



CASOTECA LATINO-AMERICANA DE DIREITO E POLÍTICA PÚBLICA
CASOTECA LATINOAMERICANA DE DERECHO Y POLÍTICA PÚBLICA
LATIN AMERICAN CASE LIBRARY ON LAW AND PUBLIC POLICY

A Legislação Penal e a Prática de Redução de Danos à Saúde pelo Uso de Drogas no Brasil*

Em 2004, o governo brasileiro fez uma tentativa de regulamentar as ações de redução de danos à saúde pelo uso de drogas por meio da aprovação de uma Política Nacional. Representantes dos ministérios da Saúde, da Justiça e da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) acordaram o texto do que seria um decreto para regulamentar as práticas desenvolvidas nesse campo há quase duas décadas por profissionais de saúde e representantes de organizações não governamentais.

A tarefa não era fácil. Os intensos conflitos morais e jurídicos que envolvem as discussões sobre o tema da redução de danos ao uso de drogas no Brasil – iniciadas ainda na década de 1980 – eram indicativos do universo de contradições no qual o tema encontra-

* Este caso foi produzido no ano de 2006 por Denise Bomtempo Birche de Carvalho, professora da Universidade de Brasília (UnB), Fernando Oliveira Paulino, doutorando em Comunicação na UnB, e Juliana Rochet Wirth Chaibub, doutoranda em Política Social na UnB, com a colaboração de Maíra Rocha Machado, professora de direito da EDESP/FGV, e integra a lista dos dez casos inaugurais da “Casoteca Latino-americana de Direito e Política Pública” (www.casoteca.org).

O financiamento deste caso foi propiciado por acordo de cooperação técnica celebrado entre o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID e a Escola de Direito de São Paulo da Fundação Getulio Vargas – FGV/EDESP.

O projeto da Casoteca tem três objetivos: (i) fornecer um acervo de casos didáticos sobre direito e política pública na América Latina; (ii) estimular a produção contínua de novos casos por meio do financiamento de pesquisa empírica; (iii) provocar o debate sobre a aplicação do “método do caso” como uma proposta inovadora de ensino. Os casos consistem em relatos de situações-problema reais, produzidas a partir de investigação empírica e voltadas para o ensino. Evidentemente, não comportam uma única solução correta.

A Casoteca permite uso aberto e gratuito de seu conteúdo, que é protegido por uma licença Creative Commons (Atribuição-Uso Não-Comercial-Compartilhamento pela mesma Licença 2.5 Brasil). A licença pode ser acessada através do link: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/br/>.

se imerso, fato que dificultaria a produção de um consenso argumentativo mínimo no processo de regulamentação sobre a matéria. Além disso, era necessário não perder de vista que a nova política em discussão deveria estar de acordo com o conteúdo da legislação penal brasileira sobre drogas, construída sob um modelo proibicionista e repressivo.

Os argumentos jurídicos, políticos e morais expressos pelos diversos atores sociais no momento em que se tornou pública a proposta da criação da Política Brasileira de Redução de Danos (2004) questionaram até que ponto o tratamento ético e jurídico dispensado à questão das drogas no Brasil responde ou acentua problemas sociais decorrentes do uso/abuso/dependência, colocando em evidência o intenso conflito de racionalidades que envolve a pauta da redução de danos no país.

O debate ecoou na mídia brasileira de forma contundente. “Redução de danos enfrenta críticas” (*Folha de São Paulo*, 22/08/2004). “Projeto provoca polêmica” (*O Globo*, 15/11/2004). “Igreja critica proposta do governo” (*O Globo*, 15/11/2004). “Usuários de drogas não terão espaço” (*Correio Braziliense*, 26/11/2004). Essas foram manchetes que intitularam algumas das matérias veiculadas nos jornais de grande circulação acerca da criação da Política Nacional de Redução de Danos por meio de decreto, que seria assinado pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Os veículos de comunicação divulgaram que estaria incluída no decreto a criação de salas de uso seguro de drogas, mais conhecidas como “narcossalas”, nas grandes cidades brasileiras, comparando a iniciativa com as políticas existentes em países como Holanda e Dinamarca. A repercussão foi imediata.

O decreto elaborado em conjunto pelos três instâncias governamentais não foi assinado pela Presidência da República. No entanto, em 1º de julho de 2005 o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 1.028, que institui a Política Nacional de Redução de Danos, como política pública setorial no âmbito do Ministério da Saúde.

Vamos aos fatos que envolvem essa trama.

A regulamentação das ações de redução de danos era uma demanda antiga. Tanto profissionais de saúde envolvidos com essa prática, quanto movimentos que atuam em defesa dos direitos dos usuários de drogas, viam na proposta de normatização uma oportunidade fundamental para a reformulação do problema do consumo no Brasil.

Embora existam algumas controvérsias conceituais, há certo consenso de que a redução de danos é uma estratégia pragmática de saúde pública que objetiva reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco ligadas ao consumo de drogas lícitas e ilícitas. Especificamente, no caso dos usuários de drogas injetáveis¹, visa diminuir as consequências para aqueles que não podem, não querem ou não conseguem interromper o consumo, e que, não raro, compartilham insumos (agulhas, seringas, cachimbos de *crack*), se expondo à infecção pelo HIV, hepatites, herpes e outras doenças.

Tal iniciativa surgiu ainda na década de 1980, sobretudo na Europa, com o objetivo de conter a epidemia de Hepatite B entre usuários de drogas injetáveis, se expandindo mundialmente no período pós-AIDS, com a missão de conter a contaminação pelo vírus dessa população. Desde então, essa estratégia tem sido objeto de estudos e análises na realidade de diversos países, abarcando uma série de ações que vão desde a criação de espaços de consumo, passando pela distribuição ou troca de materiais estéreis de injeção (seringas, agulhas, água destilada, recipientes para diluição e algodões embebidos em álcool), distribuição de preservativos, até tratamentos de substituição para dependentes e, sobretudo, disponibilização de informação de prevenção e tratamento.

