

ANTES INTERVIR QUE DESVIAR O OLHAR – COMO A REDUÇÃO DE RISCOS SE FEZ INCONTORNÁVEL

MARCO ANTÔNIO STANISLAU MENESES DA CRUZ

RESUMO: Uma breve abordagem histórica do conceito de redução de riscos e das condições que lhe deram origem introduz uma possível definição e apresenta uma estratégia alternativa aos modelos que vinham ocupando o discurso e a intervenção sobre as drogas: o modelo médico e o modelo legal. Depois de visitada a realidade do país e o momento legislativo que consagra os princípios humanista e pragmático na prevenção e redução de comportamentos de risco acrescido e na minimização de danos individuais e sociais provocados pelo consumo de drogas, procura-se afirmar o exercício desta política como escolha da acção em detrimento da omissão.

Palavras-chave: Redução de riscos; Minimização de danos; Consumo de drogas.

RÉSUMÉ: Un bref approche historique du concept de réduction de risques et des conditions que sont à l'origine de ce concept, introduit une possible définition e présente une stratégie alternative aux modèles qui occupaient le discours et l'intervention sur les drogues: le modèle médicale et le modèle légal. D'accord avec la réalité du pays et le moment législatif, qu'établi les principes humanistes et pragmatiques dans la prévention et réduction de risques et minimisation des dommages individuels et sociaux provoqués par la consommation des drogues, on essaye affirmer l'exercice de cette politique, en choisissant l'action contre l'omission.

Mots-clé: Réduction des risques; Minimisation des dommages; Consommation de drogues.

ABSTRACTS: A brief historical approach to the concept of risk reduction and the conditions that originated it, presents a possible definition while introducing an alternative strategy to the models that had been occupying the theory and the interventions on drugs: the medical and the legal models. After visiting the country's reality and the legislating moment that establishes the humanist and pragmatic principles in prevention and reduction of risk behaviours and minimisation of both individual and social damages caused by drug use, the exercise of this intervention is stated as a choice of action instead of omission.

Key Words: Harm reduction; Risk minimization; Drug use.

1. GÉNESE, DEFINIÇÃO E OUTRAS CONSIDERAÇÕES

Falar de políticas de redução de riscos implica necessariamente uma primeira abordagem no sentido de perceber a sua história, a sua génese, enfim, as condições de justificação para a sua actual generalização.

Do que estamos a falar quando nos referimos a redução de riscos, a minimização de danos ou outras expressões afins? D. B. Abrams e D. C. Lewis, no prefácio à obra *Redução de Danos* (Marlatt, 1999), iniciam a aproximação a esta questão com a referência a Hipócrates e seus conselhos a quem chegasse a uma nova cidade e pretendesse avaliar a qualidade do local para constituir residência. À época se sugeria a cuidada avaliação das gentes, seus hábitos e vícios, mas também a observação das condições de salubridade e abundância, por exemplo, de água. Não sendo, portanto, novidade a preocupação com a prevenção e evitamento de danos relativos à acção humana, quando aplicada ao consumo de substâncias, esta acção pode ser definida como uma política visando diminuir, atenuar ou controlar os prejuízos resultantes do uso de drogas, observando-se aqui não só a importância dos danos resultantes para o consumidor mas também para a sociedade onde ele se movimenta.

A década de 80 vê surgir com maior visibilidade intervenções que, inscritas numa lógica de redução de riscos, avançam com respostas a factores de pressão social bem identificados: observa-se o cada vez maior problema da infecção pelo VIH mas também uma maior consciência da ineficácia das intervenções que, dirigidas para a abstinência, se limitam ao tratamento e combate ao tráfico e consumo. Em vários pontos da Europa multiplicam-se acções, sendo de referir a experiência da Holanda onde, a par de um apoio crescente dos órgãos do Estado, surge a importante intervenção da sociedade civil, nomeadamente de uma associação de utilizadores de drogas – a *Junkiebond* – que, pioneira na troca de seringas com um primeiro programa em Amsterdão em 1984, impulsionou uma medida hoje bem mais unânime e consensual.

