveis do contexto sócio-ambiental.

7.2.3.1 O sujeito é o usuário de drogas

Quando o objeto da redução de danos é o consumo de drogas o sujeito é o usuário de drogas. Nessa perspectiva o usuário de drogas deixa de ser considerado unicamente na ótica da dependência-doença e da passividade diante do consumo e passa a ganhar status de sujeito livre para dispor de seu corpo, ativo e autônomo e com capacidade para adotar formas de consumo menos prejudiciais. A principal preocupação é o processo final da relação estabelecida entre usuário e substância que pode resultar em diferentes riscos e danos. Assim a droga, enquanto substância psicoativa, não é considerada o agente determinante e a relação que se estabelece não é necessariamente de dependência. Nesse sentido a lógica se inverte, pois, se no primeiro caso as ações e políticas se voltam para a substância, aqui elas se voltam para o sujeito-usuário no sentido de orientá-lo, informá-lo e criar condições para desenvolver autonomia visando o auto-cuidado. A depender das diferentes concepções de saúde que ancoram os trabalhos, esses sujeitos vão recebendo diversos qualificativos como os de ativo, autônomo, protagonista, político, entre outros.

O resultado desta nova equação pode resultar num excesso de responsabilização individual, tanto pelo sucesso como pelo fracasso das iniciativas por parte dos usuários. Conforme assinala Soares (2007), em relação aos rumos que vem tomando a *nova* saúde pública, o contexto é considerado somente como mais um fator, ficando o peso maior da determinação do consumo prejudicial de drogas referido ao indivíduo.

A *nova* saúde pública toma como objeto os problemas decorrentes da utilização de drogas. O sujeito, parte intrínseca desse objeto, é recortado de acordo com o seu grau de envolvimento com a droga – usuário experimental, ocasional, controlado, dependente, entre outros. Uma vez que a lógica da *nova* saúde pública é pautada pela relação custo-benefício, as práticas pragmáticas de redução de danos são bem vindas já que controlam os problemas de saúde que apresentam uma relação custo-benefício negativa – ou seja, custam menos à sociedade – a prevenção sendo então dividida

em primária, secundária e terciária, de acordo com a progressão dos danos. A partir da abordagem ecológica, o contexto social é então tomado como um dos fatores envolvidos na aquisição do hábito de consumo. Os indivíduos devem assumir a responsabilidade sobre os efeitos deletérios de seus hábitos, daí os ditames da promoção à saúde e os manuais de comportamento saudáveis (Soares, 2007:126-7).

Nesse sentido o sujeito é dotado de capacidade e condição individual variadas para fazer escolhas frente ao consumo de substâncias psicoativas, tendo como marca a “identidade” de usuário de droga, portanto fragmentado e descontextualizado de sua “identidade” de classe social, conforme aponta Wood:

[...] a essa altura, deve estar óbvio que o fio principal que perpassa todos esses princípios pós-modernos é a ênfase na natureza fragmentada do mundo e do conhecimento humano. As implicações políticas de tudo isso são bem claras: o self humano é tão fluido e fragmentado (o “sujeito descentrado”) e nossas identidades, tão variáveis, incertas e frágeis que não pode haver base para solidariedade e ação coletiva fundamentadas em uma “identidade” social comum (uma classe), em uma experiência comum, em interesses comuns (Wood 1999: 13).

Assim a droga deixa de ser a causa principal dos problemas para dar lugar a uma concepção multicausal de saúde que inclui também o sujeito nas suas particularidades e subjetividades de grupos de usuários de drogas e as condições sociais e políticas.

Abaixo reproduzimos trechos dos trabalhos que localizam o objeto da redução de danos como sendo o uso de drogas e o sujeito o usuário.

Trabalho nº 18: *Por tudo isto, o que deve ser sempre focado é o sujeito usuário de drogas, e não a substância A ou B. Retomando a conceituação tão aparentemente óbvia como pouco ou nunca empregada, as doenças não são transmitidas em decorrência do uso de uma dada substância, mas são fruto da interação entre os indivíduos (com seus valores, hábitos e atitudes), num determinado contexto social. Cabe sempre atuar junto a indivíduos, parcerias e comunidades, enfatizando, em qualquer instância, práticas mais seguras, sejam eles usuários de drogas ou não. Reduzir danos constitui uma proposta para o conjunto da sociedade (Bastos, 2003:32).*

Trabalho nº 20: *Assim, conclui-se que as entidades de assistência, as causas implicadas no tratamento de UDIs e mesmo a designação de seu quadro diagnóstico não estão desvinculadas de fatores econômicos e socioculturais.*

A violação dos direitos civis desse grupo, as epidemias de HIV/aids e hepatite, agência gerada pelo tráfico e a corrupção, sinalizam uma oportunidade para a revisão de conceitos. Nesse sentido, a reflexão de Francisco Inácio Bastos é importante quando se pensa novos horizontes conceituais: "Os usuários problemáticos e não problemáticos das diversas substâncias psicoativas sempre existiram e sempre existirão no horizonte humano, e tantos mercados existirão e serão criados desde que as necessidades que engendram o consumo se desloquem para novos produtos, por força da dinâmica social espontânea ou por força das injunções jurídicas, policiais ou de outra natureza".

Como a maioria desses usuários não quer, não pode ou não consegue deixar de fazer uso das drogas, apenas uma pequena parcela é atendida pelo modelo de tratamento que impõe a interrupção do consumo. Da mesma forma, a prevenção distancia-se desse grupo quando veicula mensagens que preconizam a abstinência total e irrestrita. Logo, aqueles que não se encontram motivados para atingir tal objetivo permanecem desassistidos e, portanto, vulneráveis aos riscos e às sanções de uma lei intolerante [...].

A redução de danos, contrariamente, resgata a condição cidadã desses usuários, empenhando-se na conquista das condições necessárias à sua autonomia. Enfatizamos o sentido da palavra autonomia, diferenciando-a do termo auto-suficiência. Necessariamente, a reflexão acerca desses dois conceitos encontra-se implicada no debate sobre ética e liberdade [...].

Desta maneira, os usuários encontrariam um estímulo ao exercício de sua autonomia participando das trocas nas redes de interação comunitária e sendo amparados pelos dispositivos de reinserção social. Isto implica o estímulo ao diálogo e à solidariedade no âmbito de uma comunidade que se empenha por tornar-se isenta de preconceitos e práticas discriminatórias. Conta-se, também, com a participação do Estado como provedor das condições que se tornam indispensáveis à garantia do atendimento igualitário dos usuários de drogas nos serviços de saúde pública, educação, previdência social e justiça (Martins, 2003: 111-2).

Trabalho nº 21: A Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA) define redução de danos como "políticas e programas que tentam principalmente reduzir, para os usuários de drogas, suas famílias e comunidades, as conseqüências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento" (ver Policy Papers em www.ihra.net). Esta é a definição mais sucinta e útil. Seu foco é no trato das conseqüências do uso de drogas em vez de enfatizar apenas a redução do consumo de uma determinada droga. Ela pode ser aplicada tanto para drogas lícitas como ilícitas. Da mesma forma, também pode se aplicar à produção legal e clandestina de álcool (Stronach, 2003:31).

Trabalho nº 29: O emprego da substituição de drogas por outras substâncias menos associadas a danos, mesmo quando estas oferecem risco de abuso ou dependência, também pode ser compreendido entre as ações das estratégias de redução de danos. No Brasil, podem ser incluídos nesta categoria o uso dos benzodiazepínicos nas fases iniciais após a interrupção do uso do álcool e a prescrição de metadona para dependentes de opióides. A substituição no tratamento de dependentes de opióides é utilizada em outros países desde 1923 [...].

As estratégias de redução de danos têm sido disseminadas mundialmente e atualmente passam a ser compreendidas como uma proposta não apenas preventiva, mas também como uma das bases que fundamentam a assistência a usuários de drogas. No que se refere à assistência, a utilização do modelo de redução de danos significa o emprego de técnicas por profissionais e instituições que viabilizem as melhores opções possíveis para cada paciente, evitando uma exigência de abstinência a qualquer custo. Não se trata de desprezar a importância da abstinência para muitos pacientes, mas incluí-la como uma possibilidade entre outras. A utilização deste tipo de abordagem torna possível que muitos pacientes se vinculem aos profissionais e à instituição, iniciando tratamento que pode progressivamente trazer modificações importantes na forma de o paciente lidar consigo mesmo e com o mundo à sua volta e, inclusive, com o seu uso de drogas. A exigência de abstinência, por outro lado, seleciona aquela parcela do grupo de usuários de drogas que pode desde o início interromper o uso da substância, excluindo os demais do tratamento. Como enfatiza Carlini, a adoção de uma estratégia de redução de danos não se trata apenas de uma mudança de paradigma, mas também da “adoção de uma política que respeite a pluralidade de modos de vida e que atue a partir da aceitação desta realidade”. Esta autora descreve ainda como vantagens da estratégia de redução de danos o fato de ser menos custosa do ponto de vista dos recursos financeiros e mais eficiente se comparada com as abordagens tradicionais (Cruz, Saad e Ferreira, 2003:357-60).

Trabalho nº 31: *A redução de danos é um modelo de cuidados com a saúde cujas ações ou estratégias estão voltadas para diminuir os riscos e os danos decorrentes do uso de drogas, a partir de medidas gerais, sem reduzir o consumo. Portanto esse modelo não exige abstinência. A redução de danos não deve ser confundida com os contextos ideológicos, culturais, científicos ou políticos nos quais ela ocorre, mas é necessário assimilá-los (Ribeiro e Laranjeira, 2003:364-5).*

Trabalho nº 32: *Na visão do Proad, em um tratamento da dependência química pautado nos princípios da redução de danos, os usuários são acolhidos dentro das suas demandas e possibilidades. Isso inclui a possibilidade de modificação do padrão de uso e da substituição da droga de abuso por outra com a qual o usuário consiga estabelecer um padrão de uso menos danoso, sem excluir a possibilidade da abstinência [...]. As metas intermediárias são destinadas aos pacientes que não desejam ou não conseguem, temporariamente ou não, abandonar o uso de drogas [...].*

Segundo Silveira e Silveira, o movimento da redução de danos apresenta como objetivos gerais: evitar, se possível, que as pessoas se envolvam com o uso de substâncias psicoativas; se isto não for possível, evitar o envolvimento precoce com o uso de drogas, retardando-o ao máximo; para aqueles que já se envolveram, ajudá-los a evitar que se tornem dependentes; para aqueles que já se tornaram dependentes, oferecer os melhores meios para que possam abandonar a dependência; e se, apesar de todos os esforços, eles continuarem a consumir drogas, orientá-los para que o façam da maneira menos prejudicial possível. Dessa forma, consideramos a redução de riscos e a redução de danos partes de um mesmo continuum onde estão englobadas as estratégias de prevenção nos vários níveis – primário, secundário e terciário – bem como todas as intervenções de atendimento ao usuário, incluindo tratamento e reinserção social (Moreira e Silveira, 2003:367).

Trabalho nº 33: A Reduc considera que as questões referentes ao uso de drogas não podem ser restritas a discussões sobre condutas a serem adotadas em relação a indivíduos que apresentam quadros de toxicomania ou o risco de contraírem o HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Atualmente os graves problemas de segurança pública, entre os quais as crises que vem sofrendo o Rio de Janeiro, assim como outras cidades brasileiras, nos fornecem uma lembrança constante da variedade de danos necessitando de redução ou minimização. Revelam também a imbricação dos seus vários aspectos, o que torna fúteis as tentativas de abordá-los como se fossem estanques [...].

Discordamos das generalizações que preconizam a abstinência do uso de drogas como a meta ideal. Clínicos e pesquisadores têm constatado que freqüentemente o uso de drogas ilícitas consiste numa espécie de automedicação psiquiátrica por parte de usuários que encontram neste recurso uma maneira de aliviar seu sofrimento, e a sua interrupção pode levar a agravamentos de sua condição. Consideramos que tal recurso deva ser entendido de maneira respeitosa, e não rejeitado sumariamente com a imposição de programas de tratamento voltados unicamente para a abstinência. Desta forma, em muitos casos, tratamentos de substituição ou manutenção seriam recomendáveis. A Reduc questiona também a classificação automática do uso de drogas ilícitas como uma patologia *per se*. Consideramos que o status legal de muitas substâncias psicoativas é mais bem entendido a partir de análises de cunho histórico e social do que médico (MacRae e Gorgulho, 2003: 372-3-4).

Trabalho nº 37: Denning (2001) afirma que o princípio central da redução de danos é respeitar a autonomia do usuário e desenvolver um relacionamento de colaboração mútua com ele [...].

Considerando o direito à liberdade do usuário de dispor de seu corpo, a redução de danos surge como uma alternativa para aqueles que não podem ou não querem parar totalmente com essa prática, mas desejam, reduzir os danos associados a elas (Tatarski, 2002; Bigg, 2001, Hataway, 2001; Marlatt, 2001; Marlatt, 1999) [...].

A redução de danos é uma estratégia de trabalho que vêm crescendo no mundo, destinada ao manejo de comportamentos de risco e associados ao uso abusivo de substâncias. A redução de danos considera a impossibilidade da erradicação total das drogas, apesar de todo o combate feito contra a produção, distribuição e consumo (TREASTER, 1993). As práticas baseadas nessa filosofia enfocam os progressos gradativos feitos pelo usuário em direção ao não-uso da substância ou comportamento prejudicial e não exigem a abstinência como pré-requisito para o tratamento – exigência do modelo baseado na abstinência (GARTNER, 1999; MARLATT, 1999) [...].

Alternativamente à abordagem centrada na abstinência, a redução de danos admite a possibilidade da presença de vários níveis de uso da(s) droga(s), ao mesmo tempo que promove ao usuário estratégias para minimizar os riscos inerentes a essas práticas (BIGG, 2001; TATARSKI, 2002; TSUI, 2000; MARLATT, 1999) [...].

(...) consideram a priorização de objetivos de tratamento em que aqueles que são imediatos e realizáveis têm precedência quando não se pode esperar realisticamente a abstinência do usuário num futuro próximo. Esses objetivos de tratamento são hierarquizados, diminuindo gradualmente os efeitos negativos do uso de drogas, e dão preferência para serviços que não

estigmatizem o usuário, objetivando ser integrado novamente à comunidade com mais facilidade [...].

Essa diversidade de comportamentos relacionados ao uso abusivo de substâncias e sua complexidade sugere a necessidade de um modelo flexível, compreensivo e inclusivo para aumentar a efetividade do auxílio desse vasto número de pessoas (TATARSKI, 2002; MARLATT, 2002) (Ferreira, 2003 p. 48-9).

Trabalho nº 41: No campo da política de atenção integral em álcool e outras drogas no Brasil, vimos que o tema tem sido tratado de modo pontual, contando com esforços de setores e grupos preocupados com o aumento exponencial do problema do uso abusivo de álcool e outras drogas. É importante, portanto, destacar que, neste governo, o Ministério da Saúde assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública. Esta decisão atende às propostas que foram enfaticamente recomendadas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001 (III CNSM, Relatório Final, 2001). Comprometer-se com a formulação, execução e avaliação de uma política de atenção a usuários de álcool e outras drogas exige exatamente a ruptura de uma lógica binarizante que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas, e cujo eixo principal de entendimento (e, portanto, de "tratamento") baseia-se na associação drogas / comportamento anti-social (álcool) ou criminoso (drogas ilícitas). Em ambos os casos, há um único objetivo a ser alcançado: a abstinência [...].

Em outras palavras, aponta-se a necessidade de potencializar a prevenção institucional, contrária à culpabilização dos sujeitos, oferecendo de fato subsídios para o enfrentamento da vulnerabilidade das pessoas em geral e especialmente de populações mais vulneráveis, e, por consequência, com maior probabilidade de exclusão, tais como os usuários de álcool e outras drogas. É necessário se ater a uma posição e a uma visão da saúde que a conceba de forma integral, equânime e justa. Há necessidade, desta forma, de mudança no paradigma de "doentes" para novos cidadãos merecedores de direitos e exercício pleno da cidadania (Moreira, Silveira, 2006: 9-10, 30).

Trabalho nº 42: O consumo de drogas pode ocasionar diferentes danos aos usuários de drogas, sua rede de interação social e a sociedade em geral. As estratégias de "redução de danos" têm sido desenvolvidas com vista a reduzir esses danos, como, por exemplo, overdoses e a disseminação de vírus como os do HIV e das hepatites B e C. Os programas de redução de danos (RD) estão direcionados a usuários que continuam usando drogas e àqueles que não querem ou não podem, em um determinado momento, interromper os hábitos de consumo de drogas [...].

Portanto o foco das ações de saúde deve ser o usuário de drogas e não uma determinada substância, pois as doenças não são transmitidas devido ao consumo de uma determinada droga, mas sim resultado da interação de pessoas, com comportamentos, princípios e hábitos singulares, em um determinado momento (Bastos, 2003) (Fonseca, 2005: 8, 27).

Trabalho nº 43: Contudo, para melhor compreendermos a complexa relação entre o homem e as drogas, devemos considerar ainda, a nosso ver, mais uma dimensão, a saber, de que modo a droga está sendo utilizada em cada um dos quatro padrões acima citados, ou seja, o usuário pode

apresentar um padrão experimental, ocasional, habitual ou dependente, associado a um modo de uso: - Controlado – maior capacidade em controlar a quantidade de uma substância no momento do consumo. Por exemplo, o usuário estabelece que vai beber dois copos de cerveja e obtém sucesso, sem maiores dificuldades. - De risco – menor capacidade em controlar a quantidade de uma substância no momento do consumo, aumentando o risco de conseqüências prejudiciais à saúde. O usuário estabelece que vai beber dois copos de cerveja, mas apresenta dificuldade em cumprir o combinado, abusando do álcool, algumas vezes. - Nocivo – mínima capacidade em controlar a quantidade de uma substância no momento do consumo, causando dano à saúde. Por exemplo, o usuário estabelece que vai beber dois copos de cerveja, mas, na maioria das vezes, abusa da substância [...].

Ao avaliarmos o fenômeno do uso de drogas sob a ótica de sua singular complexidade, estaremos prontos para abandonar a idéia simplista de um único padrão de uso. Torna-se possível assumir um pressuposto fundamental: o uso de uma substância psicotrópica não culmina, necessariamente, no fenômeno da dependência. Observamos, então, infinitas possibilidades de padrões e modos de uso de drogas. Salienta O'BRIEN (1996) que são muitas as variáveis que operam simultaneamente para influenciar a probabilidade de uma determinada pessoa tornar-se um dependente, organizadas em três categorias: substância (drogas), usuário (pessoa) e o meio social (contexto). Assim, podemos perceber que o padrão e o modo de uso de drogas não são determinados apenas pela constituição genética, psicológica ou do ambiente da pessoa, mas sim, da inter-relação destes fatores [...].

Já afirmamos que o uso de drogas não deveria ser compreendido a priori como uma doença, embora saibamos que esta possa vir a ocorrer, dependendo de um conjunto de fatores biológicos, psicológicos, sociais e químicos, aspectos que não deveriam ser compreendidos separadamente. Amplia ESCOHOTADO (1997b), qualquer droga pode se constituir em um veneno potencial ou um remédio potencial, dependendo de vários fatores: dose, sentido do uso, pureza da substância, condições de acesso ao produto, modelos culturais de uso, entre outros. Assim, continua o autor, não podemos definir categoricamente que o uso de drogas sempre será nocivo para o usuário, ou que acarretará no padrão de dependência [...].

Por outro lado, a Redução de Danos é considerada apenas como uma estratégia para reduzir danos decorrentes do uso nocivo de drogas e não tem, de forma alguma, o objetivo de alcançar a abstinência entre os usuários. Um exemplo deste tipo de abordagem é da Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC, 2005) que tem como fundamento de trabalho, conforme rege seu estatuto: implementar medidas amplas para prevenir e tratar o consumo nocivo de drogas; não perseguir o consumidor de drogas, mas sim, buscar formas de regulação que sejam social e culturalmente aceitas pelos diferentes segmentos sociais. Na prática, tem como objetivo a aproximação com os usuários de drogas, para que, num futuro próximo, seja possível a criação de um vínculo de confiança, uma abertura. Instaurado, o vínculo funciona como uma base sólida para inserir-se a discussão a respeito das possibilidades de redução de danos à saúde do usuário, entre elas: a discussão do uso nocivo, a inclusão destes usuários nos programas da rede pública de saúde e até, se o usuário desejar, possibilitar tratamento ao uso nocivo de drogas, etc. Por sua vez, este modo

de compreender o modelo de Redução de Danos será denominado: a abordagem de Redução de Danos Libertadora [...].

A abordagem de Redução de Danos Libertadora não tem como objetivo fazer com que o usuário interrompa o uso da droga, ou que o indivíduo nunca a experimente. Sua preocupação não é a de acabar com o consumo de drogas, mas sim, o modo como este consumo é realizado, priorizando, especificamente, diminuir os possíveis danos à saúde, relacionados a este tipo de uso. Ou seja, esta abordagem é orientada ao uso nocivo de drogas e não destinada a provocar a abstinência (Sodelli, 2006:38,42,99,100).

Alguns trabalhos que também concebem o sujeito como sendo o usuário de drogas o qualificam em uma condição um pouco diferentes da anterior, na condição de participante ativo, protagonista e/ou organizado como movimento social, ou seja, participante consciente do seu papel político. Note-se, porém que esse sujeito é, ao mesmo tempo, encarado como vulnerável em função de sua opção de consumir drogas. Nesse caso a condição de usuário de droga é qualificada como vulnerável. O sujeito é vulnerável por ser usuário de droga e não pela sua condição social seja de exclusão, e de marginalidade, seja de pertencimento a qualquer classe social. Essas identidades fragmentadas dificultam, conforme entende-se aqui, uma consciência de classe no sentido da politização dos sujeitos.

[...] Na verdade, a “política”, em qualquer um dos sentidos tradicionais da palavra, ligando-se ao poder dominante de classes ou Estados e à oposição a eles, é excluída, cedendo lugar a lutas fragmentadas de “política de identidades” ou mesmo ao “pessoal como político”. (Wood 1999:13).

Abaixo são reproduzidos trechos e reflexões dos trabalhos que tratam do sujeito da Redução de Danos como sendo o usuário de drogas qualificado como protagonista e/ou organizado como movimento social.

Trabalho nº 26: *A ampliação e a garantia da participação ativa dos usuários de drogas na construção de políticas públicas de saúde, bem como o apoio governamental para a diminuição das vulnerabilidades deste segmento [...].*

O Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Justiça, iniciou a construção de pareceres para que a interpretação da antiga Lei 6.368, antidrogas, não impedisse as ações e o desenvolvimento de trabalhos de intervenção baseados em capacitação pelos pares e trabalho de redutores de danos. Constatou-se desde então que o impacto das ações de redução de danos está diretamente relacionado ao fato da inclusão dos usuários de drogas na agenda pública (Silveira, Doneda, 2003:351).

Trabalho nº 33: *A Reduc considera necessário questionar a primazia freqüentemente atribuída ao saber médico. Assim, suas propostas sempre enfatizam, além da necessidade de combater a exclusão social, a importância do protagonismo dos usuários de drogas tanto através de sua participação na conceituação e discussão dos problemas quanto na implementação das ações. Consideramos também da maior importância envolver as comunidades usuárias nesse trabalho, promovendo padrões de uso de menor risco. No decorrer dos anos a experiência de redução de danos vem demonstrando a importância de se estabelecer um diálogo verdadeiro com os usuários de drogas, evitando estabelecer uma posição de confronto com seus valores centrais (ou seja, evitando trazer mensagens puramente negativas ou repressivas sobre o uso de substâncias psicoativas). Devemos, ao invés, buscar contribuir para modificações pontuais em certos aspectos das práticas de uso, não deixando de reconhecer o valor geral do seu conhecimento empírico de questões relacionadas ao uso, lícito ou ilícito, dessas substâncias (MacRae e Gorgulho, 2003: 373).*

Trabalho nº 36: *Não é possível desvincular as ações de saúde construídas e implantadas com usuários de álcool e outras drogas das ações de fomento ao ativismo, protagonismo e busca de inclusão social destas pessoas, de maneira socialmente transformadora, tanto para superação ou diminuição da sua vulnerabilidade aos agravos à sua qualidade de vida como para eficácia das próprias ações de resgate ou promotoras de sua saúde [...].*

O movimento social trabalha pela construção da imagem dos usuários de droga como não sendo necessariamente merecedores de cuidados de saúde e questiona as atitudes que os rotulam como dignos de punição e execração. (Campos, Siqueira, 2003: 389).

Trabalho nº 38: *Estamos, pois, falando de uma "perspectiva de redução de danos", que se traduz numa proposta alternativa associada ao "conceito de prevenção do uso abusivo ou do uso indevido de drogas", isto é, aquele que "causa sofrimento". Trata-se, então, de uma proposta "construída na contramão do controle dos sujeitos", e que se preocupa em situar os diferentes "tipos de relação com a droga e as diferentes possibilidades de ação educativa" (op. cit: 166) [...].*

E falar em redução dos danos decorrentes do uso de drogas, num contexto contemporâneo e crítico, pressupõe respeitar as diferenças, garantir direitos de cidadania e olhar para uma perspectiva de educação para a autonomia [...].

Assim é que a abordagem crítica da redução de danos (RD) no campo temático das drogas caracteriza-se por ser uma alternativa para aquelas pessoas que não se encontram em condições de cessar, de imediato, com o uso da droga, (ou que não o desejam), devido a fatores inerentes à singularidade de cada ser humano. Essas pessoas, via de regra, pelo fato de usarem drogas, se constroem em nossa sociedade, no lugar do "diferente". Contudo, esta diferença, na epistemologia mais emancipatória da redução de danos, é algo que faz parte do pluralismo democrático, demandando medidas de saúde pública e não medidas repressivas de controle social dos sujeitos [...].

A proposta da redução de danos diferencia-se do outro olhar existente no campo temático das drogas — a abordagem da abstinência total de drogas,

e que está inscrita na Política Nacional Antidrogas — por não impor tal abstinência como objetivo para todos e por "apostar na capacidade da auto-determinação dos sujeitos e na flexibilidade de alternativas" (Erwig e Bastos, 2000:245). Tem como objetivo a diminuição aos danos decorrentes do uso de drogas na perspectiva de possibilitar uma melhor qualidade de vida para o sujeito, informando-o e respeitando sua liberdade para exercer sua autonomia e cidadania de decidir quando parar de usar drogas, se assim o desejar [...].

Sendo assim, a redução de danos compreende o consumo de drogas como parte da realidade cotidiana e a visão que possui da substância — a droga — é que esta é um produto inerte, transfigurada em nossa sociedade capitalista em mais uma mercadoria a ser consumida. Estando consciente da inércia da substância, a abordagem da redução de danos dá total responsabilidade para o sujeito escolher não usar drogas ou se utilizar, fazê-lo com conhecimento dos riscos, de forma consciente e responsável, podendo escolher qual droga usar, onde usar e como usar — já que suprime a imagem social construída de "poder sinistro e incontável" do produto. Portanto, o objetivo principal de preocupação da abordagem da redução de danos, decorrentes do uso de drogas, encontra-se na centralidade da pessoa humana (e não na substância em si e na sua proibição), no sofrimento humano, advindo do tipo de relação que o sujeito tem com a droga. Tal abordagem compreende que os danos decorrentes do uso de drogas não são determinados apenas pelo produto em si, mas resultam da interação entre um sujeito, um produto e um contexto sócio-cultural [...].

A proposta de redução de danos não se confunde, portanto, com uma postura de "permissividade", mas "apenas compreende a fragilidade que não é só individual, mas também coletiva e socialmente construída". E isto significa pensar, no âmbito das políticas públicas, em ações preventivas voltadas para a educação sobre drogas, articulando-as a um esforço coletivo, no sentido de pensar numa "educação para a autonomia", que possibilite ao sujeito o exercício do conhecimento, da reflexão e da decisão de uso, uma vez que esta se relaciona com a experiência pessoal e que ocorre no espaço privado. E é nesta direção que Acselrad (2000) fala na "consciência crítica, na responsabilidade de cada um diante de si mesmo e diante do outro, como alternativa à interferência do Estado na vida privada como forma de superação dos problemas", ao apostar na "formação da autonomia dos sujeitos" (op. cit: 167) [...].

Compartilhamos com Grandesso (2000) a idéia de que "as histórias nunca são acabadas, estando sempre abertas para serem reescritas" (op.cit: 31). Também a gentileza, o respeito e a cortesia (Ortega, 2000) são recursos fundantes de uma nova ética, alicerçada num paradigma pós-moderno. Nessa perspectiva, as práticas educativas serão definidas como espaços propiciadores de liberdade e de conversação, tolerantes para, com as novas formas de sociabilidade [...].

Em síntese, retomamos o fio da meada tecido neste estudo. Pensamos que a prática educativa no contexto da drogadição possa fazer uso da emoção, da empatia, da linguagem compartilhada, como recursos técnicos imprescindíveis na compreensão do outro em sua singularidade, liberdade e autonomia para tomar decisões sobre a condução de sua vida [...].

Isto requer do profissional uma atitude de permanente "abertura para a escuta do outro" (Grandesso, 2000: 171), sobretudo em se tratando de sujeitos que apresentam problemas com drogas, pela atitude

envergonhada, pelo silêncio, medo e culpa que frequentemente acompanham as situações de sofrimento e de desamparo. O que se quer é que asseguremos um espaço dialógico, de acolhimento e tolerante, que permita aos participantes "falar o infalível" (Gane, 1999: 201), o inefável, sem medo de condenação moral e do uso de sanções penais, especialmente em se tratando de abuso de drogas ilícitas. Indo mais além, necessário se faz recuperar, nas palavras de Bruns, essa "curiosidade" permanente postulada por Cecchin (1996) e que permite ao profissional se "manter atento às possibilidades de notícias transgressoras" sem colocar as pessoas num "lugar de menos", como "defeituosas". Esta perspectiva, veiculada pela "narrativa cultural dominante" (Bruns, 1999: 16-7), na nossa opinião, aproxima-se de construções sociais que demonizam e criminalizam as pessoas e as famílias [...].

Tendo o cuidado de não incorrer em posturas extremadas, que buscam a harmonia consensual, ou de cair em armadilhas desconstrutivistas — radicais nadificadoras e niilistas — é que nos identificamos com um pensamento dialético e complexo nos termos da análise sistematizada por Edgar Morin (1996), que resgata a ocorrência não apenas de consenso, mas também do dissenso nas conversações. Sob esta ótica, o diálogo é atravessado pela simetria e também pela assimetria entre os seus participantes; a negociação comporta momentos de concórdia e de discórdia; enfim, a conversação, definida como "espaço permanentemente aberto à mudança", abarca esse "duplo caráter desconstrutivo e construtivo" (Grandesso, 2000: 37-292) em busca da reconstrução de novos significados sociais. (Veloza, Carvalho, Santiago 2004: 172-6).

O trabalho abaixo qualifica os sujeitos que apresentam problemas com drogas como protagonistas de suas histórias de vida, com potencial reflexivo e transformador sobre suas ações no mundo ao mesmo tempo em que é imbuído de uma capacidade de autonomia e responsabilidade diante de si mesmo e diante do outro, como forma de superação dos problemas.

Trabalho nº 38: Assim é que a autora nos fala da necessidade imperiosa de modernização do discurso preventivo (oficial) no sentido de se recuperar a participação e o pensar autônomo dos sujeitos. Chama-nos a atenção também para a 'possibilidade de se exercitar uma escuta que possa "suportar a inquietação da sociedade em face da construção de percepções inovadoras, alternativas", e que se diferencie das medidas de controle oficiais, infirmadoras da "impossibilidade de um uso de forma controlada" (op. cit: 164), que não causa dano ou sofrimento ao usuário [...].

Assim é que a abordagem crítica da redução de danos (RD) no campo temático das drogas caracteriza-se por ser uma alternativa para aquelas pessoas que não se encontram em condições de cessar, de imediato, com o uso da droga, (ou que não o desejam), devido a fatores inerentes à singularidade de cada ser humano. Essas pessoas, via de regra, pelo fato de usarem drogas, se constroem em nossa sociedade, no lugar do "diferente". Contudo, esta diferença, na epistemologia mais emancipatória da redução de danos, é algo que faz parte do pluralismo democrático,

demandando medidas de saúde pública e não medidas repressivas de controle social dos sujeitos [...].

E é nesta direção que Acselrad (2000) fala na "consciência crítica, na responsabilidade de cada um diante de si mesmo e diante do outro, como alternativa à interferência do Estado na vida privada como forma de superação dos problemas", ao apostar na "formação da autonomia dos sujeitos" (op. cit: 167) [...].

Do ponto de vista de nossa análise, ao invés de objetos passivos do cuidado profissional, os sujeitos que apresentam problemas com drogas se transformam em autores, protagonistas de suas histórias de vida, com potencial reflexivo e transformador sobre suas ações no mundo (Veloza, Carvalho e Santiago 2004: 171-4).

Neste trabalho o sujeito ainda que concebido como fosse o usuário de droga é considerado como pertencente a um lugar diferente em detrimento de sua classe social, resultando em diferentes vulnerabilidades na sua relação com os processos que envolvem o consumo de drogas.

Trabalho nº 36: *Os que não pertencem à elite ou não estão dispostos a modificar seus modos de vida para compactuar com as mesmas regras (como grande parte das pessoas que consomem drogas ilegais) são continuamente acusados de serem ameaça ao Estado ou à sociedade, desqualificados e incluídos na marginalidade. Mesmo usuários de drogas de alta renda, a despeito de estarem menos vulneráveis à violência das regras do tráfico, também têm seus hábitos estigmatizados (e bem escamoteados para os de fora) e alguma vulnerabilidade ao envolvimento com outras formas de violência, como a corrupção (Campos e Siqueira, 2003: 392).*

7.2.4 Quando o objeto da redução de danos é modo de viver

Em alguns trabalhos analisados o objeto da Redução de Danos pode ser interpretado como sendo o modo de viver de indivíduos e instituições de uma dada comunidade. Assim a finalidade das ações é a promoção de estilos de vida saudável, a melhoria da qualidade de vida e a promoção da saúde, ampliando-se, portanto, os objetivos a serem alcançados, seja por referência à prevenção de doenças transmissíveis e agravos à saúde individual, seja por referência à redução de prejuízos relacionados ao consumo de drogas. Essa perspectiva fundamenta-se na concepção multifatorial de saúde-doença que considera a contribuição de diversos fatores no desencadeamento e manutenção do consumo prejudicial de drogas. Esses fatores dizem respeito às particularidades da droga, às características do sujeito e as inter-relações com o contexto sócio-

cultural. Dessa forma o contexto só é referido como uma variável que quando muito se soma às demais, ficando o peso maior atribuído ao indivíduo. Assim refere Soares (2007) sobre as concepções que vem tomando maior dimensão no campo da *nova saúde pública*:

Na área da saúde, com o advento da *nova saúde pública*, é possível perceber a introdução de abordagens mais amplas, mas que muitas vezes tomam o chamado *contexto social* como mais um fator para a aquisição do hábito de consumo, particularmente focalizando os adolescentes diante de sua condição de transitoriedade, de alguma maneira julgada frágil, portanto, encarando o problema pelo ângulo do risco. Atesta essa orientação teórico-metodológica uma vasta produção da saúde pública internacional, voltada para os conceitos de fatores de risco e de proteção do adolescente, recentemente aquilatada por Schenker e Minayo (2005), respectivamente, do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Atenção ao Uso de Drogas da UERJ e do Centro Latino-Americano de Estudos da Violência e Saúde da Fiocruz. (Soares, 2007:6-7)

Como esperado, nessa abordagem alguns autores se utilizam da noção de fatores de risco e proteção para assim planejar uma série de intervenções preventivas que são divididas em níveis primário, secundário e terciário. Esta noção está baseada na percepção de que qualquer consumo de drogas é problemático ou doentio, ficando as práticas em saúde restritas a alertar os grupos sociais para os riscos e perigos do consumo e a orientar como estes devem se proteger para não consumir drogas ou, caso consumam, como devem se comportar para que o consumo não evolua para níveis mais elevados até a dependência. Podemos notar em alguns trabalhos que ao mesmo tempo em que se privilegia a redução de danos como modelo norteador essa se baseia na orientação na noção de risco e níveis de prevenção restringindo-se às intervenções que apostam no esforço dos indivíduos e grupos para fazer frente à complexidade que assume a questão das drogas na contemporaneidade.