No Brasil, desde a implementação dos primeiros programas municipais e estaduais, ainda na década de 1990, a estratégia suscita intensos debates, sendo combatida por setores que não a reconhecem como prática legal ou questionam sua aplicabilidade como ferramenta eficaz de intervenção de saúde pública. Esse fato justifica a preocupação demonstrada pelos representantes do governo na elaboração do texto do decreto. Ao longo dos anos, diversas ações de redução de danos, ligadas, sobretudo, à distribuição de agulhas

¹ Conceito utilizado atualmente pelo Ministério da Saúde, disponível em www.aids.gov.br/final/prevencao/udi.htm.

e seringas descartáveis a usuários de drogas injetáveis, foram reprimidas pela polícia ou ensejaram ações criminais baseadas no argumento jurídico de que tal estratégia constituiria apologia às drogas e/ou induzimento e auxílio ao consumo.

No campo moral, a enunciação histórica das drogas como um *mal*, cujo uso é intensamente associado com o desvio e a criminalidade de seus consumidores criou (e cria) um entendimento que dificulta o processo de formulação das políticas públicas para os usuários de drogas.

No episódio de 2004, uma das principais críticas partiu da Igreja Católica. O presidente da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) afirmou que a entidade era frontalmente contra a política de redução de danos, criticando a criação dos espaços para consumo de drogas por dependentes. “A primeira vista, não vejo nisso ajuda para sanar o vício e tirar as pessoas das drogas. Pelo contrário, vai agravar a situação, facilitando novas experiências”². Nos últimos tempos, a Igreja Católica também tem se posicionado oficialmente em diversas outras questões polêmicas: contra a união de parceiros do mesmo sexo, o aborto em qualquer circunstância e a política de distribuição de preservativos para o combate à transmissão do HIV/Aids.

Outra argumentação contrária partiu do grupo Narcóticos Anônimos (NA) de São Paulo. Segundo o comitê de relações públicas da organização, um dos princípios do NA é que “para se recuperar”³, não se deve usar nenhum tipo de drogas. Dessa maneira, a posição da entidade torna-se incompatível com práticas de redução de danos.

Alguns especialistas viram com cautela a proposta do governo, os quais afirmaram tratar-se de uma medida importante para a saúde pública, mas que deveria ser amplamente explicada para a sociedade e utilizada apenas quando outros métodos de tratamento estivessem esgotados. Outros receberam a notícia com entusiasmo, uma vez que seria um

² Declaração feita ao jornal *O Globo*, 15/11/2004.

³ Declaração feita à *Folha de São Paulo*, 22/08/2004.

importante passo para que profissionais de saúde e redutores de danos pudessem atuar sob amparo legal.

No Congresso o assunto divide opiniões e gera muita polêmica, o que pode ser uma das principais razões para a baixa incidência do tema redução de danos à saúde pelo uso de drogas na pauta dos parlamentares. Existem apenas três projetos de lei relacionados ao assunto, os quais aguardam análise ou votação. Um senador do PDT-AM, defensor da legalização das drogas no Brasil, afirmou que o assunto é um tabu na sociedade, o que dificulta a discussão em torno de uma solução racional, sobretudo no Parlamento. E questiona: “como defender uma tese contrariando um tabu, que pode custar caro eleitoralmente? Pode haver uma rejeição muito grande”, argumentando que o tema das drogas é de difícil abordagem para muitos parlamentares.

Para uma deputada do PPS-RJ, a prática de troca de agulhas e seringas não está suficientemente discutida – “embora o assunto circule pelo Congresso, ele é muito restrito às pessoas da área (...), não está politicamente maduro”. E acrescenta que o tratamento legal dado aos usuários de drogas criou uma série de barreiras culturais para as ações de redução de danos, uma vez que “a questão da droga no Brasil sempre foi vista da seguinte forma: o usuário era igualado ao traficante, o que criou uma cultura de que o usuário era um criminoso. E permanece essa cultura.”

Apesar das dificuldades, no final de 2004, um outro deputado do PT-MT, presidente da Comissão de Educação e Cultura da Câmara dos Deputados, declarou ver com bons olhos o projeto de decreto, comparando-o às ações de distribuição de preservativos:

Muita gente vê nas campanhas pelo uso de preservativos, estímulo ao sexo precoce. Mas, o mais importante é evitar a transmissão do vírus HIV. O mesmo raciocínio vale tanto para a distribuição de seringas quanto para a criação de locais de consumo seguro de drogas, sob supervisão médica e sem risco de punição.

Por outro lado, o senador do PDT-AM disse temer a criação de salas de consumo, sob o argumento de que isso poderia acabar atraindo usuários para o Brasil, criando um “narcoturismo”, mas destacou que uma política de redução de danos, baseada na autonomia do indivíduo, faz o país andar na direção correta, pois reconhece “o direito das pessoas adultas decidirem o que querem fazer”. No campo jurídico, as discussões foram igualmente complexas, como veremos a seguir.

As Drogas e a Lógica dos Danos

A partir do conteúdo da legislação penal especial (Lei 6368/1976 – “Lei de Entorpecente”), promotores, juízes e delegados têm a possibilidade de entender como criminosa a atuação das ONGs e profissionais de saúde envolvidos nos projetos de redução de danos. Segundo tal interpretação, a distribuição de seringas ou insumos similares “induz, instiga ou auxilia alguém a usar entorpecente ou substância que determine dependência física ou psíquica” (art.12, § 2º, inciso I, Lei 6.368/1976), considerando a seringa ou similar como “instrumento destinado à preparação de substância entorpecente” (art. 13, *caput*, Lei 6.368/1976) e, portanto, equiparando sua distribuição a crime.

Ainda em 2002, um exemplo dessa abordagem veio a público por meio de matéria intitulada “Distribuição de filtros de cachimbos de *crack* gera polêmica em Santos”, veiculada na *Folha de São Paulo*, em 29/08/2002. O texto se referia à atuação da Promotoria no sentido de solicitar o encerramento do programa da Secretaria Municipal da Saúde de Santos-SP, destinado a diminuir o dano à saúde por meio da distribuição de filtros que são acoplados aos cachimbos pelos usuários de *crack*. Sobre o caso, declarou um dos promotores responsáveis: “vamos pedir à prefeitura que acabe com o projeto. Do contrário, entraremos com a ação. Está havendo facilitação do uso de droga. Seria o mesmo que o governo fornecer armas à população para combater à violência”. Essa não era a primeira vez que a prefeitura de Santos tentava implementar um programa local de redução de danos, desencadeando uma série de reações contrárias, principalmente por parte do Ministério Público local.

