

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

DA MARGINALIDADE À TOLERÂNCIA
REFLEXÕES ÉTICAS SOBRE A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS

MIRIAM ALICE DO LAGO

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

JUNHO/1999

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

DA MARGINALIDADE À TOLERÂNCIA
REFLEXÕES ÉTICAS SOBRE A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS

MIRIAM ALICE DO LAGO

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do grau de mestre do Curso de Pós-
Graduação em Saúde Pública. Departamento de Saúde
Pública.

Centro de Ciências da Saúde.

Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Profa Dra Sandra N. C. de Caponi

FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA

JUNHO/1999

DA MARGINALIDADE À TOLERÂNCIA
REFLEXÕES ÉTICAS SOBRE A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS

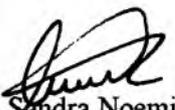
MIRIAM ALICE DO LAGO

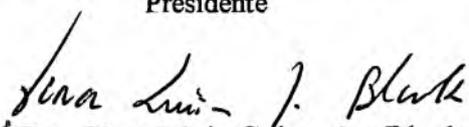
ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A OBTENÇÃO DO
TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA. ÁREA DE CONCENTRAÇÃO DE
EPIDEMIOLOGIA.

Orientadora: Prof^a Dra. Sandra Noemi C. Caponi

Coordenadora do Curso de Pós-Graduação: Prof^a Dra. Maria Helena Bittencourt Westrupp

BANCA EXAMINADORA:


Prof^a Dra. Sandra Noemi C. Caponi
Presidente


Prof^a Dra. Vera Lúcia Guimarães Blank
Membro


Prof. Dr. Volnei Garrafa
Membro


Prof^a Dra. Maria Helena Bittencourt Westrupp
Membro

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a minha família, principalmente meus pais, Sidney e Ema, que de forma “tolerante” e extremamente solidária, têm contribuído para o meu crescimento pessoal e profissional na vida. Aos meus irmãos e *prole*, companheiros de todas as horas.

Agradeço à amiga Vera Blank, que enviou da Suécia inúmeros artigos que auxiliaram a fundamentar minha argumentação, quando este projeto era apenas uma “vaga idéia”. Posteriormente, também proporcionou momentos de discussão e reflexão, e agora tenho o prazer de tê-la na banca examinadora.

À Professora Maria Helena Bittencourt Westrupp, pelas importantes contribuições na qualificação do projeto, e por aceitar participar desta banca.

Ao Doutor Volnei Garrafa, por sua disponibilidade em deslocar-se para participar da banca examinadora.

Ao Francisco Inácio Bastos, inúmeras vezes citado neste trabalho, por sua contribuição inicial e disponibilidade no Rio de Janeiro, quando fui em busca de fundamentação para a dissertação.

À amiga e professora Eleonor Minho Conill (Neca), pelo seu apoio quando apresentei o projeto à Pós-Graduação em Saúde Pública.

A todos os professores do Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFSC, pelos ensinamentos durante o curso.

Ao amigo Erni Seibel, que contribuiu com seu entusiasmo e sabedoria desde o momento inicial deste projeto.

Aos colegas do NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial Ponta do Coral), por sua compreensão nas minhas inúmeras ausências durante esta etapa final.

Aos monitores do Projeto de Redução de Danos de Porto Alegre, por me mostrarem as infinitas possibilidades da *parceria solidária*.

Alguns amigos contribuíram de forma decisiva na fase final da dissertação. Agradeço especialmente à Fátima Büchele, por sua disponibilidade e parceria neste último momento; à amiga Anita Hinkel pela paciência em realizar a leitura da dissertação e sua valiosa contribuição; ao amigo Alexandre Inkotte, pela atenção em me auxiliar na formatação do trabalho; à Suzana Cardoso pela correção de português; à Andréia Mara da Silva, Sílvia Giongo, Jaime Bau, e Rosane Silveira, amigos de “copo e de cruz”.

Finalmente, gostaria de agradecer *especialmente* à professora e orientadora *Sandra Noemi Cucurullo de Caponi*, que com “paciência”, sabedoria, carinho e amizade, conseguiu transformar o projeto de dissertação em realidade.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

I	INTRODUÇÃO	1
1.1	A EPIDEMIA DA AIDS	2
1.1.1	O surgimento da aids	2
1.1.2	A epidemia da aids no Brasil e os usuários de drogas injetáveis	3
1.1.3	A aids em Florianópolis e os usuários de drogas injetáveis	5
1.1.4	Como prevenir a transmissão do HIV em usuários de drogas injetáveis?	7
1.1.5	A discussão das estratégias para prevenir a transmissão do HIV em usuários de drogas injetáveis	8
1.2	OBJETIVO E TIPO DE ESTUDO	12
1.2.1	Objetivo	12
1.2.2	Tipo de Estudo	12
1.2.2.1	Reflexão Ética	12
1.2.2.2	Análise de conteúdo	13
II	USO DE DROGAS - UMA HISTÓRIA DE PROIBIÇÃO E TOLERÂNCIA	17
2.1	Drogas: alguns conceitos	17
2.1.1	Ópio e seus derivados	20
2.1.2	Erythroxylylon coca e seus derivados	21
2.2	DROGAS: UMA HISTÓRIA DE PROIBIÇÃO E TOLERÂNCIA	22
2.2.1	A história das proibições do ópio e seus derivados	24
2.2.2	A história da Erythroxylylon coca e seus derivados	27
2.2.3	A descoberta dos alcalóides no século XIX	28
2.2.4	A história brasileira	33
III	REDUÇÃO DA OFERTA E REDUÇÃO DE DANOS	38

3.1	REDUÇÃO DA OFERTA	39
3.1.1	Definindo a redução da oferta	39
3.1.2	O usuário de drogas sob a ótica da redução da oferta	43
3.1.3	Os usuários de drogas injetáveis	44
3.1.4	Limites colocados à prevenção da transmissão do HIV entre usuários de drogas injetáveis pela estratégia de redução da oferta	48
3.2	REDUÇÃO DE DANOS	49
3.2.1	Conceituando redução de danos	49
3.2.2	Objetivos da redução de danos	51
3.2.3	Estratégias da redução de danos	52
3.2.3.1	Estratégias educativas	53
3.2.3.2	Testagem para o HIV	54
3.2.3.3	Provisão de meios para a prática do sexo mais seguro	55
3.2.3.4	Tratamento para usuários de drogas	55
3.2.3.5	Trabalho de agentes comunitários de saúde ou redutores	57
3.2.3.6	Fornecimento de agulhas e seringas estéreis	59
3.2.3.7	Disponibilidade dos meios para desinfecção de seringas e agulhas	62
3.2.4	A legislação como um limite às ações preventivas da redução de danos	63
3.2.5	Direitos e responsabilidades na perspectiva da redução de danos	65
3.2.6	Os projetos de redução de danos no Brasil	66
3.2.6.1	O projeto de redução de danos de Santos	66
3.2.6.2	O projeto de redução de danos de Porto Alegre	68
3.2.6.3	O projeto de redução de danos de Florianópolis	72
3.2.6.4	Comentários sobre os projetos de redução de danos relatados	75
IV	DA EXCLUSÃO À SOLIDARIEDADE	77
4.1	ÉTICA: ALGUNS CONCEITOS	78
4.2	BIOÉTICA	82
4.2.1	Kantianismo	86
4.2.2	Utilitarismo	89
4.2.3	Princípios de bioética	92

4.2.3.1	Princípio do respeito pela autonomia	94
4.2.3.2	Consentimento e Beneficência	102
4.2.3.3	A Tolerância e a Solidariedade	105
V	REFLEXÕES ÉTICAS: OS DISCURSOS SOBRE OS USUÁRIOS DE DROGAS	113
5.1	ANÁLISE DO SEMINÁRIO	113
5.2	CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	135

RESUMO

A presente dissertação realiza uma reflexão ética sobre os princípios que fundamentam a estratégia da redução de danos para prevenir a disseminação do HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis. Tem como objetivo analisar os conflitos éticos envolvidos para a adoção desta estratégia em Florianópolis, Santa Catarina. Desta forma, realiza-se uma breve descrição da situação epidemiológica da AIDS no município, caracterizando a necessidade de uma intervenção específica na população usuária de drogas injetáveis. Discorre-se sobre os períodos históricos em que as drogas foram alvo de proibição e tolerância, desnaturalizando a crença atual de que a criminalização do consumo é necessária e inevitável. Realiza-se a análise das propostas de redução da oferta e da redução de danos enfatizando seus princípios, resultados e conseqüências para a sociedade. Assim, é feita uma crítica da proposta da redução da oferta, por sua ênfase nas estratégias de criminalização do usuário de drogas ilícitas, e por seu objetivo utópico de eliminação do consumo de drogas ilícitas pela sociedade. Apresenta-se como alternativa, a proposta da redução de danos, que compreende o uso de drogas como inerente às diversas sociedades e visa reduzir os riscos do consumo sem necessariamente eliminá-lo. Tem seus fundamentos nos princípios éticos de tolerância e solidariedade. Destaca-se, nesta proposta, as suas diversas estratégias e resultados alcançados, inclusive com os Programas de Troca de Seringas. Utiliza-se como base teórica alguns autores da área de bioética, como Tom Beauchamp & James Childress e H. Tristram Engelhardt, entre outros, utilizando os princípios por eles propostos para focar os conflitos surgidos no debate sobre as estratégias da redução de danos e da redução da oferta. Observa-se que os princípios de tolerância e solidariedade são os mais adequados para focar as questões éticas que emergem de tais conflitos. Assim, procede-se a análise dos anais do Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/AIDS entre Usuários de Drogas Injetáveis, realizado em Florianópolis, em 1993, onde as discussões refletiram a posição dos diversos atores sociais relacionada aos usuários de drogas injetáveis. Evidencia-se, nesta análise, duas posições distintas: por um lado, a descrença na capacidade de auto-cuidado do usuário de drogas adotada pelos que defendem uma postura baseada apenas na redução da oferta; e, por outro lado, a postura solidária dos que compreendem o uso de drogas como inerente ao ser humano e o acesso aos meios de prevenção (incluindo equipamentos para injeção de drogas) como um direito do usuário de drogas injetáveis. Conclui-se o presente trabalho, considerando a redução de danos como uma proposta adequada para a prevenção da disseminação do HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis, pois respeita os princípios éticos fundamentais e pauta sua ação, na tolerância, solidariedade e confiança.

ABSTRACT

An ethical reflecting is conducted on the principles which are the basis for a harm reduction strategy, in an effort to curb HIV/AIDS spreading amidst injecting drugs users. The goal is to analyze ethical conflicts created in adopting this strategy for the city of Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. A brief description of the epidemiological picture is made, covering the county, pointing to the need for a specific intervention among those who are injecting drugs users. The historical periods are discussed when drugs were the target of prohibition and also of tolerance, against the prevailing belief that its use should be made a necessary and unavoidable criminal offense. An analysis is made of the proposals for supply reduction and harm reduction, emphasizing principles, results and consequences to society. Thus, the proposal for a reduction in availability is conducted, by means of special emphasis on the strategies to render criminal the user of prohibited drugs, and also by its utopic goal to eliminate consumption of those drugs society listed as illicit. As an alternative, a damage reduction proposal is offered, where drugs are seen as inherent to the various societies, seeking to diminish the risk of consumption, without the need to cut it down altogether. The foundations are the ethical principles of tolerance and solidarity. In this proposal the many strategies used and results achieved are emphasized, including programs such as the Syringe Exchange. As a theoretical basis, some authors in the bio-ethical area are used, such as Tom Beauchamp & James Childress and H. Tristram Engelhardt, among others, using the principles advanced by them to put a focus on conflicts born from debates on the harm reduction strategies and a reduction in the offering of the products. Principles of tolerance and solidarity are seen to be the most adequate to put a focus on ethical issues arising from such conflicts. An analysis is thus conducted of the "*National Seminar on HIV/AIDS Prevention amidst Injecting Drug Users*", held in Florianópolis in 1993, an event of which debates reflected the positions of the various social actors as related to injecting-drug users. Two distinct positions are occupied in this analysis, namely: on the one hand, the disbelief in the self-care capacity of drug users, adopted by those who fight for a positioning based only in a reduction in drug offer; and, on the other hand, the solidary position adopted by those who understand the use of drugs as inherent to human beings, seeing the access to prevention means (including drug injection equipment) as a right to which the injecting-drug users are entitled. In closing, damage reduction is seen as an adequate proposal for the prevention in the spreading of HIV/AIDS among injecting-drug users, as such proposal respects the fundamental ethical principles and bases its action on tolerance, solidarity and trust.

I - INTRODUÇÃO

A epidemia da AIDS parece reiterar hoje todos os velhos temores e preconceitos que antigamente foram associados a lepra e a peste. Perante à AIDS são questionados valores e estilos de vida. Assim, as questões relacionadas à sexualidade e às drogas têm sido exemplos relevantes da necessidade de *repensar* as atitudes e crenças, perante o cotidiano da vida.

Desta forma, os usuários de drogas injetáveis entram no cenário das políticas de saúde através da epidemia da AIDS. Como era de se esperar, esses personagens apontam desafios e mostram aspectos relacionados ao seu estilo de vida, até então desconhecidos para a sociedade e, particularmente, para os serviços de saúde. Vistos até o momento por uma ótica marginal e criminalizadora, imposta pela estratégia da redução da oferta ou “Guerra às Drogas”, começam a ser desmitificados e a se tornarem importantes *agentes* nas estratégias de prevenção da AIDS.

Como alternativa à redução da oferta, surgiu a proposta da redução de danos que destina-se a diminuir os riscos causados pelo consumo de drogas, sem necessariamente eliminar este consumo. Essa proposta considera que diante da impossibilidade de permanecer em abstinência, a melhor opção é fazer o *uso seguro* da droga. Baseia-se em princípios de solidariedade e respeito mútuo.

A proposição da redução de danos suscitou inúmeros conflitos onde a questão “moral” ficou evidenciada. Esses conflitos tiveram um momento privilegiado de discussão em 1993, durante a realização do I Seminário Nacional para a Prevenção da Infecção pelo HIV/AIDS em Usuários de Drogas Injetáveis em Florianópolis. A riqueza dos registros deste seminário propiciou o material de análise deste trabalho.

A dissertação que se apresenta, realiza uma reflexão ética a partir dos conflitos gerados pela discussão da proposta da redução de danos em Florianópolis, município onde se realizou o seminário. Inicia-se com um breve panorama da epidemia da AIDS em Florianópolis, focalizando os usuários de drogas injetáveis. Discorre-se sobre alguns períodos históricos onde as drogas foram alvo de proibição e de tolerância, para poder *desnaturalizar* a crença atual de que a criminalização do consumo é necessária e inevitável. Abordando as propostas de redução da oferta e da redução de danos,

detalhando seus princípios, objetivos e resultados alcançados, discute-se teoricamente alguns princípios éticos relacionados com essas propostas. Finalmente, são analisados os registros do I Seminário Nacional para a Prevenção da Infecção pelo HIV/AIDS em Usuários de Drogas Injetáveis, buscando aprofundar a reflexão sob a perspectiva ética e alguns de seus princípios adequados às situações apresentadas.

1.1 A EPIDEMIA DA AIDS

1.1.1 - O surgimento da AIDS

Nos últimos anos da década de 70 e início dos anos 80, cientistas americanos começaram a observar a ocorrência de um raro tipo de câncer chamado de sarcoma de Kaposi, e casos de pneumonia causadas por *Pneumocystis carinii* em indivíduos muito jovens. Até então essas doenças eram características de pessoas com as defesas orgânicas muito debilitadas e com idade acima de 60 anos. Os estudos sobre a nova doença mostravam que esta tinha um efeito devastador sobre o organismo humano, causando a morte por infecções oportunistas que normalmente não causariam danos em indivíduos sadios. (SIDA, 1993; Bastos, Galvão, Pedrosa, et al., 1994)

As infecções se apresentavam com vários sinais e sintomas, ao que se denomina síndrome, e manifestavam-se por uma deficiência grave de resposta do sistema imunitário. Esse novo quadro foi chamado de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, ou AIDS, como é conhecido no Brasil (Acquired Immunodeficiency Syndrome). (SIDA, 1993)

O estudo da distribuição da AIDS na população apontava para a incidência quase que exclusiva em indivíduos jovens, homossexuais e do sexo masculino. No início, pensava-se que a síndrome limitava-se apenas a indivíduos com essas práticas, o que deu margem para que o elo entre homossexualidade e AIDS fosse estabelecido. Essa ligação aparecerá em todos os momentos da história da síndrome, influenciando a opinião pública e propiciando a demonstração dos mais variados preconceitos relacionados aos homossexuais masculinos. (Bastos, Galvão, Pedrosa, et al., 1994)

Entre 1981 e 1982, a AIDS também se apresentou em usuários de drogas homo e heterossexuais, e começaram a aparecer os primeiros casos em receptores de

hemoderivados e nos recém nascidos. Algumas características da síndrome foram observadas, como a transmissão sexual e sanguínea. Suspeitou-se, então, da existência de algum agente infeccioso. (SIDA, 1993)

O agente causal da síndrome foi descoberto em 1983, quando se caracterizou um vírus da família dos retrovírus, conhecido hoje como HIV (Human Immunodeficiency Virus). O HIV pode ser encontrado em diferentes fluidos corpóreos que, dependendo da via de transmissão e da carga viral, possibilitam a infecção. A maior concentração do vírus, porém, é encontrada, respectivamente, no sangue, no sêmen e nas secreções cervical e vaginal. Observa-se, então, que o HIV se transmite da seguinte forma: através do contato sexual, através do sangue e seus componentes, por órgãos ou tecidos infectados e via transplacentária ou durante o parto ou aleitamento. (SIDA, 1993; Fernandez, 1993)

A AIDS é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas e doenças oportunistas decorrentes da diminuição das defesas do organismo que o vírus causa. Assim, a AIDS é a etapa mais grave do processo e pode se apresentar vários anos depois que uma pessoa é infectada pelo HIV. Geralmente, a infecção inicial é seguida por um período com ausência de sintomas, que pode durar desde meses até vários anos antes que a síndrome comece a se manifestar clinicamente. (SIDA, 1993; Fernandez, 1993)

O longo período entre o momento da infecção e o aparecimento da síndrome, 10 anos em média, tornou-se um desafio na prevenção e possibilitou, rapidamente com o passar dos anos, a disseminação do HIV/AIDS na população. O fato de a transmissão do vírus ocorrer em relações íntimas determinadas por padrões culturais diversos, tem dificultado o controle da doença que hoje se apresenta de forma epidêmica em vários países do mundo, inclusive no Brasil.

1.1.2 - A epidemia da AIDS no Brasil e os usuários de drogas injetáveis (UDIs)

O Brasil é um dos países mais atingidos pela epidemia da AIDS. Até o final do ano de 1998, haviam sido notificados 145.327 casos, atingindo praticamente todos os estados da federação. (AIDS, boletim epidemiológico, 1998) Desde os primeiros casos ocorridos no Brasil no início da década de 80, observou-se três grandes fases na evolução da epidemia. Houve uma fase inicial, onde a doença acometia principalmente

homossexuais masculinos com um alto nível de escolaridade. Em seguida, a epidemia caracterizou-se pelo incremento dos casos devido à transmissão por uso de drogas injetáveis, com a conseqüente diminuição do grupo etário e uma maior disseminação entre pessoas que têm prática heterossexual. Atualmente, acentua-se a tendência de disseminação do HIV/AIDS entre os heterossexuais, acometendo principalmente as mulheres. Evidencia-se, também, o avanço da epidemia para municípios novos, e há um aumento da participação proporcional de casos entre pessoas com escolaridade elementar. (Anexo I) (AIDS, boletim epidemiológico, 1998)

A partir dos primeiros anos da epidemia da AIDS, já se evidenciava a necessidade de estudar os aspectos sociais e culturais relacionados às práticas que envolviam as suas formas de transmissão. A infecção pelo HIV, através das formas de transmissão sexual e sangüínea, pode acometer pessoas que apresentam estilos de vida diferenciados dos padrões culturais usualmente estabelecidos pela sociedade. Os homossexuais masculinos, por exemplo, ao se diferenciarem do padrão heterossexual dominante, foram vítimas dos mais variados preconceitos. Além disso, foram os primeiros a desenvolver a síndrome, o que levou ao equívoco inicial de considerá-la uma doença exclusivamente relacionada à pessoas com práticas homoeróticas do sexo masculino. (Parker, 1994)

No entanto, os homossexuais não foram os únicos a serem atingidos pelo preconceito. A epidemia revelou que os usuários de drogas injetáveis (UDIs), antes escondidos na sua cultura clandestina de injetar drogas, também participavam da disseminação do vírus. Havia a evidência que o compartilhamento de agulhas com sangue de pessoas infectadas pelo HIV era uma via de contaminação eficiente. Assim, constatou-se que a propagação do HIV/AIDS nas comunidades de usuários de drogas injetáveis, dava-se de forma muito mais rápida, quando relacionada à comunidades cuja forma de transmissão do vírus era por contato sexual. (Bastos, Galvão, Pedrosa, et al., 1994) No início da epidemia, muito pouco sabia-se a respeito dessas pessoas, seus estilos de vida e sua prática de uso injetável de drogas.

Entretanto, outras questões que ajudam a formar esse panorama do UDI vêm sendo apontadas pela epidemia da AIDS no Brasil. Aqui, a exemplo do que ocorre em outros países, a AIDS passa a atingir os segmentos sociais menos favorecidos pela estrutura econômica. As pesquisas sobre o perfil sócio-econômico dos casos da AIDS em São Paulo, no período de 1980-1990, por exemplo, demonstram que o fenômeno da

desigualdade, classificado como “pauperização da epidemia”, aponta para uma crescente incidência nos heterossexuais e em *usuários de drogas injetáveis*. (Grangeiro, 1994, p. 99) Esse fato ocorre a medida que a epidemia da AIDS se expande para regiões periféricas de grandes centros urbanos, onde se localizam as classes sociais de baixa renda. (Bastos, 1996) Há evidências, também, que o entendimento da questão da prevenção da transmissão do HIV/AIDS entre UDIs é influenciado por aspectos legais, éticos e comportamentais relacionados à esta população. Estudos etnográficos mostram a importância do conhecimento e da aproximação com essas populações, para melhor direcionar as ações preventivas relacionadas à transmissão do HIV/AIDS. (Fernandez, 1993) Dessa forma, fica configurado um quadro onde é atingida pela epidemia, uma população economicamente desfavorecida, desconhecida para os serviços de saúde, e que tem voltada para si toda uma estratégia policial-repressiva destinada à cumprir a lei, e que criminaliza o usuário de drogas.

Observa-se, também, que uma maior participação proporcional dos UDIs nos casos da AIDS pode influenciar de forma diferente a progressão da epidemia. Isso significa que a rápida disseminação da infecção pelo HIV/AIDS em algumas regiões, pode estar associada ao fator *uso de drogas injetáveis*, enquanto nas regiões onde a transmissão sexual é prevalente, a disseminação ocorre mais lentamente. (AIDS, boletim epidemiológico, 1993a; Fernandez, 1994) O uso de drogas injetáveis vem evidenciando vários fatores relacionados à transmissão do HIV/AIDS na população. Assim, percebe-se que os UDIs, apesar de terem suas práticas clandestinas relacionadas ao uso de drogas, também interagem socialmente como a maioria da população, ou seja, além da *roda de droga*, os UDIs têm suas parceiras sexuais e filhos. Isso significa que a transmissão do vírus entre os UDIs também atinge outros segmentos, como as mulheres e as crianças. (AIDS, boletim epidemiológico, 1993a)

1.1.3. - A AIDS em Florianópolis e os usuários de drogas injetáveis (UDIs)

Situando Florianópolis nesse contexto, observa-se que os primeiros casos da AIDS ocorrem em 1986. (Anexo II) De 1986 até o ano de 1998, foram notificados 1531 casos da AIDS, sendo que a incidência observada no período é de 543, 7 casos (taxa por 100.000 habitantes). A AIDS em usuários de drogas injetáveis passa a ser observada no

ano de 1987, logo em seguida ao início da epidemia no município. Desde então, os casos da AIDS em UDIs apresentam um incremento contínuo. Atualmente, do total de casos notificados desde 1986, 43% têm como principal prática de risco o uso de drogas injetáveis. (Santa Catarina, 1998) O objetivo, nesta parte do trabalho, não é realizar a análise epidemiológica dos dados, mas apenas apontar algumas características, tendo como foco principal a questão do UDI.

Populações com essa característica de transmissão da AIDS - maior prevalência em UDIs - tendem a apresentar uma baixa relação homem/mulher, quando relacionadas a outros locais onde prevalece a transmissão sexual. (AIDS, boletim epidemiológico, 1993a; Santa Catarina, 1998)

Uma explicação para este fato é que os UDIs são heterossexuais na sua maioria, o que influencia na transmissão heterossexual. Isso pode significar que os usuários de drogas injetáveis do sexo masculino têm contaminado suas parceiras através da transmissão sexual. Desta maneira, o uso de drogas injetáveis contribui com o aumento do número de casos em mulheres de duas formas: associado ao uso de drogas injetáveis por mulheres, ou pelo contato sexual com parceiros UDI do sexo masculino.

Historicamente, a baixa relação homem/mulher vem acontecendo em Florianópolis. Se comparada aos dados do Brasil, onde prevalece a transmissão heterossexual, a relação homem/mulher era de 4,7/1(até o ano de 1995), enquanto que em Florianópolis esta se apresentava em 3/1. Em 1998, no Brasil, esta relação foi de 3,2 casos em homens para 1 (um) caso em mulheres, enquanto que em Florianópolis esta se apresentava em 2,5/1. Em 1998, os casos de AIDS perinatal em Florianópolis apresentaram uma taxa de 6,5%, enquanto que no Brasil esta se mostrava em 2,5%. (Ministério da Saúde 1998; Hinkel, Lago, Marasciulo, 1995; Santa Catarina, 1998)

É com essas características que Florianópolis ocupa o 3º lugar em incidência acumulada de casos de AIDS no país. Destaca-se, ainda, que as duas primeiras cidades em incidência no Brasil também são catarinenses: Itajaí e Balneário Camboriú, respectivamente, e têm no uso de drogas injetáveis a principal categoria de exposição ao risco da doença. (Santa Catarina, 1998)

Observa-se, também, que o município de Itajaí é um importante porto da região e considerado como parte da rota do tráfico de substâncias ilícitas destinadas ao exterior. Tal fato aponta para um alto consumo no município, principalmente do cloridrato de

cocaína. Balneário Camboriú é uma cidade praticamente contígua à Itajaí e vem apresentando as mesmas características de consumo e de disseminação do HIV/AIDS. Constata-se que, no Brasil, há uma tendência à concentração de grande número de casos de AIDS em UDIs, em cidades que evidenciam rotas de tráfico e centros de consumo de cocaína. Este fato também é notado nos países asiáticos com relação à heroína. (Santa Catarina, 1998; Wodak, Crofts & Fisher, 1993; Barcellos, Bastos, 1996; AIDS, boletim epidemiológico, 1993b)

1.1.4 - Como prevenir a transmissão do HIV/AIDS em usuários de drogas injetáveis?

Frente à situação descrita acima, seria razoável perguntar: *Quais medidas preventivas estão sendo tomadas pelas autoridades públicas de saúde para conter a disseminação do HIV/AIDS em UDIs em Florianópolis?* Existem duas estratégias preventivas que podem ser direcionadas a esse segmento:

Redução da Oferta: Tradicionalmente o *tratamento* destinado aos usuários de drogas é fundamentado em medidas policiais-repressivas, baseadas na criminalização do uso de drogas ilícitas, que tem como meta a eliminação deste uso pela sociedade. Dentro dessa linha, os usuários são tratados com terapias cujo objetivo invariavelmente é a abstinência. Nesse sentido, determinados modelos médicos não diferenciam o usuário recreativo do dependente de drogas. Ao conjunto dessas medidas, que nesse momento se descreve sucintamente, pode-se chamar de *redução da oferta*.

Assim, para a redução da oferta, a disseminação do HIV/AIDS seria contida através de medidas repressivas destinadas ao comércio ilícito, eliminação do consumo e abstinência dos usuários. Essa estratégia tem se mostrado ineficaz, pois além de não conseguir conter o aumento do consumo, assiste ao crescimento da epidemia do HIV/AIDS em UDIs.

Redução de Danos: Parte do princípio de que é possível conter a disseminação do HIV/AIDS em UDIs, sem *necessariamente* eliminar o consumo de drogas. Seu objetivo é conseguir que o maior número possível de usuários adotem *práticas seguras* com relação ao uso de drogas injetáveis. Para isso, pretende conseguir a colaboração do usuário com estratégias baseadas no respeito à escolha desses indivíduos. Dessa forma, a

disponibilização dos meios para a prevenção é indispensável. Além dos preservativos e informações sobre saúde, a redução de danos tem como uma das principais estratégias o fornecimento de seringas e agulhas estéreis aos UDIs.

A eliminação do consumo de drogas, segundo a redução de danos, é uma meta a ser conseguida a longo prazo. Face a urgência da epidemia da AIDS em UDIs e na população em geral, propõe uma flexibilização das estratégias tradicionalmente adotadas pela redução da oferta. Além disso, é adotada com sucesso em países onde o uso de drogas injetáveis é relevante, mostrando que é possível obter a contribuição dessa população no controle da epidemia.

1.1.5 - A discussão das estratégias para prevenir a transmissão do HIV/AIDS em usuários de drogas injetáveis

Face as colocações acima, parece racional que se adote a estratégia mais eficaz e comprometida com o respeito ao usuário. Porém, essa lógica de pensamento não se aplica neste caso. Quando foi proposta pela primeira vez em Florianópolis, em 1993, a redução de danos suscitou inúmeras polêmicas. Pergunta-se então: *Por que isso aconteceu, quem se opôs, e quais os princípios que fundamentaram essa oposição?*

Para se compreender quais caminhos percorreu a discussão no município e responder a esses questionamentos, faz-se necessário retroceder no tempo, até a época em que a redução de danos foi proposta pela primeira vez em Florianópolis.

A redução de danos foi proposta oficialmente pela primeira vez em 1993, durante a realização do I Seminário Nacional para a Prevenção da Infecção pelo HIV/AIDS em UDIs, realizado em Florianópolis. Nesse ano, no Brasil, a epidemia da AIDS assumia um papel importante no quadro epidemiológico, com um total de 37.039 casos notificados ao Ministério da Saúde. As previsões oficiais anunciavam um crescimento dramático do número de casos num futuro próximo, e os recursos investidos na área da assistência e prevenção não se mostravam suficientes para controlar a epidemia. (Parker, 1994)

A situação da epidemia da AIDS em Santa Catarina e, particularmente, em Florianópolis e Itajaí, era preocupante nesta época. Em Santa Catarina, dos 825 casos de AIDS registrados, 43,8% ocorreram em usuários de drogas injetáveis (UDIs). Florianópolis e Itajaí destacavam-se pelo número de casos e pela alta prevalência da

AIDS em UDIs. O município de Florianópolis apresentava uma incidência de 95,7 casos por 100.000 habitantes, com 197 casos registrados, uma prevalência de 43,7% em UDIs, e estava em 7º lugar em incidência no Brasil. (Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/AIDS entre UDIs, 1993; Hinkel, Lago, Marasciulo, 1995)

A disseminação do HIV/AIDS por uso de droga injetável mostrava-se relevante em Florianópolis, e nenhuma política específica estava sendo dirigida a este segmento. Nesse ano, com a realização do seminário citado acima, que será discutido no capítulo V deste trabalho, iniciou-se a sensibilização para a questão. A proposta do Ministério da Saúde para Florianópolis era clara: iniciar um programa de redução de danos, incluindo *troca de seringas*.

O governo municipal, porém, não contava com um programa de AIDS estruturado o suficiente para dar uma resposta mínima às questões relacionadas à prevenção da AIDS na população em geral, que parecia fora de propósito querer introduzir uma discussão mais específica. No entanto, a discussão era urgente e necessária. As discussões do seminário, porém, foram bastante acirradas e deram uma pequena amostra do que teria que se enfrentar, para introduzir estratégias preventivas diferenciadas dirigidas aos UDIs.

O objetivo, num primeiro momento, dos técnicos do Programa Municipal de AIDS, foi desencadear a discussão nas instituições e identificar os possíveis aliados. No entanto, após o seminário, falar em redução de danos para alguns passou a ser sinônimo de troca de seringas, e discutir a questão era impossível.

Para exemplificar, serão colocadas, na seqüência, algumas falas representativas das discussões que permearam a fase de sensibilização das autoridades. Na impossibilidade de se reproduzir a vivência de todo o período (1993-1997), será colocada apenas uma pequena amostra. Ressalta-se, porém, que a proposta não é analisar essas falas neste momento, mas apresentar as controvérsias que surgiram e que motivaram este trabalho de dissertação.

O argumento de alguns era *“temos que lutar para que os drogados se tratem e não incentivá-los dando seringas. Isto é uma imoralidade”*. (representante de grupo terapêutico) É importante colocar que a maioria dos grupos terapêuticos da época não aceitavam usuários de drogas que fossem portadores do HIV, o que, felizmente, não ocorre mais atualmente.

Outras autoridades diziam: “*só aumentando a repressão ao tráfico é possível resolver a questão da AIDS em usuário de drogas*”, afirmando ao mesmo tempo que: “*repressão também é prevenção*”. (representante da Polícia Federal)

Muitos relatos expressaram o descrédito na capacidade de auto-cuidado do UDI: “[...] *querem implantar no Brasil a experiência de outros países [...] não acredito que um ex-usuário de drogas injetáveis possa desenvolver esse trabalho sem voltar ao uso, isto é completamente impossível*”. (membro da Polícia Federal e Conselho Estadual de Entorpecentes)

Um coordenador de grupo terapêutico dizia: “*Por questões éticas, não posso aceitar distribuir seringas*”.

As organizações não-governamentais envolvidas com a prevenção da AIDS, em alguns momentos, se posicionavam contra, em outros momentos, a favor, mas nunca explicitavam claramente de que forma entendiam a questão, e com raras exceções o faziam publicamente. A Secretaria Municipal da Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis, gestão 1992-1996, envolveu-se permitindo que seus técnicos participassem dos treinamentos oferecidos e financiados pelo Ministério da Saúde, e raramente posicionou-se publicamente, apesar de ter uma posição favorável. O Conselho Estadual e o Conselho Municipal de Entorpecentes posicionaram-se publicamente contrários a qualquer proposta que envolvesse troca de seringas.

Nas reuniões do Conselho Municipal de Entorpecentes, muitas vezes foi retirada a palavra dos técnicos sob a alegação de que não podiam falar em redução de danos ou, no entender dos conselheiros, em *troca de seringas*.

Paralelamente, outros caminhos foram abertos a partir da aproximação com locais periféricos onde havia alta prevalência da AIDS em UDIs. De uma maneira geral, a visão dos moradores desses locais não exprimia preconceito com relação aos UDIs. Descobriu-se que alguns profissionais dos Centros de Saúde dessas localidades forneciam seringas para usuários e realizavam aconselhamento para a prevenção da infecção pelo HIV. Esses profissionais tinham o entendimento de que a questão do uso de drogas era uma decisão individual que não lhes cabia questionar, mas que podiam atuar para prevenir maiores danos à saúde do usuário.

Observou-se, então, que algum trabalho com redução de danos já vinha sendo realizado de forma não oficial, movido por um sentimento de solidariedade, não

preconceituoso, e que passava longe da permissão das autoridades. Contudo, em alguns postos de saúde o medo e o preconceito era visível: "*Se tiver que trabalhar para eles(UDIs), eu mudo de posto*"(agente de saúde)

Os poucos UDIs que se tinha contato na época também se auto-excluía, o que se evidencia na seguinte fala: "*Lugar que atende mulher e criança a gente não vai*"(UDI)

Durante o período de 1994 a 1997, vários treinamentos e oficinas foram realizados, especificamente direcionadas para a questão da redução de danos. Participavam desses encontros, não apenas profissionais da rede de municipal de saúde, como também membros dos Conselhos Estadual e Municipal de Entorpecentes, além de membros de organizações não-governamentais. Todavia muitas perguntas ainda eram feitas como: *Quem são esses UDIs, onde encontrá-los, e como iniciar o contato através de uma abordagem específica?*

Finalmente, no primeiro semestre de 1997, foi iniciada a implantação definitiva do Projeto de Redução de Danos de Florianópolis, a partir da assinatura de convênio específico entre a Secretaria Municipal da Saúde e Desenvolvimento Social de Florianópolis e o Ministério da Saúde.

Com as colocações feitas nesta introdução, começam-se a delinear as questões que irão permear esse trabalho de dissertação, que implicam nas visões divergentes sobre como conduzir uma política sanitária específica destinada ao usuário de drogas. Neste sentido, as estratégias preventivas apresentam-se, ou sob uma ótica criminalizadora e de abstinência a qualquer custo, ou baseadas na solidariedade e no respeito às escolhas dos indivíduos, buscando reduzir os riscos conseqüentes à adoção de estilos de vida diferenciados. A impossibilidade de argumentação, de diálogo e de entendimento que permearam as discussões, no período referido acima, e o conteúdo "moral" dos discursos, levaram a buscar na reflexão ética os argumentos para realizar este trabalho de dissertação.

1.2 - OBJETIVO E TIPO DE ESTUDO

1.2.1 - Objetivo

Na introdução apresentada, foram apontados os aspectos relacionados à epidemia da AIDS em usuários de drogas injetáveis (UDIs) e sua importância no município de Florianópolis. Discutiram-se, também, os aspectos relacionados à dificuldade de implementação de estratégias preventivas destinadas aos UDIs, para prevenir a transmissão do HIV/AIDS.

As visões diferenciadas que incidem sobre o usuários de drogas, principalmente os injetáveis, criam dificuldades para que políticas preventivas adequadas sejam implementadas. Assim, as questões “morais” ligadas aos usuários de drogas assumem o papel central das discussões, impedindo que estes tenham acesso aos meios para prevenir a infecção pelo HIV. Considerando esses aspectos, apresenta-se o objetivo do trabalho:

Analisar os conflitos éticos envolvidos para a adoção da estratégia de redução de danos, destinada à prevenção da AIDS em usuários de drogas injetáveis em Florianópolis.

1.2.2 - Tipo de Estudo

1.2.2.1 - Reflexão Ética

O fato de não existir uma metodologia sistemática para realizar um estudo a partir do ponto de vista da ética, não impede que se faça tal reflexão, considerando as estratégias de redução de danos e da redução da oferta, uma vez que estas expressam conflitos éticos.

Para realizar uma abordagem adequada desses conflitos, são analisados alguns autores importantes que nos últimos anos desenvolveram estudos na área da bioética. A partir da perspectiva da bioética, alguns princípios éticos tornaram-se mais adequados para o enfoque dos conflitos surgidos na debate sobre as estratégias de redução de danos e de redução da oferta.

Para delinear claramente a estratégia da redução de danos, sobre a qual incide a discussão, procedeu-se a análise de publicações, artigos e livros produzidos sobre o assunto nos últimos anos. Essas publicações foram selecionadas à medida que se referiam à questões éticas vinculadas às formas de prevenção. Utilizou-se, nesse trabalho, autores e produções científicas nacionais e estrangeiras. As experiências internacionais foram muito citadas, uma vez que estão sendo aplicadas e avaliadas há mais de uma década, permitindo delinear melhor os resultados da estratégia de redução de danos.

Foi selecionado para análise, o Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/AIDS entre Usuários de Drogas Injetáveis, realizado em Florianópolis, em 1993, por ter sido o mais importante evento a discutir a redução de danos ocorrido no município até o momento. Além disso, no seminário ocorreram as discussões éticas mais relevantes sobre a prevenção da AIDS em UDÍs. Um fator facilitador foi a existência de documentação com todos os discursos na íntegra, dos expositores e participantes do evento.

Para a análise do seminário citado, foi utilizada a seguinte metodologia:

1.2.2.2. - Análise de conteúdo

A análise foi realizada utilizando-se os anais do I Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/AIDS entre Usuários de Drogas Injetáveis. Nesse documento observou-se as posições colocadas pelos expositores e participantes nas suas falas, ou seja, favorável à redução de danos ou à redução da oferta, e as justificativas adotadas para defender cada posição.

Escolheu-se a análise de conteúdo, porque esta se aplica a materiais de comunicação preexistentes como os que foram utilizados a partir do seminário. Desta maneira, procedeu-se a análise do documento, buscando em primeiro lugar os discursos onde os *temas éticos* relacionados à *redução de danos* e à *redução da oferta* estivessem colocados. A busca favoreceu o levantamento de várias categorias de análise. Essas categorias foram examinadas em busca de uniformidades subjacentes que possibilitassem a sua redução. (Minayo, 1993; Gomes, 1995; Polit, Hungler, 1994) Empregaram-se as categorias de análise em torno da idéia central do trabalho, que são as questões éticas relacionadas ao usuário de drogas injetáveis.

Desta forma, foram feitas reflexões teóricas sobre as falas dos expositores/participantes do seminário, tendo como base os conteúdos éticos aprofundados no capítulo IV. Assim, sob essa perspectiva, buscou-se delinear as contradições e coincidências entre as posições das pessoas e as instituições que representavam. (Minayo, 1993)

As categorias selecionadas para o trabalho serão descritas na seqüência:

- **Preconceito**

“Opinião ou crença admitida sem ser discutida ou examinada, internalizada pelos indivíduos sem se darem conta disso, e influenciando seu modo de agir e de considerar as coisas. O preconceito é constituído assim por uma visão de mundo ingênua que se transmite culturalmente e reflete crenças, valores e interesses de uma sociedade ou grupo social. O termo possui um sentido eminentemente pejorativo, designando o caráter irrefletido e freqüentemente dogmático dessas crenças, que se revestem de uma certeza injustificada.” (Japiassu, Marcondes, 1991, p. 200)

- **Criminalização (criminação):**

“Ação de criminar: Imputar crime a; ter como criminoso; acusar; incriminar.”

