

A Redução dos Riscos Associados ao Consumo de Substâncias Psicoactivas como Medida de Humanização da Saúde

CATARINA CANÁRIO*, MIGUEL RICOU**

I – INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, em função do aumento da prevalência do consumo de substâncias psicoactivas que se tem verificado, tornou-se evidente a necessidade de instituir medidas que pudessem travar o fenómeno. Contudo, tal propósito não foi devidamente conseguido devido a uma multiplicidade de factores psicológicos, sócio-culturais, fisiológicos e mesmo relacionados com os padrões de consumo e o surgimento de novas substâncias, como as drogas sintéticas.

Face a este crescente consumo de substâncias psicoactivas, distintas considerações têm vindo a ser tomadas, nomeadamente em questões controversas como a liberalização do consumo de substâncias psicoactivas ilícitas. Há vários argumentos sobre esta matéria, quer a favor da liberalização, quer a favor da penalização. Pela reflexão e debate sobre cada um deles pretende-se encontrar o conjunto de medidas ideal para travar o aumento da prevalência do consumo que se tem vindo a manifestar, bem como para minimizar os riscos e os danos associados ao mesmo.

* Psicóloga, Aluna do V Mestrado em Bioética. Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina U.P.

** Psicólogo Clínico, Mestre em Bioética, Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina U.P.

Os programas de redução de danos são uma abordagem relativamente recente ao fenómeno do abuso de substâncias, contando com uma história de cerca de duas décadas. Visam diminuir os riscos associados ao consumo enquanto este decorre. Isto é, para participar num programa, deste tipo a pessoa não tem de se encontrar num estado de abstinência, embora a motivação para esta condição esteja prevista nos programas e tal se constitua como um objectivo a longo prazo. O que se pretende com os programas de redução de danos é a diminuição de situações como a morte por *overdose* ou as infeções contraídas por partilha de material.

Neste artigo são apresentadas considerações a propósito desta abordagem relativamente aos riscos inerentes aos comportamentos aditivos e às suas formas de redução e minimização. De igual modo são levantadas algumas questões que eticamente se assumem como pertinentes, nomeadamente o real benefício destes programas para o sujeito, a redução efectiva do sofrimento individual, se serão realmente um factor humanizador de saúde, ou, por outro lado, se serão apenas uma forma de perpetuar e agravar do processo, por permitirem que o comportamento aditivo se prolongue indefinidamente.

II – CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA

1. O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS

O uso de substâncias psicoactivas que assumam um papel primordial na vida das pessoas, e que se caracterizam por uma compulsão e uma impulsividade na concretização do acto, será considerado como um comportamento aditivo, uma vez que se define como “*a realização re-
petida de um comportamento, mediada por um impulso incontrolável,
estimulado pela obtenção de prazer ou alívio do desprazer, do qual
resultam consequências negativas para o sujeito*” (Ricou, 2004, p.152). Fica então claro que o consumo de substâncias psicoactivas, podendo constituir-se como um comportamento aditivo, pode concretizar-se também como um consumo isolado ou esporádico, sem que se constitua a adição do sujeito à(s) substância(s).

De facto, a Organização Mundial de Saúde (2003) conceptualiza o consumo de substâncias psicoativas em três fases distintas: contacto,

abuso e dependência. Um processo gradual, em que numa primeira fase o indivíduo consome a substância, ficando assim a conhecer o seu efeito quer a nível fisiológico, quer a nível psicológico. Após esta fase, ocorrem por distintos motivos, outros contactos que progressivamente se vão tornando mais frequentes, até resultarem na adição.

Porém, se estas três fases podem ser um contínuo, podem também não o ser, na medida em que o sujeito pode consumir pela primeira vez uma substância e não repetir esse acto, ou mesmo consumi-la noutras ocasiões sem que isso contribua para a dependência. Um exemplo desta situação pode ser o consumo de álcool, em que a sua utilização ou abuso esporádico, não contribui necessariamente para o alcoolismo, não deixando por isso de existir outros riscos associados.

Então, poder-se-á questionar o que contribui para o desenvolvimento de uma adição. A Associação Americana de Psiquiatria (2002) considera que existe dependência pela ocorrência de duas situações distintas: a tolerância e a privação ou abstinência. O primeiro conceito significa a habituação do organismo à substância, o que implica a necessidade de doses sucessivamente crescentes para a obtenção de efeitos semelhantes; já a condição de privação ou abstinência consiste na manifestação de sintomas físicos aversivos que resultam da ausência da substância no organismo. Contudo, esta caracterização resultaria redutora se considerada como única, já que existem substâncias onde é discutível o desenvolvimento de tolerância ou de síndrome de abstinência, sendo que ainda assim poderemos encontrar pessoas delas dependentes.

Então, além das condições físicas, a dependência caracteriza-se também por aspectos psicológicos e emocionais, já que o que o sujeito dependente procura no seu objecto de adição é a segurança e o bem-estar (Morel, Hervé & Fontaine, 1998; Schuckit, 1998). Apesar de se tratar de um ser racional, quando num quadro de adição, o Ser Humano age sobretudo pela satisfação do impulso imediato, em busca do prazer físico e psicológico despoletado pela substância utilizada. Vive por isso do momento, num registo de gratificação imediata, o que o leva a investir todas as suas energias na prossecução do seu comportamento aditivo, a sua fonte principal de prazer. Desta forma, deixa de conseguir funcionar autonomamente – pelo menos na verdadeira acepção do termo – pois vê transformar-se o seu desejo num impulso incontrolável em levar a cabo determinado comportamento (Ricou, 2004a). Será então pela manuten-

ção da satisfação do impulso que este processo se perpetua, mesmo tendo o sujeito conhecimento dos riscos envolvidos.