Em 2004, no auge dos debates sobre o que seria o texto do decreto sobre a redução de danos, o coordenador do programa de Justiça Terapêutica do Ministério Público Estadual do Rio, declarou⁴ que a proposta do governo, além de ineficaz, imporá risco à sociedade, uma vez que “a política do governo chove no molhado e ainda patrocina o consumo”. Segundo o promotor público, um exemplo da falência da política de redução de danos é o número de acidentes de trânsito provocado pelo uso de álcool.

Os postos de gasolina vendem todo o tipo de bebida, sem o menor controle, e cada vez é maior o número de acidentes com mortes, o que prova que a política do “compre e beba em casa” não funciona. Defendemos o método da tolerância zero, que já foi implementado nos Estados Unidos.

O governo dos EUA posiciona-se contrariamente à prática de redução de danos, incluindo a troca de agulhas e seringas, como forma de reduzir a incidência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis. Essa posição foi reafirmada durante a realização da 48ª Sessão da Comissão de Narcóticos e Drogas (CND) da Organização das Nações Unidas (ONU), momento em que foi rejeitada a resolução — apresentada pelo Brasil e demais países da América Latina e Caribe — para que a estratégia da redução de danos fosse incluída no conceito de saúde como direito básico do cidadão. Dos 53 países que fazem parte da Comissão, somente três — Estados Unidos, Japão e Rússia — não concordaram com a proposta. Joe O’Neill, representante estadunidense, afirmou que a redução de danos abrange estratégias que promovem ou incentivam o uso de drogas e que, por isso, o termo deve ser evitado.⁵

A preocupação com a legalidade das ações de redução de danos no Brasil foi manifestada pelo então presidente da Associação dos Magistrados Brasileiros (AMB). Durante as discussões em torno do conteúdo do decreto, o magistrado ressaltou que a regulamentação da Política de Redução de Danos iria ajudar a evitar ações por parte do

⁴ Declaração feita ao jornal *O Globo*, 15/11/2004.

⁵ Assessoria de Imprensa, Programa Nacional de DST e Aids, Brasil, 11/03/2005. Disponível em: www.aids.gov.br/final/prevencao/udi.htm Acesso em 20 jan. 2006.

Ministério Público contra as organizações não-governamentais ou profissionais de saúde envolvidos em projetos dessa natureza. “É interessante que as coisas fiquem claras” — disse o presidente da Associação⁶, esclarecendo que o decreto deixará “juridicamente protegidos” os profissionais envolvidos em iniciativas de redução de danos.

De acordo com o magistrado, existem no Brasil de sete a oito mil juízes com jurisdição penal, de modo que, enquanto não houver uma lei ou jurisprudência clara sobre o assunto, sempre haverá espaço para a criminalização de quem auxilia dependentes químicos, o que o presidente da AMB considera descabido, uma vez que não há dolo, mas intenção de prestar auxílio. Esse argumento é sustentado no fato de que a distribuição de insumos não tem intenção de induzir o consumo de drogas, mas de prevenir danos à saúde.

De fato, desde 1994, o Ministério da Saúde, em parceria com o Programa Nacional DST/AIDS e com o apoio do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas, tem apoiado ações de redução de danos. O primeiro projeto oficialmente estabelecido data de 1995, em Salvador, e foi desenvolvido pelo Centro de Orientação e Estudos às Dependências Químicas da Universidade Federal da Bahia.

Tais ações foram justificadas em função das altas soroprevalências do HIV e hepatite C entre os Usuários de Drogas Injetáveis. Segundo dados do Ministério da Saúde, aproximadamente 25% dos casos de Aids estão relacionados direta ou indiretamente com o compartilhamento de equipamentos utilizados na auto-administração de drogas injetáveis — com o predomínio da cocaína injetável. Além da infecção pelo HIV, as demais doenças de transmissão sanguínea são bastante comuns nos UDI brasileiros, com altas taxas de infecção pelos agentes etiológicos das hepatites virais e mesmo surtos de malária por equipamentos de injeção⁷.

Em 2001 foi publicada pesquisa⁸ que revelou dados animadores para os defensores das ações de redução de danos. Demonstrou-se decréscimo significativo da soroprevalência

⁶ Declaração feita ao jornal *O Globo*, 15/11/2004.

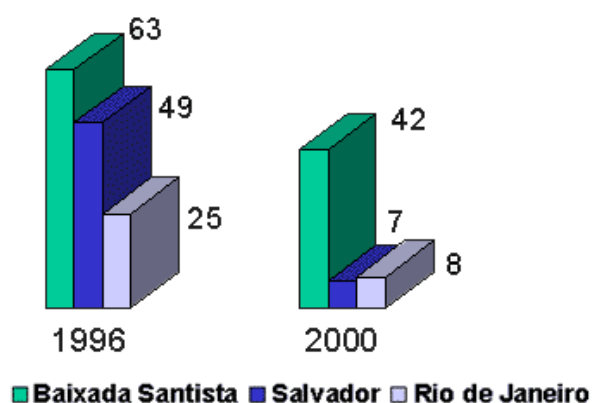
⁷ Dados obtidos no endereço <http://www.aids.gov.br/final/prevencao/udi.htm>. Acesso em 15 jan. 2006.

⁸ Vide pesquisa “A contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à Epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil — 10 anos de Pesquisa e Redução de Danos”, Ministério da Saúde, 2001.

de HIV entre os Usuários de Drogas Injetáveis na Baixada Santista, Salvador e Rio de Janeiro, locais onde foram implantados os primeiros programas de redução de danos no país, conforme ilustra o gráfico a seguir:

GRÁFICO 1

Soroprevalência de HIV em Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) - em %



Fonte e elaboração: Ministério da Saúde

Entretanto, em 2004, quando foi anunciada a possibilidade de criação da Política Nacional de Redução de Danos por meio de decreto, poucos dados sobre a efetividade e eficácia das ações de redução de danos foram mencionados nos noticiários e matérias divulgadas. Tal fato pode ser atribuído, conforme levantamento feito pela pesquisa *Mídia & Drogas*⁹, não apenas à falta de conhecimento sobre o tema nos veículos de comunicação, mas, sobretudo, ao receio que a mídia tem do público acreditar que, ao falar de redução de danos, estaria estimulando o uso de drogas.