O fato é que os conceitos de risco e de níveis de prevenção objetivariam estabelecer um leque de estratégias preventivas, implicando em fortalecer os fatores considerados protetores e amenizar os fatores que seriam de risco, propondo ao indivíduo uma vida saudável, em geral alcançada a partir do esforço individual de adesão a opções saudáveis. Essa maneira de intervir relega então aspectos relevantes do problema, diante da complexidade que assume o consumo de drogas pela juventude na contemporaneidade (Soares, 2007: 08).

A promoção da saúde considera que os indivíduos e grupos devem se apropriar do saber sobre as formas de adoecimento e sobre as alternativas para melhorar vários aspectos da vida que guardariam relação com os danos e riscos relacionados ao consumo prejudicial de drogas. Nesse sentido, incorpora elementos sociais à compreensão do fenômeno do consumo de drogas. Porém a promoção da saúde também pode servir simplesmente para atestar o controle de grupos dominantes sobre os indivíduos e comunidades quando se reveste de saberes puramente técnico-científicos visando a harmonia social e o aprendizado de boas práticas de saúde e estilos de vida saudável. Por vezes observa-se que o objetivo se restringe à capacitação de pessoas visando aumentar o controle sobre e melhorar a saúde, permanecendo o pressuposto de que a comunidade é a principal responsável por produzir mudanças nos seus estilos de vida.

Considerada dessa forma, a *nova saúde pública* passou a incorporar outros fundamentos que vêm sendo debatidos por autores do campo da Saúde Coletiva (Paim, Almeida-Filho, 1998; Carvalho, 2004 e Stotz, Araújo, 2004). A promoção à saúde constitui talvez o marco mais importante dessa nova abordagem. Adotada pelos organismos internacionais de saúde – OMS, OPAS – a promoção volta-se majoritariamente para o disciplinamento da vida social, trazendo como novidade o *empowerment* como conceito fundante das mudanças necessárias aos estilos de vida (Carvalho, 2004; Stotz, Araújo, 2004). Assim, o conceito de *empowerment* traria para o campo de ação estratégias que levariam as comunidades a assumir a responsabilidade sobre o cuidado de sua própria saúde, marginalizando temas como o *conflito de classes e a relação capitalismo e saúde, despolitizando o debate e sinalizando para a defesa de uma sociedade socialmente integrada e harmônica onde os indivíduos são induzidos a mudar seus hábitos de vida para terem saúde* (Carvalho, 2004:677) (Soares, 2007: 08).

Lacaz (2001: 236), se referindo à promoção da saúde quando esta é revestida de um excesso de tecnicismo, assinala seu caráter ideológico ao reafirmar

[...] o papel da medicina e de seus agentes, como espaço de dominação, assujeitamento e controle social, daquilo que é chamado de comportamento, de estilo de vida.

Ainda Stotz (2004:15), buscando a ampliação dos fundamentos da promoção da saúde, reitera que

[...] a promoção da saúde nos países periféricos depende, em grande medida, de políticas universalistas em áreas como trabalho, educação, saneamento básico e preservação ambiental. Essas, por sua vez, estão vinculadas à política econômica.

Nesse sentido, trabalhar sob a perspectiva da promoção da saúde seria ir além de requerer a participação da comunidade para mudar seus estilos de vida, seria aliar-se aos movimentos populares para a superação dos conflitos sociais em curso na sociedade. O que significa dizer que não cabe aos especialistas, técnicos, profissionais e lideranças validarem a experiência de terceiros, mas descobrir e fortalecer o que está em jogo no decorrer da própria ação coletiva.

O processo educativo é a conscientização dos problemas postos pela participação, pela aliança entre grupos sociais com interesses específicos diferentes (Stotz, 2004: 14).

7.2.4.1 O sujeito da redução de danos é a comunidade

Quando o objeto da redução de danos é o modo de viver o sujeito é a comunidade, ou seja, o conjunto de pessoas e instituições nas suas inter-relações. Os indivíduos são geralmente considerados com capacidade para fazer escolhas pessoais e estimulados para a busca de autonomia para o cuidado consigo e o trabalho em equipe. Essa compreensão de sujeito supera, de um lado, a perspectiva de passividade oriunda da vertente que atribui supremacia à substância e, de outro, a perspectiva que privilegia o sujeito individual-usuário de droga, considerando-o também como sujeito plural, ou seja, a comunidade participante. Porém esta é referida como se as formas de reprodução social dos grupos sociais e os processos que envolvem o consumo prejudicial de drogas fossem homogêneos. Nesse sentido são considerados como se estivessem submetidos a processos idênticos de desgaste e fortalecimento. Assim parece tratar-se de um sujeito descontextualizado das suas condições históricas e materiais de existência, apenas referido a uma certa comunidade homogênea, *unida e estável*.

Do ponto de vista teórico, o uso do conceito de comunidade – uma idéia romântica de grupo unido e estável, com objetivos comuns – mascara a realidade social, processual e, portanto, dinâmica e histórica, “estruturalmente violenta”, que ainda conserva em traços

marcantes seu passado “colonial e escravista” e que diariamente se constrói na sua profunda desigualdade econômica e histórica [...].

A formulação não permite visualizar o conflito que permeia os segmentos sociais e, nesse sentido, sugere a tentativa de negar a realidade social profundamente cindida entre ricos e pobres, proprietários e não proprietários, “gestores do capital” e aqueles que “vendem sua força de trabalho em troca de um salário” e por isso mesmo com interesses contraditório [...].

Os vocábulos comunidade e família indicam a privatização ao denotarem a ausência de contradições, isto é, ausência de classes sociais, não necessitando, portanto, do espaço político como pólo mediador de conflitos. Na linguagem marxista, trata-se de um uso ideológico – falsa consciência dos vocábulos. (Calipo 2002:109).

Ainda o sujeito (representado pela expressão comunidade) tem como função participar ativamente. Porém observamos que essa participação se restringe ao objetivo de assimilar os conhecimentos técnico-científicos de saúde para a construção da capacidade de escolha, ou seja, se supervaloriza o saber técnico-científico em detrimento do saber que emerge do próprio contexto dos grupos sociais. A dimensão política da participação dos grupos sociais na resolução de conflitos fica secundarizada ou é relegada completamente. Nesse sentido procede a crítica feita por Stotz à Carta de Bogotá quando refere que apesar de destacar a importância da participação ativa das pessoas nas mudanças das condições sanitárias e na maneira de viver,

Pressupõe que as pessoas não têm uma cultura da saúde, não vêem a saúde como um bem desejável e precisam ser conscientizadas da sua importância. Há, subjacente, uma visão de mundo que nega radicalmente a cultura e o saber popular. Isso leva a supor que a participação popular ativa, discurso proferido em todas as conferências, seja, de fato, meramente cooperativa (portanto passiva) e não problematizadora (verdadeiramente ativa) (Stotz, 2004:12-3).

Abaixo, são reproduzidos trechos dos artigos que concebem o objeto da redução de danos como sendo o modo de vida e reiteram os fundamentos da promoção da saúde no que se refere ao sujeito-comunidade, seja conclamando o desenvolvimento de habilidades individuais/capacidade de escolha seja preconizando a participação.

Trabalho nº 17: Já a abordagem indireta de trabalhos preventivos, considera os vários aspectos que a droga envolve. Uma de suas linhas de ação é a que trabalha através do aumento da qualidade de vida das pessoas. É uma maneira de se pensar o uso abusivo de drogas, dando ênfase a alternativas melhores e mais saudáveis para a vida do usuário.

Para aumentar a qualidade de vida, propõe ALMEIDA (op. cit.) alternativas simples, como: andar de bicicleta, praticar esportes, ouvir música, desenhar, dançar e que podem ser apontadas como formas de trabalho preventivo. A autora comenta que o encaminhamento a médicos surge como alternativa para a melhoria da qualidade de vida. Contudo, alerta para conseqüências possíveis, relacionadas ao uso abusivo de remédios, visto que pode ocorrer intolerância às dores e às doenças, por parte do paciente. A melhoria da qualidade de vida afetiva, para a autora, é necessária para que se aumente a tolerância às doenças nas crianças e, conseqüentemente, para que as pessoas possam adquirir maior tolerância nas suas vidas (Tavaves-de-Lima, 2004:47).

Trabalho nº 18: As ações de RD devem ser desenvolvidas em níveis diversos e complementares. Ações basicamente individuais ou micro-grupais (envolvendo famílias e redes de amigos e conhecidos) ganham muito quando são implementadas de forma integrada a ações de escopo mais amplo e que considerem as dimensões propriamente sociais e culturais de cada comunidade, no que hoje é denominado "ações estruturais de prevenção e promoção da saúde" [...].

Freqüentemente, usuários de drogas injetáveis têm parceiros que não utilizam drogas injetáveis ou mesmo que não fazem uso regular de quaisquer substâncias psicoativas. Estes parceiros devem se beneficiar plenamente das ações preventivas dos PRDs, sejam eles soropositivos (infectados) para o HIV ou não ou estejam eles afetados por quaisquer outras afecções que possam ser aliviadas ou prevenidas a partir da freqüência aos PRDs. Quase todos os PRDs incluem diferentes atividades preventivas, tais como a divulgação de folhetos educativos, palestras e distribuição de preservativos, que contribuem de forma importante para a prevenção e o suporte a qualquer pessoa afetada ou que se perceba sob risco quanto a um amplo conjunto de doenças infecciosas ou problemas clínicos de um modo geral. Portanto, os PRDs devem ser vistos dentro de uma perspectiva de promoção da saúde e atenção integral [...].

Tal raciocínio não se restringe aos parceiros sexuais dos UDIs, mas deve abranger outras pessoas do seu círculo de amizades e de sua comunidade, conferindo a estes programas uma real dimensão social e comunitária. Ainda que utópica a curto prazo, na grande maioria dos países, a meta da Organização Mundial da Saúde, de "Saúde para Todos", deve constituir sempre um ideal a ser perseguido, sem qualquer restrição também do ponto de vista dos hábitos de cada cliente potencial. Quanto mais abrangentes e integrados forem os PRDs, mais estaremos nos aproximando do que é desejável e ético (Bastos, 2003:28, 33-4).

Trabalho nº 25: Em uma abordagem de redução de danos, os legisladores não falam sobre consumidores de álcool, e sim com eles, ouvindo as comunidades e os grupos que são afetados por danos relacionados ao álcool. Formuladores de políticas procuram soluções que sejam viáveis e pragmáticas ao adotar intervenções que funcionem em vez de fazer promessas que soem boas para o

público. Em outras palavras: uma abordagem baseada em fatos e não em crenças, que seja transparente e menos ideológica [...].

Os danos à saúde e ao bem-estar causados pelo consumo prejudicial de bebidas alcoólicas incluem: a) agravos à saúde física; b) agravos à saúde mental; c) problemas no relacionamento familiar, interpessoal e social; d) problemas relacionados ao trabalho (desempenho, absenteísmo, acidentes, relações interpessoais); e) acidentes de trânsito; f) acidentes domésticos e outros acidentes; g) situações de violência doméstica e outras, onde o álcool pode atuar como desencadeante ou facilitador; h) situações de conflito com a lei.

Uma política integral e intersetorial de redução dos danos causados pelo álcool deve contemplar a atenção integral à saúde e à vida, buscando atenuar, minimizar e/ou eliminar todos os danos mencionados.

Deve ainda utilizar a lógica ampliada de redução de danos como referencial para as ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas, em todos os níveis (Delgado, Macedo, Cordeiro, Rodrigues, 2003:119, 135).

Trabalho nº 28: A política de promoção, prevenção, tratamento e educação voltada para o uso de álcool e outras drogas deverá necessariamente ser construída nas interfaces intra/intersetoriais. Visto que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, o Ministério da Saúde, pautado no compromisso ético de defesa da vida, apresenta as diretrizes para a construção de uma política de atenção integral, assumindo completamente o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas e enfocando a implementação e a implantação de ações com estratégias mais amplas, que possam contemplar grandes parcelas da população e que não priorizem a abstinência como única meta viável (Silveira, Doneda, Gandolfi, Hoffmann, 2003: 350).

Trabalho nº 36: O conceito de redução de danos (RD), na história da Associação Brasileira de Redutores de Danos (Aborda), foi estratégia de saúde, passou por política de saúde e agora é melhor expresso como movimento social. Em que pese a utilização, no senso comum, da expressão redução de danos para qualquer situação onde exista busca de diminuição de prejuízos, ou mesmo ao se referir especificamente a (eventuais ou potenciais) prejuízos resultantes do uso de psicoativos, a Redução de Danos (escrita com iniciais em maiúsculas), como movimento social, superou o paradigma sanitário, sendo agora entendida como busca de estado de maior bem-estar social para todos, com ou sem uso das drogas, inclusive daquelas tidas como ilegais [...].

A RD contribui na busca daquele estado de maior bem-estar social para todos, indo além e até, se necessário, contradizendo o discurso sanitário onde este discurso estiver orientado exclusivamente para o controle de doenças, sem buscar saúde integral, ou distanciado dos direitos humanos [...].

Pelo olhar da Aborda, a RD inclui terapias de substituição (TS) como uma das opções com nível de exigência mais compatível com as necessidades, capacidades e desejos das pessoas que usam drogas do que a abstinência; é propiciadora de construção de vínculo com estas pessoas, e alternativa para aquelas que não têm demanda ou desejo de parar de usar não serem privadas de medidas que lhes propiciem melhor qualidade de vida e menos riscos, para si próprias, sua rede de relações e sociedade em geral [...].

Classificar RD (que inclui as TS) como medida paliativa não faz sentido, já que o seu objetivo não é perpetuação de situação de uso problemático de drogas, o que seria manter ou mesmo aumentar danos ao invés de reduzi-los. Os tratamentos de substituição podem também ser vistos como redução de danos (ainda que não ideologicamente identificados com o movimento social de RD) para os que, em sofrimento com sua condição de usuários, desejam ajuda para interromper ou organizar o uso, e sempre lembrando que RD, como entendida pela Aborda, não considera a abstinência a única meta válida ou estado ideal de controle sobre o uso. O objetivo é a convivência mutuamente respeitosa, o bem-estar para os indivíduos com maior sintonia entre direitos individuais e coletivos (Campos e Siqueira, 2003: 388,392).

Trabalho nº 41: *A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento.*

*Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por quê? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos se oferece como um método (no sentido de *metodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam [...].*

Se afirmamos que a redução de danos é uma estratégia, é porque entendemos que, enquanto tal, e para ter a eficácia que pretende, ela deve ser operada em interações, promovendo o aumento de superfície de contato, criando pontos de referência, viabilizando o acesso e o acolhimento, adscrevendo a clientela e qualificando a demanda, multiplicando as possibilidades de enfrentamento ao problema da dependência no uso do álcool e outras drogas.

Neste ponto, a abordagem se afirma como clínico-política, pois, para que não reste apenas como "mudança comportamental", a redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando a avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar com a hetero e a autoviolência muitas vezes decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida. Neste sentido, o lócus de ação pode ser tanto os diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool e outras drogas, como equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também das de educação, de trabalho, de promoção social etc.,

equipamentos em que a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação sejam contínuos e se dêem de forma associada [...].

A promoção da saúde, portanto, impõe-se pela complexidade dos problemas que caracterizam a realidade sanitária, em que predominam as doenças crônicas não transmissíveis ao lado de doenças sociais contemporâneas, como a violência e as novas endemias. Configura-se também pela potencialidade de estratégias que superem a cultura da medicalização predominante no imaginário da sociedade [...].

As ações de redução de danos, mesmo dando prioridade à prevenção e ao diagnóstico do HIV por meio de intervenções de troca e distribuição de agulhas e seringas, deram visibilidade aos usuários de drogas injetáveis no SUS, promoveram a organização de profissionais e usuários, trouxeram contribuições significativas para a revisão das leis em vigor e proporcionaram o compartilhamento de saberes técnicos e saberes populares, criando condições para a construção de estratégias que se mostraram eficazes na abordagem dos problemas de saúde dos consumidores de drogas. Hoje se configura, diante do atual cenário, a necessidade de sua expansão de forma a contemplar os estilos de vida dos diferentes usuários de álcool e outras drogas, lidando com situações complexas configurando-se num campo de ações transversais e multisetoriais, que misture enfoques e abordagens variadas, ou seja, resgatar sua dimensão de promoção à saúde.

A prevenção voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção. Implica necessariamente a inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis, buscando atuar, dentro de suas competências, para facilitar processos que levem à redução da iniciação no consumo, do aumento deste em frequência e intensidade, e das consequências do uso em padrões de maior acometimento global. Para tanto, a lógica da redução de danos deve ser considerada como estratégica ao planejamento de propostas e ações preventivas.

Os fatores de risco para o uso de álcool e outras drogas são características ou atributos de um indivíduo, grupo ou ambiente de convívio social, que contribuem para aumentar a probabilidade da ocorrência deste uso. Por sua vez, se tal consumo ocorre na comunidade, é no âmbito comunitário que terão lugar as práticas preventivas de maior impacto sobre a vulnerabilidade e o risco.

Fatores de risco e de proteção podem ser identificados em todos os domínios da vida: nos próprios indivíduos, em suas famílias, em seus pares, em suas escolas e nas comunidades, e em qualquer outro nível de convivência sócio-ambiental. É importante notar que tais fatores não se apresentam de forma estanque, havendo entre eles considerável transversalidade, e conseqüente variabilidade de influência. Ainda assim, podemos dizer que a vulnerabilidade é maior em indivíduos que estão insatisfeitos com a sua qualidade de vida, possuem saúde deficiente, não detêm informações minimamente adequadas sobre a questão de álcool e drogas, possuem fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente.

Assim como podemos identificar os fatores de risco atuantes em cada um dos domínios citados, podemos fazer o mesmo para os fatores específicos de proteção. Vejamos:

No domínio individual, podemos identificar como principais fatores de risco baixa autoestima, falta de auto-controle e assertividade, comportamento anti-social precoce, doenças pré-existentes (ex.: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade), e vulnerabilidade psicossocial. Como fatores de proteção, a apresentação de habilidades sociais, flexibilidade, habilidade em resolver problemas, facilidade de cooperar, autonomia, responsabilidade e comunicabilidade são os mais influentes, paralelamente à vinculação familiar-afetiva ou institucional.

Quanto à família, vemos que o uso de álcool e outras drogas pelos pais é um fator de risco importante, assim como a ocorrência de isolamento social entre os membros da família. Também é negativamente influente um padrão familiar disfuncional, bem como a falta do elemento paterno. São considerados fatores de proteção a existência de vinculação familiar, com o desenvolvimento de valores e o compartilhamento de tarefas no lar, bem como a troca de informações entre os membros da família sobre as suas rotinas e práticas diárias; o cultivo de valores familiares, regras e rotinas domésticas também deve ser considerado, e viabilizado por meio da intensificação do contato entre os componentes de cada núcleo familiar.

No domínio das relações interpessoais, os principais fatores de risco são pares que usam drogas, ou ainda que aprovam e/ou valorizam o seu uso; a rejeição sistemática de regras, práticas ou atividades organizadas também é aqui considerada como um sinalizador. Ao contrário, pares que não usam álcool/drogas, e não aprovam ou valorizam o seu uso exercem influência positiva, o mesmo ocorrendo com aqueles envolvidos com atividades de qualquer ordem (recreativa, escolar, profissional, religiosa ou outras), que não envolvam o uso indevido de álcool e outras drogas.

Nos ambientes de formação e aprendizado, ocorre o entrecruzamento de fatores de risco presentes em todos os outros domínios; em verdade, a escola é o ambiente em que boa parte (ou a maioria) destes fatores pode ser percebida. De qualquer forma, os maiores fatores de risco apresentados são a falta de habilidade de convivência com grupos e a disponibilidade de álcool e drogas na escola e nas redondezas; além disso, uma escola que apresente regras e papéis inconsistentes ou ambíguos com relação ao uso de drogas ou à conduta dos estudantes também vem por constituir importante fator de risco relativo ao uso de álcool e drogas. Apresenta fatores de proteção o ambiente de ensino que evidencia regras claras e consistentes sobre a conduta considerada adequada – desde que isto faça parte de um processo educativo e evolutivo docente-assistencial que considere cada vez mais a participação dos estudantes em decisões sobre questões escolares, com a inerente e progressiva aquisição de responsabilidades.

O planejamento de ações preventivas relativas ao uso de álcool e drogas deve obrigatoriamente considerar a mudança de relação na proporção de ocorrência entre buscar minimizar a influência de fatores de risco sobre a vulnerabilidade dos indivíduos para tal uso; sinergicamente, também deve considerar o reforço dos fatores de proteção. Neste ponto, é fundamental perceber a importância da educação em saúde como estratégia fundamental para a prevenção (Brasil MS, 2004: 10,11,31,27-8).

Trabalho nº 42: A redução de danos (RD) representa um marco da ação em saúde pública e um conjunto de estratégias de saúde pública que têm por objetivo reduzir ou prevenir as consequências negativas associadas ao uso de drogas. Esta abordagem é direcionada para aqueles usuários que não querem ou não conseguem, em um determinado momento, parar de usar drogas. A RD pode ser entendida, grosso modo, como uma alternativa às abordagens que têm como meta exclusiva a abstinência do uso de drogas [...].

A discussão sobre uma política de drogas voltada para a redução de danos aborda valores sociais e políticos sobre as relações entre indivíduos, sua liberdade individual e o direito de dispor do seu próprio corpo, envolvendo uma perspectiva de saúde pública, ao afirmar os direitos e deveres dos usuários de drogas enquanto cidadãos (p.20).

O consumo de drogas como fenômeno humano pode ser compreendido de diversas formas sem jamais esgotar sua plenitude, pois a existência humana está sempre “por se fazer”. Exatamente por possuir esse aspecto multicausal, permite integrar diversos ramos das ciências, sendo que nenhum, isoladamente, poderá lograr uma resposta totalizadora por si só. Sendo a drogadição um fenômeno cultural, não há sociedade sem drogas, e estas podem ser utilizadas de diferentes maneiras, de acordo com o momento e as circunstâncias em que o seu consumo está inserido [...].

Por serem muitos os fatores envolvidos na qualidade e intensidade das alterações psíquicas (quantidade e natureza da substância utilizada, características do indivíduo, expectativa do indivíduo na interação com o seu contexto, entre outros), torna-se imprescindível compreender qual o significado que a droga assume na vida de cada pessoa, que aspectos seus efeitos vão preenchendo e que ausências estão suprimindo. Isso explica por que nem todos os que experimentam drogas se tornam dependentes. Ao contrário, os que se tornam dependentes correspondem a uma fração pequena dos que as experimentam e mesmo as utilizam com alguma frequência [...].

A redução de danos está habitualmente associada a uma perspectiva de saúde pública, compartilhando de conceitos e práticas comuns. Esta associação é particularmente evidente no âmbito da promoção da saúde, onde integra uma ampla estratégia de promover a saúde e evitar a doença. Essas estratégias convergem no sentido de enfatizar a importância de compreender os amplos aspectos determinantes de saúde para o bem-estar de toda população. Pode-se entender o abuso de drogas como um sintoma de um mal-estar social e individual e não uma causa, a partir de uma constelação de outras questões pessoais e sociais (como pobreza, desemprego, desestruturação familiar, discriminação). (Cuellar et al., 2003; Galea et al., 2003) [...].

Os estudos e exemplos que apresentamos e discutimos no presente texto permitem acreditar que a valorização dos indivíduos, o olhar livre de preconceitos e a compreensão dos múltiplos fatores que estão ligados ao consumo de drogas poderão apoiar a mudança espontânea e promover mudanças de hábitos danosos que promovam comportamentos mais seguros, determinando benefícios diretos e indiretos à coletividade. As políticas de orientação predominantemente repressiva têm gerado efeitos adversos, agravando os problemas que, supostamente, almejam mitigar (Fonseca, 2005:12,17-8,21, 79).

Trabalho nº 44: A promoção de saúde possui definição bem mais ampla do que a prevenção, por se referir a medidas orientadas ao aumento da saúde e bem estar geral, e não apenas para evitar uma determinada doença [...].

Na década de 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) mudou seu foco do comportamento de indivíduos para o desenvolvimento de ambientes saudáveis. Isto resultou no conceito de “promoção de saúde” definido na carta de Ottawa:

Promoção de saúde é o processo que consiste na capacitação de pessoas com o objetivo de aumentar o controle sobre e melhorar a saúde. Para alcançar o estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou um grupo de indivíduos precisa ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, e mudar ou lidar com o ambiente. A saúde é vista como um recurso para a vida cotidiana, não como o objetivo da vida. A saúde é um conceito positivo, enfatizando os recursos sociais e pessoais, assim como as capacidades físicas. Então, promoção de saúde não é apenas responsabilidade do setor da saúde, mas inclui estilos de vida saudáveis e bem-estar [...].

A proposta da redução de danos permeia todos os aspectos do trabalho no campo do uso e abuso de substâncias psicoativas, focando o indivíduo como um todo, a qualidade de vida e a promoção de um estilo de vida mais saudável, trabalhando com objetivos escalonados e intermediários: • evitar o envolvimento com o uso de drogas; • evitar o envolvimento precoce; • evitar que o uso se torne abuso; • ajudar a abandonar a dependência; e • orientar para o uso menos prejudicial possível [...].

As ações de promoção de saúde, especialmente nas situações direta ou indiretamente relacionadas ao uso indevido de drogas, seriam pautadas por: • objetivos amplos e escalonados; • ruptura com o maniqueísmo; • ações inclusivas; • parcerias intersetoriais; • incentivo ao protagonismo e autonomia dos alunos; • abordagem do indivíduo em toda a sua complexidade, independente do uso [...].

Trabalho nº 44: Nesse paradigma, as intervenções derivam da participação ativa da comunidade, não sendo impostas pelos profissionais da saúde. Para tanto, são preconizados cinco campos de ação: 1) elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 2) reforço da ação comunitária; 3) desenvolvimento de habilidades pessoais; 4) reorientação do sistema de saúde; 5) criação de ambientes favoráveis à saúde. Em outras palavras: A carta de Ottawa propõe trabalhar com a idéia de responsabilização múltipla, nos diferentes níveis de atuação: Estado, comunidade, indivíduos; seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos [...].

A idéia de promoção compreende a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde (desenvolvimento de habilidades pessoais e reforço da ação comunitária) [...].

Promoção, neste sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para o seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção da capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com discernimento [...].

Aqui também se inclui a garantia da participação popular no processo de tomada de decisões e na elaboração das intervenções [...].

Quanto ao método didático, os manuais reforçam a necessidade de, no processo de ensino e aprendizagem, explorar o desenvolvimento de métodos capazes de priorizar a construção de estratégias de verificação e comprovação de hipóteses na construção do conhecimento; a construção de argumentação capaz de controlar os resultados desse processo; o desenvolvimento do espírito crítico capaz de favorecer a criatividade; e a compreensão dos limites e alcances lógicos das explicações propostas. Além disso, é necessário ter em conta uma dinâmica de ensino que favoreça o descobrimento das potencialidades do trabalho individual e coletivo. O que implica no estímulo à autonomia do sujeito, no desenvolvimento do sentimento de segurança em relação às suas próprias capacidades, e na capacidade de interação de modo integrado num trabalho de equipe (Moreira, Silveira, Andreoli, 2003: 811-4).

A Redução de Danos concebida no campo da educação voltada para prevenção do consumo prejudicial de substâncias psicoativas tem objetivos mais amplos do que prevenir em escalas graduais – primária, secundária e terciária – os danos advindos do consumo, conforme apontam o trabalhos abaixo:

Trabalho nº 02: *O que se nota é uma impropriedade em conceber a prevenção relacionada às drogas a partir da concepção da prevenção de uma doença. De um lado, porque sabemos que o uso de drogas tem motivações de ordem psicossocial e cultural e de outro, porque sabemos que a toxicodependência é uma entre as possíveis relações que o indivíduo pode estabelecer com as drogas. Ainda, a idéia contida nos níveis de prevenção pressupõe uma “escalada” ou “carreira”, como se de um estágio, o indivíduo fosse levado a outro, de acordo com o curso “natural” do seu envolvimento com as drogas. Se é certo que a operacionalização de políticas públicas nessa, ou em qualquer área, não pode prescindir da definição de algumas categorias facilitadoras do trabalho, é também certo que a equiparação do problema drogas ao problema doença tem levado a reducionismos e erros na concepção e condução das programações preventivas sejam elas concebidas pela área educacional ou de saúde pública [...].*

No seu trabalho de historiadora, Berridge (1993, p. 56) confirma que a redução de danos não constitui uma estratégia “nova”, mas que se desenvolveu bastante devido ao problema da AIDS. De acordo com essa autora, nos anos 80, houve um crescimento significativo da idéia de que redução de danos é uma estratégia mais realista de prevenção relacionada às drogas. O ACMD Report on Prevention de 1984 reconhece isso publicamente substituindo a divisão tradicional de prevenção primária, secundária e terciária por dois outros critérios: o de reduzir o risco de um indivíduo fazer uso inapropriado de drogas e outro de reduzir os danos associados com o uso inapropriado de drogas. [...].

Duncan e colaboradores (1994, p. 283) também se reportam ao fato de que a partir desse relatório do governo britânico, a redução de danos passou a ser um dos objetivos aceitáveis nos programas de prevenção. Ele chama a atenção ainda para o fato de que a primeira International Conference on the

Reduction of Drug-Related Harm também aconteceu na Inglaterra, em 1990. Essa estratégia preventiva, de acordo com seus advogados, reconhece que prevenir o abuso de drogas é uma tarefa diferente do que prevenir o uso.

O movimento da redução de danos associados às drogas representa também no campo educacional uma mudança. Duncan e colaboradores (1994, p. 281) colocam a questão da seguinte forma: “Redução de danos é uma política de prevenir danos potenciais relacionados ao uso de drogas ao invés de tentar prevenir o uso propriamente dito” (tradução minha) [...].

De acordo com esses autores ainda, essa concepção amplia e modifica tanto os métodos quanto os conteúdos tradicionalmente utilizados na área da prevenção primária educacional. Constitui uma política de prevenção que visa prevenir os danos que podem potencialmente estar associados à utilização de drogas. Seus pressupostos são: aceitação de que a utilização de drogas é uma realidade comprovada historicamente em todas as sociedades e que os indivíduos continuarão a se utilizar de substâncias que modifiquem a sua psicoatividade e reconhecimento de que as medidas para prevenir o uso de drogas têm na verdade aumentado os danos associados ao uso [...].

Para O’Connors e Saunders (1992, pp. 177-180), a concepção de redução de danos é uma perspectiva que assume as dinâmicas e complexidades que atuam para que um determinado comportamento se forme. Portanto, não existem soluções simples e únicas e o objetivo não deve ser o de eliminar o uso, mas o de minimizar os danos que esse uso pode causar. Na opinião desses autores tal perspectiva, ao não pleitear a abstinência como única maneira de fazer prevenção não obterá tanta popularidade como a prevenção primária tem obtido (Soares, 1997:80,86-8).

Trabalho nº 17: É fundamental que se parta da idéia básica da prevenção. Esta vem a ser processo de intervenção, antes que um determinado fenômeno possa ocorrer (XAVIER DA SILVEIRA, 1996). Mas é importante também que se tenha clara a noção de que a droga, em si, não é passível de ser prevenida. Aliás, há inúmeros usos de substâncias psicoativas, entre os seres humanos. Na verdade, o ser humano usa drogas há milênios e assim continuará pelo futuro; logo, o que pode ser trabalhado é a forma de uso abusivo que as pessoas fazem, ou seja, o relacionamento que se estabelece entre o sujeito e a substância utilizada [...].

Assim, para o autor supra citado, a prevenção é algo dialético, dinâmico e evolutivo e o abuso das drogas não ocorreria ao acaso, mas partindo de um contexto amplo: social, econômico, histórico, psicológico, familiar e cultural. As ações de prevenção devem considerar os aspectos: do indivíduo que usa a droga, o contexto sociocultural e a própria substância psicoativa, em si. As alternativas de prevenção deveriam: diminuir a oferta da droga; diminuir a demanda do usuário; influir sobre a oferta e a procura (Tavares-de-Lima, 2003:41-2).

O trabalho reproduzido abaixo refere crítica às vertentes que conferem primazia às mudanças no modo de vida responsabilizando individualmente os sujeitos sem propor mudanças estruturais e nos determinantes sociais do consumo prejudicial.

Trabalho nº 02: De acordo com o que vimos acima, julgamos necessário discutir a ideologia que embasa as iniciativas voltadas para a prevenção relacionada ao uso de drogas. De uma maneira geral, no campo da saúde pública, quase sempre o que predomina na prática segue a ideologia da responsabilidade individual que ignora o que é conhecido sobre o comportamento humano. Os esforços da educação em saúde objetivam predominantemente mudanças de comportamentos individuais e requerem que as pessoas mudem hábitos tão socialmente relevantes e culturalmente arraigados que é o mesmo que lhes pedir que abandonem a sua identidade sócio-cultural. Questiona-se aqui a eficácia e o uso político de se priorizar mudanças do modo de vida e dos comportamentos individuais sem haver mudanças da estrutura e dos processos sociais que os influenciam, ou em última instância, determinam (Crawford, 1990, p. 390). Essa é a ideologia da “responsabilização” do indivíduo por sua condição e mudança, uma ideologia que inverte a ordem causa-consequência e acaba por “culpar a vítima” (Soares, 1997: 80-1).

7.2.5 Quando o objeto da redução de danos são os riscos sociais

Algumas compreensões que fundamentam a Redução de Danos têm exposto um objeto mais amplo que os riscos individuais, preocupando-se então com os riscos sociais. Nesse caso, a finalidade das ações se coloca na esfera de diminuir riscos e agravos sociais na população de uma maneira geral. Isso seria feito através de um conjunto de modificações em diferentes frentes: nos ambientes de consumo de drogas lícitas, no tipo de oferta das substâncias, na adoção de cuidados posteriores ao consumo, em mudanças nas legislações, na restrição de venda em determinadas situações, entre outras. Nessa perspectiva a meta central é a diminuição de vários agravos sociais relacionados ao consumo prejudicial de drogas, geralmente lícitas, que colocam em risco a vida de consumidores e da coletividade, como no caso de acidentes de trânsito, de situações de violência, de consumos de “risco” em ambientes de festa, entre outros.