A existência de um prejuízo para o sujeito na sequência da realização repetida de um comportamento é, então, um dos elementos mais caracterizadores da adicção, dado que uma prática que não seja nociva não se configura, naturalmente, como uma perturbação. O malefício que lhes está subjacente repercute-se nas distintas áreas da vida da pessoa. A este propósito, Cheung (2000) refere que o principal risco dos comportamentos aditivos consiste em colocar em causa a qualidade e a duração da vida das pessoas que o desempenham. Contudo, estes riscos subentendem não só as pessoas que desempenham os comportamentos, mas também as que os circundam, nomeadamente as famílias, os amigos e comunidades onde se integram.

Esses riscos podem, a partir de uma proposta de Patrício (2002), ser sistematizados, distinguindo-se em:

(1) Riscos físicos e psíquicos decorrentes do consumo. Os primeiros estão normalmente associados ao consumo endovenoso, como embolias ou enfartes, e amputações na sequência de infeções graves; contudo são ainda frequentes as perturbações de índole sexual e, de uma forma geral, uma deterioração física grave, por vezes irreversível. Já os riscos psíquicos envolvem questões relacionadas com a maturação da estrutura cerebral, o que pode implicar dificuldades intelectuais, perturbações comportamentais e afectivas, bem como o desenvolvimento de quadros psicopatológicos graves. A este propósito, importa referir que, muitas vezes, a psicopatologia é prévia ao abuso de substâncias, constituindo-se como um factor precipitante.

(2) Perturbações da dinâmica familiar, nomeadamente o desenvolvimento de co-dependência por parte dos outros membros da família (Ricou & Duarte, 1999), estabelecimento de conflitos intra-familiares e possibilidades acrescidas do aparecimento de diferentes tipos de maus-tratos, inversão dos papéis na família (com filhos que tomam conta dos pais), e exclusão e marginalização familiar. Ainda, poderemos assistir a um aumento do número de gravidezes indesejadas e/ou de risco, bem como de abortamentos.

(3) Complicações face à escola ou ao trabalho, nomeadamente dificuldades de aprendizagem, na inserção escolar e na sociabilização, maior abandono escolar, resultando, muitas vezes, em marginalização

social. Do mesmo modo, e em contexto profissional, assiste-se a uma maior dificuldade na prestação de serviços ou no cumprimento eficiente das tarefas devidas, assim como a um maior número de acidentes, absentismo, reformas antecipadas e, naturalmente, despedimentos e desemprego.

(4) Problemas financeiros decorrentes da necessidade de consumir; tratam-se, sobretudo no que se refere às drogas ilícitas, de substâncias muito dispendiosas, pelo que a pessoa necessita de despendir uma grande quantidade de recursos. Ainda, são frequentes gastos avultados com os tratamentos. Paralelamente, e como já vimos, se associarmos os problemas relacionados com o desempenho profissional, facilmente se depreenderá que as dificuldades de subsistência serão frequentes.

(5) Dos problemas económico-financeiros decorrem os riscos criminais, jurídicos e sociais que se constituem a partir da delinquência, nomeadamente associada a furtos ou ao tráfico de substâncias ilícitas, actividades que visam suportar o consumo. Aumenta então a probabilidade da marginalização social, também pela adopção de comportamentos, como por exemplo a prostituição, que são normalmente alvo de condenação social.

(6) Os comportamentos aditivos podem representar, também, um problema sério de saúde pública, especificamente poderão constituir um importante veículo na propagação de doenças infecciosas, como por exemplo a tuberculose e a SIDA, do mesmo modo que contribuem para o desenvolvimento de doenças graves, como o cancro do pulmão (Organização Mundial de Saúde, 2003; Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida, 1996; Langendam, Brussel, Coutinho & Ameijden, 2001; Patrício, 2002). Ainda, a associação entre o abuso de substâncias e um conjunto de problemas como os acidentes de viação, a violência familiar e a criminalidade parece ser uma realidade.

(7) O tratamento de uma pessoa que sofre de comportamentos aditivos é, por definição, complexo, sujeito a muito avanços e recuos, o que promove a existência de muitas recadas. Deste modo é frequente o mau uso e o abuso de medicamentos com misturas e interacções clínicas, o abandono do programa de tratamento e a dissipação das economias familiares. Paralelamente, e dado o desespero que este tipo de problemas desenvolve junto dos familiares da pessoa adicta, é frequente

o risco de não se ser tratado de forma competente, dado que são inúmeras as ofertas de tratamentos “milagrosos” nesta área. Outra área de potencial risco são as interações clínicas (Akram & Galt, 1999) que podem ocorrer quer pela interacção de substâncias psicoactivas, de substâncias psicoactivas com medicamentos, ou mesmo entre medicamentos.

Existem, então, inúmeros riscos decorrentes do consumo de substâncias psicoactivas, que afectam não só a pessoa que sofre com o comportamento aditivo, mas também todos os que a envolvem, afectando assim não só a saúde individual, mas também a saúde pública. Esta realidade vem acentuar a necessidade de criação de medidas e programas de intervenção que reduzam os riscos e minimizem os danos subsequentes aos comportamentos aditivos.

Existem, naturalmente, diferentes abordagens face aos comportamentos aditivos que propõem distintas soluções para os problemas existentes. Contudo, todas elas concordam no ponto em que algo tem que ser feito no sentido de controlar os riscos inerentes ao consumo, seja numa perspectiva individual ou social.

2. Abordagens ao fenómeno do consumo de substâncias psicoactivas ilícitas

2.1. A (des)penalização do consumo de substâncias psicoactivas

Face aos problemas decorrentes do consumo de substâncias psicoactivas torna-se imperioso tomar decisões políticas que se repercutam em técnicas eficientes que visem a redução desses mesmos problemas, mas também da própria prevalência do consumo.