“Crime: (direito penal) Segundo o conceito formal, violação culpável da lei penal; delito. Ato digno de repreensão ou castigo. Ato condenável, de conseqüências funestas ou desagradáveis.” (Ferreira, 1975, p. 401)

- **Legislação:**

“Conjunto de leis acerca de determinada matéria.

Lei: Regra de direito ditada pela autoridade estatal e tornada obrigatória para manter, numa comunidade, a ordem e o desenvolvimento. Norma ou conjunto de normas elaboradas e votadas pelo poder legislativo.” (Ferreira, 1975, p. 827)

- **Prevenção:**

“Ato ou efeito de prevenir (-se). Disposição ou preparo antecipado e preventivo. Precaução cautelosa.”

“Prevenir: Dispor com antecipação; preparar. Dispor de maneira que evite (dano, mal); evitar.” (Ferreira, 1975, p. 1137)

- Repressão:

“Ato ou efeito de reprimir (-se). Aquele ou aquilo que reprime.”

“Reprimir: Sustar a ação ou movimento de; conter, reter, moderar, coibir, refrear, represar. Violentar,, oprimir, vexar, tiranizar. Impedir pela ameaça ou pelo castigo; proibir. Castigar, punir.” (Ferreira, 1975, p. 1220)

- Traficante:

“Que, ou pessoa que pratica fraudes em negócios; tratante.”

“Traficar: Fazer negócios fraudulentos (com entorpecentes).”

(Ferreira, 1975, p. 1394)

- Delinqüente:

“Que ou quem delinqüiu.”

“Delinqüir: Cometer falta, crime, delito”

“Delito: Fato que a lei declara punível; crime. Culpa, falta, pecado.”

(Ferreira, 1975, p. 429)

- Drogado:

“Diz-se daquele que ingeriu droga.” (Ferreira, 1975, p. 493)

Drogado: no sentido pejorativo, é uma categoria de acusação, feita à indivíduos jovens, “[...] que explicita, de imediato, a problemática de patologia individual. O drogado seria, por definição médica, um doente. [...] 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, 1995, p. 61)

- Estigma:

“No sentido figurativo: Aquilo que marca, que assinala. Marca infamante, vergonhosa.” (Ferreira, 1975, p. 581)

- **Confidencialidade:**

“Confidencial: Dito ou escrito em confidência; secreto.”

“Confiar: Pôr ou ter confiança, esperança (em alguém ou alguma coisa). Comunicar ou transmitir em confiança.” (Ferreira, 1975, p. 362)

- **Dependente de drogas**

“[...] o dependente de drogas é um indivíduo para quem a droga passou a desempenhar um papel central na sua organização psíquica, na medida em que, através do prazer, ocupa lacunas importantes, tornando-se assim indispensável ao seu funcionamento psíquico.” (Silveira, 1995a, p.142)

- **Usuário de drogas (recreativo)**

Segundo Bucher, o uso recreativo de drogas pode apresentar dois padrões:

“- experimentador: limita-se a experimentar uma ou várias drogas, por diversos motivos, como curiosidade, desejo de novas experiências, pressões do grupo de pares, da publicidade, etc. Na grande maioria dos casos, o contato com a droga não passa das primeiras experiências;

- Usuário ocasional: utiliza um ou vários produtos, de vez em quando, se o ambiente for favorável e a droga disponível. Não há dependência nem ruptura das relações afetivas, profissionais e sociais.” (1992, p.16)

II - USO DE DROGAS

UMA HISTÓRIA DE PROIBIÇÃO E TOLERÂNCIA

Neste capítulo, há um breve histórico dos períodos de tolerância e proibição relacionados a algumas drogas que atualmente são ilícitas. Considerou-se importante essa revisão, para melhor refletir sobre as nossas crenças e posturas diante das estratégias de redução de danos e redução da oferta.

Por redução de danos, compreende-se uma política social que considera o consumo de drogas e seus efeitos adversos sob o ângulo da saúde pública. Essa política visa reduzir os efeitos adversos relacionados ao consumo de drogas (lícitas e ilícitas), sem necessariamente abolir este consumo, entendendo que o uso de drogas sempre fez parte das diversas culturas e sociedades.

A redução da oferta, por outro lado, coloca como objetivo único a eliminação do consumo das drogas ilícitas, utilizando-se para isto de estratégias que incluem a criminalização do usuário.

2.1 - Drogas: alguns conceitos

Inicialmente, faz-se necessário tornar claros alguns conceitos como: drogas, dependência, uso e abuso, pois eles são fundamentais em algumas discussões que aparecem nas propostas de prevenção da transmissão do HIV/AIDS em usuários de drogas injetáveis. É importante também, discorrer sobre as características do ópio e seus derivados, e sobre a coca e seu alcalóide, a cocaína, por serem atualmente as drogas mais consumidas por via endovenosa no contexto onde acontecem as estratégias de redução de danos.

Pode-se entender o termo droga de duas maneiras: a primeira delas, refere-se às substâncias que são utilizadas com o objetivo terapêutico de promover a cura ou o alívio de determinadas doenças e sintomas. Dessa maneira, todo o medicamento é uma droga, pois quando indicado e bem usado pode ser útil ao organismo, o que caracteriza o sentido científico da *droga*. (Bucher, 1992)

O sentido pejorativo, ou não-medicinal, no qual é empregado popularmente o termo *droga* (ou *tóxico*), refere-se as substâncias psicoativas ou psicotrópicas. Essas substâncias produzem no organismo alterações psíquicas e de comportamento, pois exercem efeitos sobre o cérebro ou sistema nervoso central que, de uma maneira geral, são prazerosos. As alterações da mente podem ser tranqüilizantes, excitantes, alucinatórias, entre outras. (Bucher, 1992)

A discussão caminhará no sentido das drogas psicoativas de uso não medicinal, para melhor compreensão das propostas de abordagem dos modelos preventivos, colocadas pelas estratégias de redução da oferta e da redução de danos.

O uso e o abuso de drogas dependem de uma série de fatores, pois observa-se que a *droga* não tem apenas uma atuação fisiológica provocada pelos seus componentes químicos. No contexto de uso da droga os efeitos variam muito, dependendo de variações na fisiologia e psicologia da pessoa, do estado que a pessoa se encontra quando ingere a droga, e da situação social na qual ocorre a ingestão da droga. (Bucher, 1992; Becker, 1977)

É difícil a caracterização do fenômeno da farmacodependência, pois não existe uma especificidade estrutural do dependente de drogas. Segundo Silveira F^o, o que existe é uma “conduta toxicomaniaca”, apesar das tentativas de categorização como *doença* feitas pela psiquiatria. (1995a, p.2) Isto, porque estão incluídas em uma mesma terminologia, realidades individuais bastante diferentes. De acordo com o autor, deve-se observar a farmacodependência como um processo de origem tridimensional, ou seja: a substância psicoativa com suas propriedades farmacológicas específicas; o indivíduo, com suas características de personalidade e sua singularidade biológica; e o contexto sócio-cultural onde ocorre o encontro com a droga. (Silveira F^o, 1995a)

Algo extremamente importante para a discussão posterior é a diferenciação entre o usuário recreativo e o dependente de drogas. Observa-se que é comum a fusão dos dois tipos de usuários em uma só categoria, ou seja, na categoria de *dependente*. Silveira F^o (1995a) nos alerta que a fronteira entre estas duas categorias não é muito nítida. Assim, propõe alguns elementos que possam guiar nessa diferenciação. (p. 142)

[...] na grande maioria das vezes, a droga é procurada como fonte de prazer tanto pelo usuário como pelo dependente; o dependente de drogas é um indivíduo para quem a droga passou a desempenhar um papel central na sua organização psíquica, na medida em que, através do prazer, ocupa lacunas importantes, tornando-se assim indispensável ao seu funcionamento psíquico (ou seja, um dependente, ao contrário do usuário, não pode prescindir da sua droga). (Silveira F^o, 1995a, p. 142)

Segundo Bucher, a tolerância às drogas pode ser definida quando a pessoa necessita de quantidades cada vez maiores para obter o mesmo efeito, ou seja:

[...] quando o organismo reage à presença de um produto químico através de um processo de adaptação biológica. No caso da presença contínua de uma determinada substância, o organismo se acostuma à ela e a incorpora em seu funcionamento. Desta forma, o indivíduo responde cada vez com menor intensidade aos efeitos da droga consumida. Logo, para obter os mesmos efeitos psicoativos, será necessário aumentar a dosagem. (Bucher, 1992, p. 24)

O dependente de drogas é um indivíduo cuja realidade, objetiva ou subjetiva, torna-se insuportável de ser vivenciada sem a presença da droga. Com a droga, ele consegue alterar a percepção da realidade, estabelecendo-se uma parceria indivíduo-droga que torna-se indissociável. O que existe é a impossibilidade de não consumir a droga. A droga se transforma em algo que é responsável pela manutenção do equilíbrio do indivíduo, sendo uma questão de sobrevivência. (Silveira F^o, 1995a)

No contexto das estratégias preventivas da transmissão do HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDIs), é importante assinalar que na proposta da redução de danos, o objetivo é que esses indivíduos façam o *uso seguro da droga*. Isso ocorre através da mudança de atitude com relação a determinadas práticas, como o compartilhamento de equipamentos de injeção, por exemplo. As estratégias de redução de danos podem ser um fator de encaminhamento e procura de tratamento para a dependência, porém elas não podem ser confundidas com intervenções terapêuticas neste sentido. Na disseminação do HIV/AIDS em UDIs, a *droga* que assume maior importância no Brasil é a cocaína, por ser a mais utilizada na forma injetável.

De acordo com a legislação brasileira, (Lei de N° 6368 de 1976), a cocaína é uma droga ilícita e todo uso de drogas ilícitas corresponde a uma punição penal. (Marques, Doneda, 1998) A fronteira entre drogas lícitas e ilícitas, como se verá no decorrer deste capítulo, costuma ser determinada por convenção internacional, o que obriga os países signatários a desenvolverem mecanismos de controle, inclusive proibitivos e punitivos. Assim, drogas como a cocaína e heroína são ilegais e passíveis de punição. Diante da epidemia da AIDS em UDIs no mundo, a cocaína e a heroína injetável assumem particular importância. A heroína é derivada do ópio, e a cocaína das folhas de *coca*. As primeiras experiências com estratégias de redução de danos no mundo foram feitas com usuários de opiáceos. Na sequência, algumas considerações serão feitas sobre as características desses dois psicoativos.

2.1.1 - Ópio e seus derivados

O ópio é extraído da papoula, cujo nome científico é *Papaver somniferum*. A papoula produz um líquido leitoso, batizado de ópio que, em grego, significa *suco*. O ópio se apresenta em barras de cor marrom que podem ser esmagadas em pó. Quando aquecido, produz um vapor amarelo e amargo que é inalado e provoca torpor. Da planta se extrai vários alcalóides naturais com uso medicinal como a morfina, o pó de ópio e a codeína. Esses alcalóides naturais serviram de base para que fossem desenvolvidas outras substâncias sintéticas e semi-sintéticas. Dentre as semi-sintéticas, destaca-se a *heroína* e a metadona. Todos os opiáceos são depressores do sistema nervoso central e provocam basicamente os mesmos efeitos: analgesia e hipnose, que resultam extremamente prazerosos para o usuário. Devido a esses efeitos, são chamados de narcóticos (*narke*, em grego, significa torpor, entorpecimento). (Brailowsky, 1995; Silva, 1997)

A heroína é uma substância semi-sintética concebida em 1874 a partir da morfina, um opiáceo, sendo mais potente que esta última. Não é empregada na medicina como os outros derivados de ópio. Seu uso injetável não medicinal é amplamente difundido na Europa, América do Norte, Ásia e Austrália. A heroína pura é um pó branco e amargo, que pode ser aspirado ou fumado, porém, quando injetado, provoca torpor misturado com sensações de leveza e euforia. Seu uso contínuo pode instalar dependência física e tolerância. (Brailowsky, 1995; Silva, 1997)

O tratamento para a dependência da heroína, assim como da morfina, é feito mediante o uso de outro derivado do ópio, a metadona, substância que não desenvolve tolerância. Desde o final da década de 80, o uso injetável da heroína adquiriu importância nos países onde é consumida, diante da disseminação do HIV/AIDS entre os UDIs. (Brailowsky, 1995; Silva, 1997)

2.1.2. - Erythroxyton coca e seus derivados

A cocaína se origina de uma planta, cujo nome científico é *erythroxyton coca*, chamada de *coca* pelos índios dos Andes e de *epadu* pelos índios da Amazônia. O chá feito das folhas de coca tem efeito euforizante, e é amplamente utilizado em países como Peru e Bolívia, como parte da cultura destes países. Das folhas de coca foi extraído um alcalóide chamado de cloridrato de cocaína, conhecido popularmente pelo nome de *cocaína*. Atualmente, o uso médico da cocaína limita-se a anestesia local, em oftalmologia e otorrinolaringologia, e como parte de *coquetéis* para combater a dor em pacientes com câncer terminal. (Brailowsky, 1995; Silva, 1997)

O uso não médico da cocaína deve-se aos seus efeitos estimulantes do sistema nervoso central, produzindo sensação de euforia, aumento da energia mental e física, desaparecimento da fadiga, falta de apetite e melhora no estado de ânimo. Pode ser usada por via oral (com bebidas), gengival (por fricção), nasal (aspirada), por inalação (fumada), e por via endovenosa (misturada com água). Os efeitos aparecem rapidamente e duram pouco, o que leva o usuário a buscar novas doses. Seu uso intensivo pode levar à dependência psíquica (embora não se comprove dependência física), ao isolamento crescente, à insônia, medos e idéias de perseguição. O comércio ilícito da droga ocorre principalmente nos países europeus e América do Norte, que são os principais centros consumidores. O Brasil, pela proximidade com os países produtores e por ter se tornado *rota* para o tráfico internacional, tornou-se um mercado consumidor da droga. O uso injetável de cocaína adquire particular importância no nosso meio a partir da disseminação do HIV/AIDS entre os UDIs, em meados da década de 80. (Bucher, 1992; Brailowsky, 1995; Silva, 1997)

2.2 - DROGAS: UMA HISTÓRIA DE PROIBIÇÃO E TOLERÂNCIA

Para melhor compreensão das propostas que serão colocadas pelas estratégias de redução de danos e da redução da oferta, é necessário se observar como as diversas culturas e sociedades, através do tempo, se posicionaram com relação às drogas. O objetivo, nesta parte do trabalho, é realizar uma breve revisão histórica, para *desnaturalizar* a crença atual de que a criminalização do consumo é um fato inevitável e necessário.

Momentos diferentes no passado mostraram que nem sempre a resposta da sociedade ao uso de drogas passou pela via da punição, pois observam-se épocas onde havia uma atitude ética de tolerância com relação aos usuários. Muitas vezes, os períodos de proibição e intolerância tiveram, como consequência, um aumento do interesse e do consumo de determinadas substâncias. Essas proibições, porém, nem sempre foram motivadas por razões que visavam proteger a saúde do usuário, como ocorreu com o ópio na China no século XIX. Assim, observa-se que a cocaína, a heroína e a cannabis sativa, atualmente consideradas como tabu e alvo preferencial das políticas proibicionistas, foram consideradas por muitos anos, como membros úteis da farmacopéia de vários países.

As culturas antigas, como a grega e a romana por exemplo, viam as drogas como fonte de auto-conhecimento, e confiavam na *natureza individual* do homem que determinaria o grau de moderação com relação às diversas drogas. Com a chegada do cristianismo, no entanto, sucederam-se períodos de proibição e intolerância. (Escohotado, 1994)

Um exemplo de como a proibição pode despertar a curiosidade sobre determinada droga, ocorreu no início do século XIX, quando Bonaparte decidiu proibir o uso do haxixe em todo o Egito, com o objetivo de evitar “delírios violentos e excessos de toda a espécie”. (Escohotado, 1994, p. 13) O efeito principal dessa determinação foi despertar a curiosidade de alguns médicos franceses, que observaram que o haxixe era um modo de conhecer a mente, e que, como tal, poderia ser objeto de investigação científica. Como resultado surgiu o *Club des Haschischiens*, o qual freqüentaram escritores e artistas da época, como Baudelaire, Delacroix, entre outros. O prestígio

desta droga entre os médicos não chega a se estabelecer, sendo que alguns receitavam láudanos de haxixe como analgésico, hipnótico e anti-espasmódico.

A partir de estudos realizados sobre o uso do haxixe na Índia, em 1894, um importante informe foi publicado pelo governo inglês. Esse informe conclui que o uso moderado da droga era o mais comum, e que o uso excessivo produzia poucos efeitos nocivos que não prejudicavam a sociedade, dizendo respeito apenas ao indivíduo. (Escohotado, 1994; Silva, 1997) Certamente, o sentido dessa proibição não estava fundamentado em razões relacionadas à saúde do usuário, mas na manutenção de uma determinada ordem social, explícita acima no objetivo de Bonaparte ao ordenar a proibição. No Brasil, o cânhamo é conhecido como *maconha* (*cannabis sativa*) e integra o rol das drogas ilícitas.

O álcool, hoje considerado uma droga lícita no Brasil, também passou por períodos de proibição e intolerância. Um exemplo clássico foi a Lei Seca decretada nos Estados Unidos da América e que entrou em vigor em 1920. Essa lei, motivada por fatores sociais, políticos e econômicos, foi apoiada por *empresários morais*, e determinava multa e prisão para a venda e fabricação de bebidas alcoólicas, bem como o fechamento dos locais de consumo. As exceções ao consumo eram feitas para o vinho utilizado nos ritos eucarísticos e ao uso médico de álcool. No período de 1920 até 1933, quando a lei foi revogada, ocorreu o crescimento da delinqüência e da corrupção em todos os níveis, pois a proibição gerou o comércio clandestino, o *gangsterismo* e a violência. Como consequência, milhares de pessoas morreram ou tiveram lesões permanentes, por ingestão de bebidas fabricadas ilegalmente. Também nesse período, foi instalado o crime organizado nos Estados Unidos que, diante da revogação da Lei Seca, voltou-se para o tráfico da heroína, recém proibida no país. (Baratta, 1992; Escohotado, 1994; Silva, 1997)

Os exemplos que a história aponta são muitos, e poderia-se discorrer infinitamente sobre eles. No entanto, a partir desse momento, a atenção será focalizada nas atitudes desenvolvidas em relação a duas drogas: a heroína e a cocaína. Como já foi dito, essas drogas podem ser utilizadas pela via endovenosa, e assumem particular importância no contexto da epidemia da AIDS e nas estratégias de prevenção da transmissão pelo HIV/AIDS relacionadas aos UDIs. Será feito um breve relato acerca do consumo do ópio na história, pois dele se origina a heroína, e sobre o uso da cocaína,

desde a sua origem no continente americano. A proibição destes dois alcalóides por convenção internacional ocorreu em meados deste século, e é adotada atualmente por vários países.

2.2.1. - A história das proibições do ópio e seus derivados

O ópio origina-se da papoula, cujo cultivo remonta à pré-história. Nos hieróglifos egípcios, mencionava-se que o suco extraído da papoula era recomendado como *analgésico* e *calmante*. (Escohotado, 1994; Silva, 1997; Carlini, 1992) As civilizações grega e romana, apesar de conhecerem outras drogas, atribuíam maior popularidade ao ópio, que era utilizado com finalidades terapêuticas, para a eutanásia e para estimular o prazer em ocasiões sociais. Seu uso era intenso e adotado como qualquer outro costume, não se constituindo em casos clínicos, ou em questão de marginalidade social, e não despertando problemas de ordem pública ou privada. Gregos e romanos tinham maior preocupação com o vinho, que era utilizado em rituais pagãos, e também estava relacionado a conflitos de ordem individual e coletiva devido ao seu consumo descontrolado. Apesar de não ser bem visto, o uso do vinho, no entanto, não implicava em sanções ou proibições. (Escohotado, 1994)

A cristianização do Império Romano e o período de Inquisição que se seguiu, proibiu e puniu com pena de morte os rituais pagãos, as substâncias indutoras de relaxamento (ópio) e outros psicoativos. Até o século X, empregar drogas com fins terapêuticos podia ser sinônimo de heresia, e eram considerados mais eficazes as indulgências vendidas pelo clero, os santos óleos, água e velas bentas. O uso de drogas, com exceção do álcool, era castigado com pena de morte e tortura, não importando se esse uso fosse religioso ou lúdico. (Escohotado, 1994)

Foi com a presença dos árabes na Península Ibérica que reapareceu o uso de drogas na corte e os livros sobre botânica medicinal e farmácia, que haviam sido banidos pelos reinos cristãos. O ópio tinha lugar privilegiado na farmacopéia árabe, e o álcool era considerado prejudicial, sendo a embriaguez passível de punição. No final do século XIII, com a decadência da dominação árabe, o Islam começou a exercer uma censura sobre o uso de drogas, a exemplo do que ocorreu com o cristianismo. O relaxamento produzido pelas drogas tornou-se um prazer proibido. (Escohotado, 1994)

As cruzadas à Terra Santa e o contato com os médicos árabes, reintroduziu os psicoativos como tratamento terapêutico na Europa, iniciando o rompimento com a terapia como algo basicamente de responsabilidade dos eclesiásticos. No século XVI, Paracelso, médico e alquimista, inaugurou uma farmacologia que assimilava não só as práticas clássicas como também as *feiticiarias* da Idade Média. O ópio perdeu por completo a fama de herege, e tornou-se o remédio *científico* por excelência, embora seu uso fosse restrito às classes mais abastadas. Em meados do século XVI, foram publicadas as antigas farmacopéias, que tinham poucas diferenças substantivas entre a composição de analgésicos e soníferos e as “infernais” composições das bruxas mais antigas. (Escohotado, 1994, p. 60)

No século XVIII, a idéia tradicional de autoridade foi abalada pelos ideais democráticos do iluminismo e do racionalismo, e a *caça* aos heterodoxos religiosos era incompatível com as democracias parlamentares que estavam se formando. Ressurgiram as drogas e o paganismo, agora amparados por médicos, boticários e químicos. Os preparados à base de ópio (láudanos) tornaram-se baratos e ganharam popularidade, sendo vendidos e recomendados para o tratamento de uma vasta gama de sintomas. Seu uso recreativo como droga era feito abertamente pela nobreza, intelectuais e artistas da época. A Europa tornou-se então o primeiro continente a importar e exportar a droga e seus preparados no mundo. Não há relatos dessa época que façam referências a casos médicos decorrentes do consumo do ópio. (Passeti 1991; Escohotado, 1994)

O comércio europeu do ópio teve importantes desdobramentos no extremo oriente. Foi motivo, inclusive, de graves conflitos entre a Inglaterra e a China no século XIX, as chamadas Guerras do Ópio. Ocorria que, desde o século XVI, os comerciantes portugueses observavam que indianos e chineses tinham o hábito de consumir o ópio. O ópio da orla mediterrânea era de melhor qualidade que o ópio indiano e chinês, e foi estabelecido o comércio. Em 1729, o comércio do ópio foi proibido pelo governo chinês, pela primeira vez, com a alegação de que as reservas imperiais estavam sendo minadas. Como consequência, ocorreu a corrupção e a resistência passiva do povo. Em 1793, o endurecimento das medidas proibitivas fez crescer a quantidade vultuosas o consumo e o contrabando, agora dividido entre portugueses, holandeses e ingleses, estes últimos com clara vantagem no comércio. (Escohotado, 1994; Silva, 1997; Brailowsky, 1995)

Sucederam uma série de episódios que desembocaram numa declaração de guerra pelos ingleses, baseados “no intolerável atentado contra a liberdade de comércio”. (Escohotado, 1994, p. 71) Os ingleses, vencedores da guerra, impuseram, além da abertura de novos portos, a condição de que o ópio continuasse proibido em território chinês, o que resultou num aumento do comércio ilícito da droga pelos ingleses. Treze anos mais tarde, aconteceu outra guerra causada pela recusa do governo chinês em cumprir os acordos da guerra anterior. Houve nova rendição do governo chinês, e, em 1858, novos portos foram abertos e a proibição do ópio permaneceu. Em 1880, o governo chinês decidiu legalizar o consumo e a importação do ópio e voltar a cultivar a papoula em seus territórios. Resolveu, também, formar uma política de saúde diante do consumo, estabelecendo programas de informação pública e abrindo centros de desintoxicação para os que desejavam tratamento. Em 1890 a China produzia quase o total do seu consumo interno e poderia abastecer toda a Ásia em poucos anos. (Escohotado, 1994; Brailowsky, 1995; Paseti, 1991) Nessa época, o Parlamento inglês resolve declarar que o tráfico de ópio em grande escala “é uma empresa moralmente injustificável”. (Escohotado, 1994, p. 73)

O período da Inquisição, que dura alguns séculos, preocupou-se em descaracterizar as drogas como indutoras de prazer, e teria com isso, atingido também sua utilidade para o uso terapêutico. A estratégia da Inquisição para exercer o controle social sobre as povos, fez com que os rituais pagãos e a rica farmacopéia fossem *desativados* nesse período, mas não foi o suficiente para banir o consumo e uso de psicoativos das mais diversas maneiras. O objetivo, aqui, não é discutir as razões de tal desmantelamento, mas assinalar que é um período em que se instala a *caça às bruxas*, e onde se estabelece a ligação entre *drogas e luxúria* (sexualidade), que permanece até os dias de hoje.

Nas Guerras do Ópio que se sucederam entre Inglaterra e China observa-se que razões morais foram invocadas para que o comércio acabasse, quando o fundamento da posição eram as questões políticas e econômicas. Nota-se que a proibição tinha o sentido de aumentar o lucro dos países que realizavam o comércio ilícito para a China. Diante da suspensão da proibição pelo governo chinês, a posição anterior do Parlamento inglês se modificou, passando a considerar o *comércio* do ópio como algo *moralmente* injustificável.

Além disso, percebe-se que na época, a legalização do consumo e o cultivo do ópio não resultou no aumento do número de usuários. Outro fato importante é que os novos consumidores demonstraram uma atitude de autocontrole no consumo, o que não ocorreu anteriormente no regime de proibição. Tais constatações motivaram o governo inglês a realizar um estudo sobre o consumo do ópio na Índia, que se tornara um grande produtor e consumidor de ópio durante todo o século XIX, e onde não havia controle legal sobre o consumo. A investigação médica, então, se propunha a verificar como se dava o padrão de uso da droga num regime de legalização. Os usuários regulares na Índia foram estimados em 5% da população, enquanto na China estavam em torno de 0,5%. Esses usuários não causavam problema sanitário ou criminal de qualquer espécie, e “se observa uma espécie de resistência dos nativos aos efeitos tóxicos da droga”. Como conclusão, registra o relatório da *Royal Commission on Opium*, “há um uso habitual e moderado que carece de inconvenientes para a saúde e o bem-estar”. (Escohotado, 1994, p.74)

No decorrer do século XIX, as transformações que ocorreram, como a revolução industrial, as restaurações políticas e o crescimento da indústria farmacêutica, inauguraram um novo interesse pelas drogas psicoativas. Passaram a ganhar o mercado e a adquirir importância as drogas com influência sobre o ânimo. Foi um período onde grandes descobertas farmacológicas revelaram drogas como a morfina, a heroína e a cocaína. (Escohotado, 1994)

2.2.2.- A história da *Erythroxylon coca* e seus derivados

Cabe agora voltar ao século XVI para se verificar quais os caminhos percorridos pela *coca* ou *erythroxylon coca*, até a descoberta do cloridrato de cocaína no século XIX.

Durante o império inca estabelecido nos Andes, no século XII, cultivava-se regularmente a coca para mascar ou para beber em forma de chá. Os índios utilizavam esse costume há 5.000 anos, para aliviar os incômodos gerados pela altitude, e aplacar a fome. No século XVI, os conquistadores ficaram surpreendidos com a riqueza botânica encontrada na América. Os estimulantes, como as folhas de coca, que abundavam no continente americano, eram de consumo bastante apreciado no resto do mundo.

No entanto, o consumo das folhas de coca não era bem visto pelo clero. Mastigar suas folhas era permitido para o trabalho, e o uso social não estava autorizado. (Escohotado, 1994)

O comércio da planta, porém, apresentava-se bastante lucrativo. Este fato despertou o interesse do bispo, que passou a ter importante fonte de renda no dízimo cobrado sobre toda a comercialização das folhas de coca. As propriedades estimulantes da folha de coca também chamavam a atenção de médicos e boticários espanhóis. (Escohotado, 1994; Silva, 1997)

A opinião dos descobridores logo se modificou, iniciando-se um período de perseguições por parte da Inquisição. Até o século XIX, quando a *caça às bruxas* já havia caído no esquecimento na Europa, os índios herboristas ainda eram perseguidos e queimados na América. Seus rituais originais com as drogas eram considerados como sendo parte de uma organização secreta e oposta ao governo. Foi assim que, até o século XX, os usos religiosos, lúdicos e terapêuticos da flora psicoativa americana caíram no esquecimento. (Escohotado, 1994)

Observa-se nesse capítulo da história que, na América do Sul, os inquisidores também não condenavam o uso das folhas de coca quando este uso fosse direcionado ao rendimento no trabalho. Porém, usar a droga (mascar ou em forma de chá) com fins lúdicos ou sociais, ou seja, num sentido prazeroso, era proibido. Instalou-se desta maneira a proibição que não conseguiu eliminar o consumo. Prova disso é que, até hoje, as folhas de *coca* são amplamente utilizadas nos países andinos para mascar e fazer infusões (chá). (Silva, 1997)

2.2.3. - A descoberta dos alcalóides no século XIX

A morfina foi a primeira grande descoberta farmacológica do século XIX. Sintetizada em 1805, seu poder como analgésico auxiliou no tratamento dos feridos nas guerras da América do Norte e Europa. Apareceram então, os primeiros relatos de morfinômanos, em geral pertencentes à classe média e que mantinham sob discrição seu hábito. O uso injetável da droga era comum, e observava-se que o injetar-se várias vezes ao dia, com “ordem e higiene”, não prejudicava a vida e o trabalho. (Escohotado, 1994, p. 78)

Em 1859, um alcalóide foi extraído das folhas de coca por um químico alemão, e recebeu o nome de cloridrato de cocaína. A comercialização foi feita em larga escala, e uma intensa propaganda anunciava a droga, inclusive como “forma inofensiva de curar a tristeza”. (Escohotado, 1994, p. 80) Os extratos condensados de coca ou cocaína pura passaram a ser amplamente utilizados em bebidas. Os mais famosos eram: um espumoso alcoólico, registrado e comercializado sob o nome de *Coca-Cola*, e os vinhos e licores *Mariani*, estes últimos recomendados e premiados pelo Papa Leão XIII. (Carlini, 1992; Escohotado, 1994; Silva, 1997)

O cloridrato de cocaína era recomendado por médicos para curar diversos males, como dor de dente, resfriado, angina, laringite e tosses violentas. Sigmund Freud, o pai da psicanálise, utilizou a droga em si mesmo, e passou a recomendá-la para tratar depressão e dependência da morfina, entre outros males. Freud teria abandonado o uso terapêutico da cocaína, quando um paciente desenvolveu dependência da droga. (Silveira F°, 1995b) No princípio do século XX, a cocaína desperta, por parte dos cientistas, atitudes contraditórias quanto aos seus benefícios, sendo até considerada como uma nova panacéia terapêutica. (Escohotado, 1994)

A diacilmorfina foi sintetizada em 1898 e recebeu o nome de *heroína* por suas propriedades energéticas. Era um alcalóide derivado da morfina, e resultava ser cinco vezes mais potente que esta. A princípio, pensou-se haver desenvolvido um remédio capaz de substituir a morfina, próprio para ser utilizado no tratamento de dependentes de ópio e morfina, pois em doses menores proporcionava os efeitos anti-álgico, euforizante e estimulante. Sua comercialização tornou pequenas fábricas da época, como a *Bayer*, em gigantes químicos, sendo vendida em todos os continentes. Sua venda livre permaneceria, mesmo depois que o ópio e a morfina comesçassem a ser controlados. (Escohotado, 1994; Silva, 1997)

Até a entrada do século XX, portanto, todas as drogas conhecidas, inclusive a cocaína e a morfina, além de serem vendidas livremente, são objeto de intensa propaganda em todos os continentes. Desde meados do século XIX, no entanto, começa a ocorrer, principalmente nos Estados Unidos da América, reações contrárias à situação de liberdade relativa às drogas, e que hoje resulta na *Guerra às Drogas*. (Baratta, 1992; Scheerer, 1993; Escohotado, 1994) Deve-se observar que a *Guerra às Drogas*, por sua

vez, dá origem às estratégias de redução da oferta, que incluem, além do regime de proibição relativo às drogas, a criminalização do usuário.

As reações contrárias à liberdade que imperava com relação às drogas ocorreram, principalmente, na sociedade americana. O uso de substâncias psicoativas era considerado como crime, vício e até mesmo enfermidade contagiosa, mesmo que este uso fosse ocasional e prudente. A reação puritana deveu-se às constantes imigrações e à crescente urbanização, que fez aumentar a classe operária dos subúrbios urbanos. Os conflitos resultantes das relações entre o capital e o trabalho estavam presentes, e as diferentes drogas passaram a ser ligadas a grupos étnicos, classe social ou religião. Assim, eram alvo dos puritanos, sob o pretexto das drogas, determinados segmentos como: os chineses (ligados ao comércio do ópio), os negros (relacionados com o uso da cocaína), os mexicanos (relacionados com a *cannabis*) e judeus e irlandeses (relacionados com o álcool). São grupos que, perante os “reformadores morais”, se caracterizavam por uma “inferioridade moral e econômica”, e que passam a representar o “infel” por conta de seus hábitos diferenciados. (Escohotado, 1994, p.85) Os médicos e farmacêuticos tornaram-se aliados desse movimento, pois estavam tentando consolidar seu poder com relação a curandeiros e herboristas. (Escohotado, 1994)

No plano internacional, no início de século, todos os esforços favoráveis à proibição estavam centrados no problema do ópio, e, de certa forma, nos seus derivados, com um enfoque maior na questão chinesa. A morfina, sendo um alcalóide derivado do ópio, era produzida principalmente pelas indústrias farmacêuticas da Alemanha e da Inglaterra. A indústria farmacêutica alemã era a principal fabricante do cloridrato de cocaína. Nessa época, as relações comerciais entre Estados Unidos e China passavam por um momento difícil, e havia o interesse dos americanos em quebrar o monopólio econômico europeu no extremo oriente. Os Estados Unidos então, propõem vários encontros internacionais na China para tratar da proibição do ópio. A idéia foi bem aceita pelos chineses, que conclamaram os Estados Unidos a liderarem a “grande cruzada moral do século XX”. (Escohotado, 1994, p.90) Nos primeiros encontros, em 1906, 1911 e 1912, as recomendações não tiveram caráter compulsório, e diziam respeito apenas ao ópio. (Passeti, 1991; Scheerer, 1993; Escohotado, 1994)

Essas recomendações, no entanto, feriam os interesses da Inglaterra, que temia não ser bem vista internacionalmente por causa do comércio ilícito do ópio na China.

Para transformar as recomendações em convenção, novo encontro foi proposto para Haia, em 1914, nas vésperas da I Guerra Mundial. As medidas deliberadas nessa conferência deveriam ser legalmente adotadas pelos países participantes. (Passeti, 1991; Scheerer, 1993; Escohotado, 1994)

É, a partir de Haia, que o problema do ópio se transformou também no problema da cocaína. Os ingleses temiam novos embaraços relacionados ao comércio do ópio e impuseram a inclusão dos alcalóides na próxima conferência, principalmente morfina e cocaína. Como definição, em 1914, na Conferência de Haia, é proposto a todos os países “controlar o preparo e distribuição de ópio, morfina e cocaína”. (Scheerer, 1993, p.176) Incorporada ao Tratado de Versalhes mais tarde, a Convenção colocará os princípios de que é um dever e um direito de todo Estado zelar pelo “uso legítimo” de certas drogas, sob pena de serem excluídos de qualquer comércio legal de ópio e opiáceos e outras drogas perigosas. (Scheerer, 1993, p.176; Escohotado, 1994)

Neste momento, pode-se observar que a ênfase na *cruzada moral* contra as drogas que se iniciava, não permitia a reflexão sobre as políticas de drogas em determinados países, sua condução e os reflexos sobre o consumo de substâncias psicoativas. A Alemanha, por exemplo, ao contrário dos Estados Unidos, não tinha problemas internos com o uso de alcalóides. Apesar de produzir grandes quantidades de morfina e heroína, o uso não-médico era raro, e suas leis para o controle da produção e comércio de alcalóides eram consideradas ideais. (Scheerer, 1993) Este fato não serviu de exemplo para que os promotores da *cruzada* contra as drogas reavaliassem seus princípios.

Também chama a atenção, o fato de que a política anti-ópio, novamente instalada na China, estava gerando efeitos indesejáveis, como o contrabando de grandes quantidades de morfina e cocaína para o território chinês. Se a questão fosse considerada por um outro ângulo, teria permitido reavaliar o princípio da proibição e adotar uma regulamentação sob outros princípios não proibicionistas. (Scheerer, 1993)

Atualmente, as leis sobre drogas dos diversos países encontram-se determinadas pelos acordos internacionais firmados em convenções promovidas pela Organização das Nações Unidas. Isto garante uma certa homogeneidade no tratamento dado a questão das drogas pelos países que participam dessas convenções, e que são liderados pelos Estados Unidos da América.

Merece destaque a evolução dessas políticas proibicionistas nos Estados Unidos, por seu papel mundial na expansão da ideologia da *guerra às drogas*. Em 1914, o uso não-médico do ópio, da morfina e da cocaína, é proibido através de lei. A decisão sobre o que seja uso *não-médico*, caberá a uma instituição encarregada do controle de narcóticos. Até 1914 não há relatos de overdose decorrentes do uso de drogas no país, e nem de delitos ou criminalidade relacionados às drogas. São poucos os casos de usuários que necessitam recorrer ao tratamento para a dependência. (Baratta, 1992)

A partir da proibição, a política repressiva começa a fazer seus efeitos. O contrabando cresce, há corrupção na polícia, ocorre o aumento da criminalidade e do consumo nas camadas mais jovens e pobres, que têm maior acesso ao mercado negro. (Escohotado, 1994) Por essa constatação, são pertinentes as colocações de Baratta, pois “a criminalização da substância precede o aparecimento do verdadeiro e propriamente dito problema social”. (1992, p.36) Nos Estados Unidos, a partir da proibição, quem consome passa a ser considerado *criminoso*, estereótipo que corresponde às “características dos indivíduos pertencentes às classes proletárias e às minorias raciais e grupos marginalizados”. (Baratta, 1992, p. 36)

Os empresários morais que visavam atingir os grupos marginais, como foi visto anteriormente, atingiram desta forma toda a sociedade, estabelecendo definitivamente a relação *consumo/marginalidade*. No caso americano, as proibições visavam atingir e excluir determinados grupos sociais, como por exemplo negros e chineses, que também eram relacionados a ultrajes sexuais (negros) e à corrupção infantil. Além do que, foram os chineses que trouxeram o hábito de fumar ópio para este país.

Novamente, as drogas são relacionadas à sexualidade, o que alimentava as investidas dos chamados *empresários morais*. As *razões* colocadas como *morais* para apoiar a proibição, têm como fundamento outras *razões* de caráter político e econômico, como ocorreu na época da convocação da primeira convenção para discutir o problema do ópio. Dessa forma, sob o argumento da *moralidade*, é possível disseminar-se ideologicamente a idéia da proibição, que coloca a droga como *personagem principal* de determinada situação social.

2.2.4 - A história brasileira

Iniciando com um breve histórico do consumo de drogas no Brasil, focaliza-se especialmente a cocaína, que é a droga mais consumida pela via endovenosa, e, portanto, relevante para as discussões das estratégias de prevenção da transmissão do HIV/AIDS em usuários de drogas injetáveis(UDI). O consumo de heroína, no entanto, merece uma breve consideração, pois algumas pesquisas com UDIs vêm apontando o surgimento do uso de heroína injetável no Brasil. Esse uso vem sendo relatado em várias locais, como Salvador, Rio de Janeiro, Santos e na Região Centro Oeste do país. Em Santa Catarina não há relatos do uso de heroína injetável até o momento. (Mesquita, 1998)

No início deste século, o cloridrato de cocaína podia ser adquirido no Brasil através das farmácias. Por volta de 1910, havia propaganda da substância nas revistas médicas, que divulgavam o seu uso terapêutico. O uso do cloridrato de cocaína era costume em hotéis e cabarés das grandes cidades, freqüentados por pessoas das classes mais abastadas.