A diretora da Dínamo (ONG que propõe a necessidade de um novo enfoque no debate relacionado às drogas) expressa a importância de uma informação equidistante a

⁹ Pesquisa realizada pela ANDI (Agência de Notícias dos Direitos da Infância) em parceria com o Programa Nacional de DST/AIDS, Ministério da Saúde. Brasília: 2005.

partir da necessidade de se levar em consideração a experiência da Política Nacional de Prevenção à Aids, pois só quando a sociedade civil foi devidamente informada pela mídia que a enfermidade era uma questão de “qualquer um e não só de pervertidos sociais, de enlouquecidos e drogados, é que a gente pode colocar a Aids no seu lugar adequado: dentro de uma agenda pública”.

Como consequência da repercussão negativa, a proposta de decreto, que já havia sido encaminhada à Casa Civil para assinatura do Presidente voltou aos ministérios para rediscussão. Segundo o médico sanitário que participou ativamente da elaboração da minuta:

Foi um trabalho muito sério. O Ministério da Saúde elaborou o decreto, e passou pela opinião do Ministério da Justiça que deu parecer favorável, passou pela Secretaria Nacional Antidrogas, que foi quem mais abrandou o decreto, e os dois ministérios (Saúde e Justiça) aceitaram as mudanças e recomendaram que o presidente assinasse o decreto.¹⁰

O *Narconews Bulletin*, em reportagem sobre o fato, indagou: “por que, então, o governo não assumiu a proposta?”. O mesmo médico deu uma pista ao acenar para o lado político da questão. Para o médico, é no gabinete civil da presidência que se negocia a política de drogas, pois,

é onde chega todo tipo de pressão das forças conservadoras do país — a bancada evangélica tem trabalhado muito duro para não permitir nenhum avanço, a imprensa tem jogado um papel conservador — e, certamente, organizações estrangeiras pouco interessadas em que o Brasil seja um modelo de avanço também devem estar jogando duro.

¹⁰ Declaração feita ao *Narconews Bulletin*, em matéria publicada em 04/03/2005, disponível em <http://www.narconews.com/Issues36/artigo1217.html>, acesso em 24 nov de 2005. O *Narconews Bulletin* é um portal informativo que busca divulgar o “estado da arte” dos debates sobre drogas na América latina, a partir de um enfoque alternativo: o que a imprensa da América Latina está dizendo sobre o assunto. Seu editorial afirma que: “no Sul, como as histórias que traduzimos e resumimos demonstram, há um novo consenso sendo construído, baseado na realidade da proibição das drogas entre nações e os povos (...) Os jornalistas latino-americanos (e alguns poucos gringos conscientes), que vivem diariamente, face a face, com a guerra das drogas, enfrentando um perigo maior do que os burocratas em seus escritórios, estão fazendo um trabalho melhor em cobrir o problema do que aqueles que cresceram tranquilos na terra da liberdade de imprensa”.

Diante dos dissensos que cercaram as negociações e da possibilidade de impacto negativo na opinião pública, o decreto acabou não sendo publicado e ainda se encontra em discussão no governo.

Para um técnico do Ministério da Saúde, diretamente envolvido no processo de elaboração da normativa, a difícil mediação que cerca o tema da redução de danos ao uso de drogas deve-se, sobretudo, ao fato de ser uma questão colocada no campo da ilegalidade.

As drogas ilegais se colocam no campo da proibição, o que levanta três questões que se refletem imediatamente no campo das políticas públicas. A primeira questão é que diminui os recursos para os projetos sociais, pois, já que é ilegal, não é necessário investimento social. A segunda é que aumentam os recursos no campo da fiscalização e repressão, o que retira o tema do debate comum. E, somando-se a isso, o grande estigma e preconceito que se colocou no usuário de drogas e que pode ser percebido na construção das propagandas que vinculam o usuário ao comércio de armas e violência. Nós só temos a perder com isso.

Prossegue o técnico:

Ao usuário só lhe cabe a abstinência no campo de tratamento da saúde, ele é um doente, portanto tem que ser tratado, no campo da justiça ele é o criminoso que tem que ser afastado da sociedade e no campo das religiões ele é um pecador, que precisa deixar a vida passada. Todas essas questões, historicamente trazidas pela proibição, estragam o campo das políticas públicas.

Segundo especialistas e militantes, é nessa abordagem, um tanto quanto contraditória com o enfoque proibicionista da legislação penal vigente, que se situa a Redução de Danos à Saúde pelo Uso de Drogas. Neste caso, o descompasso entre a Lei e a prática em saúde é evidente.

É, sobretudo, a partir dos anos 1970 que o uso de drogas passa a ser entendido como um problema de Estado e de segurança pública. Como resultado, as práticas que objetivam

a diminuição dos danos causados pelo uso de drogas ilícitas sempre tiveram pouco espaço, passando a ser vistas sob a lógica do enquadramento legal, com elaboração de um modelo penal que consolidava a política do “*Just Say No*” (“Diga Não às Drogas”, no Brasil).

Desde então, ocorreu o que alguns estudiosos já haviam previsto. O fenômeno do uso e da comercialização de drogas ilícitas tornou-se cada vez mais complexo. Surgiram problemas relacionados à ilegalidade da produção e da comercialização, além do fortalecimento do tráfico. Provocou-se a marginalização e a clandestinidade dos usuários, intensificando diversos problemas de saúde nesse segmento. A questão do uso de drogas passa a ter outro perfil, introduzindo-se no campo médico. Uma população considerável encontrava-se comprometida pelo abuso de substâncias psicoativas e a OMS (Organização Mundial de Saúde) se viu pressionada a reconhecer o problema como sendo de saúde pública.

No início dos anos 1980, instituições internacionais européias reconheceram a necessidade de abordagens mais flexíveis e pragmáticas no trato do uso e abuso de drogas, tendo em vista o aumento significativo das estatísticas de excesso e dependência de substâncias psicoativas no mundo. Inicia-se um movimento de questionamento da política proibicionista vigente. Ainda nessa década, o Ministério da Saúde faz seus primeiros pronunciamentos a favor de uma outra abordagem para o problema¹¹.