Ao longo dos últimos tempos têm surgido opiniões que põem em causa a eficácia e o mérito das estratégias adoptadas para combater o consumo de droga e que esboçam, como alternativa, uma mudança comportamental e legal com vista à redução das suas consequências negativas, bem como, ao controlo do mesmo. Algumas consideram a liberalização do tráfico e do consumo de droga como a forma de melhor controlar o fenómeno nas suas manifestações e melhor actuar nas suas causas e efeitos nocivos (Conselho Nacional de Ética para as Ciências

da Vida, 1996). Outras revertem a favor da proibição do consumo, penalizando as pessoas que o fazem com sanções legais. De notar que, actualmente e desde 2001 (Lei n.º 30/2000), em Portugal vigora um regime de descriminalização do consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, o que não invalida que este seja considerado ilegal.

A opção pela legalização do consumo de drogas, onde se prevê como legal o consumo das actualmente consideradas substâncias ilícitas, coloca-se a diferentes níveis. Esta opção surge, em primeiro lugar, como uma forma de combater ao tráfico, mas também como controlo do consumo individual, já que poderia permitir regulamentar o acesso às substâncias, bem como disponibilizar mais recursos para o tratamento da adicção e para o trabalho de prevenção primária, fruto do desinvestimento no controlo do tráfico (Conselho Nacional de Ética para a Vida, 1996; Cheung, 2000).

A sua justificação filosófica de base assenta no facto de o sujeito consumidor ser uma pessoa autónoma e responsável pelas suas acções, razão pela qual o indivíduo, conhecedor dos efeitos nocivos de determinadas substâncias, deverá ser livre de as utilizar. Até porque a existência de uma divisão entre substâncias lícitas e ilícitas acaba por, ainda que de uma forma indirecta, acarretar a marginalização dos consumidores, a manutenção de um mercado à margem da lei, bem como uma incapacidade para avaliar as reais consequências do consumo das substâncias ilícitas.

Contudo, importa considerar que se torna difícil prever o efeito real da legalização dos consumos de psicotrópicos, bem como quais as consequências ao nível do narcotráfico, até porque a coordenação deste tipo de políticas num plano internacional se afigura como muito difícil. Naturalmente que a adopção de uma estratégia deste tipo de uma forma isolada poderia, paradoxalmente, levar a um aumento dos mercados paralelos. Deste modo, é difícil adivinhar a influência destas políticas no minorar do problema.

Mais ainda, esta perspectiva baseia-se no pressuposto de que as pessoas são responsáveis na sua decisão de consumirem determinadas substâncias, pelo que, supostamente, quando o fazem, fazem-no de uma forma consciente e informada. Não obstante, sabe-se da existência de uma série de variáveis pessoais e ambientais, que ultrapassam a esfera da decisão pessoal, que condicionam o aparecimento de uma dependência, motivo que nos leva a questionar sobre até que ponto o consumo, ou

pelo menos o consumo excessivo, é realmente voluntário. Ainda, sabemos hoje que a informação, por si só, não é suficiente para a alteração de comportamentos (Rizou, Salgado, Alves, Duarte, Teixeira, Barrias & Nunes, 2004); ou seja, não basta a pessoa conhecer os riscos de determinado comportamento para evitar reproduzi-lo. Nesse sentido, surge a questão de como desenvolver políticas de prevenção primária credíveis que, de facto, promovam atitudes realmente responsáveis e conscientes por parte dos potenciais consumidores.

Já a descriminalização do consumo, situação vigente em Portugal, promove a possibilidade de deixarem de ser aplicadas sanções penais ao uso, posse e aquisição ilícitos de todas as drogas que se verifique serem para uso pessoal. Estes actos ilícitos estariam contudo sujeitos a multas ou a limitações de direitos pessoais, como seja o exercício de algumas profissões, a frequência de alguns lugares, ou o uso ou posse de determinados objectos, ou mesmo à obrigação de apresentação periódica em locais específicos. Ainda assim, e de uma forma geral, o objectivo seria dar prioridade ao tratamento terapêutico dos infractores em detrimento da imposição deste ou de outro tipo de sanções (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência, 2000).

A filosofia aqui implícita seria a inversão do paradigma clássico, favorecendo um sistema que reconhece as pessoas dependentes como doentes que poderão, em virtude disso mesmo, tornar-se criminosos. Paralelamente, parece ser hoje claro que, na maioria das vezes, a delinquência associada aos consumos é prévia aos mesmos (Morel et al, 1998), ou seja, que muitos delinquentes acabam por se tornar consumidores de drogas, mais do que os consumidores de drogas se tornarem delinquentes.

Contudo, como sugere o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (1996), esta ideia não deverá ser encarada de uma forma simplista já que, se se considerar que a sociedade deve ser responsável pela cura e pela recuperação dos doentes, então deverá igualmente preocupar-se em evitar a degradação da saúde dos seus membros, tomando atitudes seja de índole preventiva ou repressiva, pelo que as medidas que possam levar ao aumento do recurso a este tipo de substâncias devem ser, na nossa opinião evitadas.

Ainda assim, também é verdade que o proibicionismo vigente durante tanto tempo no nosso país, bem como na maioria das sociedades ocidentais, não contribui para que os consumos destas substâncias fos-

sem controlados. A questão que se coloca é se a ilegitimidade terá de facto um efeito dissuasor dos consumos e, paralelamente, se será possível aumentar a eficácia das políticas. Por outro lado não se pode correr o risco de fazer passar a ideia de que a despenalização surja em função de uma noção de desagravamento das consequências do consumo destas substâncias, o que poderia resultar num acréscimo do consumo, nomeadamente pelas camadas mais jovens da população, vulneráveis e propensas à busca de sensações e ao prazer imediato. Aliás, se caminhamos para uma sociedade onde se vai tentando dificultar cada vez mais, por exemplo, o consumo de tabaco, seriam estranhas as medidas que conduzissem a um desagravamento do consumo de outras substâncias, independentemente da percepção do seu grau de nocividade individual.