Por volta de 1914, a imprensa de grandes centros, como São Paulo, cobrava a fiscalização das farmácias e o controle médico sobre a recomendação da droga. Os jornais faziam uma ligação entre o uso de morfina e cocaína injetável e do álcool, com as casas de “tolerância”, que eram acusadas de difundir o vício entre os “rapazes da alta sociedade”. (Passeti, 1991, p.82) As pessoas com estilos de vida diferenciados, como os artistas, eram alvo de críticas, pois os jornais os associavam com o uso da droga. Pelo alarde feito, o que parecia ser um *surto* de cocaína prestes a difundir-se no Brasil, não adquiriu grandes proporções, havendo desconhecimento da forma como começou e terminou. Apesar da ênfase dramática atribuída ao uso do cloridrato de cocaína, são relatados poucos casos de dependência nos hospitais. (Carlini, 1992; Silva, 1997)

Na época em que esses fatos ocorreram no Brasil, em 1914, o congresso norte-americano declarou a ilegalidade da cocaína, heroína e morfina naquele país. No entanto, o uso não-médico do cloridrato de cocaína havia se tornado popular em vários países, inclusive no Brasil. A proibição nos Estados Unidos porém, influencia e gera reações proibicionistas por toda parte, devido ao papel dos norte-americanos na disseminação da “moral abstinência” em todo o mundo. (Passeti, 1991 p. 23) Em 1921, com a publicação do primeiro decreto federal sobre drogas, a venda da cocaína passou a ser considerada

contravenção no Brasil, com penalidades como multa e prisão. (Passeti, 1991; Silva, 1997)

Pelos relatos expostos acima, observa-se que aqui também existe uma contradição entre a realidade e o que os meios de comunicação relatam sobre ela. Como ocorreu nos Estados Unidos na época, também no Brasil não havia um problema social ligado ao consumo de cocaína, ocorrendo a proibição sem que o fenômeno estivesse presente.

Entre os anos de 1940 e 1970, a cocaína tem pouca repercussão no Brasil, sendo raros os casos de dependência relatados. Por volta da década de 60, a rota do tráfico de cocaína - dos países produtores na América do Sul para os Estados Unidos e Europa - já incluía o Brasil. As apreensões tornaram-se cada vez maiores. Em 1976, foi aprovada a Lei nº 6368, que confirmou as proibições anteriores sobre o uso não médico da cocaína, e também estabeleceu definitivamente o enfoque penal, seja relacionado ao tráfico ou ao uso de substâncias psicoativas. (Marques, Doneda, 1998) Após meados dos anos 70, a política brasileira de combate às drogas passou a investir prioritariamente no combate à cannabis sativa (*maconha*). Essa política pode ter dado margem para o surgimento do consumo da cocaína, que, para o comércio ilegal, tornou-se mais vantajosa financeiramente do que a venda da cannabis sativa. Nos anos 80 e 90, o consumo de cocaína cresceu no país, sendo mais difundido nos grandes centros, como Rio de Janeiro e São Paulo. (Passeti, 1991; Silva, 1997)

A idéia de que está havendo uma epidemia do uso de cocaína no Brasil atualmente é contestada por Carlini (1992). Na opinião deste autor, há influência da situação norte-americana, que enfrenta um sério problema com a cocaína, com milhares de mortes e dezenas de milhares de internações de emergência por intoxicação aguda pelo seu uso abusivo. A partir desta situação, ocorre uma superestimação do problema da cocaína no Brasil que, como resposta, se empenha mais no combate ao tráfico. (p. 107)

Segundo o pesquisador citado acima, essa ênfase na cocaína amplamente divulgada pelos meios de comunicação pode, realmente, despertar a curiosidade de eventuais experimentadores e, conseqüentemente, *criar* o problema da cocaína. (Carlini, 1992) De fato, segundo Silva (1997), os poucos dados disponíveis apontam que, nas

clínicas psiquiátricas, os dependentes de cocaína constituem o segundo maior grupo de internação. (p.89)

Em 1989 as internações hospitalares pelo uso indevido de cocaína contavam por volta de 500 casos, subindo para 815 casos em 1991. Comparadas ao alcoolismo, que em 1989 internou 46.606 pessoas e em 1991, 56.636, as internações pelo uso indevido de cocaína não parecem ser tão expressivas, embora tenham quase dobrado no período de 2 anos. (Silva, 1997) No entanto, é digno de observação o fato de que apreensões cada vez maiores de cocaína destinadas a Europa e América do Norte, são feitas em território brasileiro. Carlini (1992) adverte que essa eficiência em evitar o escoamento da droga para os grandes centros consumidores fora do país, pode ser um facilitador na criação de um mercado de consumo interno. (p.105)

Pode-se também dizer que o quadro de consumo de drogas no Brasil não aponta a cocaína como sendo a droga mais consumida. Nas pesquisas realizadas entre estudantes de 1º e 2º graus, em escolas de 17 cidades brasileiras, o consumo de substâncias psicotrópicas indica que as drogas *licitas* são as mais utilizadas pelos entrevistados. Considerando o percentual de *uso de drogas na vida* (quando a pessoa fez uso de qualquer droga, pelo menos uma vez na vida), vê-se que em primeiro lugar, aparecem os solventes ou inalantes (17%); em segundo lugar, os ansiolíticos (7,2%); seguem as anfetaminas (3,9%); e em quarto lugar a maconha (3,4%). A cocaína ocupa o último lugar, com apenas 0,7% dos estudantes acusando uso na vida desta droga. O resultado da pesquisa ressalta que o uso de drogas pela população estudantil está dentro dos padrões de consumo internacionais. (Carlini, 1993)

Estes dados sequer podem ser comparados às estatísticas norte-americanas e européias, onde o uso de drogas em estudantes é bem maior, sendo a maconha e a cocaína as drogas mais populares. Predomina, entre os estudantes brasileiros, o uso de drogas lícitas. Esse fato pode significar que a maioria deles ainda não fez contato com o comércio ilegal de drogas, obtendo as substâncias de uso dentro de casa, em farmácias e em lojas (psicotrópicos e solventes orgânicos).(Carlini, 1993)

Uma pesquisa promovida pela Secretaria de Estado da Educação, Cultura e Desporto de Santa Catarina, revela que 17% dos estudantes de 1º e 2º graus já fizeram o uso de drogas psicotrópicas pelo menos uma vez na vida. Em primeiro lugar de consumo aparecem os solventes; seguem a maconha e os ansiolíticos e, em terceiro lugar, as

anfetaminas. Segundo a pesquisa, a cocaína aparece com uma frequência relativamente insignificante de consumo entre os estudantes. O uso injetável de drogas, sem especificação do tipo, quase não foi observado na pesquisa. A grande maioria dos estudantes, porém, já experimentou ou faz uso de bebidas alcoólicas (85,2%). (Santa Catarina, 1993)

Os dados obtidos em Santa Catarina estão de acordo com os achados da pesquisa feita em nível nacional. Os produtos mais citados entre os estudantes são lícitos e encontram-se a venda no comércio e lojas. É importante colocar que essas características do consumo podem orientar melhor as campanhas de prevenção. O alvo preferencial destas porém, tem sido o uso de drogas ilícitas.

Quando se observa uma campanha contra as drogas que está sendo veiculada, por exemplo: dizer que um jovem no meio de uma crise da adolescência tem vontade de *correr* ou *fugir* para alguma droga, qualquer um lembra da *maconha* ou da *cocaína*, e não dos calmantes (psicotrópicos) que existem hoje nas farmácias caseiras. Da mesma forma, não é o jovem que inala solventes e que ingere psicotrópicos que corresponde ao estereótipo do *drogado* no imaginário social, mas o que fuma maconha ou *cheira* e *injeta* cocaína.

Não cabe aqui fazer uma análise exaustiva dos dados, mas eles servem para ajudar a relativizar um pouco o *problema da cocaína*, e ao mesmo tempo considerar que as drogas lícitas também constituem um fato agravante no quadro do consumo de drogas em geral. Cabe ressaltar que o consumo das drogas ilícitas, na população em geral, é praticamente desconhecido no Brasil, em função da ilegalidade que cerca essa prática.

Com relação aos UDIs, é possível delinear as características relacionadas a esta população. Isso pode ocorrer a partir da epidemia da AIDS neste segmento e a partir de estratégias que sejam adequadas à população que se quer conhecer, respeitando suas escolhas e os estilos de vida diferenciados. Dentro do marco da ilegalidade e da criminalização, torna-se difícil estabelecer políticas preventivas de acordo com princípios de respeito mútuo e solidariedade. Ao se considerar o usuário de drogas um criminoso, termina-se por colocá-lo no rol dos que roubam, matam e cometem outras transgressões mais graves. As experiências de aproximação com o usuário vêm demonstrando exatamente o que os pressupostos das leis punitivas se recusam a perceber, ou seja, que é possível alcançar um *uso seguro* e controlado da droga, sem necessariamente eliminar

este consumo. Da mesma forma, é possível evitar a disseminação do HIV/AIDS em UDIs, contando com a colaboração do próprio usuário.

Como se observou anteriormente, as situações históricas relacionadas às legislações proibitivas nos induzem a pensar que a meta da eliminação do consumo de drogas ilícitas, se é que é possível, parece utópica a curto prazo. Assim pergunta-se: *Diante da epidemia da AIDS em usuários de drogas injetáveis, com qual enfoque deve-se trabalhar? Com um enfoque proibitivo, que ignora a ocorrência do consumo, independente das estratégias terapêuticas, e que criminaliza o usuário? Ou deve-se, por outro lado, trabalhar com um enfoque mais compreensivo, que aceita o uso de drogas e procura torná-lo o menos lesivo possível para o usuário, oferecendo-lhe alternativas terapêuticas e respeitando seu estilo de vida e as suas escolhas?*

Nas várias situações históricas colocadas, observa-se que políticas tolerantes relacionadas às drogas não induziram ao aumento do consumo, ocorrendo o contrário nos períodos proibitivos. Outra questão importante é que *razões* colocadas como *morais*, para apoiar a proibição, tem como fundamento outras *razões* de caráter político e econômico. Sob o argumento da *moralidade*, é possível disseminar-se ideologicamente a idéia da proibição. Basta rever a situação da Inglaterra e China com relação ao ópio, no século XIX. Enquanto o comércio ilícito beneficiava os interesses ingleses no oriente, este não era fator de discussão moral. A partir do momento que os interesses econômicos foram contrariados, a alegação da *moralidade* veio à tona.

Os exemplos são inúmeros, e proporcionam várias reflexões. No entanto, parece que a história não tem sido suficiente para modificar os princípios e as estratégias que olham as drogas pela via da proibição e da punição.

III - REDUÇÃO DA OFERTA E REDUÇÃO DE DANOS

Como se observou anteriormente, a magnitude da epidemia da infecção pelo HIV/AIDS em usuários de drogas injetáveis (UDIs) aponta uma situação alarmante, que exige repensar as propostas preventivas dirigidas às pessoas com esta prática de risco. É importante lembrar que a infecção pelo HIV é um dos riscos aos quais estão submetidas estas pessoas, pois pode-se acrescentar, também, o risco de outras doenças de transmissão sanguínea e as questões da marginalidade e da violência. Para os profissionais de saúde, o questionamento sobre *como agir*, nesta situação, torna-se inevitável.

Existem duas maneiras diferentes de enfrentar o problema, que são as estratégias de redução da oferta e as estratégias baseadas na redução de danos. Essas políticas, apesar de se fundamentarem em visões diferentes sobre a questão da drogadição, podem, em muitos casos, não se tornarem mutuamente excludentes, mas complementares. No entanto, elas também podem se apresentar como contrapostas, o que dificulta o diálogo e retarda a aplicação de medidas eficazes para conter a transmissão do HIV/AIDS em UDIs.

A estratégia de redução da oferta apoia-se na premissa de que é possível conter a transmissão do HIV/AIDS entre UDIs através da diminuição da demanda às drogas. Como foi visto no capítulo anterior, é uma política tradicional e fundamenta-se em aspectos legais, que criminaliza o uso e o porte de drogas. Utiliza, para isto, estratégias policiais-repressivas. Objetiva metas utópicas como a eliminação total do consumo de drogas ilícitas, e baseia-se em fortes tabus e preconceitos relacionados aos usuários de drogas.

A estratégia de redução de danos parte de diferente premissa. Compreende que o uso de drogas faz parte da história da humanidade, e atravessa as diversas culturas e sociedades. É fundamentada em princípios éticos de respeito mútuo e solidariedade. Objetiva metas mais realistas a serem alcançadas a curto prazo, utilizando estratégias que minimizem os danos adversos causados pelo uso de drogas, como a transmissão do HIV/AIDS em UDIs. Vem sendo aplicada desde a década de 20 em países como a

Inglaterra, e adquiriu notoriedade em vários países a partir da década de 80, face à disseminação do HIV/AIDS em UDIs.

Assim sendo, e para poder realizar o objetivo deste estudo, que é centrado na redução de danos, é necessário em primeiro lugar, fazer uma breve apresentação da estratégia da redução da oferta. A redução da oferta, muitas vezes, se coloca como a contra-face da redução de danos, porém ambas podem se tornar complementares.

3.1 - REDUÇÃO DA OFERTA

3.1.1 - Definindo a redução da oferta

A redução de oferta é uma política relacionada às drogas que prioriza a eliminação da produção, distribuição e consumo de drogas ilícitas. Essa política envolve estratégias destinadas a reduzir a plantação de drogas e sua produção; o transporte dos países de origem para os países aos quais se destinam (interdição); a entrada nos países consumidores (alfândega); a distribuição de drogas (polícia); e a vigilância financeira das atividades que envolvem as drogas ilícitas. (Wodak, 1997) Essas estratégias representam uma política tradicional em relação ao consumo de drogas, e são amplamente adotadas no mundo. (Wodak, 1998; Drucker, 1994)

Como se pode observar pelo histórico relacionado às drogas colocado neste trabalho, a redução da oferta adquire força ao longo deste século, baseada na política norte-americana de combate às drogas. (Drucker, 1994) É uma política adotada e expandida pelos Estados Unidos da América, que tem como princípio fundamental a “criminalização de toda a produção, distribuição e consumo de substâncias psicoativas sem finalidade terapêutica”. (Scherrer, 1994, p.45)

Suas estratégias utilizam-se dos meios legais, com ações baseadas principalmente no enfoque policial-repressivo voltado para o tráfico e a criminalização do uso e da posse de drogas. Este é o enfoque dominante na maior parte das nações inclusive no Brasil, cujo dispositivo legal é a Lei nº 6368, promulgada em 1976, e que “dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinam dependência física ou psíquica, e dá outras providências”. (Marques, Doneda, 1998) Embora contenha recomendações para a

implementação de medidas preventivas, a lei brasileira privilegia o enfoque penal relacionado ao uso de substâncias psicoativas. Considera crime o consumo de qualquer substância psicoativa ilícita, e torna todo usuário passível de sanção penal. (Bastos, 1996) Um dos desdobramentos dessa legislação no Brasil, assim como em outros países, é que o uso de drogas não é tratado como um problema de saúde pública, mas vinculado quase que exclusivamente à esfera jurídico-penal. (Bastos, 1996; Marques, Doneda, 1998)

Nesta direção, o tratamento terapêutico destinado ao usuário é sempre aquele que objetiva a abstinência, e outras estratégias que não tenham este objetivo são vistas com bastante reserva. As atividades preventivas destinam-se a reduzir a demanda às drogas, e envolvem medidas educacionais que incluem: campanhas de massa, campanhas nas escolas e programas direcionados a usuários de drogas.

Sob essa ótica criminalizadora, as ações policiais-repressivas deveriam ter um impacto sobre a saúde. Este impacto se daria da seguinte forma: através da eliminação do consumo de drogas pela redução da oferta; através da promoção do combate ao tráfico e da penalização do usuário; através da redução da demanda às drogas, com ações preventivo-educativas e tratamento com enfoque na abstinência. (Baratta, 1994; Scheerer, 1994, Wodak, 1997)

A política de redução da oferta privilegia metas ótimas, pois parte do pressuposto que é possível chegar a uma sociedade sem drogas. Seu objetivo principal é a eliminação de qualquer consumo de drogas ilícitas. Para alcançar este objetivo, quantidades cada vez maiores de recursos são gastos pela maioria das nações na aplicação da legislação anti-drogas. (Wodak, 1998)

Algumas considerações, no entanto, devem ser feitas quanto às estratégias da redução da oferta. Essa alternativa tem sido analisada tanto do ponto de vista do impacto na saúde como do ponto de vista econômico. As diversas pesquisas e relatórios têm documentado a relativa ineficácia das estratégias de redução da oferta e suas limitações. (Wodak, 1998) Todo o aparato criado com o objetivo de desmontar as redes ilícitas de distribuição não tem alcançado o efeito desejado, pois, ao longo dos anos, multiplicam-se as redes de tráfico, alteram-se as rotas, e criam-se novos mercados. (Drucker, 1994) Esses mercados ampliaram-se significativamente ao longo das três últimas décadas, refletindo um incremento contínuo no cultivo e produção globais de drogas ilícitas.

Como uma das conseqüências desse fato, estima-se que atualmente existam no mundo “mais de 5 milhões de usuários de drogas injetáveis, envolvendo cerca de 120 países”. (Wodak, 1998, p. 63)

O quadro que vem sendo delineado demonstra que, apesar da ênfase colocada nas estratégias de redução da oferta, a questão global das drogas ilícitas tem se deteriorado de forma constante em termos tanto quantitativos como qualitativos. (Wodak, 1998) Assim, observa-se que ocorre o aumento da disponibilidade de psicoativos e do número de consumidores, sem que, na mesma medida, exista algum controle sobre a qualidade do produto consumido. (Bucher, 1992) Como as legislações dos países, em geral, são proibitivas com relação à droga e ao usuário, pode-se deduzir que há um grande desconhecimento do que circula no mercado ilícito.

Há indícios de que as estratégias de redução da oferta possam, ao invés de minimizar, agudizar os problemas de saúde pública. Exemplo disto são as políticas anti-ópio desenvolvidas em alguns países asiáticos a partir da metade deste século. Nestes países, o desaparecimento do hábito de fumar ópio (por proibição) foi substituído pelo uso injetável de heroína, o que facilitou a disseminação do HIV/AIDS entre os usuários de drogas injetáveis e na população em geral, a partir do final da década de 80. (Wodak, 1998)

Ocorre também a constatação de que o eficiente trabalho da Polícia Federal em interromper o tráfico de cocaína para fora do país abre a possibilidade de criar um mercado consumidor interno. (Carlini, 1992) Pelo que se coloca, as atividades que envolvem o controle da produção, distribuição e consumo de psicoativos, permanecem em expansão, mas parece utópica, pelo menos a curto prazo, a meta da redução da oferta (eliminação do consumo). (Friedman, Des Jarlais, 1994)

As alternativas terapêuticas oferecidas pela redução da oferta são guiadas pela idéia central da abstinência. No entanto, as estatísticas apontam para o fato de que, nos melhores serviços, o índice de permanência em tratamento por um ano, “oscila entre 40% e 60% da clientela, além de ocorrer um alto índice de recaídas, estimado em 70%”. (Bastos, 1996, p. 161; Bueno, 1994, p. 206; Marques, Doneda, 1998, p. 139) É importante também considerar-se os dados mundiais, quando indicam que a maioria dos usuários de drogas é recreativo e, entre os dependentes, apenas uma pequena fração se encontra vinculada a algum programa de tratamento. (Bastos, 1996) De acordo com

esses dados, ao considerar como meta única a abstinência, corre-se o risco de não prestar nenhum tipo de assistência à maioria dos usuários de drogas, inclusive aos usuários de drogas injetáveis. Estes últimos estão sob maior risco de contraírem a infecção pelo HIV. É necessário que outras alternativas, além da abstinência, sejam colocadas, considerando que é possível adotar estratégias para minimizar os riscos causados pelo consumo de drogas, sem necessariamente eliminar este consumo. Por outro lado, a avaliação da efetividade dos programas educativos destinados a reduzir a demanda, não tem apresentado evidências de uma alteração significativa no sentido de diminuir o consumo de drogas ilícitas, apesar do esforço que tem sido feito neste sentido. (Wodak, 1998)

Diante dos princípios colocados pela redução da oferta, outras estratégias destinadas a conter a disseminação do HIV/AIDS em usuários de drogas injetáveis, baseadas em princípios de saúde pública, encontram dificuldades de serem aplicadas. Essas propostas têm esbarrado no aparato policial-repressivo e na crença da eficiência da repressão policial na eliminação do consumo. Como foi dito anteriormente, recursos cada vez maiores são alocados para a aplicação da legislação penal relativa às drogas, o que não impediu o aumento do consumo global de substâncias ilícitas nas últimas décadas.

Nota-se, cotidianamente nos noticiários, todo o aparato utilizado pelo poder público para a apreensão de drogas ilícitas, ao mesmo tempo em que entidades públicas e privadas reclamam constantemente da falta de verbas para a assistência aos usuários de drogas. A ênfase na solução policial repressiva é bastante evidente. Observa-se que não é sem sentido que as estratégias da redução da oferta são chamadas metaforicamente de “*Guerra às Drogas*”. Como coloca Sontag, a estratégia da *guerra* mobiliza toda a sociedade contra um *inimigo comum* a ser vencido, e para vencê-lo não pode haver limites de recursos.

A guerra é uma das poucas atividades que não devem ser encaradas de modo ‘realista’, ou seja, levando-se em conta os gastos e os resultados práticos. Numa guerra total, os gastos são exagerados, imprudentes — pois a guerra é definida como uma emergência na qual nenhum sacrifício é considerado excessivo. (Sontag, 1989, p. 15)

Assim, pode-se observar que essa *guerra*, ao não conseguir seus objetivos de eliminar a produção e a distribuição de drogas ilícitas, acaba se voltando para o usuário de drogas, elo mais frágil da cadeia que envolve todo o comércio de drogas ilícitas no mundo. A *guerra* contra o usuário de drogas baseia-se na coerção, que por sua vez é respaldada pela legislação. A *guerra*, como se sabe, é caracterizada por uma situação de violência, de intolerância, e foge ao campo ético, pois encerra qualquer possibilidade de argumentação e diálogo.

3.1.2 - O usuário de drogas sob a ótica da redução da oferta

Uma das questões principais colocadas pela política da redução da oferta é a posição marginal do usuário de drogas. O enfoque policial repressivo, baseado na legislação, confere um papel de destaque aos usuários, sem distinguir entre as substâncias que determinam maiores ou menores danos à saúde, ou especificar quantidades que poderiam ser consideradas de uso pessoal. (Bastos, 1996)

Habitualmente, dentro dessa visão, o usuário recreativo e o dependente ocupam a mesma categoria, sendo que prevalece a imagem do usuário com alto grau de dependência a drogas pesadas. Sabe-se que o que existe, e o que sempre existiu em diferentes momentos históricos, é uma variedade de usos e produtos que vão do uso social não-sistemático (recreativo) em uma extremidade, até a dependência completa na outra. Porém, mediante a ótica criminalizadora, quase não se diferencia os diversos tipos de substâncias e seus efeitos, e os diversos estilos de consumo. (Baratta, 1994; Drucker, 1994)

Indiscriminadamente os usuários de drogas são colocados na categoria de doentes ou delinquentes. Isto significa dizer que se forem classificados como doentes deverão ser tratados terapêuticamente, mesmo que o uso da droga seja recreativo. Como delinquentes, deverão ser reabilitados socialmente pelo sistema penal. Observa-se também que o senso comum é influenciado pela visão da redução da oferta, que é voltada para a toxicomania, onde o uso recreativo de drogas se associa com doença e delinquência. Estas são as concepções hegemônicas, portadoras de um viés ideológico de exclusão dos diferentes e das minorias. (Olievenstein, 1991; Calanca, 1991)

Essa imagem estereotipada, freqüentemente apresentada ao público como o único destino dos diversos estilos de consumo, ajuda a compor o pano de fundo da política de drogas, que visa apenas a redução da oferta e da demanda. Muitas vezes, atos de violência são associados ao uso de drogas, como se este fato fosse uma regra. Cria-se, assim, o estereótipo do usuário, que na ansiedade da aquisição do produto ou sob o efeito de determinado psicoativo, é capaz de cometer atos de loucura extrema contra si mesmo, ou contra outras pessoas. (Baratta, 1994)

É sempre bom lembrar que situações, como as que foram descritas acima, constituem mais a exceção do que a regra. No entanto, as *exceções* são amplamente utilizadas e reproduzidas cotidianamente pelos meios de comunicação, que assim contribuem para a manutenção das estratégias que criminalizam o usuário e o colocam na categoria de *dependente* e *delinqüente*. Um exemplo deste fato foi revelado pela pesquisa feita em estudantes de 1º e 2º graus em Santa Catarina, referida no capítulo anterior. A grande maioria dos estudantes considera quem usa drogas ilícitas como *mau caráter*. A mesma pesquisa revela que o usuário de drogas lícitas (calmantes) é considerado alguém que é *doente* ou com *problemas psicológicos*. De todo o modo, permanece a visão da redução da oferta; ou o uso é associado à delinqüência, ou à doença. (Santa Catarina, 1993)

Dentro do estereótipo do *drogado* que ocupa um lugar de *destaque* no imaginário social, pode-se agora acrescentar a figura do usuário de drogas injetáveis (UDI).

3.1.3.- Os usuários de drogas injetáveis

Como já colocado anteriormente, as pesquisas informam que existem no mundo mais de “5 milhões de usuários de drogas injetáveis, envolvendo cerca de 120 países”. (Wodak, 1998, p. 63) Neste aspecto, a realidade brasileira ainda é desconhecida por questões relacionadas à marginalidade e ao preconceito direcionado ao usuário de drogas injetáveis. Todavia, a partir desta década, estudos etnográficos e a abordagem dos UDIs, através de projetos específicos, têm procurado elucidar essas práticas até então desconhecidas. (Mesquita, 1998)

A disseminação da infecção pelo HIV/AIDS através do uso de drogas injetáveis, no entanto, vem trazendo novos conhecimentos para o campo da drogadição e modificando alguns paradigmas. Assim sendo, observa-se que o eixo das discussões deixa de ser somente a questão da dependência (e proposta de abstinência), passando a preocupar-se com determinados comportamentos ligados a *práticas inseguras de uso de drogas*, buscando discutir formas de tornar este *uso mais seguro*, sem *necessariamente* eliminá-lo. (Telles, 1994) Acrescenta-se o fato de que a transmissão do HIV por via sangüínea, através do compartilhamento de agulha, seringas e outros equipamentos utilizados na injeção de drogas, tornou o uso injetável um problema de saúde pública.

Desta forma, observa-se que a disseminação do HIV/AIDS através do uso de drogas injetáveis apresenta aspectos importantes que merecem ser esclarecidos. Esses aspectos estão relacionados à cultura da droga e à velocidade de transmissão do vírus. A via de transmissão sangüínea é mais rápida e eficiente, pois no sangue a carga viral é maior que em outros fluidos corpóreos como o esperma, a secreção vaginal e o leite materno. Percebe-se também que o uso de injeções possibilita a inserção do vírus de forma direta na corrente sangüínea. Além disso, existe a constatação de que o compartilhamento de seringas, agulhas e outros aparelhos, é um hábito presente na cultura das drogas injetáveis. Ao risco da infecção pelo HIV, pode-se também acrescentar outros como as hepatites, endocardites, etc. (Barnard, 1993; Fernandez, 1994; Baptista, 1995)

Com a soma de todos esses fatores descritos acima, aliados ao desconhecimento da população usuária de drogas, tem-se um campo perfeito para a disseminação do HIV/AIDS em UDIs. Algumas características que vêm sendo apontadas, porém, podem servir como orientação. Os dados das pesquisas com UDIs no Brasil demonstram que a droga mais consumida através de injeções é a cocaína, apesar da constatação do surgimento do uso de heroína injetável em cidades como Salvador, Rio de Janeiro, Santos e na Região Centro Oeste do Brasil. (Mesquita, 1998) Da mesma forma que nas outras cidades brasileiras, Florianópolis também confirma o uso de cocaína injetável como sendo o mais freqüente entre os UDIs, porém ainda não registra o consumo de heroína. (Sell, comunicação pessoal, 1999)

Alguns estudos, ao compararem usuários injetáveis de heroína com usuários de cocaína, sugerem um maior risco para estes últimos, onde foram encontradas

soroprevalências para o HIV mais altas. (Bastos, 1996; Maddux, Vogtsberger, Prihoda et al., 1994) Sabe-se que a cocaína, por suas características bioquímicas, é rapidamente metabolizada, “fazendo com que o UDI tenha de injetar-se múltiplas vezes para manter o nível desejado de sensação, dentro de um curto espaço de tempo (em geral, 1 picada a cada meia hora)”. (Baptista, 1995, p.98)

Ao se considerar a prática do uso de drogas injetáveis, constata-se que o maior risco de exposição à infecção pelo HIV, ocorre pelo uso comunitário do equipamento de injeção. Tal fato pode se dar pelo compartilhamento de agulhas, seringas e outros apetrechos utilizados no preparo e na injeção de drogas. Vários fatores podem contribuir para este compartilhamento, dentre os quais destacam-se:

- falta de equipamento para todos os usuários;
- falta de condições para realizar a desinfecção adequada;
- pouca quantidade de droga para injetar;
- e inexperiência com o uso injetável da droga.

(Basros, 1996, Fernandez, 1993, Bueno, 1994)

Além destes fatores, o uso comunitário da mesma seringa pode também fazer parte de determinados rituais estabelecidos pela subcultura da droga, que adquire diversos significados, dependendo das relações entre os sujeitos envolvidos. (Barnard, 1993)

Como argumenta Bueno, este “*com-partilhar*” também adquire significado em função da quantidade de droga disponível, ou seja, é importante que todos possam usufruir do que se tenha disponível no momento. (1994, p. 207)

Porém, como fatores mais importantes no contexto brasileiro, assinala-se o estigma de *viciado* ou *drogado*, e a condição de ilegalidade que acompanha o usuário de drogas de uma maneira geral, e em particular o UDI. (Bucher, 1995; Bastos, 1996; Mesquita, 1998)

As pesquisas com UDIs no Brasil apontam algumas características relevantes. Os usuários de drogas endovenosas, na sua maioria, carecem de laços afetivos, sociais e profissionais. Como não são reconhecidos socialmente, inclusive por outros grupos de usuários (não-injetáveis), podem apresentar um padrão de subserviência a certos padrões do seu grupo (injetável), ou, pelo contrário, isolar-se completamente na sua prática de uso de drogas. (Andrade, 1994; Bueno, 1994; Baptista, 1995)

Salienta-se, aqui, que vem acontecendo uma participação crescente de UDIs do sexo feminino nos casos de AIDS por via injetável. Nesta questão, são poucos os dados que possam orientar no conhecimento das características da usuária de drogas injetáveis, fato este que ocorre em todo o mundo. Os homens constituem o maior número de usuários injetáveis, e as mulheres são menos visíveis nas *cenar*s de uso, que são predominantemente masculinas. Bastos (1996) nos alerta de que este fato não significa que as mulheres não injetem, porém, pode indicar que elas o façam com maior frequência na esfera privada. (p. 101)

Uma questão importante, e que pode contribuir para este uso *fechado*, é que as mulheres UDIs não são “bem vistas”, mesmo entre os próprios UDIs, principalmente do sexo masculino. (Bastos, 1996, p. 101) Isto significa que, além das dificuldades encontradas para lidar com o UDI masculino, somam-se outras relacionadas à questão do gênero que dificultam o acesso às UDIs femininas. Alguns dados qualitativos internacionais sugerem que este ocultamento do hábito de injetar, nas mulheres, pode estar relacionado ao temor de não serem bem vistas no seu papel social, principalmente de mães. (Barnard, 1993; Bastos, 1996)

Assim, observa-se que o preconceito destinado aos UDIs parte dos próprios usuários não-injetáveis, que os vêem como sendo o “*final da linha*”. (Baptista, 1995, p. 98) Nesse quadro estigmatizante, vê-se que a ele não é destinado um tratamento mais adequado, mas talvez pior, pois somam-se à marginalidade os riscos relacionados ao uso injetável. Caminhando um pouco mais nesse sentido, pode-se tentar visualizar o usuário de drogas injetáveis, soropositivo para o HIV ou, que tenha desenvolvido a AIDS. Se a prática do uso injetável é vista com preconceito no próprio *círculo da droga*, acrescenta-se agora mais um motivo para que este indivíduo seja colocado à margem da sociedade, que é a infecção pelo HIV. Assim, sob a ótica da redução da oferta, tem-se mais uma justificativa para a *intolerância* com o que se considera *divergente*, pois à ameaça ao *mal das drogas*, soma-se agora o *perigo da contaminação pelo vírus da AIDS*. (Sontag, 1989)

Este é o panorama no qual está situado o usuário de drogas, dentro de uma visão baseada exclusivamente na redução da oferta. São imagens que dão conta de que há fortes razões para que este indivíduo permaneça à margem da sociedade e, muitas vezes, *insensível* às campanhas de prevenção da transmissão do HIV/AIDS. Essas imagens

podem evidenciar a rejeição que as políticas de prevenção destinadas a essa população devem enfrentar. *Enfim, para que utilizar recursos públicos com esta população marginal, se tudo leva a crer que ela é merecedora de punição, mais do que de assistência?*

Todavia, a epidemia da AIDS em UDIs é um exemplo, talvez o mais importante, da falha das nossas políticas de saúde em desenvolver medidas adequadas de prevenção que atinjam todos os segmentos da população.

3.1.4 - Limites colocados à prevenção da transmissão do HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis pela estratégia de redução da oferta

As colocações anteriores fazem refletir sobre as conseqüências que uma política de redução da oferta, que privilegia a criminalização, tem sobre a prevenção da transmissão do HIV/AIDS em usuários de drogas injetáveis. Na maioria das vezes, o julgamento moral direcionado a esses indivíduos é inevitável, pois estes rondam os comportamentos considerados divergentes, onde as categorias *vítima* e *culpado* se confundem. Não é raro se ouvir, que estas pessoas, quando infectadas pelo HIV, são *vítimas da perda das drogas* ou *culpadas por consumirem substâncias proibidas*. (Sontag, 1989) Assim, percebe-se que é difundida uma opinião que acusa as pessoas que adotam estilos de vida patogênicos como sendo causadoras do próprio mal, o que induz a culpar as vítimas, no nosso caso o usuário de drogas. De acordo com Berlinguer, “Surge também a idéia, motivada pelas restrições econômicas, de que quando existe uma ‘cumplicidade’ do doente na origem da doença, o Estado deveria suspender a assistência ao indivíduo, porque senão se obrigaria a compromissos impróprios”. (1988, p. 41)

A partir desse *panorama* com imagens preconceituosas e excludentes, está criada a dificuldade para se olhar este indivíduo como um *agente moral*, capaz de determinar suas escolhas e atuar no sentido do auto-cuidado. Não se considera que ele seja um *igual moral*, porque imagina-se que esteja sempre sob o efeito dos psicoativos, com uma imagem degradante, dissociada daquilo que cada um define como uma boa escolha. Julga-se e condena-se sua opção pelo uso da droga, indiretamente através da lei, e diretamente através das opiniões pessoais. Agora, este indivíduo, o usuário de drogas injetáveis, antes oculto com seu hábito auto-destrutivo, se torna visível, de *carne e osso*,

evidenciado pela epidemia da AIDS. (Bastos, 1996) Para piorar o quadro, torna-se uma ameaça para suas parcerias (sexuais e de roda de drogas), para seus filhos e para a sociedade, ao ser portador (e transmissor) do vírus da AIDS.

Apenas se acredita neste indivíduo como *sujeito moral*, diante da completa abstinência, fechando as portas para qualquer diálogo que tenha como pressuposto o respeito pelas diferenças, pelas singularidades, pelas escolhas individuais. O UDI, por sua vez, reage ao preconceito e a marginalização fechando-se dentro do seu próprio grupo, isolando-se da sociedade com o seu hábito. Usuário de drogas injetáveis de um lado, criminalização e preconceito social do outro, e estão colocados os limites para que ocorra qualquer relação de diálogo entre os sujeitos. Diante disso, só resta perguntar: *Qual a melhor estratégia para prevenir a transmissão do HIV/AIDS em usuários de drogas injetáveis?*

3.2 - REDUÇÃO DE DANOS

3.2.1 - Conceituando redução de danos

Entende-se redução de danos como o conjunto de estratégias desenvolvidas com o propósito de reduzir as conseqüências adversas provenientes do consumo de drogas lícitas e ilícitas. São ações pragmáticas, com aplicação adequada à saúde pública, e também conhecidas sob a denominação de minimização de danos. As estratégias de redução de danos tem como meta “[...] a redução das conseqüências adversas do uso de drogas, (conseqüências para a saúde, sociais e econômicas), sem necessariamente diminuir esse consumo.” (Wodak, 1997, p.2) O termo redução de danos nunca foi definido por um órgão oficial e, portanto, tem sido usado sob diversas interpretações. Como se verá no decorrer deste capítulo, as políticas e programas de redução de danos relacionados aos usuários de drogas, compreendem prevenção e tratamento. (Wodak, 1997)

A redução de danos originou-se na Inglaterra, na década de 20, através do Relatório Rolleston, cujos pressupostos combinavam o enfoque penal internacional a uma prática médica compreensiva que não se fundamentava apenas na busca da abstinência. (Bastos, 1996) Este relatório concluía que os pacientes aditos a

determinadas drogas, como os opiáceos, poderiam recebê-las sob prescrição médica de forma que pudessem “levar uma vida mais estável e mais útil à sociedade”. (O’Hare, 1994, p.66)

Essa abordagem, porém, ganhou notoriedade a partir do final dos anos 80 em alguns países da Europa e Austrália, como uma estratégia adequada para o enfrentamento da disseminação do HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDIs). (Bastos, 1994) As estratégias que colocam na prática o conceito de redução de danos, especialmente objetivando a prevenção da transmissão do HIV entre UDIs, foram implementadas inicialmente em países desenvolvidos. No entanto, a questão das drogas injetáveis e a infecção pelo HIV entre UDIs passou a ser observada e adquiriu magnitude também nos países em desenvolvimento, o que levou à discussão e implementação dessas estratégias em várias partes do mundo, respeitando as particularidades de cada país ou região. (Wodak, 1998; O’Hare, 1994; Telles & Bastos, 1995) Deve-se assinalar que as diferenças existentes referem-se, por exemplo, ao tipo de droga utilizada. Nos países onde a droga injetável mais utilizada é a heroína, os programas de redução de danos incluem programas de manutenção com metadona. A metadona também é derivada do ópio e caracteriza-se como uma medicação de substituição, administrada via oral, de meia vida muito longa. É utilizada para “estabilizar” total ou parcialmente usuários de heroína. (Bastos, 1996, p. 217) No Brasil, a droga injetável mais utilizada é a cocaína, para a qual não há recurso semelhante.

A redução de danos, para a prevenção da transmissão do HIV/AIDS em UDIs, considera como central o fato de que o uso de drogas e, mais especificamente, o seu uso injetável, provoca danos para os usuários e seu meio social. Como as tentativas de impedir o uso de drogas pela redução da oferta não têm alcançado seus objetivos, parece lógico desenvolver programas que visem reduzir os danos causados pelo uso dessas substâncias. (Friedman, Des Jarlais, 1994) Sob determinado ponto de vista, é possível pensar que seria mais adequado que estes usuários interrompessem inteiramente o consumo de drogas. No entanto, é necessário considerar que para muitos usuários este consumo é algo que faz parte de seus estilos de vida, e que pode se constituir em uma necessidade, ou numa escolha pessoal. (O’Hare, 1994; Caponi, 1998)

Como profissionais de saúde, ao considerar a disseminação do HIV/AIDS neste segmento populacional, conclui-se que essas pessoas precisam, de alguma maneira, de

ajuda. A repressão ao uso de drogas e a criminalização do usuário são caminhos que não podem dar uma resposta adequada a curto prazo. Além disso, sob determinado ângulo, pode-se considerá-las eticamente desaconselháveis, pois não respeitam a escolha dos indivíduos e fecham as portas ao diálogo. A opção da redução de danos surge como um complemento, uma alternativa mais flexível, como uma resposta à epidemia da AIDS baseada na *solidariedade* e no *respeito mútuo*. A proposta da redução de danos é ajudar as pessoas para evitar as conseqüências mais danosas do consumo de drogas, principalmente aquelas relacionadas à saúde, porém, respeitando suas escolhas.

Para melhor aceitar este conceito, é preciso compreender que o uso de drogas constitui-se em uma atividade prazerosa para quem a pratica, e reconhecer que as pessoas continuarão a fazer uso de substâncias psicoativas, como sempre o fizeram ao longo de toda a história da humanidade. (O'Hare, 1994) Precisa-se reconhecer também, que o uso de substâncias psicoativas foge ao controle das medidas absolutistas propostas por estratégias baseadas somente na redução da oferta, como a proibição e a abstinência.

Dentro de uma visão mais ampla, essas propostas podem ser tomadas não apenas como redução de danos à saúde, mas também como “redução dos danos sociais vinculados ao uso de drogas”. (O'Hare, 1994, p. 70) Neste conceito ampliado, considera-se que a aproximação com o usuário de drogas objetiva também a sua reinserção social, pois a marginalização, provocada pelo preconceito e pela criminalização, é própria da cultura das drogas e se faz presente em diversas sociedades onde a proibição é adotada.