A redução de danos surge assim contrapondo-se às duas aproximações bem definidas, rivais e mesmo conflituantes que, à época, vinham dominando o discurso e a intervenção sobre as drogas: o modelo médico que

encarava a adição como uma doença intervindo sobre ela no sentido de reduzir a procura (prevenção) e elegendo a abstinência como única meta aceitável, e o modelo moral (ou legal) que tendia a intervir sob o pressuposto do uso de drogas como um problema de delinquência, procurando a redução da oferta pela proibição e pelo recurso à punição. Se o primeiro entendia o consumidor como um doente a necessitar de tratamento e o segundo o encarava como um criminoso a merecer punição, ambos concordavam no pressuposto-chave de eliminar a utilização de drogas. (Marlatt, 1999; O'Hare, 1995). A alteração de mentalidades e a evolução técnica e legislativa dos últimos anos possibilitou, contudo, a diluição de posições tão extremadas, sendo a prática clínica de hoje mais adaptada e muito menos refém do ideal de abstinência, e a intervenção legal mais adequada a uma posição de compromisso entre o consumidor e a sociedade que vê consumir. A abstinência deseja-se mas não se impõe, o consumo tolera-se mas não se aceita⁽¹⁾.

Os modelos moral e de doença encontraram, então, uma alternativa prática na filosofia defendida pela redução de danos que, desviando o foco da questão do utilizador para as consequências do consumo, se afasta da teoria da abstinência, esta essencialmente assente num “modelo punitivo de aplicação da lei e num paternalismo médico-religioso” (Newcombe, 1995, p. 25).

O pragmatismo desta nova aproximação ao fenómeno do consumo de drogas pretende, portanto, ultrapassar os critérios morais e não científicos responsáveis pela definição arbitrária daquilo que pode ou não ser um comportamento aceitável. Droga é uma substância química que afecta as funções orgânicas e psicológicas dos seres vivos, podendo ser usada com diversos fins. Esta definição não exclui o carácter aditivo de algumas destas substâncias nem a perigosidade potencialmente associada à sua utilização, mas também não encerra em si as razões que definem a actual lista de produtos proibidos e perseguidos. Enquanto objecto universal, a droga não existe. Ela é aquilo que determinada comunidade convencionou chamar droga. Essencialmente, as drogas identificam-se por critérios ideológicos, culturais e morais e não obedecendo a um significado farmacológico estrito (Comas cit. *in* Pallarés, 1996). O tabaco vitima indiscri-

minadamente, o álcool pode comprometer a saúde e é responsável por grande parte da sinistralidade viária e muita da violência dos nossos dias. Mas o seu consumo é permitido, a sua publicidade autorizada. Estas e outras substâncias, entre as quais os estimulantes e tranquilizantes adquiridos mediante receita médica, alteram igualmente o estado de consciência do indivíduo, oferecendo energia, calma ou simplesmente conforto. Todas elas podem produzir dependência, ainda que em grau variado, mas tal não as impede de serem aceites e não transformadas em matéria ilícita. O que classifica uma substância de perigosa e determina a sua interdição, é um juízo moral e não científico, mais que a possibilidade de criar dependência ou dano físico (Pallarés, 1996; Escotado, 1996). “As drogas ilícitas produzem efeitos semelhantes aos das lícitas, e pouco mais. A diferença que interessa é legislativa e não farmacológica” (The Economist, 1992, p.72).

2. A REALIDADE PORTUGUESA

A Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (ENLCD) aprovada pelo Governo em 1999 introduz de forma explícita a expressão “redução de danos” que o Decreto-Lei nº 183/2001 divide entre “redução de riscos”, referindo-se à diminuição dos perigos para a saúde pública, e “minimização de danos”, aqui na perspectiva dos danos envolvidos para o consumidor. Independentemente da terminologia utilizada será importante entender o conceito como abrangendo um conjunto de medidas e intervenções que, mais do que procurar eliminar o consumo, pretende diminuir os riscos associados, quer para o utilizador, quer para o tecido social (Maia Costa, 2001).

Os princípios do humanismo e do pragmatismo considerados naquela estratégia nacional visam, o primeiro, “preservar no toxicodependente a consciência da sua própria dignidade e constituir um meio de acesso a programas de tratamento ou de minimização da respectiva exclusão social”, o segundo, reduzir “os efeitos do consumo nos toxicodependentes, favorecer “a sua inserção sócio-profissional (...) favorecendo a diminuição do risco de propagação de doenças infecto-contagiosas e a redução da criminalidade associada a certas formas de toxicodependência”.