O exemplo holandês retrata, em certa medida, aquilo que se pretende que não aconteça a este nível, existindo uma grande facilidade no acesso a algumas novas substâncias de abuso, do qual o MDMA é um bom exemplo (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência, 2003).

Qualquer que seja o modelo adoptado parecem não existir dúvidas que a aposta na prevenção, aos mais variados níveis, tem que ser mais válida e efectiva, promovendo a educação e a consciencialização para o problema, assim como optimizando os procedimentos terapêuticos que visam a melhoria e a desabilitação dos dependentes. Pretende-se ainda ao nível da prevenção diminuir ou minimizar as consequências negativas associadas aos consumos, não só a nível individual mas também em contexto familiar e social.

Este tipo de abordagem que postula a redução de riscos e a minimização dos danos associados ao consumo de substâncias psicoactivas poderá, neste sentido, constituir-se como uma resposta efectiva aos problemas causados pelo consumo de substâncias psicoactivas; procura estabelecer um equilíbrio na medida em que se pretende promover o conhecimento das necessidades dos consumidores, reduzir os riscos associados ao consumo, motivá-los para o tratamento e regulamentar o acesso dos consumidores às substâncias psicoactivas.

Segundo Hathaway (2002), a intervenção no âmbito da redução dos riscos associados ao consumo de substâncias psicoactivas valoriza os direitos da pessoa de forma a alcançar os seus objectivos, propõe aos consumidores o ingresso nos programas de redução de risco, facultando-lhes toda a informação sobre os mesmos. Contudo, não os obriga à

abstinência, o que acaba por ser motivo de crítica para alguns. Ainda assim, a filosofia de base é construir pontes entre os consumidores mais marginalizados pelo consumo e os técnicos cuidadores a fim de os tentar motivar para esse fim, sendo que por isso poderemos dizer que a abstinência será um objectivo de longo prazo, não se constituindo como o cerne deste tipo de intervenção.

2.2. A redução de riscos relacionados com o consumo de substâncias como uma abordagem

A redução de riscos enquanto uma abordagem aos problemas associados à utilização de substâncias iniciou-se no princípio dos anos 80 no Reino Unido, com a implementação do programa "Merseyside" a propósito do consumo de substâncias ilícitas numa comunidade em Liverpool. Tal representava a mudança da sanção legal para o debate dos princípios da saúde pública. Contudo, as raízes desta abordagem remontam ao início dos anos 20 na Europa e aos anos 70 nos Estados Unidos da América. Os princípios desta teoria centram-se na obtenção de uma abordagem pragmática para lidar com a utilização de droga e os problemas daí decorrentes (Rotgers, 1998).

O desenvolvimento dos programas de redução de risco, segundo Ericsson (1999), deve-se a três momentos distintos na história da humanidade. O primeiro passo derivou da preocupação crescente da população com os riscos implicados no consumo de álcool e tabaco. O segundo passo deu-se com a revelação das elevadas taxas de incidência de contaminações com o vírus VIH/Sida, nos anos 80. Actualmente, no novo milénio, a terceira fase compreende uma perspectiva de saúde pública sobre todas as drogas.

Single (1995) considera que a filosofia da redução de riscos implica que a decisão da pessoa de consumir drogas é aceite como um facto, o que não invalida o facto da decisão de continuar a usar não ser aprovada; nesta perspectiva, o consumidor é tratado com dignidade, à semelhança de qualquer outro Ser Humano, na expectativa de que se comporte de acordo com o determinado por lei e que seja responsável pelo seu comportamento. O objectivo é reduzir ao máximo o risco associado ao uso de drogas, para qualquer consumidor. Claro que o risco só desaparecerá se a pessoa conseguir deixar de consumir, pelo que a abstinência terá

que ser sempre considerada como o último objectivo de uma intervenção; contudo, reconhece-se que uma diminuição do consumo lenta e gradual pode ser o ideal para muitas pessoas alcançarem a abstinência com sucesso, sendo que não existirão limites de tempo para a concretização desse objectivo. Aliás, a alternativa seria o abandono do doente o que não parece razoável tendo em consideração o seu próprio interesse e o de saúde pública.

Nesse sentido, a intervenção deverá ser faseada em etapas bem determinadas, pelo que se o objectivo último for a abstinência, os objectivos das etapas intercalares não precisam de a considerar. De acordo com Rotgers (1998), as estratégias orientadas para um determinado fim, em que existe uma objectivação por cada etapa que se inicia, são as que tendem a ser melhor retidas, mais facilmente alcançadas e onde mais facilmente ocorre a recaída, isto porque há uma adaptação lenta, progressiva e gradual a um novo comportamento e a novos hábitos também.

Será por isso mesmo que Single (1995) define a redução de riscos como uma política ou um programa para fazer face aos problemas diversos de saúde, sociais e económicos decorrentes da utilização de substâncias psicoactivas, sendo que não implica a cessação do consumo mas a sua manutenção. A redução de risco foca-se então no aprovisionamento de uma série de oportunidades de diminuição do comportamento danoso, assim como da aceitação do facto de que os consumidores nem sempre possam estar preparados para eliminar do seu comportamento o consumo de substâncias psicoactivas. Contudo podem mais facilmente aderir a outro tipo de estratégia que pressuponha não só reduzir o risco associado como também a quantidade de consumo. Também Akram e Galt (1999) consideram que a utilização de drogas ilícitas não pode ser parada ou prevenida *per se* e que será ingénuo acreditar-se em tal. O objectivo primordial será então reduzir ou minimizar qualquer risco que possa ocorrer como uma consequência do uso de droga.