3.2 2- Objetivos da redução de danos

No contexto da epidemia do HIV/AIDS em UDIs, o objetivo principal das ações de redução de danos é reduzir os riscos da transmissão do HIV (parenteral, sexual e vertical) entre os UDIs e sua rede social. Diante da impossibilidade do usuário em interromper o uso de drogas, (por não poder ou não querer), deve-se trabalhar com o objetivo de diminuir o comportamento de alto risco ligado ao uso de substâncias psicoativas, como o compartilhamento de equipamentos para o uso injetável. Segundo O'Hare citado por Bastos (1996, p. 70), o conceito de redução dos danos entre UDIs pode ser entendido segundo uma hierarquia de objetivos:

- evitar o compartilhamento de equipamentos;
- substituir o uso injetável de drogas pelo uso não parenteral;
- reduzir globalmente o uso de drogas;
- interromper o uso de drogas

3.2.3 - Estratégias da redução de danos

Ao se falar de drogas psicoativas, porém, precisa-se lembrar que existem diversos tipos de usuários, com hábitos de consumo diversificados, intensidades de usos e conseqüentes danos decorrentes desses consumos diferenciados, e que demandam atenção diferenciada de acordo com suas características. (Baratta, 1994; Bastos, 1996) Nesse aspecto, observa-se que a população de UDIs tem sua prática marginalizada, inclusive entre os próprios usuários de drogas ilícitas. (Baptista, 1995) Isso significa que às dificuldades normalmente encontradas para lidar com usuários de drogas de uma maneira geral, somam-se outras que tornam os UDIs de difícil acesso às estratégias comuns de prevenção ao uso de drogas. (Andrade, 1995)

A questão, citada acima, implica na adoção de estratégias preventivas que considerem as diferenças existentes entre os usuários de drogas. Ao se utilizar uma mensagem única, como por exemplo a mensagem baseada na abstinência proposta pela redução da oferta, esta atingirá apenas a fração de usuários que estiver com esta necessidade, enquanto outros deixarão de serem beneficiados por não apresentarem tal demanda. (Bastos, 1993) As propostas de redução de danos propõem uma flexibilização de alternativas preventivas e terapêuticas, diferentemente das adotadas por uma política de “proibição absoluta” e “tolerância zero” ao uso de drogas. (Bastos, 1996, p.185)

Os objetivos colocados pela redução de danos, como se pode observar, definem prioridades e hierarquizam situações de maior ou menor gravidade em decorrência do uso de drogas, reconhecendo os limites de atuação num contexto social marginalizado e freqüentemente esquecido pelas políticas de saúde.

Existe, atualmente, um conjunto de estratégias destinadas à prevenção da transmissão do HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis, e destes para os seus parceiros. Serão discutidas, a seguir, as mais importantes para o contexto brasileiro:

3.2.3.1 - Estratégias educativas

Considerando que os UDIs são sujeitos que estão inseridos em diversos segmentos, entende-se que estes devem ser objeto de estratégias específicas, que só serão possíveis de realizar, ao se conhecer quem são estes usuários e quais as formas de engajá-los na elaboração de medidas educativas apropriadas. Os UDIs, de uma maneira geral, são provenientes de diferentes estratos socio-econômicos, porém a maioria pertence a camadas sociais desfavorecidas com baixo nível educacional. (Wodak, Des Jarlais, 1994; Bueno, 1994; Andrade, 1995; Siqueira, Winkler, Barcellos et al., 1998)

É consenso entre os autores pesquisados, que a mudança de comportamento destes usuários em direção à práticas mais seguras, ocorre de uma forma mais efetiva pela influência de pares (amigos, parcerias sexuais e de droga, etc), e não apenas pela aquisição de conhecimentos específicos. Eles consideram que comportamentos complexos dificilmente podem ser alterados por campanhas veiculadas pela mídia, ou pelo simples contato com *folders* e cartazes, quando os “riscos de perda das relações afetivas, da liberdade, saúde e segurança profissional ou financeira não foram suficientes para alterar estes comportamentos”. (Wodak, Des Jarlais, 1994, p.116; Bastos, 1996)

O conteúdo das mensagens educativas deve ter o crédito por parte do público-alvo. Para tal, é necessário um trabalho educativo que privilegie o contato com os UDIs nos locais onde ocorre o consumo. As ações desenvolvidas por agentes comunitários (*outreach workers*), em geral ex-usuários e pessoas inseridas no contexto dos UDIs, têm proporcionado bons resultados. Os agentes comunitários recebem denominações diferentes, de acordo com a região ou país. Assim, constata-se que *outreach workers* é uma denominação dada aos agentes comunitários que realizam este trabalho nas ruas, em países como a Austrália, USA e Inglaterra. No Brasil são chamados de agentes comunitários ou *redutores*.

Outra questão importante e indissociável das estratégias educativas é o fornecimento de meios para a prevenção da infecção pelo HIV, como preservativos e equipamentos de injeção estéreis (seringas e agulhas), além do material informativo apropriado. O acesso aos serviços de saúde deve ser facilitado, abrangendo desde questões mais gerais até a testagem para o HIV, e o encaminhamento para tratamento da drogadição para os que assim o desejarem. (Wodak, Des Jarlais, 1994; Bastos, 1996)

Ao falar sobre os aspectos educativos, não se pode esquecer de incluir o preparo dos profissionais da rede de saúde que entrarão em contato com esses usuários. Há grande influência nos profissionais da visão baseada exclusivamente na redução da oferta, que pode criar dificuldades no trabalho educativo/preventivo. (Wodak, Des Jarlais, 1994; Bastos, 1996) A curto prazo, entretanto, é difícil modificar as visões estereotipadas ou achar algum consenso em pontos de vista tão diversos. No entanto, a argumentação baseada na *tolerância* e na *solidariedade*, mostra-se como um caminho viável, principalmente ao se considerar a importância deste segmento populacional no contexto da epidemia da AIDS. Nessa direção, também deve ser feita a sensibilização das demais instâncias, principalmente jurídico-políticas, e dos outros segmentos da sociedade.

3.2.3.2 - Testagem para o HIV

O conhecimento da doença e a melhoria da qualidade e do acesso aos testes laboratoriais, com a inclusão do aconselhamento e anonimato, aliados aos recursos para tratamento, têm aumentado a demanda das pessoas que desejam conhecer o seu *status* sorológico. Alguns estudos comportamentais em UDIs analisados, entretanto, sugerem algumas tendências. Eles indicam que o conhecimento do *status* sorológico, pode ajudar a reduzir o comportamento de risco de um UDI soro-positivo para outros, através de prática de injeções seguras e sexo mais seguro. (Desenclos, Papaevangelou, Ancelle-Park, 1993) Outros estudos apontam que o resultado do teste para o HIV, sendo positivo, pode aumentar a probabilidade de uso do preservativo nas relações sexuais. (Vanichseni, Des Jarlais, Choopanya et al., 1993; Watkins, Metzger, Woody et al., 1993; Colón, Robles, Marrero et al., 1996) Para Wodak e Des Jarlais (1994), embora esses dados não possam ser generalizados para todos os segmentos de UDIs, a testagem para o HIV tem um papel importante no monitoramento da epidemia, pois os dados coletados auxiliam na avaliação da eficácia das medidas preventivas. (p. 122)

3.2.3.3 - Provisão de meios para a prática do sexo mais seguro

As campanhas de prevenção da AIDS têm privilegiado o uso regular de preservativos, porém, a sua utilização pelos UDIs pode ser considerada ainda deficiente. Diversos trabalhos mostram que essa população é sexualmente ativa, mas apresenta alto índice de relações sexuais sem proteção. (Desenclos, Papaevangelou, Ancelle-Park, 1993; World Health Organization, 1993; Wodak, Des Jarlais, 1994) Da mesma forma como ocorre na população com práticas heterossexuais, os UDIs também são resistentes ao uso de preservativos nas relações sexuais. A recomendação é para que as campanhas educativas específicas para UDIs reforcem este componente com mensagens explícitas, incluindo aconselhamento específico relacionado à negociação de práticas sexuais mais seguras. É importante sempre lembrar, que os meios materiais para evitar a transmissão do HIV/AIDS em UDIs de ambos os sexos, incluem também os preservativos, além dos equipamentos de injeção estéril e não compartilhado.

3.2.3.4 - Tratamento para usuários de drogas

Um dos argumentos em oposição à redução de danos, mostra que a adoção dessa estratégia não estimularia os usuários de drogas a procurarem tratamento para a drogadição, e que até mesmo incentivaria o uso de drogas. Estes fatos não são comprovados nos locais onde as estratégias de redução de danos estão sendo aplicadas. (Wodak, 1997) Aliás, pelo histórico que foi analisado no capítulo anterior, pode ocorrer o oposto, ou seja, é uma política proibitiva e criminalizadora que pode determinar o aumento do consumo. O que tem acontecido com relação ao tratamento, e Florianópolis é um exemplo, é que as estratégias de redução de danos aumentam essa demanda sem que, no entanto, estejam disponíveis os serviços para prestar tal assistência. (Bastos, 1996; Sell, comunicação pessoal, 1999)

Para uma população marginalizada e freqüentemente à parte das políticas de saúde, o fato de receberem uma atenção mais compreensiva, voltada para as suas necessidades e respeitando suas escolhas, tem feito com que demandas desse tipo sejam cada vez mais comuns. Sabe-se que são poucos serviços públicos para o tratamento da drogadição no Brasil. A maioria dos locais são acessíveis apenas para poucos

privilegiados que possuem recursos financeiros para tal. Com raras exceções, os serviços são guiados pela idéia central da abstinência, o que exclui os usuários que não tenham esta motivação, e que constituem a maioria. Esse direcionamento dos serviços para o tratamento da drogadição (que não ocorre apenas no Brasil), além de excludente, contribui para que em todo o mundo, “o índice de recaída seja em torno de 70%”. (Marques, Doneda, 1998, p.139) Uma pesquisa realizada com usuários de drogas na Alemanha mostra que a maioria dos usuários entrevistados considera a idéia da abstinência “impraticável” ou “sem propósito”. (Bastos, 1996, p. 22)

Utilizando, como exemplo, a política de redução de danos da Austrália, pode-se refletir sobre alternativas de tratamento com um enfoque diferenciado da ótica que privilegia apenas a abstinência. No entanto, cabe ressaltar que na Austrália, a exemplo de outros países onde é praticada a política de redução de danos, a droga injetável de maior consumo é a heroína. Nesse país, os clínicos que trabalham nos programas de redução de danos têm consciência das dificuldades que cercam os dependentes de drogas. Muitos usuários são pessoas das camadas sociais mais pobres, com problemas de moradia, discriminação racial, desemprego, baixo nível educacional e envolvidos com a criminalidade. Os objetivos nos locais de tratamento, baseados na redução de danos, são geralmente negociados entre o clínico e o paciente, com a determinação de metas e objetivos. Fundamentam-se na parceria entre o profissional e o usuário e no que o dependente de drogas é capaz de completar com relação ao seu tratamento. Uma pequena proporção de usuários engajados nos programas de manutenção com metadona, ainda continuam a fazer o uso injetável de heroína, porém com redução considerável da quantidade.

Segundo Wodak, os profissionais utilizam a seguinte argumentação:

[...] é melhor ter um paciente utilizando metadona que está bem, empregado, sem cometer crimes, HIV-negativo, e ocasionalmente injetando drogas, do que alguém que intermitentemente se engaja num programa de abstinência, mas se torna HIV-positivo, comete crimes, é desempregado, injeta heroína freqüentemente, mas não usa metadona. (Wodak, 1997, p. 4)

Para completar, os estudos na Austrália demonstram que o envolvimento com os programas de metadona está associado com inúmeros benefícios como: decréscimo da mortalidade, morbidade, infecção pelo HIV e o crime. (Wodak, 1997)

Sabe-se que existem diferenças entre o tratamento para usuários de heroína e o tratamento para usuários de cocaína, que é a droga injetável mais utilizada no Brasil. O fato de haver um substituto como a metadona, de uso oral, e que é utilizada sob prescrição médica, contribui muito para a diminuição dos riscos da infecção pelo HIV associados ao uso injetável. Porém, a intenção do exemplo não é focar qual tratamento está disponível para qual droga e sim mostrar como o *respeito mútuo*, baseado na *solidariedade* e na *tolerância*, pode contribuir de maneira efetiva para a diminuição dos riscos associados ao uso de drogas, e para a inserção social do usuário de drogas. A partir do momento que este usuário é considerado como parceiro do seu tratamento, como um *igual moral*, é possível obter a sua colaboração, porque *ele* entende e também determina o que é para o *seu* bem.

3.2.3.5 - Trabalho de agentes comunitários de saúde ou redutores

Diante do que se apresentou anteriormente sobre o usuário de drogas injetáveis, constata-se que é uma população bastante diversificada, e que está fora dos padrões simplistas que a colocam numa categoria monolítica. Aliado a esta questão, pode-se deduzir que os esforços em campanhas educativas não são suficientes para conter a disseminação do HIV/AIDS entre UDIs, e destes para as suas parcerias. Existe também a constatação de que são poucos os UDIs que se mantêm em contato com as alternativas de tratamento tradicionais. (Wodak, Des Jarlais, 1994) A proposta dos agentes comunitários surge como uma estratégia para realizar um trabalho educativo com os UDIs junto à *cena* de uso da droga, e da necessidade de conhecer os comportamentos de risco determinantes da disseminação do HIV/AIDS neste segmento.

A abordagem, através dos agentes, tem sido utilizada em diversos países e regiões com padrões distintos e como fruto de iniciativas diversas, tanto governamentais como comunitárias. (Bastos, 1996; Wodak, Des Jarlais, 1994) São alcançados bons resultados com trabalhos face a face, onde é privilegiada a “transversalidade” das relações entre o agente comunitário e o usuário. (Bastos, 1996, p. 166) Na maioria dos

países, o perfil mais adequado a este trabalho é encontrado entre ex-usuários, pessoas inseridas no contexto onde se dá o consumo. (Bastos, 1996)

O trabalho dos agentes comunitários, geralmente, tem alcançado boa credibilidade junto aos usuários e a comunidade. Os serviços prestados abrangem estratégias educativas, assistência social, fornecimento de equipamento estéril, material para descontaminar agulhas e seringas, preservativos, além de indicação para unidades de tratamento e referência. Na parte educativa, os agentes ex-usuários prestam informações de ordem prática relacionados ao uso de drogas como: tipos de drogas, dose/overdose e formas menos lesivas de se auto-administrar drogas.

Alguns projetos realizados no Brasil contam com ex-usuários e usuários como agentes comunitários, entre eles o projeto de Porto Alegre e Santos, os quais se terá a oportunidade de detalhar mais adiante. Em Florianópolis, os agentes são pessoas com boa penetração no meio social do UDI. A escolha de pessoas envolvidas com o uso de drogas acrescenta muitas facilidades ao trabalho de abordagem, pois eles conhecem as características e os estilos de vida dos UDIs. Algumas características são importantes, como identificar-se com a proposta de redução de danos e despertar confiança e segurança entre os UDIs.

O trabalho realizado por agentes comunitários (ex-usuários ou usuários) ou por *pares*, como também são denominados, traz consigo a idéia de *solidariedade* e *tolerância*. A redução de danos feita por *pares*, baseada na *solidariedade* e na *tolerância*, significa dar um tratamento ao usuário dentro de uma relação de *igualdade moral*, de forma diferente da hierarquia e do formalismo que pautam a maior parte das relações nos serviços de saúde. (Caponi, 1998; Bastos, 1996) Explicando melhor: mesmo que o ex-usuário, agora também um agente, tenha abandonado o uso de drogas, mesmo que ele tenha suas razões para aconselhar o outro a *largar* o uso, com base na sua própria experiência, ele não o faz porque entende e respeita a escolha do outro.

O ato de ajudar o outro é entendido como uma relação de *respeito mútuo*, e esta ajuda pode ser mais abrangente (como encaminhar para o tratamento da drogadição), se o usuário assim o desejar. Caracterizar-se como um *par* no contexto da redução de danos, significa pautar a ação na *tolerância*, *solidariedade* e *confiança*. *Tolerância*, porque realiza-se um trabalho que supera a ilegalidade e o preconceito aceitando a escolha do outro. *Solidariedade*, porque propõe-se a uma ação de ajuda dentro de uma

relação simétrica de *iguais morais*. E finalmente, *confiança*, porque, apesar de todo o contexto marginal e degradante em que o UDI possa estar inserido, apesar de todo o preconceito social que desacredita nas possibilidades deste ser humano, o *par* acredita que é possível que o UDI desenvolva medidas de auto-cuidado, e cada passo dado nesta direção é tido como uma vitória de *ambos*.

No final deste capítulo, pode-se observar como estas questões se realizam na prática, através da análise de algumas experiências com redução de danos no Brasil.

3.2.3.6 - Fornecimento de agulhas e seringas estéreis

O fornecimento de equipamentos estéreis para a injeção de drogas, ou o “Programa de Troca de Seringas” (PTS), como é mais conhecido, tem sido uma das questões mais polêmicas dos projetos de redução de danos. *A troca de seringas*, baseia-se no raciocínio lógico de aumentar a oferta de equipamento de injeção estéril, enquanto diminui a disponibilidade de equipamento de injeção contaminado, contribuindo para a redução da disseminação do HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis. (Wodak, Des Jarlais, 1994; Wodak, 1997; Bastos, 1996)

No Brasil, agulhas e seringas estão amplamente disponíveis e podem ser adquiridas nas farmácias sem prescrição médica, sendo que a aquisição de equipamentos estéreis pelos UDIs é feita no comércio ou através de terceiros. Alguns obstáculos, no entanto, se colocam à aquisição destes equipamentos pelos UDIs, mesmo considerando que o preço dos equipamentos, quando comparado ao custo da droga, é relativamente baixo. Ocorre que muitos UDIs utilizam praticamente todos os seus recursos financeiros na compra da droga, não restando o suficiente para a aquisição de seringas e agulhas, fato que é observado em vários países além do Brasil. (Bastos, 1996) Aliado a este fato, observa-se que, no Brasil, grande parte dos UDIs atingidos pelos projetos de redução de danos encontra-se nas camadas sociais com menor poder aquisitivo. (Andrade, 1994, Bueno, 1994)

De acordo com Bastos (1996), é muito comum entre usuários de cocaína, que são a maioria no Brasil, um uso descontínuo concentrado nas noites e finais de semana, quando ocorre o fechamento da maior parte dos estabelecimentos comerciais, o que restringe a aquisição dos equipamentos. (p. 205) A reutilização e o compartilhamento

também encontram-se relacionados com a impossibilidade de adquirir novas seringas e agulhas no momento do uso da droga, ou das más condições dos locais onde ocorre a *cena* de uso, o que os impede de realizar a desinfecção correta dos equipamentos. (Fernandez, 1994; Bastos, 1996) Isto significa que os equipamentos estéreis, próximos ao local do uso, têm se constituído em uma boa estratégia para evitar os riscos de um *uso inseguro da droga*.

São diversas as estratégias utilizadas nos diferentes países para tornar disponíveis os equipamentos estéreis para os UDIs. Estas estratégias incluem os programas específicos de troca de seringas (PTS) e a sua distribuição, seja através do sistema normal de vendas ou da livre aquisição, em locais que tradicionalmente realizam vendas apenas sob prescrição. Foram implementadas desde máquinas de venda que operam em locais e horários que facilitem a aquisição pelo usuário, como na Europa, até trabalhos com agentes comunitários, como o descrito anteriormente. (Wodak, Des Jarlais, 1994)

É importante observar que a estratégia utilizada vai depender das características apresentadas do local. Num mesmo local pode-se utilizar estratégias diferenciadas, uma vez que pontos fixos para realizar a troca de equipamentos podem não alcançar determinados usuários que não estejam sensibilizados para tal, ou residentes em locais distantes, ou usuários que não queiram se expor de forma alguma por várias razões (como muitas UDIs do sexo feminino).

As estratégias podem ser combinadas, pois as pesquisas têm apontado que diversos métodos com o objetivo de aumentar a disponibilidade de equipamentos são eficazes, sendo que nenhum demonstrou ser superior aos demais. (Wodak, Des Jarlais, 1994) No Brasil, devido a marginalização e ao preconceito que cercam o usuário de drogas, principalmente o injetável, a distribuição e a troca de equipamentos através de agentes comunitários têm trazido bons resultados.

Historicamente, os programas de troca de seringas (PTS) começam na Holanda em 1984 por pressão dos próprios usuários de drogas, preocupados com as doenças de transmissão sangüínea ocasionadas pelo uso compartilhado, fato este anterior à epidemia pelo HIV/AIDS. Como se tratava de uma questão polêmica e sujeita as mais variadas críticas, estes programas foram submetidos a uma criteriosa avaliação por parte dos pesquisadores holandeses. A conclusão foi que os PTS contribuíram efetivamente para a mudança de hábitos dos usuários, não se confirmando as seguintes questões: aumento do

número de usuários de drogas injetáveis ou de usuários de um modo geral; afastamento dos pacientes dos locais de tratamento; cedência dos equipamentos dos usuários para terceiros. (Bastos, 1996; Verster, 1998)

Com a epidemia da AIDS e sua importância atribuída ao uso de drogas injetáveis no final da década de 80, esta estratégia passou a ser discutida e adotada por vários países e regiões. A efetividade dos PTS vem sendo estudada, e estes têm demonstrado bons resultados nos países onde foram implantados. Wodak (1998, p. 59) informa que seis estudos sobre os PTS, financiados pelo governo norte-americano, concluíram que estes programas reduzem, de fato, a disseminação do HIV/AIDS sem aumentar o consumo de drogas.

Outro estudo ecológico analisou os PTS e as soroprevalências para UDIs de 29 cidades de diversos países, concluindo que: a soroprevalência do HIV em UDIs resultou significativamente mais baixa nos locais que implantaram PTS do que naqueles que não implantaram; o incremento anual médio na soroprevalência foi de “3,6% nas cidades sem PTS e de 0,2% nas cidades com PTS”. (Wodak, 1998, p. 59) Avaliações realizadas no Reino Unido, entre UDIs clientes de PTS e não-clientes, demonstraram que os clientes apresentaram risco menor de uso inseguro de injeções, quando comparados aos não-clientes. (Keene, Stimson, Jones et al.; 1993; Dolan, Stimson & Donoghoe, 1993)

Os PTS têm se constituído em uma boa fonte de informação sobre o comportamento dos UDIs de forma geral. (MacDonald, Wodak, Ali et al., 1997) Dessa maneira, através do atendimento da clientela, é possível colher subsídios para estratégias de prevenção e avaliar sistematicamente a evolução dos resultados alcançados pelas estratégias de redução de danos, como mostram os estudos realizados em anos consecutivos. (Lima, Bastos, Telles et al., 1992; Noone, Durante, Brady et al., 1993; Peters, Reid, Griffin, 1994; Peak, Rana, Maharjan et al., 1995; Stimson, Hunter, Donoghoe et al., 1996)

As atividades de prevenção combinadas aos PTS demonstram que é possível atuar junto aos UDIs e que estes contribuem efetivamente para reduzir os riscos da transmissão do HIV/AIDS. Como foi colocado anteriormente, para Wodak (1998), o início de diversas atividades de redução de danos em locais onde a prevalência do HIV/AIDS em UDIs ainda é baixa, sugere que é possível limitar a transmissão do

HIV/AIDS nesta população, o que foi demonstrado em estudo realizado em diversas cidades do mundo. (Des Jarlais, Hagan, Friedman et al., 1995; Wodak, 1998)

A desconfiança de que os PTS fossem estimular o uso de drogas e aumentar o número de usuários parece suplantada diante de tantas evidências. No entanto, permanecem as polêmicas permeadas por um conteúdo “moral” acentuado. (Bastos, 1996, p. 169) Ao fornecer equipamentos estéreis tem-se que aceitar as *escolhas* diferenciadas dos indivíduos com relação ao uso de psicoativos. A estratégia da troca de seringas, assim como a que foi discutida acima com relação aos agentes comunitários, fundamenta-se na *tolerância* e na *solidariedade*, pois aceita a opção do usuário de drogas e ao mesmo tempo oferece-lhe formas de tornar o seu hábito menos lesivo. Para finalizar este item, coloca-se algumas reflexões feitas por Schwartz citado por Bastos (1996, p. 169):

- Ninguém passará a usar a usar drogas injetáveis só porque estão disponíveis agulhas e seringas;
- Onde há drogas há seringas para vender e permitir que elas sejam infectadas, resta às autoridades optar por seringas limpas;
- Os custos dos programas de troca de seringa não são nem de longe comparáveis aos custos explosivos do tratamento de pacientes com AIDS;
- Por menos efetivos que possam ser os programas, podem salvar inúmeras vidas.

3.2.3.7 - Disponibilidade dos meios para desinfecção de seringas e agulhas

Uma outra maneira utilizada para a redução do risco de transmissão do HIV/AIDS por seringas e agulhas infectadas, é a desinfecção com “solução de hipoclorito de sódio à 5,25%”. (Wodak, Des Jarlais, 1994, p. 124) Esta pode ser considerada como uma alternativa em locais onde não é possível aumentar a oferta de equipamento estéril. O hábito de lavar seringas após o uso é relatado por usuários de todo o mundo, embora o façam de maneira incorreta, pois muitos utilizam apenas água fria no processo. (Bastos, 1996) Esta estratégia tem sido utilizada por diversos projetos de redução de danos, inclusive no Brasil. Algumas restrições, no entanto, são colocados ao uso do hipoclorito como se verá a seguir.

O processo correto de desinfecção com hipoclorito de sódio demanda por parte dos usuários, tempo (utilizado para a desinfecção) e o carregamento de materiais, como o frasco com a solução para os locais onde ocorre o uso da droga. Nesse aspecto, tem-se a considerar que os UDIs sempre procuram andar com o menor número de equipamentos que permitam caracterizá-los como tal, o que poderia levantar suspeitas de autoridades policiais. Além disso, não há evidências quanto à eficácia do hipoclorito em eliminar outros agentes infecciosos de transmissão sanguínea, como por exemplo os vírus das hepatites B e C. (Bastos, 1996) Para Bastos (1996), os estudos realizados em outros países não conseguiram demonstrar associação estatisticamente significativa entre o uso de hipoclorito de sódio na desinfecção de seringas e agulhas e uma redução das taxas de soroconversão para o HIV. (p. 208) A conclusão a que chega o autor é que tal alternativa deve ser melhor avaliada pelos programas que a utilizam.

3.2.4 - A legislação como um limite às ações preventivas da redução de danos

A legislação brasileira tem sido um argumento bastante citado como impedimento aos projetos de redução de danos, particularmente os PTS. A lei que regula as políticas de drogas no Brasil é a Lei nº 6368, promulgada em 1976, e que “dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinam dependência física ou psíquica, e dá outras providências”. (Marques, Doneda, 1998) O enfoque dado por este diploma legal é basicamente penal, seja relacionado ao tráfico ou ao uso de substâncias psicoativas, embora contenha recomendações para a implementação de medidas preventivas.

É importante considerar que esta lei, datada de 1976, é anterior à epidemia da AIDS, o que a torna desatualizada para o contexto atual. Cita-se, aqui, a interpretação de dois artigos da referida lei, os artigos 12 e 16, como os mais importantes para o impedimento da execução dos projetos de redução de danos no Brasil.

O artigo 12, em seus incisos I e III do parágrafo 2º dessa lei, criminaliza quem “induz, instiga ou auxilia alguém a usar” ou “contribui de qualquer forma para incentivar ou difundir” o uso ou o tráfico de substâncias entorpecentes, respectivamente. (Marques, Doneda, 1998) A interpretação deste artigo tem causado confusão, tomando as medidas preventivas de saúde pública, por exemplo a troca de seringas, como um incentivo ao

uso de drogas ilícitas, o que se mostra sem sentido face aos argumentos que foram discutidos no item anterior. Com isto, medidas que sejam tomadas por uma autoridade pública de saúde podem ser obstaculizadas pelas autoridades policiais e judiciárias, como o fato que ocorreu em Santos em 1989, e que será discutido posteriormente neste trabalho. O material educativo destinado aos UDIs, como *folders* e cartazes, também pode ser enquadrado neste artigo, pois ensinam aos usuários como desinfetar o equipamento de injeção. (Bastos, 1996; Mesquita, 1998)

Destaca-se também o artigo 16, que considera crime o consumo de qualquer substância psicoativa ilícita, porém não distingue entre substâncias que determinam maiores ou menores danos, ou especifica quantidades que poderiam ser consideradas de uso pessoal. (Marques, Doneda, 1998) Este artigo torna qualquer usuário passível de sanção penal, e reforça o caráter oculto das práticas relacionadas ao uso de drogas ilícitas, dificultando a implementação de medidas preventivas. (Bastos, 1996)

Felizmente, estas questões legais estão sendo revistas pelo Congresso Nacional, com a abertura da possibilidade de ações de saúde pública (como o troca de seringas), desde que sejam respaldadas em propósitos científicos. No entanto, ainda permanece a idéia de penalização do usuário, ou *sanções administrativas*, como muitas vezes são colocadas. (Bastos, 1996; Mesquita, 1998)

Em Santa Catarina, a exemplo de outros estados do Brasil, a Lei Nº 11.063, de 28 de dezembro de 1998, “Autoriza a Secretaria de Estado da Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas e estabelece outras providências.” (Santa Catarina, 1998) Observa-se então, que as autoridades do poder legislativo começam a ser sensibilizadas, e a criar os dispositivos legais necessários para que os projetos de redução de danos possam ser realizados. Colocando de outra forma, e utilizando as expressões de Bastos (1996), começa a ser desatado o “nó jurídico”, restando agora o “nó moral”, pois o fato de modificar a lei não significa que a sociedade possa ao mesmo tempo modificar o seu preconceito relacionado aos usuários de drogas, particularmente os injetáveis. (p. 169)

De qualquer maneira, percebe-se que desatar este nó jurídico é um grande avanço, e reflete uma atitude ética onde são *re-conhecidos* os direitos dos usuários de drogas injetáveis aos meios de prevenção. Assim, Garrafa, ao falar sobre Bioética, Saúde e Cidadania, nos orienta neste sentido:

O direito, que é o elemento básico da ordem da cidadania, não deve ser atribuído; pelo contrário, o princípio ético-político que rege a noção mais elementar de direito é aquele proveniente da própria existência humana, pois na medida em que a pessoa nasce já se configuram direitos. Mais que configurados, sem dúvida, tais direitos necessitam ser acessíveis e materializáveis, para que se alcance não somente a cidadania política porém, principalmente, a cidadania social. (Garrafa, 1999, p. 3)

3.2.5 - Direitos e responsabilidades na perspectiva da redução de danos

Os trabalhos desenvolvidos com redução de danos abrem novas perspectivas, e começam a *desmontar* antigas crenças extremamente vinculadas a uma imagem do UDI, refratário a qualquer mudança de comportamento. Esta discussão foi colocada nos itens anteriores, onde se observa que as mudanças de comportamento ocorrem. Quando se assegura o direito aos meios de prevenção, este usuário, na maioria das vezes, mostra-se responsável e torna o seu hábito mais seguro. Mais do que um direito constitucional à saúde, estas estratégias vêm trazendo uma questão situada no campo dos direitos humanos, como um direito à cidadania. (Marques, Doneda, 1998) A idéia do usuário de drogas como um cidadão de segunda categoria, como um incapaz, é substituída pela noção de cidadão com direitos e responsabilidades. (Mesquita, 1998) Considerando que esses indivíduos têm direito à saúde, é necessário oferecer-lhes os meios para que possam assumir a responsabilidade em mantê-la e promovê-la. Essa responsabilidade, no entanto, não deve ser baseada na culpabilidade, mas na tolerância e na solidariedade enfatizando a relevância das livres escolhas pessoais. (Berlinguer, 1996)

Como cidadãos temos a responsabilidade de considerar e aceitar a escolha do usuário de drogas, mesmo que esta escolha seja diferente da que faríamos para nós mesmos. Temos também o direito de exigir das autoridades de saúde que medidas adequadas sejam tomadas para conter a epidemia da AIDS nesta população, considerando que assim também estamos nos protegendo.

Como profissionais de saúde, temos a responsabilidade de rever nossos preconceitos com relação aos usuários de drogas injetáveis e às propostas de redução de danos. Estabelecer estratégias adequadas para a prevenção da disseminação do HIV/AIDS entre UDIs, mostra-se não só como uma questão de saúde, mas também

como uma questão ética. Trata-se também de evitar que esta epidemia se propague para outros seres humanos utilizando os meios mais eficazes. Apenas olhando o usuário como um *igual moral*, que é capaz de estabelecer formas adequadas de auto-cuidado, e de também proteger seus contatos (sejam de droga ou sexuais), é que será possível tomá-lo como um parceiro no controle da disseminação do HIV/AIDS.

Não custa lembrar, como colocam Friedman & Des Jarlais (1994), que o conceito de redução de danos tem como princípio ético fundamental a *solidariedade* com os usuários de drogas. (p. 17) Este princípio deve nos guiar para exigir políticas de drogas mais humanas, que considerem o usuário de drogas como seres responsáveis capazes de participação nos esforços para conter a epidemia da AIDS.

3.2.6 - Os projetos de redução de danos no Brasil

São inúmeros os projetos de redução de danos atualmente em andamento no Brasil. Apesar da legislação vigente, é através do financiamento do Ministério da Saúde, da Coordenação Nacional de DST/AIDS, ou seja um órgão oficial, que a maioria dos projetos estão sendo executados, privilegiando as regiões onde a prevalência da infecção pelo HIV é epidemiologicamente importante. (Marques, Doneda, 1998)

A seguir, relatam-se alguns Projetos de Redução de Danos no Brasil, procurando ressaltar suas principais linhas de ação, dificuldades para a implantação e a relação que estabelecem com os usuários de drogas injetáveis. Ao final, faz-se alguns comentários sobre as características destes projetos. Os municípios escolhidos foram: Santos, por ter sido o primeiro a tentar implantar esta estratégia, e sobre o qual há bibliografia disponível; Porto Alegre, porque surgiu a oportunidade de visita e participação das atividades de campo em 1997; e Florianópolis, onde as discussões para implantação do projeto são analisadas neste trabalho.

3.2.6.1 - O projeto de redução de danos de Santos

O município de Santos foi o primeiro no Brasil a tentar implantar estratégias de redução de danos em meados de 1989. A administração municipal foi motivada por uma realidade epidemiológica, que apontava mais de 50% dos casos de AIDS em usuários de

drogas injetáveis. Ao mesmo tempo, nada de específico estava sendo feito para controlar a doença nesta população. Baseados na literatura internacional, na concepção de que o uso de drogas era uma opção individual, e na não aceitação do discurso dominante contra às drogas, os profissionais envolveram-se com a proposta de redução de danos. (Bueno, 1994)

Segundo Bueno, a proposta tinha como objetivo: “interromper a cadeia de transmissão do HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis e diminuir os riscos que o comportamento de injetar drogas traz para a saúde dos UDIs e seus/suas parceiro(a)s de compartilhamento de agulhas e sexuais”. (1994, p. 206)

Utilizava-se, para isto, de “estratégias de intervenção que levem a efetivas mudanças de comportamento com relação ao ritual de se aplicar drogas [...]”, e que estavam sendo conduzidas com sucesso nos países desenvolvidos. (Bueno, 1994, p. 206) Acreditavam que os indivíduos podiam modificar o comportamento na direção do uso seguro da droga, sem necessariamente abandoná-la, priorizando o cuidado consigo próprio e com sua saúde, mesmo que este uso fosse injetável. Compreendiam que a relação que o indivíduo estabelece com a droga, não raro foge ao nosso entendimento.

O poder de sedução que a droga exerce sobre o usuário, muitas vezes não é compreendido nem por ele próprio, que pode se tornar *escravo* da droga, fazendo de tudo para conseguí-la. Na abordagem de redução de danos são fundamentais a compreensão da forma de pensar do usuário e o respeito a sua individualidade, pois são fatores que geram confiança e entrosamento por parte dos UDIs. (Mesquita, 1998; Bueno, 1994)

Os profissionais tinham como meta a ser alcançada, o decréscimo do ritmo de difusão do HIV na população de UDIs. A população a ser trabalhada era de difícil definição por toda a questão de marginalidade social e ilegalidade que a cerca. As estratégias preventivas deveriam procurar alcançar também os que retornam ao uso depois de falharem as alternativas terapêuticas abstinentes, e os que nunca procuraram tratamento e não pensam em parar com o uso de drogas, sejam eles definidos como recreativos ou dependentes. (Bueno, 1994)

Cabe salientar que, para este trabalho, pioneiro na implantação de estratégias de redução de danos no Brasil, que incluía troca de seringas, voltaram-se também as primeiras proibições por parte do poder público. O preconceito dirigido às drogas ilegais

e aos que delas fazem uso, e a interpretação da lei 6368, deram origem a diversas ameaças, inclusive de prisão à equipe que propunha o projeto, fazendo com que seus mentores mudassem a estratégia de ação. (Mesquita, 1998; Bueno, 1998)

Apesar das adversidades, as atividades iniciam em 1991, agora através de uma Organização Não-Governamental. Como estratégia para aproximação e consolidação do vínculo entre profissionais e usuários, foi iniciado, em 1991, um estudo de soroprevalência e comportamento de risco entre UDIs, que deu margem a descobertas importantes que delinearão as estratégias subsequentes. Houve maior conhecimento do comportamento do usuário de drogas injetáveis e seus hábitos, como os relacionados ao *ritual de aplicação*. O compartilhar da droga não se caracterizava como um ato promíscuo, como pensavam anteriormente, mas sim como um “com-partilhar” a quantidade de “pó” por quantos precisarem dele no momento, numa atitude de parceria solidária com os outros companheiros. (Bueno, 1994, p. 211) Como são usuários com baixo poder aquisitivo, ocorre o compartilhamento de equipamentos, pois o dinheiro geralmente é todo utilizado na compra da droga, não sobrando para a aquisição das seringas e agulhas. Existia o hábito de *lavar* as seringas antes de reutilizá-las, porém este estava relacionado ao entupimento de agulhas pelas impurezas da droga e pelo sangue.

É importante salientar que no trabalho de campo, criou-se a oportunidade de formação dos *agentes de campo*, recrutados entre os usuários e ex-usuários. Estes foram preparados pelos profissionais de saúde com os conhecimentos específicos para o trabalho. Os *agentes* tinham a vantagem de falar a mesma linguagem dos UDIs e de pertencerem ao ambiente destes, podendo assim melhor contribuir para a modificação do comportamento de seus pares. Desta forma foi garantido o acesso a população de UDIs no município. Em meados de 1997, estavam sendo distribuídas cerca de 400 seringas por mês. (Bueno, 1994; Bueno, 1998)

3.2.6.2 - O projeto de redução de danos de Porto Alegre

Porto Alegre iniciou o trabalho com redução de danos em meados de 1996, através da Secretaria Municipal da Saúde e Desenvolvimento Social, com o objetivo de “prevenir a transmissão da AIDS entre Usuários de Drogas Injetáveis (UDI)”. Utilizou como base teórica do modelo de intervenção “a interdisciplinariedade, combinando

princípios básicos de etnografia, isto é, a descrição dos costumes da cultura das drogas, e da epidemiologia da AIDS, com a psicologia social comunitária”. (Siqueira, Winkler, Barcellos et al., 1998, p.171)

Com base na experiência de Santos, quando a divulgação do projeto suscitou inúmeras resistências e o impedimento legal das atividades, a equipe de coordenação optou por iniciar a articulação e sensibilização com as instâncias políticas e jurídicas, com muita cautela. Diversas etapas foram sendo cumpridas até que o trabalho de campo propriamente dito tivesse início. Estas etapas incluíam, além da sensibilização das autoridades e da mídia, a definição das localidades onde se concentravam os UDIs, e localização de unidade de saúde com profissionais sensibilizados, e que pudessem ser centros de referência e contra-referência no município. (Siqueira, Winkler, Barcellos et al., 1998)

O trabalho de intervenção contava com agentes chamados de *monitores*, em geral usuários e ex-usuários de drogas, selecionados preferencialmente entre os integrantes das populações com as quais se desejava trabalhar. Durante 7 meses, antes de irem a campo, os monitores realizaram reuniões “com o objetivo de abrir espaço para as experiências subjetivas que emergiam nesse momento com relação a inserção de cada monitor no projeto”. (Siqueira, Winkler, Barcellos et al., 1998, p.176) Foram capacitados também em aspectos relacionados à infecção pelo HIV, e diversas questões relacionadas à drogadição. Apesar do perigo que representava a violência nos locais onde o trabalho se realizava, a equipe optou por não realizar um trabalho passivo dentro da unidade de saúde. Assim, foi dado um caráter dinâmico, através do contato direto com moradores do lugar e foram implantados plantões noturnos, dada a importância do uso de drogas injetáveis neste período. Parcerias formais e informais foram estabelecidas com pessoas da comunidade, farmácias, bares, igrejas e associações comunitárias. Os monitores do projeto atuavam como elo de ligação entre os serviços de saúde (incluindo serviços para tratamento da drogadição) e os UDIs, distribuindo material informativo (*folders*, cartazes) e preventivo (seringas, agulhas e preservativos). (Siqueira, Winkler, Barcellos et al., 1998)

Como a equipe de monitores era composta de ex-usuários e alguns usuários de drogas “na ativa”, certas situações vividas com relação ao uso e tráfico de drogas poderiam “fragilizá-los”. (Siqueira, Winkler, Barcellos et al., 1998, p.177) Por isso,

contavam com supervisão psicológica semanal, onde as angústias provenientes do trabalho de campo eram tratadas. (Siqueira, Winkler, Barcellos et al., 1998)

O contato direto com os locais periféricos (vilas) permitiu a inserção espontânea de moradores ao projeto, chamados de agentes espontâneos ou comunitários. Os agentes eram pessoas da vila inseridas na rede de UDIs, com uma liderança positiva, podendo ser usuários de drogas ou não. Caracterizavam-se, no projeto, como um grupo em constante mutação, em função da importância deste envolvimento num dado momento, ou ao *status* que lhes conferia perante os outros moradores. Esses agentes foram capacitados através de treinamento específico, visando qualificá-los como multiplicadores em saúde. O envolvimento dos agentes nas atividades do projeto era variada, sendo comum disporem em suas casas de caixas coletoras de seringas usadas, material informativo, preservativos e seringas estéreis. Outros agentes participavam divulgando informações sobre saúde e levando os monitores aos locais ou a grupos que faziam uso de drogas injetáveis. (Siqueira, Winkler, Barcellos et al., 1998)

Em maio de 1997, a participação de técnicos do Programa de DST/AIDS de Florianópolis em um treinamento em Porto Alegre, possibilitou a realização de diversas atividades de campo, nas quais se baseia o relato a seguir. Durante aquele período, observou-se que o preparo dos monitores abordou temas relacionados ao uso e abuso de drogas e sexualidade. Foram relevantes a contextualização das drogas geograficamente, epidemiologicamente, no corpo humano, e uma análise socio-demográfica dos locais onde estava ocorrendo o uso injetável e para onde o projeto estava direcionado.