7.2.5.1 O sujeito é a população em geral

Quando o objeto da redução de danos são os riscos sociais, o sujeito é a população em geral, considerada como potencial consumidor de substâncias psicoativas, e cujo consumo pode gerar além de agravos pessoais, variados e graves problemas sociais, a depender do tipo e das

condições em que se dá o consumo. Dessa forma, as medidas não são voltadas somente para consumidores, mas também para instituições, como os estabelecimentos que comercializam determinadas substâncias, como por exemplo, postos nas estradas que vendem álcool.

Abaixo são descritos trechos dos trabalhos que tratam do objeto da redução de danos como sendo os riscos sociais e o sujeito a população em geral.

Trabalho nº 21: *A produção de produtos com baixo teor alcoólico e sua disponibilidade imediata são opções. Muitas pessoas escolhem esses produtos para que possam continuar consumindo álcool, com uma possibilidade menor de embriaguez, doenças e riscos.*

No entanto, existem desafios reais. Para muitos, e especialmente para os jovens, as bebidas de baixo teor alcoólico são uma afronta à sua masculinidade. É necessário mudar tal cultura e esse é um exercício de longo prazo, que inclui uma mudança na forma como o álcool é promovido, assim como uma mudança nas concepções aceitas pela comunidade [...].

O ambiente onde se bebe deve ser mais seguro para que aqueles que optarem por consumir álcool possam fazê-lo com relativa segurança, o que também afetará quem não bebe – um ambiente mais seguro é a garantia de que eles não serão vítimas de danos. Estudos sugerem que bares barulhentos, lotados e inacessíveis criam problemas. Estabelecimentos que toleram a embriaguez e permitem que os funcionários do bar sirvam pessoas já embriagadas são propícios para problemas.

A ligação do álcool com a violência também está documentada. O álcool é servido em copos de vidro; os estabelecimentos comerciais poderiam servir as bebidas em copos de plástico ou de material mais resistente. Assim, o perigo de um copo quebrado ser usado como arma é eliminado, bem como a chance de que ocorra um acidente com cacos de vidro [...].

Muitos estabelecimentos de jogos, embora sirvam bebida alcóolica, criaram “áreas secas”, ou seja, áreas onde não é permitido o consumo de álcool. Este pode ser comprado no local, os gerentes só podem servir bebidas com baixo teor alcoólico, excluindo os destilados, ou então permitir a compra de apenas uma bebida por vez.

Uma das manifestações mais óbvias do uso excessivo de álcool são os acidentes, geralmente de carro. A maioria das pessoas sabe quando vai beber. O planejamento feito com antecedência é uma medida sensível e eficiente de redução de danos. Além do estabelecimento de limites para a bebida, outros planos podem evitar problemas relacionados ao álcool: não beber sozinho; garantir carona com um motorista que não tenha bebido; estabelecer um limite de gastos; saber o que está sendo servido (se a bebida está misturada ou não); e não aceitar bebidas de estranhos (Stronach, 2003:33-5).

Trabalho nº 22: *Bares e locais de lazer são cenários privilegiados para o consumo de álcool. Algumas experiências internacionais mostram que é possível tornar esses lugares mais seguros, evitando aglomerações, objetos cortantes e outros elementos que causam perigo. É importante conscientizar os*

garçons e donos de bar para que não se estimule o consumo de álcool até a embriaguez. Igualmente, é preciso pensar junto a esses atores quais as formas mais eficazes de lidar com os conflitos que acontecem nesses locais. Muitos jovens vão até aos bares armados. Guardar suas armas até a saída não é suficiente para garantir a segurança e a vida de quem vai até o bar. Essa é uma discussão que precisa ser feita com urgência, até porque os bares podem ser incluídos como locais de abordagem para usuários de álcool que usam armas; Grandes eventos como o carnaval, megashows, etc. apresentam o desafio de como aliar diversão e segurança. Ações efetivas podem incluir um controle maior sobre a venda de bebidas, que hoje não existe, cuidados com o transporte dos jovens, informações sobre formas mais seguras de beber, etc.; Mídia – apesar do forte poder das indústrias de bebidas, a sociedade precisa exercer maior controle social nas propagandas e informações veiculadas. Negociar espaços para programas informativos e “contra-propagandas” são algumas das sugestões mais comuns (Franch, 2003:65-6).

Trabalho nº 23: Algumas intervenções recentes, dentro dos princípios da redução de danos, têm tentado tornar os veículos – carros, motocicletas, bicicletas, etc. – e as vias públicas mais seguros, como também, implementar estratégias para evitar e/ou diminuir as situações de risco no trânsito para pedestres e condutores. Entre elas, destacamos: Programas que fornecem transporte, gratuito ou não, para pessoas alcoolizadas tornando mais fácil a essas pessoas optarem por um transporte mais seguro para voltarem para suas casas; Programas de designação do motorista. Trata-se de programas que incentivam um grupo de pessoas, que sai frequentemente, a escolher – designar um membro para abster-se de beber naquela ocasião. A idéia é que ele poderá conduzir o grupo, não só no trânsito, mas também em outras situações de risco. Os participantes do grupo devem fazer rodízio nessa função; Blitz educativa. Policiais e educadores de trânsito, intervindo no fluxo de veículos e de pessoas solicitando o uso de bafômetro para aferição da alcoolemia e repassando informações úteis sobre beber e transitar; Capacitação e treinamento de proprietários, gerentes, garçons e barmen dos estabelecimentos de lazer com o objetivo de informar sobre as leis de responsabilização de provedores (proíbem que sirva álcool a indivíduos já alcoolizados e a crianças e adolescentes), sobre o processo de alcoolização e o papel social deles para intervirem nas situações de risco com seus clientes; Ações de inserção do tema – trânsito – nos currículos escolares. O trânsito visto como uma escola de cidadania, de democracia e de respeito à vida; Programas de orientação para adolescentes e jovens, nas escolas e faculdades sobre as formas seguras de consumir bebidas alcoólicas; Inserção das questões das drogas nos cursos das auto-escolas para aquisição da carteira de habilitação; Barracas de orientação atrativas – distribuição de folhinhos informativos e camisinhas e uso de bafômetro para desestimular os comportamentos de risco no trânsito nas grandes festas populares, como carnaval no Brasil e festa da cerveja na Alemanha, entre outras; Campanhas educativas freqüentes, sobre comportamentos seguros e éticos que estimulem a segurança, a cordialidade e a solidariedade no trânsito. (Melcop, 2003: 97-8).

Trabalho nº 25: Da mesma forma, é obrigação do governo e da sociedade adotar medidas, discutidas democraticamente, que atenuem e previnam os danos do álcool em situações específicas, como transportes, ambientes de trabalho, eventos de massa, e em contextos de maior vulnerabilidade [...].

Os ambientes de trabalho devem ser vistos como locais privilegiados para iniciativas de prevenção do uso prejudicial de bebidas alcoólicas (Delgado, Macedo, Cordeiro, Rodrigues, 2003:135-6).

Trabalho nº 32: *Outras ações de redução de danos envolvem medidas que visam: à redução de acidentes (automobilísticos ou por overdose); à redução de consequências sociais (como as salas para uso de drogas supervisionadas pelo sistema de saúde); à redução de consequências legais (ex.: mudança da lei, diferenciando usuários de traficantes). A Dimesad entende que estratégias de redução de danos podem ser utilizadas na prevenção secundária e terciária (Guerra, Marques, Noto, Camargo, Silva et al. 2003: 365).*

Trabalho nº 34: *Na opinião do Proad, a redução de danos não deve se restringir às drogas ilícitas, defendendo, no entanto que as muitas iniciativas já existentes devam ser reforçadas, como as campanhas para evitar a direção de veículos sob efeito de álcool e a restrição de venda de bebidas alcoólicas a menores e em estradas (Moreira e Silveira, 2003: 369).*

7.2.6 Quando o objeto da redução de danos é a condição existencial

Nesta perspectiva o objeto da redução de danos é a própria condição existencial inerente ao ser humano sendo que a finalidade das ações é diminuir as vulnerabilidades do ser para a busca de realização dos propósitos humanos. As condições objetivas só fazem sentido à medida que contribuem para diminuir ou aumentar suas vulnerabilidades podendo resultar no consumo prejudicial de drogas. Também o consumo de drogas é uma possibilidade para responder às necessidades do viver humano daí que o sentido da redução de danos se encaixa, pois a experiência de alteração da psicoatividade vai ao encontro das possibilidades de aplacar as angústias. Já que o consumo de substâncias psicoativas é uma possibilidade de busca humana, a finalidade não é impedi-lo, mas diminuir as vulnerabilidades visando um consumo menos prejudicial.

7.2.6.1 O sujeito é um ser humano a-histórico e invariável

Quando o objeto da redução de danos é a condição existencial do ser humano, o sujeito é o ser humano entendido como ser a-histórico e invariável, sendo a finalidade das ações diminuir as vulnerabilidades de sua

condição existencial através do fortalecimento da compreensão do si mesmo.

O sujeito é concebido como sendo o homem em sentido generalizado a partir da perspectiva fenomenológica existencial. Aqui se fundamenta a visão de um sujeito que é determinado por uma essência comum a todos os homens que atravessa a histórica mantendo determinadas características inalteradas. O que muda são as condições externas ao “ser humano” tendo, estas, peso secundário à sua condição primeira de escolha. Assim o homem está sujeito ao mundo e suas transformações para dar conta de sua existência. Por sua própria constituição ontológica o uso de drogas tem origem e fim na vulnerabilidade sempre presente do ser humano tendo em vista suplantar a angústia, o desespero, a dor e o tédio. Assim é a condição existencial de ser humano que a priori define seu lugar em relação ao consumo de drogas. O uso de drogas é considerado como um fenômeno sempre presente na história da humanidade e uma das formas de alívio das tensões que resultam da relação homem-mundo. Nesse sentido um fenômeno estático que se mantém com as mesmas características no decorrer da história: a sociedade se transforma e fica cada vez mais complexa, porém as necessidades do homem e o seu ser não acompanham essas mudanças. Portanto este não é considerado como um ser histórico que ao mesmo tempo em que transforma o mundo para saciar suas necessidades também se transforma.

Em contraposição, alguns autores ajudam a esclarecer melhor os fundamentos teóricos que alicerçam a compreensão do consumo prejudicial de drogas como um fenômeno histórico e que assume características particulares na sociedade pós-moderna.

Pode-se dizer que a perspectiva existencial se funda na noção que confere primazia à consciência, ou seja, esta é a base que funda as relações humanas e as sociedades. Como contraponto Lessa (1999), a partir da ontologia de Lukács, refere que o homem como ser social se funda pelo trabalho para responder às suas necessidades do viver. É através do trabalho que o homem transforma a natureza e a si mesmo em uma relação

que vai se tornando historicamente cada vez mais complexa. Nesse sentido o homem é um ser que ao transformar a natureza através do trabalho também se modifica e se reproduz socialmente.

Isto significa que ao construir o mundo objetivo o indivíduo também se constrói. Ao transformar a natureza, os homens também se transformam -- pois adquirem sempre novos conhecimentos e habilidades. Esta nova situação (objetiva e subjetiva, bem entendido) faz com que surjam novas necessidades [...] e novas possibilidades para atendê-las (o indivíduo possui conhecimentos e habilidades que não possuía anteriormente [...]).

Estas novas necessidades e novas possibilidades impulsionam o indivíduo a novas prévias ideias, a novos projetos e, em seguida, a novas objetivações. Estas, por sua vez, darão origem a novas situações que farão surgir novas necessidades e possibilidades de objetivação, e assim por diante [...].

Em suma: todo ato de trabalho resulta em consequências que não se limitam à sua finalidade imediata. Ele também possibilita o desenvolvimento das capacidades humanas, das forças produtivas, das relações sociais, de modo que a sociedade se torna cada vez mais desenvolvida e complexa. É este rico, contraditório e complexo processo que, fundado pelo trabalho termina dando origem a relações entre os homens que não mais se limitam ao trabalho enquanto tal, que é denominado de reprodução social [...].

Com isto se desenvolve a capacidade humana em transformar a realidade (se desenvolvem as forças produtivas, seus modos de organização social, a divisão das novas tarefas que vão surgindo se faz cada vez mais sofisticada e complexa, etc.) A sociedade vai deixando de ser aquela formação mais simples do início da história humana para adquirir uma forma cada vez mais complexa, articulada e contraditória [...].

Mas não apenas isso. Também os indivíduos vão se desenvolvendo. Pois, para viverem em situações sociais crescentemente complexas, para viverem em uma sociedade cada vez mais sofisticada, contraditória e desenvolvida, os indivíduos também devem ser cada vez mais desenvolvidos. Eles devem possuir conhecimentos, habilidades, sensibilidades, etc., que não necessitavam antes. Por exemplo, há poucos séculos, saber ler e escrever era um luxo das classes dominantes, hoje uma necessidade para qualquer um de nós. Antes, saber contar até dez era suficiente para se viver bem, hoje quem não souber contar até os milhares (pelo menos) não saberá viver em nossa sociedade. E assim por diante. (Lessa, 1999:2-7).

Soares (2007), também tomando por bases a ontologia de Lukacs, fornece uma compreensão de como se daria o processo de constituição do sujeito histórico:

Vimos que, de acordo com a ontologia de Lukács, o objeto de trabalho -- que se encontra na natureza -- é percebido como objeto de um potencial produto para satisfazer necessidades por um

sujeito, que desenha subjetivamente um projeto de transformação. Um fragmento da natureza só pode ser pensado como objeto, a despeito de todos os outros, porque existe um sujeito, para o qual ele é objeto. Nesse processo, tanto o sujeito, como o objeto se transforma e, a partir de sua reprodução à custa da transformação da natureza, tornam-se parte da história, constituindo-se o sujeito como sujeito histórico (p.88).

A perspectiva de um sujeito generalizado e invariável no tempo também não encontra eco em Birman (2006) que busca refletir sobre o consumo “compulsivo” de drogas legais e ilegais como um fenômeno contemporâneo. A noção de consumo compulsivo apresentada por ele difere daquela que considera que a compulsão está relacionada a processos genéticos apresentada no tópico do sujeito dependente. Assim o consumo de drogas da forma como se apresenta na atualidade não seria um encontro com uma vulnerabilidade própria e sempre presente no ser humano, mas estaria relacionado diretamente com as transformações das sociedades e dos processos subjetivos constituídos na pós-modernidade.

É necessário destacar algumas das modalidades de compulsão que se banalizaram na contemporaneidade. Antes de mais nada, a compulsão presente no uso de drogas. As toxicomanias constituem uma das formas comuns de mal-estar, inscrevendo-se em diferentes faixas etárias e classes sociais, impondo-se no cenário social e nas políticas de saúde pública. É preciso não ser ingênuo na leitura dessas compulsões. As toxicomanias, com efeito, não se restringem ao uso das drogas ilegais, produzidas e comercializadas pelo narcotráfico, mas incluem também as drogas legais, legitimadas cientificamente pela medicina e pela psiquiatria. Refiro-me, assim, aos medicamentos psicotrópicos, que são receitados pelos médicos e psiquiatras, para regular o mal-estar dos indivíduos, além, é claro, dos analgésicos de potência variável. Dos ansiolíticos aos antidepressivos, passando pelos estimulantes, a farmacopéia médica oferece um vasto cardápio de possibilidades [...].

Por que estas últimas são também drogas, poderia alguém me interpelar. Tais medicamentos são drogas porque podem engendrar dependências física e psíquica. Deve-se reconhecer que vivemos numa cultura das drogas, da qual não se podem excluir as bebidas alcoólicas e o fumo. Enfim, vivemos intoxicados mesmo que não saibamos disso, pois esses fármacos se inscrevem nos estilos contemporâneos de existência [...].

Poderiam argumentar que ter dor e sofrer são modalidades de mal-estar que marcam a experiência humana desde sempre, sendo formas “a-históricas” de sentir. Entretanto, a interpretação que estou propondo inscreve-se numa tradição teórica na qual as marcas antropológicas da subjetividade são históricas. Não existiria, portanto, a natureza humana como uma invariante que ficaria incólume aos valores produzidos ao longo da história [...].

Imersa que fica na dor e no ressentimento, portanto, a subjetividade contemporânea se evidencia como essencialmente narcísica, não se abrindo para o outro, de forma a fazer um apelo. Isso porque pega mal precisar do outro, pois isso revelaria as falhas do demandante. Na cultura do narcisismo, as insuficiências não podem existir, já que essas desqualificam a subjetividade, que deve ser auto-suficiente [...].

Em contrapartida, o sofrimento é uma experiência alteritária. O outro está sempre presente para a subjetividade sofredora, que se dirige a ele com o seu apelo. Daí sua dimensão de alteridade, na qual se inscreve a interlocução na experiência do sofrimento. Isso porque a subjetividade reconhece aqui que não é auto-suficiente, como na dor. [...].

[...] A instrumentalização do corpo pela medicalização e pelo naturismo encontra então o seu canteiro de obras, na medida em que se inscreve aqui a matéria-prima para a disseminação dos discursos sobre a saúde. Pode-se compreender como a psicanálise se encontra num impasse quando se pressupõe um modelo alteritário de subjetividade, no qual os indivíduos sofredores possam dirigir ao outro a sua demanda. Em contrapartida, a psiquiatria biológica pode florescer, já que com os psicofármacos pode fazer o curto-circuito do sofrimento e atender diretamente aos reclamos da dor, sem qualquer apelo. A animalidade dolorida pode ser atendida sem pedir nada, no jardim das delícias promovido pela medicalização da dor. (Birman, 2006:181, 191-2).

Porém esse novo cenário no qual se constituem novas subjetividades tem sua base alicerçada no modo de produção capitalista. Carneiro (2002) fornece uma compreensão das formas atuais de consumo compulsivo como consequência da reprodução ampliada do capital e da transformação dos produtos em *fetiches da forma-mercadoria*.

A própria essência do mecanismo de reprodução ampliada do capital baseia-se no incentivo às formas de consumo de mercadorias baseadas não num valor de uso intrínseco, mas num fetiche da forma-mercadoria que sobrepõe-se às efetivas satisfações de demandas sociais. O consumo das mercadorias fetiches é estimulado por complexos e cada vez mais poderosos mecanismos de criação de comportamentos de consumo compulsivo. A publicidade, municiada por técnicas comportamentalistas, como as desenvolvidas por Watson, impinge o consumo compulsivo [...].

A sociedade contemporânea é cada vez mais viciada: em alimentos, em roupas, em carros. Diversas práticas sociais tomam características compulsivas: as torcidas esportivas viciam-se em seus times e adotam comportamentos de dependência, os próprios esportistas, pressionados pela indústria da quebra dos recordes, viciam-se literalmente em suas próprias endorfinas, quando não tomam simplesmente aditivos hormonais ou excitantes. Diversas práticas como o alpinismo ou a direção de carros velozes, tomam a mesma dimensão viciante e socialmente arriscada de certos consumos de drogas. (Carneiro, 2002:12-3).

A perspectiva que adotamos aqui, conforme referida por Lessa remete a uma leitura atual de como se dá o consumo de drogas na sociedade contemporânea, que deve estar contextualizado em função do lugar do sujeito, considerado como classe social, na reprodução da vida social, tendo como base o modo de produção capitalista. No capitalismo o homem tem valor e função como um reprodutor do sistema, ou seja, do capital e de todas as relações que envolvem os mecanismos de manutenção dos seus objetivos.

Nesse quadro sombrio, em última análise, o consumo de drogas é afetado pela economia de mercado porque o capitalismo vê no homem apenas [um] instrumento de ampliação do benefício e da acumulação do capital, em prol da reprodução do sistema econômico global (Baratta, 1994:36) (Soares, 2007: 54)

Assim buscar uma compreensão do consumo contemporâneo de substâncias psicoativas (termo que engloba o conjunto de drogas lícitas – indústria farmacêutica, de bebidas alcoólicas, tabaco e outras – e ilícitas – conjunto de substâncias proibidas tendo como instância de sustentação as políticas proibicionistas e o narcotráfico) requer uma análise dos valores que estão na base dessas transformações e aqueles que estão em crise na pós-modernidade em função das formas atuais de acumulação capitalista, considerando o conjunto de substâncias psicoativas como mercadorias a serviço da reprodução do sistema, conforme indicam alguns autores.

Nessa direção, o conhecimento acumulado permite formular a hipótese geral de que a intensificação do envolvimento contemporâneo de jovens com o consumo prejudicial de drogas, lícitas ou ilícitas, estaria relacionado à crise de valores decorrente das perversidades sociais introduzidas pelo processo de globalização e do neoliberalismo, formas atuais de funcionamento da sociedade de mercado. Tal situação de crise dificultaria valorizar o que é público e coletivo, perspectivar sua participação na riqueza socialmente produzida e num projeto utópico de sociedade com liberdade, igualdade e solidariedade. (Soares, 2007:115)

[...] O uso de drogas responde às finalidades de busca de prazer, de desempenho, de sociabilidade, de transcendência, de alteração de percepções e sensações só que agora numa ambiência cultural que valoriza a intimidade, que despreza o espaço público e as ações coletivas, que valoriza o espetáculo e estimula o consumo ilimitado de imagens e de produtos como únicas formas de satisfação de necessidades (Brites, 2006: 165).

Feita essa incursão teórica no sentido de buscar reflexões críticas sobre a perspectiva do sujeito generalizado e invariante no tempo, cabe ressaltar que do ponto de vista da Saúde Coletiva os valores em relação ao consumo de substâncias psicoativas devem estar referidos às diferenças enquanto classe social, conforme aponta Brites (2006:72):

Nesse sentido, as abordagens sobre o uso de drogas – enquanto práxis teórica – são, como todas as demais modalidades de práxis, saturadas de posições de valor que necessitam ser desveladas. Em primeiro lugar porque na sociedade capitalista os valores podem objetivar interesses de classes.

Cabe ainda ressaltar que a perspectiva do homem generalizado e invariante no tempo remete a uma concepção de droga restrita aos efeitos psicoativos que modificam o estado de consciência do usuário e que podem variar de acordo com a necessidade da experiência (existencial) a ser buscada pelo sujeito.

Abaixo são reproduzidos trechos do trabalho que trata do sujeito da Redução de Danos como sendo generalizado e invariante.

Trabalho nº 14: *Lançando mão de substâncias entorpecentes, o homem consegue preencher uma “falta”, decorrente das suas limitações e explorar seus limites através de experiências místicas, individuais ou coletivas, miciáticas ou profissionais, rumo aquele “além” que detém configurações religiosas e ideológicas diversas, mas que se enraíza nas intenções milenares do homem de se transcender. Determinadas drogas facilitam tais experiências, aproximam esse “além”, desanuviavam as angústias terrestres e transformam os demônios imaginários em divindades benevolentes, cujo amparo vem suprir o desamparo humano [...].*

Procura-se, com emprego de substâncias psicotrópicas, cinco efeitos farmacológicos principais: 1º) aliviar a dor: nesse caso, os opiáceos continuam a ser as substâncias preferidas; 2º) tentar reduzir uma atividade ou uma sensação que atinge um nível desagradável ou indesejável, como a ansiedade o nervosismo, a insônia, a hiperestimulação. Qualquer depressor do sistema nervoso central pode desempenhar esse papel; 3º) tentar aumentar o nível de atividade e sensação de energia e de potência, ou reduzir a sensação de cansaço, de depressão, de sonolência. Os estimulantes do SNC (caféina, anfetaminas, cocaína etc.) são amplamente empregados para essa finalidade. É interessante observar que, na maioria dos casos, as receitas médicas visam uma dessas três finalidades; 4º) tentar obter modificações no modo habitual de percepção do indivíduo frente ao seu próprio meio físico e social, isto é, explorar sair de si mesmo, obter novas intuições, aumentar sua criatividade, aumentar a intensidade das experiências sensoriais e estáticas e o prazer que delas tira o indivíduo; 5º) tentar atingir diversos graus de embriagues, de atordoamento, de euforia, sensações de estar flutuando ou de vertigem. O álcool, os

barbitúricos, o haxixe, a maconha, os inalantes e solventes são as substâncias mais utilizadas (Figueiredo, 2002: 9,10).

Trabalho nº 43: Podemos adiantar também que tanto a noção de vulnerabilidade como o modelo de Redução de Danos, apresentados nesta segunda parte, são articulados à luz da Fenomenologia Existencial, o que, a nosso ver, inaugura a possibilidade de redirecioná-los para a prevenção primária ao uso nocivo de drogas com uma sustentação metodológica mais concreta [...].

Primeiramente, gostaríamos de conceituar “drogas”. Sabemos que existem diversos tipos de drogas, que atuam em diversas partes do corpo humano. Nesta pesquisa, o termo estará sempre se referindo às drogas psicoativas. Como apontam SEIBEL e TOSCANO (2001), drogas psicoativas são substâncias que modificam o estado de consciência do usuário e cujos efeitos podem ir desde uma estimulação suave até perturbações na percepção do tempo, do espaço e de si próprio [...].

Nesta mesma direção, LOPARIC (1999) alerta que o perigo que nos espreita e em toda parte nos acua é o mundo como mundo, originário e diretamente, que se abre para o Dasein desabrigado. O mundo inteiro não o pode completar. Consciente disto o Dasein experimenta a angústia e desespero, dor e tédio. Essa consciência revela a essencial vulnerabilidade existencial do ser humano. É desta vulnerabilidade existencial que se origina a abertura para o possível uso de drogas. SIPAHL e VIANNA (2002, p.87) reiteram que: É frente à angústia do futuro estrangeiro que se abre a possibilidade do uso de drogas como promessa de um viver mais tranqüilo [...] o uso de drogas vai revelar-se como uma das possibilidades de alívio do cuidar, na precariedade do viver [...].

Na compreensão Fenomenológica Existencial, o ser humano, por sua própria constituição ontológica, se apresenta vulnerável em relação ao cuidar do seu existir. Esta vulnerabilidade, por sua vez, possibilita uma procura interminável em minimizar os sentimentos de angústia e de culpa. Já expusemos que esta busca, caracterizada nesta pesquisa como a simples alteração da consciência, pode ou não estar relacionada ao uso de uma substância psicoativa [...].

Torna-se possível, então, considerar a questão do uso de drogas como uma entre tantas outras possibilidades de alterar nossa consciência, de diminuir o sofrimento e a angústia existencial. SEIBEL e TOSCANO (2001, p.01) revelam que “a história da humanidade nos ensina que o uso de drogas é apenas um modo de vida. As pessoas sempre as utilizaram, por motivos os mais diversos, e sem dúvida, as seguirá utilizando” [...].

Compreendemos, assim, por meio do pensamento fenomenológico, que é impossível acabar com a possibilidade do uso de drogas entre os seres humanos, pois, para isto acontecer, seria necessário modificar a própria condição ontológica do Dasein. Deste modo, todo e qualquer esforço, seja de caráter preventivo ou de tratamento ao uso nocivo de drogas, que pretenda universalmente negar esta possibilidade humana, estará fadado ao fracasso [...].

O segundo argumento é que o uso de drogas pode causar uma grave patologia: a dependência. Vejamos como o olhar Fenomenológico pode contribuir para ampliarmos nossa compreensão sobre este fenômeno. Afirmamos anteriormente que uma das principais características do Homem é a sua condição existencial de ser livre. Ao mesmo tempo em que este

modo de estar no mundo é sentido como algo prazeroso, que abre infinitas possibilidades, também é sentido como um problema que tem que ser resolvido a todo tempo: sempre sou chamado a decidir sobre o modo como vou cuidar do meu ser-livre. Desse modo, o sentido da minha vida, o modo como eu a vivo, aquilo que está sob minhas mãos, é de minha inteira responsabilidade. Como salienta HEIDEGGER (2001), o sentido que ser faz para cada um de nós, individualmente ou coletivamente, revela-se na nossa relação com o mundo, no qual vamos tecendo e estruturando nossa vida cotidiana. É o Cuidado que torna significativas a vida e a existência humana. E é justamente por esta abertura existencial (ser-livre) que o uso de drogas pode causar um estreitamento do modo de cuidar de ser, ou seja, na liberdade de ser [...].

Considerando esta perspectiva, a questão do uso de drogas passa a ser compreendida de outra maneira: as drogas não devem ser classificadas a priori como substâncias maléficas, mas sim, como substâncias neutras. Só poderíamos valorizar as drogas, na relação com o homem, nesse contexto em que se estabelece o sentido do uso, seja um uso recreacional, medicinal, nocivo, compulsivo, entre outros (Sodelli, 2006: 21, 35, 76-7, 107).

O objetivo da prevenção é dotar os sujeitos, aqui entendidos na perspectiva generalizada e geracional (crianças), de maior capacidade de compreensão de si mesmos e do sentido de estar no mundo. Assim é sobre o indivíduo que recaí todas as possibilidades de escolher, decidir e buscar saídas para os seus problemas.

Trabalho nº 42: *Esta mudança de paradigma na prevenção possibilita, a nosso ver, uma maior aproximação da educação com a prevenção, já que o sentido da prevenção não seria prioritariamente um aspecto que está mais relacionado com a área de saúde, uma patologia: a dependência de substâncias psicoativas. A prevenção ao uso nocivo de drogas na escola estaria, então, direcionada em promover, no aluno, uma formação que possibilitasse maior compreensão sobre si mesmo, sobre sua vida e os problemas do mundo, priorizando, em última análise, uma redução dos níveis de vulnerabilidade em relação ao uso nocivo de drogas [...].*

Para orientar este modo de conceber o trabalho preventivo ao uso nocivo de drogas na escola, é apresentado aos alunos o modelo de Redução de Danos Libertador. Assim, a partir desta perspectiva preventiva, algumas diretrizes são apresentadas no trabalho com as crianças, entre outras: aumentar a compreensão de si mesmas, a confiança em si; incentivar experiências que incluem o respeito a si mesmas, aos outros e à ética humana; possibilitar o aumento da crítica ante as demandas sociais, a responsabilidade sobre si e os outros; incentivar o desenvolvimento afetivo e social, a integridade como pessoa, o senso de dignidade, cidadania e de direitos humanos; permitir e desenvolver a aproximação da família com a escola [...].

Para o grupo, está claro que o trabalho preventivo deveria promover no aluno a construção e o fortalecimento da autonomia e da iniciativa, no sentido de que, no futuro, ele possa se responsabilizar por sua vida, fazendo escolhas próprias e não seguindo apenas seus pares. Forçoso é perceber o quanto, por um lado, esta idéia está distante da abordagem proibicionista, e por outro, quanto se aproxima de uma concepção de educação. Se alterarmos, no início deste parágrafo, a expressão “trabalho

preventivo” por “trabalho educativo”, teremos um bom exemplo desta compreensão [...].

Estamos em condição, agora, de articular sinteticamente que a aproximação do sentido de educar ao sentido de prevenir provoca o desvelamento dos modos de ser autêntico e inautêntico, o que, por sua vez, incita um modo próprio de diálogo, um intenso processo reflexivo, abrindo a possibilidade de reduzir vulnerabilidades. Próximo a esta idéia, assinalam AYRES e colaboradores [...] a intervenção preventiva deveria contribuir para que “as pessoas pudessem de fato buscar e se apropriar de informações que fizessem sentido para elas, se mobilizar autenticamente e achar as alternativas práticas que permitissem superar as situações que as vulnerabilizam” (Sodelli, 2006: 157, 158, 212, 222).

7.2.7 Quando o objeto da redução de danos é o complexo produção-comércio-consumo de substâncias psicoativas

A seguir serão analisadas as publicações em que o objeto da redução de danos denota maior amplitude e complexidade em relação aos demais objetos apresentados até aqui. O que a RD pretende conhecer e transformar, de acordo com esse novo conjunto de trabalhos são os processos mais globais e as estruturas que estão na raiz dos problemas contemporâneos do complexo sistema das substâncias das psicoativas, ou seja, todo o sistema de produção, comercialização e consumo e o conjunto de saberes e políticas constituídos na sociedade contemporânea para dar respostas e soluções aos problemas decorrentes.

7.2.7.1 O sujeito são os grupos sociais compreendidos na dimensão de classe social

Nessa perspectiva o sujeito é tomado como sendo o coletivo dividido em classes sociais, submetidas às condições históricas de reprodução social. A finalidade é produzir mudanças nos processos mais gerais e nas estruturas sociais que estão na base dos problemas contemporâneos resultantes do sistema complexo das substâncias psicoativas.

O sujeito, remetido à sua condição de classe e grupo social, é portanto heterogêneo pela posição que ocupa na reprodução da vida social e não em função da identidade de usuário de droga ou de viver em uma

dada comunidade supostamente homogênea. Conforme essa compreensão o consumo de drogas não se dá somente a partir dos efeitos psicofarmacológicos ou de uma somatória indiferenciada de fatores, mas está em sintonia com os valores e representações sociais das diferentes gerações de consumidores e condicionados aos interesses do mercado. Assim os sujeitos não estão em condições iguais de reprodução social para fazer frente aos apelos da indústria lícita e ilícita das drogas conforme prega a tendência liberal sobre as liberdades individuais. Portanto o sujeito da redução de danos considerado na sua condição de classe e instrumentalizado para compreender as raízes do consumo contemporâneo de substâncias psicoativas assume um caráter político e crítico, conforme refere Soares (2007):

Naquele momento, já dispúnhamos de elementos para criticar severamente os fundamentos ideológicos que se encontravam na base dos estudos sobre o tema e das práticas de prevenção, e para apresentar aos setores que trabalhavam com jovens – de educação, saúde, serviço social, entre outros – uma nova forma de encarar o adolescente consumidor de drogas. Alimentados por uma análise crítica das campanhas contra as drogas, pautadas nos cânones da guerra às drogas – terrorismo, moralismo e desqualificação dos jovens consumidores apresentados, por um lado, como vítimas e, por outro, como imaturos – propúnhamos tomar os jovens como sujeitos políticos na sua condição de classe, capazes de compreender e de oferecer respostas diferentes daquelas formatadas pelos padrões dominantes (Soares, 2007:17).

Para efeito de não perder nuances dos trabalhos realizou-se uma divisão em tópicos capazes de demonstrar alguns aspectos em particular do debate atual em torno do objeto produção-comércio- consumo de substâncias psicoativas.

7.2.7.2 A redução de danos se apresenta como um novo paradigma teórico-político para o campo das substâncias psicoativas

A Redução de Danos é apresentada em alguns trabalhos como um novo paradigma para o campo das substâncias psicoativas, na medida em que: 1) apresenta uma análise crítica sobre as bases teóricas e pressupostos que fundamentam a vertente hegemônica no campo da política de drogas

(comumente denominada de paradigma antidrogas ou de guerra às drogas) e sobre as conseqüências para os consumidores da aplicação dessas políticas, 2) propõe um arcabouço teórico-metodológico distinto e contraposto ao paradigma hegemônico.