A longo prazo, o objectivo da redução de risco visa promover um trabalho de equipa que se situe entre a política extrema de acesso ilimitado a substâncias psicoativas e a total supressão do consumo de drogas. A curto prazo, os objectivos prioritários são minimizar as consequências adversas do consumo de substâncias no decurso do mesmo, através de programas pragmáticos, realistas e acessíveis (Hathaway, 2000; Cheung, 2002).

Em resumo, a redução de riscos possui um ponto de vista imparcial e humanista da substância e da pessoa que a consome, foca-se nas consequências e não necessariamente no consumo, não insiste ou objectiva directamente a abstinência e pressupõe o papel activo do consumidor nos programas de intervenção. Esta abordagem prevê um trabalho centrado naquele que é o largo espectro de substâncias psicoativas e as consequências decorrentes do seu consumo, para que, pelo menos as mais imediatas e nocivas possam ser minimizadas (Cheung, 2000).

Rolgers (1998) propõe um modelo compreensivo que estrutura a intervenção de redução de riscos em dois métodos distintos, a saber, os métodos contextuais e cognitivos. Os métodos contextuais serão todos aqueles que se relacionam com a intervenção directa no contexto de consumo das substâncias, como por exemplo, o fornecimento de agulhas e de seringas esterilizadas, a integração em programas de manutenção com o recurso a uma substância de substituição, assim como o provimento de preservativos para reduzir a incidência de doenças sexualmente transmissíveis. Já os métodos cognitivos visam promover a informação da pessoa sobre as consequências das substâncias e das diferentes formas de consumo, bem como das consequências possíveis dos mesmos, auxiliando a pessoa a tomar decisões sobre o seu consumo e a desenvolver um comportamento proactivo face a um estilo de vida mais saudável. Estes métodos podem incluir a educação no tocante às substâncias psicoativas existentes e os seus métodos de utilização, tendo em consideração os riscos e as consequências, a promoção do processo de tomada de decisão crítica, com base numa escolha informada que possibilite às pessoas tomar a decisão mais adequada, em função do risco ponderado.

3. Minimizar os danos como factor de humanização da saúde

3.1. Programas de redução de risco: realidades existentes

Os comportamentos aditivos são uma condição com características muito especiais, de entre as quais nos permitiremos destacar a sua grande poliformia no que respeita às razões que levam ao seu desenvolvimento, às consequências que daí resultam, bem como em relação às formas como se manifestam. Por isso mesmo, e de acordo com Patrício (2002),

face à pessoa que sofre de comportamentos aditivos devem ser ponderados comportamentos e programas adaptados aos seus hábitos, necessidades e à cultura local. Deve desenvolver-se um trabalho de proximidade, de contacto interpessoal, comunicação e inter-ajuda, devem ser previstos passos intermédios com objectivos sociais e terapêuticos, abrangendo o maior número possível de consumidores. A redução de riscos e a minimização de danos, destinada a todas as faixas etárias, constitui sobretudo o facultar de alternativas de vida adequadas aos grupos alvo, devendo estas ser enriquecedoras da dignidade e dos direitos humanos.

Os programas de redução de risco pretendem dar aos utilizadores de drogas informação válida e pormenorizada sobre as substâncias, os seus efeitos e consequências, com o objectivo de contribuir para um processo de tomada de decisão responsável e informado, mas também para que o consumo decorra de acordo com o mínimo risco possível (Akram & Galt, 1999). A redução dos riscos pode ser também alcançada através da diminuição dos consumos, pela alteração da via de consumo utilizada, ou pela diminuição dos riscos associados com o recurso, por exemplo, material esterilizado.

A intervenção neste domínio, de acordo com Patrício (2002), pode então passar por facilitar o acesso a cuidados de saúde, com qualidade e disponibilidade, aos utilizadores e às suas famílias, evitando a exclusão e a marginalização, bem como pela criação de programas de substituição opiácea de baixo limiar aos quais os utentes possam recorrer sem que para isso seja condição essencial a abstinência. A este propósito, Langedam *et al.* (2001) indicam que ensaios experimentais controlados e estudos observacionais demonstraram que os programas de manutenção com o recurso a metadona podem reduzir o consumo de heroína, o crime e os comportamentos de risco relacionados com as injecções não esterilizadas.

Em Portugal, os programas de redução de risco são regulamentados pelo decreto-lei n.º 183/2001 de 21 de Junho que estatui que, de acordo com o princípio do humanismo, se devem desenvolver programas e medidas que contribuam para a redução dos riscos e para a minimização dos danos no consumo de drogas. A mesma estratégia não pressupõe a desistência do tratamento aos dependentes, mas sim estruturar um novo tipo de intervenção que complementa não só as estratégias de prevenção, mas também de tratamento e de reinserção.

Este decreto tem como objectivo a criação de programas, bem como de estruturas sócio-sanitárias destinadas não só à sensibilização mas também ao encaminhamento para tratamento de pessoas dependentes, assim como à prevenção e redução de comportamentos de risco acrescido e minimização de danos individuais e sociais que resultem do consumo de substâncias psicoactivas, nomeadamente através de: gabinetes de apoio a toxicodependentes sem enquadramento sócio-familiar; centros de acolhimento; centros de abrigo; pontos de contacto e informação; espaços móveis de prevenção de doenças infecciosas; programas de substituição em baixo limiar de exigência; programas de troca de seringas; equipas de rua; e programas para o consumo vigiado.

(1) Os gabinetes de apoio a toxicodependentes sem enquadramento sócio-familiar constituem-se em gabinetes de triagem, apoio e encaminhamento sócio-terapêutico que visam contribuir para o diagnóstico e melhoria das condições de vida das pessoas dependentes marginalizadas, realizando o seu encaminhamento social e terapêutico.