O projeto foi concebido no campo propriamente dito. Foram mapeadas as áreas de consumo de drogas injetáveis, rede de UDIs, como estes conseguiam as seringas, quantas vezes injetavam e o tipo de droga utilizada. Para desenvolver este trabalho é importante que o monitor tenha inserção no universo dos UDIs com os quais pretende trabalhar, esteja identificado com a causa (redução de danos), motivado para o trabalho, e transmita confiança e segurança junto aos UDIs.

Segundo o relato dos monitores, as palavras-chave dos projetos de redução de danos em Porto Alegre eram *respeito e confiança*. Desta forma, os aspectos relacionados à abordagem dos UDIs eram privilegiados, sendo que uma característica importante do monitor era a sua capacidade de “*saber ouvir, mais do que falar*”, pois consideravam que sexo e drogas fazem parte da intimidade das pessoas. (R. ex-UDI e

monitor do projeto) Ser prudente, solidário e acima de tudo reconhecer os próprios limites, pois as situações de violência são constantes nos locais de tráfico.

O trabalho não se limitou apenas às questões relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, pois é comum as situações de encaminhamento dos UDIs para os serviços de saúde, que incluem desintoxicação e recuperação, e auxílio de natureza social e jurídica. Como ocorreu em Santos, os monitores, usuários e ex-usuários de drogas injetáveis, alguns HIV-positivos, acrescentaram ao trabalho informações preciosas. Foram colocadas questões quanto a abordagem, informações e material necessário aos UDIs como: tipo de agulha e seringa utilizados e locais preferenciais de injeção no corpo. Os monitores relataram que a maioria dos abscessos ocorria por não estarem portando um *aparelho* (seringas e agulhas) adequado. Consideravam que para o UDI: *quem cheira, desperdiça a cocaína, pois cheirar não dá o "baque"*. No entanto, poderia ser possível a modificação da via de uso, o que ocorria, muitas vezes, por causa do sofrimento que alguns passavam. Para os UDIs, existiam dois tipos de "tomador"(usuário que injeta): os que tomavam só para "sentir o gostinho" da cocaína, e os que tomavam para sentir o *baque* (também chamado de *twin/bing*). Este último *desafiava* a overdose, "não tomava pouco", chegava próximo a overdose, desafiando a morte. (Reproduz-se aqui as expressões utilizadas por D., ex-UDI, monitor do Projeto de Redução de Danos de Porto Alegre).

Com estas informações em mãos, tornou-se importante para o projeto, divulgar informações sobre: locais de aplicação mais seguros, pois alguns *tomadores* injetavam na virilha ou na carótida considerando que o efeito torna-se mais rápido; dose/overdose: como ocorrem estas situações e como socorrer; e alternância dos locais de aplicação, evitando assim a *perda* de veias. Alguns detalhes relacionados a qualidade da droga (com muita ou pouca mistura, ou impurezas para fazer render mais) eram importantes. Segundo os relatos, alguns *traficantes* sabiam que o usuário injetava e avisavam quando a droga era mais pura. Interessante observar que na Austrália, esse trabalho de notificar aos usuários sobre a grau de pureza da droga é feito também pelos profissionais de saúde que trabalham nos Programas de Troca de Seringas.

Ao acompanhar o trabalho de campo com os monitores pela vila, notou-se a importância de estar próximo ao local onde ocorre o uso de drogas. Em questão de

minutos, vários usuários vinham ao encontro dos monitores, solicitando seringas e preservativos. Apesar de se ter à disposição os *kits*, os usuários preferiam apenas seringas e agulhas. O *kit de prevenção* para ser distribuído consistia em um porta-óculos contendo: uma seringa, uma agulha, um recipiente plástico para o preparo da dose, uma ampola de água destilada, um lenço de álcool isopropílico, um preservativo, um folheto explicativo e endereço e telefone da unidade de saúde. O *kit*, segundo os monitores, podia revelar o que eles queriam ocultar, o uso de drogas pela via injetável, sendo que a seringa era mais fácil de esconder. Apesar de a troca de seringas ser estimulada, e de haver caixas coletoras em vários locais da vila, inclusive em um bar, ponto de venda de drogas, encontrava-se muitas seringas usadas, jogadas próximas aos locais onde passavam as pessoas e onde crianças brincavam. Regularmente os monitores realizavam esta busca e coleta de seringas usadas.

As visitas às casas dos agentes comunitários eram feitas regularmente. A maioria dos agentes comunitários eram mulheres. Muitas realizavam o trabalho em suas próprias casas, recolhendo equipamentos usados em caixas coletoras descartáveis, e fornecendo o *Kit* aos UDIs. Em uma delas pode-se constatar o interesse e a criatividade de uma agente. Como muitos usuários injetavam também no período noturno, havia dificuldade destes em desprezar adequadamente o material, pois neste horário os agentes estavam dormindo. Com a intenção de facilitar o recolhimento de seringas usadas, uma agente furou a parede, que ligava o cômodo da sua casa onde estava localizada a caixa coletora à rua, colocando no local um pedaço de cano de PVC, o que facilitava ao usuário depositar o material usado em local adequado sem precisar acordá-la.

É nesse contexto que se realizava o trabalho de redução de danos em Porto Alegre, diferente de Santos e diferente de outros locais do Brasil e do mundo. Cada local, dentro da sua singularidade, procura estabelecer qual a melhor estratégia para ir ao encontro de uma população, cujo hábito de injetar drogas é marginalizado, mas nem por isso deixa de ter direito e acesso aos meios de prevenção da infecção pelo HIV.

3.2.6.3 - O projeto de redução de danos de Florianópolis

Na introdução deste trabalho, expôs-se as dificuldades enfrentadas na discussão das propostas de redução de danos em Florianópolis até o ano de 1997. Finalmente, no

primeiro semestre de 1997, através de uma organização não-governamental que atua na prevenção da AIDS em Florianópolis, o Instituto Arco-Íris, os caminhos para o trabalho de campo foram abertos.

Quatro agentes foram selecionados, porém não eram usuários ou ex-usuários de drogas. Alguns eram moradores de locais onde muitos UDIs residiam, propondo-se assim a iniciar o reconhecimento do campo, para posteriormente dar início ao trabalho propriamente dito. A partir daí houve a sensibilização do governo municipal recém-empossado, e a aprovação do projeto pelo Ministério da Saúde para conseguir o financiamento. O projeto foi aprovado e o convênio foi assinado em outubro de 1997.

Na inexistência de documentos que relatem a história e a situação atual do Projeto de Redução de Danos de Florianópolis, as informações que se colocam na seqüência, foram prestadas em comunicação pessoal, pela coordenadora do projeto, em março de 1999:

O Projeto de Redução de Danos de Florianópolis tem como objetivo: “Reduzir a transmissão do HIV/AIDS, doenças sexualmente transmissíveis (DST), e outras doenças transmitidas via sanguínea entre usuários de drogas injetáveis e seus (suas) parceiros (as) sexuais, através de medidas de redução de danos à saúde.” Tem como população beneficiada, além dos UDIs, as pessoas que pertencem à rede de interação social destes.

O contato com os usuários de drogas injetáveis no trabalho de campo teve início em janeiro do ano de 1998 e atualmente é realizado por 6 agentes, chamados de *redutores*, em 7 áreas do município, sendo algumas áreas centrais da capital e outras periféricas. A maior parte dos redutores permanece sendo a mesma desde o início do trabalho de reconhecimento do campo, ocorrido em 1997. Segundo o relato, a entrada no projeto de um redutor com conhecimento de algumas redes de UDIs foi fator determinante para que o processo de abordagem tivesse início.

De forma diferente de Porto Alegre e Santos, a equipe de redutores não inclui nenhum usuário ou ex-usuário de drogas. Os redutores receberam treinamento específico para atuarem como multiplicadores de informações sobre HIV/AIDS e drogas. É feito um trabalho educativo junto aos UDIs e comunidades, distribuição de material educativo, preservativos e equipamento para injeção estéril. Os redutores atuam em duplas, e segundo as condições do local onde estão localizadas as redes de UDIs. Por exemplo, em uma região, o trabalho é feito por volta das 17 horas, pois às 19 horas

ocorre o “*toque de recolher*”, imposto pela rede de tráfico local. Em outros locais, o trabalho pode ser feito à noite, dependendo da região e do tipo de usuário a ser abordado.

Alguns usuários moradores de rua são caracterizados pelo elevado nível de *desintegração social*. O projeto conta com 4 pessoas voluntárias vinculadas às redes de UDIs, e também com alguns *bares voluntários* em locais de circulação de UDIs, que distribuem material informativo. Os redutores ampliam constantemente seu trabalho, pois a rede de informação informal entre os UDIs é *fácil e rápida*, o que facilita o acesso à novas redes de usuários. Não existem relatos de problemas com a violência ou com a polícia vinculados aos locais de trabalho. A equipe de redutores recebe supervisão psicológica através de profissional vinculado a uma organização não governamental, que atua na área de prevenção à AIDS.

Mudanças recentes na legislação estadual torna possível a troca de equipamentos nos casos dos projetos de redução de danos e dão mais segurança ao trabalho. A questão já não enfrenta problemas no Conselho Municipal e no Conselho Estadual de Entorpecentes, sendo que neste último ainda ocorrem discussões sobre a questão. Outras parcerias importantes foram estabelecidas com organizações não-governamentais que atuam na área de prevenção à AIDS, com locais para tratamento e desintoxicação de usuários de drogas, e Centros de Saúde da rede municipal de saúde.

Em Florianópolis, os usuários abordados pelo Projeto de Redução de Danos, têm se mostrado sensíveis a esta estratégia. Mudanças de comportamento são observadas, relacionadas ao destino adequado do equipamento já utilizado, e também relacionadas com o aumento da demanda para o tratamento da drogadição, na medida em que novas redes de usuários são alcançadas. Observa-se que algumas complicações relacionadas ao hábito de injetar, como as flebites, têm diminuído na população atingida.

Uma das principais dificuldades apontadas pela coordenação do projeto é que são poucas as opções de serviços públicos para atendimento e tratamento de usuários de drogas. Neste sentido, tem sido feito um trabalho constante de sensibilização para que se viabilize a disponibilidade de locais para tratamento. Outro problema apontado, refere-se ao preconceito que os profissionais de saúde da rede têm com relação aos UDIs, o que dificulta o encaminhamento para estes locais. No período de janeiro de 1998 a fevereiro

de 1999, o Projeto de Redução de Danos de Florianópolis distribuiu 8559 seringas aos UDIs de Florianópolis. (Sell, comunicação pessoal, 1999)

3.2.6.4 - Comentários sobre os projetos de redução de danos relatados

Pode-se constatar, pelos relatos acima, que existe diversidade nas formas de implantação de cada projeto. As diferenças encontradas em cada região determinam estratégias diferenciadas, que vão desde a sensibilização das autoridades até a abordagem dos UDIs. As realidades encontradas porém não impedem que estratégias comuns sejam adotadas, como a troca/distribuição de seringas e agulhas. Uma questão comum presente em todos os projetos é que os profissionais da rede de saúde já exerciam, na prática, ações de redução de danos. O entendimento de que o uso de drogas é uma questão pessoal, e que *diminuir os riscos deste uso* é algo que os profissionais deveriam fazer, já existia em muitas pessoas que posteriormente vieram a se vincular de forma mais efetiva nos projetos.

No relato de Santos, observa-se algumas questões que são colocadas por diversos estudos analisados anteriormente, ou seja, que a nossa imaginação é *povoada de mitos* a respeito dos usuários de drogas, entre os quais a idéia de que existe uma certa *promiscuidade* no ato de compartilhar a mesma seringa.

Outro fato que se comprova nas três experiências, é que ir ao encontro destas pessoas tem sido a melhor forma de realizar o trabalho preventivo, pois dá origem à propostas mais realistas. O trabalho dos agentes comunitários, ou dos *pares*, mostra-se eficiente também no Brasil, embora estes tenham características diversas, segundo a região. Observa-se então que, em Santos e Porto Alegre, os agentes comunitários são ex-usuários e usuários, enquanto que em Florianópolis tem-se outro perfil, não vinculado ao uso de drogas.

A relação destes agentes com o trabalho de campo, principalmente ex-usuários e usuários de drogas, não é isenta de problemas, como é colocado no relato de Porto Alegre. O encontro ou reencontro com a *cena* de uso da droga pode criar situações de fragilidade, o que determina, em praticamente todos os projetos, a necessidade de suporte psicológico. As palavras, *confiança*, *respeito* e *solidariedade* encontram seu significado nas ações desenvolvidas por estes projetos.

Finalizando este breve comentário sobre os projetos, pode-se notar que, com a redução de danos, realiza-se a “prevenção possível”, ao invés de se ficar paralisado por não conseguir concretizar “metas utópicas”. (Andrade, 1995, p. 117) Com isto, quer se dizer, que o tempo demandado para que se realize a meta proposta pela redução da oferta, que preconiza a eliminação do consumo de drogas, certamente não possibilitará evitar que o HIV se dissemine pela população de usuários, suas parcerias e demais contatos. A prevenção possível significa trabalhar com metas mais realistas, a curto prazo, e que assim podem alcançar e beneficiar um número muito maior de pessoas.

IV - DA EXCLUSÃO À SOLIDARIEDADE

Pelo que foi discutido até este momento, observou-se que as políticas de redução da oferta e da redução de danos encontram no campo ético um espaço para a argumentação e o diálogo. Esta reflexão se justifica eticamente, pelo fato de que ambas as estratégias discutem a possibilidade de escolha das pessoas, no caso, o usuário de drogas.

Os argumentos da redução de danos colocam os usuários como responsáveis por sua escolha, favorecendo a que estes possam exercer a liberdade de opção. Mesmo questionando, ou julgando se esta escolha é boa ou ruim para os envolvidos, pode-se facilitar o uso seguro da droga e, desta maneira, evitar um dano maior para ele e para a sociedade, que é a infecção pelo HIV. Por considerá-lo um agente moral, respeita-se a sua opção.

Por outro lado, a estratégia de redução da oferta ao colocar o usuário sob o estereótipo de *dependente*, ao criminalizá-lo, limita as possibilidades de escolha. Ao tratá-lo como doente, dependente, não o considera como sujeito, como agente moral, capaz de tomar decisões e realizar escolhas. Ao colocá-lo às margens da lei evocando uma “*questão moral*”, não considera que a lei por si não é parâmetro ético ou moral. Além da criminalização, existe o preconceito, pois pode-se refletir que uma mudança na legislação não trará como consequência imediata uma outra visão (menos estereotipada) da sociedade sobre o usuário de drogas. Ao recordar-se o histórico sobre o uso de drogas feito anteriormente, vê-se que a moralidade evocada está mais relacionada com os valores de uma época. Desta forma, nota-se que nem sempre o uso de drogas foi sujeito a sanções punitivas, nem objeto de juízos morais.

Percebe-se que as estratégias de redução de danos e redução da oferta, muitas vezes são colocadas como contrapostas, o que dificulta estabelecer o diálogo baseado na argumentação, que possibilite adotar medidas preventivas eficazes. No entanto, este caminho é possível, além de necessário.

4.1 - ÉTICA: ALGUNS CONCEITOS

A palavra ética deriva do vocábulo grego “ethos”. Em sua etimologia, “ethos” corresponde a duas palavras gregas, êthos e éthos, cujos sentidos, embora estejam vinculados, não são equivalentes. (Maliandi, 1991) Desta maneira, vê-se que êthos diz respeito ao caráter, significando o que é mais próprio de uma pessoa, do seu modo de atuar. Êthos pode ser entendido também, como a constituição interior do ser humano, psíquica ou física, e as suas disposições interiores para a ação virtuosa. Éthos, por sua vez, tem o sentido de hábito e significa o conjunto de costumes do grupo social. Ao traduzir éthos no latim, encontra-se a palavra “mores”, que é o equivalente ao termo “moral” em português. (Chauí, 1994,p: 2; Maliandi, 1991, p. 13)

Segundo Chauí, “mores” é relativo aos costumes, mas não a quaisquer costumes, “mas aos costumes enquanto costume de uma comunidade, que oferece a si mesma certos fins que considera bons”. (1994,p: 2)

Dentre as diversas definições existentes de ética e moral, pode-se recorrer à proposta de Luna. Esta autora considera:

A moralidade é o conjunto de normas e crenças (reais ou ideais) sobre a conduta humana individual ou social e sobre os traços de caráter que fazem com que se avaliem de maneira positiva ou negativa a outros, [enquanto que] ética ou filosofia moral é a reflexão crítica sobre a moralidade, os problemas morais e seus modos de resolução. (Luna, 1995, p.16)

Em outras palavras, pode-se dizer que a moral é o conjunto de comportamentos e normas aceitos como válidos, e a ética, por sua vez, na reflexão sobre o *por que* são considerados estes comportamentos e normas, e não outros que têm pessoas diferentes. (Savater, 1991)

Ambos os termos, tanto moral como ética, estão bastante vinculados entre si, e têm em comum a alusão ao que é íntimo e próprio da pessoa. A moral, em seu caráter normativo, nos remete sempre a determinados códigos de normas, sistemas de valores e tipos de concepções, que vão determinar questões relativas à *moralidade*, ou seja, *o que é moral e o que não é*. (Maliandi, 1991; Savater, 1991) Assim colocada, a *moralidade*

está presente em todas as culturas, embora se apresente com aspectos bastante diversos, pois os códigos, as normas, e os valores, diferem entre as culturas e sociedades.

Observa-se então, que a diversidade das concepções sobre a moralidade, é comum ao *campo ético*. Contudo, ao mesmo tempo, é devido a esta diversidade que surgem os conflitos ou os *dilemas éticos*, que é uma situação onde valores morais divergentes entram em confronto. Neste sentido, é importante ressaltar que a resolução para estas questões só será possível de se estabelecerem no campo ético, através do aprofundamento do diálogo, da argumentação, onde nenhuma forma de violência ou coerção é permitida. (Chauí, 1994)

Os conflitos ocorrem, porque nem todas as pessoas e sociedades têm a mesma opinião sobre *o que se deve fazer* nas diversas circunstâncias que envolvem as relações entre os seres humanos, pois estes estabelecem seus códigos e suas normas baseados em valores que lhes são próprios. Assim a reflexão ética principal vai incidir sobre o modo de atuar, isto é, *por que escolhemos fazer de uma maneira e não de outra*. (Maliandi, 1991; Savater, 1991)

Deve-se ressaltar porém, que a ética supõe uma reflexão, a *reflexão ética*, que é um ato no qual o sujeito se converte em objeto de si mesmo, se auto-observa e se auto-percebe. A reflexão ética é um diálogo solitário do eu consigo próprio onde o sujeito estabelece comparações, pode escolher e tem capacidade de decisão. (Maliandi, 1991; Savater, 1991)

Percebe-se então, que a moral é um bem comum a todos os homens. A princípio, todo ser humano pode ajustar o seu modo de *atuar* a determinadas normas, e pode também julgar os seus próprios atos e de outros seres humanos, segundo sua interpretação e aceitação destas normas e valores. A aceitação destes valores e normas exige uma reflexão prévia que determina o que é *bom* ou *ruim* (devido-indevido) para cada um de nós. Embora esses questionamentos não sejam perceptíveis no cotidiano, freqüentemente estamos decidindo sobre a conveniência ou não de determinadas coisas, e fazendo julgamentos morais a nosso respeito ou sobre outras pessoas. (Savater, 1991; Maliandi, 1991)

Pode-se, assim, considerar que as relações da vida ética são mediadas por valores que os agentes morais estabeleceram em comum. Desta forma o ato moral “se realiza a

partir de valores, em nome de valores e para realizar valores. Os valores são princípio, meio e fim da ação moral". (Chauí, 1994, p. 6)

Portanto, a vida ética é *realizada* por seres humanos e entre seres humanos, dotados de consciência e vontade, ou seja, com poder para refletir e realizar escolhas. Todavia, para que ela exista, em primeiro lugar tem que existir o agente moral dotado de razão para refletir e liberdade para realizar escolhas. A ética só é possível de se realizar entre seres humanos, entre os agentes morais.

Como observa Chauí (1994): as situações vividas pelos seres humanos, sejam elas produto ou não da ação direta, "fazem com que o campo ético, seja um campo que exige continuamente da parte do sujeito, o ato da deliberação e da escolha". (p. 8) Para isso, deve-se ter liberdade para poder, de acordo com a própria consciência, fazer opções. Liberdade então, é um assunto que está intimamente ligado à vida ética. As escolhas, decidir por um caminho e não por outro, as contradições que encerram esta escolha, são um reflexo do problema essencial da liberdade em si mesma. Desta forma, compreende-se que a responsabilidade pela liberdade é algo inerente apenas a própria pessoa. Os indivíduos, ao serem coagidos ou sujeitos a qualquer tipo de violência, não têm mais liberdade, o que foge ao campo ético, pois nas situações de violência, a vida ética deixa de existir. (Savater, 1991; Chauí, 1994)

É importante considerar que a ética implica em viver bem a vida humana, a vida entre homens. Esta questão pressupõe uma relação entre iguais, que consiste fundamentalmente em tratar as pessoas como pessoas, reconhecer o outro como semelhante, simplesmente pelo fato de que se trata de um ser humano. "Se o outro não for experimentado e sentido como meu igual, não é possível uma relação ética com ele e nem dele comigo"(Chauí, 1994, p.11)

A existência da diversidade, contudo, é um grande desafio na relação entre os seres. Deve-se também reconhecer, que nessas diferenças, os seres, divergem em suas paixões, desejos e gozos, e têm a sua própria consciência e razões que os motivam de modos diversos. É necessário portanto, reconhecer e respeitar as diferenças, por-se no lugar do outro no sentido de entender seus direitos e suas razões. (Savater, 1991)

Finalmente, observa-se que os códigos, as normas e as leis, geralmente determinam o mínimo de exigência para as pessoas que convivem em sociedade. No entanto, a vida é complexa, as pessoas são muito diferentes, as situações são variadas e

quase sempre *demasiado intimas*, para que as leis possam ter tamanha abrangência. A lei, por si mesma não é parâmetro ético ou de moralidade, na medida em que a moralidade não tem por si mesma o “poder de condenação, punição ou castigo”. (Savater, 1991. p. 137, Engelhardt, 1995)

As questões éticas que foram esboçadas acima, em diferentes momentos da história da humanidade, voltaram sua atenção para o campo da saúde. Na Grécia antiga, por exemplo, a vinculação entre dietética e ética, demonstrava uma atenção com o próprio corpo e podia ser entendida como uma ética do *cuidado de si*. Da mesma forma, a *ética vinculada aos outros*, em momentos diferentes, fez com que a reflexão ética permeasse a relação do médico com o doente e os conflitos gerados nas sociedades pela doença. Muitas vezes, a história aponta que a doença era vista sob o prisma do castigo, da ameaça, da punição, o que pode ser percebido atualmente por muitas representações a respeito da AIDS e suas formas de transmissão. Observa-se, por exemplo, que pessoas com práticas homoeróticas e usuários de drogas, portadores do vírus da AIDS, eram (e ainda são) vítimas dos mais variados preconceitos, que na verdade estão voltados para as suas escolhas diferenciadas.

Percebe-se no cotidiano, e a discussão deste trabalho é um exemplo, que o campo da saúde é repleto de contradições e conflitos. De acordo com Engelhardt (1995), poderia-se dizer então que “A medicina é um campo para o conflito de valores, muitos dos quais apresentam com freqüência, inclusive para um grande número de pessoas racionais e prudentes, o caráter do incomensurável.” (p. 142)

As questões que fazem parte da reflexão ética e que dizem respeito à área da saúde, aparecem unificadas a partir dos anos 70 e 80 sob o nome de Bioética que, como vê-se a seguir, é a ética aplicada especificamente aos conflitos ou dilemas que emergem no âmbito da saúde em geral.

Desta forma, o momento atual, que traz a discussão da redução da oferta e da redução de danos, diante da disseminação do HIV em usuário de drogas injetáveis (UDIs) encontra sentido na reflexão ética, especificamente nos princípios de bioética. O campo da saúde pública, onde deve ser pensado o coletivo, não pode ficar alheio a esta discussão, que envolve o direito ao acesso à medidas preventivas, mais eficazes que outras tradicionalmente colocadas, e que evidenciam valores morais divergentes.

4.2 - BIOÉTICA

Desde os tempos de Hipócrates, no século V antes de Cristo, a dimensão moral e humana da prática médica tem sido reconhecida, e as regras de conduta profissional formuladas nessa época são conhecidas como o “Juramento Hipocrático”. Este código e outros, desenvolvidos através dos tempos, têm como objetivo guiar médicos e enfermeiros “na tomada de decisões e assinalar suas obrigações morais com respeito a seus pacientes”. (Luna, 1995, p.13) No entanto, a diversidade das situações que constantemente aparecem no campo da medicina, faz com que tais códigos se tornem muitas vezes inadequados.

O valor social atribuído à vida e à saúde, considerados bens inestimáveis, torna-se questão fundamental na determinação do grau de desenvolvimento de uma sociedade. Desta forma, valores éticos fundamentais como liberdade, respeito e diálogo, adquirem relevância no contexto da discussão da saúde e qualidade de vida. (Clotet, 1993)

A necessidade de resolução de questões práticas no campo da medicina, difíceis de serem solucionadas pelos códigos existentes e pelas abstrações da filosofia teórica, impulsiona o surgimento da bioética como disciplina nos EUA, na década de 60. A bioética leva em consideração as posições assumidas pelas diversas pessoas ou grupos envolvidos nos dilemas, o que lhe dá um significado maior do que as éticas colocadas pelos códigos profissionais. (Luna, 1995)

Atualmente, a sociedade enfrenta cotidianamente as discussões concernentes ao campo da bioética. Surgem novas tecnologias que permitem o prolongamento da vida, a engenharia genética, inovações no tratamento das doenças, novas vacinas sendo testadas em seres humanos, intervenções com visões morais diferenciadas das que são colocadas habitualmente. São estas questões que trazem as reflexões da bioética para o dia-a-dia. (Clotet, 1993)

A proximidade dos profissionais da saúde com estes problemas, coloca-os como protagonistas de dilemas éticos, onde a diversidade de valores se faz presente rotineiramente, e as escolhas quase sempre implicam em decisões delicadas, onde entram em jogo a liberdade dos pacientes, o respeito e o diálogo.

Neste sentido, observa-se que a ênfase que atualmente é dada à bioética deve-se a alguns fatores, como os seguintes:

- O impacto causado pelo progresso tecnológico e científico das ciências biológicas e biomédicas nas últimas décadas, ocasionando mudanças fundamentais nos processos de vida ou morte, como por exemplo novas técnicas reprodutivas que permitem separar a vida sexual da reprodutiva. (Luna, 1995; Clotet, 1993)
- Novas atitudes sociais e culturais que se manifestam a partir dos anos 60. As manifestações sociais, ocorridas nos EUA nesta década, desencadearam uma série de reivindicações dos direitos fundamentais das pessoas que influenciaram a bioética. Assim, os direitos dos pacientes também são reivindicados e reconhecidos. A complexidade gerada pelas novas tecnologias cria uma distância entre médico e paciente, e o *saber* e as decisões médicas são cada vez mais questionados, com a não aceitação de atitudes paternalistas. São frequentes o uso de expressões como *consentimento informado* e *respeito pela autonomia do paciente*. Questões como estas, são novas na ética médica e não estão presentes no juramento hipocrático. (Luna, 1995; Clotet, 1993)
- A medicina tradicional, onde os profissionais conheciam e cuidavam de seus pacientes durante anos, dá lugar a um atendimento cada vez mais impessoal e a novos padrões de conduta. O aprimoramento das diversas formas de medicina extrapola o ambiente individual, atingindo a comunidade, exigindo uma resposta política para que se consolide a universalização do atendimento à saúde. (Clotet, 1993)
- O atendimento à saúde é fragmentado pelas especialidades médicas, com o aumento da demanda e da oferta de serviços. O estrangulamento da oferta, principalmente dos serviços públicos de saúde, gera como resposta o estabelecimento de prioridades. Surgem questões sobre qual segmento deve ser atendido, com prioridade sobre os demais. (Clotet, 1993)
- A necessidade de alguns princípios morais básicos, que possam ser compartilhados por pessoas de moralidades diferentes, como solução para problemas que emergem do progresso das ciências biomédicas e da tecnologia aplicada à saúde. (Clotet, 1993)
- A partir da década de 80, o aparecimento da epidemia da AIDS desencadeia uma série de movimentos, gerando tensão entre a proteção das liberdades civis e o objetivo de promover a saúde pública. Questões como confidencialidade do diagnóstico, direito ao tratamento adequado, direito à informação e aos meios de prevenção, confrontam grupos civis organizados, como os homossexuais, as corporações médicas e os

grandes laboratórios farmacêuticos, criando um campo de expressão para as reflexões éticas e da bioética.

Todos esses fatores, caracterizados por sua emergência e falta de consenso na discussão, encontram recurso na reflexão filosófica, através da bioética, que tem o objetivo de os tornar mais claros teoricamente e, do ponto de vista prático, desenvolver critérios para a sua resolução. (Luna, 1995)

Ainda que existam diferentes conceitos de Bioética, opta-se aqui pela definição proposta na *Encyclopedia of Bioethics* citada por Clotet (1993, p. 16): “o estudo sistemático da conduta humana na área das ciências da vida e dos cuidados da saúde, na medida em que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais”.

A estrutura reguladora da bioética é composta por alguns princípios básicos e regras morais para a resolução de casos. Os princípios podem ser fundamentados por teorias éticas gerais, como o princípio da autonomia desenvolvido por Kant, ou o princípio de utilidade do utilitarismo. (Luna, 1995; Clotet, 1993)

Tom Beauchamp e James Childress, em 1979, desenvolveram o enfoque de quatro princípios, atualmente clássicos em bioética, que são: não maleficência, beneficência, respeito pela autonomia e justiça. Os princípios desenvolvidos por estes autores encontram-se num nível mais geral, e fundamentam as regras que guiam e justificam as ações em casos particulares. Apesar de observar-se que a simplicidade destes princípios permita captar o essencial em uma situação determinada, esta mesma simplicidade pode levar a ignorar certas peculiaridades presentes em cada caso, que podem ser importantes na sua resolução. (Beauchamp & Childress, 1989; Luna, 1995) Esta questão alerta para o fato de que não existem princípios e regras gerais ou universais que possam resolver todos os dilemas éticos, porém eles podem servir como referenciais, e podem contribuir para o esclarecimento teórico e a busca de soluções práticas.

Na questão específica do usuários de drogas injetáveis e do uso de drogas em geral, os princípios de bioética se aplicam quando tenta-se definir até que ponto a estratégia de redução de oferta de drogas interfere na escolha dos sujeitos (ou na autonomia), determinando proibições com relação ao seu estilo de vida.

A reflexão, porém, deve ser estendida também às estratégias de prevenção e tratamento oferecidos, baseados na redução da oferta, uma vez que as restrições à

distribuição e troca de equipamentos utilizados na injeção de drogas estão baseadas, muitas vezes, em juízos que, ainda quando se apresentam como “morais”, colocam o usuário no espaço da ilegalidade e, em consequência, favorecem estratégias coercitivas ou de controle.

A questão está em perguntar se é possível considerar-se como “morais” esses princípios punitivos que não respeitam o direito desses indivíduos de se cuidarem, isto é, seu direito a ter acesso aos meios de prevenção, respeitando a sua opção pelo uso da droga. Segundo Engelhardt, seria possível dar uma resposta a essa questão se considerar que:

A moralidade secular carece de sanções legais e religiosas. Por si mesma não pode executar, encarcerar, multar ou condenar ao inferno. A moralidade secular pode demonstrar que determinadas formas de atuar justificam a censurabilidade ou representam um obstáculo para a consecução dos objetivos de quem assim atua. (Engelhardt, 1995, p.119)

Assim, não se pode considerar como argumentos morais aqueles que são colocados para justificar uma postura punitiva e de restrição à livre escolha dos indivíduos.

Constata-se que as políticas de saúde, que privilegiam apenas as estratégias de tratamento que objetivam a abstinência, podem desprezar alguns princípios éticos, na medida em que não disponibilizam ao usuário o acesso à informações que lhe permita refletir sobre a maneira mais segura de praticar o uso de substâncias psicoativas. Neste caso, a pretensa moralidade conduz a fechar as possíveis estratégias de auto-cuidado, e reduz as possibilidades de escolha e de tomada de decisão por parte dos usuários. As escolhas também são realizadas *por e para* estes indivíduos à medida que não se leva em conta que eles possuem capacidade para tal. Isto implica considerar que os usuários não podem ser reconhecidos como “agentes morais”. Sabe-se, no entanto, como se verá mais adiante, que em algumas situações limite isto pode acontecer.

Neste trabalho, pretende-se analisar as relações entre a ética, as estratégias de redução de danos e a política de redução da oferta. Acredita-se que, “formular uma

questão ética equivale a formular uma questão intelectual referentes as justificativas para atuar”.(Engelhardt, 1995, p.117).

Esta colocação equivale a dizer que as políticas públicas e as ações que desencadeiam precisam estar baseadas numa reflexão ética com relação a seus fundamentos morais, e numa problematização dos conflitos que possam surgir a partir das mesmas. A bioética clássica auxilia a entender alguns desses conflitos a partir da enunciação de princípios gerais de ação. Na discussão que segue sobre estes princípios, irá se refletir sobre as questões que se colocam no âmbito da redução da oferta e da redução de danos.

Antes de se realizar uma reflexão sobre os princípios de bioética, é importante abordar alguns postulados desenvolvidos por teorias éticas que auxiliaram a fundamentar seus conceitos.

4.2.1 - Kantianismo

Immanuel Kant (1724-1804) afirmava que a moralidade é baseada na pura razão, no intelecto, pelo fato de que os seres humanos são racionais. Através da racionalidade, pode-se descobrir as leis morais que regem o comportamento. As obrigações morais são incondicionais, absolutas e necessárias. Kant não concebia qualquer dimensão sensível ou intelectual, no fundamento da moral, pois esta dimensão comprometeria a *autonomia* da decisão moral (agir sob pressão, por pena, medo ou egoísmo, por exemplo, tirariam o valor moral da ação). Para Kant, o que determina se um ato é correto ou não, não são as suas conseqüências, mas sim os princípios que levam à realização dessa ação, ou seja, depende da regra ou “*máxima*”, e da sua aceitabilidade moral, que determina a vontade pessoal. Uma ação possui valor moral quando for realizada por um agente com boa vontade, o que significa que uma razão moralmente válida está justificando a ação. (Carpio, 1979; Beauchamp & Childress, 1989; Silva, 1993; Luna, 1995)

Segundo Kant, deve-se sempre agir motivado pela obrigação. Um ato é correto se satisfaz o *imperativo categórico*, que é o critério para julgar a aceitabilidade da *máxima* que direciona a ação. O *imperativo categórico* é colocado por Kant da seguinte forma: “a pessoa deve sempre agir segundo uma máxima que possa desejar que se torne lei universal”. (Luna, 1995, p.19) Desta forma, o *imperativo categórico* somente admite

como critério ético aquele que puder ser concebido como absolutamente universal. De acordo com o *imperativo categórico*, a obrigação de realizar algo moralmente válido transcende os desejos das pessoas. Kant também coloca que todos os imperativos particulares de obrigação são justificados por esse princípio único, ou seja, “agir segundo uma máxima que possa querer ao mesmo tempo que se torne lei universal”. (Beauchamp & Childress, 1989; Luna, 1995, p.18)

O termo *máxima* é definido por Kant como “o *princípio subjetivo do querer*”, considerando que a ação de uma pessoa está baseada em algum tipo de princípio geral.

A máxima é a formulação de um princípio geral de ação e descreve uma situação geral para logo propor algum tipo de ação que corresponde a situação particular. Adotar uma máxima implica comprometer-se a atuar da maneira descrita sempre que se ache na mesma situação. Kant afirma que nosso atuar se vê precedido por máximas ainda que nem sempre formuladas de maneira consciente. (Luna, 1995, p. 34)

Observa-se, então, que a idéia central do *imperativo categórico* é que uma *máxima* é moral, se pode ser generalizada de maneira tal que se “possa aplicar a todos os casos do mesmo tipo”, o que significa dizer que a pessoa deve querer que a mesma regra seja adotada por todos aqueles que estejam em posição similar a que ela se encontra, sem que a regra se auto-anule. (Luna, 1995, p. 19)

Percebe-se que o núcleo deste primeiro *imperativo categórico* aparece também na segunda formulação de Kant que enfatiza o “dever de tratar a todos os seres humanos como fins, e não como instrumentos ou como meios para conquistar outros fins apenas”. (Beauchamp & Childress, 1989, p. 58) Nesta formulação, Kant destaca a obrigação de respeitar as pessoas, que deve ser entendido em função da noção kantiana do *valor* e da *dignidade* que possui todo o ser racional, isto é, as pessoas têm *valor* e não têm preço. Ele enfatiza que cada pessoa deve ser tratada com respeito e dignidade moral. Esta formulação kantiana, fundamentalmente, implica no reconhecimento da autonomia do indivíduo. (Beauchamp & Childress, 1989; Luna, 1995)

A idéia Kantiana de autonomia:

Para Kant, uma pessoa tem autonomia para querer ou desejar, apenas se ela age conscientemente de acordo com princípios morais universalmente válidos. Ele não aceita qualquer motivação como tradição, intuição, consciência, emoção ou atitudes como simpatia. Havendo motivação para o ato moral, seja ela nobre ou mesquinha, o ato deixa de ser *autônomo* e perde a sua característica propriamente *moral*. Ele contrasta a moral autônoma com a heteronomia, esta última sendo influenciada, por um lado, por escolhas e preferências pessoais e, por outro lado por manipulação e coação exercida por outros. Kant requer que cada indivíduo aceite princípios morais objetivos, universalmente válidos. Ele sustenta que o princípio de autonomia, “*é o único princípio da moral*”, e que apenas a *autonomia* pode dar às pessoas, respeito, valor e motivação própria. (Beauchamp & Childress, 1989, p. 58) A dignidade do ser humano vem de ser moralmente autônomo. (Beauchamp & Childress, 1989; Silva, 1993; Luna, 1995)

É inegável a contribuição da ética kantiana para a ética contemporânea, pois o conceito de *autonomia*, como é conhecido hoje, provém desta ética. Kant argumentava que o respeito pela autonomia vem do reconhecimento de que todas as pessoas tem um *valor incondicional*, e que cada indivíduo tem a capacidade de decidir o seu próprio destino. Violar a autonomia de uma pessoa significa tratá-la como um meio, quer dizer, colocá-la “*de acordo com os objetivos de outros sem olhar para os seus próprios objetivos*”. (Beauchamp & Childress, 1989, p. 125) Este tipo de tratamento é uma “*violação moral fundamental porque pessoas autônomas são fins em si mesmas capazes de determinar seus próprios destinos*”. (Beauchamp & Childress, 1989, p. 125)

A característica da concepção ética kantiana é a *incondicionalidade* do ato moral. Neste aspecto, algumas limitações são colocadas às idéias de Kant. Dentre elas, destacam-se a falta de indicações precisas de como atuar quando há obrigações morais em conflito, e a não consideração da dimensão social do ser humano no papel central que dá à decisão autônoma. (Beauchamp & Childress, 1989; Silva, 1993; Luna, 1995)

Uma das contribuições mais relevantes de Kant é a obrigação de se estar consistentemente comprometido com um sistema moral de regras e princípios. Sob este ângulo, quando um julgamento moral é fundamentado em boas razões, essas razões são válidas para qualquer circunstância similar. As pessoas não podem agir moralmente, e ao mesmo tempo tornarem-se privilegiadas ou considerarem-se uma exceção com relação

aos seus julgamentos ou atos. A consistência do ato moral requer que as pessoas sejam tratadas com respeito e dignidade em todas as situações, pela sua condição de ser racional e portanto autônomo. (Beauchamp & Childress, 1989; Silva, 1993; Luna, 1995)

Lembre-se, mais uma vez, que a ética Kantiana foi alvo de fortes críticas, dentre elas destaca-se aqui o que pode ser considerado como uma de suas limitações. Para Kant, uma ação moral não pode estar sujeita a inclinações. Só pode ser considerada como tal se ela se realiza por dever e conforme o dever. Assim sendo, não se poderia compreender aquelas ações onde o dever e a inclinação coincidem, como sendo ações moralmente desejáveis. Estas ações seriam consideradas por Kant, como ações moralmente neutras, nem boas nem ruins.

Com relação às estratégias de redução de danos e redução da oferta que foram discutidas, e segundo o princípio kantiano, observa-se a seguinte contradição:

- Por um lado, a redução de danos é uma ação que se realiza como um dever, pois respeita a autonomia do usuário de drogas, considerando-o um agente moral, com liberdade e possibilidade de escolha;
- Por outro lado, no entanto, pergunta-se até que ponto o uso de drogas pode ser considerado como um ato autônomo, pois é um ato que responde à exigências que, muitas vezes, não são fundamentadas em uma escolha racional, mas em motivações como a busca do prazer, o que, para Kant, seria uma inclinação. Assim sendo, não poderia ser considerado como uma máxima ou um guia de ação racional.

Por que então se deveria respeitar a autonomia de alguém que, segundo Kant, não age de maneira autônoma?