Nesse sentido a Redução de Danos vai se emancipando do caráter estritamente instrumental que caracterizou sua entrada na cena da saúde pública brasileira. De uma estratégia de intervenção a RD passa a ser considerada um conjunto de saberes e práticas crítico em relação à guerra às drogas e propositivo em relação à prevenção do consumo prejudicial de drogas.

O conjunto de trabalhos analisados reflete esse movimento, revelando as contradições que permeiam os diferentes posicionamentos dos autores e instituições.

A Redução de Danos é apresentada em oposição à política de guerra às drogas que tem como objetivo principal a eliminação de toda forma de produção, comércio e consumo de drogas ilícitas e, consideradas as drogas lícitas, a proposição de medidas puramente jurídicas e punitivas voltadas para os consumidores, pressionando-os a abandonar o uso ou na melhor das hipóteses a buscarem tratamento nos serviços de saúde. Portanto o pressuposto principal desta política é de que a fonte e causa dos problemas (pois não há consumo que não seja problemático) é a droga em si, considerados os seus efeitos psicofarmacológicos.

Diferentemente dessa compreensão a Redução de Danos pressupõe que existem diferentes formas de relação com as drogas que nem sempre estão vinculadas a um consumo problemático e, nesse sentido, seus objetivos não se restringem à eliminação das drogas e do seu consumo. As medidas propostas visam um conjunto de políticas voltadas para a redução de riscos e danos relacionados a todo tipo de consumo potencialmente prejudicial. Nesse sentido o foco das políticas e das práticas subjacentes deixa de ser a droga e passa a ser o sujeito e sua interação com o contexto sócio-cultural. A meta de abstinência deixa de fazer sentido e os métodos repressivos e punitivos de controle (a partir das vertentes criminal, moral e da doença) perdem força para

dar lugar a métodos mais flexíveis, baseados em uma ética humanizada e não estigmatizante dos consumidores de drogas.

A RD parte do pressuposto de que os sujeitos são dotados de capacidades de escolha, autodeterminação e de força individual para diminuir riscos e danos relacionados ao consumo quando estes se fizerem presentes. Aqui cabe trazer a discussão sobre os novos discursos e movimentos no campo da nova saúde pública que tratam da perspectiva da promoção da saúde e dos conceitos que vem sendo difundidos a partir dos organismos internacionais que tratam das políticas de saúde conforme referenciado no capítulo sobre fundamentação teórica da Saúde Coletiva. A RD como um novo saber e conjunto de práticas de saúde não está isenta de sofrer as influências dos embates ocorridos dentro do campo da saúde. Conforme referimos as propostas em torno da promoção da saúde tem ressaltado em demasiado as mudanças nos “estilos de vida que enfatizam áreas-problema como o tabagismo, o alcoolismo, as drogas e os hábitos alimentares”. Assim a ênfase na autonomia e na capacidade dos indivíduos e da comunidade em promover hábitos saudáveis geralmente “concebidas por expertos a partir dos parâmetros construídos pelas políticas públicas saudáveis” (Carvalho, 2004a:670) podem servir para encobrir as causas estruturais dos problemas e os diferentes grupos de interesses que “possuem níveis diferenciados de poder e controle sobre os recursos” (Carvalho, 2004b:1091). Também foi referido o conceito de “empowerment” termo utilizado como uma forma de “levar poder para a comunidade”, porém esse poder se restringe a capacitar as pessoas e os grupos para busca de estilos de vida saudável. Desta forma ao invés de politizar a promoção à saúde serve de tutela sobre a maioria da população, portanto não “implica a participação política com o intuito de democratizar o poder, o que significa subordinar o funcionamento do Estado à sociedade” (Stotz, 2004:14).

Abaixo são reproduzidos textos que discutem a Redução de Danos como um novo paradigma teórico-político para o campo das substâncias psicoativas.

Trabalho nº 02: *A contraposição à guerra às drogas — política proibicionista, moralista e discriminatória — tem sido feita em todo o mundo pelo conjunto de estratégias ligadas à perspectiva da redução de danos associados ao uso de drogas. Tal perspectiva foi sendo reavivada devido a*

vários tipos de críticas à guerra às drogas e à ocorrência da epidemia da AIDS. As críticas eram provenientes, de um lado, de usuários, que são sujeitos sociais singulares com trajetórias e experiências de vida diferenciadas daquelas descritas pelo modelo dominante. De outro lado, por um saber científico crítico que tem elementos para compor um discurso e uma prática não comprometidos com a moral dominante, mas comprometidos com a complexidade de uma realidade multifacetada — que guarda contradições e está historicamente situada. Dessa forma, a perspectiva da redução de danos avalia o uso de drogas pela sua capacidade de causar danos e propõe como solução, a prevenção desses danos tentando reduzi-los ao mínimo.

A perspectiva de redução de danos tem acolhido variadas faces do problema das drogas na atualidade: questionamentos às leis proibicionistas; propostas de desenvolvimento de políticas públicas mais humanizadas e respeitadoras das escolhas individuais e da democracia; propostas educacionais baseadas na realidade do educando e no seu crescimento como sujeito social; propostas de troca de seringas e agulhas para prevenir a AIDS, entre outras [...].

Na área de educação, o campo da redução de danos critica as propostas de prevenção primária cujo único objetivo seja atingir a abstinência de drogas e condena os mecanismos controlistas, repressivos, moralistas e amedrontadores que têm sido utilizados pela guerra às drogas. Considera que os principais danos associados ao uso de drogas na adolescência não dizem respeito diretamente aos aspectos farmacológicos da droga em si, mas ao contexto que cerca o adolescente e o uso de drogas. A própria overdose, dano que é socialmente reconhecido como associado à droga, está mais relacionada com a falta de informação e a inexperiência em lidar com a droga do que com alguma inevitabilidade perigosa de uma droga em particular. Outros danos são muitas vezes conseqüências de conflitos com os pais e com as autoridades, acidentes e outras intercorrências sob a influência de substâncias psicoativas como, por exemplo, a atividade sexual desprotegida [...].

Como discutimos anteriormente, a guerra às drogas é uma expressão que traduz as maneiras como a sociedade contemporânea tem reagido ao fenômeno das drogas. Nas últimas décadas, os esforços dessa guerra tem se traduzido em batalhas que se espalham em diferentes ramos de atividades contra pessoas que vendem, compram, ou consomem as substâncias psicotrópicas ilícitas. A guerra às drogas, na compilação de Carlini–Cotrim (1992b, p. 54), tem como idéia central “a firme intenção de banir qualquer uso de droga entre a juventude, e privar, para a realização desse objetivo, ações de controle social e punição” [...].

Como contraposição à ideologia da guerra às drogas que tem fundamentado a maior parte das estratégias da prevenção primária, ao longo das últimas décadas, a abordagem da redução de danos (harm–reduction) ou redução de riscos (risk–reduction) vem sendo proposta em todo mundo 14 (Soares, 1997: 2-3,82).

Trabalho nº 17: A política de redução de danos parte de alguns pressupostos: as drogas são utilizadas historicamente, nas sociedades; as pessoas sempre utilizarão substâncias psicoativas; as medidas de guerra às drogas, na verdade, aumentam os danos associados ao uso de drogas. Dessa maneira, a política da redução de danos aponta para uma educação que desenvolva e capacite as pessoas e os seus pares. Ao conhecer

criticamente as contradições da sociedade, o aluno poderá realizar escolhas positivas em sua vida. Essa é uma educação transformadora, que privilegia o entendimento dos alunos, desmistificando os pré-conceitos que fomentam a formação integral da pessoa, quanto à relação do ser-humano com a droga psicotrópica [...].

SOARES E JACOBI (2000) criticam a concepção da guerra às drogas como abordagem preventiva na sociedade. Para eles, essa concepção é de natureza idealista e trabalha a partir da idéia de uma sociedade livre das drogas. Nessa abordagem, há um predomínio da persuasão, da idéia de um saber único e exclusivo, da omissão ou superficialidade no tratamento dos dados, o que gera informação tendenciosa e dirigida. Finalmente, criticam a forma como se faz a política preventiva da guerra às drogas, em que se veicula, em propagandas de televisão da organização não governamental Parceria Contra as Drogas, a imagem de que os usuários de drogas ilícitas são “jumentos” e “ovos fritos”. Em resumo, pessoas de pouca personalidade. Segundo as concepções dos autores, a abordagem de guerra às drogas tem gerado, nas escolas, uma forma de intervenção que segue a mesma ideologia [...].

É essa tolerância intolerável que deve ser motivo de reflexão de governantes, educadores e pais. Na postura da redução dos riscos ou danos associados ao abuso de drogas, há atualmente perspectiva de trabalho preventivo que surge a partir de duas críticas principais ao modelo anterior: acredita-se que a postura de guerra às drogas seja irrealista, isto é, que não é possível acabar com a produção e demanda de drogas. Além disso, acredita-se que a guerra às drogas fere os princípios éticos e de direitos civis, como se os opositores ao uso de drogas pudessem definir o que é bom, o que devem fazer, sentir e pensar os usuários de drogas. Dessa forma, eles estariam impondo suas regras para os outros, diferentemente do que COMTE-SPONVILLE (1995) define como uma das virtudes humanas, a tolerância.

Considerando-se esses fatores, surgiu a proposta de “redução de riscos” ao abuso de drogas. As drogas lícitas, o cigarro e o álcool, ocupam lugar central nessa perspectiva preventiva. Quanto às drogas ilícitas, a transmissão do vírus HIV, causador da AIDS, é um dos temas centrais dos trabalhos preventivos de redução de riscos.

COTRIM (1992) aponta como exemplos de trabalhos preventivos, na abordagem da redução de riscos: o uso moderado de álcool, a substituição de cigarros com alto teor de nicotina por opções de cigarros light, a postergação da experimentação das drogas, para que o sujeito já esteja mais “estruturado”. A grande diferença é que o modelo da redução de riscos não vai defender a abstinência total, como única forma de opção do trabalho preventivo. Aposta-se na capacidade de discernimento do cidadão bem informado e formado e na possibilidade de um uso recreativo e casual das drogas ((Tavares-de-Lima, 2003:13, 42-3, 53-4).

Trabalho nº 20: *Ainda de acordo com essa tipologia, os usuários agregam-se em torno do mercado ilícito de drogas, se expondo à violência gerada nas relações com o tráfico e o crime organizado.*

A “guerra às drogas” agrava as conseqüências advindas dessa relação, por tornar, muitas vezes, indistintas a figura do usuário e a do traficante. Em tais circunstâncias, “a reação moral da população a esse quadro de violência, corrupção e comércio ilegítimo tende a condenar a todos: O simples viciado e os piores homicidas e corruptos (Martins, 2003:105)

Trabalho nº 25: No Movimento Internacional de Redução de Danos, a tolerância zero é associada à abordagem americana da guerra às drogas, violações de direitos humanos, intolerância com as pessoas de estilo de vida diferenciado e uma abordagem irracional, pouco perspicaz e ineficiente em relação ao problema da saúde pública. Essa visão do Movimento Internacional de Redução de Danos é lógica devido ao fato de que este Movimento, até o momento, concentrou-se primordialmente em políticas relacionadas às substâncias ilícitas. No contexto das substâncias ilícitas, parece que os danos são mais associados à ilegalidade das substâncias (criminalidade, corrupção, comportamento prejudicial associado ao fato de as drogas serem consumidas secretamente, etc.) do que aos efeitos das substâncias em si. No contexto do álcool, é mais fácil ter uma atitude mais aberta em relação a uma política de tolerância zero, pois ela pode ser limitada a cenários específicos em vez de ser uma abordagem mais geral (Delgado, 2003: 119).

Trabalho nº 29: A resposta dos responsáveis pelas políticas para as drogas no Brasil e no restante do mundo ocidental ainda é, predominantemente, a tentativa de eliminar a oferta de drogas ilícitas e com isso perseguir o ideal de uma sociedade sem drogas. Durante a última década, alguns países responderam os problemas relacionados às drogas com iniciativas diversas, que envolviam a noção de redução e danos. Essas iniciativas sugerem ser melhor, tanto para a sociedade quanto para o indivíduo, diminuir os riscos e os prejuízos relacionados o uso contínuo de drogas e à política de controle de drogas do que restringir o foco objetivado em uma sociedade livre de drogas. O presente parecer representa uma síntese do que encontramos na literatura sobre as vantagens e desvantagens na adoção da política de uma sociedade livre de drogas ou das estratégias de redução de danos. [...].

Em oposição à política de redução de danos está a guerra às drogas ou a ideologia de tolerância zero, adotada principalmente pelo governo norte-americano e baseada nas políticas de proibição, criminalização e numa ideologia rígida livre de drogas (Nadelmann, 1997). Este projeto, cunhado durante o governo Reagan, tem empregado somas vultosas em iniciativas dirigidas fundamentalmente para a repressão de produção, comercialização e consumo de substâncias ilícitas. O regime internacional de proibição de drogas promovido pelos Estados Unidos desde o início de 1900 está agora firmemente estabelecido pelo mundo: a Convenção Única sobre Narcóticos (Single Convention on Narcotic Drugs), de 1961, e a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Illegal de Narcóticos e Substâncias Psicoativas (Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychoactive Substances), de 1988, foram ratificadas em mais de cem governos. As táticas de repressão e sanções desenvolvidas pelos Estados Unidos, incluindo aparato eletrônico de vigilância, testes de drogas, novas leis, prisões compulsórias relacionadas às drogas, foram adotadas em muitos países, e a proporção de aparato, recurso policial e espaço em prisões destinados a esse fim aumentou dramaticamente, inclusive no Brasil. Como afirmam Nadelmann, McNeely e Drucker, essas políticas “se mantêm dominantes nos Estados Unidos, apesar das recomendações em contrário de várias instituições de alto nível científico e de consultores do governo ao longo de anos” [...].

Este tipo de abordagem entende o problema do uso de drogas através dos modelos moral/criminal e de doença, como cita Marlatt: “O modelo moral, como expresso na política de controle de drogas dos Estados Unidos, é o

de que o uso e/ou a distribuição de certas drogas são crimes que merecem punição... no modelo moral o uso de drogas ilícitas é moralmente incorreto". Estes modelos também foram verificados em nosso país como ideologia predominante, importados dos EUA. O objetivo final dos programas de tratamento baseados em modelos moral e de doença é reduzir e eliminar a prevalência do uso de drogas, concentrando-se no usuário [...].

Entre as críticas à política de guerra às drogas encontra-se o predomínio da destinação de recursos públicos à repressão com resultante escassez de recursos e esforços destinados às atividades de prevenção e assistência. Também é questionado o próprio objetivo da política, uma vez que se discute se é possível esperar que um dia haja alguma sociedade livre de drogas (Cruz, Saad e Ferreira, 2003: 356, 358-9).

Trabalho nº 34: *A essa nova abordagem deu-se o nome de redução de danos. Atualmente o movimento de redução de danos (RD) vai muito além dos programas de disponibilização de seringas para usuários de drogas injetáveis. Podemos pensá-lo como um paradigma que permeia diversos aspectos do trabalho na área de uso e abuso de substâncias psicoativas [...].*

Segundo Andrade, "redução de danos é uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas" [...].

Em sua tese, Bravo afirma existirem atualmente dois discursos contrapostos a respeito do consumo de drogas: o discurso tradicional, ligado a posturas repressivas, focalizando predominantemente as drogas ilegais e criminalizando o usuário – a chamada guerra às drogas; e um novo discurso, denominado redução de danos, que não tem como objetivo a eliminação total do consumo, mas a diminuição dos efeitos prejudiciais do mesmo, priorizando a saúde dos sujeitos e da comunidade em geral. Esse movimento aceita que "bem ou mal, as drogas lícitas e ilícitas fazem parte deste mundo, e escolhe trabalhar para minimizar seus efeitos danosos ao invés de simplesmente ignorá-los ou condená-los". Na RD, o critério de sucesso de uma intervenção não segue a lei do tudo ou nada, sendo aceitos objetivos parciais. As alternativas não são impostas de cima para baixo, por leis ou decretos, mas são desenvolvidas com participação ativa da população beneficiária da intervenção. O denominador comum das ações dentro da RD é a postura compreensiva e inclusiva, as abordagens amigáveis ao usuário. Cabe ressaltar que, na visão partilhada pelo Proad, a RD não se contrapõe ao modelo que visa à abstinência de drogas, mas o considera uma das estratégias possíveis entre várias outras ((Moreira e Silveira, 2003: 367).

7.2.7.3 A redução de danos se apresenta crítica em relação à vertente criminalizadora

A política baseada na criminalização determina as condições em que se dará o consumo das drogas ilícitas, tanto do ponto de vista das circunstâncias objetivas de exposição a riscos físicos, psíquicos e sociais,

como do ponto de vista da subjetividade dos sujeitos que estão submetidos e sofrem as pressões sociais, dado o impacto do estigma, reforçado pelas vertentes da moral e da doença, sobre os potenciais consumidores e sobre os consumidores propriamente ditos. Essas condições a que os consumidores estão submetidos em razão das políticas criminalizadoras por sua vez têm impacto sobre a forma como o sujeito se percebe como ser social podendo inclusive determinar valores de sociabilidade de determinados grupos e classes sociais. Nesse sentido a contradição é evidente, pois se por um lado se almeja acabar com os problemas sociais e de saúde relacionados ao consumo das drogas hoje tidas como ilícitas por outro lado as medidas jurídicas acabam por agravar esses problemas e ainda criar outros. O cientista político Thiago Rodrigues (2003) refere que o produto droga é por *demais polêmico, pois está imerso em um complexo caldo de censura moral, que, por sua vez, alimenta desaprovações médicas, sanitárias e jurídicas (p.13)* e que as demandas por drogas têm aumentado ao longo do século XX e junto com essas também as demandas por leis e medidas de repressão. Assim *as leis vieram e o mercado ilícito de drogas foi instaurado*. Assim se funda o mercado ilícito das drogas, ou seja, a força da droga como mercadoria somada a um sistema gigantesco e lucrativo.

Ao narcotráfico e suas mercadorias ficou associada, então, uma idéia de contaminação: contaminação individual (para aquele que se intoxica), contaminação social (para as comunidades onde há usuários e narcotraficantes) e contaminação institucional (a corrupção alimentada pela existência do mercado ilegal das drogas). As drogas psicoativas e o narcotráfico, vistos como um mal, foram eleitos alvos preferenciais do perpétuo combate pela regeneração social (Rodrigues, 2003:14).

Abaixo se reproduz trechos dos trabalhos que se posicionam criticamente em relação à política proibicionista e em especial ao aparato jurídico de criminalização do consumo de determinadas substâncias psicoativas.

Trabalho nº 01: *A criminalização do usuário de drogas leva esses indivíduos a conviverem na ilegalidade e na clandestinidade, tornando-se vítimas das perseguições policiais, da corrupção, de roubos, de violências físicas; leva muitos indivíduos à marginalidade urbana e mesmo à morte precoce. A perseguição policial e o clima persecutório interiorizado pelos usuários não permitem o desenvolvimento e a assimilação de práticas*

seguras para os imitadores de drogas. Isso porque o sentimento de medo e o clima de perseguição não proporcionam condições para incorporar nos rituais de consumo da droga medidas de segurança que evitem a transmissão do HIV [...].

A prática de injeções de droga na vida dos indivíduos é escondida, marginal, sendo o segredo compartilhado pelos usuários. Por ser considerada ilegal, essa prática é clandestina. Por intermédio do segredo se constitui o grupo particular bastante fechado e isolado e dessa forma os indivíduos procuram garantir um mínimo de seguranças contra as possíveis investidas policiais, familiares ou de qualquer outro tipo de ameaças ao seu consumo ou à sua vida [...].

Os partidários de uma visão coercitiva do controle da epidemia não confiam no senso de responsabilidade dos usuários de drogas. Os programas específicos de prevenção à AIDS destinados aos usuários de drogas, como a distribuição de seringas e a desinfecção do equipamento, freqüentemente são rejeitados pelos partidários dessa visão, através do argumento de que "esses programas incentivam o uso de drogas ilícitas". Outras vezes, a não-distribuição de seringas é justificada pelo argumento de que "falta esse equipamento até mesmo nas repartições públicas de saúde" [...].

Portanto, os partidários da gestão coercitiva e repressiva da prevenção se restringem apenas aos levantamentos sorológicos do HIV nessa população alvo, não havendo maior preocupação com os aspectos educativos desses programas [...].

A descriminalização dos usuários de drogas pode contribuir decisivamente para transformar a atual cultura das drogas ilícitas. Os altos custos sociais produzidos pelo proibicionismo às drogas proporcionam incisivamente o contexto das situações de risco entre esses indivíduos. Removendo a lei, estaremos transformando o atual delito, assim como a situação de insegurança e o sentimento persecutório nas situações do consumo de drogas, proporcionando condições suficientes para as mudanças no comportamento de risco e para o reforço do novo hábito (Fernandez, 1994: 259-60, 264, 267).

Trabalho nº 02: *A marginalização dos usuários das drogas consideradas ilícitas em nossa sociedade é fruto da criminalização da droga. A sociedade tende a isolá-los socialmente pelo processo de estigmatização a que estão sujeitos e os empurra a buscar respaldo através da percepção da realidade estruturada no grupo de pares (Baratta, 1994, p. 29). Este isolamento coloca o cidadão, privado de opções de escolha pessoal, em choque com as autoridades. Como consequência ele acaba se afastando ainda mais das instituições sociais, inclusive sem fazer distinção entre aquelas da saúde pública ou de proteção social, aumentando ainda mais a distância social, prejudicando sobremaneira suas possibilidades de obter qualquer tipo de assistência já que a assistência ao "doente-drogado" é a única que a sociedade oferece a parte de tratá-lo como criminoso (Soares, 1997: 33).*

Trabalho nº 19: *No momento histórico em que vivemos, uma internacionalizada política proibicionista, ditada pelos Estados Unidos da América, determina a produção de leis penais, que criminalizam condutas relacionadas à produção, à distribuição e ao consumo de algumas dentre as inúmeras substâncias psicoativas conhecidas. As substâncias psicoativas, que, assim selecionadas, recebem a qualificação de drogas ilícitas (como a maconha, a cocaína, a heroína, etc.) não têm natureza diversa de outras*

substâncias igualmente psicoativas (como a cafeína, o álcool, o tabaco, etc.), destas só se diferenciando em razão da artificial intervenção do sistema penal sobre condutas a elas relacionadas. Todas as substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, provocam alterações no organismo e, dependendo da forma como forem usadas, podem eventualmente causar danos, não sendo, assim, esta a razão da diferenciação entre umas e outras. Tampouco as drogas, hoje qualificadas de ilícitas, foram sempre tratadas desta forma. A cocaína, por exemplo, nos primeiros anos do século XX, ainda era livremente vendida em farmácias. Por outro lado, drogas hoje lícitas, já foram ilícitas, como o álcool, nos Estados Unidos da América, no período de 1920 a 1932, quando em vigor, naquele país, a chamada "Lei Seca" [...].

(...) Às atividades desenvolvidas na produção, na distribuição e no consumo destas substâncias são atividades econômicas, que, em sua essência, não são diferentes de quaisquer outras atividades realizadas no mercado produtor, distribuidor e consumidor de bens ou serviços. A intervenção do sistema penal, através da criminalização de condutas relacionadas à produção e à distribuição dos bens, consistentes nas drogas qualificadas de ilícitas, cria o que passou a se chamar de "tráfico de drogas" (p.46) (...).

A criminalização, assim operada, naturalmente não tem — como não poderia ter — o condão de alterar a realidade traduzida no significado econômico das atividades tornadas ilegais, apenas adicionando algumas variáveis específicas às regras gerais de funcionamento do mercado [...].

As falsas imagens produzidas pelo sistema em que se desenvolve esta política criminalizadora de condutas relacionadas a algumas dentre as inúmeras substâncias psicoativas conhecidas, impedem que se perceba que a proteção da saúde pública, que estaria a fundamentar a criminalização, contraditoriamente, acaba por ser afetada por esta mesma criminalização, trazendo a proibição maiores riscos e danos à integridade física e mental dos consumidores das substâncias proibidas. Vejamos alguns destes maiores riscos e danos [...].

Em consequência da intervenção do sistema penal, a produção, a distribuição e o consumo das drogas tornadas ilícitas, naturalmente há de se fazer de forma clandestina. Ao impor esta necessária clandestinidade às atividades de produção e distribuição de mercadorias destinadas ao consumo, a política proibicionista impede que se exerça o controle sobre a qualidade das substâncias produzidas e comercializadas. Produtores e distribuidores de drogas qualificadas de ilícitas, como quaisquer outros empresários — grandes ou pequenos — atuantes em formações sociais capitalistas, são movidos pelo lucro, não tendo entre suas principais preocupações o bem-estar dos consumidores de seus produtos, sejam estes lícitos ou ilícitos. Por outro lado, os consumidores dos produtos tornados ilícitos não podem dispor das formas de pressão e proteção de que gozam os consumidores no mercado lícito. Com isto, naturalmente, crescem as possibilidades de adulteração, de impureza e de desconhecimento da potência das substâncias consumidas, com os riscos maiores daí decorrentes [...].

Como já visto, a intervenção do sistema penal introduz algumas variáveis específicas no funcionamento do mercado, tornado ilegal. Dentre estas, há uma que diretamente repercute sobre a saúde dos consumidores das drogas qualificadas de ilícitas, podendo-se atribuir, em boa parte, à criminalização, o surgimento, no mercado, de substâncias que, sendo mais

potentes em seus efeitos primários (efeitos derivados da própria natureza da substância), podem apresentar maior nocividade para a saúde.

Ao lado de fatores relativos às demandas naturalmente formadas e àquelas artificialmente criadas, comuns a todo o jogo do mercado nas formações sociais capitalistas, há um outro fator que, no mercado tornado ilícito, determina o surgimento de novos produtos. Trata-se de eventuais êxitos repressivos, que reduzindo a oferta das mercadorias tornadas ilícitas, incentivam produtores, distribuidores e consumidores a buscar outros produtos, que, muitas vezes, acabam por se revelar mais danosos [...].

A intervenção do sistema penal, estendendo-se ao momento do consumo das drogas tornadas ilícitas, igualmente repercute sobre as condições em que tal consumo se realiza, assim favorecendo a falta da higiene necessária à evitação de danos à saúde. Esta repercussão aparece, de forma especialmente acentuada, na facilitação da difusão de doenças transmissíveis, como a aids e a hepatite, adquiríveis através de um consumo descuidado e não higiênico de drogas injetáveis. Além de dificultar a informação e a assistência, como adiante se verá, a clandestinidade, conseqüente à intervenção do sistema penal, cria a necessidade de aproveitamento imediato de circunstâncias que permitam um consumo, que não seja descoberto, o que acaba por se tornar um caldo de cultura para o consumo descuidado [...].

A intervenção do sistema penal [...] impõe um discurso que demoniza tais substâncias, apresentadas como um mal em si mesmas, sem que se considerem as diferentes propriedades de cada uma delas ou as diferentes formas em que pode se dar seu consumo.

É com base nesta visão maligna, na pretensão de proibir e erradicar toda forma de consumo, que se cria um discurso negativo, com o qual se desenvolvem campanhas impositivas da total abstinência, como as que consagram slogans do tipo "diga não às drogas", ou de campanhas aterrorizadoras. acompanhadas de slogans como "drogas matam", "drogas causam impotência", etc., não raro seguidas de imagens de degradação de usuários.

A desinformação já parte deste discurso. A falta de credibilidade do discurso aterrorizador é facilmente percebida por qualquer de seus destinatários que já tenha experimentado pessoalmente ou que já tenha conversado com alguém que conheça alguma das substâncias proibidas. A manifesta inverdade de um tal discurso, fundado em uma distorcida generalização, naturalmente, acaba por conduzir à desconsideração de quaisquer recomendações ou advertências, seriamente feitas sobre alguns riscos e danos à saúde, que, eventual, mas realmente, podem advir de um consumo excessivo ou descuidado não só das drogas qualificadas de ilícitas, como de todas as substâncias psicoativas. Da mesma forma, cai no vazio o discurso que pretende a total abstinência, algo não só inviável, como decerto não desejado, efetivamente por quase ninguém, em toda a história da humanidade.

Por outro lado, a criminalização, trazendo a carga do proibido, naturalmente sugere a ocultação, assim dificultando o diálogo, a busca de esclarecimentos e informações, especialmente no que concerne a adolescentes e seus familiares ou educadores. Além disso, a artificial distinção entre drogas lícitas e ilícitas, concentrando sobre estas últimas os medos e perigos anunciados, costuma conduzir à total despreocupação familiar e pedagógica com o eventual abuso das primeiras, não sendo

incomum que pais, que temem as drogas qualificadas de ilícitas, incentivem e até sintam um certo orgulho com o primeiro "porre" de seus filhos [...].

Da mesma forma que dificulta o diálogo e a busca de esclarecimentos e informações, a criminalização também introduz um complicador à procura do tratamento, ao implicar na revelação da prática de uma conduta tida como ilícita, por parte de quem dele necessita, o que, certamente, muitas vezes acaba por funcionar como um fator inibitório àquela procura de assistência e tratamento.

Por outro lado, quando impõe um tratamento associado ao sistema penal, a política proibicionista contraria o princípio, universalmente aceito, de que a maior eficácia no enfrentamento de uma adição está diretamente relacionada ao desejo de sua superação e, portanto, à voluntariedade na busca da intervenção terapêutica. Além disso, em um tratamento integrado ao sistema penal, os objetivos de controle sobre o indivíduo acabam por se sobrepor aos objetivos terapêuticos e, pior do que isso, acabam mesmo por se sobrepor a princípios éticos [...].

Internamente, em cada país, os empresários e empregados das empresas produtoras e distribuidoras de drogas qualificadas de ilícitas, estigmatizados como "traficantes", ou ainda mais demonizados como "narcotraficantes", recebem toda a carga negativa transferida para os que, como eles, cumprem o papel de "bodes expiatórios" de todos os males. Ouvem-se, até mesmo, indignadas manifestações contra o fato dos "traficantes explorarem o vício" dos compradores de suas mercadorias. Ora, em uma formação social capitalista, em que o lucro há de ser o objetivo essencial de qualquer empreendimento empresarial, por que se haveria de exigir que produtores e distribuidores de substâncias psicoativas se abstivessem de lucrar, em atenção ao bem-estar de consumidores? Por que as atividades das indústrias farmacêuticas, que extraem lucros da doença, não são objeto de indignação? Ou, ainda, as atividades de banqueiros, extraíndo lucros das dificuldades econômicas de quem se vê obrigado a recorrer a seus empréstimos, até mesmo, por exemplo, para poder adquirir um lugar onde morar? [...].

Por sua vez, os consumidores das drogas qualificadas de ilícitas são estigmatizados como criminosos, infratores ou doentes, que devem sofrer uma pena explícita ou disfarçada em sanção administrativa, ou obrigatoriamente se submeterem a tratamento médico. A alternativa é aquela apontada por Alessandro Baratta: se é enfermo, não é livre; se é livre, é mau [...].

Resultado direto da intervenção do sistema penal sobre os produtores, distribuidores e consumidores das drogas qualificadas de ilícitas aparece no inédito e vertiginoso aumento registrado, nas últimas décadas do século XX, no número de pessoas encarceradas e submetidas a outras medidas de controle penal, nos Estados Unidos da América - os inquestionáveis senhores da internacionalizada política proibicionista [...].

Em adequação com as tendências mundiais, o Brasil vem apresentando um número crescente de condenados por condutas relacionadas a drogas qualificadas de ilícitas [...].

Esta política proibicionista, que se desvincula de reais preocupações com a saúde pública e acaba por impor sérias limitações às intervenções terapêutico-assistenciais, que se fazem necessárias, na hipótese eventual do consumo das substâncias psicoativas se tornar excessivo, ou se fazer de forma descuidada ou descontrolada, decerto cria obstáculos ao livre

desenvolvimento de programas e ações voltados para a redução dos danos, eventualmente causáveis por um tal consumo excessivo ou descuidado.

Aceitando as evidências de que a maioria das pessoas não deixará de consumir tais substâncias e que a atitude mais racional e eficaz para minimizar as consequências adversas do consumo de drogas — lícitas ou ilícitas — está no desenvolvimento de políticas de saúde pública que possibilitem que este consumo se faça em condições que ocasionem o mínimo possível de danos ao indivíduo consumidor e à sociedade, os programas e ações voltados para a redução de danos seguem uma linha terapêutico-assistencial que, afastando-se do discurso dominante, questiona a uniformidade do enfoque negativo dado às drogas tomadas ilícitas e rompe com as generalizadas premissas demonizadoras das pessoas que com elas se relacionam [...].

Muitas das críticas e oposições à internacionalizada política proibicionista, ditada pelos Estados Unidos da América, consideram apenas aspectos parciais desta política, concentrando-se em propostas, que, limitadas ao campo do consumo das drogas qualificadas de ilícitas, sugerem, seja a descriminalização da posse destas substâncias para uso pessoal, com a transferência de seu controle para o campo administrativo, seja a impropriamente chamada despenalização (substituição da pena de prisão por penas "alternativas", não privativas da liberdade). Com este mesmo caráter parcial, surgem, também, propostas que reivindicam a exclusão da maconha do rol das drogas qualificadas de ilícitas [...].

Decerto, as chamadas penas "alternativas" causam menos dor, são menos danosas do que a pena privativa de liberdade. No entanto, a vulneração aos fundamentos do Estado Democrático de Direito e às normas constitucionais, que proclamam a dignidade da pessoa humana e asseguram a liberdade individual e a inviolabilidade da intimidade e da vida privada, não é afastada pela mera substituição da previsão de pena privativa de liberdade por uma previsão de penas de outra natureza, a deixar subsistente a indevida intervenção do Estado sobre o indivíduo que realiza uma conduta privada (Karam, 2003:45, 46, 52-5, 60, 64, 78, 80, 90, 91).

Trabalho nº 32: *Ao colocarmos o status legal das drogas em uma posição secundária nesta discussão, estamos assumindo uma posição bastante clara: no tocante à legislação, o Proad defende a descriminalização do usuário de qualquer droga, assumindo que o ato de consumir drogas, por si só, não pode ser considerado um delito. Somente poderia ser penalizado o usuário que eventualmente viesse a cometer um crime. Cabe esclarecer que descriminalizar diz respeito a despenalizar (não mais tornar alvo de sanção penal) o indivíduo que usa ou porta a droga para uso próprio, não importando se é um usuário ocasional ou um dependente. Diferentemente, legalizar refere-se a medidas mais amplas que despenalizam igualmente a produção e a comercialização dos tóxicos. O Proad considera a descriminalização das drogas uma importante medida de redução de danos: “a descriminalização do uso de drogas, em nosso entender, poderia ser, por um lado, fator de integração do usuário na sociedade e, por outro, acabaria com o estigma marginalizante da droga”. Dentro da mesma linha de coerência, o Proad coloca-se frontalmente contra intervenções coercitivas junto a usuários, como a justiça terapêutica. Essa proposta “baseia-se numa relação crime e castigo, obrigatoriedade e punição, numa filosofia que ingenuamente acredita que uma lei criminal é capaz de por se inibir o uso”, não diferenciando o dependente químico do usuário ocasional, além de*

propor uma forma de tratamento que não admite a possibilidade da recaída como fenômeno inerente ao processo de recuperação (Moreira e Silveira, 2003: 368-9).