(2) Os centros de acolhimento, por sua vez, consistem em espaços de residência temporária, em que se pretende afastar a pessoa dependente de locais de consumo, bem como a realização do encaminhamento social e terapêutico que se verifique pertinente. Todas as pessoas dependentes de substâncias psicoactivas podem aceder a estes centros, não podendo contudo permanecer por um período superior a seis meses.

(3) Os centros de abrigo são espaços de pernoita que visam um contributo da melhoria das condições de dormida das pessoas dependentes sem enquadramento sócio-familiar e para a aproximação destes aos sistemas sociais, afastando-os assim de locais favoráveis ao consumo de droga. Funcionam no período nocturno e estão disponíveis a todas as pessoas dependentes de substâncias psicoactivas.

(4) Nos pontos de contacto e informação pretende-se difundir informação de forma a evitar ou atenuar os riscos associados à utilização de drogas, assim como outros temas que se possam relacionar quer com o consumo, quer com comportamentos de risco.

A informação prestada nestes pontos é referente aos serviços de saúde e tratamento das adições, ao apoio jurídico e social existente, às condições e possibilidades de empregabilidade. Fornecem ainda infor-

mação sobre os psicotrópicos, o seu consumo, os riscos associados e formas da sua redução, bem como protecção contra doenças infecto-contagiosas, e auxílios não só aos dependentes mas também às suas famílias.

(5) Os espaços móveis de prevenção de doenças infecciosas destinam-se sobretudo ao rastreio e ao tratamento das doenças infecto-contagiosas mais comuns nas pessoas dependentes de substâncias psicoactivas. Visam a redução do consumo de heroína, por via de substituição com metadona.

(6) Os programas de substituição em baixo limiar de exigência têm por objectivo a redução do consumo de heroína, substituindo-a por metadona que é dispensada sem a exigência de abstinência de consumo de outras substâncias, em instalações adequadas ao efeito, sendo que a regularidade do contacto com este programa, pode, no entanto evoluir para a abstinência. A administração da metadona é presencial e feita por técnicos de saúde, em dose e periodicidade prescrita por médicos.

(7) Os programas de troca de seringas visam essencialmente a prevenção de doenças infecto-contagiosas por via endovenosa através do fornecimento de material aséptico para a administração endovenosa da substância. Promovem a acessibilidade à troca de seringas e agulhas, filtros, toalhetes, água destilada e ácido cítrico, entre outros materiais.

Estes utensílios estão disponíveis para todas as pessoas que os pretendam adquirir, devendo o seu fornecimento ser feito manualmente, a pedido, e acompanhado de informação escrita sobre os riscos decorrentes do seu comportamento. O número de seringas dispensado diariamente deve ser congruente com o número previsto de administrações da substância pelo consumidor.

(8) As equipas de rua destinam-se a potenciar a redução de risco, ocorrendo a sua intervenção nos espaços públicos onde o consumo de psicotrópicos se constitui num problema social. As acções desempenhadas encontram-se num vasto leque, já que trabalham principalmente com situações de risco iminente.

(9) Os programas para o consumo vigiado têm como objectivo, através da criação de locais de consumo (como por exemplo as salas de injeção assistida), o incremento da assepsia no consumo intravenoso e

consequente diminuição de riscos inerentes, bem como a promoção da proximidade com os consumidores, de forma a conseguir sensibilizar os utentes e encaminhá-los para o tratamento.

Estas medidas quando implementadas são regulamentadas pelo Instituto da Droga e da Toxicodpendência e têm vindo, ao longo dos últimos anos, a surtir o devido efeito, embora de forma moderada, já que são medidas relativamente recentes.

O relatório anual de 2004 do Instituto da Droga e da Toxicodpendência relativamente aos programas de redução de risco e minimização dos danos revela que ao longo de 2004 as mortes relacionadas com o consumo por via endovenosa foram menores, bem como o número total de notificações de infecção pelo VIH, que decresceu, acompanhado pela diminuição dos casos associados à toxicodpendência. Contudo, terá aumentado o número de mortes relacionadas com o consumo de outras drogas. Este facto poderá indicar que as medidas actualmente implementadas no âmbito da redução de riscos podem não ser suficientes ou estar indevidamente adaptadas ao consumo de outras substâncias de aparecimento mais recente, como por exemplo o caso das drogas sintéticas.

Interessante será também reflectir sobre o significado das alterações que temos vindo a assistir no que diz respeito às substâncias consumidas e às respectivas vias de consumo. Parece ser clara a tendência para um decréscimo do uso de depressores do sistema nervoso central, como por exemplo a heroína, e para um aumento do recurso a estimulantes, como será o caso do MDMA (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodpendência, 2003). Os motivos que poderão estar na base desta realidade são vários. Contudo permitir-nos-emos destacar dois: por um lado a crescente preocupação em relação às doenças infecto-contagiosas como a SIDA e a Hepatite é uma realidade. Nesse sentido, estarão a resultar as campanhas de informação e sensibilização que acabámos de descrever, o que será motivo de congratulação. Por outro lado, se essa fosse a motivação principal, assistiríamos, tão somente, a uma alteração da via de consumo, passando a predominar, por exemplo, o uso de heroína fumada. Não é, porém, essa a realidade que encontramos. Assiste-se a um acréscimo do consumo de estimulantes a que poderá corresponder uma alteração no desejo dos efeitos pretendidos. As pessoas hoje parecem preferir substâncias que promovam a actividade e

a euforia, aumentando a sua capacidade de realização. Esta alteração, aliás, parece reflectir a filosofia da sociedade em que vivemos, que valoriza a produtividade. Nesse sentido, uma política séria de prevenção dos comportamentos aditivos terá que implicar um âmbito bem mais alargado do que aquele que diz respeito aos consumidores propriamente dito. Futuros estudos deverão ser realizados no sentido de aprofundar esta temática.