4.2.2 - Utilitarismo

Diferentemente de Kant, algumas teorias postulam que o objetivo ou as conseqüências de cada ação é o que determina se esta ação é correta ou incorreta. A mais importante dessas teorias é o *utilitarismo*. O utilitarismo “*aceita um e apenas um princípio básico de ética: o princípio da utilidade*”. (Beauchamp & Childress, 1989, p. 20) A moralidade então, pode ser julgada pelas conseqüências das ações, e estas conseqüências são avaliadas pela felicidade que causam a todas as pessoas afetadas. Assim, as ações corretas são aquelas que produzem o máximo de valores positivos sobre

desvalores. (Beauchamp & Childress, 1989; Luna, 1995). Dito de outro modo, as ações corretas são aquelas que maximizam o bem estar para o maior número de pessoas.

As teorias utilitaristas classicamente se desenvolveram a partir da obra de dois filósofos britânicos, Jeremy Bentham (1748-1832) e John Stuart Mill (1806-1873), que propuseram que a utilidade do ato poderia ser uma medida da moralidade. Esses filósofos consideravam a *utilidade* apenas em termos de *felicidade* ou *prazer*, dois termos que tratavam como sinônimo. (Beauchamp & Childress, 1989; Silva, 1993; Luna, 1995)

Os utilitaristas, de uma maneira geral, aceitam o princípio de utilidade como guia de comportamento (maior felicidade para o maior número de pessoas). Utilitaristas contemporâneos, porém, têm colocado que outros valores intrínsecos, além da felicidade, têm importância. Alguns apontam amizade, conhecimento, saúde e beleza entre estes valores, enquanto outros consideram autonomia pessoal, realização e sucesso entre outros valores. O balanço de todos estes valores intrínsecos determinariam o bem produzido pela ação. Outros utilitaristas no entanto, colocam que o conceito de utilidade não se refere a valores intrínsecos como os apontados acima, mas referem-se às preferências individuais. (Beauchamp & Childress, 1989)

A aplicação do princípio de utilidade também é objeto de controvérsias entre os utilitaristas. Alguns sugerem que este princípio deve ser aplicado a um ato particular em circunstâncias particulares, enquanto outros adotam que são as regras morais que têm um papel central na moralidade das ações. Para o utilitarista de ato, a situação mesma tem muita relevância, e a moralidade ou imoralidade de uma ação depende da utilidade ou da consequência que terá esta ação. Para o utilitarista de regra, um ato tem que ser justificado por uma regra moral. São as regras que decidem o status moral de atos particulares. (Beauchamp & Childress, 1989; Luna, 1995)

A idéia utilitarista de autonomia

John Stuart Mill, utilitarista clássico, também preocupou-se sobre a *autonomia* ou a *individualidade* das pessoas em determinar as suas próprias vidas. Ele argumentava que as pessoas deveriam poder se desenvolver de acordo com as suas convicções pessoais, desde que não interferissem na liberdade de outros. No entanto, ele também colocava que algumas vezes era necessário persuadir outras pessoas quando estas

manifestassem pontos de vista considerados falsos ou doentios. (Farrell, 1992; Beauchamp & Childress, 1989)

As objeções ao utilitarismo são colocadas, quando se considera que nem sempre os meios de realizar as ações, que beneficiem um maior número de pessoas, são adequados, ou moralmente aceitáveis. Como exemplo, podem ser colocados os experimentos biomédicos em seres humanos sem a ciência ou o consentimento dos envolvidos. As ações consideradas corretas para alcançar determinados fins também podem ser muito exigentes e com isso demandarem muito das pessoas envolvidas. Tais atos deveriam ser considerados mais louváveis do que obrigatórios, como requer o princípio de utilidade. O princípio de utilidade pode também ser utilizado para justificar ações injustas, ou seja, ações que desrespeitem os direitos das minorias para o alcance do bem da maioria. Tais atos permitem a crítica de que, para o utilitarismo, a justiça não é intrinsecamente importante. (Beauchamp & Childress, 1989; Luna, 1995)

A teoria utilitarista torna-se atrativa do ponto de vista prático, pois geralmente é flexível, e seu objetivo de minimizar o sofrimento e propiciar a felicidade é válido e digno de consideração. O princípio de utilidade é particularmente bem aceito na formação de políticas públicas, quando as decisões são tomadas no interesse do bem de todos. Desta forma, é uma teoria que se fundamenta também na beneficência, pois vê originalmente a moralidade com o objetivo de promover o bem-estar. (Beauchamp & Childress, 1989; Luna, 1995) Pode-se perceber, de fato, que muitas das políticas de saúde, de assistência, etc, ainda hoje estão baseadas no princípio utilitarista do bem comum.

Sob certa perspectiva teórica, poderia-se dizer que a estratégia de redução de danos é compatível com a ética utilitarista, a partir do momento em que ela se mostra eficaz no controle da disseminação do HIV entre usuários de drogas injetáveis. Neste caso, as conseqüências desta ação seriam desejáveis para um maior número de pessoas além dos próprios usuários, isto é, seria uma estratégia que contribui ao bem comum.

A partir de outra perspectiva teórica porém, mais próxima ao utilitarismo clássico de Bentham, citado acima, teria-se outras considerações a fazer. Segundo essa perspectiva, se o interesse das políticas públicas é o bem estar do maior número de pessoas, corre-se o risco de considerar que o usuário de drogas injetáveis faz parte de uma minoria que em nada contribui para o bem comum e que, em conseqüência, a

estratégia desejável seria a redução da oferta. As estratégias assistenciais, com um forte componente punitivo, deveriam vir a introjetar na mente dos usuários novos valores mais desejáveis para o bem estar da comunidade em seu conjunto. Dentro da visão das políticas públicas que objetivam o bem estar da maioria, as minorias, como os usuários de drogas, podem ser relegadas. De fato, eles só aparecem como problema de saúde pública diante da epidemia da AIDS, e quando se tornam uma ameaça para grupos considerados prioritários ou que demandam mais atenção do poder público, como as mulheres e as crianças. Pode-se notar que essa discussão reflete a crítica clássica contra o utilitarismo, isto é, as minorias podem ser desrespeitadas pelo interesse da maioria.

4.2.3 - Princípios de bioética

Abordar-se-á na seqüência, os princípios de bioética propostos por Beauchamp & Childress (1989), que são: não maleficência, beneficência, respeito pela autonomia e justiça. Estes princípios são clássicos e utilizados até hoje na problematização de dilemas éticos na área da saúde. (p.45). Os princípios serão analisados de maneira sucinta, com ênfase no *princípio do respeito pela autonomia*, por se considerar que o mesmo é essencial para compreender a lógica interna do programa de redução de danos:

Não Maleficência: Este princípio rege a ética hipocrática (*primo non nocere*), e implica no dever de abster-se de fazer qualquer mal para os pacientes - princípio de “*não causar dano*”. (Luna, 1995) Pode-se dizer que este princípio é contemplado na estratégia de redução de danos, pois oferece informações e meios de prevenção (como seringas esterilizadas), e não produz nenhum dano nem efeito iatrogênico. Os argumentos existentes, que sustentam que fornecer seringas estimula o uso de drogas, não são comprovados por nenhum trabalho ou experiência relatados pela literatura até o momento.

Beneficência: O princípio da beneficência deve ser entendido como a obrigação de ajudar aos outros, sempre a favor de seus interesses. (Beauchamp & Childress, 1989) Na estratégia de redução de danos, pode-se considerar contemplado este princípio, pois as

ações desenvolvidas resultam em auxílio indispensável para aquela pessoa (usuário de drogas injetáveis) que deseja cuidar da sua saúde e da saúde das pessoas com as quais se relaciona.

Autonomia: Implica no respeito à autodeterminação do agente moral, isto é, ao sujeito considerado como um ser racional e livre. Fundamenta-se no dever de não interferência e de não limitação das decisões autônomas. (Beauchamp & Childress, 1989) O princípio do respeito pela autonomia é contemplado na estratégia de redução de danos pois considera que as pessoas envolvidas, geralmente, são os melhores juizes de seus próprios interesses. Assim sendo, é importante garantir aos sujeitos como agentes morais, o controle sobre suas próprias vidas, respeitando suas preferências.

Justiça Distributiva: Refere-se à distribuição adequada de cargas e de benefícios sociais. No âmbito da saúde, implica o direito de todos a receber atenção médica. A distribuição adequada ou justa de bens pode ser considerada como aquela que se produz sem violência respeitando a livre escolha das pessoas. (Luna, 1995) A proposta de redução de danos também contempla este princípio, pois considera que todos os indivíduos tem direito aos meios de prevenção da transmissão pelo HIV e assistência à saúde, respeitando seus estilos de vida, e não se baseia em leis punitivas ou discriminatórias.

Paternalismo: Não se trata, em sentido estrito, de um princípio ético, mas sim de um princípio negativo, que pode ser caracterizado como um conflito entre a beneficência e a autonomia. Trata-se daquelas circunstâncias nas quais se interfere intencionalmente nas decisões autônomas das pessoas, justificando a atitude pelo objetivo de beneficiar ou evitar um dano, acreditando conhecer (melhor que a própria pessoa) o que é melhor para ela. Assim, pode-se restringir a liberdade das pessoas justificando que é pelo seu bem. Grande parte das ações paternalistas estão fundamentadas numa idéia de infantilização do outro, isto é, acredita-se que esses sujeitos (pacientes, usuários de drogas, doentes mentais, etc), não podem ser considerados como agentes morais e determinarem suas próprias ações. Um paternalismo *forte* está contemplado na política de redução de oferta, quando propõe apenas duas alternativas aos usuários de drogas ilícitas: a punição

através do encarceramento ou o tratamento de abstinência (julgando ser o melhor para ele), desrespeitando a opinião e a escolha do indivíduo. (Beauchamp & Childress, 1989)

4.2.3.1 - Princípio do respeito pela autonomia

O princípio do *respeito pela autonomia* foi influenciado pelos dois filósofos discutidos anteriormente, Immanuel Kant e John Stuart Mill. Ambos, que embora tenham desenvolvido filosofias diferentes, contribuíram para os fundamentos do princípio de *respeito pela autonomia*. A posição de Mill requer a não-interferência nos objetivos das pessoas, com um fortalecimento ativo da expressão autônoma. Kant, por sua vez, colocava o imperativo moral de respeitar as pessoas, tratando-as como um fim em si mesmas e nunca como meio. (Beauchamp & Childress, 1989)

A palavra autonomia deriva do grego *autos* (“auto”) e *nomos* (“regra de direito”, “governança” ou “lei”). (Beauchamp & Childress, 1989, p.120) Utilizada inicialmente para referir-se ao auto-governo das cidades-estado Helênicas independentes, passou a ser relacionada também com os indivíduos, adquirindo significados diversos como auto-governo, privacidade, escolha individual, liberdade de querer, etc. O indivíduo é autônomo, quando tem liberdade para decidir e atuar segundo a sua própria vontade. Para que isto ocorra, duas condições são essenciais: liberdade e capacidade para a ação intencional. (Beauchamp & Childress, 1989; Farrell, 1992)

Beauchamp & Childress (1989) assinalam que ser um indivíduo autônomo não implica em não obedecer e respeitar certos códigos e normas comumente presentes na sociedade. (p.124) Como exemplo, tem-se algumas noções morais como a conduta virtuosa, as responsabilidades e o respeito pela autonomia, que são autonomamente aceitos pelos indivíduos, e que usualmente derivam de nossas tradições culturais. Ou seja, os indivíduos não criam um conjunto de regras próprias isoladas de todo um contexto social e cultural, e os princípios morais constituídos neste contexto tem determinação sobre suas vidas. É importante assinalar também que alguns princípios, como a crença ou a política individual de cada um, são decisões autônomas do indivíduo e devem estar fora destes acordos sociais. (Beauchamp & Childress, 1989)

O princípio do respeito pela autonomia traz como questão fundamental o dever de respeitar as pessoas e as suas escolhas, entendendo que o indivíduo é o dono de suas

próprias ações. Isto envolve, além de *atitudes* respeitosas, também *ações* respeitosas com relação aos outros seres humanos. Considera-se neste princípio que os seres humanos possuem valor em si mesmos, pela sua capacidade de deliberar e atuar segundo suas próprias deliberações. Assim uma das obrigações que se tem no respeito pela autonomia é a de manter a capacidade para a escolha autônoma, não sujeitando as outras pessoas a constrangimento ou coerção. O respeito pela autonomia se manifesta, quando se considera as opiniões e decisões das pessoas autônomas, apenas interferindo nessas escolhas quando estejam prejudicando outros seres humanos. (Beauchamp & Childress, 1989; Luna, 1995) O princípio do *respeito pela autonomia*, então, implica em considerar e tratar as pessoas como capacitadas para agir autonomamente.

O desrespeito pela autonomia manifesta-se quando ocorrem atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam a autonomia de outros, e assim negam o tratamento entre iguais na relação entre seres humanos, essencial para a existência da vida ética. (Beauchamp & Childress, 1989) Para que tal desrespeito não ocorra é importante afirmar que o princípio do respeito pela autonomia nada mais é do que um princípio de tolerância baseado no respeito mútuo, e com maior capacidade de incorporar-se às diversas culturas em diferentes momentos históricos.

De acordo com Luna (1995), três requisitos são necessários para que se possa falar de autonomia:

- Uma ação autônoma não deve ser forçada, considerando que o agente deve decidir por si mesmo o que fazer;
- Uma ação autônoma implica em possuir opções reais para poder livremente exercer a escolha;
- A pessoa também, só decide autonomamente, quando possui todas as informações relevantes para a tomada de decisão, o que o leva a tomar "*decisões informadas*"

(Luna, p. 26, 27)

Beauchamp & Childress (1989) ressaltam que a autonomia pode ser compatível com a autoridade, seja ela do Estado, da igreja ou comunidade que tem o poder de legislar sobre a ação das pessoas. (p.124) Eles argumentam que faz parte do exercício da autonomia submeter-se a essas autoridade, desde que elas sejam vistas como uma fonte legítima de direção. Os conflitos existem e surgem basicamente, porque a autoridade não foi bem aceita ou delegada. (Beauchamp & Childress, 1989)

Refletindo sobre a marginalidade que cerca os usuários de drogas ilícitas, particularmente os injetáveis, observa-se que não existe o reconhecimento por parte destes usuários da legislação proibitiva, à medida que o uso ocorre, apesar das medidas repressivas e da estigmatização a que são submetidos. Assim, nota-se que ações exercidas em nome de um dispositivo legal acabam interferindo no direito à escolha, ou no estilo de vida de outras pessoas também autônomas, sem que este estilo de vida, quase sempre, tenha atentado contra a liberdade de outros.

Se é certo que o direito à autonomia deve ser restringido, quando algumas atitudes estejam causando sérios danos a outras pessoas ou aos próprios usuários, também é correto respeitar o direito à *autodeterminação*, no qual estão contidos vários direitos autônomos, como o “direito à confidencialidade e o direito à privacidade”. (Beauchamp & Childress, 1989, p.124) Assim, questiona-se até que ponto a criminalização e as ações que dela derivam não estão interferindo na privacidade do indivíduo, quando estigmatizam o usuário e, não raro, tornam pública a sua escolha.

A proposta de redução de danos, discutida neste trabalho, propõe-se a conciliar a escolha do indivíduo, considerado pessoa autônoma, e a prevenção dos possíveis danos que esta escolha possa causar a ele mesmo, às pessoas mais próximas e à sociedade, como a transmissão do HIV. Constranger o indivíduo perante a sociedade, apenas pelo fato de ser usuário de drogas, colocando-lhe o rótulo de *viciado* ou *delinqüente*, não pode ser justificado perante o argumento de que está ferindo a autonomia de outros, uma vez que o princípio do respeito pela autonomia, como princípio ético, não pode ser usado como justificativa para ações de constrangimento ou coerção. (Beauchamp & Childress, 1989)

O princípio da autonomia implica na obrigação de dar um tratamento de respeito, com informações claras, favorecendo a decisão autônoma. Beauchamp & Childress (1989) assinalam que, em alguns casos, tem-se a obrigação de aumentar a demanda de opções disponíveis para as pessoas, pois muitas decisões autônomas podem não acontecer sem a cooperação material de outros em tornar essas opções disponíveis. Este papel fundamental, no que diz respeito à saúde dos indivíduos, cabe aos profissionais de saúde, que desvendando corretamente as informações, proporcionam o entendimento da pessoa e favorecem a tomada de decisão. (p.127) Com relação à esta questão, Berlinguer (1996) acrescenta que “a autonomia de um indivíduo pressupõe, junto com sua

liberdade, a capacidade de aproveitá-la tendo à sua disposição tanto conhecimentos quanto condições psicofísicas adequadas.” (p. 111) Embora não seja uma regra geral, continua o autor, “é amplamente reconhecido que a saúde é um fator que quase sempre favorece a livre escolha e a participação comunitária.” (Berlinguer, 1996, p. 111)

No caso das estratégias de redução de danos, informações adequadas sobre o auto-cuidado, oferta de equipamentos estéreis para a injeção de drogas, e alternativas de tratamento que não considerem apenas a abstinência como meta, indicam respeito pela opção do indivíduo, e ao mesmo tempo, oferecem maneiras de tornar o seu hábito menos nocivo para ele e para a sociedade. Neste aspecto pode-se lembrar o exemplo australiano de tratamento, que foi detalhado no capítulo anterior, isto é, as metas do tratamento são estabelecidas entre profissional e usuário de drogas no sentido de *parceria*, de *igualdade moral*. Outro exemplo, é que vários usuários abordados pelos projetos de redução de danos, já adotavam o hábito de limpar os equipamentos, embora de maneira incorreta. As informações obtidas através dos agentes dos projetos têm possibilitado uma mudança de comportamento no sentido da limpeza adequada, troca de equipamentos, e a busca de informações sobre o auto-cuidado de uma forma mais geral.

Pode-se analisar o princípio de respeito pela autonomia como uma outra face de uma *ética da solidariedade*. Assim vê-se que, ainda quando se sabe que o usuário de drogas fez uma escolha de vida da qual não se compartilha, ainda quando se acredita que para ele a melhor escolha é a abstinência, a ética da solidariedade induz a reconhecê-lo como sujeito com o qual pode-se estabelecer um diálogo entre iguais, e considerá-lo como agente moral. É respeitando o usuário, tratando-o como pessoa autônoma, que consegue-se torná-lo seu próprio agente de mudança, que embora não corresponda aos ideais da redução da oferta, trabalha com opções mais realistas e pragmáticas que atuam no sentido de prevenir a disseminação do HIV, de acordo com os princípios das estratégias de redução de danos.

Outra questão que se coloca dentro do *princípio do respeito pela autonomia* é a de promover, tanto quanto possível, a autonomia das pessoas no sentido de fortalecê-las para que possam tomar as decisões por si mesmas. (Beauchamp & Childress, 1989) Neste aspecto, as estratégias dos diversos projetos de redução de danos têm um papel importante na medida em que auxiliam o indivíduo a procurar seus direitos como cidadãos, o que, em alguns projetos, não tem se limitado apenas ao acesso aos cuidados

de saúde, mas também incluem auxílio de natureza social e jurídica. Este fato pode ser observado na descrição das experiências no capítulo III.

De acordo com Beauchamp & Childress, algumas regras morais específicas podem ser sustentadas pelo princípio do respeito pela autonomia, das quais alguns exemplos são:

Dizer a verdade;
Respeito pela privacidade de outros;
Proteger informação confidencial;
Obter consentimento para intervenção com os pacientes;
Quando solicitado, ajudar outros a tomar decisões importantes.
(Beauchamp & Childress 1989, p.127)

Os autores também destacam que outros princípios como beneficência e não-maleficência também ajudam a justificar algumas dessas regras citadas acima.

Percebe-se, também, que o princípio do *respeito pela autonomia* não é tão abrangente que possa ser estendido a pessoas não-autônomas, ou seja “o princípio não deve ser usado para pessoas que não podem agir de uma maneira suficientemente autônoma”. (Beauchamp & Childress, 1989, p.127) Dentre estas, cita pessoas imaturas, incapacitadas, ignorantes, coagidas ou exploradas, e como exemplos típicos as crianças, indivíduos suicidas irracionais e “pacientes dependentes de drogas”. (Beauchamp & Childress, 1989) Da forma como está colocada esta última citação, poderia-se ter algumas dúvidas. Antes de se discordar, porém, convém analisar sob quais circunstâncias os dependentes de drogas são considerados não autônomos pelo autor.

Historicamente, as bases do tratamento paternalista dos pacientes são colocadas pelos princípios de não maleficência e beneficência. As ações paternalistas, portanto, são justificadas pelos princípios de *não causar dano*, e de *fazer o bem aos demais*. Desta maneira, uma intervenção paternalista *leve* seria justificável apenas para prevenir condutas não voluntárias potencialmente causadoras de danos. No caso dos usuários de drogas, a intervenção destina-se a protegê-los contra alguma ação não autônoma, causada a eles mesmos, sob o efeito de alguma substância. Como exemplo, pode-se citar a intervenção sobre um usuário de drogas, que sob o efeito de algum alucinógeno, tenta matar-se. Este tipo de atuação paternalista é circunstancial e não interfere na autonomia

da pessoa. Apenas desta forma uma ação paternalista pode ser justificada, pois ela deixa de existir tão logo a pessoa tenha a sua autonomia restabelecida. (Beauchamp & Childress, 1989)

Thomas Szasz (1994) também discute as ações paternalistas. (p. 12) Ele coloca que usualmente se justifica as atitudes benevolentes com relação aqueles que se quer proteger, com o *paternalismo* ou a *compaixão*. Originalmente é a questão moral-religiosa que obriga a ajudar o *próximo* necessitado, e até mesmo a impor esta ajuda, *para o bem dele*. Assim, até a coerção é justificada pois o que parece importar é a “natureza - boa ou má - daquilo pelo qual alguém é coagido”. (Szasz, 1994, p.12) Deve-se lembrar que a ação de ajuda só pode ser prestada se houver o respeito pela pessoa a ser ajudada, *segundo seus próprios interesses*, e que este é o verdadeiro sentido da *beneficência* como princípio ético.

O uso da coerção contra um adulto, freqüentemente leva ao uso da força e à intolerância, porque não se usa o respeito, a argumentação e o diálogo como alternativas viáveis para a solução das questões. É importante atentar para o fato de que muitas ações ditas benevolentes, com freqüência, visam o interesse do próprio benfeitor, pois seus esforços em tornar as pessoas mais felizes e melhores do que são, significa que ele julga saber ou conhecer, melhor do que elas, quais são os elementos necessários para que vivam bem. Segundo Szasz (1994), o paternalismo coercivo pode ser considerado moralmente legítimo, apenas no caso de crianças pequenas e de pessoas legalmente declaradas incapazes. (p.16) Deve-se assinalar, que como incapaz, o autor considera “os adultos portadores de retardamento mental severo, ou que ficaram temporariamente ou permanentemente inconscientes, delirantes ou demenciados por acidente ou por doença.” (Szasz, 1994, p.16)

Uma outra forma paternalista de agir é através da *compaixão*. O sofrimento de outro ser humano geralmente mobiliza a ponto de se prestar algum tipo de ajuda. Muitas vezes este sentimento é inevitável e a ajuda necessária, porém a questão principal a ser colocada é se a ajuda prestada está de acordo com o interesse da pessoa necessitada, ou segundo o interesse do benfeitor. Age-se segundo os interesses da outra pessoa quando esta é tratada como agente moral, quando é valorizada, sendo ajudada da mesma forma que à qualquer outra pessoa pela qual tem-se respeito. (Szasz, 1994; Caponi, 1999)

Por outro lado, o benfeitor age segundo seus próprios interesses, quando a ação compassiva é realizada para engrandecê-lo, quando apenas se reconhece como agente moral e pessoa virtuosa através desta ação. Desta forma o outro, o beneficiado, freqüentemente é infantilizado, não é tratado como agente moral, isto é, é considerado como uma pessoa não capaz e destituído de responsabilidades. Envolvidos pelo sentimento da compaixão, caracterizado por um vínculo imediato e emergencial, muitas vezes, não se consegue medir se o auxílio é ou não desejado pela pessoa que é alvo do compadecimento. (Caponi, 1998)

Assim ocorre que o usuário de drogas, mesmo o recreativo, freqüentemente é visto como uma pessoa que necessita de ajuda. Olha-se para ele como um “necessitado”, mesmo que ele não esteja solicitando ajuda. (Caponi, 1999, p.8) Repete-se outra vez a mesma terapia, a abstinência, e utiliza-se a força da lei para garantir aquilo que se acredita ser o melhor para ele. Impõe-se o auxílio, julgando que ele pode não estar consciente de que isto é necessário. Não ocorre lembrar que, muitas vezes, os infortúnios pelos quais determinadas pessoas passam, podem ser uma *necessidade pessoal*, que elas podem precisar tanto do terror, das privações, da pobreza e desenganos, quanto dos bens contrários. (Caponi, 1999)

Ao contrário do que ocorre na sociedade atual, os filósofos gregos não consideravam a compaixão uma virtude, mas apenas um sentimento, e enquanto tal, alheio a mediação das palavras, dos argumentos e das razões. Para os antigos filósofos, a *razão*, a escolha deliberada, era o suporte de todo o agir que possa ser considerado *virtuoso*. Segundo Aristóteles citado por Caponi (1999, p. 8):

Nem as virtudes nem os vícios são paixões, pois não somos chamados de bons ou de maus em razão de nossas paixões [...] Pois aquele que vive conforme manda a paixão não ouvirá argumentos que venham a dissuadi-lo, nem os compreenderá [...] A paixão parece conduzir não ao argumento, mas à força.

Os antigos filósofos valorizavam mais a razão do que a compaixão, e os indivíduos compassivos não eram considerados melhores que outros. (Szasz, 1994; Caponi, 1999)

Ao lembrar dos usuários de drogas, objeto desta discussão, observa-se que a eles geralmente são destinadas dois tipos ação, que se julga serem as mais corretas: o

tratamento visando a abstinência ou a sua criminalização, ou ambas as alternativas. Frequentemente os usuários de drogas são desvalorizados como agentes morais, e outras pessoas se colocam como seus benfeitores. Ao criminalizá-los através da lei ou desvalorizá-los com atitudes preconceituosas ou paternalistas, gera-se um problema social, pois estes indivíduos passam a ser vistos como indesejados, ou como *vítimas* da sua própria escolha, em função do seu comportamento ou do seu estilo de vida. Desta forma, não são colocados como *sujeito* da sua própria história, como um *igual moral*, com a mesma possibilidade de deliberar sobre suas escolhas.

Assume-se assim, uma postura de condenação, quando se considera que o usuário de drogas, portador do HIV, nada mais é do que o *culpado* pelas suas próprias escolhas. As tentativas terapêuticas ou reabilitadoras dirigem-se a torná-lo mais desejável e produtivo socialmente. Desta forma, pergunta-se se este é um verdadeiro problema social; será esta a melhor forma de resolvê-lo? Qual a resposta que se pode esperar de pessoas que se ignora ou que não se considera como capazes ao diálogo?

Ao considerar estas pessoas (usuários de drogas injetáveis), como realmente necessitados de ajuda, acredita-se que a melhor resposta seja através do estabelecimento de um vínculo de *solidariedade*, onde pode-se reconhecê-los como iguais e perceber a existência de uma simetria de interesses cujo único objetivo seja universalizar a *dignidade humana*. Este é princípio ético da redução de danos, que presta o auxílio aos usuários de drogas e, ao mesmo tempo, avalia suas razões e limites. É próprio da condição humana a diversidade e as questões que dela derivam. Como forma de excluir a violência, a alternativa que se tem é a mediação dos vínculos entre os seres através da palavra, do diálogo, do relacionamento entre *iguais morais*. (Caponi, 1999)

A solução mais comum, que a sociedade destina para o pouco conhecimento da questão da drogadição e desses estilos de vida diferenciados, é a generalização do usuário de drogas, numa mono-categoria que desconhece as individualidades, diminuindo-o como ser humano e colocando-lhe o rótulo de dependente ou delinqüente. Ao não se considerar a diversidade destes indivíduos e as diferentes formas de se relacionarem com as drogas, e ao não colocá-los como *iguais morais*, perde-se a oportunidade de aproximação e de entendimento, fundamentais para qualquer ação *beneficente* baseada em princípios éticos universais. O crime e a doença são as formas de

controle e classificação que a nossa encontra para o tratamento da questão, e nas quais baseia as suas atitudes paternalistas-coercivas com relação aos usuários de drogas.

É preciso tomar cuidado portanto, quando interfere-se sobre a conduta das pessoas com a justificativa de que se sabe o que é melhor para o bem delas. Intervenções paternalistas com frequência, mostram desrespeito para com os agentes autônomos, pois não os tratam como *iguais morais*, e não consideram que eles tenham o direito e a condição de ter qualquer margem de independência para dirigir a seus próprios corpos estratégias preventivas.

4.2.3.2 - Consentimento e Beneficência

Engelhardt (1995) considera que são dois os princípios morais de primeira grandeza, utilizados em bioética, para resolver as disputas morais entre indivíduos que não compartilham uma visão moral comum. (p. 123) Trata-se dos princípios de *consentimento* e de *beneficência*. O princípio de *consentimento* fundamenta a moralidade da *autonomia*, entendida como *respeito mútuo*, e o princípio da *beneficência* fundamenta a moralidade do *bem estar* e da *solidariedade social*. A aplicação desses princípios pode refletir pontos de “tensão moral”, quando se precisa escolher entre respeitar a liberdade das pessoas e garantir-lhes a ajuda necessária, segundo suas necessidades. (Engelhardt, 1995, p.112) Na seqüência, a proposta é analisar brevemente estes dois princípios relacionando-os com a uma das ações propostas pela redução de danos.

A tensão existente entre esses dois princípios pode ser observada, quando uma das ações propostas pela estratégia de redução de danos é o fornecimento de seringas descartáveis para os usuários de drogas injetáveis. Esta questão frequentemente é colocada como um *dilema moral*.

Com base na política da redução da oferta, argumenta-se que fornecer os equipamentos é um estímulo ao uso de drogas injetáveis, tendo como consequência o aumento do consumo de drogas. Uma ação beneficente sob esta ótica, que objetiva a eliminação do consumo, seria a não disponibilização do equipamento, visando o bem estar dos usuários, ou segundo o princípio de não-maleficência, *não causar dano*. Diante deste argumento pergunta-se: será que o fato de não ter seringas e agulhas disponíveis fará com que os UDIs parem de injetar drogas? Uma discussão mais detalhada sobre esta

questão pode ser apreciada no capítulo específico de redução de danos e no final deste capítulo. A esse respeito, uma pesquisa nos EUA, revela que a suspensão da proibição para o porte de seringas, em Connecticut, foram associadas a relatos de diminuição da frequência de compartilhamento de equipamentos entre UDIs. (Groseclose, Weinstein, Jones et al., 1995)

Por outro lado, a estratégia da redução de danos também coloca-se como uma ação beneficente, à medida que disponibiliza o equipamento para o usuário, objetivando *reduzir o risco* de contaminação pelo HIV e outras agentes infecciosos de transmissão sangüínea. Além disso, visa a aproximação com uma população freqüentemente marginalizada, possibilitando o seu acesso aos serviços de saúde, inclusive para o tratamento da drogadição.

Há razões para considerar que este é um falso dilema moral, pois os argumentos colocados por uma política que visa apenas a redução da oferta, não se confirmaram até o momento nas experiências com os programas de troca de seringas em todo o mundo. As políticas proibicionistas e intolerantes têm dificultado o acesso à população de usuários de drogas injetáveis, diminuindo assim as possibilidades de um trabalho efetivo de prevenção, contribuindo para um dano maior para os usuários e para a sociedade, que é a disseminação do vírus da AIDS. Neste caso, o respeito mútuo, condição essencial para o exercício da autonomia, não está favorecido, pois as diferenças de estilos de vida não são resolvidas pelo acordo entre as partes, mas pela forma da lei. Impõe-se, assim, uma visão “*moral*” de mundo sobre a outra de uma forma não ética, pois utiliza-se a coerção como forma para resolver o conflito. Como a ética é a condição da moralidade, é preciso estar no campo ético, onde não cabem a força ou coerção, para se resolver este conflito.

Por outro lado, as ações propostas pela redução de danos têm possibilitado atingir os UDIs, mostrando que é possível uma modificação dos hábitos de injeção de drogas (em direção à formas mais seguras), contribuindo para o acesso desta população aos serviços de saúde de forma geral e para o tratamento da drogadição de forma específica. Neste caso, a ação beneficente ocorre, quando possibilita a aquisição dos meios para a prevenção da transmissão do HIV.

Como visto anteriormente, alguns trabalhos já demonstraram que uma intervenção precoce, isto é, quando o nível de soroprevalência do HIV em UDIs é baixo,

resulta na estabilização desse mesmo nível. Na redução de danos, as ações tem seu alicerce no respeito mútuo, respeito pela autonomia portanto, pois se propõe a respeitar os estilos de vida dos usuários de drogas. O trabalho com os *pares*, como já visto, vem demonstrando a aplicação desses princípios na prática. O princípio de consentimento, por si só, não proíbe a entrega da seringa ao usuário, se o objetivo da ação é *não fazer o mal*.

Considera-se, no entanto, que não existe nenhuma contradição fundamental entre as políticas de redução da oferta e de redução de danos, pois elas podem vir a ser complementares. Deve-se ressaltar que a política de redução de danos não se propõe a fazer uma apologia às drogas, pois simplesmente compreende que é preciso lidar de uma maneira mais tolerante com a realidade. A curto prazo, pretende contribuir de maneira efetiva para prevenir um dano maior que é o incremento da epidemia da AIDS por uso de drogas injetáveis e na população em geral. Acredita que não se controla a epidemia com metas utópicas, como *tolerância zero* ao consumo de drogas, pois esta seria uma meta a ser alcançada a longo prazo. A partir deste ponto, propõe ações pragmáticas a curto prazo e metas mais realistas. É preciso, portanto, uma certa *tolerância* e o reconhecimento dos limites da eficácia das ações coercitivas. Nenhum descontrole é proposto, pelo contrário, a aproximação com a população de UDIs tem trazido informações importantes para o planejamento dos programas preventivos do uso e abuso de drogas, e não se confirma nenhum aumento do consumo de drogas em função das ações de redução de danos.

Se esta é uma questão moral e, assim sendo, deve ser resolvida moralmente, o que falta é uma “decisão da vontade de escolher um ponto de vista moral baseado no acordo mútuo”. (Engelhardt, 1995, p.112) Sabe-se que questões morais dificilmente são resolvidas racionalmente, porque elas estão obstaculizadas por posicionamentos ideológicos, ou dogmatismos, que impedem qualquer possibilidade de argumentação. Se assim fosse, bastariam os dados dos programas de redução de danos em andamento no Brasil e no mundo, para encerrar as discussões.

Assim sendo, observa-se que, muitas vezes, o princípio de beneficência não se mostra muito apropriado para resolver a questão. De uma forma mais geral, o princípio de beneficência “aponta simplesmente que os argumentos morais giram em torno da questão do que é bom ou apropriado fazer”. (Engelhardt, 1995, p.120) Para Engelhardt

(1995) a dificuldade em relação ao princípio de beneficência, reside na circunstância de que toda a classificação de bens depende de um sentido moral particular, e portanto, não é capaz de alcançar a diferentes comunidades morais. Assim, o problema de justificar cada uma das visões particulares da beneficência, pode resultar insolúvel em determinadas circunstâncias, como a que se descreveu. (p.126)

Nas circunstâncias em que os sentidos morais dos indivíduos são divergentes, o exercício da ética implica na tentativa de resolver as questões com base no respeito mútuo, excluindo o uso da força. O princípio básico é da tolerância e da solidariedade, pois sem o respeito pela vontade, pela liberdade do outro, não há possibilidade de acordo mútuo. Em nome da moral não se pode colocar sanções, pois a moral por si mesma não encarcera nem condena. Comunidades morais diferentes dão origem a diferentes estilos de vida. Ao não aprovar a conduta de uma pessoa, como por exemplo o uso de drogas, não se pode ir mais além do que assinalar o que se gosta ou desgosta em tal conduta, uma vez que este uso não interfere na vida de outras pessoas.

Desta forma, considera-se que é com base na *solidariedade* e no princípio de *consentimento* que se alcança a *moralidade do respeito mútuo*. A partir dessa premissa, pode-se entender o princípio de consentimento como sendo “a condição necessária para poder resolver com autoridade moral as controvérsias morais entre estranhos morais sem recorrer à força e para manter uma linguagem ética secular mínima destinada a elogiar e censurar”. (Engelhardt, 1995, p.120)

A ética, portanto, é o caminho para resolver disputas morais, em vez de recorrer à força, e sela o compromisso que se tem com o respeito mútuo.

4.2.3.3 - A Tolerância e a Solidariedade

A tensão, gerada pelas políticas de redução de danos e da redução da oferta, pode ser apreciada como um conflito colocado por visões diferentes de como deve ser conduzida uma política sanitária específica. Este conflito reflete a preocupação sobre os limites da moralidade centrada no respeito mútuo, frente à visões diferenciadas do que seja o melhor para o bem comum. Os acordos, embora desejáveis, podem não ser suficientes para evitar tensões entre os direitos e obrigações dos indivíduos dentro da

moralidade do respeito mútuo, frente ao que parece certo ou equivocadamente fazer dentro da moralidade do bem estar comum. (Engelhardt, 1995)

Como visto anteriormente, as mesmas considerações sobre beneficência podem ser bastante complexas. Explicações razoáveis e contrapostas podem ser colocadas sobre o que é *fazer o bem*, isto é, como ser caritativo, ou solidário, ou apoiar o bem estar comum. As regras para atuar de forma caritativa entram em conflito por representarem sentidos de beneficência diferentes, pois não existe um “*sentido secular canônico único do que é fazer o bem*”. (Engelhardt, 1995, p. 140)

Esses conflitos podem aparecer tanto no nível individual como social. Ao se refletir sobre o caso que é discutido neste trabalho, vê-se que se trata de uma situação onde valores diversos se chocam. O respeito pela liberdade de escolha assume fundamental importância e é o centro do conflito. Certamente não se pode desprezar, aqui, as conseqüências que estas escolhas podem trazer ao indivíduo, como por exemplo o risco da adição e overdose de um lado, e a marginalidade e a estigmatização do outro. Nesse aspecto, deve-se lembrar que não é só pelo fato de consumir substâncias ilícitas que o indivíduo pode ser marginalizado e estigmatizado. Pode-se tomar como exemplo o alcoolista, que embora consuma uma substância legal, também é objeto de estigmatização social. Ou seja, mesmo que a lei seja modificada, não implica que a sociedade vá modificar seu preconceito com relação ao usuário de droga.

A questão colocada pelas estratégias de redução de danos é ampliar as oportunidades de escolha dos indivíduos, para melhor capacitá-los a fazer *escolhas racionais*. Somente reconhecendo o usuário como agente moral é que pode-se torná-lo *capaz* para o exercício da *escolha autônoma*. Esta questão inclui inserir os usuários em redes sociais mais amplas, em vez de isolá-los; fortalecê-los, em vez de marginalizá-los, de modo que possam achar espaços onde possam discutir e repensar suas existências, suas escolhas, e estabelecer estratégias eficientes de auto-cuidado.

Respeitar o princípio de consentimento ou autonomia equivale, portanto, a ser membro de uma comunidade moral, pois ele nada mais é do que um princípio de tolerância. Assim, os conflitos devem ter sua resolução baseados no acordo mútuo. Engelhardt (1995) apropriadamente, coloca que “a recusa por parte de outra pessoa é suficiente para criar uma obrigação de tolerância, enquanto que se requer o acordo mútuo para que se dê uma obrigação concreta de beneficência”. (p.145)

Observa-se então que o princípio de consentimento, baseado no acordo mútuo, antecede e supera o princípio da beneficência. Como consequência, continua o autor, assinalando que “os direitos e as obrigações à tolerância possuem um maior caráter absoluto e uma maior capacidade para manterem-se vigentes de um modo transcultural que os direitos e obrigações de beneficência”. (Engelhardt, 1995, p.145)

Outro autor que pode auxiliar neste sentido é Popper (1989). Ao refletir sobre a tolerância, ele critica a arrogância e a vaidade intelectual, citando Voltaire e seu argumento a favor da tolerância: “A tolerância é a consequência necessária do reconhecimento de que somos falíveis: errar é humano, e todos nós cometemos erros permanentemente. Então perdoemo-nos uns aos outros as nossas loucuras. É este o fundamento do direito natural.” (Popper, 1989, p.172)

Pode-se entender essa referência ao perdão, como um fundamento à ética do respeito mútuo. A defesa de uma posição, seja a redução da oferta ou a redução de danos sem considerar os benefícios da outra, pode levar à *intolerância*, a uma posição de *fanatismo*, que muitas vezes tem permeado as discussões de ambas as políticas.

Como enfatiza o autor, é preciso tomar cuidado, pois estas posições intolerantes podem ser consideradas como uma tentativa de dominar a própria descrença naquilo que é tão arduamente defendido. (Popper, 1989) O apelo é feito para que se alcance a honestidade intelectual, e se possa reconhecer os próprios erros. Ao chegar a uma posição de *intolerância*, ou de um dilema, onde uma questão só pode ser resolvida às custas da outra, se encontra um limite para o qual não há tolerância possível.

Segundo Popper, “Se reconhecemos à intolerância o direito de ser tolerada, acabamos por destruir quer a tolerância, quer o estado de direito”. (1989, p.172) Desta forma, não se contrapõe uma política a outra, mas busca-se uma posição onde os principais envolvidos possam ser considerados, refletindo sobre os erros e os acertos gerados por ambas as estratégias. Trata-se de dar espaço para que novas alternativas, no caso a redução de danos, sejam consideradas e colocadas em prática, superando as restrições impostas pela ilegalidade e pelo preconceito.

