

OS NOVOS DESAFIOS DA REDUÇÃO DE RISCOS

Por Lia Cavalcanti

Preâmbulo

Em um mundo submetido as importantes mudanças induzidas pela mundialização¹, a precariedade econômica gera novas formas de viver em situação de marginalização social. Um grande número de pessoas encontra-se assim exclusão e de desafiliação social e cultural. Nos bairros populares, a intensificação da pobreza produz formas cada vez mais críticas de precariedade social geradoras de tensões e de violência. A insegurança real, bem como um "sentimento de insegurança" imaginário ou fantasmático, terminam por "criminalizar a pobreza" empurrando nossas sociedades em direção a ideologias de segurança.

O usuário de drogas, delinqüente porque consumidor de substâncias ilegais, torna-se então um objeto central destas ideologias. Ao lado do terrorista, "o toxicômano" torna-se alvo dos temores individuais e coletivos. Designado como uma ameaça à ordem pública e a segurança das pessoas, é necessário « persegui-lo » custe o que custar. A pressão social resultante, cujo peso se conhece nos debates públicos ligados às drogas, leva então os políticos, inclusive os mais "lúcidos" dentre eles, a colocar em questão os dispositivos de RDR². Se assiste então ao retorno do discurso moral (que se caracteriza por ser eminentemente emocional), em relação às drogas. Reforçar a repressão e a prescrição de abstinência são os pontos centrais desse discurso.

A redução de riscos, fragilizada por uma inscrição insuficiente nos textos legislativos nacionais, encontra-se assim no coração da tormenta e suas bases objetivas tendem a ser redimensionadas. Em um número não negligenciável de países, os recursos financeiros para programas de redução de riscos diminuem ao ponto de por em perigo a sua própria existência. O tempo de uma reflexão crítica se impõe...

A RDR : SUAS CONQUISTAS E SUAS FRAQUEZAS

A RDR aparece a partir dos anos 1980 no âmbito das políticas públicas de luta contra a toxicomania. Seus objetivos principais são, além da redução e da estabilização do consumo, a melhoria das condições de vida dos UD³, e principalmente de seu estado

de saúde. Esta política de saúde pública é centrada na redução dos riscos sanitários e sociais associados ao consumo de drogas, sem exigir um afastamento inicial de seu consumo. Diretamente inspirada da luta contra a AIDS, esta política se concentra na prevenção dos riscos infecciosos ligados ao consumo de drogas.

Na Europa, por volta de 1985 os Países Baixos colocaram em prática, de modo oficial, os programas de RDR; O Reino Unido o fez a partir de 1987, e a Suíça e Espanha em 1990. A França não o fez antes de 1994, revelando que os diferentes contextos políticos nacionais tinham um peso muito importante na elaboração das « políticas de drogas », apesar do desenvolvimento da epidemia de AIDS.

Para além da Europa do Oeste, outros países desenvolveram programas e ações : Canadá, Estados Unidos, Austrália, Brasil, Argentina, Chile, Uruguai, Rússia, Polónia, República Tcheca, Eslováquia e por último, mais recentemente, Índia, Tailândia, Nepal e Vietnã. Evidentemente, os diferentes cenários se diferenciam de modo muito significativo de um país a outro, sem nenhuma homogeneidade entre si, tendo em conta as diferentes realidades e legislações nacionais. As consequências desastrosas causadas pela epidemia da AIDS são um dos poucos denominadores comuns entre estas situações tão diversas.

Distribuir seringas e materiais de prevenção estéreis, fornecer tratamentos de substituição de opiáceos, associar os usuários de drogas as ações de prevenção, constituem iniciativas por vezes muito difíceis de realizar já que elas vão ao encontro de velhas certezas e crenças que asseguram que a única alternativa à droga é a abstinência. E que qualquer outra estratégia é considerada como sinal de « capitulação ».

Se foi possível instituir estas medidas foi porque, em face da terrível e mortífera epidemia de AIDS, os resultados alcançados pela RDR foram rápidos e incontestáveis, a saber :

- A importante diminuição da prevalência do HIV,
- A redução dos falecimentos por overdose.