3.3. Aspectos éticos inerentes às técnicas de redução de risco e minimização do dano

Se os programas de redução de risco levantam algumas questões, existe uma que pode ser considerada como central: se estes programas aceitam a manutenção dos consumos, não poderão estar a perpetuar uma dependência e, com isso, promover um mal maior para a pessoa?

Se considerarmos o art. 2.º da Convenção para a Protecção do Homem e da Dignidade Humana face às aplicações da Biologia e da Medicina do Conselho da Europa de 1996, "*O interesse e o bem-estar do ser humano devem sempre prevalecer perante o interesse e o bem-estar da sociedade*", fica claro que este tipo de programas só poderão ser aceitáveis se visarem o bem estar do indivíduo, não se justificando se o maior interesse na sua aplicação for no sentido da protecção da saúde pública. Então, será fundamental demonstrar, com base na evidência científica, que este tipo de programa é de facto benéfico para as pessoas que nele participam (Ricou, 2004; Patrício, 2002), utilizando metodologias estruturadas que permitam prever, dentro de limites razoáveis, o impacto das mesmas junto das pessoas.

Por outro lado será também pertinente questionar se a generalização destes tratamentos poderá incorrer no abandono do recurso a outros métodos que possam ser mais eficazes no que respeita à promoção da abstinência. A aceitação dos consumos constitui uma inversão na tradição proibicionista das nossas sociedades, pelo que por um fenómeno de rampa deslizante (Beauchamp e Childress, 1994) poderia correr-se o risco de atingirmos uma tal aceitação dos consumos que poderia levar a uma despreocupação em relação à sua continuidade. Nesse sentido, como é mais fácil conseguir a adesão destes doentes para programas que não exigam a abstinência, poderíamos assistir a um alargamento dos critérios

que encaminham os doentes para a redução de danos, diminuindo o recurso a tratamentos que visam a abstinência. Se tal se verificasse estaríamos seguramente a prejudicar muitas pessoas, pois importa não esquecer que, naturalmente, será sempre melhor não recorrer ao uso de substâncias psicoactivas. Então, qualquer que seja o programa adoptado importará, na nossa opinião, não perder de vista a abstinência, remetendo-a quando muito para um objectivo a longo prazo.

Existirão ainda questões relacionadas com a justiça distributiva na implementação dos programas e na promoção do acesso equitativo das pessoas que deles necessitam, ainda que estas questões não sejam exclusivas do fenómeno do abuso de substâncias. Patrício (2002) considera que os programas de redução de riscos devem ser implementados na periferia das zonas em que os consumos ocorrem. De igual forma, o decreto-lei n.º 183/2001 de 21 de Junho estatui que todos os dependentes podem aceder aos programas de redução de risco desde que se encontrem nas condições em que cada um dos programas visa actuar. Importa reflectir que para que tal se possa na realidade verificar os recursos necessários serão avultados, pelo que fica a questão, para a qual aliás não temos resposta, se essa deverá constituir-se como uma prioridade numa sociedade como a nossa onde a escassez de recursos é uma realidade. Serão, sem dúvida, opções muito difíceis de fazer.

Por outro lado será pertinente equacionar se as pessoas adictas estarão realmente em posição de dar o seu consentimento livre, informado e esclarecido, para integrar um programa de redução de riscos, ou será esta uma abordagem paternalista da medicina para pessoas extremamente vulneráveis (Negrete, 2001; Ricou, 2004).

A questão remete para o problema da competência da pessoa dependente; se o for poderá consentir livremente. Caso contrário deveria ser envolvida uma terceira pessoa no processo de tomada de decisão. Não nos parece contudo exequível esta possibilidade uma vez que a única forma de conseguirmos algum sucesso numa intervenção com uma pessoa dependente será obtermos a sua colaboração. De outra forma não seria possível acreditar na adopção de comportamentos saudáveis por parte da pessoa adicta e toda a filosofia de intervenção ao nível da redução de danos resultaria comprometida. Nesse sentido, e dado que a questão da incompetência será sempre uma situação transitória deve fazer-se um esforço para envolver o doente na intervenção, condição essencial para aspirarmos a algum sucesso.

Tal facto não invalida que não possa ser envolvida uma terceira pessoa na relação, sempre com a autorização do doente. Aliás, é frequente na intervenção ao nível dos comportamentos aditivos, a adopção de um contrato terapêutico onde está, muitas vezes, prevista a participação de uma terceira pessoa que toma conhecimento da forma como o processo vai decorrendo e que presta informações ao técnico sobre o comportamento do doente. Ficam desta forma resolvidas as questões relacionadas com a confidencialidade na relação, já que existe autorização prévia do doente. Contudo, esta realidade diz respeito sobretudo a tratamento que implicam a abstinência, pelo que se torna necessário o despiste de consumos, bem como de comportamentos associados. Numa intervenção de redução de riscos, que não visa a abstinência, a participação de uma terceira pessoa será de uma utilidade questionável, pelo que a acontecer será apenas se à dependência estiver associada uma outra perturbação mental que promova a incompetência da pessoa dependente. Nesse caso, os problemas colocar-se-ão como com qualquer outra pessoa com a sua competência limitada, aplicando-se os princípios do tratamento compulsivo (Ricou, 2004).

III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os programas de redução de risco e minimização dos danos associados ao consumo de substâncias psicoactivas podem ser considerados factores de humanização da saúde, uma vez que têm como propósito beneficiar o sujeito, reduzindo o malefício que o consumo acarreta. É por esta mesma razão que distintos autores consideram estas medidas eticamente defensáveis.