Trabalho nº 33: *Um dos fatores que mais dificultam o trabalho de redução de danos, assim como de outras abordagens de prevenção, é o status ilegal de diversas drogas. Além de fomentar a arbitrariedade e a violência, a criminalização do uso leva a um maior isolamento do usuário, dificultando o seu encaminhamento a tratamentos de saúde, nos casos em que isso seria necessário, e o seu acesso a vários outros direitos que lhe deveriam ser assegurados como cidadão. Também torna mais difícil a prevenção através do diálogo franco e da promoção de métodos mais seguros de uso. Em relação a tratamentos de substituição, dificulta sobremaneira a busca de substâncias alternativas ou regimes de uso da droga original que sejam mais adequados às suas necessidades sociais ou de saúde (MacRae e Gorgulho, 2003: 374).*

Trabalho nº 35: *No entanto, o Ipad vê com simpatia a diminuição das penas legais associadas ao uso de substâncias de pequeno impacto na saúde coletiva, como é o caso principalmente da maconha. Neste caso, parece que o dano produzido pela punição tem sido maior do que o causado pelo comportamento, na medida em que rotula e pune como criminosos jovens que poderiam ser mais úteis para a sociedade se cumprissem somente uma pena de caráter social pelo seu comportamento inadequado (Carline-Marlatt, 2003: 384).*

Trabalho nº 36: *Pelo olhar da RD, as TS não devem ser confundidas como etapas ou estratégia para busca de abstinência, nem justificadas ou reforçadoras de atitudes antidrogas. Tal constructo teórico (a inclusão de TS como parte do discurso antidrogas) seria, além de cientificamente inconsistente e de lógica confusa, limitadora dos benefícios que as pessoas que usam drogas e a sociedade em geral podem obter com sua disponibilização. Esta disponibilização, por sua vez, implica descriminalização e regulamentação de consumo de psicoativos hoje tidos como ilegais, essenciais tanto para realmente operacionalizar a TS destes psicoativos no SUS como para quebrar a vinculação de pessoas que os usam (mesmo se não-formalmente inseridos em TS) com a criminalidade. Substituir a condição de incluídos na marginalidade pela inclusão social seria o ganho maior da implantação das TS tanto para estas pessoas como para a sociedade em geral (Campos, Siqueira, 2003: 392).*

Trabalho nº 41: *Descriminalizar uma conduta longe está de, necessariamente, significar uma ausência de qualquer controle sobre esta conduta. Significa apenas afastar uma das formas pelas quais se exerce o controle social de condutas sem invadir o âmbito da liberdade individual, mostrando-se igualmente mais racionais, eficazes e menos danosas. Tomemos como exemplo a restrição ao uso de cigarros e outros produtos derivados do tabaco em recintos coletivos, com o que se evitam efeitos eventualmente danosos ou indesejáveis para terceiros, respeitando-se, ao mesmo tempo, a opção individual, com a reserva da área, devidamente isolada e com arejamento conveniente, destinada exclusivamente ao fim de uso daquelas substâncias psicoativas. É nesta mesma linha que podem e devem ser tratados a produção, a distribuição e o consumo de quaisquer outras substâncias psicoativas, abrindo-se maior espaço para o*

desenvolvimento de políticas que, como a que informa os programas e ações voltados para a redução de danos eventualmente causáveis por um consumo excessivo, descuidado ou descontrolado, daquelas substâncias, verdadeiramente se destinam a preservar e proteger a saúde pública" (Karan, 2003). Também é necessário assegurar a articulação com outros setores, bem como a garantia das conquistas já realizadas. Como exemplo, citamos o cumprimento dos parâmetros curriculares que incluem temas de sexualidade e uso de drogas e DST/Aids (Moreira, Silveira, 2006: 30-1).

Trabalho nº 42: *Mais uma vez, podemos observar que a política de proibição às drogas não tinha como principal objetivo a preocupação com a saúde das pessoas, mas sim, vinculava-se a interesses econômicos. Um exemplo disso é que a voracidade das leis proibicionistas à maconha, à cocaína e aos opiáceos, não abarcava outras drogas que eram produzidas em laboratórios farmacêuticos, conhecidas como drogas sintéticas: metadona, barbitúricos e anfetaminas. Como salienta SZASZ (1975), havia um grande interesse comercial e político dos EUA no desenvolvimento dessas novas drogas. Assim, a FDA conferia às drogas sintéticas o aval estatal para o livre consumo e produção. Em vez de proibir, como fez com outras drogas, a agência governamental a legitimava [...].*

No entanto, devemos perceber que este recorte feito pela mídia sofre uma espécie de filtro, ou seja, fala-se muito sobre os problemas das drogas ilícitas (maconha, cocaína, etc.) e muito pouco em relação às drogas lícitas (álcool, tabaco, etc.). Obviamente, um dos principais motivos disso está vinculado aos interesses econômicos. É fácil perceber, por exemplo, o quanto seria economicamente prejudicial para a mídia priorizar a discussão dos danos causados pelo uso nocivo do álcool, já que esta indústria é uma das maiores fontes de renda em propaganda [...].

Chegamos, assim, ao entendimento de que a manutenção da abordagem proibicionista forma a seguinte trama de significados:

- *O maior interesse da abordagem proibicionista é o controle social aliado ao aspecto econômico. Estes aspectos são a sua principal razão de existir e não uma real preocupação com a saúde coletiva;*
- *A mídia, por sua vez, reforça com alarmismo e sensacionalismo o problema do uso de drogas ilícitas enquanto lucra com os anúncios publicitários das drogas lícitas (por exemplo: bebidas, remédios). A única alternativa para lidar com as drogas ilícitas é manter a proibição e preconizar a abstinência;*
- *O professor, influenciado pelo poder da mídia, reconhece que essa função deve ser realizada por um especialista (Sodelli, 2006: 50, 80, 228).*

Como consequência dos vários embates nos campos do saber e da constituição de políticas as drogas vão adquirindo no decorrer da história atributos e qualidades que por sua vez constituem e se concretizam como novas formas de conceber as subjetividades de grupos estigmatizados e rotulados. Podemos inferir nesse aspecto que o fato de determinadas drogas serem criminalizadas já teriam influência na subjetividade dos consumidores dessas substâncias os empurrando para uma condição de marginalidade

social. Assim como todas as qualificações negativas que relacionam o comportamento de determinados grupos sociais a valores rejeitados socialmente.

Abaixo se transcrevem trechos de trabalhos que referem o impacto das qualificações negativas em relação às drogas ilícitas sobre a subjetividade dos grupos identificados.

Trabalho nº 02: Segundo Howard S. Becker (1977, p. 181), os estudos em diversas áreas levam a crer que a droga provoca, além de alterações fisiológicas objetivas, efeitos bastante subjetivos e variados a depender dos fatores presentes na equação da interação indivíduo–drogas como o contexto em que esta prática se realiza ou as concepções que o indivíduo tem sobre a droga e do que seu uso pode promover. Assim, o que a pessoa “sabe sobre a droga, influencia a maneira como ela a usa, a maneira como ela interpreta seus efeitos múltiplos e responde a eles, e a maneira como ela lida com as conseqüências da experiência” (Becker, 1977, p. 182). Acrescente-se às variações provenientes dessa equação, a dificuldade de definir-se tecnicamente a “droga”, segundo critérios apenas químicos e fisiológicos quando à definição farmacológica são incorporados sentidos morais e regimes jurídicos (Escohotado, 1992a, p. 21). Conforme Escohotado, a resultante parece ter conduzido as autoridades sanitárias internacionais a adotarem a classificação de lícitas e ilícitas⁵ [...].

As conseqüências de ser julgado diferente produzem o estigma que se refere, segundo Goffman (1963, pp. 3–5), às avaliações negativas que reduzem os indivíduos de seres inteiros a seres diminuídos, ou seja, pessoas que possuem atributos que os fazem diferentes das outras — pessoas “não muito humanas”. . . Na medida em que o usuário de drogas passa a ser estigmatizado, ele se compromete mais com seu “comportamento desviante”; se compromete mais com seu processo de pertença ao “grupo desviante”. Na subcultura¹⁸ que prevalece em torno dos usuários de drogas, criam-se vínculos e confere-se sentido às práticas (Becker, 1967, pp. 168–169). Nesse meio se ensina como usar a droga, como combater efeitos indesejados etc. Esse aprendizado é carregado de convicções porque o indivíduo pode ver que estas são culturalmente compartilhadas e, portanto não se tratam de idiossincrasias [...].

A abordagem interacionista evoca o tema da interação social e ao aproximar-se da problemática das drogas, traz à tona a análise da relação dos indivíduos com as normas vigentes na sociedade e em última instância com o controle social do cumprimento dessas normas. Normalmente as pessoas se socializam assumindo paulatinamente compromissos com as normas e instituições sociais (Becker, 1973, p. 25). O processo de socialização depende da interação que acontece com e através das “agências de socialização”¹⁹. Sabemos que tanto a família quanto a escola são responsáveis por emitir essas normas durante o processo de formação do indivíduo e que este pode se afastar da família, escola e outras instituições que se ocupam de sua formação, devido a uma série de problemas. As normas podem ser ou parecer arbitrárias e inadequadas frente à realidade objetiva dos atores sociais e gerar inconsistência tanto no que diz respeito à sua transmissão quanto às condições concretas de sua

incorporação. Esse processo é condutivo da socialização e pode impedir que o ator social exista socialmente, ou seja, que ele seja capaz de interação e ação sociais nos moldes preconizados pela sociedade 20. Se por um lado, a procura por uma forma de existir socialmente pode constituir motivação para se filiar a uma subcultura organizada em torno de uma atividade que ganha o "rótulo" de desviante, pode também proporcionar a gradual elaboração de novos valores e provocar novos comportamentos e a constituição de novas tendências culturais diferenciando-se e avançando em relação às instituições sociais e seus valores tradicionais (Soares, 1997: 10-11, 23-4).

Trabalho nº 20: *A idéia de desvio, no caso dos usuários de drogas, foi construída a partir da delimitação dos saberes na formulação dos modelos teóricos concomitante às suas respectivas práticas, não desvinculadas de interesses e referenciais políticos, socioculturais e econômicos. Essa proposição encontra subsídios na reflexão de Gilberto Velho referente aos conceitos de subcultura e contracultura. Vejamos as semelhanças com a questão dos usuários de drogas: segundo Velho, esses conceitos estão vinculados a uma perspectiva "muito preocupada em traçar limites rígidos entre o normal e o anormal, o ajustado e o desviante, o típico e o atípico. Há uma tentativa de congelar ou cristalizar certos comportamentos em torno de variáveis específicas, estabelecendo fronteiras absolutas. Em sua concepção, há necessidade não de se "negar a existência de descontinuidades, mas [de] percebê-las distintamente.*

As descontinuidades referem-se, no caso dos UDIs, às fronteiras entre os modelos teóricos e destes em relação à cultura, na qual o uso de drogas apresenta-se como "um fenômeno que é estrutural a todas as configurações etnográficas ou históricas. Logo, a experiência do uso de drogas deveria ser interpretada como uma leitura diferente da realidade numa sociedade de caráter multifacetado e dinâmico. Pela crítica da patologia social, conclui-se que a "cultura não é, em nenhum momento, uma entidade acabada, mas sim uma linguagem permanente acionada e modificada por pessoas que não só desempenham papéis específicos, mas que têm experiências existenciais particulares (...). Os conceitos de 'inadaptado' ou de 'desviante' estão amarrados a uma visão estática e pouco complexa da vida sociocultural.

E isto foi entendido pela redução de danos, que, com ênfase nos direitos e responsabilidades, entende como aceitável certo nível de consumo de drogas na sociedade e objetiva a redução das consequências adversas desse consumo (Martins, 2003: 104).

Trabalho nº 42: *Os danos sociais estão ligados ao estigma pelos rótulos: "Viciado, drogado, maconheiro". Estes rótulos podem levar à exclusão do convívio com a família, comunidade, escola, trabalho, e podem se refletir na vida do usuário, de forma circular, realimentando o preconceito. A violência parece ser o maior dano social, tanto individual como coletivo (Staub, 1999) [...].*

A marginalização do usuário de drogas agrava, portanto, a violência e, conseqüentemente, deteriora as interações no âmbito da saúde pública. O medo de procurar auxílio torna os usuários de drogas ainda mais vulneráveis. A redução de danos procura resgatar a cidadania desses usuários, adotando uma educação para a autonomia e hábitos saudáveis, desligando-se da identidade construída pela sociedade de marginalidade e

criminalidade, exercendo sua liberdade de escolher entre o uso ou não de drogas de maneira responsável (Fonseca, 2005: 23-4).

7.2.7.4 A redução de danos tem como concepção a determinação social do consumo prejudicial de substâncias psicoativas

7.2.7.4.1 A perspectiva histórico-dialética

Abaixo se reproduzem trechos de trabalhos que compreendem o consumo de drogas numa perspectiva contextualizada historicamente, comprometendo a dimensão estrutural na explicação do consumo e dos problemas a ele relacionados. Também a concepção de droga como uma substância com suas propriedades psicofarmacológicas e seus efeitos alteradores da consciência dá lugar a uma concepção de droga como mercadoria e nesse sentido a serviço do capital e dos interesses de reprodução, enquanto sistema que sobrepõe os interesses humanos. Essa análise depreende que a Redução de Danos vai se imbuindo de um conjunto de princípios e pressupostos que a tornam mais ampla e crítica em relação aos determinantes estruturais do consumo prejudicial, propondo a constituição de um novo paradigma de caráter histórico-político para o campo das drogas, conforme refere Soares (2007):

Explicar o consumo de drogas inserido na dinâmica social – na sua dimensão estrutural – requer, portanto, em primeiro lugar, situar a condição histórica que inscreve a droga como uma mercadoria, ora lícita – proveniente de uma indústria com lucros avultantes, ora ilícita – produzida e distribuída pelo narcotráfico. Em segundo lugar, é necessário compreender o processo contemporâneo de produção e distribuição da mercadoria droga como consequência das formas atuais de acumulação capitalista (Soares, 2007:55).

Os trechos destacados abaixo propõem uma perspectiva histórica e dialética na análise do consumo de substâncias psicoativas, referindo-a às transformações que estão ocorrendo na sociedade contemporânea e apontando particularidades que podem melhor explicar o fenômeno do consumo prejudicial de substâncias psicoativas da forma como se apresenta na atualidade.

Trabalho nº 02: *Este estudo tem como pano de fundo o uso contemporâneo de drogas de forma que, para seguir adiante, impõe-se identificar algumas características gerais da sociedade contemporânea que fornecem uma visão da natureza do contexto no qual os indivíduos se desenvolvem e estabelecem suas relações sociais, questões que permeiam a interação dos indivíduos com as drogas. Essas características, pensamos, podem ser buscadas na natureza dos “modos de vida” que são produzidos pela modernidade e nos basearemos na leitura de Anthony Giddens para discutí-las. Esse autor (Giddens, 1991, pp. 14–16) considera que essas características — ritmo acelerado das mudanças com abrangência e articulação virtualmente globais; e natureza descontínua das instituições, em relação às culturas tradicionais — são relevantes não somente para o processo de efetivação de interligações sociais de âmbito mais geral, mas também para a alteração das características mais íntimas do cotidiano das pessoas [...].*

Assim, segundo esse autor (Giddens, 1991, p. 69), “em condições de modernidade”, as pessoas estão vivenciando um processo de globalização provenientes da industrialização. Globalização, em suas palavras, “pode ser definida como a intensificação das relações sociais em escala mundial, que ligam localidades distantes de tal maneira que acontecimentos locais são modelados por eventos ocorrendo a muitas milhas de distância e vice-versa”. Isso é possível ver através da difusão da indústria cultural, das questões ligadas à interdependência econômica entre os países, das redes computadorizadas internacionalmente etc; são processos gerais que interferem no entorno social mais particular; são processos localizados que ganham dimensão geral.

Dado esse panorama geral, interessa-nos, baseados na reflexão desse autor (Giddens, 1991, p. 97), entender particularmente como se apresentam na modernidade, os mecanismos de confiança e segurança ontológica que são fundamentais para a formação da identidade. As pessoas se desenvolvem adquirindo gradualmente um “senso interno” de Constância e continuidade tanto em relação a si mesmas como em relação às coisas que as cercam. Esses sentimentos de segurança existencial são encontrados em experiências de proteção na primeira infância. Dizem respeito não somente à confiança nos que as cercam, mas também em si mesmas (Soares, 1997: 11-2).

Ainda em relação à perspectiva histórica, alguns trabalhos trazem discussões sobre as mudanças culturais referindo o recrudescimento de um conjunto de valores que vão se fortalecendo a partir dos objetivos do sistema capitalista e sua face atual. Esses valores teriam um papel de grande importância na procura pela droga e em relação às formas como o consumo se apresenta na contemporaneidade, determinando modos compulsivos com objetivos descolados de um projeto de vida mais abrangente e do contexto de vida dos grupos e classes sociais.

Trabalho nº 01: Os controles informais presentes no consumo e na cultura das drogas levou Zinberg a confirmar sua hipótese de que o fator psicológico e o contexto sociocultural são fundamentais na habilidade de controlar essa experiência. Segundo ele, o contexto social possibilita o desenvolvimento de regras, valores e padrões estilizados de comportamento (rituais sociais) que constituem controles informais. Os padrões estilizados de comportamento servem como reforço e símbolos das escalas de valores adotados pelos indivíduos num determinado contexto sociocultural [...].

As regras presentes na cultura das drogas são constituídas pelos hábitos dos consumidores, transmitidas através das gerações, de observações cotidianas e assistemáticas; freqüentemente a socialização das informações sobre essa prática ocorre entre os indivíduos mais experientes e seus iniciantes. Essas regras podem indicar como uma substância deve ser consumida, mas isso não significa que serão necessariamente obedecidas. As regras e valores funcionam como controles informais, mas encontram dificuldades para sua consolidação na "cultura das drogas". A decisão de consumir drogas depende das resoluções dos indivíduos perante os limites impostos pela sociedade e os controles informais desenvolvidos pelos sujeitos e seu grupo de referência [...].

As práticas leves se caracterizam por uma moderação no consumo e uma forma leve nos modos de absorção. As práticas pesadas se caracterizam pela violência das doses, das freqüências e pelos modos de absorção. A primeira estaria mais associada ao tipo de uso que desperta a criatividade, a comunicação e o imaginário. E o segundo se caracterizaria mais por uma experiência de isolamento, por uma viagem "cavernosa", depressiva e agressiva [...].

Para Xiberras esses dois tipos de práticas permitem reconstruir a atitude do toxicômano perante seu meio. Essa caracterização não se refere aos produtos consumidos, mas aos tipos de prática e de consumo das drogas. Em sua opinião as práticas leves são características de um desejo de abertura para o mundo exterior; freqüentemente se acoplam aos laços de afinidade ou de amizades já existentes, sendo a droga apenas um reforço nas relações sociais já operantes [...].

A prática pesada se constrói sobre uma submissão às substâncias e não requer um grande aprendizado, conduzindo seus usuários ao isolamento, sendo um traço característico da toxicomania solitária e individual (como por exemplo os heroinômanos). Na opinião de Xiberras, a procura desenfreada de produtos entorpecentes e de modos de absorção violentos busca anestesiar o corpo e a alma, com a finalidade de conciliar a maximização do prazer e a minimização da dor. Em seu livro *La Société Intoxique*, Xiberras escreve que o princípio do êxtase permite compreender a especificidade dos efeitos da prática pesada: "Nesta aritmética complexa, as capacidades sensoriais e emocionais se emudecem rapidamente para encontrar um equilíbrio, num estado de indiferença generalizada ao mundo exterior. Um sentimento de paz e de harmonia interior são então características do estado do êxtase, que os consumidores descrevem como réplica benéfica sobre si, que os permite ascender a mais pura das quietudes" [...].

A prática pesada de intoxicação foi bastante reforçada e implementada com a sociedade industrial. A sociedade moderna conseguiu produzir drogas "poderosíssimas" em laboratórios e potencializar seus efeitos, através dos métodos invasivos e "eficientes" de administração das substâncias, como por exemplo, através das injeções. O processo de medicalização da

sociedade transformou o significado cultural do consumo de substâncias psicotrópicas, tornando o uso e o consumo não-medicamentoso e recreativo de substâncias psicotrópicas como uma contrapartida "patológica" (Fernandez, 1994: 255-7).

Trabalho nº 02: A utilização de drogas na sociedade contemporânea, como vimos através dos vários exemplos discutidos, tem um caráter histórico e contextual. Ela pode significar também um movimento dinâmico de aquisição de novos hábitos que vão se difundindo na sociedade e ganhando um caráter cultural mais geral. Os tipos de drogas e as formas de uso que evitam prejuízos, vão também sendo experimentadas, dimensionadas e ensinadas no curso da interação social. Nesse sentido, a pesquisa italiana de Buzzi (1993, p. 204) sobre percepção e comportamento dos jovens em relação às normas sociais mostra que é possível perceber a difusão de "novos modelos culturais" através dos seus posicionamentos e comportamentos em relação às drogas. Nessa pesquisa, o uso de drogas não parece estar ligado à conduta de desvio ou transgressão ou ter um significado "contra-cultural" de um grupo em particular, mas se constituir — pelo menos no que diz respeito ao uso ocasional — numa experiência encarada como "normal" e bastante disseminada. No mesmo sentido, pesquisa americana mostra que o uso de algumas drogas é bastante popular entre adolescentes de classe média alta. Para eles, é socialmente aceitável e apropriado o uso de maconha, bem como álcool e cigarro (Forster, 1984, p. 35) [...].

Uma forma de perceber a disseminação do uso de drogas na sociedade moderna está no âmbito das motivações e efeitos desejados. Segundo Ehrenberg (1991, p. 28), estes estariam situados no ponto de convergência de uma série de tensões que dizem respeito a "práticas de multiplicação artificial da individualidade. Nesse sentido, continua o autor, estão em jogo tanto a procura pelo bem-estar psicológico — pelo prazer— quanto à melhoria do desempenho individual.

Uma outra parcela do uso de drogas no contexto contemporâneo parece se situar— como demonstram com particularidades próprias tanto os hippies quanto os junkies— no plano da incapacidade dos indivíduos participarem socialmente levando-os a comportamentos divergentes – desviantes; ou como no caso dos ravers desenvolvendo uma cultura própria que corresponde à necessidade de estar num grupo social que assegure uma identidade, onde os integrantes se reconheçam em termos de valores, onde se efetive um processo de socialização nessa busca por uma existência social (Soares, 1997: 17-8).

Trabalho nº 39: Ao tomar o ensino da prevenção do uso prejudicial de drogas como objeto da saúde coletiva - ou seja, entender que o uso de drogas é uma realidade histórica e que o consumo contemporâneo de drogas está submetido às relações de produção do capitalismo, configurando-se como uma mercadoria (Soares 1997) - adotou-se a abordagem da redução de danos, que não objetiva unicamente a abstinência, nem parte do princípio que possa existir uma sociedade livre de drogas (Carlini-Cotrim 1992, Duncan et al. 1994, O'Hare 1994, Bastos et al. 1998, Marlatt 1999, Soares & Jacobi 2000c). Coerentemente ao referencial teórico da saúde coletiva, a prevenção pautada na abordagem da redução de danos deve desenvolver instrumentos que incidam também nas raízes da problemática do uso prejudicial de drogas (Soares, Campos, 2004: 111).

7.2.7.4.2 A droga como mercadoria e os interesses do capital

O consumo de substâncias psicoativas da forma como se apresenta na atualidade (crescendo em grande escala, cada vez mais precoce, associado a problemas de saúde, violência e mortes por causas externas, entre outros) seria resultado da transformação da droga em mercadoria, cujas características, matizadas pela “pós-modernidade” são as seguintes: produzida em escala crescente a partir de diversas formas preparadas para facilitar a aceitação nos mercados; disseminada e infiltrada em todo o planeta a partir do processo de globalização, de facilitação do acesso e das tecnologias de marketing; arregimentada por uma superindústria lícita que se utiliza cada vez mais de promessas de solução mágica para os problemas ou para a satisfação de prazeres idealizados e compulsivos; também utilizada por toda a superestrutura historicamente solidificada do narcotráfico como consequência das políticas proibicionistas.

Porém o aumento dos problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas não se explica somente a partir da transformação da droga em mercadoria, mas da dinâmica que se instalou nas sociedades a partir da crise do capitalismo dos anos 70 propagadora de condições de vida cada vez mais desiguais entre as classes sociais, com a produção em grande escala de diversos bens e produtos e, ao mesmo tempo, dificuldades de acesso a esses bens pela maioria das populações do mundo. Explica-se também porque tal situação é sustentada pelo desgaste de valores de solidariedade que visam a ascensão do humano, e ao contrário pelo fomento de valores de competitividade em busca do aparente sucesso e da acumulação do capital.

Assim a Redução de Danos, que se apresenta com força para resgatar objetivos éticos e humanos visando transformações mais globais, se utiliza também de um conjunto de saberes (não restrito ao campo da saúde pública) que buscam compreender os determinantes estruturais do fenômeno contemporâneo do consumo de substâncias psicoativas e suas diversas manifestações nos grupos e classes sociais.

A Redução de Danos se oferece como instrumento de uma perspectiva contextualizada que situa a droga na condição de uma

mercadoria altamente lucrativa e de objeto investido de valores puramente capitalistas para atingir públicos variados. Os trechos dos trabalhos reproduzidos abaixo revelam a força e a utilização de recursos de marketing e altas tecnologias nas campanhas publicitárias para disseminar valores em relação ao consumo de álcool e tabaco entre crianças e jovens de maneira cada vez mais precoce. Ao mesmo tempo aponta a ineficácia das abordagens e modelos preventivos, que se baseiam em estratégias restritas ao objetivo de resistir ao consumo, para fazer frente às pressões do mercado.

Abaixo reproduzimos trechos dos trabalhos que referem discussões da droga como uma mercadoria e os interesses do capital que estão em jogo.

Trabalho nº 17: *Esses fatos ficam evidenciados através das propagandas, que não apenas enaltecem o uso, como o estimulam, passando a idéia de heróis, belos e bem aceitos, àqueles que bebem. Ressalte-se que há leis que, se restringem tais propagandas, toleram as bebidas de menor teor alcoólico, como a cerveja [...].*

Hoje em dia, o mercado do tabaco movimenta milhões de dólares, tendo sido desenvolvido um amplo plano de propaganda e marketing (desde meados do século passado) para a venda e a divulgação de seu consumo. Embora a nicotina seja uma substância sabidamente prejudicial à saúde, trata-se de uma das drogas psicotrópicas mais utilizadas em todo o mundo[...].

Dentro dessa perspectiva de análise dos modelos de prevenção ao uso abusivo de drogas, chamou-nos a atenção o significado de campanhas publicitárias em exposição, na mídia. Essas campanhas, na contramão dos movimentos de prevenção, utilizam-se de recursos de marketing e tecnológicos, para disseminar valores e comportamentos extremamente graves quanto à educação da infância e da juventude [...].

Que se observem, atentamente, as propagandas de bebidas alcoólicas da televisão brasileira, nos últimos anos. Muitas dessas campanhas publicitárias se direcionam a um público de futuros consumidores. São sugestivas estórias que devem atingir o público infantil, através de personagens de desenhos animados, quadrinhos, figuras de bichinhos: pingüins, tartaruguinhas, grupo de siris à beira da praia, grupo de tatuís, sereias, extraterrestres etc. [...].

Tais personagens vão ajudar a vender a idéia do álcool ao imaginário infantil. Sabe-se, são investidos muitos milhares de reais na produção de uma propaganda de tal natureza. Não será então, uma campanha preventiva baseada em princípios simplistas, de resistência ao uso de drogas, do “diga não às drogas”, que poderá fazer frente a essas outras, tão bem elaboradas e direcionadas. O mesmo raciocínio vale para as campanhas da venda de cigarros.

Talvez essa seja uma das maiores dificuldades da política pública de saúde preventiva: como estabelecer um padrão de competição que possa fazer frente aos enormes montantes de dinheiro investidos em propagandas muito bem elaboradas, com a participação de equipes competentes de marketing, de psicologia do consumo, etc. Propagandas que visam o inconsciente, o sub-liminar das pessoas, direcionadas, cada vez mais, ao público infantil e pré-adolescente – seus futuros consumidores preferenciais [...].

Toda essa questão tem ganhado espaço na mídia. Em matéria publicada no jornal Folha de São Paulo, no caderno “Cotidiano” (LEITE E BIANCARELLI, 2003), sobre as bebidas “ices” - espécie de refrigerantes alcoólicos com teor alcoólico próximo de 5%, semelhante às cervejas - Pinsky relata:

A estratégia desses produtos é parecida com a das cervejas: os temas são alegria, juventude e sexualidade. As ‘ices’ estão querendo substituir as cervejas como bebidas de iniciação na cultura etílica. As propagandas igualam juventude às bebidas.

A idéia é misturar álcool a suco de frutas e usar propagandas que foquem o estilo de vida do jovem: esportes, diversão. Pretendem estabelecer o hábito de beber entre pessoas de idade bastante jovem (Fig. 5) [...].

As empresas tendem a manter os seus produtos em alta no mercado, pois estão investindo num processo de “educação” do público jovem, ensinando-o a apreciar a bebida gelada; a consumi-la rapidamente nas próprias garrafas.

A mesma reportagem, na pág. C3, indica: “Segundo a OMS, para pessoas jovens, cinco minutos extras de exposição à propaganda do álcool na TV por dia estão associados a um aumento no consumo diário de álcool de cinco gramas”.

A matéria indica, ainda, a saída por programas que ensinem o jovem a beber com mais consciência. Trata-se de uma adaptação do modelo de redução de danos ao uso do álcool. Já que os jovens vão beber mesmo, que tenham maior consciência e corram menos riscos. Esses programas vêm sendo realizados nos Estados Unidos, nos últimos anos e começam a ser desenvolvidos, também, no Brasil.

Assim, deve-se ensinar os jovens a não perderem aulas, não se envolverem com violência, não dirigirem embriagados, não terem relações sexuais desprotegidas de preservativos, não misturarem bebidas, não beberem de estômago vazio, etc. A mesma reportagem traz a opinião de Kerr-Correa: “Uma vez que o beber está presente na sociedade, é melhor que se comece a ensiná-lo na escola”.

Além de serem campanhas de marketing, voltadas ao público infantil, como foi dito, muitas das propagandas de bebidas alcoólicas e, também, de diversas marcas de cigarro, estão introjetando no público a idéia de felicidade a elas associadas, enquanto exploram, ao máximo, cenas sensuais: mulheres bonitas, de corpos bem torneados; homens e mulheres dentro do rígido padrão de beleza da sociedade atual (tão difícil de ser alcançado), usados em propagandas que visam a despertar o desejo, junto com os ideais de narcisismo e “culto ao corpo”, além de associar o prazer à idéia de consumo da substância (Figs. 6, 7, 8 e 9) [...].

E é assim, explorando o sexo, a juventude, o imaginário infantil, que as propagandas obtêm êxito em seus objetivos. O mercado consumidor aumenta. Por outro lado, deve-se refletir sobre o papel dos pais, das famílias e das escolas, na orientação das crianças e jovens. Há

necessidade de que se auxiliem os filhos a perceberem nas propagandas, algo camuflado, passível de crítica e análise. Enfim, uma visão crítica sobre os produtos, que analisem os riscos envolvidos no uso de um lado e a realidade do glamour que apresentam, do outro.

Destacamos, novamente, que os fabricantes de cigarro visam o público adolescente e suas necessidades. As campanhas têm como base o desejo: as mensagens indicam algo que se gostaria de possuir ou têm a ver com o que se deseja ser. As imagens das propagandas, como dissemos, abusam de carros modernos, mulheres bonitas, ambientes requintados e luxuosos, aventura e clima de liberdade [...].

Segundo dados fornecidos por SCHWEBEL (2002), a cada ano, nos Estados Unidos, 400 mil mortes estão relacionadas ao uso de tabaco e 100 mil ligadas ao álcool. Já em relação às “drogas de rua” (as drogas ilícitas), os dados apontam que há cerca de 20 mil óbitos atribuídos a todas elas. Para o autor, esses dados estão relacionados ao reforço das propagandas e verbas promocionais das empresas produtoras, sempre voltadas ao público jovem (Tavaves-de-Lima, 2003: 20, 23, 84, 88, 90, 95).

Trabalho nº 18: *Tanto o mercado de drogas ilícitas como o das lícitas (como álcool e tabaco) movimentam, de formas distintas, somas imensas de dinheiro, investidas em ações lícitas e ilícitas que vão da propaganda comercial à corrupção, portanto, a dimensão da oferta destes produtos é, necessariamente, social e só pode ser devidamente equacionada através de ações propriamente sociais, inclusive para pactuar o que é lícito e ilícito, legítimo e ilegítimo e quais as melhores alternativas para lidar com estas questões, partindo dos pressupostos básicos de que não há registro de sociedades em que o consumo de substâncias com ação sobre o psiquismo não esteja presente e de que não se conhecem ações de enfrentamento da questão que não estejam embasadas socialmente e sejam minimamente eficientes e não-coercitivas [...].*

A saída para a questão do consumo imoderado de drogas passa pela demanda, e não pela oferta, pois havendo mercado consumidor sempre existirá uma maneira de atender a esta demanda, seja por via lícita (como no caso do álcool e do tabaco) ou ilícita (como no caso das drogas chamadas de ilícitas, como a cocaína e a maconha). É necessário, no entanto, fazer a ressalva de que é possível estimular a demanda e que tal possibilidade vem sendo exaustiva e sabiamente explorada pelos vendedores de drogas lícitas ou ilícitas (como de qualquer mercadoria) através da propaganda aberta ou subliminar. Portanto, qualquer política efetiva voltada para o abuso de drogas deve começar por um desestímulo à propaganda, seja através de leis que a restrinjam, seja através de uma contra-propaganda (o que vindo sendo feito com relação ao cigarro de tabaco na maioria dos países, inclusive no Brasil). Portanto, uma primeira conclusão: havendo lucro com a atividade de comércio, não é possível pensar numa demanda, de fato, “espontânea” (já que ela é estimulada pela propaganda), nem em uma oferta que apenas “atenda” à demanda (Bastos, 2003:28-9,38-9).

Trabalho nº 19: *A introdução da variável criminalizadora no mercado implica em que, aos custos normais da produção e da comercialização das mercadorias, sejam somados custos potenciais, relativos a perdas que podem ser provocadas por eventuais apreensões resultantes de ações repressivas, bem como na contabilização de despesas com a segurança*

exigida pela ilegalidade do empreendimento. Estes custos, naturalmente, repercutem sobre o preço final do produto. Por outro lado, a produção mais significativa, em geral se desenvolve em uma estrutura oligopolizada (número reduzido de empresas controlando o mercado), pois a diminuição da livre concorrência já se faz por um natural afastamento de potenciais produtores, que não se dispõem a enfrentar a ilegalidade [...].