Nesse mesmo período, em vários lugares do mundo, alguns estudiosos, especialistas e profissionais de saúde manifestam-se em favor de uma abordagem biopsicossocial de compreensão do fenômeno das drogas. Afirmam a necessidade de reconhecer a ineficácia do modelo jurídico-médico vigente e se posicionam pela defesa e garantia dos direitos de cidadania (sobretudo civis e sociais) dos usuários. Essa abordagem parte do princípio de que algumas pessoas “não conseguem, não podem ou não querem deixar as drogas”. Dessa forma, as estratégias de ação não devem estar voltadas para a abstinência como único objetivo a ser alcançado, mas para a preservação da saúde e da qualidade de vida.

Nesse sentido, argumenta um profissional do Ministério da Saúde:

¹¹ REDE+, Cartilha da REDUC de Redução de Danos – Fascículo 2. Elaboração: Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC).

(A redução de danos) é uma urgência ética no campo da saúde, à qual temos que dar uma resposta. Se alguém está se expondo a riscos é necessário agir para diminuir os danos; nem a proibição, nem os argumentos morais devem impedir alguma atitude no campo da saúde pública.

Para uma melhor compreensão da trama, passaremos agora a uma pequena retrospectiva da redução de danos ao uso de drogas nos contextos internacional e nacional.

A História da Redução de Danos no Contexto Internacional

Ano de 1985. Após a implementação da testagem para o HIV, descobriu-se que usuários de drogas injetáveis (UDI) de diversos países da Europa Ocidental estavam infectados. Dados apresentados na Conferência Internacional de Aids de Paris (1985) evidenciaram soroprevalências elevadas, em torno de 50%, em cidades do Reino Unido, Holanda, Áustria, Itália, Espanha, França e Suíça. Dados apresentados na I Conferência Internacional de Aids, realizada em Atlanta (Geórgia-EUA), apontaram prevalências similares à da realidade européia¹².

No contexto de um alerta crescente dos países com relação à Aids, grande interesse por parte da mídia, da evidência da infecção pelo HIV entre homossexuais masculinos e da evolução da epidemia na África, a notícia de níveis elevados de soropositivos em UDI abriu espaço a uma nova escala de preocupações por parte de governos e do público em geral. Havia um forte temor de que o HIV pudesse se disseminar velozmente em diferentes grupos populacionais (STIMSON, 1998).

Tal quadro mobilizou as autoridades públicas e sanitárias em torno de formas de conter o avanço do surto epidêmico da doença entre os usuários de drogas injetáveis. Inicia-

¹² STIMSON, Guerry V. “A Aids e o Uso de Drogas Injetáveis no Reino Unido, 1987-1993: As Políticas Públicas e a Prevenção da Epidemia” In BASTOS & MESQUITA. **Troca de Seringas: Drogas e Aids: Ciência, Debate e Saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

se o debate relacionado a uma ainda pouco conhecida estratégia de saúde pública, utilizada desde 1984, na Holanda, por iniciativa das associações locais de usuários de drogas (*junkiebonden*) para conter a difusão dos agentes etiológicos das hepatites virais: a redução de danos. No ano seguinte, surgem os primeiros programas governamentais nessa área, na Holanda e no Reino Unido.

Segundo a literatura especializada, o primeiro fator considerado na análise do fenômeno do alto índice de contaminação nos UDI, era de que, desde o início da década de 1980, observou-se a difusão do consumo de heroína em diversos países da Europa. A essa realidade somava-se o fato de que o compartilhamento de agulhas e seringas constituía um comportamento comum para muitos usuários, aumentando consideravelmente o risco dessa população adquirir o HIV.

Naquele momento, os usuários de drogas injetáveis eram vistos como um segmento particularmente sob risco e, para utilizar a linguagem de então, como uma *ponte* para a disseminação do HIV em outros grupos populacionais. Predominava a perspectiva de que a maior parte desse público era composta por *viciados incorrigíveis, vivendo ladeira abaixo, (...) que pouco se importavam com outra coisa se não a próxima picada* (STIMSON, 1998, p. 10).

A atenção coletiva despertada para a questão do HIV e da Aids, por consequência estendida aos UDI, provocou uma intensa reflexão e posterior redefinição dos serviços de saúde que lidavam com esse público. Entre 1985 e 1995, ocorreram modificações na concepção de trabalho e nas práticas dos serviços de tratamento para os consumidores de drogas.

Contudo, as discussões não foram simples. Parte das controvérsias no campo da redução de danos ocorreu em função da negociação pública em torno da assimilação de práticas de prevenção que colidiam com o discurso médico e jurídico focado na abstinência do consumo de drogas. A questão central era qual a melhor decisão a tomar diante das evidências empíricas de que muitos usuários de drogas injetáveis (UDI) não estavam dispostos, pelas mais variadas razões, a interromper o consumo.

O reconhecimento de que pessoas que injetavam drogas eram incapazes ou não desejavam interromper esse uso fez com que os serviços de saúde pública buscassem instrumentos mais eficazes para provocar uma mudança de comportamentos de modo a reduzir o risco de infecção pelo HIV. Nesse processo foi fundamental a militância de grupos de pressão organizados, tais como a comunidade *gay*, ao inserir o slogan *sexo seguro* na agenda de então, o que, de alguma forma, deu maior legitimidade para que as associações de usuários trabalhassem, de forma análoga, pelo *consumo seguro de drogas injetáveis*.

Segundo o psiquiatra, especialista e professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Paulo Roberto Telles (2006),

O surgimento da AIDS catalisou o crescimento da redução de danos, assim como catalisou uma série de questões, como, por exemplo, a questão da homossexualidade, que era tratada como uma doença mental. A redução de danos, que era um movimento isolado pelo movimento hegemônico da tolerância zero, da criminalização e da penalização, cresce. E por que cresce? Porque os usuários são muito vulneráveis ao HIV, o compartilhamento de seringas é um meio extremamente eficiente de contágio e os usuários de drogas representam uma parcela substancial de casos de AIDS no mundo.