Apesar de levantarem diversos problemas estes programas parecem ser de facto eficazes no que diz respeito à diminuição dos riscos associados ao consumo. São medidas alternativas que devem ser levadas a cabo sempre que necessário, mas que não devem ser vistas como a solução dos comportamentos aditivos, porque efectivamente não o são. Potenciam a diminuição da morbilidade e mortalidade associadas ao consumo de substâncias psicoactivas, mas não implicam o tratamento, a abstinência, embora possam contribuir para tal.

Do mesmo modo, não será nunca demais referir que o grande combate aos comportamentos aditivos se faz a montante, ou seja, ao nível da

prevenção. Esta deve ser levada a cabo tendo em conta o carácter multidimensional da pessoa humana, considerando-a enquadrada num meio ambiental complexo em constante evolução, e compreendendo, finalmente, que a disponibilidade e a aceitação são condições essenciais para a compreensão da pessoa humana e para aumentar a probabilidade de contribuir para a alteração de comportamentos nocivos para a saúde individual e colectiva.

IV – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKRAM, G., & GALT, M. (1999). A profile of harm-reduction practices and co-use of illicit and licit among users of dance drugs. *Drugs: Education, prevention and police*, 6, vol.2, pp. 215-225.
Fonte: <http://search.epnet.com>
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª edição). Lisboa: Climepsi Editores.
Do original: Diagnosis and statistical manual of mental disorders, 4th Edition, Text revision
- BEAUCHAMP, T.; & CHILDRRESS, J. (2002). *Princípios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
- Do original: Principles of biomedical ethics, 1994.
- CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA PARA AS CIÊNCIAS DA VIDA (1996). *Relatório e parecer sobre a liberalização da droga e a despenalização do seu consumo*. 17/CNECV/96.
- CONVENTION FOR THE PROTECTION OF HUMAN RIGHTS AND DIGNITY OF THE HUMAN BEING WITH REGARD TO THE APPLICATIONS OF BIOLOGY AND MEDICINE: CONVENTION ON HUMAN RIGHTS AND BIOMEDICINE (1996). Strasbourg: Council of Europe.
- PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS (2001). Decreto-lei n.º 183/2001 de 21 de Junho. *Diário da República – I Série A* (21 de Junho de 2001), 142, pp. 3594-3601.
- CHEUNG, Y. (2000). Substance abuse and developments in harm reduction. *Canadian medical association journal*, 162, vol. 12, pp. 1697-1704.
Fonte: <http://search.epnet.com>
- ERICSSON, P. (1999). Introduction: The three phases of harm-reduction. An examination of emerging concepts, methodologies and critiques. *Substance use misuse*, 34, pp. 1-7.

HATHAWAY, A. (2002). From harm-reduction to human rights: Bringing liberalism back into reform debates. *Drug and alcohol review* (2002), 21, pp. 397-404.
Fonte: <http://search.epnet.com>

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA (2004). *Relatório anual*, vol. 11, Lisboa.

LANGENDAM, M.; BRUSSEL, G., COUTINHO, R., & AMEIJEN, E. (2001). The impact of harm-reduction based methadone treatment on mortality among heroin users. *American journal of public health*, 91, vol. 5, pp. 774-780.
Fonte: <http://search.epnet.com>

MENDES, F. (2005). *Drogas: E porque nos havemos de preocupar com os nossos filhos...* Coimbra: Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra.

MOREL, A.; HERVÉ, F.; & FONTAINE, B. (1998). *Cidadãos ao toxicodependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Do original: Soigner les toxicomanes, 1997.

NEGRETTE, J. (2001). Harm reduction : *quo valis ?*. *Addiction*, 96, pp. 543-545.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA (2000). *Boletim Bimestral do OEDT. Drugnet Europe (Julho-Agosto)*, 36. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA (2003). *Relatório anual 2003: A evolução do fenómeno da droga na União Europeia e na Dinamarca*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

Disponível em: http://annualreport.emcda.eu/download/ar2003eu_pt.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2003). *Drug addiction. Eastern Mediterranean health journal*.
Fonte: www.who.int

PATRICIO, L. (2002). *Droga: Para que se saiba*. Lisboa: Editora Figueirinhas.

RECOMMENDATION NO.REC(2004)10 of the Committee of Ministers to member States concerning to the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its explanatory memorandum (2004). Strasbourg: Council of Europe.

RICOU, M., DUARTE, Z. (1999). Álcool: um [des]estruturador familiar. Apontamentos sobre violência. *Boletim do Centro Regional de Alcoologia do Porto*. Ano 8, nº 19, 20, 21, Setembro. pp. 13-17

RICOU, M. (2004). *Ética e Psicologia: Uma prática integrada*. Coimbra: Gráfica de Coimbra

RICOU, M. (2004a) A Dependência: Doença ou Alienação Social? In *Dependências Individuais e Valores Sociais*, (pp. 83-98). Coordenação Rui Nunes, Miguel Ricou, Cristina Nunes. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda.

RICOU, M; SALGADO, J; ALVES, C; DUARTE, I; TEIXEIRA, Z; BARRIAS, J; NUNES, R (2004) A comunicação e a alteração de comportamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, (pp. 131-144) Volume 5, n.º 2.

ROTGERS, F. (1998). Beyond the war on drugs: Harm-reduction in correction. *Corrections today*, 60, vol. 6, pp. 110-114.

Fonte: <http://search.epnet.com>

SCHUCKIT, M.A. (1998). *Abuso de álcool e drogas* (4ª edição). Lisboa: Climepsi Editores

Do original: Drug and Alcohol Abuse – a Clinical Guide to Diagnosis and Treatment – Fourth Edition, 1995.

SINGLE, E. (1995). Defining harm reduction. *Drug and alcohol review*, 14, pp. 287-290.

Fonte: <http://search.epnet.com>