Se a Estratégia Nacional faz referência explícita a uma política de acção também assente na redução de danos, tal não significa que antes desta data não se verificassem já intervenções nesta área. Os trilhos históricos da emergência da redução de riscos em Portugal conduzem-nos até à segunda metade da década de 80. É nesse período que se esboçam as primeiras preocupações relativas ao tema “com a realização de rastreios em relação a doenças de contágio por via endovenosa ou sexual, [...] com o fornecimento ou facilitação de acesso a preservativos e com a promoção de uma atitude compreensiva e colaborante por parte dos farmacêuticos no que à venda de seringas dizia respeito.” (ENLCD, 1999, p.48).

Na avaliação oficial de 2002 do programa nacional de troca de seringas, Fernando Ventura refere que “já em 1990 a Dr.ª Laura Ayres deu os primeiros passos no sentido de estruturar um programa de troca de seringas. Em 1991, com a colaboração do Professor Machado Caetano é efectuado um primeiro estudo experimental que tem a sua continuação em 1992 com o projecto STOP-SIDA”. Este projecto, também designado como Centro Laura Ayres e ainda hoje existente, introduz pela primeira vez no nosso país a utilização de um Kit, então constituído por seringa, preservativo e informação. À sua introdução associou-se ainda o trabalho de rua com consumidores de drogas e um centro de aconselhamento (*Drop-in*), à semelhança do que já vinha acontecendo noutros países europeus. Finalmente, é com a professora Odete Ferreira que, em Outubro de 1993, irrompe aquela que os peritos responsáveis pela Estratégia Nacional supracitada classificam como “a mais importante e eficaz medida de redução de danos até hoje iniciada entre nós” – o Programa *Diz Não a Uma Seringa em Segunda Mão*⁽²⁾, nascida da sinergia criada fundamentalmente entre a Comissão Nacional de Luta contra a Sida (CNLS) e a Associação Nacional de Farmácias.

A atenção da sociedade surge quando a questão se vê discutida pelo poder político que, obrigado a regulamentar esta matéria, vem oficializar uma prática já instituída e desenvolvida em vários pontos do país. Só recentemente, portanto, pelo Decreto-lei 183/2001 de 21 de Junho, se oficializa a redução de danos como estratégia a considerar na rede nacional de intervenção na toxicodependência, definindo-se como objectivos gerais “a criação de

programas e de estruturas sócio-sanitárias destinadas à sensibilização e ao acompanhamento para tratamento de toxicodependentes, bem como à prevenção e redução de atitudes ou comportamentos de risco acrescido e minimização de danos individuais e sociais provocados pela toxicodependência”.

De uma situação de menor visibilidade passa-se, então, a um tempo de multiplicação de acções nesta área: projectos de apoio a grupos específicos (arrumadores de automóveis, prostitutas...), intervenções junto de sem-abrigo, distribuição de metadona em circunstâncias de menor exigência ao consumidor, entre outras. Ao abrigo deste novo diploma vários programas de intervenção vão sendo implementados, outros reforçados, fruto da intervenção de diversos organismos. O Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT⁽⁹⁾), a CNLS, as Autarquias, as IPSS, as ONG, as Farmácias, entre outras, actuando isoladamente ou em parceria, vão multiplicando acções junto de consumidores *de rua*, justamente aqueles mais distantes das respostas clássicas de tratamento.

Com uma estrutura construída nos últimos anos que privilegiou um conjunto de serviços mais orientado para a vertente do tratamento (Centros de Atendimento a Toxicodependentes, Centros de Dia, Comunidades Terapêuticas), os organismos competentes enfrentam agora o desafio da evolução do fenómeno-droga, da substância e do utilizador, aceitando igualmente a necessidade de uma intervenção mais sanitária e social do que terapêutica. Assim, também em Portugal, a redução de riscos “não é mais um artifício da linguagem. Ela significa uma profunda mudança de estratégia: da estratégia megalómana da eliminação ou irradiação do fenómeno da droga passou-se a uma estratégia mais modesta, pragmática e realista (...). Dito de outro modo abandonou-se o ideal de uma sociedade sem drogas” (Agra, 1998, p. 259).