Telles acrescenta,

O pensamento hegemônico em relação às drogas é extremamente ineficiente e estimula inclusive o espalhamento eficiente do vírus à medida que impede que a pessoa tenha a sua seringa, proibindo a distribuição, quando se torna essa população marginalizada, sem informação, sem saber que o compartilhamento é algo arriscado. As consequências de uma política de tolerância zero é que se criam os mecanismos de disseminação eficiente do vírus, com o agrupamento das pessoas em guetos, com a sua diferenciação de outras pessoas.

Os primeiros desdobramentos da política de redução de danos se centraram basicamente na prática de distribuir seringas descartáveis e trocar seringas usadas por novas. Posteriormente, a redução de danos se difundiu do foco inicial exclusivo centrado na prevenção da infecção pelo HIV para uma abordagem mais global voltada para o conjunto de agravos à saúde freqüentes não só aos UDI, como também aos demais usuários de drogas lícitas e ilícitas.

No Brasil, as controvérsias e polêmicas que cercam o tema se iniciaram publicamente em 1989, quando o então prefeito de Santos-SP, David Capistrano, preocupado com o crescimento rápido da contaminação pelo HIV/Aids nos usuários de drogas injetáveis, no município, decidiu implantar um projeto-piloto de distribuição de agulhas e seringas descartáveis. O projeto foi interrompido por decisão judicial, mas teve o mérito de introduzir o debate em âmbito nacional.

A Redução de Danos no Brasil

Por certo, a implantação do programa de fornecimento de material ao drogado para facilitar o uso de qualquer das substâncias tóxicas implicará no cometimento de delito previsto na lei reguladora chamada Lei de Tóxicos, na medida em que o usuário, para consumir a 'cocaína', por exemplo, juntamente com o tóxico, trouxe consigo a seringa e agulha descartável fornecida gratuitamente pela Prefeitura Municipal de Santos (TJSP, Apelação Criminal nº 208.646-5/6, Segunda Câmara Criminal Extraordinária, Rel. Des. Marcondes D'Angelo, j.9.03.98, v.u).

No trecho acima, estão os argumentos utilizados pelo desembargador Marcondes D'Angelo ao apreciar a legalidade de um dos primeiros trabalhos de redução de danos implementados no Brasil, ainda em 1989, por iniciativa da coordenação do Programa de DST/Aids, da Prefeitura Municipal de Santos.

Naquele momento uma constatação mobilizava as autoridades de saúde pública locais: mais de 50% dos casos de Aids notificados tinham como forma de contágio o uso de drogas injetáveis, com compartilhamento de agulhas e seringas. Assim sendo, como controlar a epidemia que se instalava na população usuária de drogas injetáveis na cidade de Santos?

A alternativa parecia estar nas experiências internacionais que apontavam para o sucesso dos Programas de Troca de Seringas (PTS), já difundidos em diversos países europeus. Sob a coordenação do médico Sanitarista Fábio Mesquita, então à frente da coordenação Municipal de DST/Aids, iniciou-se o projeto piloto de distribuição de seringas nos pontos mais críticos de consumo de drogas injetáveis na cidade.

No entanto, o programa de troca de seringas proposto pelo governo municipal foi considerado crime pelo Ministério Público de São Paulo, por meio de um grupo de promotores que trabalhava em Santos, baseado numa interpretação de alguns artigos da Lei de Entorpecentes, que criminaliza qualquer forma de facilitação de uso de drogas. Sobre esse episódio escreveu Fábio Mesquita¹³:

Assim, esses “paladinos da justiça” interpretaram que as autoridades de saúde pública, interessadas em prevenir a difusão de uma doença letal, feriam o instrumento legal. (...) Dessa forma, os promotores públicos confundiram o inconfundível: os objetivos das autoridades de saúde pública e os objetivos dos traficantes. Mas, nas entrelinhas desse processo, eles foram além.

Segundo Mesquita, o argumento utilizado pelos promotores de Santos, naquele processo, baseava-se na crença de que o investimento em ações de redução de danos para usuários de drogas seria “desperdiçar” dinheiro público, o qual deveria ser utilizado em questões mais relevantes para a saúde.

¹³ MESQUITA, Fábio. “Dar Oportunidade de Vida ao Usuário de Drogas Injetáveis – Polêmica Nacional” In BASTOS & MESQUITA. **Troca de Seringas: Drogas e Aids: Ciência, Debate e Saúde pública.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

Sueli dos Santos, atual vice-presidente da Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), ao lembrar os acontecimentos de 1989 afirmou¹⁴ que após o período “todo mundo lembrava da história de Santos, os profissionais tinham muito medo porque não queriam ser enquadrados como traficantes ao trabalhar com redução de danos”. Enquanto isso, na Bahia e em outros estados, práticas de redução de danos eram desenvolvidas sem impedimentos, de forma que “eles conseguiram esse contato direto com o usuário que nós não tivemos. Mas, em São Paulo, antes foi preciso fazer um trabalho político e buscar uma lei que respaldasse o trabalho”, conta Sueli dos Santos. Em 1998, foi aprovada lei estadual que protegia o redutor de danos, mas, ainda assim “a promotoria e a polícia levavam o código penal ao pé da letra. Muitas pessoas continuaram a ser levadas à delegacia e a ter seus insumos apreendidos”.

A experiência de Santos foi interrompida, mas, a partir de então, o debate sobre a legalidade das ações de redução de danos se aprofundou, mobilizando a oposição de alguns setores. Incisivas, por exemplo, foram as palavras do então deputado estadual do Rio de Janeiro, Carlos Dias (PP-RJ), no pronunciamento sobre o projeto de lei para autorizar o Governo do Estado do Rio a distribuir gratuitamente seringas e preservativos aos usuários de drogas e portadores do HIV/Aids:

(...) Então, essa idéia de doar seringas como projeto de redução de danos, além de não ser verdadeira, do ponto de vista de análise histórica da questão no mundo inteiro, tem contra si um argumento muito claro: é imoral, indefensável moralmente. Então, não há o que se discutir em relação a essa matéria. Se o parlamento é promotor da vida e da liberdade, não pode defender que as pessoas se droguem, se escravizem e morram, e sejam beneficiadas por recursos públicos, se já é crime e uma imoralidade, como já se disse, quando mantidos por recursos privados.¹⁵

A década de 1990 foi um período de intensa movimentação em favor da implementação legal da troca de seringas. Em 1995, a Coordenação Nacional de DST/Aids

¹⁴ *Narconews Bulletin*, 09/04/2003.