Com isto, há uma elevação artificial dos preços, que acaba por, paradoxalmente, funcionar como um incentivo à produção e ao comércio das mercadorias tornadas ilícitas, a partir dos maiores lucros assim obtidos. Tem-se um exemplo disto nos preços alcançados pelas bebidas alcoólicas, durante a sua proibição, nos Estados Unidos da América. Jeffrey Miron e Jeffrey Zwiebel referem que estes preços, nos Estados Unidos da América, em 1930, alcançavam, em média, aproximadamente o triplo dos preços praticados antes da vigência da "Lei Seca [...].

A expansão dos mercados consumidores das drogas qualificadas de ilícitas não obedece a uma lógica própria, determinando-se, no mundo em que dominantes as formações sociais capitalistas, pela mesma lógica que preside a quaisquer outras relações econômicas ali desenvolvidas: o aproveitamento de demandas naturais e a criação de demandas artificiais, que proporcionam a acumulação de capitais e a geração de empregos.

A expansão do mercado consumidor é um fator determinante da produção, seja de drogas qualificadas de ilícitas ou de quaisquer outras mercadorias.

As atividades produtivas, desenvolvidas no mercado tornado ilícito, atendendo demandas naturais ou artificiais, constantemente servem para suprir a falta de oportunidades oferecidas pelas atividades econômicas lícitas. Isto já ocorreu em outras etapas do desenvolvimento capitalista. Valendo-se, mais uma vez, do exemplo norte-americano, da época da proibição do álcool, pode-se notar que o quadro hoje existente na produção e comercialização das drogas qualificadas de ilícitas, em boa parte reproduz o que então se desenrolava: o mercado de bebidas alcoólicas, tornado ilegal, no período de 1920 a 1932, abriu oportunidades de enriquecimento a imigrantes recém-chegados aos Estados Unidos da América, que já encontraram as atividades no mercado lícito dominadas por outros grupos sociais.

Esta lógica econômica já permite antever a inevitável ineficácia de uma política de controle fundada na intervenção do sistema penal: os empresários — grandes ou pequenos — e os empregados das empresas produtoras e distribuidoras das drogas qualificadas de ilícitas, quando presos ou eliminados, são facilmente substituíveis por outros igualmente desejosos de oportunidades de emprego ou de acumulação de capital, oportunidades que, por maior que seja a repressão, subsistirão enquanto estiverem presentes as circunstâncias socioeconômicas favorecedoras da demanda criadora e incentivadora do mercado (Karam, 2003: 46-7).

Trabalho nº 20: *É ilustrativa dessa situação a concepção do toxicômano como produto e como ideal do sistema capitalista. Sua dinâmica compulsiva e repetitiva no uso do tóxico teria relação com a cultura do consumo. Nesse sentido, escreve Hugo Freda: "O toxicômano é um sujeito fiel, fiel a seu produto. Ele não se parece conosco, que queremos modificar o objeto de consumo, porque nos imaginamos mais livres. O toxicômano representa de alguma maneira o ideal do discurso capitalista, um sujeito que consome a mesma coisa durante anos, a tal ponto que, de sua prática, ele se torna*

aquele que sustenta um modo de pensar: 'o homem moderno' (Martins, 2003: 103).

O trabalho abaixo discute o processo de mercadorização das bebidas alcoólicas, considerando os apelos das campanhas publicitárias e do marketing para imprimir valores de consumo entre os jovens que são atingidos diversamente a partir do lugar de classe social. O envolvimento de jovens de classes privilegiadas com atos violentos estaria relacionado ao imediatismo estimulado pela sociedade de consumo. Por exemplo, as bebidas mais caras dão maior status e vice-versa, existindo padrões diferentes de consumo de álcool dependendo do lugar que o jovem ocupa na estrutura social.

Trabalho nº 22: (...) *Viver na pobreza numa sociedade que põe constantemente à mostra todos os bens de consumo que o dinheiro pode comprar constitui uma violência especialmente pungente para os jovens. Certas mercadorias representam, para eles, estilos de vida, marcas de poder que garantem prestígio junto aos iguais e sucesso nas conquistas amorosas: roupas, carros e também certas bebidas e drogas como o whisky e a cocaína. Como lidar com a incapacidade de atingir esses bens? Não é a pobreza em si que explica as altas taxas de mortalidade por causas violentas. Quando essa situação, entretanto, combina-se com os apelos da sociedade de consumo e com o avanço da ideologia individualista, emerge uma tensão básica que precipita alguns jovens ao mundo do crime. O envolvimento de jovens das classes privilegiadas com atos violentos também está ligado, muitas vezes, ao imediatismo estimulado pela sociedade de consumo [...].*

O Estado também aumenta a vulnerabilidade juvenil negando-se a implementar medidas de proteção social para esse segmento. Não oferecer à maioria dos jovens acesso a um bom serviço de saúde, ensino de qualidade, formação cidadã e oportunidade de contato com bens culturais diversificados implica no cerceamento das suas possibilidades de crescimento e no empobrecimento da sua experiência vital. O álcool e as drogas ilícitas tornam-se, deste modo, recursos facilmente acionados para tornar mais agradável o momento presente, uma vez que o futuro mantém-se nebuloso. A hipertrofia do presente é um forte conteúdo cultural que ajuda a compreender a exposição dos jovens a situações de risco [...].

Em algumas metrópoles brasileiras, o tema do tráfico de drogas e de armas cruza-se fortemente com a vulnerabilidade juvenil à violência. Com já dissemos, esse é um fenômeno nacional de inserção global cujo alcance é impossível calcular. Os jovens aparecem como intermediários desse comércio, consomem/ostentam as armas de fogo e integram o uso de drogas ilícitas a seus estilos de vida, configurando um segmento preferencial no consumo desta mercadoria.

As motivações para o envolvimento dos jovens no comércio clandestino de armas e drogas são usualmente atribuídas ao impacto da sociedade de

consumo entre os jovens de periferia (embora não apenas entre estes) e à perda de importância do trabalho como referencial moral, entre outros aspectos. É importante salientar, entretanto, que o aumento da violência ligada ao tráfico tem estreita relação com a filosofia adotada pelo governo brasileiro na área de drogas nos últimos anos: “Trata-se da ênfase sobre as políticas de redução da oferta em detrimento das propostas educativas, preventivas e terapêuticas de redução da demanda e dos danos secundários ao consumo”. O resultado da obediência ao modelo norte-americano tem sido a vitimização recorrente dos jovens brasileiros [...].

Como qualquer outro elemento da cultura, as bebidas alcoólicas são signos que operam distinções. Assim, as bebidas mais caras dão maior status e vice-versa, existindo padrões diferentes de consumo de álcool dependendo do lugar que o jovem ocupa na estrutura social. Da mesma maneira, o consumo de álcool é informado pelas relações de gênero, esperando-se condutas diferentes entre homens e mulheres. A esse respeito, é importante assinalar que o consumo de álcool entre mulheres vem aumentando com muita rapidez, refletindo as mudanças culturais nas relações entre os sexos no mundo [...].

A importância do álcool para a recreação juvenil é percebida e estimulada pelo mercado. Empresas do ramo de bebidas patrocinam eventos recreativos para o público juvenil, como campeonatos esportivos, mega-shows e festas coletivas tipo carnaval, conseguindo altos lucros com a venda de bebidas alcoólicas aos jovens. Em bares, boates e casas de shows, são desenvolvidas estratégias de marketing que estimulam o consumo de álcool até a embriaguez. A força econômica das empresas de bebidas pode ser vista pela quantidade e qualidade de propagandas em todas as mídias, onde o consumo de álcool aparece associado ao glamour, à juventude, à beleza e à alegria. Mais do que destinatários preferenciais das propagandas, os jovens são seu principal apelo mercadológico: “As bebidas alcoólicas são construtos de elixir de juventude e esta formatada como branca, de classe média ou alta, alegre e em situações de lazer, festa e esporte”[...].

No Brasil, o acesso dos jovens às bebidas alcoólicas é muito fácil. Existe uma lei que proíbe a venda de álcool aos menores de 18 anos mas, na prática, ela não é operante por falta de fiscalização e de conscientização de quem comercializa bebidas. Há, inclusive, muitos locais de venda de bebidas próximos de escolas. Na mídia, a grande maioria das informações para os jovens incide sobre as drogas ilícitas, mas pouco é dito a respeito das possíveis consequências do consumo de álcool, nem mesmo a maneira de evitar efeitos desagradáveis advindos da intoxicação alcoólica. Assim, o conhecimento dos jovens a respeito dessa droga vai sendo adquirido a partir da experiência pessoal complementada pelos relatos de outras pessoas, também informados pela experiência. Essa aprendizagem, porém, pode ter um custo alto [...].

Por outro lado, beber entre os jovens não se restringe ao espaço do bar. Se pensarmos no grupo específico dos jovens de periferia, onde a vulnerabilidade à violência é notadamente maior, as casas ou as ruas do bairro fazem as vezes de local de lazer onde é possível beber mais por menos dinheiro em companhia dos amigos e vizinhos. Nesse caso, os jovens têm um controle maior quanto às companhias, mas ficam mais expostos a vinganças e outros acertos de contas envolvendo pessoas do convívio próximo. Muitos homicídios de jovens acontecem nas proximidades do local de moradia. É também no âmbito do bairro, mais concretamente da

casa, onde se praticam as violências contra as mulheres, sendo a embriaguez um fator que tanto estimula o agressor como aumenta a vulnerabilidade da vítima. Estratégias que persigam reduzir os danos e riscos da violência entre consumidores de álcool deverão, assim, levar em consideração uma multiplicidade de cenários, de tempos e de motivações [...].

Para muitos jovens, beber não apenas constitui um importante ritual de sociabilidade como representa um dos componentes mais agradáveis de sua rotina semanal. Beber até a embriaguez, inclusive, faz parte do exagero próprio de quem sabe ser esse um atributo social da idade e do processo de experimentação com a bebida, com o próprio corpo e com os outros. Para alguns jovens, a violência é um contexto para a sobrevivência, uma linguagem com a que expressar descontentamento ou procurar excitação. Uma resposta a condições aviltantes de vida ou, pelo contrário, uma forma de inscrever o desprezo em relação ao outro, seja este o negro, a mulher, o pobre, o homossexual, o índio. Para a maioria dos jovens, entretanto, a violência é apenas uma ameaça no horizonte que não impede curtir a vida, traçar projetos e ser cidadão. É para todos esses jovens que as estratégias de redução de danos devem se dirigir (Franch, 2003: 54-63).

Os trabalhos apresentados abaixo se referem à força da mídia e da propaganda para imprimir valores de consumo em relação ao álcool e as dificuldades do Estado em fazer frente ao poder econômico das empresas.

Trabalho nº 24: *Muitos países já estão cientes de tais urgências. Todos aqueles que praticam a auto-regulação concordam que qualquer anúncio e/ou outro tipo de comunicação que envolva bebidas alcoólicas, entre outras medidas, não deve ser dirigido a jovens menores de 18 anos; não deve promover o uso irresponsável de bebidas – como, por exemplo, beber e dirigir –, e não insinuar que consumir bebidas alcoólicas leva a um melhor desempenho sexual, pessoal ou profissional. Estas idéias estimularam agências a produzir lindas campanhas. Mas a questão é: elas funcionam? Parece que não, pois as pessoas continuam a beber muito, sem se preocupar com suas responsabilidades, causando acidentes de trânsito ou outros tipos de acidentes, produzindo bebidas alcoólicas ilegais, e assim por diante. A legislação brasileira, por exemplo, é insatisfatória, uma vez que isenta de controle as bebidas com graduação alcoólica menor que 12%, mesmo sabendo-se que a cerveja é a bebida mais consumida pelos jovens. E, além disso, as restrições oficiais presentes na lei federal – como proibição de qualquer sugestão de consumo de bebidas alcoólicas, ou associação com melhor desempenho sexual e social, e restrições quanto ao horário nobre televisivo – não são aplicadas [...].*

No caso do álcool, por exemplo, a maior dificuldade em conscientizar as pessoas dos danos que ele pode causar, está no fato de que a mídia enfatiza, apenas, seu lado positivo: bebidas alcoólicas são apresentadas como boas e relacionadas às situações de felicidade, alegria, aceitação social, etc. Isto é bem ilustrado por uma pesquisa feita no Brasil em 1998 e repetida em 2000. A fim de fazer um levantamento das mensagens comunicadas pela mídia à população, em 1998, o Cebrid50 (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas) analisou o conteúdo de 502 artigos publicados sobre o uso de drogas e saúde. As substâncias

mais mencionadas eram: tabaco (18,1%), cocaína (9,2%), maconha (9,2%) e bebidas alcoólicas (8,6%). A dependência foi a consequência mais mencionada destes usos (46%), seguida por violência (9,2%), síndrome de abstinência (8,0%) e Aids (6,8%). Acidentes de trânsito e no trabalho foram mencionados em apenas 5,6% dos casos. No entanto, em uma série de estudos nacionais, feitas pelo mesmo centro de pesquisa (em 1987, 1989, 1993 e 1997), em que perguntaram a 16.000 estudantes, com idades entre 10 e 24 anos, sobre o uso de substâncias, constatou-se que o álcool era, de longe, a droga mais consumida (30% consumo “pesado”), seguido de tabaco (Gorgulho, 2003: 105-7).

Trabalho nº 25: “Aprecie com moderação”. Esta mensagem aparece muito fugazmente no final das vibrantes e ostensivas peças publicitárias que prometem sucesso pessoal, profissional, sexual e esportivo aos jovens que consomem com volúpia, pelo gargalo, a cerveja irresistível da propaganda na TV. O público-alvo é evidentemente adolescentes e jovens, que nos últimos quinze anos fizeram o consumo e a produção de cerveja no Brasil duplicar. A legislação brasileira (Lei 9.294/96) distingue a cerveja dos destilados e dos vinhos, para efeito de controle da propaganda. Os destilados só podem ser anunciados depois das 21 horas, mas contam com um aliado de peso: o preço – a aguardente brasileira é uma das mais baratas do mundo, custando R\$1,50 (meio dólar) o litro. A venda é livre, mesmo nas cercanias de escolas e no interior dos campi universitários, ou postos de gasolina, apesar de normas restritivas cuja ineficácia é tolerada. “Aprecie com moderação”. Em metade dos casos, os acidentes de trânsito com vítimas estão associados ao consumo de álcool, e o delicado tema da vinculação de eventos de violência intrafamiliar e urbana ao uso abusivo de álcool é iluminado por evidências objetivas de estudos epidemiológicos recentes [...].

A propaganda de bebidas alcoólicas deve ser controlada, de modo a proteger segmentos vulneráveis, como crianças e adolescentes, e proteger o consumidor de associações indevidas entre o efeito decorrente do consumo de bebidas e estereótipos de sucesso e inserção social que não correspondam à realidade destes usuários.

A restrição e o controle devem levar em conta o meio de veiculação da propaganda, sendo diferenciadas para os diversos meios, como rádio, TV, imprensa escrita, cartazes, folhetos, mídia eletrônica, etc.

O patrocínio de eventos esportivos como meio de propaganda também deve ser objeto de restrição e controle, tendo em vista a proteção de crianças e adolescentes, e da sociedade em geral. A associação entre álcool e eventos esportivos deve ser vista como um problema a ser equacionado.

A venda e consumo devem ser restritos, especialmente em lugares de grande concentração de pessoas, veículos de transporte coletivo, proximidade de estradas, postos de gasolina, escolas, hospitais, etc.

Devem ser induzidas posturas municipais e outras medidas que restrinjam espacial e temporalmente os pontos de venda e consumo de bebidas alcoólicas.

Ações preventivas de restrição da venda e consumo devem ser realizadas em contextos de maior vulnerabilidade a situações de violência e danos sociais. A venda para menores de 18 anos deve ser objeto de fiscalização rigorosa.

Devem ser discutidas as linhas gerais de uma política fiscal que desestime a produção e o consumo de bebidas alcoólicas (Delgado, Macedo, Cordeiro, Rodrigues, 2003:127, 136-7)

Trabalho nº 40: Neste trabalho, considera-se que a droga é uma mercadoria e que o consumo de drogas deve ser analisado à luz da estrutura e dinâmicas do modo de produção capitalista, que conformam os contextos da sociedade contemporânea. Assim, trata-se de reconhecer que o consumo de drogas está submetido às possibilidades de reprodução social dos indivíduos, famílias e classes ou grupos sociais, bem como reflete as consequências das políticas sociais públicas adotadas pelo Estado. Portanto, a política e os programas de prevenção ao consumo de drogas deveriam estar voltados tanto para mudanças em contextos de socialização e interação dos indivíduos, delimitados e específicos a sua condição de classe, quanto para mudanças estruturais mais gerais que melhorem a distribuição da renda e o acesso aos bens socialmente produzidos (Soares, 1997).

Nesse sentido, concorda-se aqui com os autores que defendem que os programas de prevenção deveriam seguir princípios de valorização da vida, muito mais do que exercitar olhares moralistas e repressivos (Bucher, 1992; Brasil, 1994), fortalecendo, com isso, os indivíduos e grupos sociais para compreender a teia causal do consumo de drogas (Soares, 1997), que compõem uma parcela da vertente crítica à política da guerra ou combate às drogas, que reúne especialistas de diversas áreas em torno da tendência à adoção de estratégias de redução de riscos/danos (Bastos, 1996) (Canoletti e Soares, 2005: 117-8).

Trabalho nº 41: Quanto à mídia, uma política para redução de danos relacionados ao consumo de álcool deve necessariamente propor modificação na legislação na direção da proibição da propaganda de bebidas alcoólicas em meios de comunicação de massa. A propaganda deve ficar restrita aos locais de venda (bares, prateleiras de supermercado, etc.), como já é feito no Brasil para o tabaco. Os veículos de comunicação de massa devem ser incentivados a realizar campanhas de redução dos danos à saúde provocados pelo consumo do álcool. O eixo norteador de campanhas pela redução dos problemas provocados pelo álcool deve ser a estratégia de redução de danos, devendo haver a crítica de estereótipos relacionados ao uso do álcool, e incentivados pela propaganda de bebidas alcoólicas, como a associação do uso do álcool com a virilidade, a sensualidade, a diversão etc. Produtores, distribuidores e estabelecimentos que vendem bebidas devem ser implicados no desenvolvimento da campanha de prevenção, por meio de suas associações.

As discussões sobre o controle social e político do álcool devem combater argumentos mais liberais, os quais preconizam que a oferta e a demanda do álcool deveria ser algo que o próprio mercado deveria regular; que no Brasil temos controle em demasia, e que não necessitaríamos de mais um controle sobre esse produto, sendo também pouco democrático fazermos controle de um produto que é legalizado [...].

A propaganda de bebidas alcoólicas deve ser controlada, de modo a proteger segmentos vulneráveis, como crianças e adolescentes, e proteger o consumidor de associações indevidas entre o efeito decorrente do consumo de bebidas e estereótipos de sucesso e inserção social que não correspondam à realidade destes usuários;

A restrição e o controle devem levar em conta o meio de veiculação da propaganda, sendo diferenciadas para os diversos meios, como rádio, TV, imprensa escrita, cartazes, folhetos, mídia eletrônica etc. (Moreira, Silveira, 2006: 19, 39).

7.2.7.4.3 A classe social

O sujeito da Redução de Danos está remetido à sua condição de classe social, portanto trata-se de um sujeito heterogêneo, contextualizado, e não restrito à identidade de usuário de droga ou de comunidade homogênea. O consumo de drogas não acontece a partir apenas dos efeitos psicofarmacológicos, mas em sintonia com os valores e representações das diferentes gerações de consumidores e condicionados aos interesses do mercado. Assim os sujeitos não estão em condições iguais de reprodução social para fazer frente aos apelos da indústria lícita e ilícita das drogas, conforme prega a tendência liberal sobre as liberdades individuais.

Tal compreensão não desconsidera as manifestações individuais dos processos biológicos e psicológicos envolvidos como os diversos tipos de consumo e os processos de adoecimento relacionados, mas antes procura compreendê-las na totalidade da vida social. Os indivíduos no seu processo de vida estão submetidos a diferentes condições materiais de vida e trabalho que resulta em modos diferenciados de desgaste e fortalecimento do seu corpo físico e mental (os processos biológicos e psicológicos). Desta forma são as causas estruturais da reprodução da vida social que determina os diferentes processos de saúde-doença dos grupos e famílias.

Nessa perspectiva o sujeito da redução de danos é concebido como sendo os potenciais consumidores de substâncias psicoativas. Eles apresentam condições desiguais de reprodução social e são essas desigualdades que se encontram na base da compreensão dos diferentes processos (bio-psíquicos e sociais) a que estão submetidos os grupos sociais. No campo da Saúde Coletiva alguns autores reafirmam essa perspectiva, referindo que:

[...] o sujeito da busca pela emancipação, ao que se alia o resgate do papel do Estado (de direito, democrático) e não mais submetido ao mercado, é a classe, tanto como uma categoria do potencial e do devenir quanto como instrumento do ativismo. (Palmer, 1999) (Lacaz, 2001: 241).

Vimos que o objeto, sob o arcabouço teórico metodológico da Saúde Coletiva – o processo do consumo de drogas entre os jovens de diferentes classes sociais – deve ser reconhecido como manifestação decorrente do modo como se organizou a produção e a distribuição da riqueza numa dada formação social e que a finalidade do trabalho em saúde deve ser projetada sobre a esfera dos determinantes e não somente sobre a esfera das consequências do consumo. O sujeito intrínseco a esse objeto – as classes sociais – é encarado como sujeito histórico, capaz de práxis sociais não somente reiterativas, mas também criativas. (Soares, 2007: 131).

Cabe acrescentar que o sujeito coletivo (da Saúde Coletiva) é concebido na perspectiva da reprodução das condições da vida material considerando que na

[...] esfera da vida social se processam, em consequência, relações sociais, formas de organização e conflitos de primeira importância. Na perspectiva do sujeito coletivo, o que se forma nas atividades vinculadas à vida econômica constitui sem dúvida um sujeito central (Plastino, 2005:31).

Aqui a droga (substância psicoativa) assume o status de uma mercadoria que tem valor para além das suas propriedades psicofarmacológicas, respondendo à busca do homem para alterar o seu estado de consciência. Essa referência - a droga como mercadoria - encontra eco em alguns autores que buscam desenvolver uma perspectiva das necessidades de consumo a partir de suas raízes no modo de produção capitalista.

Assim, qualquer mercadoria é passível de inscrever-se no circuito do consumo, sendo, pois, a condição de possibilidade para o engendramento da compulsão. Isso porque o ter, para preencher o vazio, é detentor de algum poder pelo status que pode exhibir. (Birman, 2006: 183).

A natureza de todos estes produtos é a mesma que Marx definia no início de *O Capital* como sendo o primeiro aspecto da sua análise da mercadoria: “A mercadoria é, antes de tudo, um objeto externo, uma coisa, a qual pelas suas propriedades satisfaz necessidades humanas de qualquer espécie. A natureza dessas necessidades, se elas se originam do estômago ou da fantasia, não altera nada na coisa”. Apetites ou necessidades, tais produtos são buscados pela humanidade para saciarem sedes, fomes, gostos ou vontades específicas. A definição de Marx de

necessidade humana aproxima-se do conceito de “desejo”. Marx expressou em sua obra a idéia de uma oposição entre um “reino da necessidade” e um “reino da liberdade”. A superação das necessidades básicas permitiria ao homem enfim ser livre para desejar tudo o que quisesse. Nesse sentido poderíamos diferenciar a superação das necessidades de sobrevivência de toda a população como o patamar histórico para um gozo criativo dos desejos, ou seja, após a superação da “fome do corpo”, se vislumbraria o horizonte para a satisfação das necessidades sempre renováveis do espírito [...].

A inclusão de novas necessidades no cardápio das disponibilidades traz ao uso corriqueiro e, muitas vezes, excessivo, substâncias cuja predileção no gosto moderno não é nem “natural”, nem necessariamente positiva, do ponto de vista da dieta e da saúde pública. Para não nos referirmos ao exemplo mais óbvio do tabaco, citemos o açúcar, que é uma destas banalidades, cujo uso indiscriminado tem sido responsável por graves danos e doenças. Dentre estas novas “necessidades” propagadas neste século, encontramos a difusão de determinadas drogas sob o manto da legalidade, como é o caso do tabaco, do álcool e dos produtos farmacêuticos, e de outras drogas sob o manto da clandestinidade, como é o caso de todas as substâncias de uso ilícito. (Carneiro, 2002:14, 16-7).

A droga passa a adquirir valor de mercado aliado aos interesses do capital e o consumo também toma formas diferentes de acordo com a posição que o sujeito ocupa como classe social sofrendo o impacto da crise atual de valores constituída no momento histórico em que o capital passa a ser primazia em detrimento do *ente genérico*¹. Assim refere Soares e Campos (2006):

Nesse contexto, a droga apresenta-se como uma mercadoria potente para responder a essas necessidades de valorização do fugaz e de enaltecimento do prazer imediato. Não é à toa que ela vem se colocando como uma opção de consumo importante para mitigar os desgastes advindos do desemprego e da flexibilização do trabalho, da desproteção social e da substituição dos laços de solidariedade pelas armadilhas da competição (Soares, Campos, 2006 apud Soares, 2007:53).

O sujeito, assim concebido como classe social, remete a objetivos humanos mais amplos e complexos como: a busca de consciência do lugar que os sujeitos ocupam na sociedade; a percepção das contradições do

¹ A expressão ente genérico foi formulada, no sentido que queremos empregar, por Campana (1997) “Para a saúde tem especial importância não perder os referentes mais elevados da emancipação humana. De fato, não podemos imaginar nenhum caminho melhor para a liberação das potencialidades biológicas, intelectuais, afetivo-emotivas, auto-reguladoras dos seres humanos que o caminho de sua emancipação social”; Somente quando o homem real, individual, assume em si o cidadão abstrato e, como homem individual em sua vida empírica, em seu trabalho individual, em suas relações sociais chega a ser *ente genérico*, somente quando o homem reconhecer e organizar suas ‘próprias forças’ como forças sociais e por isto já não separa de si a força social na figura da força política, somente então se terá cumprido a emancipação humana”.

sistema capitalista para dar conta dos objetivos do capital e ao mesmo tempo da valorização do humano como ente genérico; da percepção dos interesses em jogo e da necessidade de resgatar os valores de solidariedade para transformar as condições de desigualdade social; enfim de um sujeito ativo, crítico e emancipado.

A finalidade das práticas tanto educacionais quanto de saúde, então, não deveria estar identificada somente com a satisfação das necessidades materiais do indivíduo, mas também com as necessidades não materiais, as identificadas com a construção de um sujeito ativo, que possa desenvolver suas potencialidades, que seja capaz de participar socialmente e construir um projeto de transformação social, no caminho da emancipação humana (Soares, Salvetti, Ávila, 2003) (Soares, 2007:66).

Trabalho nº 01: *A epidemia da AIDS lançou luz sobre o usuário de drogas injetáveis, um sujeito que não tinha muita visibilidade na população brasileira nem muita atenção da saúde pública. Na elaboração e no desenvolvimento de campanhas de esclarecimento ou de prevenção à AIDS, não podemos incorrer no erro de pensar o uso da droga injetável como uma identidade social particular, mas como uma prática pertencente a indivíduos muito heterogêneos entre si. Esses indivíduos podem estar agenciados em torno de outras identidades e grupos sociais [...].*

O uso de drogas endovenosas será mais bem compreendido pelos serviços de prevenção, quando caracterizado enquanto uma situação de risco, não necessariamente restrita aos indivíduos que desenvolveram a toxicomania. A cultura da droga, a heterogeneidade dos usuários, o contexto sociocultural, as diferenças farmacológicas das substâncias e as freqüências de consumo permitem inferir diferentes graus e dinâmicas de transmissão do HIV nas redes de usuários de drogas injetáveis [...].

O pressuposto desta pesquisa é a de que o uso de drogas é um aprendizado social, sendo o conhecimento distribuído desigualmente entre os grupos sociais, variando de acordo com os hábitos e a posição de classes na estrutura social. O levantamento do histórico do consumo de drogas possibilita pensar o aprendizado do uso de drogas injetáveis, como também permite aproximar da cultura das drogas e da sociabilidade de diferentes gerações de consumidores entrevistados [...].

A expressão cultural da droga foi sugerida pelo sociólogo norte-americano Howard Becker, enfatizando essa prática como um aprendizado social constante, assistemático, de observações cotidianas e às vezes inconsciente. A socialização do conhecimento entre os usuários orienta a experiência, pontua aspectos que ajudam a reconhecer os efeitos, desenvolve estratégias como formas para evitar as bad-trips e as overdoses. Segundo esse estudioso, os efeitos subjetivos de uma droga não se restringem ao seu caráter farmacológico, mas são uma mistura de sensações fisiológicas, psíquicas, de crenças e representações que o sujeito e seu grupo reconhecem como "barato" [...].

O mercado da droga condiciona o consumo e as drogas mais consumidas, o que representa para os serviços de saúde diferentes custos individuais e sociais advindos do consumo de drogas. Revela ainda as diferenças e a

magnitude do impacto da droga injetável em cada sociedade, na epidemiologia da AIDS e enquanto problema de saúde pública [...].

Os liberais e libertários combinam sua luta contra a doença com a afirmação das liberdades individuais e através da defesa dos direitos humanos; freqüentemente sua argumentação reafirma a concepção de uma sociedade emancipada, que reúne seres iguais, responsáveis, capazes de aprender e de se adaptar às necessidades de um meio em mudança (Fernandez, 1994:254-5, 258, 264).

Trabalho nº 02: Mas, conforme Giddens (1989, p. 154) pondera, se a “teoria da atribuição de rótulos” — labelling theory — pode descrever como se dá o processo de desvio, não pode explicar porque o comportamento é buscado em primeiro lugar, ou, como gostamos de acentuar, quais são as condições relevantes na sua determinação. Estamos preocupados em saber qual seria o peso das desigualdades sociais, da condição de classe, e da inserção sócio-econômica do indivíduo na influência ou determinação do uso de drogas. O ângulo de visão que se privilegia a partir de uma abordagem macrossocial e marxista remete à análise dos problemas associados ao meio sócio econômico como determinantes da relação dos indivíduos com a droga. Qual a importância do sistema econômico capitalista no consumo de drogas — um produto de mercado? Nessa ótica, a classe social à qual a família do indivíduo pertence afetará os padrões de socialização, bem como, as condições sócio-econômicas desfavoráveis como pobreza, moradia e saneamento inadequados, desemprego ou desqualificação profissional comporiam uma influência negativa fundamental ou, em última instância, determinariam a relação dos indivíduos com as drogas [...].

Segundo Giddens (1989, p. 707) a abordagem marxista privilegia o sistema econômico capitalista como sendo a característica fundamental das sociedades modernas: um sistema em que os capitalistas competem entre si na venda de seus produtos levando a inovações tecnológicas e à procura de novos mercados consumidores. Nossa leitura é de que esse sistema econômico influencia diretamente o consumo de drogas tanto via questões relacionadas ao mercado quanto àquelas relacionadas às desigualdades sociais. Para Baratta (1994, p. 36) é verdade que o consumo de drogas é afetado pela economia de mercado capitalista, ele pondera que no sistema capitalista: “a produção não está fundamentalmente determinada pelas necessidades do homem produtor e consumidor, mas sim pelo fato de que estes são potencial ou realmente manipulados, e o homem convertido em um instrumento de ampliação do benefício e da acumulação do capital, em prol da reprodução do sistema econômico global. Esta situação de subordinação estrutural do produtor-consumidor a um sistema produtivo cujo verdadeiro centro e sujeito não é o homem, mas sim o próprio sistema que se auto-reproduz às suas custas; esta perversão fundamental entre ser humano e sistema, por intermédio da qual o sistema usurpa a qualidade do ‘sujeito’ que competiria com o homem, já por si só tem efeitos negativos e desestabilizadores no que se refere ao consumo cultural e ‘higienicamente’ idôneo de certas drogas.” Nesse caso, as motivações pessoais para o uso de drogas são menos relevantes. A droga é oferecida como um produto de mercado e conta, no bojo das desigualdades sociais, com a fragilidade de formação, as necessidades modernas de socialização e o abandono e negligência social a que muitos estão submetidos e que os vulnerabilizam

para um certo tipo de uso de drogas que faz cumprir uma finalidade genérica de engajamento social [...].

A droga é oferecida como um produto de mercado, não pressupõe exatamente uma procura que depende da vontade do sujeito, ou de algum valor cultural em desenvolvimento, mas entra num esquema de oferta no qual a sedução e outros mecanismos de indução estão presentes. Somado, portanto à predominância da cultura do prazer ou hedonista, figura esse contexto sócio-econômico mais amplo de desigualdades e um Estado omissivo e equivocado que criminaliza o usuário. É dessa forma que Zaluar (1994b, p. 11), argumenta “que o consumo de drogas tem crescido grandemente entre as parcelas mais pobres da população no Brasil, as mais afetadas pelas falhas na escola e do mercado de trabalho em lhes dar esperança e projetos para o futuro” [...].

Para além das transformações de caráter biológico que marcam a puberdade propriamente dita, a sociedade tem modificado sua maneira de ver e tratar a temática da adolescência demarcando a historicidade, o caráter psicossocial e cultural dessa condição (Lapassade, 1975, p. 248). Embora o estágio próprio da adolescência tenha características que podem ser consideradas universais por serem inerentes à puberdade ela “deve ser compreendida como um fenômeno de ordem psicossocial, característico de uma categoria de idade, que varia com as culturas, as classes sociais, e que pode mesmo ser diluída em certos contextos culturais” (Lapassade, 1975, p. 248) [...].

Devemos, portanto estar atentos ao fato de que múltiplos fatores—sociais, econômicos, culturais e psicológicos—integram o comportamento dos adolescentes. Isso traz como consequência a preocupação de que descrever aspectos desse grupo em particular pode levar a uma cristalização de um modelo único de adolescente, como acontece com uma visão biologicista que universaliza ou tipifica as características da adolescência, a partir da noção de puberdade. Preferimos, pois falar em adolescentes que se diferenciam pela sua história de vida de acordo com sua inserção sócio-econômica e seu desenvolvimento psicológico particular num contexto histórico e cultural dado [...].

Os estudos provenientes da psicologia social acabam sendo aqueles que conseguem colocar juntas: as preocupações de formação da personalidade e busca da identidade com as questões relativas aos processos de socialização. Allison Davis, citado por Muuss (1976, pp. 89–90) define socialização como “o processo pelo qual um indivíduo aprende e adapta as maneiras, idéias, crenças, valores e normas de sua cultura própria e os transforma em parte integrante de sua personalidade”. Nessa concepção, os comportamentos preconizados pela sociedade são definidos pelos “agentes socializantes”. Assim, a cultura é aprendida socialmente e passa a influenciar o comportamento dos adolescentes. Para esse autor, os processos de socialização variam culturalmente — como enfatizado pela antropologia—, mas também de uma classe social para outra. Dessa forma, as tensões e ansiedade estariam diretamente relacionadas às expectativas e valores de uma determinada classe social [...].