Outras conquistas podem ser colocadas em evidência, através dos programas de RDR, que:

- contribuíram para uma diminuição e uma estabilização do uso de drogas,
- permitiram substituir as drogas de rua, (ilegais e geralmente alteradas), por medicamentos prescritos legalmente,
- produziram mudanças no modo de administração, fazendo diminuir o recurso a via intravenosa,
- Ajudaram a contatar e a manter o contato com os UD mais marginalizados,

- Facilitaram o acesso de UD aos programas de tratamento e aos diferentes serviços sociais.

Se estes aspectos fizeram avançar a política de RDR, outros se mostraram menos desenvolvidos, postos em segundo plano ou simplesmente ocultados na maior parte dos programas, como por exemplo:

- **O trabalho comunitário**, extremamente necessário para favorecer o desenvolvimento de práticas de contato, permitindo melhorar as condições de acesso à novas pessoas particularmente marginalizadas, bem como aos lugares de consumo, foi pouco desenvolvido. Ele permite observar e descrever as circunstâncias do uso em situação de risco, no intuito de adaptar as respostas relevantes, tanto do ponto de vista sanitário quanto social. Como resultado, para que uma mensagem de prevenção tenha credibilidade, ela deve considerar a percepção do risco pelas pessoas envolvidas e pelo seu grupo de pertença. É importante conhecer as maneiras específicas de « dizer » e « fazer » desses grupos e, os seus modos de vida e sobrevivência. Em outros termos, levar em consideração as diferentes trajetórias individuais, os estilos de vida, é o modo mais pertinente para comunicar e agir eficazmente. Por todas estas razões, é necessário implicar o usuário de drogas como ator da prevenção. Donde o interesse de reforçar a ação dos grupos de “auto-ajuda”, ou de “ajuda-mútua”.
- **Os sistemas de alerta precoces** para informar de modo mais eficaz e rápido sobre a qualidade dos produtos consumidos e sobre a periculosidade de eventuais co-consumações, são esforços desenvolvidos de maneira muito desiguais como estratégias de RDR. É necessária uma maior atenção neste ponto.
- **Os dispositivos "baixo limiar" de acolhimento, alojamento e ajuda à sobrevivência, abertos 24h/24**, pode dar respostas mais adaptadas às urgências sociais de um público geralmente muito marginalizado, assegurando maior continuidade no cumprimento das prescrições sanitárias. Estes dispositivos são, contudo, raros e quando existem, a sua capacidade de acolhimento é largamente insuficiente. É evidente que a precariedade social gera riscos importantes perante os usos de drogas. A precariedade das condições de vida aumenta a dificuldade para aceder às redes socio-sanitárias, aumenta as práticas de risco e acelera a degradação do estado de saúde deste público. Tanto mais que os ritmos de vida de uma importante parte dos usuários de drogas (e sobretudo os usuários de crack) são freqüentemente caóticos e

deslocados em relação ao funcionamento clássico dos serviços de ajuda aos toxicodependentes.

- Ainda que a **parceria com a polícia** seja anunciada como princípio importante das políticas de RDR, esta prática é longe de ser satisfatória na prática. Desenvolver formas novas de trabalho (de colaboração) entre os agentes e equipes de RDR e os serviços de polícia se faz necessário. Esta cooperação deve ser estabelecida no total respeito das prerrogativas de cada um. Integrar as forças de polícia como parceiro da política de RDR é necessário para melhorar a coerência dos dispositivos locais. E sobretudo é importante fazer evoluir as representações dos serviços de polícia sobre a "toxicomania" e os "toxicodependentes", o que representa sem dúvida, um importante vetor de diminuição dos riscos.
- Certos públicos, particularmente **vulneráveis**, são beneficiários de poucos programas de RDR, como:

- **Os jovens consumidores**

que desenvolvem comportamentos de riscos (injeções, policonsumo de medicamentos e drogas de síntese) e se mantêm à distância dos serviços especializados para toxicodependentes. Estes jovens constituem uma população a ter em conta de maneira prioritária. Apoiar-se sobre serviços não etiquetados "toxicomania" e sobre as suas redes sociais (prevenção pelos pares) são estratégias a adotar de maneira complementar. Isto supõe que a política de RDR integre os comportamentos de uso excessivo (ou abusivo) no seu campo de intervenção.