¹⁵ Pronunciamento feito em 01/11/2001, disponível em www.carlos.dias.nom.br/seringas.htm, acesso em 13 nov. 2005.

se aproximou das entidades que compõem o movimento de Redução de Danos, por meio de apoio intenso aos programas de troca de agulha e seringas, como estratégia de contenção do vírus do HIV. No ano de 1998, várias associações e redes foram fundadas como forma de garantir a manutenção e ampliação do movimento. Nesse momento, foi fundada a ABORDA — Associação Brasileira de Redutores de Danos, a RELARD — Rede Latino-Americana de Redução de Danos e a REDUC — Rede Brasileira de Redução de Danos. Surgiram diversas leis estaduais autorizando o funcionamento desses programas.

Mirtha Sudbrack, representante brasileira no Comitê Executivo da RELARD e coordenadora adjunta do Programa Municipal de DST/Aids de Porto Alegre, analisa que os programas de redução de danos na América Latina tem sido de grande importância nas ações de prevenção desenvolvidas e na sensibilização sobre os agravos decorrentes do uso de drogas injetáveis realizadas junto à população de usuários e não usuários.¹⁶

Tanto no Brasil, como no Uruguai e na Argentina, as estatísticas mostram uma estreita relação entre o uso de drogas injetáveis e a disseminação da epidemia. No Brasil, 25% dos casos de Aids estão relacionados direta ou indiretamente com o uso de drogas injetáveis e 38,2% das mulheres com Aids contraíram o vírus compartilhando seringas ou por meio de relação sexual com UDIs. Trinta e seis por cento dos casos de Aids pediátrica são relacionados com mães usuárias de drogas injetáveis (UDIs). Na Argentina, 42% dos casos de Aids estão relacionados com o uso de drogas injetáveis e 46% dos homens portadores do vírus têm antecedentes de UDI. Na cidade de Buenos Aires, os UDIs são o grupo mais afetado pela epidemia. No Uruguai, 25% de todos os casos de HIV positivos notificados são UDIs, sendo que 45% desses casos pertencem à faixa etária de 15 a 24 anos.¹⁷

A partir de 2002, o Ministério da Saúde inicia a publicação de uma série de diplomas normativos cujo objeto é a redução de danos à saúde, e que acabou culminando na proposta frustrada de decreto (2004), o qual instituiria a Política Nacional de Redução de Danos.

¹⁶ Boletim ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS) julho/setembro de 2003, n° 49.

¹⁷ Idem.

O Processo de Construção da Política Nacional de Redução de Danos: o debate continua

Desde 2002, o Ministério da Saúde vinha publicando uma série de normatizações referentes à regulamentação das ações de redução de danos no Brasil, tendo como principal objetivo consolidar uma política pública sobre o tema no país, garantindo direitos para usuários e protegendo profissionais de saúde e militantes contra possíveis ações policiais e jurídicas.

Regina Benevides, então diretora de programas da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, sustentou¹⁸, em 2003, a necessidade de que o Ministério da Saúde assumisse a redução de danos como uma questão de saúde pública. Benevides esclareceu que ainda não havia uma política de governo sobre as drogas, mas uma política tal como formulada pela Secretaria Nacional Antidrogas, que não viabiliza, com flexibilidade, o trabalho de campo dos redutores de danos.

Paralelamente às normativas do Ministério da Saúde, está a Política Nacional Sobre Drogas e as leis federais que regulam o uso, a comercialização, a prevenção e o tratamento de substâncias entorpecentes e cujos limites e abrangência provocam polêmicas e dúvidas. Para um técnico do Ministério da Saúde isso constitui um grave problema: “a questão da legislação da redução de danos é extremamente complexa, pois são normas muito confusas e que se contrapõem. Não existe uma Lei de Redução de Danos.”

Segundo análise de um juiz criminal, isso é sintoma da falta de uma política pública sobre o tema.

É tudo feito ao acaso, como as leis penais. Aconteceu um crime horrendo, então coloca-se em vigor uma nova lei que reprima com maior intensidade esse tipo de crime. Depois, é colocada em vigor uma outra lei que vai completamente na contramão da anterior. É uma colcha de retalhos, tudo é muito circunstancial, não há uma visão mais ampla, é a visão de hoje, de amanhã, não se pensa em longo prazo.

¹⁸ *Narconews Bulletin*, 02/04/2003.

A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Lei 8.080/1990, foi regulamentado o art. 196 da Constituição Federal de 1988, que estabelece:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Com a publicação da Lei 10.409/2002, os problemas de saúde provocados pela dependência passam a ser remetidos ao SUS. Dispõe ainda a referida lei, em seu art. 12, § 2º que “cabe ao Ministério da Saúde regulamentar as ações que visem à redução de danos sociais e à saúde”. Em 30 de abril de 2002, o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 816/GM, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas. No dia 26 de agosto de 2002, por meio do Decreto nº 4.345, é instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD), que reconhece a estratégia de redução de danos sociais e à saúde como diretriz.

Os rumos traçados pela política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, consolidada em março de 2003, deixam claro que a opção da saúde pública é o planejamento de programas que contemplem grandes parcelas da população, de forma que a abstinência não seja a única meta viável e possível aos usuários.

Em 2004, a Portaria nº 2.197, de 14 de outubro, redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

Em 1º de julho de 2005, o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 1.028, que institui a Política Nacional de Redução de Danos. Diante de todas as controvérsias, o fato foi comemorado por alguns setores e visto com reservas por outros.

A Portaria n.º 1.028 reconhece a redução de danos como política de saúde, dando continuidade e expandindo as práticas apoiadas desde 1995 pelo Ministério da Saúde nesse campo. O texto da portaria deixa claro que as ações de redução de danos não implicam, necessariamente, abstinência, uma vez que as medidas são dirigidas a "usuários ou dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o uso de drogas".