Reduzir os danos associados ao uso de drogas pode ser uma coisa importante para os indivíduos que se vêem apto a escolher o uso de droga entre suas opções de vida. Para aqueles indivíduos que estão sendo, na verdade, induzidos a usar drogas por suas condições de existência precárias, essa perspectiva pode se evidenciar apenas num arremedo. Nesse caso, seria menos prejudicial engajá-los em uma ação

transformadora de suas condições de vida. Propomos assim, uma perspectiva ampliada de redução de danos (Soares, 1997: 24-6, 3-7, 45, 257).

Trabalho nº 14: Porém, há diferenças entre as classes sociais. Na população de baixa renda, a criança aprende a utilizar a erva muito cedo, sendo possível que se coloque chá de ganja até nas mamadeiras. Nas classes média e alta, no entanto, a droga é condenada, mas os adolescentes fumam-na, expressando, assim, a sua oposição contra a geração adulta. Ela se tornou, portanto, um símbolo de curiosidade, prazer ou mesmo revolta, desvinculado de um rito social tradicional; ela é agora inserida em um código social, novo, aquele dos jovens à procura de novos valores e novos modelos. Citamos um trecho do *Correio de Unesco*(1982):

O adolescente de classe média fuma por curiosidade, para incrementar o prazer sexual, para fazer descobertas psicodélicas etc. Não possui um código definido para se conformar, não tem modelo respeitável para imitar. Ao contrário, uma criança que cresce na classe operária aprende aos poucos utilizar a erva, e não lhe faltarão modelos. Ela pode começar a fumar com 7 ou 8 anos, embora, de modo geral, seja iniciada por companheiros aos 12 anos, numa cerimônia de grupo que tem mais de um traço de semelhança com um rito de passagem [...].

Trabalho nº 22: Viver na pobreza numa sociedade que põe constantemente à mostra todos os bens de consumo que o dinheiro pode comprar constitui uma violência especialmente pungente para os jovens [...].

O envolvimento de jovens das classes privilegiadas com atos violentos também está ligado, muitas vezes, ao imediatismo estimulado pela sociedade de consumo [...].

As motivações para o envolvimento dos jovens no comércio clandestino de armas e drogas são usualmente atribuídas ao impacto da sociedade de consumo entre os jovens de periferia (embora não apenas entre estes) e à perda de importância do trabalho como referencial moral, entre outros aspectos [...].

Qualquer ação que vise diminuir os riscos dos jovens se envolverem com violência em situações de consumo de álcool precisa, antes de tudo, adotar a perspectiva do protagonismo juvenil. Isto significa promover os jovens como sujeitos das intervenções, capazes de participar ativamente na definição das prioridades, na implementação de ações e na avaliação dos resultados. Para trazer os jovens a cena é imprescindível redefinir posturas que estão ainda muito enraizadas na escola, na política, na comunidade, na família e em muitos outros espaços de circulação juvenil. Como ponto a favor, o Brasil conta com inúmeras experiências bem sucedidas de trabalhos onde o protagonismo juvenil é estimulado, além de uma longa tradição de organização da sociedade civil para a luta por uma sociedade mais justa. Na hora de pensar em estratégias de redução dos danos relacionados ao consumo de álcool, essas experiências poderão servir de ponto de partida (Franch, 2003: 54-5, 59, 63).

Trabalho nº 25: Em uma abordagem de redução de danos, os legisladores não falam sobre consumidores de álcool, e sim com eles, ouvindo as comunidades e os grupos que são afetados por danos relacionados ao álcool. Formuladores de políticas procuram soluções que sejam viáveis e pragmáticas ao adotar intervenções que funcionem em vez de fazer promessas que

soem boas para o público. Em outras palavras: uma abordagem baseada em fatos e não em crenças, que seja transparente e menos ideológica [...].

Todos os consumidores têm direito a informações sobre os efeitos do uso prejudicial de álcool, sobre a possibilidade de modificação dos padrões de consumo, e a orientações voltadas para o uso responsável, no sentido da responsabilização e autonomia da pessoa (Delgado, 2003: 119, 135).

Trabalho nº 28: *Historicamente, a questão sobre a temática droga foi vista exclusivamente pela ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. O uso e/ou abuso e/ou dependência de álcool e outras drogas representam um problema que é do âmbito da saúde pública, que pressupõe necessária interface com outros programas do Ministério da Saúde, de outros ministérios (Justiça, Educação, Secretaria de Direitos Humanos), organizações governamentais e não-governamentais e demais representantes da sociedade civil organizada, garantindo, assim, a intersectorialidade na construção de uma política de prevenção, tratamento e educação para o uso/consumo de álcool e outras drogas. Entendemos que sobre este tema há predomínio da heterogeneidade, já que afeta diferentes pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias. As ações de saúde devem atender às diferentes especificidades (isto é: equidade, universalidade e integralidade do Sistema Único de Saúde [SUS]) apresentadas pelo consumidor. Portanto, para que esta política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva, devemos ter em conta que as distintas estratégias (retardo no consumo de drogas, redução de danos associada ao consumo e superação do consumo) são complementares e fundamentais para a sua construção (Silveira, Doneda, 2003: 349).*

Trabalho nº 42: *Não há como pressupor comportamentos e atitudes homogêneos no âmbito do que se costuma denominar “mundo das drogas”. Os diferentes grupos, classes sociais e indivíduos consomem drogas de modos distintos e atribuem múltiplos significados à sua utilização (Velho, 1994).*

Segundo Zaluar (1994), o preconceito contra os usuários de drogas é ainda maior entre os jovens de populações pobres. Segundo ela, os jovens de classe média não chegam a ser estigmatizados como anti-sociais ou violentos, e sim como pessoas “em busca de diversão”, que, ao exceder o limite, podem recorrer a médicos e clínicas particulares, respondendo relativamente bem a propostas de tratamento, como a dos Narcóticos Anônimos. Mas os jovens pobres não são encarados com a mesma generosidade e compreensão, podendo ser presos como traficantes por carregarem dois ou três gramas de droga, contribuindo para aumentar ainda mais a população carcerária.

A população pobre é, geralmente, a mais afetada, segundo a autora, devido às deficiências da escola e as dificuldades do mercado de trabalho, que não lhes possibilita uma expectativa positiva quanto à sua qualidade de vida. Isso não significa que a pobreza explique o ato desviante, mas que a pobreza, aliada às falhas do Estado e da cultura hedonista, funcionaria como um facilitador da adesão a subculturas de uso de drogas ilícitas (Fonseca, 2005:23-4).

A Redução de Danos como um novo paradigma não pode prescindir de uma compreensão que englobe uma análise estrutural, conforme buscou-se apontar neste tópico. Neste sentido o trabalho reproduzido abaixo busca desenvolver a perspectiva de uma compreensão global do fenômeno da produção, comércio e consumo de substâncias psicoativas na sociedade contemporânea.

Trabalho nº 02: *Mas, como Lucchini reconhece, uma abordagem que privilegie um ângulo de análise macrossocial, permite estudar e perceber o peso das condições econômicas e políticas que sustentam o ciclo que vai do plantio, passando pela elaboração e distribuição de drogas pelo mundo movimentando extenso capital. Por sua vez, a criminalização das drogas propicia a existência do tráfico, que conforme assinala Gilberto Velho (1994b, p. 27), traduz a importante “dimensão de poder” que está diretamente implicada nesta prática. O autor escreve sobre a dimensão do poder que está relacionada a este fenômeno: “Especificamente o tráfico internacional de drogas mobiliza recursos e atores que atuam de modo clandestino ou semiclandestino, constituindo-se em poderoso instrumento de poder.*

Também não atua isoladamente, mas articula-se a outras atividades ilegais como o tráfico de armas, aparecendo, constantemente, misturado a negócios oficiais de exportação e importação [...]. Como o tráfico de drogas é uma das atividades mais lucrativas de que se tem conhecimento, torna-se uma tentação quase irresistível para certos aplicadores de capital menos éticos”. Somando ao capitalismo, a criminalização. Sabe-se que (Baratta, 1994, p. 39), anteriormente ao capitalismo, o consumo de drogas tratava-se simplesmente de mais um aspecto da história de culturas locais e não possuía a característica problemática que passou a ter enquanto mercadoria, enquanto um grande e lucrativo negócio dentro da economia capitalista que não conhece limites culturais [...].

Kaplan (1991, p. 8) ao se referenciar numa abordagem histórico-estrutural para analisar a relação entre drogas, direitos humanos e modernidade, caminha no mesmo sentido apontando para o fato de que as consequências do capitalismo, entre outras coisas, desempenha papel importante no desenvolvimento do tráfico e consumo de drogas ilícitas, bem como na sua produção e comercialização. Assim diz o autor (p. 9): “As necessidades de alguns grupos convergem e interatuam com as possibilidades que outros grupos criam, dentro de um contexto histórico que favorece de diferentes maneiras a demanda e o consumo, a produção e a distribuição destas substâncias” (tradução minha). O autor continua ainda argumentando, (p. 10), que essa globalização da economia se reflete no tráfico e consumo de drogas, pois os países industrializados não só constituem centros de consumo, como também de organização criminal ficando no outro pólo, os países “em desenvolvimento” como países produtores e intermediários para o tráfico (Soares, 1997: 26-7).

7.2.7.5 A redução de danos se reveste da perspectiva da educação emancipadora

A complexidade do campo das substâncias psicoativas na sociedade contemporânea e a redução de danos como um novo paradigma requer conforme se buscou apontar um arcabouço teórico-metodológico amplo e interdisciplinar que inclua os saberes de diversas áreas para que não fique restrito ao excesso de pragmatismo e a compreensões desvinculadas e desconectadas da totalidade social. Nesse sentido também a educação se apresenta como um recurso de grande importância para emancipar a redução de danos de paradigmas restritivos ao campo da segurança e da saúde. Mas também a educação precisa se imbuir de ferramentas teóricas e práticas que dêem um caráter político e transformador da realidade social.

Esta perspectiva traz como variante da anterior a aposta na capacidade de raciocínio e a reflexão crítica dos sujeitos em relação aos seus valores tendo na figura do professor um mediador das reflexões e ações. Nesse sentido observamos que o sujeito da Redução de Danos é revestido com uma concepção de educação problematizadora, fundamentada nos postulados de Freire, que confere ao sujeito um arcabouço instrumental para fazer frente às determinações estruturais do consumo prejudicial de drogas. No entanto ainda que o sujeito seja considerado como plural e revestido de instrumentais críticos não notamos alusão às diferenças dos grupos sociais em relação ao seu lugar de classe social na reprodução da vida social, o que ao nosso entender define uma consciência em relação às condições desiguais de vida e frente ao consumo prejudicial de drogas.

Assim transcrevemos trechos de trabalhos que buscam apontar como a educação pode se mostrar uma ferramenta fundamental para fazer frente às necessidades de transformações estruturais.

Trabalho nº 02: *A educação, enquanto um recurso para fazer prevenção, em qualquer dessas dimensões, deve ter um caráter crítico, uma educação que promova o entendimento dos processos sociais e, reiteramos, possibilite as condições para que os indivíduos possam ter opções e fazer escolhas durante o seu processo de socialização que lhes permitam desfrutar de uma existência social plena. Uma educação crítica e*

“desalienante” em relação ao contexto e inserção sociais, tanto no que se refere às mediações do âmbito microsocial como no que se refere ao âmbito macrosocial (Soares, 1997: 71).

Trabalho nº 17: Ainda de acordo com os postulados de FREIRE (Ibid., p. 97): “Não há diálogo verdadeiro se não há nos seus sujeitos um pensar verdadeiro. Pensar crítico. Pensar que, não aceitando a dicotomia mundo-homens, reconhece entre eles uma inquebrável solidariedade. [...] A educação autêntica, repitamos, não se faz de ‘A’ para ‘B’ ou de ‘A’ sobre ‘B’, mas de ‘A’ com ‘B’, mediados pelo mundo”[...].

Como alternativa para essa questão, surge a metodologia participativa, com ênfase em atividades que proporcionem arcabouço instrumental para as ações de prevenção, a partir de reflexões e diminuição de pré-conceitos e preconceitos. Faz-se necessário o conhecimento das idéias que os educadores possuem sobre o assunto, verificando que valores destes últimos estão ligados ao uso abusivo das drogas psicotrópicas. Dessa forma, possibilita-se um projeto amplo e eficaz de capacitação dos educadores, para a prática preventiva nas escolas. [...].

A autora explica que a diferença entre os autores está na ênfase que dão ao sujeito ou ao objeto, como forma de explicação sobre a construção do conhecimento. Assim, nos modelos de modificações das condições de ensino, a escola, que costuma trabalhar os conhecimentos como prontos e acabados, passaria a entender e trabalhar as ações de prevenção na perspectiva da interação dos alunos com as circunstâncias, conhecimentos e conseqüências do uso abusivo de drogas, desconstruindo e reconstruindo seus valores, pensamentos, sentidos e comportamentos em relação a esse uso abusivo.

O autor faz críticas aos modelos de trabalho unicamente assistencialistas, sugerindo sempre o modelo de educação “libertadora”, que se baseia em raciocínio e postura crítica. Nesse sentido, a formação preventiva proporcionada por este modelo põe o professor na perspectiva de agente mediador de reflexões e ações concretas dos jovens, para um posicionamento e comprometimento desses com seu próprio agir preventivo (PINTO, 2000).

Consideramos, assim, que os modelos de abordagem indireta facilitam o raciocínio, as escolhas e a reflexão crítica dos alunos, enquanto que os modelos amedrontadores de trabalhos preventivos negam e dificultam estas posturas críticas, dado que sugerem raciocínio, mas dentro do modelo que propõe a prevenção, desconsiderando os valores do sujeito e sua relação com o seu entorno, com o seu ambiente [...].

Trabalhar com prevenção nas escolas é trabalhar com a possibilidade de ampliação da capacidade reflexiva dos alunos, para outros importantes temas: política, economia, saúde, educação, etc.

FREIRE (1981) defende que a educação problematizadora possui um caráter libertador, que não está a serviço do opressor. Afirma que educadores e educandos são sujeitos de seu processo, superam o intelectualismo que é alienante, superam o autoritarismo da educação “bancária”. Para o autor, não haveria como manter um mundo opressor se todos os oprimidos pudessem ser questionadores, dizendo sempre “por quê?”, buscando sempre as razões e o sentido das coisas. “Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão” [...].

Fica patente a importância de se promover uma educação crítica, na qual além do papel dos pais, se destaque o papel dos educadores, das escolas. É fácil compreender que, como nem sempre as famílias estão preparadas para fazer a reflexão crítica junto aos seus filhos, acabam por delegar esse papel aos professores. Assim, a educação, tomando como base os princípios freirianos, deve auxiliar na compreensão desse fenômeno. Os educadores devem se preparar para mais esse papel, já que se trata de um papel de educação, de construção de visão crítica. Afinal, não é esse o papel da educação? (Tavares-de-Lima, 200: 36-7, 39, 92, 99).

Trabalho nº 42: *Toma-se também como referência teórica neste trabalho uma abordagem educacional emancipatória, considerada potente para formar sujeitos com capacidade crítica, habilitados para propor mudanças, capazes de refletir sobre suas escolhas e não resignados a aceitar, como único caminho, aquele do prejuízo relacionado ao consumo de drogas (Soares, 1997) (Canoletti e Soares, 2005:118).*

Trabalho nº 43: *Na compreensão tradicional de educação, podemos afirmar que educar estaria limitado à mera transmissão do conhecimento formal, garantindo prioritariamente o acúmulo de conteúdo; o professor seria responsável exclusivamente por sua área de habilitação, enquanto na compreensão libertadora de educação, o educar seria criar condições para desenvolver no aluno a capacidade de reflexão, possibilitando uma visão crítica e atuante, instrumentalizando-o para a resolução dos seus problemas atuais. Trabalhamos, nesta pesquisa, com a compreensão de que quanto mais próximo estiver o conceito de educação do professor da compreensão libertadora de educação, maior será sua capacidade de incorporar “novas” funções educativas. Justamente por causa desta compreensão é que defendemos, neste trabalho, que a formação em educação preventiva ao uso nocivo de drogas seja contemplada na formação inicial do professor, relacionando o sentido de prevenir com o sentido de educar (Sodelli, 2006:103).*

7.2.7.5.1 O sujeito emancipado e politizado

O sujeito da saúde coletiva é imbuído de uma compreensão mais global e crítica sobre a realidade histórica e social sobre a qual se constitui tornando-se assim um sujeito histórico e consciente do seu papel político para a transformação das condições globais de desigualdade social e do seu lugar de classe social revestido de valores de preservação do humano e das relações sociais solidárias.

Reproduzimos abaixo trechos dos trabalhos que trazem a perspectiva do sujeito emancipado e politizado.

Trabalho nº 02: De uma maneira geral, poderíamos dizer que o projeto analisado objetiva uma formação mais abrangente que possa dar elementos para que os adolescentes façam escolhas em favor de seu desenvolvimento pleno como sujeito. Assim, no nosso entender, ele se insere numa perspectiva ampliada de redução de danos. Ele avança em relação aos modelos de prevenção tradicionalmente levados a cabo na escola e se contrapõe à perspectiva de guerra às drogas. Avança quando fala dos vários usos de drogas, dos vários efeitos subjetivos e abandona a concepção da guerra às drogas (Soares, 1997:257).

Trabalho nº 39: Tomar o ensino da prevenção do uso prejudicial de drogas como objeto da saúde coletiva significa submeter a análise do processo complexo do uso contemporâneo de drogas ao conjunto de concepções que fundamentam o campo: como a sociedade se reproduz socialmente; quais são as instituições e os mecanismos sociais envolvidos nessa reprodução; quais são as conseqüências para as classes sociais (potenciais de desgaste e de fortalecimento associados às formas de trabalhar e de viver, advindas da sua localização no processo de reprodução social [...]).

A disciplina propôs-se nessas bases à qualificação dos trabalhadores de saúde, promovendo a capacidade crítica dos sujeitos para contrapor a ideologia dominante e transformar a ação em direção à superação do preconceito, mecanismo pelo qual a ideologia se reproduz, e que é sustentado de um lado pela omissão dos mecanismos complexos que estão na base do uso de drogas e de outro pela divulgação do efeito devastador do uso de drogas [...].

Nesse sentido, a disciplina parece ter atingido seu objetivo de instrumentalizar os alunos para uma atuação profissional crítica, a partir das matrizes teóricas do campo da saúde coletiva - os determinantes estruturais - na explicação do processo de uso de drogas na contemporaneidade (Soares, Campos, 2004:111-5).

Conclusões

8 CONCLUSÕES

O estudo realizado teve como objetivo descrever e analisar a produção científica brasileira sobre redução de danos. O conjunto de 44 trabalhos selecionados é representativo do percurso da redução de danos no Brasil, pois abrange a área acadêmica, o setor de serviços e diversas outras formas de produção do conhecimento, de organização e mobilização social da sociedade civil em geral.

A produção acadêmica se mostrou importante em todos os países em que a redução de danos se projetou, porém no Brasil, o setor público mostrou-se mais ativo do que no restante do mundo. Esse fato está certamente associado aos financiamentos provenientes do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP) – em torno de nove bilhões de dólares a partir do ano de 1994 – e aos esforços da Coordenação Nacional DST/AIDS, mobilizados a dar respostas sociais e de saúde à epidemia do HIV/AIDS (MS, 1999:5). Nesse momento a redução de danos foi aceita por alguns setores enquanto uma estratégia de prevenção terciária para usuários de drogas injetáveis excluídos e marginalizados. Assim, as publicações sobre redução de danos referentes às políticas para o controle do HIV/AIDS chegaram a 30% do total, sendo que 25% foram disseminadas no período de 1997 a 2001, na vigência do primeiro ciclo de financiamentos internacionais – 1994 a 1999 – e nos anos imediatamente subsequentes, resultando em trabalhos de avaliação do impacto da implantação das estratégias de redução de danos que culminaram no ano de 2001.

Cabe assinalar que em 1998 foi sancionada uma Lei Estadual em São Paulo e em outros Estados que reafirmava a pertinência das ações de redução de danos junto a usuários de droga injetável como ações de saúde pública, retirando da ilegalidade os programas até então iniciados. Pode-se afirmar que foi a partir do fortalecimento e da efetividade da redução de danos no campo da AIDS que esta se constituiu numa estratégia de saúde pública e se desenvolveu em vários países e particularmente no Brasil, assumindo características diferenciadas em razão dos contextos e das políticas nacionais e internacionais.

Posteriormente nota-se no setor público um aumento das publicações no âmbito das políticas de saúde mental, atingindo 11% do total, o que tornou a redução de danos objeto também do setor de tratamento para o atendimento de usuários que referem um consumo prejudicial e problemático. Assim a redução de danos vem se ampliando no setor público, seja como estratégia para flexibilização dos serviços de tratamento, buscando novas formas de intervenção, seja como uma carta de princípios para ancorar políticas mais humanizadas.

Dessa forma a redução de danos se ampliou, tornando-se objeto de vários campos do saber e acionando um debate mais acalorado na sociedade sobre os modos como as questões relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas deveriam ser encaminhadas. Assim o ano de 2003 representou um momento em que, para além das áreas de saúde pública/epidemiológica e psiquiátrica, o debate em torno da redução de danos mostrou sua repercussão em diferentes áreas do conhecimento - psicologia, saúde coletiva, ciências sociais, antropologia, serviço social e criminologia crítica - conforme atesta um significativo número de publicações (50% do total).

Outro dado que reflete o percurso dos trabalhos diz respeito aos tipos de publicações realizadas, pois a maioria são capítulos de livros, artigos de revistas indexadas e manuais (91%) sendo que somente 9% dos estudos são teses e dissertações. Esses dados em certa medida denunciam a situação de poucos investimentos no campo da produção teórica e, por conseguinte, o excesso de pragmatismo que permeia as experiências implantadas em redução de danos. Também os dados da análise sugerem a necessidade de adoção de referenciais teóricos visando à solidificação da redução de danos e sua emancipação em relação a perspectivas excessivamente pragmáticas.

A análise dos trabalhos buscou apreender em cada produção em particular aquilo que estava sendo tomado como objeto da redução de danos, classificando-se os trabalhos em função do recorte do objeto/sujeito da redução de danos conforme sintetiza-se abaixo:

a) Quando o objeto/sujeito encontra-se na unidade dependência-dependente

Nesse recorte a droga é considerada elemento capaz de exercer domínio sobre o usuário, ficando este prisioneiro da compulsão - mecanismo que induz à repetição do uso. Essa “fraqueza”, “predestinação” ou “condição doentia” parece ser a marca do sujeito. O discurso da condição de doente-dependente torna-se a verdade sobre o sujeito que deve se submeter às intervenções das instituições responsáveis pela cura. A psiquiatria é a área do saber que tem contribuído de maneira significativa para a explicação do consumo de drogas como doença.

Nessa lógica, a finalidade do trabalho é a abstinência de qualquer consumo de drogas, com as ações se orientando no sentido de afastar a droga do indivíduo ou o indivíduo da droga. A RD é tomada tão somente como uma estratégia de prevenção secundária ou terciária, um último recurso empregado nos casos em que não é possível chegar prontamente à abstinência porque os usuários não aceitam ou não têm como ficar abstinentes.

b) Quando o objeto/sujeito é a unidade doenças transmissíveis-usuários de droga das populações marginalizadas e excluídas

Nessa lógica predominam as noções de risco e/ou de vulnerabilidade para doenças e outros agravos à saúde e o conceito de dano relacionado à transmissão do HIV. Nota-se que a compreensão da droga em si como causa dos problemas relacionados ao consumo dá lugar à concepção de que é a condição de marginalização e exclusão que expõe os usuários a maiores riscos e agravos, assim a meta é a inclusão e aproximação destes às ações de saúde.

Parte-se do pressuposto que, em função de preconceitos e por temor, geralmente os sujeitos são refratários ou reticentes a procurar espontaneamente os serviços de saúde. Nesse sentido a RD apresenta-se como uma estratégia para a formação de vínculos através do oferecimento de insumos e de orientações para prevenção de doenças transmissíveis e outros agravos à saúde. Ao viabilizar a atenção à saúde para usuários de drogas ilícitas, a RD

acaba sendo porta-voz do reconhecimento de direitos sociais desse grupo em particular.

O foco central das ações é a prevenção de doenças transmissíveis e outros agravos à saúde, ficando a preocupação com o consumo de drogas propriamente dito secundarizada.

c) Quando o objeto/sujeito tem a unidade na equação consumo-usuário de drogas

Nesse recorte as concepções orientadoras das práticas podem ser resumidas da seguinte forma: muitos usuários não conseguem abandonar por completo o uso e outros desejam continuar usando, por vezes, expondo-se a riscos e prejuízos; a busca pelas substâncias psicoativas serve a diversos propósitos humanos, ou seja, as drogas sempre foram objeto de interesse dos homens; a droga não é considerada o agente determinante e a relação que se estabelece entre o sujeito e a droga deixa de ser necessariamente de dependência, sendo considerados outros tipos de uso.

Nessa perspectiva o usuário de drogas passa a ganhar status de sujeito livre para dispor de seu corpo, ativo e autônomo, protagonista e com capacidade para adotar formas de consumo menos prejudiciais. Essa perspectiva responsabiliza individualmente os sujeitos, tanto pelo sucesso como pelo fracasso das iniciativas de proteção. Estes ganham na condição em si de usuários de drogas sua “identidade”, perdendo quase que completamente sua referência como sujeito social, uma vez que a procura ou não pela droga e o tipo de uso parece independe da estrutura e da dinâmica da formação social em que os sujeitos se encontram, esta sendo tomada apenas como pano de fundo sem relação de determinação com o consumo.

As ações e políticas se voltam para o usuário (não por estar necessariamente em uma condição de marginalidade ou exclusão), no sentido de orientá-lo, informá-lo e criar condições para desenvolver autonomia visando o auto-cuidado. A finalidade das ações em saúde é a diminuição de riscos, danos e prejuízos relacionados ao consumo de drogas. Não se tem como meta a abstinência.

d) Quando o objeto/sujeito da redução de danos está alicerçado no modo de viver de uma dada “comunidade”.

A promoção da saúde conforme vem sendo difundida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros órgãos internacionais fundamenta esta vertente, que incorpora elementos sociais à compreensão do fenômeno do consumo de drogas. Os elementos acrescidos, no entanto, nem sempre comprometem a formação social na determinação do consumo de drogas, mas justificam o controle de grupos dominantes sobre os indivíduos e comunidades, visando a harmonia social e o aprendizado de boas práticas de saúde e estilos de vida saudável.

Nessa perspectiva a compreensão de sujeito supera, de um lado, a vertente que atribui domínio à substância e subserviência ao dependente e, de outro, a perspectiva que descontextualiza o usuário de sua condição social, considerando-o também como sujeito plural, ou seja, como parte de uma comunidade participante. Porém a comunidade é considerada homogênea como se as formas de reprodução social dos grupos sociais e os processos que envolvem o consumo prejudicial de drogas não guardassem diferenças sociais.

Os conceitos de fatores de risco e de proteção subsidiam o planejamento de uma série de intervenções preventivas divididas em níveis primário, secundário e terciário, tendo início no alerta aos riscos e perigos do consumo e na orientação de como devem se proteger para não consumir drogas ou, caso consumam, como devem se comportar para que o consumo não evolua para níveis mais elevados até a dependência.

A finalidade das ações é a promoção de estilos de vida saudável, a melhoria da qualidade de vida e a promoção da saúde, ampliando-se, portanto, os objetivos a serem alcançados, seja por referência à prevenção de doenças transmissíveis e agravos à saúde individual, seja por referência à redução de prejuízos relacionados ao consumo de drogas.

e) Quando o objeto/sujeito são representados pela unidade entre os riscos sociais e a população em geral

Neste recorte nota-se que o foco das ações é a população em geral sendo que as ações e políticas propostas visam diminuir riscos e agravos sociais relacionados ao consumo de risco e/ou prejudicial de drogas, geralmente lícitas. A concepção de saúde que orienta essa vertente é multifatorial dando ênfase às formas de controle social sobre as instituições, sujeitos e formas moderadas de consumo e os contextos e situações em que o consumo ocorre. Isso seria feito através de um conjunto de modificações em diferentes frentes: nos ambientes de consumo de drogas lícitas, no tipo de oferta das substâncias, na adoção de cuidados posteriores ao consumo, em mudanças nas legislações, na restrição de venda em determinadas situações, entre outras. As medidas não se restringem aos consumidores, mas envolvem também a responsabilidade de instituições.

f) Quando o objeto/sujeito encontra-se na equação condição existencial-ser humano a-histórico e invariável

As concepções que fundamentam esse recorte reconhecem na condição existencial humana a definição a priori do lugar do sujeito por referência ao consumo de drogas. O uso de drogas é considerado como um fenômeno sempre presente na história da humanidade e uma das formas de alívio das tensões que resultam da relação homem-mundo. As condições objetivas só vão fazer sentido à medida que contribuem para diminuir ou aumentar as vulnerabilidades, podendo resultar no consumo prejudicial de drogas. O consumo de drogas é uma possibilidade para responder às necessidades do viver humano.

Assim, o sentido da redução de danos se encaixa, pois a experiência de alteração da psicoatividade vai ao encontro das possibilidades de aplacar as angústias do viver. A finalidade das ações é diminuir as vulnerabilidades do ser na sua condição existencial para a busca de realização dos propósitos humanos. Dessa forma se o consumo de substâncias psicoativas é uma

possibilidade de busca humana, a finalidade não é impedi-lo, mas diminuir as vulnerabilidades visando um consumo menos prejudicial.

g) Quando objeto/sujeito é exposto pela unidade produção-comércio-consumo de SPA -classe social

Esta análise remete às possibilidades de aproximação da RD ao campo da Saúde Coletiva.

A partir de autores que vêm estudando o consumo contemporâneo de drogas sob os fundamentos da Saúde Coletiva, é possível relacionar esse fenômeno à estrutura e dinâmica do modo de produção, contextualizando-o historicamente. Nessa perspectiva o consumo não é atribuído aos efeitos psicofarmacológicos das drogas ou a uma somatória indiferenciada de fatores, ou à condição humana propriamente dita, mas às formas de trabalhar e de viver das diferentes classes sociais.

O sujeito é pois tomado como sendo o coletivo dividido em classes sociais, portanto heterogêneo, submetido a condições desiguais de reprodução social para fazer frente aos apelos da indústria lícita e ilícita das drogas.

Sob tal fundamentação a RD encontra respaldo teórico para se emancipar do caráter estritamente instrumental que caracterizou sua entrada na cena da saúde pública brasileira. De uma estratégia de intervenção a RD passa a ser considerada um conjunto de saberes e práticas que parte de uma compreensão estrutural do complexo sistema social de produção, distribuição e consumo de substâncias psicoativas, tal como se apresenta na contemporaneidade, para propor uma ação menos instrumental e mais emancipatória.

O caráter crítico da RD a coloca em sintonia com essa perspectiva. Desde suas primeiras formulações no Brasil, a RD se opõe à política de guerra às drogas no seu objetivo de centrar no consumo de drogas ilícitas as raízes dos problemas contemporâneos com as drogas, propondo medidas puramente repressivas e punitivas direcionadas aos consumidores e pressionando-os a abandonar o uso ou na melhor das hipóteses a buscarem tratamento nos serviços de saúde. A RD parte de fundamentos que concebem a existência de

diferentes formas de relação do homem com as drogas, nem sempre vinculadas a um consumo problemático, e, nesse sentido, seus objetivos não se restringem à eliminação das drogas e do seu consumo. As medidas propostas visam um conjunto de políticas voltadas para a redução de riscos e danos relacionados a todo tipo de consumo potencialmente prejudicial, o que significa abertura em relação aos cânones da guerra às drogas.

Coerentemente com essa perspectiva crítica em relação à guerra às drogas, diversos simpatizantes da RD no Brasil vêm propondo críticas à política baseada na criminalização do consumo, pois estas, além de não terem efeitos práticos para diminuir a procura por drogas, ainda geram conseqüências de exposição a riscos físicos, psíquicos e sociais aos consumidores especialmente quando estes se deparam com o submundo do tráfico. Também contribuem para demarcar a subjetividade dos sujeitos submetidos às pressões sociais, dado o impacto do estigma, reforçado pelas vertentes da moral e da doença. Nesse sentido a contradição é evidente, pois se o proibicionismo, por um lado, almeja acabar com os problemas sociais e de saúde relacionados ao consumo das drogas ilícitas, por outro, as medidas jurídicas acabam por agravar esses problemas, além de criar outros.

A RD, sob os fundamentos da Saúde Coletiva, se reveste de uma perspectiva histórica para compreender o consumo de substâncias psicoativas referido às transformações que estão ocorrendo na sociedade contemporânea e apontando particularidades que podem melhor explicar este fenômeno, da forma como se apresenta na atualidade. Uma das particularidades é o crescimento do consumo em grande escala, de maneira cada vez mais precoce, associado a problemas de saúde, violência e mortes por causas externas, entre outros. Conforme se buscou compreender neste estudo essa particularidade seria resultado da transformação da droga em mercadoria, cujas características, matizadas pela “pós-modernidade” são as seguintes: produzida em escala crescente a partir de diversas formas preparadas para facilitar a aceitação nos mercados; disseminada e infiltrada em todo o planeta a partir do processo de globalização, de facilitação do acesso e das tecnologias de marketing; arregimentada por uma superindústria lícita que se utiliza cada vez mais de

promessas de solução mágica para os problemas ou para a satisfação de prazeres idealizados e compulsivos; também utilizada por toda a superestrutura historicamente solidificada do narcotráfico como consequência das políticas proibicionistas. Atreladas a um sistema de valores relacionados à pós-modernidade que colocam em evidência os valores de solidariedade e aqueles que valorizam o humano e as relações intersubjetivas. Essa crise de valores teria um papel de grande importância na procura pela droga e em relação às formas como o consumo se apresenta na contemporaneidade, determinando modos compulsivos com objetivos descolados de um projeto de vida mais abrangente e do contexto de vida dos grupos e classes sociais.

Porém foi observado que o aumento dos problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas não se explicaria somente a partir da transformação da droga em mercadoria, mas da dinâmica que se instalou nas sociedades a partir da crise do capitalismo dos anos 70 propagadora de condições de vida cada vez mais desiguais entre as classes sociais, com a produção em larga escala de diversos bens e produtos e, ao mesmo tempo, dificuldades de acesso a esses bens pela maioria das populações do mundo.

A RD, da perspectiva da Saúde Coletiva objetivaria: a busca de consciência do lugar que os sujeitos ocupam na sociedade; a percepção das contradições do sistema capitalista e ao mesmo tempo a valorização do humano como ente genérico; a percepção dos interesses em jogo e da necessidade de resgatar os valores de solidariedade para transformar as condições de desigualdade social; enfim, a transformação de sujeitos individuais e passivos em sujeitos coletivos ativos, críticos e emancipados.

A complexidade que cerca o fenômeno das substâncias psicoativas na sociedade contemporânea e a constituição da RD, como um novo paradigma filiado ao campo da Saúde Coletiva, requer conforme se buscou apontar um arcabouço teórico-metodológico amplo e interdisciplinar que inclua os saberes de diversas áreas para que não fique restrito ao excesso de pragmatismo e a compreensões desvinculadas e desconectadas da totalidade social.