Não se trata de uma fusão de idéias, até porque ambas as estratégias têm sua origem em visões diferentes, mas de um espaço para discussão e principalmente prática, que é o campo privilegiado onde se pode comprovar os princípios da redução de danos. O que se procura colocar, é que a intolerância pode nos levar a não experimentar novos

caminhos, privando a sociedade de formas eficientes de enfrentamento de questões, como a transmissão do HIV por uso de drogas endovenosas.

Não obstante, e seria ingenuidade não considerar isto, o campo da discussão nos leva a superar algumas *verdades* colocadas como imutáveis. Portanto é inevitável, contrapor uma política a outra na busca do melhor caminho, ou optar pela prática que se aponta como uma superação da anterior. O saber científico não é um saber certo, pois pode ser constantemente revisto. Desta forma, a tolerância que se propõe não está apenas relacionada aos estilos de vida diferenciados, mas também ao reconhecimento da diversidade do conhecimento científico que apresenta outros *saberes* e conseqüentemente outras *verdades*. (Popper, 1989)

Quando se defende a tolerância, reafirma-se uma postura em manter uma discussão racional, entendida como busca da verdade, que, segundo Popper (1989), contém alguns princípios éticos importantes como: o princípio da falibilidade, o princípio da discussão racional e o princípio da aproximação à verdade. (p. 180) Estes princípios implicam em tolerância e indulgência, pois é na tolerância e no reconhecimento do outro, onde ambos têm potencialmente os mesmos direitos, que pode ocorrer a discussão racional em busca da verdade.

Uma outra resposta que se pode dar à epidemia da AIDS de maneira geral, e que é coerente com as estratégias de redução de danos, é o *princípio da solidariedade*. Considera-se que o sofrimento de outros não nos é alheio, e que o desejo de prestar algum tipo de ajuda é inevitável. Diante do que foi discutido anteriormente, pergunta-se qual a melhor maneira de prestar o auxílio desejado de uma maneira eticamente aceitável? Aponta-se o caminho da *solidariedade*, por ser este um princípio baseado no respeito mútuo, diferentemente do paternalismo, da compaixão e da piedade. A solidariedade “é um vínculo que se estabelece entre pessoas que se podem reconhecer, pelo menos virtualmente, como iguais, como sujeitos com capacidade de estabelecer um diálogo onde sejam avaliados as razões e os limites do auxílio prestado”. (Caponi, 1999, p.8) É um princípio que compreende todos os homens no mesmo nível, independente da classe social, da idade, do sexo e da cultura. (Berlinguer, 1988, 1996)

A solidariedade surge do interesse por aqueles que, por diversas razões, estejam em posição de receber algum tipo de auxílio. Encontra seu fundamento na simetria de interesses, no compartilhamento de uma única preocupação, que é a de universalizar a

“*dignidade humana*”. (Caponi, 1999, p.8) A compaixão e a piedade apagam as diferenças entre os menos privilegiados colocando-os em uma só categoria seja a dos “*infortunados*”, ou “*fracos*”, ou “*pobres*”, etc. (Caponi, 1999, p. 8) A solidariedade, por sua vez, considera a impossibilidade de falar de uma natureza que unifique a todos, e toma como ponto de partida as diferenças, ou seja, a “*pluralidade humana*”. A partir desta consideração, entende-se que a solidariedade, como princípio ético, é fundamentada na mediação baseada no diálogo e na argumentação fundamentada na razão. (Caponi, 1999, p.8) Por outro lado, Berlinguer (1988), esclarece que o fato dos indivíduos diferirem, por natureza ou por escolha, do modelo socialmente aceito, não deve dar lugar à hostilidades, discriminações e exclusões. (p. 131) As diferenças assim colocadas devem ser consideradas como um estímulo para o conhecimento, para a solidariedade, para a prevenção e para a transformação. (Berlinguer, 1988)

Optar por enfrentar a disseminação do HIV/AIDS em UDIs, sob o ângulo da *tolerância moral* e da *solidariedade*, implica em comprometer-se com o *respeito mútuo*, ou no entender de Costa, “respeito pelo próximo”, entendendo solidariedade como sinônimo de “fraternidade”. (1994, p. 11) Fraternidade, segundo o autor, “É o sentido tradicionalmente associado à liberdade e à igualdade, e que forma o tripé de nossa moderna ética política.” (Costa, 1994, p. 11)

As discussões que se colocou sobre autonomia, paternalismo, compaixão, tolerância e solidariedade, mostram que não há indiferença ao que é humano. O que se pode fazer é optar pelo tipo de moral que informa o modo de conhecer o mundo e de responder à realidade. É com base nos princípios éticos fundamentais que se pode responder à epidemia da AIDS. Concordando com Costa em sua afirmação: “[...] nossa moral só pode manter-se de pé se defendermos, sem transigência, o princípio do direito à vida, à liberdade e à busca da felicidade. Com ele, tudo em nossa cultura pode fazer sentido; sem ele, mesmo o impensável torna-se possível” (Costa, 1994, p. 15)

De acordo com Parker (1994), a *solidariedade*, em seu verdadeiro sentido, acarreta uma grande possibilidade de transformação social, pois está ligada fundamentalmente à percepção da diferença. Segundo o filósofo Richard Rorty, citado por Parker, a solidariedade está ligada com “a nossa capacidade humana de entender e nos identificar com a dor e o sofrimento dos outros, apesar de tudo que pode

diferenciá-los de nós” (1994, p. 19)

Retoma-se, então, os princípios de respeito pela autonomia (consentimento) e beneficência, agora vistos sob o ângulo da tolerância e solidariedade, como fundamentos da disposição em manter uma discussão racional, necessária ao entendimento e ao enfrentamento da disseminação do HIV entre os usuários de drogas injetáveis. É construindo junto com os usuários de drogas, com uma atitude solidária e incluyente, e não com uma atitude marginalizadora e excludente, que se terá espaço para descobrir alternativas eficazes para conter a transmissão do vírus da AIDS nesta população.

Ao finalizar a discussão sobre os princípios éticos, faz-se uma analogia entre a questão mais polêmica relacionada as estratégias de redução de danos, a distribuição ou troca de equipamentos de injeção, e as discussões que se colocam a respeito da permissão do aborto.

Assim como a troca de seringas, a permissão para o aborto pode ser discutida com base na ética da solidariedade e da tolerância. Sob este ponto de vista, não parece procedente a crítica de que a legalização do aborto conduza a um uso indiscriminado desta alternativa, bem como não procede a crítica de que equipamentos injetáveis disponíveis aumentam a demanda pelo uso de drogas. Portanto, o acesso aos meios e à informação determina o uso seguro de ambas as opções, e não o seu uso abusivo.

A permissão legal para o aborto apenas permite que as pessoas possam realizá-lo em condições seguras, porém, não obriga, e nem incentiva ninguém a fazê-lo. Prova disto é que nos países onde há permissão legal, as pessoas continuam tendo o direito a não fazer o aborto, respeitando suas preferências ou escolhas individuais, sejam elas baseadas em crença religiosa ou convicção pessoal. A ética da solidariedade obriga a respeitar o direito dos indivíduos a exercerem escolhas autônomas, seja qual for sua opção. Da mesma forma, disponibilizar equipamentos estéreis aos que fazem uso injetável de drogas, não obriga e nem incentiva as pessoas ao uso, simplesmente oferece condições para que os usuários possam usar seguramente a droga, evitando um dano maior para ele e para a sociedade, que é a infecção pelo HIV. Nos países onde a troca de equipamentos é praticada há alguns anos, não se tem provas de que este programa tenha aumentado o uso de drogas. Os estudos demonstram que as práticas de risco para a contaminação pelo HIV vêm se modificando na direção de uso mais seguro, com

estabilização dos níveis de soroprevalência do HIV em UDIs.

Mesmo considerando que uma posição mais conservadora pode condenar a prática do aborto, não se pode, no entanto, negar que tal prática existe, sempre existiu e continuará existindo. A proibição do aborto faz com que este seja praticado em condições higiênicas que se desconhece, permitindo toda uma série de complicações que a falta de assistência médica pode acarretar. Pessoas com maior poder aquisitivo podem ter um tipo de assistência melhor, embora ilegal. Outras pessoas, no entanto, com baixo poder aquisitivo (que são a maioria), estão sujeitas a todo o tipo de complicações ocasionadas pela falta de condições sanitárias dos locais clandestinos onde o aborto se realiza.

Da mesma forma, o uso de vários tipos de psicoativos atravessa o tempo e as diversas culturas e permanece sendo praticado apesar das proibições e determinações sobre qual droga é lícita ou ilícita. A clandestinidade da fabricação e distribuição das drogas ilícitas também faz com que estas passem por todo o tipo de adulteração com o objetivo de fazer *render* mais a substância. Como consequência, os usuários, principalmente os injetáveis, são acometidos por diversos problemas de saúde ocasionados pela adulteração. (Bucher, 1992; Brailowsky, 1995)

Um bom exemplo de como lidar com a realidade das drogas, apesar da legislação proibitiva, é dado pela Austrália. O programa de redução de danos da Austrália, além de fornecer equipamentos e outros meios de prevenção da transmissão do HIV, algumas vezes informa aos usuários sobre a qualidade da droga que está sendo vendida no mercado ilícito no momento, com o objetivo de prevenir episódios de overdose e outras complicações. Embora o uso de drogas, como a heroína, seja ilícito neste país, o governo enfrenta a realidade que aponta para a existência do consumo, e tenta minimizar os riscos de ocorrência de efeitos adversos.

O princípio ético de justiça distributiva informa que o acesso à atenção médica deve ser universal, e que todos os indivíduos devem ter as mesmas oportunidades de atenção médica que necessitem. (Luna, 1995) Nas duas questões discutidas acima, este princípio deve ser considerado, pois a partir de argumentos que se sustentam numa lógica da *intolerância*, se acredita ter o direito de impedir o acesso aos meios adequados para que as pessoas possam se prevenir das consequências adversas ocasionadas por tais práticas.

A realidade mostra que tanto o aborto como o uso injetável de drogas ilícitas existem. Mesmo que não se aceite como uma boa escolha, mesmo que se condene estas práticas, baseados na religião ou na própria moral, a ética da tolerância e a ética da solidariedade induzem a aceitar e respeitar quem as pratica. Com fundamentando nessa ética, pode-se estabelecer estratégias que visem reduzir os danos adversos consequentes da prática do uso de drogas e do aborto. Ao não considerar estas pessoas, produz-se uma distinção indesejável nas políticas de saúde, onde os princípios éticos e os direitos humanos universais são ignorados.

Ao colocar estas questões, não está se afirmando que toda e qualquer conduta deve ser tolerada. Baseando-se em Popper novamente, em sua reflexão sobre “Tolerância e Responsabilidade Intelectual”, percebe-se que o que é preciso *não tolerar* é a intolerância, a violência e a crueldade. (1989, p.173) Neste caso, pode-se chegar próximo à crueldade, quando acredita-se que é *moralmente bom* negar assistência à mulheres que desejam interromper uma gravidez indesejada, ou negar o acesso à formas de prevenção aos UDIs.

V - REFLEXÕES ÉTICAS: OS DISCURSOS SOBRE OS USUÁRIOS DE DROGAS

No ano de 1993, a disseminação do HIV assumia um papel importante no quadro epidemiológico do Brasil, com o registro de aproximadamente 37.039 casos de AIDS pelo Ministério da Saúde. As estimativas oficiais informavam que o impacto da epidemia continuaria a crescer de forma drástica no futuro próximo, e as políticas governamentais para o controle da epidemia não apresentavam a eficácia necessária. (Parker, 1994)

Em Santa Catarina, no mesmo ano, tinha-se 825 casos de AIDS registrados, com uma prevalência de 43,8% em usuários de drogas injetáveis (UDIs). Os municípios de Florianópolis e Itajaí destacavam-se pelo número de casos, e pela alta prevalência da AIDS em UDIs. Florianópolis, no período de 1986 até 1993, apresentava 197 casos (incidência de 95,7 casos por 100.000 habitantes), com prevalência de 43,7% em UDIs. (Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/AIDS entre UDIs, 1993, p.7; Florianópolis, 1993)

5.1 - ANÁLISE DO SEMINÁRIO

Em meados de 1993, foi realizado em Florianópolis o Seminário Nacional de Prevenção ao HIV/AIDS entre Usuários de Drogas Injetáveis, cujo objetivo foi debater a interrelação entre o uso de drogas injetáveis e a transmissão do HIV/AIDS, e definir estratégias de controle. As autoridades federais e estaduais, baseadas na situação epidemiológica apontavam em Santa Catarina, os municípios de Florianópolis e Itajaí como estratégicos para desenvolver ações de controle da infecção pelo HIV/AIDS, inclusive com aporte de recursos financeiros provenientes de convênio com o Banco Mundial. Os participantes do seminário eram, na maioria, profissionais de saúde de Santa Catarina e do Brasil, especialistas na área de AIDS e de drogas, instituições ligadas ao controle de drogas e ao tratamento de usuários e pessoas ligadas a organizações não-

governamentais, relacionadas à AIDS.

As mesas de debate formadas no seminário contemplavam temas relacionados principalmente à transmissão do HIV/AIDS em UDIs, enfocando: a situação epidemiológica; política de prevenção destinada a esta população; estratégias de redução de danos; estudos (sociais, demográficos, antropológicos e econômicos); experiências nacionais e internacionais com UDIs relacionadas à prevenção da AIDS em UDIs; aspectos legais, éticos e de direitos humanos relacionados aos UDIs; e política específica de prevenção da AIDS nesta população.

Especialistas de renome nacional e internacional, na maioria defensores da proposta de redução de danos, formavam as mesas. Na realidade, esta estratégia (redução de danos), cujo componente mais polêmico era o programa de troca de seringas, estava sendo proposta pelo Ministério da Saúde através do Programa Nacional de DST/AIDS, que também patrocinava o seminário.

Constata-se, pelos anais do seminário, que as controvérsias relacionadas às estratégias, baseadas na redução da oferta e na redução de danos, foram a pauta de todo o evento. As posições assumidas pelos debatedores e o público espelharam as opiniões dos especialistas e profissionais comprometidos com a redução da oferta ou com a redução de danos, e em relação aos usuários de drogas. Os debates éticos, como o direito à cidadania, direitos humanos, discriminação e estigma relacionados aos UDIs, tiveram uma posição de importância no encontro. Em nenhum outro momento, desde então, pode-se presenciar em Florianópolis um evento desta magnitude relacionado ao tema.

A partir destas considerações, optou-se por realizar a análise do conteúdo das falas do seminário, que enfatizam a questão *ética e moral* referentes aos *usuários de drogas*, relacionando-as com seus locutores, sua posição no cenário social e seu comprometimento com a estratégia de redução de danos ou com a redução da oferta.

Neste sentido, considera-se que, diante da ética, as posições assumem uma dimensão que não é neutra, mas comprometida com determinados princípios e valores. Desta forma, as estratégias que são defendidas por um ou outro debatedor contém um pressuposto “moral”, baseado no qual, este realiza seu julgamento sobre determinada realidade. Assim, a ética encontra-se estreitamente vinculada às medidas de prevenção propostas, e coloca-se como o eixo principal da argumentação de diferentes posições.

Deve-se observar, porém, que ao realizar uma leitura cuidadosa dos anais do seminário, a maioria dos expositores não deixava dúvidas quanto a sua posição favorável à redução de danos. A riqueza contida nos anais do seminário citado é imensa, porém serão analisados apenas os momentos mais significativos para este trabalho pois, de outra forma, corre-se o risco de tornar repetitivo os conteúdos já discutidos nos capítulos anteriores.

A análise inicia-se a partir da mesa-redonda Aspectos Legais e Éticos, pois foi nesse momento que as questões éticas foram mais debatidas. Para tal, foram selecionadas algumas categorias como: criminalização / legislação/ “Guerra às Drogas”, prevenção / repressão, usuário / delinqüente / traficante, drogado / dependente, confidencialidade, preconceito / estigma, para a análise. As categorias serão explicitadas isoladamente ou em conjunto, conforme apareçam nas falas do expositor/participante.

Primeiramente o enfoque será dado às questões relacionadas à legislação relacionada às drogas e à criminalização do usuário, pois estas ocuparam bastante espaço em vários momentos do seminário. Como se vê a seguir, as diferentes interpretações da legislação, a criminalização (Guerra às Drogas) e o preconceito relacionado ao usuário encontram-se entrelaçados.

Como já mencionadas na introdução deste trabalho, as dificuldades para introduzir uma discussão sobre a proposta de redução de danos nos Conselhos Estadual (CONEN-SC) e Municipal (COMEM) de Entorpecentes de Santa Catarina após o seminário foram inúmeras. Analisa-se, inicialmente, alguns trechos da fala do Presidente do CONEN-SC, que se posiciona claramente partidário da política baseada apenas na redução da oferta. As expressões utilizadas são significativas:

Ora, nós que trabalhamos nesta causa, que somos soldados de um bem comum não podemos nos recusar a uma convocação [...].

Um dos termos que evita-se utilizar, mas que serve, num sentido mais radical, para denominar as estratégias de redução da oferta é a metáfora da guerra, ou *Guerra às Drogas*. Ao colocar-se como um *soldado*, começa a definir sua posição, pois as guerras estão ligadas à situações de conflito extremo, onde há a necessidade da existência de um inimigo. Sontag nos adverte:

A utilização da guerra como oportunidade para a mobilização ideológica em massa faz da idéia de guerra uma metáfora adequada para designar qualquer campanha cujo objetivo seja apresentado como a derrota de 'um inimigo': já tivemos uma guerra à pobreza, agora substituída pela 'guerra às drogas', bem como guerras dirigidas a doenças específicas, como o câncer. (Sontag, 1988, p.15)

Assim, percebe-se que a “Guerra às Drogas”, por não conseguir combater o comércio ilícito, na sua dimensão mais ampla, acaba se materializando na pessoa do usuário de drogas, convertendo-se na “Guerra Contra os Usuários de Drogas”. (Mesquita, 1998, p. 108) Neste sentido, através da criminalização, está encerrado o diálogo e não se está mais no campo ético, pois se escolhe a coerção ou a violência. Acompanhando a reflexão de Chauí, observa-se que a violência “é o ato de violação do outro enquanto humano. [...] é a violação da consciência humana enquanto vontade e liberdade, como subjetividade, como pessoa. É tratar o ser humano como se ele fosse coisa, reduzir o sujeito à condição de objeto.” (1994, p.12)

No mesmo discurso, o Presidente do CONEN - SC imbrica as categorias usuário, dependente e traficante:

O trabalho, a rigor sobre legislação refere-se ao direito do dependente de droga, o direito do próprio traficante dentro de uma democracia (ele tem o direito à defesa) (..)

Nesta fala, ele não faz uma diferença significativa entre os direitos do dependente de drogas e do traficante, dando margem à interpretação de que os dois pertencem a uma mesma categoria. A interpretação que pode ser dada a esta *confusão* é de que ambos, traficantes e dependentes, são “moralmente nocivos”. (Velho, 1995, p. 60) Este *papel*, na verdade, cabe ao traficante, pela criminalidade do comércio ilícito, e neste sentido a lei exerce uma função fundamental.

Por outro lado, o dependente de drogas, segundo Velho, “é moralmente nocivo, segundo o discurso oficial, pois tem hábitos e costumes desviantes, o que acaba por transformá-lo em ameaça ao *status quo*, logo em problema político.” (1995, p. 60) A *confusão* pode se dar porque se sabe que, com frequência, o *drogado* aparece como um

indivíduo fraco, sem vontade, “manipulado pelos traficantes para fins escusos”. (Velho, 1995, p. 60) Neste aspecto, não é raro se ouvir comentários de que as pessoas começam consumindo drogas, e depois passam a vendê-las, para *sustentar* o seu *vício*. Pela experiência, sabe-se que tais fatos ocorrem, porém não são a regra.

Além disso, o expositor usa o termo *dependente*, abstendo-se de utilizar o termo *usuário*, o que pode conduzir a pensar que o usuário de drogas é necessariamente um dependente. Novamente nesta fala, a exceção torna-se regra. A diferença existente na clínica, entre usuário recreativo e dependente, já foi abordada no capítulo II. Porém não custa lembrar que a grande maioria dos usuários não é, e nem vai tornar-se dependente.

Ambos, usuário recreativo e dependente, na maioria das vezes, procuram a droga por prazer. “o dependente de drogas é um indivíduo para quem a droga passou a desempenhar um papel central na sua organização psíquica, na medida em que, através do prazer, ocupa lacunas importantes, tornando-se assim indispensável ao seu funcionamento psíquico”. (Silveira Fº, 1995a, p.142)

Em seguida, o Presidente do CONEN-SC afirma sua posição favorável à *punição*, embora exprimindo sob a forma de penalização:

Estamos empenhados em modificar a lei n° 6.368, mas o artigo polêmico da lei n° 6.368 tem sido o artigo 16 que cuida da figura do dependente ou do usuário de drogas, e que determina de 6 meses a 2 anos de detenção e mais o pagamento de multa, etc. [...] É justo que um jovem ou uma jovem, aos 18 anos, ao serem flagrados com um baseado de maconha, um grama de cocaína, sejam jogados numa cela, junto com bandidos de toda natureza? [...] não é justo que simplesmente seja suprimido o art. 16 da lei n° 6.368. [...] Eu vou colocar a posição do Conselho Estadual de Santa Catarina[...]. O art. 16 deveria ser substituído por sanções administrativas, onde o jovem usuário de drogas estaria sujeito a sanções administrativas, como trabalhar em comunidades, prestar serviços e, dependendo da situação, ser privado temporariamente da sua autorização para dirigir, se tiver porte de arma, perder este porte de arma.

Nesta fala ficam evidenciadas algumas questões que assumem importância na discussão sobre o usuário de drogas. Aqui, a penalização ou sanções administrativas assumem um caráter de punição, ou seja continua a exigência de que algum *castigo* seja dado ao usuário de drogas. O crime ou a falta cometida aqui é o porte de drogas, não importa qual quantidade. Vale lembrar que a legislação atual, ao considerar como crime,

coloca o usuário na categoria de outros criminosos que são acusados de roubar, assaltar, traficar, etc.

A discussão anterior sobre o princípio ético de *consentimento* ou *autonomia*, onde se coloca que ao não aprovar a conduta de uma pessoa, como por exemplo o uso de drogas, não se pode ir além do que assinalar o que se gosta ou se desgosta em tal conduta, pode ser lembrada aqui. Comunidades morais diferentes dão origem a diferentes estilos de vida. Como assinala Andrade (1995), por se desconhecer as condições sociais, psicológicas e culturais dos usuários de drogas, opta-se por colocá-los em categorias estigmatizadoras, como nas de marginal, delinqüente ou dependente. (p. 118)

Certamente, muitas pessoas ao lerem a defesa dessa posição, poderão pensar na imagem do usuário fortemente adito, e que pela droga, ou sob o efeito desta, é capaz de cometer os crimes ou as infrações mais variadas. Casos difíceis relacionados ao consumo de drogas sempre existiram e existirão, porém representam mais a exceção do que a regra. Sob o respaldo da lei, são marginalizados e punidos também uma imensa maioria de usuários recreativos. Acompanha-se assim, a indagação do expositor: *“É justo que um jovem ou uma jovem, aos 18 anos, ao serem flagrados com um baseado de maconha, um grama de cocaína, sejam jogados numa cela, junto com bandidos de toda natureza?”*

Algumas vezes, as conseqüências da legislação podem dar margem à atitudes do poder judiciário, que comprometem a ação das autoridades públicas de saúde. Como já referido, em capítulos anteriores, o município pioneiro na implantação de redução de danos no Brasil, foi Santos. Esta situação é evidenciada pela representante do município, em uma mesa de debates, que também defende uma postura mais “ética” relacionada ao usuário de drogas:

Em Santos, em dezembro de 1989, [...] o prefeito e na época Secretário da Saúde, num seminário como este, anunciou que a partir do ano seguinte, [...] iria implantar o programa de distribuição de seringas. [...] O que aconteceu? Os dois foram responsabilizados criminalmente pelo fato de terem anunciado o programa, que nem sequer começou. A condição para que se retirassem as duas responsabilidades criminais e uma ação civil sobre a Prefeitura foi que o Secretário mantivesse a palavra que não daria início ao programa.

Desta forma, observa-se que uma atitude ética do profissional de saúde, não excludente na determinação de políticas públicas, pode supor riscos e dificuldades inesperadas, como as que foram relatadas. As argumentações utilizadas para tal gesto por parte da justiça, podem ajudar a elucidar um pouco mais os princípios que fundamentam as estratégias da “Guerra às Drogas”, que acabam se voltando contra o usuário de drogas. Nesta fala também observa-se a posição daqueles que numa atitude de solidariedade se pronunciam por políticas de saúde mais dignas e que atinjam todos os segmentos.

Um dos argumentos da Promotoria era de que não se poderia usar verbas públicas [...] para distribuir seringas para drogados. Pergunto: em que ética está pautada esta decisão da Promotoria? Eu não acho que a ética causa por si, através da sua ótica, uma coisa tipo cidadão de segunda categoria. Entendo que a ética está extremamente ligada à dignidade do ser humano, e por esta questão [...] eu fico pensando hoje qual a nossa capacidade de indignação diante do quadro em que se vive! [...] Quando se fala em outro país, onde a droga não está liberada, lá a pessoa opta por se tratar ou ser preso. Aqui não há esta condição. O pobre vai preso, o rico vai se tratar! [...] Não podemos deixar de fazer esta discussão ética da saúde, ou de qualquer questão, sem olharmos a sociedade de classes em que vivemos, com dois pesos e duas medidas, que não tem nada de ético nisso

Pode-se constatar, na época, que o argumento utilizado pela Promotoria exprimia uma opinião mais generalizada sobre o usuário de drogas. Um acadêmico da área da saúde ao saber que estava se discutindo a proposta de redução de danos, abordou indignado, dizendo: “*Era só o que falta! Falta leite e remédio para as crianças e ficam querendo dar seringas para os drogados.*”

Neste ponto seria bom resgatar a analogia sobre o aborto que foi feita anteriormente. Em primeiro lugar, é preciso considerar que ambas as práticas, tanto o aborto, como o uso injetável de drogas, sempre existiram e continuarão existindo, independente das legislações proibitivas. Em segundo, o fato de ter seringas estéreis disponíveis para o uso de drogas e locais para apropriados para o aborto, não significa que haverá o aumento dessas práticas. Em terceiro lugar, a criminalização só faz aumentar o risco em ambos os casos.

No caso do aborto, os que não têm recursos financeiros, recorrem a locais sem as mínimas condições sanitárias. No caso das drogas, os UDIs, na sua maioria das classes sociais mais baixas e com nível de instrução precário, consomem produtos adulterados,

compartilham os equipamentos, e ficam à margem de qualquer tipo de assistência à saúde. Discutiu-se anteriormente o que as estatísticas mundiais mostram sobre a eficácia do tratamento baseado na abstinência. No entanto, o recurso para o usuário de drogas das classes econômicas mais abastadas é uma clínica para tratamento da drogadição, que são, na sua maioria, de caráter privado. Para quem está na outra ponta, no caso a maioria dos UDIs, resta a clandestinidade ou a *reabilitação* através do sistema penal.

Esta situação “insólita” reflete as contradições internas do nosso país deixando transparecer a situação de exclusão social a que está submetida grande parte da população brasileira. (Garrafa, 1999, p. 7)

Neste sentido, pode-se também utilizar um argumento utilitarista, de que prevenir a disseminação do HIV/AIDS com medidas reconhecidamente eficazes, como a troca de seringas, contribui para o *bem estar* da maioria da população. Deve-se sempre lembrar que estas pessoas não estão isoladas, pois tem parcerias sexuais, filhos e toda uma rede de interação social.

Quando se analisa a decisão da Promotoria acima, observa-se que os princípios éticos da tolerância e da solidariedade estão ausentes, dando lugar ao preconceito e à exclusão social.

Os representantes das organizações não governamentais de outros estados participaram dos debates éticos como expositores, enfatizando a necessidade da mudança da legislação relacionada às drogas, para que os projetos de redução de danos possam acontecer de forma legal. Isto se evidencia a seguir:

[...] é sobre a importância da legislação, [...] porque eu acho que a gente tem uma mentalidade que o que a gente faz na prática é bastante diferente da lei e que a lei não interessa. [...] fazer um esforço para tentar mostrar a importância da mudança da legislação e porque da importância das leis [...]

É importante observar que os projetos de redução de danos no Brasil, e em outros países, estão ocorrendo sem que a legislação seja modificada. Ressalte-se que, de acordo com a nossa lei (Lei nº 6368/76), pode haver a interpretação de que fornecer seringas seja uma *indução ao uso de drogas*. O exemplo de Santos, citado neste capítulo, é bastante esclarecedor neste sentido.

Os representantes das organizações não-governamentais continuaram se posicionando, esclarecendo a questão:

Historicamente, os direitos humanos, tem sido construídos sob os aspectos político e jurídico, que estão cada vez mais imbricados. [...] Por isso a legislação é importante. [...] as conquistas e reivindicações sociais têm mostrado que as leis podem ser um canal de construção da universalidade e da igualdade.

Neste aspecto, os projetos de redução de danos têm auxiliado bastante. Foi a partir da discussão levantada sobre o exemplo de Santos e dos trabalhos com redução de danos, que em alguns estados foram decretadas leis específicas para que ocorresse a troca de seringas, como em Santa Catarina e São Paulo.

Ao falar em direitos humanos e redução de danos, seria bom lembrar que esta estratégia é um exemplo de como determinadas diferenças existentes na sociedade, ignoradas pelo seu caráter de clandestinidade, podem ser trazidas para o cenário do debate das políticas públicas. O usuário de drogas injetáveis, antes com sua prática marginalizada e desconhecida, começa a ser reconhecido como sujeito e a ter seus direitos defendidos. A epidemia da AIDS tira este *personagem* obscuro da clandestinidade, e o coloca no papel central dos debates sobre as estratégias preventivas para conter a disseminação do HIV/AIDS. Todavia, ao invés da criminalização, a opção encontrada foi a de estabelecer uma parceria com este *sujeito*, respeitando-o como agente moral, numa atitude solidária, que divide com ele a responsabilidade das ações preventivas e os resultados destas.

No tocante à legislação, outras questões aparecem, como os códigos de ética profissional. Neste sentido, os participantes do seminário levantaram debates não abordados pelas mesas e que se mostraram importantes para o esclarecimento de determinadas situações. A intervenção de um participante se mostrou fundamental para o trabalho, pois expõe um conflito ético relacionado ao exercício profissional. Este profissional coordena um grupo terapêutico para usuários de drogas em Florianópolis, e participa do conselho profissional de sua categoria e do CONEN. Seleciona-se algumas falas onde a proposta de troca de seringas é questionada pelo profissional diante de alguns artigos do código de ética profissional:

[...] E existe a ética profissional, [...] Eu trouxe o Código de Ética da Enfermagem que diz o seguinte:

Art. 5º - 'O profissional de enfermagem presta assistência visando a promoção do ser humano como um todo'

Fica muito difícil entender que ao entregar uma seringa, por exemplo, para alguém, eu estou promovendo a saúde daquela pessoa. [...]

Art. 17 - 'Ser conivente com o crime, contravenção penal ou ato praticado por membro da equipe de trabalho que infrinja postulado ético-profissional.'

Hoje foi colocado [...] que até essa atividade poderia ser considerada, inclusive uma contravenção. [...] E como nós já falamos, nem que a lei determine, o código de ética não implica em questão legal, ele implica em questão profissional.

Nesta questão, o profissional coloca como um conflito ético algo que se pode entender como uma questão de interpretação do referido código de ética, interpretação esta baseada nos próprios valores e visão de mundo. Assim, entende-se que, entregar uma seringa ao usuário de drogas, não fere o que postula o artigo 5º referido acima.

Poderia-se começar a argumentação resgatando o que foi colocado no capítulo anterior, de que os códigos de ética profissional se situam num plano mais geral, pois não conseguem alcançar os diversos conflitos existentes no cotidiano dos profissionais de saúde. Assim, observa-se que estes conflitos encontram direcionamento para sua resolução fundamentados nos princípios de *bioética*. Com estas considerações, pode-se resgatar para a interpretação do referido artigo, por exemplo, o princípio de beneficência.

Desta forma, considera-se que ao fornecer o equipamento ao UDI, “o profissional de enfermagem presta assistência visando a promoção do ser humano”, pois contribui para o uso seguro da droga, evitando, no caso específico dessa discussão, a contaminação pelo HIV. No entanto, é preciso que os olhares e as interpretações do que seja uma boa escolha para cada um sejam colocados nos seus devidos lugares. Sob a ótica da redução da oferta, cujo objetivo é eliminar o consumo de drogas, e que fundamenta a observação do profissional citado, oferecer os meios significa incentivar o uso da droga. Por outro lado, sob a ótica da redução de danos, oferecer este equipamento contribui para a promoção da saúde, enquanto não disponibilizar o equipamento, pelo contrário, evidencia o descaso com as formas como ocorre a disseminação do HIV/AIDS nesta população.

Assim acredita-se que uma nova visão e interpretação da ética profissional deve estar presente em conflitos dessa ordem, que são inevitáveis. Popper (1989) alerta que, neste sentido, deve-se ter orientação em uma discussão racional, entendida como *busca da verdade*, cujos princípios subjacentes são princípios éticos, e que implicam em indulgência e tolerância. (p. 180)

De fato, podem ocorrer interpretações diversas com relação a um mesmo postulado ético, exatamente porque ele se refere à situações mais gerais. De acordo com Popper, à ética profissional “devem estar subjacentes explicitamente as idéias de verdade, de racionalidade e de responsabilidade intelectual”. (p. 180)

No entanto, assinala-se, que diante das transformações sociais, os postulados e os códigos de ética profissionais devem estar sujeitos constantemente à revisão, assim como a legislação se mostra mutável através da história. Ao citar outro artigo do código, o profissional se preocupa com a questão de estar cometendo uma contravenção, o que para também é uma questão de interpretação do artigo 13 da Lei Nº6368/76, que considera o fornecimento de equipamentos como um “*instrumento destinado à preparação*” de “*substâncias entorpecentes*”.

Todavia, a resposta a esta questão também pode ser dada por outros participantes do mesmo seminário, igualmente profissionais de saúde e especialistas em tratamento da drogadição:

Fu acho que as questões legais e mesmo as questões éticas, se bem que esta com um outro enfoque, são uma normatização que deve estar a serviço do ser humano. E se nós descobirmos que não serve, a questão é mudar a lei e mudar o enfoque ético do problema.

Percebe-se que a *responsabilidade intelectual* dos profissionais de saúde, também é questionar as leis e os códigos para que estes sejam adequados às práticas mais corretas diante da realidade epidemiológica e social. Neste sentido, deve-se agir por reflexão e responsabilidade com os UDIs, que apontam para uma atitude, cujo princípio ético é a solidariedade. Aceitando a criminalização e a exclusão, não se faz mais do que considerar o usuário de drogas numa perspectiva de intolerância, revelando assim próprios valores diante das *diferenças* presentes na sociedade moderna.

Alguns expositores referiram-se à ética profissional, sob o ponto de vista da confidencialidade, o que se mostra de fundamental importância diante da AIDS e do caso específico tratado aqui, os UDIs. Esta questão fica evidenciada na seguinte fala da representante do governo municipal de Santos:

Temos, na maioria das nossas profissões, nossos códigos de ética que acabam pautando nossa ação. [...] precisamos resgatar algumas coisas para discutir isso e ficar alerta do porquê neste tempo de AIDS existe uma necessidade de se discutir ética. [...] a ética está presente na forma como o profissional da área da saúde vinha se relacionando com o paciente usuário, sem causar uma reflexão. Hoje vemos muito debate em cima do surgimento da AIDS, em cima da ética [...] existem alguns aspectos, como a questão que deixa de ser centrada no indivíduo, uma relação a dois, e que envolve a coletividade. Tem que checar algumas posturas [...] como por exemplo a questão do sigilo. [...] Hoje, através da questão da AIDS, de algumas discussões e até amparados em algumas recomendações éticas de algumas categorias, é até indicado que o profissional quebre o seu sigilo se a questão do paciente de AIDS que ele atende, coloca em risco a vida de terceiros. Abre a possibilidade do profissional comunicar ao parceiro sexual, aos parceiros de uma roda de droga que uma dessas pessoas é portadora do vírus e pode contaminar todo o grupo. [...]

Aqui evidencia-se uma questão ética importante na relação do profissional com o usuário, que é a confidencialidade. E o que se entende por confidencialidade? Gillon (1995) e Gillett (1995) argumentam que a confidencialidade é um princípio médico-moral sólido, e que só pode ser violada quando ocorrem “razões morais mais poderosas”. Apesar de se referirem à profissão médica, acredita-se que o princípio se aplica aos outros profissionais, à medida que as informações a respeito do paciente são manuseadas pelos demais membros da equipe de saúde. A confidencialidade é baseada na confiança, e reconhecendo o direito à privacidade do paciente. (Gillon, 1995, p. 83; Gillett, 1995, p.94)

O fato de a pessoa ser portadora do HIV, não dá o direito de violar este princípio sem o consentimento do envolvido, mesmo que ele seja um usuário de drogas injetável. (refere-se aqui ao exemplo citado pela expositora). O problema ou a exceção ocorre, quando se tem um dilema moral, ou “razões morais mais poderosas”, que impulsionam a informar a terceiros ao invés de manter o sigilo.

Um exemplo claro, que pode ser relacionado ao usuário de drogas, é aquele em que a pessoa, ao ser informada de seu estado de soropositivo, nega-se a tomar os cuidados necessários para evitar a transmissão do vírus aos parceiros, sejam sexuais ou da *roda de drogas*. Tal atitude, por parte do paciente, pode levar à quebra do sigilo pelo profissional que o atende. E isto ocorre, porque no reconhecimento de que o paciente pode compartilhar com seus médicos detalhes de sua vida pessoal que não deseja divulgar, está a suposição de que ambos são *iguais morais*, ou seja, que médico e paciente entendem e cumprem seu papel de agentes morais perante outros seres

humanos. Ao assumir tal responsabilidade, o paciente também compromete-se com a confiança, o respeito mútuo, e a *não-maleficência* para com os demais. A confidencialidade é uma atitude *solidária* do profissional diante do paciente, seja ele portador do vírus ou doente de AIDS, mas que supõe a responsabilidade de ambos.

Segundo Gillett (1995), se o paciente desrespeita estes princípios, coloca-se fora dessa comunidade moral caracterizada pela confiança, sugerindo que a confidencialidade pode ser suspensa por razões morais legítimas. (p. 91-94) Precisa-se recordar, no entanto, que a violação da confidencialidade deve ocorrer quando as possibilidades de diálogo, de argumentação, estiverem esgotadas. É necessário que o princípio de consentimento, do respeito mútuo, seja sempre lembrado, porque ter a confiança e a cooperação das pessoas que têm prática de risco, agir com base na solidariedade, pode permanecer como o melhor guia para as ações voltadas para controlar a epidemia da AIDS.

Outros questionamentos éticos importantes são apontados pela representante citada acima, onde evidencia-se algumas situações práticas que ocorrem no cotidiano dos profissionais que trabalham com usuários do sistema de saúde e com portadores do HIV:

A reflexão [...] implica numa discussão do profissional que atende o paciente de AIDS de passar esta informação para uma rede informatizada, que poderá ser usada, lógico que de uma forma adequada, mas mesmo assim será tirada numa outra ponta da linha dessa informatização por um outro profissional sem uma discussão anterior. [...] Pensamos muito na questão da reeducação, na questão da prevenção, na questão de mudança de comportamento dos nossos jovens e da sociedade em geral, e às vezes me parece que os profissionais ficam excluídos dessa discussão, como se não fosse necessário repensar a prática profissional.

Concorda-se com a expositora, que uma das principais preocupações que deve-se ter em saúde pública é a confidencialidade das informações. Estas questões, que dizem respeito à ética profissional, são pouco trabalhadas na formação dos profissionais da rede pública de saúde. Acredita-se que é um problema não só referente à AIDS, mas a toda e qualquer outra informação que não preserve o anonimato do paciente.

Um dos casos em que se aplica esta preocupação é na vigilância epidemiológica. Algumas doenças de notificação compulsória são investigadas, trazendo detalhes sobre o doente, o meio e a doença, com a finalidade de alimentar todo um sistema, que tem como objetivo planejar ações para o controle destas doenças. Neste caso, a identificação

do paciente é necessária, pois, entre outras questões, serve para ações de bloqueio vacinal, evitar a duplicidade de informações, etc.

No caso da AIDS, muitas vezes, a curiosidade a respeito de *quem* está doente e “*como pegou*”, prevalece sobre uma atitude profissional mais séria, baseada no respeito pelo usuário. Este fato torna-se particularmente importante, quando observa-se que muitos profissionais trabalham em Centros de Saúde próximos ao local onde residem. Quer se dizer, com isto, que se não houver uma formação ética básica, as informações sobre *quem está soropositivo e como pegou o vírus*, podem deixar o meio profissional e virem a *correr por toda a vizinhança*.

Um exemplo pode servir para ilustrar: num estágio de uma disciplina do *último ano* para estudantes da graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, no Ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, alguns alunos estavam curiosamente olhando o livro de registros de notificação de soropositivos, com a intenção (declarada) de *ver se tinha algum conhecido*. Casos como este podem não ser a regra, porém justificam, de imediato, uma intervenção mais efetiva no preparo destes profissionais.