Para o coordenador nacional de saúde mental do ministério¹⁹, essa mudança de conceito é um dos avanços da portaria. Na Portaria n.º 1.028, o Ministério da Saúde optou por não fazer menção explícita às salas de uso seguro, mas a partir dela se entende que está aberto o caminho para a definição de novos tipos de medidas.

Sobre o acontecimento publicou o jornal Folha de São Paulo (05/07/2005), com a manchete “Sai a política de apoio a dependentes químicos”:

Depois de dois anos de negociação e muita polêmica, o Ministério da Saúde lançou ontem a regulamentação da Política de Redução de Danos. A medida, publicada no Diário Oficial, tira da informalidade uma prática que no Brasil começou a ser usada na década de 90, em Santos (...) Hoje, existem cerca de 200 grupos trabalhando com redução de danos em todo o País. “A idéia é providenciar, de todas as formas possíveis, maior proteção e maiores cuidados à saúde de pessoas dependentes”, afirma o coordenador do Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Pedro Gabriel Delgado. Isso vale não só para as drogas, mas também para o álcool (...) A Portaria do Ministério da Saúde, no entanto, tem uma versão mais *light* do que inicialmente previsto. Foi retirada do texto, por exemplo, a criação de salas de uso controlado de drogas.

“O ministério entende que as salas são uma estratégia correta, mas que o assunto precisa ser mais discutido entre ministérios e com a sociedade”, disse Delgado. De acordo com a portaria, as ações de redução de danos incluem não só a disponibilização de insumos como “estratégias de saúde pública dirigida à proteção da vida e ao tratamento dos dependentes”.

¹⁹ Declarações feitas à *Folha de São Paulo*, 05/07/2005.

Sob o enfoque jurídico, mesmo com a implementação da Política Nacional de Redução de Danos, a controvérsia se mantém à medida que o decreto não foi publicado e as portarias vigentes constituem-se instrumentos frágeis quando comparados às leis que regulam a matéria sobre drogas no Brasil. Para um técnico do Ministério da Saúde, essa parece ser a questão central a ser debatida. E acrescenta que a publicação de um decreto regulamentando a redução de danos no Brasil seria muito positiva, contudo, é necessário não perder de vista a mudança da lei, posto que “um decreto assinado pelo Presidente sobre a redução de danos no país é importante, mas o que mais me preocupa é a lei. A questão desse tema na nossa Lei de Entorpecentes deveria ser o nosso foco de discussão e de atenção”.

É possível que o debate cresça, nos próximos anos, a partir da mobilização das organizações que atuam no campo da redução de danos e da tramitação dos projetos de lei relacionados a esse tema no Congresso Nacional. A aprovação de uma lei federal de redução de danos e o reconhecimento profissional do trabalho do redutor de danos é uma das principais reivindicações do movimento.

Quanto aos debates na sociedade, ainda há muito que avançar. O Coordenador do Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde avalia que a regulamentação ainda tem potencial para muita discussão entre alguns setores. “Há uma certa disputa entre os que apenas querem a proibição do uso de drogas e os redutores de danos”²⁰.

Além disso, do ponto de vista cultural houve a consolidação de um imaginário coletivo que associa o usuário de drogas ao temor e à destruição pessoal e social.

Esse senso comum, povoado por professores, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos e juristas afasta os usuários dos serviços de saúde e os aproxima do tráfico e da violência. Isso é um grande problema a ser resolvido: a mudança de paradigma e uma nova compreensão do usuário de drogas (Técnico do Ministério da Saúde).

²⁰ Declaração feita à *Folha de São Paulo*, 05/07/2005.

Afinal, como conciliar um modelo de ação em saúde pública que tem como premissa básica que o uso de drogas é inerente às sociedades, com o acervo legal e uma prática social que afirma e persegue o contrário a partir do lema “diga não às drogas”? Como compatibilizar que o usuário receba insumos para o “uso seguro”, partindo-se do reconhecimento que não pode, não quer ou não consegue interromper o consumo, com o entendimento da criminalização dessa prática?

Glossário

Dependência – Relação alterada entre um indivíduo e seu modo de consumir uma substância. Essa situação pode trazer problemas para o seu usuário. Muitos indivíduos, porém, não apresentam problemas relacionados ao seu consumo. Outros apresentam problemas, mas não podem ser considerados dependentes. Por fim, mesmo entre os dependentes, há diferentes níveis de gravidade. O conceito contemporâneo dos transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas rejeita a idéia da existência apenas do dependente e do não-dependente. De forma contrária, trabalha a existência de padrões individuais de consumo que variam de intensidade e gravidade ao longo de uma linha contínua (Site Álcool e Drogas sem Distorção/ www.einstein.br/alcooledrogas/ Programa Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein).

Drogas – Atualmente, define-se droga como qualquer substância capaz de modificar o funcionamento dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento. Aquelas que atuam no Sistema Nervoso Central, interferindo nas formas de sentir, perceber e pensar são chamadas de psicoativas (Organização Mundial de Saúde).

Prevenção – No campo dos problemas relacionados ao consumo de drogas psicoativas, a prevenção compreende uma série de estratégias cujo objetivo central é evitar que os membros de uma dada população façam uso abusivo das drogas, causando danos pessoais e sociais relacionados a este abuso, além dos prejuízos que daí possam decorrer.

Redução de Danos – Estratégia da saúde pública que visa reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco. No caso do Usuário de Drogas Injetáveis (UDI), busca reduzir os danos daqueles usuários que não podem, não querem ou não conseguem parar de usar drogas injetáveis, e, portanto, compartilham a seringa e se expõem à infecção pelo HIV, hepatites e outras doenças de transmissão parenteral (Ministério da Saúde).

Anexo principal

Legislação e normatização:

- a) BRASIL. **Política Nacional de Redução de Danos**. Disponível em www.saude.gov.br.
- b) BRASIL. **Lei nº 6.368/1976**. Disponível em www.planalto.gov.br.
- c) BRASIL. **Lei nº 10.409/2002**. Disponível em www.planalto.gov.br.

Anexo complementar

1. Referências bibliográficas sobre drogas
2. Referências bibliográficas sobre redução de danos
3. Referências bibliográficas sobre políticas públicas
4. *Sites* interessantes