3. O ALCANCE DA REDUÇÃO DE DANOS – ANTES INTERVIR QUE DESVIAR O OLHAR

A presença de propósitos comuns, no que diz respeito à preocupação partilhada de evitar consequências maiores, entre as medidas de redução de riscos e danos e as políticas preventivas pode suscitar no observador distraído

dificuldades na sua distinção. Um olhar atento consegue, no entanto, encontrar a razão da grande distância que as separa: se a prevenção primária tem como objectivo diminuir a procura, logo o consumo, a redução de danos apenas assume a necessidade de diminuir os riscos de tal prática. A proximidade de ambas é acima de tudo semântica, apresentando uma linguagem que, ainda que por vezes semelhante, não deverá ser confundida com diluição de fronteiras. Afastam-se também no próprio espaço em que se movimentam e no universo de indivíduos que procuram. Contudo, ainda que sejam as primeiras, mais facilmente identificadas com populações sofrendo já as consequências do seu comportamento (consumo de drogas, prostituição, etc.) não as podemos reduzir a simples intervenções de última linha junto daqueles por quem nada mais há a fazer. “*Casa roubada, trancas à porta*” não define, com certeza, o alcance que as intervenções nesta área pretendem conseguir. Trata-se sim da escolha de uma acção proactiva, da opção por uma atitude pragmática que aceita o fenómeno e o procura de forma amoral. “*Antes intervir que desviar o olhar*” assume esta posição e substitui também o “*antes prevenir que remediar*” que, na definição das acções de redução de riscos, pode explicar a sua lógica interventiva mas conter uma menor valorização das abordagens de tratamento, igualmente importantes e necessárias. A utilização de substâncias será sempre comum ao homem e, portanto, sujeita a abusos e apoio técnico.

Esta tarefa faz-se igualmente junto de grupos distantes do estereótipo do consumidor de rua e na definição das próprias políticas de intervenção na área. Medidas como a descriminalização do consumo, nomeadamente de derivados da *cannabis*, pode afastar alguns jovens do contacto com estruturas marginais entendidas como facilitadoras de comportamentos mais problemáticos, por exemplo o acesso mais facilitado a outras drogas, a inclusão em submundos delinquentes, a assunção de uma conduta fortemente estigmatizada, etc. Proceder à identificação e avaliação da qualidade da substância antes desta ser consumida, por exemplo, junto de espaços de diversão associados ao consumo de drogas de síntese, é uma forma de alcançar aqueles que, até por não se reverem num consumo problemático como o que associam ao utilizador de heroína, não procuram estruturas capazes

de os alertar para as precauções e riscos associados à sua utilização. Mais uma vez não se pretende dizer ao indivíduo para não consumir, tão somente explicar-lhe a melhor forma de o fazer caso seja essa a sua opção.

Não se trata, portanto, apenas de fornecer banho, cama, roupa e seringa lavada. Reduzir danos, minimizar as consequências do consumo de drogas é também prevenir, não representando, como muitos pretendem, uma simples atitude desistente por parte de um Estado que se demite das suas funções, rendendo-se à inevitabilidade do consumo e do narcotráfico. Pelo contrário, estamos frente a um poder público menos moralista e essencialmente mais pragmático que observa que a população toxicodependente que recorre à resposta de tratamento instituída representa uma percentagem limitada do universo total de consumidores. Ainda que esta constatação beneficiasse de concretização numérica nacional⁽⁴⁾, ela revela-se unânime junto dos profissionais que realizam trabalho de proximidade e também cada vez mais consensual naqueles que os recebem na estrutura de tratamento. Ana Paula Marques e Carlos Fugas (1996, p.9) em inquérito junto a 50 toxicodependentes frequentadores do Casal Ventoso verificavam esta realidade afirmando, em 1994, que “a maioria dos inquiridos experimentou algum tipo de tratamento (60%) embora destes, 33,9% o tenham interrompido há mais de um ano”. Pallarés (1996, p. 151) em ensaio etnográfico de populações heroínomanas da Catalunha constata esta mesma circunstância e concretiza com estudo de Funes: “unicamente 20% das pessoas com problemas importantes em relação às drogas acediam aos serviços de atenção a toxicodependentes, ficando muitos dos mais degradados distantes desses recursos; mas a maioria destes esteve em contacto com serviços assistenciais de atenção primária”⁽⁵⁾. Números idênticos foram oportunamente recolhidos por Coutinho (2004) que, a propósito da procura de tratamento nos CAT da região de Lisboa, encontrou valores compreendidos entre os 35% e os 49% no que respeito diz a indivíduos com consumos problemáticos de heroína que nunca estabeleceram contacto com o dispositivo de tratamento.