Segundo afirma Gillett, e que se aplica bem ao caso, “A falta de respeito à confidencialidade pode produzir a perseguição irracional dos que sofrem, por parte do público pouco educado, propenso à caça às bruxas de todo tipo.” (1995, p.90) Ao se colocar uma informação como confidencial, “reconhecemos como inviolável o direito do paciente a preservar sua própria vida pessoal”. (Gillett, 1995, p.94)

Ocorre, também, que esta *quebra do sigilo* pode conter outras atitudes como: informação de um médico a outro sobre a soropositividade de um paciente (como do especialista ao clínico), sem o conhecimento ou consentimento deste; e uma atitude de autoproteção do profissional com relação ao usuário, com o objetivo de não *se expor ao risco de contaminação*. Deve-se observar que foge aos objetivos deste trabalho aprofundar esta discussão, apesar de constatar sua importância.

Para dar um exemplo, nos postos de saúde do município de Florianópolis, alguns profissionais faziam o uso de luvas de látex, apenas quando alguém os informava que o usuário era portador do vírus ou doente de AIDS. Uma resposta, que pode ser considerada adequada a esta questão, é a colocada por Gillon, quando discute AIDS e confidencialidade médica:

1) a profissão médica (incluindo ‘a mais nobre profissão médica’) aceitou um certo grau de risco como parte de seus programas profissionais, e 2) a ampla evidência empírica atualmente disponível demonstrou que a probabilidade de transmissão acidental do HIV à equipe médica, familiares e outros contatos próximos aos pacientes HIV positivos ou com AIDS era muito baixa, desde que se tenha o cuidado normal com o sangue e outros líquidos corporais. (Gillon, 1995, p.85)

Assim vê-se que, mais do que uma atitude de auto-proteção, a adoção de cuidados universais demonstra ter um caráter solidário. Desta forma, pode-se tratar a todas as pessoas da mesma maneira, sem atitudes de discriminação e desconfiança.

Prosseguindo esta análise, há momentos em que as categorias prevenção e repressão encontram-se entrelaçadas como no discurso enunciado pelo Presidente do CONEN-SC:

Se o grande problema das drogas injetáveis no Brasil é a cocaína, nós precisamos, então já que não podemos cortar a fonte de produção, exercitar a prevenção! [...] Não tenham dúvidas de que sempre quando falamos em repressão, nós estamos dizendo que a prevenção não funcionou, pois quanto melhor a prevenção, menos necessária será sempre, a repressão.

Anteriormente, no capítulo II, já se teve a oportunidade de discutir a questão do *problema da cocaína* no Brasil. As evidências mostram que este fato pode estar superdimensionado. Nesta fala, o expositor reconhece também aquilo que já foi dito anteriormente, ou seja é impossível evitar a produção e o tráfico de drogas ilícitas.

No entanto, pergunta-se, que prevenção é esta que não funcionou?

Os materiais preventivos utilizados nesta época (1993), e isto vem mudando recentemente, eram provenientes de propostas que privilegiavam as drogas, enfatizando principalmente seus efeitos farmacológicos. O enfoque era basicamente proibitivo, fundamentado na “pedagogia do terror”, que focalizava apenas os malefícios diabólicos das drogas. (Bucher, 1995, p. 46) Pouco ou nada era colocado sobre questões relacionadas aos aspectos psicológicos, socioantropológicos, epidemiológicos, econômicos e legais do consumo de drogas. A abordagem sempre foi mais policial, legal ou repressiva do que social. Questões como infância e adolescência, sexualidade (lembrando da aproximação que drogas e sexualidade tem com o *prazer*) e saúde e

higiene, eram pouco enfatizadas. Uma nova abordagem faz-se urgente e necessária com informações objetivas, isentas de “sensacionalismo” ou “cargas emocionais”. (Bucher, 1995, p. 46)

Neste aspecto, Andrade, que realiza um trabalho de prevenção com UDIs em Salvador, apropriadamente informa que a resposta à baixa eficácia das ações de prevenção ao abuso de drogas

[...] alimenta-se na falta de conhecimento das condições sociais e psicológicas das pessoas que compõem as populações-alvo, bem como das pautas culturais em que elas estão inseridas, e das múltiplas formas de sobrevivência, o que confere a estas populações a rotulação de subculturas; termo que, não se justificando em sua dinâmica significa, provavelmente, a conceituação do que é inferior, do que está a margem do socialmente instituído (Andrade, 1995, p. 118)

Concordando com a colocação do autor, tem-se a certeza que o trabalho preventivo só é possível dentro de uma relação ética, quando se reconhece o outro como um *igual moral*, quando nos colocamos no lugar do outro tentando entender seus questionamentos e desejos e o seu universo cultural. Só a partir deste ponto é possível ocorrer a *troca* de conhecimento. A abordagem feita pelos agentes no trabalho de campo dos projetos de redução de danos no Brasil, é um bom exemplo.

Deve-se lembrar que é sempre conveniente avaliar o *porquê* determinadas propostas, coerentes com a argumentação e o diálogo, como deve ser a atividade preventiva, falham. Estas avaliações geralmente conduzem a modificações e a inclusão de outros elementos como os propostos por Bucher (1995) e Andrade (1995) citados acima. No entanto, o expositor coloca a sua opção pela via da *repressão*, onde o diálogo, a solidariedade e o respeito mútuo ficam restritos.

Assim, pode-se considerar que há uma maior associação com a punição do que com a prevenção, pois, face às dificuldades encontradas para realizar o trabalho preventivo, a opção foi pelo uso da força. Algumas vezes, ao participar de reuniões do Conselho Estadual e Municipal de Entorpecentes, diversos membros se referiam à *repressão* como uma forma de *prevenção*. Não querendo caracterizá-los de forma incorreta, deve-se dizer que referiam-se à repressão ao tráfico, que desta forma ao se

retirar as drogas das ruas, *prevenia-se* a aquisição do produto e o conseqüente consumo pelos usuários. Os resultados de tais ações e os reflexos sobre a demanda pode-se observar no capítulo III, lembrando que, a prevenção (desde que realizada com base no respeito mútuo) coloca-se do lado da ética, e a repressão ao lado da violência.

Para finalizar, assinala-se a importância deste seminário como um marco para o início das discussões sobre estratégias de redução de danos em Santa Catarina e em Florianópolis especificamente. Os debates foram direcionados para a discussão sobre a discriminação e direitos dos usuários de drogas frente à epidemia do HIV/AIDS. Após o evento, a princípio não se compreendeu por que os Conselhos de Entorpecentes do Estado e Município e outras autoridades (representantes de grupos de tratamento para drogadição) obstruíram as discussões sobre redução de danos. Como se colocou na introdução deste trabalho, falar em redução de danos passou a ser *sinônimo* troca de seringas.

Assim, parece que as evidências mostradas durante todo o evento não conseguiram sensibilizar estas autoridades. Isto, provavelmente, se deve a alguns fatores, sendo que o primeiro deles foi a posição de *vulnerabilidade* que algumas pessoas, principalmente dos conselheiros (CONEN-SC e COMEN-Florianópolis), ou seja, a maior parte dos debatedores eram autoridades com posição francamente favorável à redução de danos e com uma postura bastante diferenciada com relação ao usuário de drogas injetáveis. Os debates éticos aprofundaram a questão dos direitos humanos, da solidariedade e da necessidade de se modificar alguns conceitos pré-estabelecidos.

O segundo, apesar de terem sido abordadas as várias ações que compõem as estratégias de redução de danos, as discussões se fixaram exatamente no ponto mais polêmico que foi a troca de seringas. Esta estratégia, por seu *ineditismo* e origem de *primeiro mundo*, não foram bem vistas por aqui na época.

A terceira e última questão que se aponta, e que permeia todas as discussões sobre o usuário de drogas, é o seu padrão diferenciado, que o põe muitas vezes como *doente* ou *dependente*. Estas categorias remetem à *condição obrigatória* de *doença* das pessoas que consomem psicoativos. A partir desta premissa de *doença*, forma-se a ponte para todo um discurso da *anormalidade* vinculado ao consumo de drogas, e as conseqüências aterradoras para o indivíduo e a sociedade que este consumo acarreta

(não importa o nível, quantidade, etc). (Velho, 1995) Em sua reflexão sobre o *drogado*, como uma “categoria de acusação” na cultura brasileira, Velho diz o seguinte:

[...] existem universos simbólicos que constituem áreas próprias que embora ligadas à política, economia, etc., expressam necessidades sociais peculiares. Assim a existência de uma ordem moral identificadora de determinada sociedade faz com que o desviante funcione como marco delimitador de fronteiras, símbolo diferenciador de identidade, permitindo que a sociedade se descubra, se perceba pelo que não é ou pelo que não quer ser. (Velho, 1995, p. 61)

Em outras palavras, as sociedades historicamente constituem seus mitos e elegem seus *desviantes*. O que se desconhece torna-se ameaçador. De onde surge a necessidade de “identificá-lo, caracterizá-lo com marcas que o fazem diferente - é assim porque tem isto ou aquilo, o que eu não tenho, portanto não corro o risco de ser.” (Andrade, 1995, p. 191) Percebeu-se que isto aconteceu nos primeiros tempos da epidemia da AIDS, onde a doença foi vinculada aos homossexuais (*peste gay*), que com suas práticas homoeróticas, destoavam da *ordem moral* relacionada à sexualidade (heterossexual) vigente na sociedade. Hoje, assiste-se a AIDS se disseminando através dos vários tipos de práticas sexuais, atingindo nossa família, vizinhança, amigos, etc.

Da mesma forma, ocorre com os usuários de drogas, que são freqüentemente ligados ao *crime e a marginalidade*, aos efeitos *aberrantes* dos psicoativos, que os tiram por completo da *normalidade*. Como assinala Velho (1995), “o drogado é questionado diretamente ao nível de sua moral. (p. 61) As dimensões básicas envolvidas são suas atitudes e comportamento em relação à família e ao trabalho.” (Velho, 1995) Ao lembrar dos UDIs, nota-se que estes se encontram na ponta extrema destas considerações, inclusive no próprio meio dos usuários de drogas, que os vêem como o *fim da linha*, como *loucos* e suicidas.

Entende-se que, perante a opinião pública, alguma forma de controle social tem que existir para todos estes estilos diferentes da *normalidade*, e que *ameaçam* o cotidiano de nossas vidas. Neste sentido, todos têm exemplos a citar de algum vizinho, parente ou conhecido, cujo filho se encontra de alguma forma envolvido com o uso de droga ilícita. Então pensa-se imediatamente no tipo de *segurança* que se tem diante de

tamanho *mal*, e ao mesmo tempo questiona-se sobre qual atitude deveria se tomar se algo assim acontecesse. Por outro lado, não se deixa de ter certo *alívio* porque esta situação acontece do outro lado das portas de nossas casas. Quer se dizer com isto que não é uma atitude habitual questionar as ações repressivas dirigidas aos usuários e as formas de tratamento à eles destinadas. Parece que é importante que elas aconteçam de alguma forma. No entanto, quando se questiona este tratamento repressivo, logo vem a imagem do usuário fortemente comprometido, marginal, etc.

É assim que se entende a posição de desconfiança das autoridades de Florianópolis em relação aos UDIs. Na verdade, esta desconfiança traduz um descrédito com relação aos usuários de drogas, a impossibilidade de reconhecê-los como iguais, de acreditar que mesmo sob o efeito de psicoativos eles podem tomar medidas de cuidado com a sua saúde. O uso da droga, então, é visto como inaceitável, como um mal maior a ser combatido. Portanto, para muitas pessoas, aceitar o uso da droga como inevitável à sociedade moderna é aceitar a ineficácia das ações repressivas que vêm se desenvolvendo há tantos anos. Aceitar que a solidariedade é mais possível de realizar-se do que a perpetuação das ações autoritárias, paternalistas e compassivas, torna-se impossível.

Encerrando esta análise final do seminário, coloca-se que é a oportunidade de debater estas questões que assinalam que é possível a modificação de determinadas situações como as que foram apresentadas neste trabalho. Não se pode deixar de enfatizar que foi a partir do seminário que os profissionais do Programa Municipal de AIDS e mais tantas outras pessoas, sensibilizaram-se para a questão do usuário de drogas injetáveis. Assim, como última reflexão coloca-se um trecho da fala da representante de Santos.

[...] Agora é de principal importância apontar o que se refere ao poder público, [...] da necessidade deste traçar uma política de saúde de uma forma ética, diante do quadro de epidemiológico que cada região apresenta. Não podemos deixar de fazer um trabalho, por exemplo, com o usuário de drogas, mesmo que este trabalho leve a discussões, como a discussão acalorada em relação à distribuição de seringas que houve aqui.

5.2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta parte serão consideradas as reflexões mais relevantes colocadas pelo trabalho, buscando-se propor algumas questões que indiquem uma postura mais adequada às práticas de saúde voltadas para os usuários de drogas.

As discussões, que são feitas sobre o usuário de drogas injetáveis (UDIs), encontram, na *reflexão ética*, um *caminho* para resolver os conflitos que se estabelecem entre posições divergentes sobre a forma de *atuar* para prevenir a disseminação do HIV/AIDS nesta população. Desde o início deste trabalho, estão sendo colocadas questões que dizem respeito à *moralidade*, evidenciadas nos princípios que fundamentam a atual política de drogas e nas representações que se tem sobre o usuário de drogas.

Algumas crenças, tão arraigadas quanto descabidas, são postas como verdades irrefutáveis por aqueles que não acreditam na responsabilidade do usuário em desenvolver o auto-cuidado. A necessidade de fazer prevalecer uma escolha sobre a outra, uma visão sobre a outra, mesmo que seja sob a forma da lei, levam ao desrespeito do usuário de drogas como *agente moral*, colocando-o à margem das discussões sobre o que se deve fazer para o *seu bem*. No contexto da *desigualdade moral*, nenhum diálogo é possível. Por estas razões, escolheu-se a ética como sendo a melhor alternativa para apontar o caminho de uma forma diferente daquela que é colocada pela alternativa da exclusão e da criminalização. Escolheu-se a argumentação e o diálogo ao invés da imposição e da força.

O espaço para estas discussões foi proporcionado pelo seminário realizado em Florianópolis e analisado neste trabalho, onde foram debatidos os fundamentos das estratégias de redução de danos e da redução da oferta. Este debate refletiu o comprometimento dos profissionais e suas instituições, com as políticas de prevenção da transmissão do HIV/AIDS em usuários de drogas injetáveis, e com as políticas sobre drogas de uma maneira mais geral. Observa-se, então, que foi neste momento que os conflitos entre uma estratégia criminalizadora e uma estratégia baseada na solidariedade tornaram-se transparentes. Ao ser defendida uma política baseada na punição, ficou evidenciado o descrédito que a sociedade tem com relação aos usuários de drogas.

O que se procura mostrar é que esta visão é parcial, pois só consegue enxergar o usuário sob o efeito, ou como consumidor da droga. Acredita-se, no entanto, que estas discussões, além de fundamentais, têm que alcançar um maior número de pessoas, para se ampliar a possibilidade da criação de “pactos e negociações”, que possibilitem a coexistência e convivência de pessoas e grupos com estilos de vida, e com visões de mundo diferenciados. (Velho, 1995, p.62)

Assim, ao se discutir a prevenção da transmissão do HIV/AIDS entre UDIs, tem-se que diferenciar as estratégias preventivas das estratégias repressivas. Estas últimas impedem que o trabalho preventivo se realize adequadamente, pois além de dificultarem o acesso aos UDIs, influenciam a visão que os profissionais de saúde têm sobre o usuário de drogas, que desta forma se distancia cada vez mais dos precários serviços de saúde pública existentes. Percebe-se então, que a ideologia da Guerra às Drogas atinge, além do cotidiano de nossas vidas, o nosso trabalho, pois freqüentemente se remete o problema da drogadição ao papel repressivo do Estado.

Considera-se que para poder realizar este *trabalho preventivo* de forma adequada, é necessário entender o *cuidado de saúde* como uma relação de *respeito mútuo*. Nesta relação entre o profissional e o usuário, mediada por uma ação preventiva que se propõe eficaz, é fundamental a compreensão que a pessoa a quem a ação se destina tem seu próprio código de valores, e deve ser respeitada nas suas escolhas. Assim, pode-se estabelecer um diálogo onde o usuário torne-se seu próprio agente de mudanças, diferente daquele em que a proposta é *conscientizar* alguém segundo o conhecimento e convicção de quem conscientiza. Os profissionais de saúde podem tomar como exemplo o trabalho dos agentes comunitários dos projetos de redução de danos, e pautar sua ação na tolerância, solidariedade e confiança.

Finalmente, esta reflexão orienta sobre os limites das ações que têm como horizonte metas absolutas como a eliminação do consumo de drogas pela sociedade. Todavia, apresenta-se a possibilidade de uma política com metas mais restritas, tolerantes, e por isto mesmo possíveis de serem alcançadas num curto prazo. Assim vê-se que a estratégia da redução da oferta mostra-se ineficaz, pois parte do princípio do que é desejável para todos em termos absolutos. Esta ótica parece sugerir que se deve fazer a opção entre o *bem* e o *mal*, sendo o *bem* entendido como uma sociedade com

tolerância zero às drogas e abstinente, e o *mal*, como uma sociedade que aceita o uso de drogas. Assim, parece, fica-se entre o ideal da abstinência e o total desregramento, onde nenhuma solução intermediária é possível e aceitável, o que não se mostra verdadeiro

A redução de danos, por outro lado, parte do respeito pela diversidade nas escolhas. Coloca-se como uma alternativa capaz de conviver com a pluralidade, independente de juízos valorativos ou estilos de vida tomados como *universais* e *verdadeiros*. Entende que o uso de drogas faz parte das diferentes sociedades. Assim, procura estabelecer formas de tornar este uso menos lesivo para o indivíduo, uma vez que é inevitável que ele ocorra.

Desta forma, a redução de danos coloca-se como a opção mais viável, entendendo que neste momento, ao ideal da eliminação do consumo, deve ser contraposto a urgência da prevenção da transmissão do HIV/AIDS entre UDIs. A redução de danos trabalha dentro do horizonte do que é possível realizar diante da realidade epidemiológica e social. Esta proposta traz também uma importante oportunidade para a sociedade rever os seus princípios e atitudes adotados frente aos diferentes estilos de vida adotados pelas pessoas que nela convivem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, Tarcisio Matos de. A pessoa do usuário de drogas intravenosas. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco Inácio (orgs.). *Drogas e AIDS - estratégias de redução de danos*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994. p. 191-204.
- _____. As abordagens preventivas: entre prevenção idealizada e prevenção possível. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. *Drogas, AIDS e sociedade*. Brasília: Centro de Documentação Informação e Comunicação, 1995. p. 115-129.
- AIDS, Boletim Epidemiológico. (Ministério da Saúde, Brasil) AIDS e Uso de Drogas Injetáveis no Brasil. v. 6, n. 7, semana epidemiológica 25 a 30/agosto, 1993a.
- AIDS, Boletim Epidemiológico. (Ministério da Saúde, Brasil) Distribuição Espacial dos Casos de AIDS no Brasil. v. 6, n. 3, jul./ago., 1993b.
- AIDS, Boletim Epidemiológico. (Ministério da Saúde, Brasil) Epidemia de AIDS no Brasil: atualização, dezembro de 1998. v. 11, n. 4, semana epidemiológica 35 a 47, set./nov., 1998.
- BAPTISTA, Marcos. Toxicomanias e Conduas de Risco. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. *Drogas, AIDS e sociedade*. Brasília: Centro de Documentação Informação e Comunicação, 1995. p. 96-99.
- BARATTA, Alessandro. Fundamentos Ideológicos da Atual Política Criminal sobre Drogas. In: BASTOS, Francisco Inácio; GONÇALVES, Odair Dias (Orgs.). *Só socialmente ...* Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p. 35-49.

- _____. Introdução a uma sociologia da droga. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco Inácio (orgs.). *Drogas e AIDS - estratégias de redução de danos*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994. p. 21-43.
- BARCELLOS, Christovam, BASTOS, Francisco Inácio. Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. *Bol. Oficina Sanit. Panam.* v. 121 n. 1, p. 11-24, 1996.
- BARNARD, Marina A. Needle sharing in context: patterns of sharing among men and women injectors and HIV risks. *Addiction*, v. 88, p. 805-812, 1993.
- BASTOS, Cristiana; GALVÃO, Jane; PEDROSA, José Stalin et al. Introdução à: PARKER, Richard; BASTOS, Cristiana; GALVÃO, Jane et al. (orgs.). *A AIDS no Brasil (1982-1992)*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 9-56.
- BASTOS, Francisco Inácio. *Ruína e reconstrução: AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1996.
- _____. De volta para o futuro. Discutindo o conceito de "Redução de Danos". In: BITTENCOURT, Ligia (org.). *A vocação do êxtase: uma antologia sobre o homem e suas drogas*. Rio de Janeiro: Imago, 1994. p. 69-90.
- _____. Para além do fatalismo. In: BASTOS, Francisco Inácio; GONÇALVES, Odair Dias (orgs.). *Drogas, é legal?: um debate autorizado*. Rio de Janeiro: Imago, 1993. p. 84-124.
- BERLINGUER, Giovanni. *A doença*. São Paulo: Ed. Hucitec/Cebes, 1988.
- _____. *Ética da saúde*. São Paulo: Ed. Hucitec/Cebes, 1996.
- BEAUCHAMP, Tom L., CHILDRESS, James F. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press, 1989.

BECKER, Howard. *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1977.

BRAILOWSKY, Simón. *Las substancias de los sueños: Neuropsicofarmacologia*. Mexico: Fondo de Cultura Economica, 1995.

BUCHER, Richard. *Drogas: o que é preciso saber*. São Paulo: Fundo Social de Solidariedade. Governo do Estado de São Paulo, 1992.

_____. Drogas na Sociedade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. *Drogas, AIDS e sociedade*. Brasília: Centro de Documentação Informação e Comunicação, 1995. p. 33-51.

BUENO, Regina de Carvalho. A experiência de Santos no trabalho com UDIs. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco Inácio (orgs.). *Drogas e AIDS - estratégias de redução de danos*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994. p. 205-212.

_____. Estratégias de redução de danos em Santos, SP. In: BASTOS, Francisco Inácio; MESQUITA, Fábio; MARQUES, Luiz Fernando (orgs.). *Troca de seringas: drogas e AIDS*. Ciência, debate e saúde pública. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Coordenação Nacional de DST e AIDS, 1998. p. 163-169.

CALANCA, Aldo. A toxicomania entre doença e delinquência. In: BERGERET, J.; LEBLANC, Jean. *Toxicomanias: uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 55-61.

CAPONI, Sandra. Da compaixão piedosa à solidariedade. *Revista do Conselho Federal de Medicina*. v. 14, n. 104, p. 8. Abril, 1999.

CARLINI, Elisaldo. Fatores psicoativos nas relações humanas na sociedade contemporânea: Visão de um psicofarmacologista. In: BASTOS, Francisco Inácio; GONÇALVES, Odair Dias (Orgs). *Só socialmente ...* Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p. 101-108.

_____. Uso ilícito de drogas lícitas pela nossa juventude. É um problema solúvel? In: BASTOS, Francisco Inácio; GONÇALVES, Odair Dias (orgs). *Drogas, é legal?: um debate autorizado*. Rio de Janeiro: Imago, 1993. p. 51-66.

CARPIO, Adolfo P. *Principios de filosofia*. 5 ed. Buenos Aires: Glauco, 1979.

CHAUÍ, Marilena. Ética e subjetividade - Uma reflexão-. In: *Semana social brasileira*, 2, Brasília, 1994. (Conferência transcrita pelo Prof. Carlos Francisco Signoreli)

CLOTET, Joaquim. Por que bioética? In: *Bioética*. Brasília: Revista do Conselho Federal de Medicina, v. 1. n.1, p. 13-17, 1993.

COSTA, Jurandir Freire. In: PARKER, Richard G. *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. (Prefácio)

COLÓN, Héctor M.; ROBLES, Rafaela R.; MARRERO, Carmen A. et al. Behavioral effects of receiving HIV test results among injecting drug users in Puerto Rico. *AIDS*, v. 10, p. 1163-1168, 1996.

DESENCLOS, Jean-Claude; PAPAÉVANGÉLOU, George; ANCELLE-PARK, Rosemary. Knowledge of HIV serostatus and preventive behaviour among European injecting drug users. *AIDS*, v. 7, p. 1371-1377, 1993.

DES JARLAIS, Don C.; HAGAN, Holly; FRIEDMAN, Samuel R. et al. Maintaing low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users. Special Communication. *JAMA*, v. 274, n. 15 p. 1226-1231, out., 18, 1995.

DOLAN, Kate .A., STIMSON, Gerry V. & DONOGHOE, Martin C. Reductions in HIV risk behaviour and stable HIV prevalence in syringe-exchange clients and other injectors in England. *Drug and Alcohol Review*, v. 12, p. 133-142, 1993.

DRUCKER, Ernst. Consequências das políticas norte-americana de drogas sobre as ações de saúde pública. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco Inácio (orgs.). *Drogas e AIDS - estratégias de redução de danos*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994. p. 55-62.

ENGELHARDT, H. Tristram. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós Iberica, S.A., 1995.

ESCOHOTADO, Antonio. *Las drogas*. De los orígenes a la prohibición. Madrid: Alianza Ed., 1994.

FARRELL, Martín Diego. "El liberalismo frente a Bentham y Mill". Madri: Τελοσ *Revista Iberoamericana de Estudios Utilitaristas*, S.I.E.U, v. 1, n. 1, p. 23-54. Fev., 1992.

FERNANDEZ, Osvaldo Ribas Lobos. *A epidemia clandestina: AIDS e uso de drogas endovenosas em São Paulo*. São Paulo, 1993. Dissertação. Pontificia Universidade Católica. (Mestrado.em Ciências Sociais)

FLORIANÓPOLIS, Secretaria Municipal da Saúde e Desenvolvimento Social. Programa de DST/AIDS. *Relatório Epidemiológico*. Florianópolis, julho, 1993.

- _____. A prática de injeções de drogas, o uso comunitário de seringas e a redução dos riscos ao HIV. In: PARKER, Richard; BASTOS, Cristiana; GALVÃO, Jane et al. (orgs). *A AIDS no Brasil (1982-1992)*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 251-269.
- FERREIRA, Aurélio Buarque.H. Novo dicionário Aurélio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- FRIEDMAN, Samuel; DES JARLAIS, Don. A importância das estratégias de redução de danos ("Harm Reduction") para os países em desenvolvimento. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco Inácio (orgs.). *Drogas e AIDS - estratégias de redução de danos*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994. p. 13-17.
- GARRAFA, Volnei. *Dimensão da ética em saúde pública*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 1995.
- GARRAFA, Volnei. *Bioética, salud y ciudadanía*. Brasília, 1999. (Documento mimeografado)
- GILLET, Grant. SIDA y confidencialidad. In: LUNA, Florencia. *Decisiones de vida y muerte*. Buenos Aires: Sudamericana, 1995. p. 89-96.
- GILLON, Raanan. SIDA y confidencialidad médica. In: LUNA, Florencia. *Decisiones de vida y muerte*. Buenos Aires: Sudamericana, 1995. p.81-88.
- GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). *Pesquisa social. teoria, método e criatividade*. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 67-80.
- GRANGEIRO, Alexandre. O perfil socioeconômico dos casos de AIDS na cidade de São Paulo. In: PARKER, Richard; BASTOS, Cristiana; GALVÃO, Jane et al.

(orgs). *A AIDS no Brasil (1982-1992)*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. p. 91-125.

GROSECLOSE, Samuel L.; WEINSTEIN, Beth, JONES, Steven T. et al. Impact of Increased Legal Access to Needles and Syringes on Practices of Injecting-Drug Users and Police Officers - Connecticut, 1992-1993. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*. Philadelphia: v. 10, p. 82-89, 1995.

HINKEL, Anita; LAGO, Miriam Alice do, MARASCIULO, Antonio C. E. AIDS em Florianópolis: Análise preliminar dos casos registrados no período de 1986-1995. In: REUNIÃO ESPECIAL DA SBPC, 3, 1996, Florianópolis. *Anais ... Florianópolis*: UFSC, 1996, p. 90-92.

JAPIASSU, Hilton; MARCONDES, Danilo. *Dicionário básico de filosofia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.

KEENE, Jan; STIMSON, Gerry V.; JONES, Steve et al. Evaluation of syringe-exchange for HIV prevention among injecting drug users in rural and urban areas of Wales. *Addiction* v. 88, p. 1063-1070, 1993.

LIMA, Elson S.; BASTOS, Francisco I.; TELLES, Paulo R. et al. Injecting-drug users and spread of HIV in Brazil. *AIDS & Public Policy Journal* v. 7, n.3, Fall, 1992.

LUNA, Florencia. *Decisiones de vida y muerte*. Buenos Aires: Sudamericana, 1995. (Ética teórica e bioética, p. 13-37)

MACDONALD, Margaret; WODAK, Alex D.; ALI, Robert et al. HIV prevalence and risk behaviour in needle exchange attenders: a national study. *MJA*; v. 166, p. 237-240, 1997.

MADDUX, James F.; VOGTSBERGER, Keneth N.; PRIHODA, Thomas J. et al. Illicit Drug Injectors in Three Texas Cities. *The International Journal of the Addictions*, v. 29, n. 2, p. 179-194, 1994.

MALIANDI, Ricardo. *Ética: conceptos y problemas*. Buenos Aires: Ed. Biblos, 1991.

MARQUES, Fernando; DONEDA, Denise. A Política brasileira de redução danos à saúde pelo uso indevido de drogas: diretrizes e seus desdobramentos nos estados e municípios. In: BASTOS, Francisco Inácio; MESQUITA, Fábio; MARQUES, Luiz Fernando (orgs). *Troca de seringas: drogas e AIDS*. Ciência, debate e saúde pública. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Coordenação Nacional de DST e AIDS, 1998. p. 137-152.

MESQUITA, Fábio. Dar oportunidade de vida ao usuário de drogas injetáveis - polêmica nacional. In: BASTOS, Francisco Inácio; MESQUITA, Fábio; MARQUES, Luiz Fernando (orgs). *Troca de seringas: drogas e AIDS*. Ciência, debate e saúde pública. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Coordenação Nacional de DST e AIDS, 1998. p. 101-112.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento*. pesquisa qualitativa em saúde. 2 ed. São Paulo/Riode Janeiro: Hucitec, 1993.

NOONE, Ahilya; DURANTE, Amanda J.; BRADY, Anthony R. et al. HIV infection in injecting drug users attending centres in England and Wales, 1990-1991. *AIDS*, v. 7, p. 1501-1507, 1993.

O'HARE, Pat. Redução de danos: alguns princípios e a ação prática. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco Inácio (orgs.). *Drogas e AIDS - estratégias de redução de danos*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994. p. 65-78.

- OLIEVENSTEIN, Claude. Toxicomania e destino do homem. In: BERGERET, J.; LEBLANC, Jean. *Toxicomanias: uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 260-268.
- PARKER, Richard. *A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- PASSETTI, Edson. *Das 'fumeries' ao narcotráfico*. São Paulo: Editora da PUC, 1991.
- PEAK, Aaron, RANA, Sujata, MAHARJAN, Shiba Hari et al. Declining risk for HIV among injecting drug users in Kathmandu, Nepal: the impact of a harm-reduction programme. *AIDS*, v. 9, p. 1067-1070, 1995.
- PETERS, Andy. D.; REID, Margaret M.; GRIFFIN, Shay G. Edinburgh drug users: are they sharing less? *AIDS*, v. 8, p. 521-528, 1994.
- POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 4 ed. Mexico: Nueva Editorial Interamericana, 1994.
- POPPER, Karl R. *Em busca de um mundo melhor*. 2 ed. Lisboa: Fragmentos, 1989.
- SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Educação, Cultura e Desporto. *Consumo de drogas psicotrópicas entre os estudantes de 1º e 2º graus no Estado de SC*, Florianópolis, 1993.
- SANTA CATARINA, Secretaria Estadual da Saúde. Programa de DST/AIDS. *Relatório Epidemiológico*. Florianópolis, dezembro, 1998.

SANTA CATARINA. Lei Nº 11.063 de 28 de dezembro de 1998. Autoriza a Secretaria de Estado da Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas e estabelece outras providências. Florianópolis: Assembléia Legislativa do Estado de Santa Catarina, 1998.

SAVATER, Fernando. *Ética para amador*. Barcelona: Ed. Ariel, S.A., 1991.

SCHEERER, Sebastian. Estabelecendo o controle sobre a cocaína (1910-1920). Apêndice. In: BASTOS, Francisco Inácio; GONÇALVES, Odair Dias (orgs). *Drogas, é legal?: um debate autorizado*. Rio de Janeiro: Imago, 1993. p. 169-192.

_____. Política de Drogas: o debate internacional. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco Inácio (orgs.). *Drogas e AIDS - estratégias de redução de danos*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994. p. 45-54.

SELL, Juliana. *Situação atual do projeto de redução de danos de Florianópolis..* Florianópolis, 15 de março de 1999. (comunicação pessoal)

SEMINÁRIO NACIONAL DE PREVENÇÃO AO HIV/AIDS ENTRE USUÁRIOS DE DROGAS INJETÁVEIS, 1993, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Programa Estadual de DST/AIDS, 1993.

SIDA, La epidemia de los tiempos modernos. Washington: Organizacion Panamericana de la Salud, 1993. (Comunicación para la salud n. 5)

SILVA, Franklin Leopoldo e. Breve panorama histórico da ética. *Bioética*. Brasília: Revista do Conselho Federal de Medicina., v. 1. n.1, p. 7-11, 1993.

SILVA, Myltainho Severiano da. *Se liga! o livro das drogas*. Rio de Janeiro/São Paulo: Ed. Record, 1997.

SILVEIRA Fº, Dartiu Xavier. Abordagens Terapêuticas In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. *Drogas, AIDS e sociedade*. Brasília: Centro de Documentação Informação e Comunicação, 1995a. p. 141-151.

_____. *Drogas. Uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências*. São Paulo: Casa do Psicólogo Ed, 1995b.

SIQUEIRA, Domiciano; WINKLER, Gerson B.; BARCELLOS, Nêmora et al.. O projeto de redução de danos do Rio Grande do Sul. In: BASTOS, Francisco Inácio; MESQUITA, Fábio; MARQUES, Luiz Fernando (orgs). *Troca de seringas: drogas e AIDS. ciência, debate e saúde pública*. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Coordenação Nacional de DST e AIDS, 1998. p. 171-184.

SONTAG, Susan. *AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

STIMSON, Gerry.V; HUNTER, Gillian M.; DONOGHOE, Martin C. et al. HIV-1 prevalence in community-wide samples of injecting drug users in London, 1990-1993. *AIDS*, v. 10, p. 657-666, 1996.

SZASZ, Thomas. *Cruel compaixão*. Campinas: Papyrus, 1994.

TELLES, Paulo Roberto & BASTOS, Francisco Inácio. Estratégias da Redução de Danos (harm reduction) In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. *Drogas, AIDS e sociedade*. Brasília: Centro de Documentação Informação e Comunicação, 1995. p. 109-113.

VANICHSENI, Suphak; DES JARLAIS, Don C.; CHOOPANYA, Kachit et al. Condom use with primary partners among injecting drug users in Bangkok, Thailand and New York City, United States. *AIDS*, v. 7, p. 887-891, 1993.

VELHO, Gilberto. *Individualismo e cultura*. notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

VERSTER, Annette. Os Programas de Troca de Seringas em Amsterdã. In: BASTOS, Francisco Inácio; MESQUITA, Fábio; MARQUES, Luiz Fernando (orgs). *Troca de seringas: drogas e AIDS. ciência, debate e saúde pública*. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Coordenação Nacional de DST e AIDS, 1998. p. 115-124.

WATKINS, Katherine E.; METZGER, David; WOODY, George et al. Determinants of condom use among intravenous drug users. *AIDS*, v. 7, p. 719-723, 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, WHO collaborative group. An International comparative study of HIV prevalence and risk behavior among drug injectors in 13 cities. Offprint from *Bulletin on Narcotics*, v. XLV, n. 1, 1993.

WODAK, Alex. Redução de danos e programas de troca de seringas. In: BASTOS, Francisco Inácio; MESQUITA, Fábio; MARQUES, Luiz Fernando (orgs). *Troca de seringas: drogas e AIDS. ciência, debate e saúde pública*. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde; Coordenação Nacional de DST e AIDS, 1998. p. 55-69.

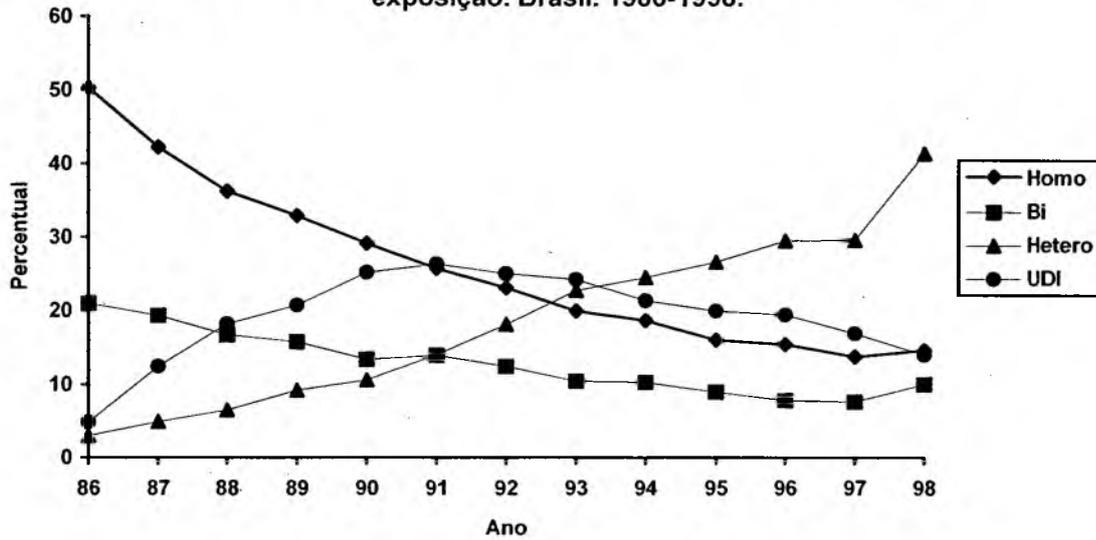
_____. "Harm reduction as an approach to treatment". Harvard: *American Society of Addiction Medicine*, 1997. (texto mimeografado)

_____; DES JARLAIS, Don. Estratégias para a prevenção da infecção pelo HIV entre usuários de drogas e destes para seus parceiros. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco Inácio (orgs). *Drogas e AIDS - estratégias de redução de danos*. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994. p. 115-132.

_____; CROFTS, N. & FISHER, R. HIV infection among injecting drug users in Asia: an evolving public health crisis. *AIDS CARE*, v. 3, n. 3, p. 315-322, 1993.

Anexo I

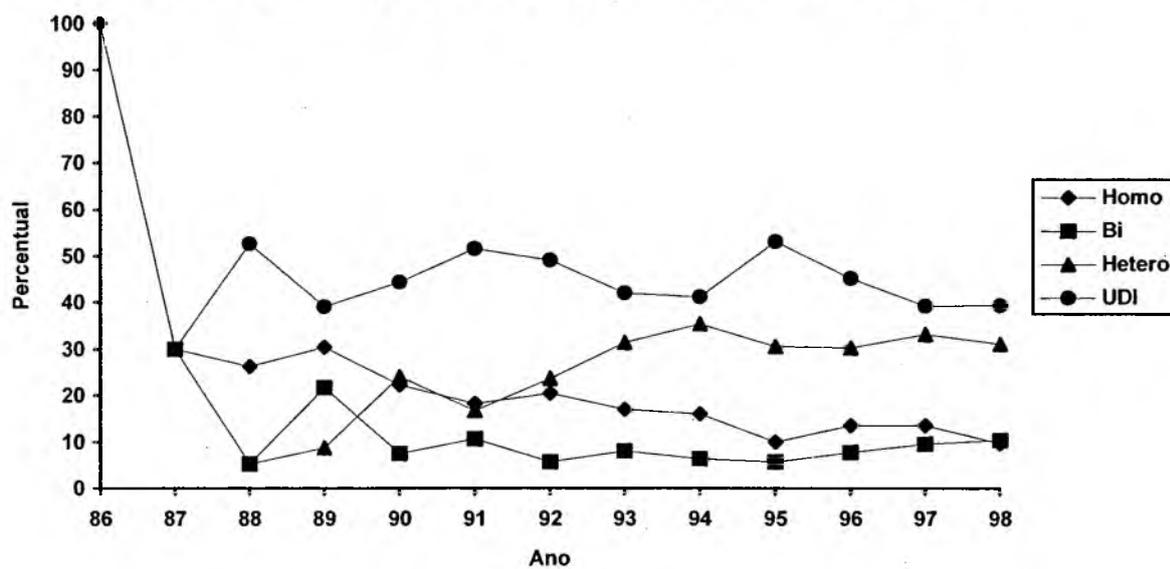
Distribuição proporcional dos casos de Aids em maiores de 12 anos, em ambos os sexos, por ano do diagnóstico e categoria de exposição. Brasil. 1986-1998.



Fonte: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Aids. Ano XI, nº 04-semana epidemiológica 35 à 47- set à nov/98

Anexo II

Distribuição proporcional dos casos de Aids em maiores de 12 anos, em ambos os sexos, por ano de diagnóstico. Florianópolis. 1986-1998.



Fonte: Santa Catarina, Secretaria Estadual de Saúde, Programa Estadual de DST e Aids, 1999.