- **Os usuários de drogas encarcerados**

A presença da RDR no universo prisional é largamente minoritária na Europa (e totalmente inexistente no resto do mundo). Contudo, os programas orientados para a disponibilização de material de injeção estéril e a substituição são extremamente necessários nos espaços onde reina grande promiscuidade, como a prisão.

- **Os grupos étnicos minoritários**

É urgente, perante o aumento do crescimento dos fluxos migratórios, de desenvolver programas de redução de danos em direção de grupos étnicos minoritários, adaptando as mensagens e as práticas de intervenção aos seus contextos específicos: culturais, sociais e econômicos.

- A "Redução dos Riscos" destacou os perigos associados à "partilha" de seringas e como resposta a esta prática perigosa centrou as mensagens de prevenção em redor do uso "individual" de seringas. É necessário afirmar a importância do uso "único", não somente de seringas, mas o conjunto dos materiais (colheres, algodões, filtros...) de prevenção secundária.
- É urgente e imperativo que a RDR seja capaz de **diversificar o painel e os instrumentos de intervenção disponíveis** levando-se em conta as inúmeras possibilidades de riscos (incluindo mortais) associados à outras formas de consumo fora da via injetável, nomeadamente, a saber: via pulmonar (fumada), via intra-nasal (aspirada) e via oral (engolida). Cada um destas formas de uso apresenta riscos importantes, tanto a nível somático como psíquico, que nos incita a refletir e agir com acuidade. É necessário também considerar os riscos associados aos usos de substâncias como a cocaína e particularmente os associadas ao consumo de crack, policonsumações medicamentosas e o consumo de drogas de síntese.

Mas certamente, a acusação principal que se pode dirigir aos programas de RDR (que souberam inegavelmente enfrentar a epidemia de HIV) é a tendência à sua concentração sobre uma noção de riscos reduzidos à dimensão sanitária. Uma leitura mais complexa de riscos, que integre e associe aos problemas sanitários às dimensões sociais (marginalização, ausência de direitos...), económicas (pobreza, exclusão...) e relacionais (rupturas familiares e desafiliação...) quase foi eliminado totalmente do planeamento de suas intervenções.

O humanismo intrínseco à filosofia do RDR, que coloca o usuário no coração da sua ação como sujeito, tende a ser substituído por um modelo de intervenção utilitário de luta contra as doenças infecciosas (e os perigos ligados à propagação do VHC fazem apenas reforçar este movimento). De alguém que tem direitos, o usuário de drogas desliza insidiosamente para um papel "de assistido", onde encontra-se enquadrado segundo essa forma de aplicação das políticas de RDR.

Reduzida a uma visão estritamente sanitária, que foi a sua justificação primeira, a RDR negligenciou os riscos induzidos pela ideologia de segurança. A epidemia de AIDS não é mais objeto de medos e de temores irracionais. Os tratamentos anti-virais alimentam a ilusão de um pesadelo que termina.

O medo e o temor deslocam-se então para outros objetos e a utilidade do RDR é assim criticada cada vez mais. Sobretudo quando a insegurança pública toma a forma de debates políticos que geram muito frequentemente amalgamas entre toxicomania e violência urbana. A focalização midiática sobre estes temas associa o usuário de

drogas à criminalidade, intensificando por sua vez, o sentimento de insegurança. Estas representações exacerbam as tensões e as desigualdades e são perigosas para a democracia. Elas são construídas, além disso, pela negação das causas sociais geradoras da insegurança que constituem o desemprego, a pobreza e a precariedade. Para superar esta forte tendência, importa reconstruir a RDR sobre bases de um novo pacto social que associe a responsabilidade individual à solidariedade. A sua ação deverá assim apoiar-se sobre uma dupla exigência: por um lado, ter em conta, não somente os UD e as instituições mas, indubitavelmente e de igual modo, os cidadãos bem como os políticos, propondo formas novas de ação que reforcem as solidariedades e conseqüentemente diminuam o conjunto de riscos que oprimem os usuários: estigmatização, criminalização, marginalização, repressão...