Acresce ainda que a este incompleto universo há que subtrair aqueles que, mesmo procurando ajuda especializada, ou não reúnem condições para ingresso num

programa orientado para a abstinência, ou não resistem às exigências de um serviço que, tantas vezes, os afasta. Recorrendo a valores estimados avançados em 2002 pela Direcção Regional de Lisboa e Vale do Tejo do extinto SPTT o mesmo autor refere que “a percentagem de toxicodependentes não abrangidos pelos respectivos CAT variava entre 40% e 80% conforme os concelhos em causa” (*ibidem*). As políticas de redução de danos observam esta realidade e, admitindo a utilização de drogas, pretendem a substituição de um consumo perigoso para o indivíduo e para a sociedade por um outro em que as consequências negativas dessa escolha sejam diminuídas.

Assim, se bem que inerente à política de redução de danos se encontre a protecção da saúde pública (por exemplo, a troca de seringas como controlo da proliferação do VIH), não se deverá esquecer a intenção de procurar aqueles que, por circunstâncias várias, se viram diminuídos na sua capacidade de autonomia e livre escolha. Ensinar alguém a *chutar* melhor, a escolher o sexo seguro, pretende ser uma atitude pragmática e isenta de crítica. Pretende igualmente tentar a possibilidade de trazer, ou não, estes actores para as estruturas sociais, de saúde e outras, que permitam a sua reintegração. Mas nunca com a atitude moral tão própria dos que ajuízam a excelência das suas intervenções, mas sim de acordo com a vontade do destinatário. Simplesmente, trocar uma seringa não deve obrigar o utilizador de drogas a procurar o clínico ou qualquer serviço de tratamento.

“Perante este estado difuso de consciência científica em que nos coloca a série heterogénea de fenómenos a que chamamos “a droga” surpreende a clareza com que os discursos da redução de riscos definem esta política interventiva, o modo aparentemente consensual com que lhe traçam as justificações e as origens, o tom pragmático com que descrevem os programas de acção” (Fernandes, 2002, p. 57). A redução de danos apresenta-se como a primeira lógica interventiva que resiste à urgência de tratar, de curar, aceitando a sua acção no âmbito de um pensamento e reflexão mais consentâneo com a realidade do fenómeno.

Sendo uma alternativa aos modelos moral/legal e de doença, continua a reconhecer a abstinência como resultado possível, mas não se prende a ele, aceitando

estratégias que minimizem os danos. Não combate as respostas tradicionais de maior exigência (tratamento, programas livres de droga) mas promove abordagens complementares, diminuindo obstáculos e aproximando-se de indivíduos para quem as estruturas clássicas de tratamento não oferecem qualquer capacidade de atracção. Os seus estilos de vida, as suas grelhas de comportamento e resposta social há muito se afastaram da lógica institucional que lhes é exigida num CAT, numa CT ou qualquer outra resposta clinicamente construída.

4. REFLEXÕES

Já muito se falou nas linhas anteriores das grandes e válidas intenções das abordagens contidas numa política de intervenção que passa a reconhecer a redução de riscos e a minimização de danos como tarefa a cumprir.

A sociedade de hoje inquieta-se e incomoda-se com aquilo que a agride. Quando essa agressão lhe é servida no noticiário de serviço, no relato de cidadãos assustados ou toxicodependentes *doentes* (presos a uma doença que ainda ninguém sabe bem qual é...) ou pelo contacto quotidiano com a figura do arrumador, ela exige intervenção. Esta diferença, a agressão a valores assumidos como não questionáveis (dignidade, trabalho, saúde, justiça) obriga à acção, a mesma acção que no passado conduziu jovens *cannabicos* à esquadra, que antes confinou loucos e pedintes a recintos prisionais e que, ainda em tempos mais distantes, conduziu hereges à fogueira. É certo que o humanismo do tempo presente intervém de modo mais subtil, estabelecendo mecanismos de controlo social mais discretos e adequados. A pergunta que precisamente se faz é a de saber se reduzir danos não serve o grande esforço dispensado pelas sociedades modernas na normalização dos seus elementos. Os modelos vigentes exigem a abstinência, pregam a moral e punem infractores mas os técnicos vêem falir as suas abordagens de tratamento e juizes e prisões falham na recuperação e regeneração.