Nesse sentido a educação também se apresenta como um recurso de fundamental importância para emancipar a redução de danos de paradigmas

restritivos ao campo da segurança e da saúde. No entanto a educação também precisa estar alicerçada em ferramentas teóricas e práticas que permitam a transformação da realidade social. A partir de uma compreensão mais global e crítica sobre a realidade histórica e social, os sujeitos tendem a compreender as raízes das desigualdades sociais e a dirigir seus atos políticos para a transformação dessas desigualdades.

Assim a RD sob a ótica da Saúde Coletiva se apresenta com força para resgatar objetivos éticos e humanos, visando transformações mais globais que vão de encontro às raízes dos problemas sociais contemporâneos aos quais o sistema complexo das substâncias psicoativas está entrelaçado.

Enfim cabe ressaltar que o universo de trabalhos analisados é representativo da realidade brasileira na constituição da redução de danos como teoria e prática, pois abrange o conjunto de serviços públicos e as diversas práticas da sociedade civil. Fica também evidenciado que a aceitação e difusão da redução de danos pelo Brasil como política pública está intrinsecamente relacionada às iniciativas internacionais e nacionais para o controle da epidemia do HIV/AIDS. Portanto pode-se sugerir que se por um lado observa-se um investimento significativo pelo poder público na implantação de políticas de redução de danos por outro isto não significa um interesse efetivo por parte do Estado e da sociedade na transformação das políticas hegemônicas para o campo das substâncias psicoativas. No entanto o seu alcance vem se estendendo para a área de tratamento no campo da saúde mental servindo de suporte para a implantação de formas mais humanizadas e éticas de cuidado. Também nota-se que além da saúde pública/epidemiologia e da psiquiatria, outras áreas do saber têm tomado a redução de danos como objeto, como é o caso da psicologia, da saúde coletiva, das ciências sociais, da antropologia, do serviço social e da criminologia crítica, o que tem servindo de base para ampliar o seu alcance e também fomentar o debate sobre as questões que envolvem o complexo sistema das substâncias psicoativas.

Referências

REFERÊNCIAS

- About harm reduction in the context of the response to HIV/AIDS. *Can HIV AIDS Policy Law Rev.* 2004;9(2):5.
- Abrantes AA, Martins LM. A produção do conhecimento científico: relação sujeito-objeto e desenvolvimento do pensamento. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2007;11(22):313-15.
- Acselrad G. A educação para autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas. In: Acselrad G, organizador. *Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 183-212.
- Alves-Mazzotti AJ. O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2ª ed. São Paulo: Pioneira; 1999.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70 ISBN; 2006.
- Baratta A. Introdução a uma sociologia da droga. In: Mesquita F, Bastos FI, organizadores. *Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos*. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 21-43.
- Bauer JE, Hyland A, Li Q, Steger C, Cummings KM. A longitudinal assessment of the impact of smoke-free worksite policies on tobacco use. *Am J Public Health.* 2005; 95(6):1024-9.
- Bells MA, Hughes K, Lowey H. Healthy nightclubs and recreational substance Use. From a harm minisation to a healthy settings approach. *Addict Behav.* 2002; 27(6):1025-35.
- Bewley-Taylor DR. Harm reduction and the global drug control regime: contemporary problems and future prospects. *Drug Alcohol Ver.* 2004; 23(4):483-9.
- Birman J. *Arquivos do mal-estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2006.
- Borland R. A strategy for controlling the marketing of tobacco products: a regulated market model. *Tob Control.* 2003; 12(4):374-82.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/HIV/Aids. *Ações na área de AIDS e drogas: relatório final*. Brasília; 1999.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Manual de redução de danos*. Brasília; 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2197, 04 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*; Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.1059/GM, 04 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPSad – e dá outras providências. Diário Oficial da União; Brasília; 2005.

Bravo MJ. Infecciones de transmisión sanguínea o sexual entre las personas que se inyectan drogas y suas parejas en las Américas: principios básicos para reducir los daños asociados a la inyección de drogas. Reaccionar y anticiparse: manual para profesionales de la salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2004.

Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación: guía pedagógica para um taller de metodología (epidemiología del trabajo). 2ª ed. Quito: Centro de Estudios y Asesoría em Salud; 1995.

Brites CM. Ética e uso de drogas: uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006.

Brocato J, Wagner EF. Harm Reduction: An social work practice model and social justice agenda. *Health Soc Work*. 2003;28(2):117-25.

Brown CG, Stewart SH, Larsen SE. Experiences of harm reduction among women with alcohol use problems. *Can J Commun Ment Health*. 2005;24(1):95-113.

Bucher R. Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Bustos SS. Representaciones sociales de sustancias psicoactivas ilícitas en universitarios de la Ciudad de Santiago. *Ciud Méd Soc*. 2005;45(2):117-37.

Caballero M. El consumo de drogas como problema de salud pública. *Infosida*. 2006;5(5):64-7.

Calipo S. Saúde, Estado e Ética: NOB/96 e Lei das Organizações Sociais: a privatização da instituição pública da saúde? São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Campaña A. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre condições de vida e saúde. In: Barata RB, organizador. *Condições de vida e situação em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p. 115-65.

Cardoso CF, Vainfas R. História e análise de textos. In: Cardoso CF, Vainfas R. *Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia*. Rio de Janeiro: Campus; 1997. p. 375-400.

Carlini ELA. Conversation with Elisado Luiz de Araújo Carlini. *Addiction*. 2005;100(7):897-907.

Carline-Cotrim BHRS. A escola e as drogas: realidade brasileira e contexto internacional [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1992. v.1.

Carneiro H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. *Rev Out IES*. 2002;(6):115-28.

Carneiro H. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: Venâncio RP, Carneiro H, Gonçalves AL, organizadores. *Álcool e drogas na história do Brasil*. São Paulo: Alameda; 2005. p. 11-27.

Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004a;9(3):669-78.

Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004b;20(4):1088-95.

Castro RJ, Foy BD. Harm reduction: a promising approach for college health. *J Am Coll Health*. 2002;51(2):89-91.

Chapman S. Harm reduction. *Tob Control*. 2003;12(4):341. Erratum: *Tob Control*. 2004; 13(3):320.

Coggiola O. O comércio de drogas hoje. *Olho História* [periódico na Internet]. 2001. [citado 2006 dez 10]. Disponível em: <http://www.oohodahistoria.ufba.br/04coggio.html>.

Cohen P. Cool reception for drug to limit smoking damage. *New Sci*. 2003;180(2415):11.

Denning P. Harm reduction psychotherapy: an innovative alternative to classical addictions theory. *Am Clin Lab*. 2002;21(4):16-8.

Dubois G. La réduction du risque tabagique est-elle possible? *Rev Prat*. 2004;54(17):1894-6.

Dunsby J, Bero L. A nicotine delivery device without the nicotine? Tobacco industry development of low nicotine cigarettes. *Tob Control*. 2004;13(4):362-9.

Des Jarlais DC. Evaluating national harm reduction programs. *Addiction*. 2005;100(11):1575-6.

Escohotado A. *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza; 1989. v.3.

Factor SH, Galea S, de Duenas Geli LG, Saynisch M, Blumenthal S. Development of a [quot] survival [quot] guide for substance users in Harlem, New York City. *Health Educ Behav*. 2002;29(3):312-25.

Farone WA. Harm reduction: 25 years later. *Tob Control*. 2002; 11(4):287-8. Comment: *Tob Control*. 2001;10(3):201-3.

Fonseca EM. Políticas de redução de danos ao uso de drogas: o contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros [dissertação] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

Fontanella BJ, Turato ER. Spontaneous harm reduction: a barrier for substance-dependent individuals seeking. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(4):272-7.

Fox BJ, Cohen JE. Tobacco harm reduction: a call to address the ethical dilemmas. *Nicotine Tob Res.* 2002;4(2):81-7.

Futerman R, Lorente M, Silverman S. Integrating harm reduction and abstinence-based substance abuse treatment in the public sector. *Subst Abus.* 2004;25(1):3-7

Geppert CM. To help and not to harm: ethical issues in the treatment of chronic pain in patients with substance use disorders. *Adv Psychosom.* 2004;25:151-71.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.

Gilpin EA, Pierce JP. The California Tobacco Control Program and potential harm reduction through reduced cigarette consumption in continuing smokers. *Nicotine Tob Res.* 2002;4(2):157-66.

Giovino GA. Tobacco harm reduction involves more than cigarette harm reduction. *Am J Public Health.* 2004; 94(8):1294-5. Comment: *Am J Public Health.* 2002;92(6):945-6.

Gómez-Perretta De Mateo C, Portolés Sanz M, Pérez Díaz MI, Gómez-Perretta De Mateo ML, Salom Serra R. Actividad serotoninérgica y evitación de daño en adictos abstinentes a drogas. *Actas Esp Psiquiatr.* 200; 30(4):241-5.

Granda E, Breilh J. Saúde na sociedade: guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Cortez; 1989.

Graham JW, Tatterson JW, Roberts MM, Johnston SE. Preventing alcohol-related harm in college students: Alcohol-related harm prevention program effects on hypothesized mediating variables. *Health Educ Res.* 2004;19(1):71-84.

Gray NJ, Henningfield JE. A long-term view of harm reduction. *Nicotine Tob Res.* 2004;6(5):759-64.

Gray N. Mixed feelings on snus. *Lancet.* 2005;366(9490):966-7.

Gray N. Time to change attitudes to tobacco: product regulation over five years? *Addiction.* 2005;100(5):575-6.

Grimm D. Ethics. Is tobacco research turning over a new leaf? *Science.* 2005;307(5706):36-7. Comment: *Science.* 2005;29;308(5722):632.

- Hansson SO. Extended antipaternalism. *J Med Ethics*. 2005;31(2):97-100.
- Harris JE. Incomplete compensation does not imply reduced harm: yields of 40 smoke toxicants per milligram nicotine in regular filter versus low-tar cigarettes in the 1999 Massachusetts Benchmark Study. Erratum: *Nicotine Tob Res*. 2004;6(5):797-807.
- Nicotine Tob Res*. 2005;7(1):173.
- Hattaway AD. From Harm reduction to human rights: bringing liberalism back into drug reform debates. *Drug alcohol Rev*. 2002;21(4):397-404.
- Hathaway AD. Ushering in another harm reduction era? Discursive authenticity, drug policy and research. *Drug Alcohol Rev*. 2005; 24(6):549-50. Comment: *Drug Alcohol Rev*. 2005;24(5):449-59.
- Hatsukami DK, Slade J, Benowitz NL, Giovino GA, Gritz ER. Reducing tobacco harm: research challenges and issues. *Nicotine Tob Res*. 2002;4(2):89-101.
- Haydon E, Fischer B. Crack use as a public health problem in canada: call for an evaluation of 'safer crack use kits'. *Can J Pulic Health*. 2005;96(3):185-8.
- Hugles R. Drugs, prisons and harm reduction. *J Health Soc Policy* 2003;18(2):43-54.
- Hughes JR, Carpenter MJ. The feasibility of smoking reduction: an update. *Addiction*. 2005;100(8):1074-89.
- Hwang SW. Homelessness and harm reduction. *CMAJ*. 2006;174(1):50-1. Comment: *CMAJ* 2006; 174 (1):45-9.
- Jolicoeur DG, Richter KP, Ahluwalia JS, Mosier MC, Resnicow K. Smoking cessation, smoking reduction, and delayed quitting among smokers given nicotine patches and a self-help pamphlet. *Subst Abus*. 2003;24(2):101-6.
- Jones L. Sex, drugs and harm reduction. Things to think about and things you can do. *Posit Aware*. 2005;16(4):33-5.
- Joseph AM, Rice K, An LC, Mohiuddin A, Lando H. Recent quitters' interest in recycling and harm reduction. *Nicotine Tob Res*. 2004;6(6):1075-7.
- Joseph AM, Hennrikus D, Thoele MJ, Krueger R, Hatsukami D. Community tobacco control leaders' perceptions of harm reduction. *Tob Control*. 2004;13(2):108-13.
- Kaplan M. Tráfico de drogas, soberania estatal, seguridad nacional. *Sistema*. 1997;(136):43-61.

Karam ML. Redução de danos, ética e lei: os danos da política proibicionista e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo. In: Sampaio CMA, Campos MA. Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos. Rio de Janeiro: ABORDA; 2003. p. 45-97.

Keane H. Moral frameworks, ethical engagement and harm reduction: commentary on 'Ethical challenges and responses in harm reduction research: promoting applied communitarian ethics' by C. L. Fry, C. Treloar & L. Maher. *Drug Alcohol Rev.* 2005;24(6):551-2. Comment: *Drug Alcohol Rev.* 2005;24(5):449-59.

Kellogg SH. On (quot) gradualism (quot) and the building of the harm reduction-abstinence continuum. *J Subst Abuse Treat.* 2003; 25(4):241-7.

King W, Carter SM, Borland R, Chapman S, Gray N. The Australian tar derby: the origins and fate of a low tar harm reduction programme. *Tob Control.* 2003;12(3):61-70.

Kotzin S. Journal selection for Medline. In: 71th World Library and Information Congress: IFLA General Conference and Council "Libraries - A voyage of discovery"; 2005 Aug 4th - 18th; Oslo, Norway. [evento na Internet]. Oslo; 2005. [citado 2008 mar 31]. Disponível em: <http://www.ifla.org/IV/ifla71/Programme.htm>.

Kozlowski LT. Harm reduction, public health, and human rights: smokers have a right to be informed of significant harm reduction options. *Nicotine Tob Res.* 2002;4(2):55-60.

Kozlowski LT, Edwards BQ. [quot] Not safe [quot] is not enough: smokers have a right to know more than there is no safe tobacco product. *Tob Control.* 2005;14(2):3-7.

Lacaz FAC. O sujeito n(d)a saúde coletiva e pós-modernismo. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2001;6(1):233-42.

Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global; 1983. p.135-58.

Lessa S. O processo de produção/reprodução social; trabalho e sociabilidade. In: CEAD-UNB. *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Mod. 2; 1999. p. 20-33.

Luchins D. Harm reduction: a historic parallel and parable. *Adm Policy Ment Health.* 2004;31(4):347-9.

MacMaster SA. Harm reduction a new perspective on substance abuse services. *Soc Work* 2004;49(3):356-63.

Majoer B, Rivera J. SACHR: An example of an integrated, harm reduction drug treatment program. *J. Subst. Abuse Treat.* 2003;25(4):257-62.

Marlatt GA. Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Trad D Bueno. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999; p.29-58.

Marlatt GA, Witkiewitz K. Harm reduction approaches to alcohol use: health promotion, prevention, and treatment. *Addict Behav.* 2002;27(6):867-86.

Martens MP, Ferrier AG, Sheehy MJ, Corbett K, Anderson DA, Simmons A. Development of the protective behavioral strategies survey. *J Stud Alcohol.* 2005;66(5):698-705.

Martin EG, Warner KE, Lantz PM. Tobacco harm reduction: what do the experts think? *Tob Control.* 2004;13(2):123-8.

Mayes J, Handley S. Evolving a model for integrated treatment in a residential setting for people with psychiatric and substance use disorders. *Psychiatr Rehabil J.* 2005;29(1):59-62.

McCambridge J. The opportunity for public health activism to reduce alcohol harm. *Addiction.* 2004;99(11):1477-8.

Meyer C, Rumpf HJ, Schumann A, Hapke U, John U. Subtyping general population smokers not intending to quit by stages to reduce smoking. *Nicotinea Tob Res.* 2004;6(6):1043-50.

Mesquita F. Perspectivas das estratégias de redução de danos no Brasil. In: Mesquita F, Bastos FI, organizadores. *Drogas e Aids: estratégias de redução de danos.* São Paulo: Hucitec; 1994. p.169-180.

Miller P. Harm reduction ethics: a promising basis for drug policy. *Drug Alcohol Rev.* 2005;24(6):553-4. Comment: *Drug Alcohol Rev.* 2005;24(5):449-59..

Molina CN. Reducción de daño: estrategias para vivir más y mejor. *Sidahora.* 2005; p.8-11.

Nadel J, Rees V, Connolly GN. Disparities in global tobacco harm reduction. *Am J Public Health.* 2005;95(12):2120. Comment: *Am J Public Health.* 2005;95(6):936-8.

O'Connor RJ, Cummings KM, Giovino GA, McNeill A, Kozlowski LT. How did UK cigarette makers reduce tar to 10 mg or less? *BMJ.* 2006;332(7536):302.

O'Hare P. Redução de danos: alguns princípios e a ação prática. In: Mesquita F, Bastos FI, organizadores. *Drogas e Aids: estratégias de redução de danos.* São Paulo: Hucitec; 1994. p.65-78.

Okuyemi KS, Richter KP, Ahluwalia JS, Mosier MC, Nazir N. Smoking reduction practices among African American smokers. *Nicotine Tob Res.* 2002;4(2):167-73.

Ott J. *Phamacotheon: drogas enteogénicas, sus fuentes vegetales y su historia.* Barcelona: La Liebre de Marzo; 2000.

Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pública.* 1998;32(4):299-316.

Patrício LDB. Abuso de drogas na Europa: reflexão rumo ao ano 2000. *Mundo Saúde* 1999;23(1):56-64.

Pierce JP. Harm reduction or harm maintenance? *Nicotine Tob Res.* 2002;4(2):53-4.

Plastino CA. A construção do sujeito coletivo e a questão dos direitos humanos. In: Gilberta Acselrad. organizadora. *Avessos do prazer, drogas, aids e direitos humanos.* 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p.17-33. v.1.

Podymow T, Turnbull J, Coyle D, Yetisir E, Wells G. Shelter-based managed alcohol administration to chronically homeless people addicted to alcohol. *CMAJ.* 2006;174(1):45-9. Comment: *CMAJ.* 2006;174(1):50-1.

Pollay RW, Dewhirst T. A Premiere example of the illusion of harm reduction cigarettes in the 1990s. *Tob Control.* 2003;12(3):322-32.

Queiroz VM, Salum MJL. Reconstruindo a intervenção de enfermagem em saúde coletiva. In: *Livro resumo do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem;* 1996 out. 6-11; São Paulo, BR. São Paulo: ABen-Seção-SP; 1996.

Radulich G; Asociación Civil El Retomo. Reducción de daños entre usuárias de drogas en la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. *Infosida* 2003;3(3):64-67.

Ralet O. Condicionantes políticos y econômicos: análisis de la influencia de estos factores en la construcción social del “problema de la droga”. In: *Grup igia y colaboradores. Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias.* Barcelona: Ajuntament de Barcelona y FAD; 2000; p.43-51.

REDUC. Cartilha da Reduc de redução de danos: Fascículos 1 e 2. [periódico na Internet]. [citado 2006 dez 5] Disponível em: <http://www.reduc.org.br/pages.php?recid=19>.

Rehn J, Fischer B, Graham K, Haydon E, Mann RE, Room R. The importance of environmental modifiers of the relationship between substance use and harm. *Addiction.* 2004;99(6):663-6. Comment In: *Addiction.* 2004;99(10):1356.

Ribeiro MR, Seibel SD. *Drogas: hegemonia do cinismo.* São Paulo: Memorial; 1997.

Richter KP, McCool RM, Okuyemi KS, Mayo MS, Ahluwalia JS. Patients views on smoking cessation and tobacco harm reduction during drug treatment. *Nicotine Tob Res.* 2002;4(2):175-82.

Riley JB, Durbin P, D'Ariano M. Under the influence: taking alcohol issues into the college classroom. *Health Promot. Pract.* 2005;6(2):202-6.

Rodrigues TMR. *Narcotráfico: uma guerra na guerra.* São Paulo: Desatino; 2003.

Rodrigues T. Narcotráfico: um esboço histórico. In: Venâncio RP, Carneiro H, organizadores. *Álcool e drogas na história do Brasil.* São Paulo: Alameda; 2005. p.291-310.

Room R. Working towards harm reduction in Brazil. *Addiction.* 2002;97(11):1488-9.

Rosenberg H, Phillips KT. Acceptability and availability of harm-reduction interventions for drug abuse in American substance abuse treatment agencies. *Psychol Addict Behav.* 2003;17(3):203-10. Erratum: *Psychol Addict Behav.* 2004;18(1):11.

Rosenberg H, Melville J, McLean PC. Nonpharmacological harm-recuction interventions in british substance-misuse services. *Addict Behav.* 2004;29(6):1225-9.

Ross G. Response to the 2002, v. 23, issue 3 article entitled snuff use and smoking in US men: implications for harm reduction. *Am J Prev Med.* 2003;24(3):285; author reply 285-6. Comment: *Am J Prev Med.* 2002;23(3):143-9.

Salum MJL, Queiroz VM, Soares CB. Pesquisa social em saúde: lições gerais de metodologia – a elaboração do plano de pesquisa como momento particular da trajetória teórico-metodológica. In: *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde; 1999 dez 7-10; São Paulo, BR.* São Paulo: ABRASCO/Departamento de Medicina Preventiva da EPM-UNIFESP; 1999.

Sawanson J, Cooper A. Dangerous liaison: club drugs and HIV. *Posit Aware.* 2000;14(4):32-36.

Shiffman S, Gitchell JG, Warner KE, Slade J, Henningfield JE. Tobacco harm reduction: conceptual structure and nomenclature for analysis and research. *Nicotine Tob Res.* 2002;4(2):113-29.

Soares CB, Jacobi PR. Adolescentes, drogas e aids: avaliação de um programa de prevenção escolar. *Cadernos de Pesquisa.* 2000;109:213-237.

Soares CB. Consumo contemporâneo de drogas e juventude: a construção do objeto na perspectiva da saúde coletiva [tese livre-docência]. São Paulo: EEUSP; 2007.

Spencer N, Blackburn C, Bonas S, Coe C, Dolan A. Parent reported home smoking bans and toddler (18-30 month) smoke exposure: a cross-sectional survey. *Arch Dis Child*. 2005; 90(7):670-4. Comment: *Arch Dis Child*. 2005;90(7):661-2.

Stotz EN, Araújo JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde Soc*. 2004;13(2):5-19.

Tatarsky A. Harm reduction psychotherapy: extending the reach of traditional substance use treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2003;25(4):249-56.

Termorshuizen F, Krol A; Prins M, Geskus R, van den Brink W, van Ameijden EJ. Prediction of relapse to frequent heroin use and the role of methadone prescription: an analysis of the Amsterdam Cohort Study among drug users. *Drug Alcohol Depend*. 2005;79(2):231-40.

Tomar SL. Snuff use and smoking in U.S. men: implications for harm reduction. *Am J Prev Med*. 2002; 23(3):143-9. Comment: *Am J Prev Med*. 2002;23(3):226-8.

Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *Am J Public Health*. 2004;94(4):651-6.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 3ª ed. São Paulo: Atlas; 1992.

Touzé G, Cymerman P, Goltzman P, Rossi D. Experiencias de reducción de daños asociados a las drogas en la Ciudad de Buenos Aires. *Infosida* 2001;1(1):26-9.

Vargas Meza R. Fumigación y Conflicto: Políticas antidrogas y deslegitimación del Estado en Colombia. Santafé de Bogotá (Colômbia): Tercer Mundo; 1999.

Velho G. Duas categorias de acusação na cultura brasileira contemporânea. In: Velho G, organizador. *Individualismo e cultura*. Rio de Janeiro: Zahar; 1999. p. 55-64.

Warner KE. Tobacco harm reduction: promise and perils. *Nicotine Tob Res*. 2002;4(2):61-71.

Warner KE, Martin EG. The US tobacco control community's view of the future of tobacco harm reduction. *Tob Control*. 2003;12(4):383-90.

Warner KE. Will the next generation of [quot] safer [quot] cigarettes be safer? *J Pediatr Hematol Oncol*. 2005;27(10):543-50.

Weatherburn D. Supply control policy, harm reduction and context dependence. *Addiction*. 2005;100(7):927-8; discussion 930-2. Comment: *Addiction*. 2005;100(7):908-20.

Weitzman ER, Chen YY. Risk modifying effect of social capital on measures of heavy alcohol consumption, alcohol abuse, harms, and secondhand effects: national survey findings. *J. Epidemiol. Community Health*. 2005;59(4):303-9.

White B, Degenhardt L, Breen C, Bruno R, Newman J. Risk and benefit perceptions of party drug use. *Addict Behav*. 2006;31(1):137-42.

Wright N, Black N. Alcohol and primary care--will an emphasis upon harm reduction engage general practitioners? *Br. J. Gen Pract*. 2003;53(495):755-7.

Wiggers J, Jauncey M, Considine R, Daly J, Kingsland M, Purss F, et al. Strategies and outcomes in translating alcohol harm reduction research into practice: the alcohol linking program. *Drug Alcohol Ver*. 2004;23(3):355-64.

Wood EM. O que é a agenda "pós-moderna"? In: Wood EM, Foster LB, organizadores. *Em defesa da história: marxismo e pós-modernismo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999. p. 7-22.

Young JM; Fish WW; Browne A; Lawrie RS. Using a harm reduction approach with clients who have alcohol/drug dependencies in a spinal cord rehabilitation program. *J Spinal Cord Med*. 2002;25(2):81-7.

Zaluar A. Drogas: um panorama no Brasil e no mundo. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Ciência Hoje*. 2002;31(181):32-35.

Zaluar A. Violência, dinheiro fácil e justiça no Brasil: 1980-1995. In: Acselrad G, organizadora. *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 65-87.

Anexo

ANEXO

LISTA DOS TRABALHOS ANALISADOS

1. Fernandez OFRL. A prática de injeções de drogas, o uso comunitário de seringas e a redução dos riscos ao HIV. In: Parker R, Bastos C, Galvão J, Pedrosa, JS. A AIDS no Brasil: 1982-1992. Rio de Janeiro: ABIA, IMS, UERJ; 1994. p.252-69.
2. Soares CB. Adolescentes, drogas e AIDS: avaliando a prevenção e levantando necessidades [tese] São Paulo: Faculdade de Educação da USP; 1997.
3. Granjeiro A, Catapano R, Emily A. Redução de Danos. São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Programa Estadual de DST/AIDS. Atualidades em DST/AIDS: redução de danos. São Paulo: Secretaria da Saúde; 1998. P. 7-39.
4. Mesquita F, Ribeiro MM. As estratégias de redução de danos junto a usuários de drogas injetáveis (a troca de seringas): aspectos médicos legais. In: São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Programa Estadual de DST/AIDS. Atualidades em DST/ADIS: redução de danos. São Paulo: Secretaria da Saúde, 1998. p.61-75.
5. Andrade T. Redução de danos: mais que uma estratégia de prevenção entre UDIS. In: São Paulo (Estado). Secretaria da Saúde. Programa Estadual de DST/AIDS. Atualidades em DST/ADIS: redução de danos. São Paulo: Secretaria da Saúde; 1998. p.89-93.
6. Marques F, Doneda D. A política brasileira de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas: diretrizes e seus desdobramentos nos Estados e Municípios. Mundo da Saúde; 1999;23(1):10-9.
7. Brasil, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Manual de Redução de Danos. Brasília; 2001.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Projeto ajude-Brasil: avaliação epidemiológica dos usuários de drogas injetáveis dos projetos de redução de danos. Brasília; 2001. (Série Avaliação, 6).
9. Kral A, Bueno R, Mesquita F. Aids entre usuários de drogas injetáveis na região metropolitana de Santos, na década de 1990. In: Ministério da Saúde, Brasil. Coordenação Nacional de DST/AIDS. A contribuição dos estudos multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.11-48. (Avaliação, 8).
10. Hacker M, Telles P, Bastos FI. Uma década de pesquisas sobre usuários de drogas injetáveis e HIV/aids no Rio de Janeiro: parte I: rumo a uma epidemia sob controle? In: Ministério da Saúde, Brasil. Coordenação Nacional de DST/AIDS. A contribuição dos estudos multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.49-78. (Avaliação, 8).

11. Telles PR, Bastos FI, Inciardi JÁ. Uma década de pesquisas sobre usuários de drogas injetáveis e HIV/aids no Rio de Janeiro. Parte II: uma agenda para a ação, a experiência carioca. In: Ministério da Saúde, Brasil. Coordenação Nacional de DST/AIDS. A contribuição dos estudos multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasília; 2001. p.79-94. (Avaliação, 8).
12. Andrade TM, Dourado MI, Farias AH, Castro B. Redução de danos e redução da prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Salvador-Bahia. In: Ministério da Saúde, Brasil. Coordenação Nacional de DST/AIDS. A contribuição dos estudos multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasília; 2001. p.95-114). (Avaliação, 8).
13. Kuchenbecker R, Sudbrack M. Muito além da troca de seringas: a experiência do Programa de Redução de Danos associados ao uso de drogas injetáveis em Porto Alegre. Divulg. Saúde debate; 2001;(24):98-105.
14. Figueiredo RMMD, Gredori R. Prevenção ao abuso de drogas em ações de saúde e educação: uma abordagem sócio-cultural e de redução de danos. São Paulo: NEPAIDS; 2002.
15. Paes PCD. Tá legal: construindo uma política pública de redução de danos no Estado de Mato Grosso do Sul, fronteira com a Bolívia. GASS, Campo Grande. MS; 2002.
16. Trigueiros D, Bueno R. O projeto de redução de danos da cidade de São Paulo. In: Souza CR, Mesquita F. DST/AIDS: a nova cara da luta contra a epidemia na cidade de São Paulo. São Paulo: Raiz da Terra; 2003. p.39-45.
17. Tavares-de-Lima FF. Prevenção ao uso de drogas: modelos utilizados na educação, suas relações e possibilidades quanto a atitudes preventivas. São Paulo: 2003.
18. Bastos FI. Redução de danos e saúde coletiva: reflexões a propósito das experiências internacional e brasileira. In: Bastos F, Karam ML, Martins SM. Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ABORDA; 2003. p.15-41.
19. Karam ML. Redução de danos, ética e lei: os danos da política proibicionista e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo. In: Bastos F, Karam ML, Martins SM. Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ABORDA; 2003. p. 45-97.
20. Martins SM. Norma, desvio e uso de drogas: o contexto da busca da cidadania pela redução de danos. In: Bastos F, Karam ML, Martins SM. Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: ABORDA; 2003. p. 101-14.
21. Stronach B. Álcool e redução de danos. In: Melcop AG, Maia D, Buning E, Franch M. Relatório da I Conferência Internacional sobre Consumo de Álcool e Redução de Danos: em busca de uma política abrangente para os países em transição e desenvolvimento. Recife: Rede Brasileira de Redução de Danos; 2003. p. 29-35.

22. Franch M. Um brinde à vida: reflexões sobre violência, juventude e redução de danos no Brasil. In: Melcop AG, Maia D, Buning E, Franch M. Relatório da I Conferência Internacional sobre Consumo de Álcool e Redução de Danos: em busca de uma política abrangente para os países em transição e desenvolvimento. Recife: Rede Brasileira de Redução de Danos; 2003. p. 49-71.
23. Melcop AGT. Vamos parar por aqui? Os desafios da abordagem de redução de danos nas violências no trânsito. In: Melcop AG, Maia D, Buning E, Franch M. Relatório da I Conferência Internacional sobre Consumo de Álcool e Redução de Danos: em busca de uma política abrangente para os países em transição e desenvolvimento. Recife: Rede Brasileira de Redução de Danos; 2003. p. 103-110.
24. Gorgulho M. O papel da mídia na promoção do uso responsável de álcool. In: Melcop AG, Maia D, Buning E, Franch M. Relatório da I Conferência Internacional sobre Consumo de Álcool e Redução de Danos: em busca de uma política abrangente para os países em transição e desenvolvimento. Recife: Rede Brasileira de Redução de Danos; 2003. p. 103-110.
25. Delgado PG, Macedo PRA, Cordeiro F, Rodrigues SM. Álcool e redução de danos: construção de uma política intersectorial efetiva. In: Melcop AG, Maia D, Buning E, Franch M. Relatório da I Conferência Internacional sobre Consumo de Álcool e Redução de Danos: em busca de uma política abrangente para os países em transição e desenvolvimento. Recife: Rede Brasileira de Redução de Danos; 2003. p. 127-40.
26. Carlini EA. Redução de danos: uma visão internacional. J. bras. Psiquiatr 2003;52(5):335-339.
27. Dias JC, Scivoletto S, Silva CM, Laranjeira RR, Zaleski M, et al. Redução de danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas. J. bras. Psiquiatr 2003;52(5):341-348.
28. Silveira C, Doneda D, Gandolfi D, Hoffmann MC, Macedo P, et al. Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. J. bras. Psiquiatr 2003;52(5):349-354.
29. Cruz MS, Sáad AC, Ferreira SMB. 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. J. bras. Psiquiatr 2003;52(5):355-362.
30. Guerra AB, Marques ACPR, Noto AR, Camargo BMV, Silva EA, et al. Posicionamento da Disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas J. bras. Psiquiatr 2003;52(5):363-365.
31. Ribeiro M, Laranjeira RR. Posicionamento da Unidade de Atendimento a Dependentes (Uniad). J. bras. Psiquiatr 2003;52(5):365-366.
32. Moreira F, Xavier D. Posicionamento do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad). J. bras. Psiquiatr 2003;52(5):365-370.

33. MacRae E, Gorgulho M. Redução de danos e tratamento de substituição: posicionamento da Rede Brasileira de Redução de Danos. *J. bras. Psiquiatr.* 2003;52(5):371-374.
34. Malbergier A, Andrade AG, Scivoletto S. Redução de danos: Departamento e Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. *J. bras. Psiquiatr.* 2003;52(5):375-380.
35. Carlini-Marlatt B, Requião DH, Stachon AC. Redução de danos: uma abordagem de saúde pública. *J. bras. psiquiatr.* 2003;52(5):381-386.
36. Campos MA, Siqueira DJR. Redução de danos e terapias de substituição em debate: contribuição da Associação Brasileira de Redutores de Danos. *J. bras. Psiquiatr.* 2003;52(5):387-393.
37. Ferreira VRT. Relato de uma experiência com adolescentes sobre o uso de drogas. *Psicol. Teor. Prát.* 2003; 5(2):47-54.
38. Veloso L, Carvalho J, Santiago L. Redução dos danos decorrentes do uso de drogas: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas In: Bravo MIS, Vasconcelos AM, Gama AS, Monnerat GL. *Saúde e serviço social.* Rio de Janeiro: Cortez, 2004. p.165-178.
39. Soares CB, Campos CMS. A responsabilidade da universidade pública no ensino da prevenção do uso prejudicial de drogas. *Mundo Saúde* 2004;28(1):110-115.
40. Canoletti B, Soares CB. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica 1991 a 2001. *Interface comum saúde educ.* 2005;9(16): 115-129.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde. 2ª ed. rev. ampl. – Brasília; 2004.
42. Fonseca EM. Políticas de redução de danos ao uso de drogas: o contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros [dissertação] Rio de Janeiro. FIOCRUZ; 2005.
43. Sodelli M. Aproximando Sentidos: Formação de Professores, Educação, Drogas e Ações Redutoras de Vulnerabilidade [tese] São Paulo. Psicologia da Educação. PUC/SP; 2006.
44. Moreira FG, Silveira DX, Adreoli SB. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2006;11(3):807-816.