A moderna farmacopeia veio controlar e calar o sofrimento mental, integrando-o em padrões de funcionamento mais aceitáveis e dispensando a procura mais exaustiva da sua razão primeira (Fernandes, 2002). Antidepressivos, benzo-

diazepinas e outros “admiráveis mundos novos”⁽⁶⁾ oferecidos sob a forma de pílula afastam o confronto do indivíduo e da sociedade com as verdadeiras razões da sua desagregação e degenerescência.

A metadona, os programas de pouca exigência, no fundo, a política de redução de danos pode igualmente ser pensada neste destino normalizador. Contudo, mesmo se considerarmos que também ela perpetua o esforço de controlo das abordagens médico-legais anteriores, é inegável a maior validade dos seus princípios pragmáticos e humanitários que, rejeitando uma atitude moralista (“não podes...”, “tens que...”), convive com a existência do consumidor de drogas fornecendo-lhe cuidados essenciais. Resultando da falência da lógica tratamento/abstinência, a redução de danos permite a aproximação ao *junkie* e a construção de novos saberes e novas formas de compreensão do fenómeno em si. Mas não se fica por este, só por si importante, valor académico. Ela possibilita que se prescindia “da abstinência como objectivo imediato e necessário, por forma a assegurar uma intervenção quando o consumo de drogas se apresenta como um dado incontornável. E se essa intervenção é inspirada por uma atitude eminentemente pragmática, não é menos verdade que responde também à preocupação ética de respeitar e promover os direitos dos toxicodependentes”. (Dec.-lei 183/2001).

A política de redução de danos tem o imenso valor de não desviar o olhar da realidade, abraçando e acolhendo com todas as suas forças o princípio do pragmatismo. Ela sabe que a seringa que troca não termina com o acto aprisionado do *drogado*, mas aceita com satisfação a possibilidade de diminuir o risco de uma infecção. E estando próxima pode, quando solicitada, proceder ao encaminhamento para respostas mais exigentes de resolução dos problemas daqueles que serve.

A acompanhar essa acção, a oportunidade de proteger a referida sociedade que vem recusando olhar para si na busca da razão das presentes disfunções sociais. Diminuir as infecções por VIH, reduzir os níveis de criminalidade, tirar as seringas do chão, sossegar as populações, afugentar o medo responde ao desejo do simples cidadão, também ele com direito a protecção, e não agride, mais que outras abordagens, o consumidor. Pelo contrário, os

programas de baixa exigência, inspirados nos princípios da redução de danos, permitiram alargar a acção do Estado junto da população utilizadora de drogas. Com respostas múltiplas e diferentes, desde as orientadas para a abstinência até aos programas de substituição de baixo limiar, consegue-se agora alcançar um maior número de indivíduos. O idealismo moralista é substituído por um pragmatismo empático (Marlatt, 1999). William James (cit. in Marlatt, 1999, p. 51) refere-se ao pragmatismo como sem “quaisquer preconceitos, nenhum dogma obstrutivo, nenhum cânone ao que conta como prova (...) está disposto a aceitar tudo, a seguir a lógica ou os sentidos e as experiências mais humildes e mais pessoais. Ele irá incluir experiências místicas se elas tiverem consequências práticas... Mas já é perceptível o quão democrático ele é.” A redução de danos aceita a existência de indivíduos que se envolvem em comportamentos de risco elevado, aceita aqueles que consomem drogas e que poderão nunca deixar de o fazer. Aceita e permite mas não promove esses comportamentos ou os indivíduos que os apresentam. Se para uns, os mais críticos, a imagem que passa é a da conivência, da promoção, para aqueles que actuam no terreno permanece a crença da justeza da intervenção possível. Se alguns se perguntam se esta atitude não resulta de uma desistência da sociedade sobre estes indivíduos à margem, antes se deve entender a redução de danos como a realização prática daquilo que ontem e hoje inúmeros modelos de interpretação e acção sobre as dependências tentam encontrar, ou seja, o auxílio ao consumidor e a todos aqueles (família, pares, etc.) que à sua volta gravitam.

Contacto

Marco António Stanislau Meneses da Cruz
 Psicólogo do IDT, DRN
 CAT Oriental – Porto
 Praça Rainha D. Amélia, s/n
 4000-075 PORTO
 stanislau@yahoo.com

NOTAS

- (1) A Lei 30/2000 de 29 de Novembro, que define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas termina com a criminalização, mas estabelece contra-ordenações para o consumo, aquisição e detenção para consumo próprio.
- (2) O consenso gerado em torno do êxito deste programa fundamenta-se facilmente quando se apresentam números como os que são explicitados no relatório de 2002 de avaliação do Programa *Diz Não a Uma Seringa em Segunda Mão*: estima-se terem sido evitadas mais de 7000 novas infecções pelo VIH durante os 8 anos de existência do programa por cada 10 000 utilizadores de drogas por via endovenosa existentes em 1993; segundo as estimativas mais conservadoras, a tradução económica deste benefício poderá ter sido superior a 1 700 milhões de Euros de poupança nos recursos financeiros alocados ao tratamento dos doentes infectados pelo VIH/SIDA; prevê-se que o investimento efectuado na distribuição e recolha das seringas (8 milhões de euros) tenha um retorno associado por seringa, equivalente a 70 vezes o custo da sua distribuição (0.32 euros).
- (3) Organismo antes dividido entre o Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT) e o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT).
- (4) Ao esforço de pesquisa para encontrar dados que apresentem esta realidade além do panorama local (a contribuição de Coutinho, 2004, limita-se à Grande Lisboa) não correspondeu proporcional recompensa quanto ao resultado obtido. Da estrutura nacional (IDT) ao Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT), do contacto com técnicos à consulta de investigadores apenas resultou a concordância quanto à existência de uma população “ausente” que todos sabem existir, mas ninguém arrisca quantificar. Interessante questão a responder por aqueles que, na rua fazendo o seu trabalho, poderão assim contribuir para um mais correcto conhecimento e optimização da resposta sanitária e assistencial.
- (5) Tradução portuguesa do autor.
- (6) “Sentia-se com direito (...) a um descanso completo e absoluto. (...) tomou seis comprimidos de meio grama de soma e estendeu-se na cama. Dez minutos depois tinha embarcado para uma eternidade lunar. E decorreriam pelo menos dezoito

horas antes que ela voltasse ao Tempo” (Huxley, p.151).

(7) “A redução de riscos nasceu quando uma figura das drogas – o *junkie* – introduziu uma novidade na sucessão das figuras que até aí tinham protagonizado o fenómeno droga: é ele o primeiro a não conseguir ter estratégias espontâneas de controlo de riscos e danos. É, também, o primeiro a demonstrar o falhanço das terapias tradicionais. Falência, pois, a propósito da figura do *junkie*, dos auto e hetero-controlos” (Fernandes, 2002).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agra, C. (1998). *Redução da procura e dos riscos das drogas. A cooperação nas políticas sobre as drogas e as toxicodependências*, pp. 259-263. Lisboa: INCM.

Comissão Nacional de Luta contra a Sida (2002). *Diz Não a Uma Seringa em Segunda Mão*. Programa Nacional de Troca de Seringas – Avaliação oficial.

Coutinho, R. (2004). “A propósito da procura de tratamento nos CAT”. *Toxicodependências*, 10 (3): 83-86.

Escohotado, A. (1996). *Aprendiendo de las drogas*. Barcelona: Anagrama.

Fernandes, L. (2002). “Redução de riscos, estilos de vida *junkie* e controlo social”. *Sociologia*, 39: 57-68.

Huxley, A. (1932). *Admirável mundo novo*. Lisboa: Livros do Brasil.

Maia Costa, E. (2001). “Redução de danos: preconceitos, obstáculos, justificação”. *Toxicodependências*, 7 (3): 53-58.

Marlatt, A. (1999). *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Marques, A. P. & Fugas, C. (1996). “Da rua dificilmente se sai sozinho!”. *Toxicodependências*, 2 (3): 3-12.

Newcombe, R. (1995). “La reducción de los daños relacionados con la droga: un marco conceptual para la teoría, la práctica y la investigación”. *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia.

O’Hare, P. A. (1995). “Introducción: apuntes sobre el concepto de reducción de daños”. *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: Grup Igia.

Pallarés, J. G. (1996). *El placer del escorpión. Antropología de la heroína y los yonquis (1070-1990)*. Lleida: Editorial Milenio.

Presidência do Conselho de Ministros (1999). *Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga*.

The Economist. (1992). “Drogas: não tem de ser assim”. *Sub Judice*, 3: 71-74.