Chegou a hora de « refundar » a RDR sobre uma nova apreciação dos riscos, que sem considerar apenas a dimensão sanitária, possa associar, como realidades inseparáveis, esta política de saúde pública à promoção dos direitos do homem.

POR UMA REFUNDAÇÃO DA REDUÇÃO DE RISCOS

O uso das drogas é um fenômeno de múltiplas facetas. As práticas de consumo não param de se alterar, quer por efeito da mudança social (evolução da oferta de produtos, de variações na concepção do prazer...), quer por efeito das pressões ligadas à ação policial ou à pobreza. A RDR parte do pressuposto de que não existe solução definitiva ao problema colocado pelas drogas nas nossas sociedades, sobretudo em um mundo globalizado onde a economia de mercado impõe-se como modelo dominante. Da mesma maneira que outras mercadorias, as drogas generalizam-se, diversificam-se, passam as fronteiras. As leis do mercado fazem-se sentir: aumento da solicitação, aumento da oferta... Aumento e diversificação dos riscos.

Para responder a esta problemática, é necessário a cada momento recriar modos de gestão flexíveis dos riscos através de programas capazes de fazer face às mudanças. É necessário também admitir que existem usos de drogas e os usuários. Isto supõe diversificar os serviços, para responder por programas específicos à necessidades de indivíduos singulares, e de grupos sociais específicos.

De igual modo, é fundamental tecer colaborações multi-profissionais e interdisciplinares com redes ampliadas que representem uma grande diversidade de recursos. Mas, sobretudo, é necessário dirigir-se à sociedade civil, novo protagonista das políticas de "drogas", assim como aos políticos.

Os cidadãos e as suas associações representativas (os seus grupos de pressão) doravante estarão presentes na cena política em matéria de drogas.

É necessário ter em conta o fato de a realidade é constituída de dinâmicas e de interações. É necessário, em consequência adaptar-se aos seus movimentos e a suas transformações. É por isso que a mobilização da sociedade civil, associada à sensibilização do legislador, deve ser uma nova prioridade para o RDR.

Uma verdadeira alternativa à "repressão total" (encarnada na doutrina da "tolerância zero") pode nascer desta reflexão-ação coletiva que associa problemas e recursos, representantes da sociedade civil e das autarquias, sobretudo a nível local.

É, por conseguinte, necessário criar novas práticas pela mobilização dinâmica de atores públicos e privados na investigação de soluções que possam ser aceitáveis, numa espécie de pragmatismo realista. Com este fim, a RDR deve promover espaços de encontro, de debates entre trabalhadores sociais, instituições e cidadãos.

É necessário explicar, ser pedagógico, convencer. É necessário demonstrar, realizar investigações e avaliar os programas desenvolvidos para melhorar a sua eficácia. Neste trabalho de sensibilização e de comunicação, é indispensável produzir dados quantitativos e qualitativos. É necessário objetivar a prática da RDR.

A **mediação social** aparece então como um instrumento necessário às intervenções da RDR, dado que pode criar a relação entre diferentes atores, permitindo assim uma melhor aceitação e compreensão desta política. A pertinência da mediação refere-se a dois postulados; o primeiro é que os problemas de sociedade não se resolvem pela "negação" (é necessário "caçar os toxicodependentes"), mas por uma elaboração concertada de soluções ou de compromissos. O segundo, é que é mais realista reduzir os riscos ligados à toxicomania que procurar erradicar esta última. Porque erradicar as drogas é um objetivo tão inatingível quanto querer erradicar o sofrimento, ou a fragilidade no humano.

Um derradeiro ponto, a RDR baseia-se na constatação da existência social de drogas e dos seus usos, como fenómeno inegável em todas as sociedades ao longo da história. Contudo este suposto básico defronta-se concretamente com os quadros legislativos que criminalizam o uso, tornando a aplicação dos preceitos do RDR contraditórios com a lei. Para superar esta ambigüidade perigosa, é necessário agir no sentido do questionamento do estatuto jurídico das drogas para fazer evoluir as diferentes legislações nacionais. Isto tornaria a prática da política de RDR legítima e coerente e diminuiria de maneira não negligenciável os riscos encontrados pelos usuários na sua sobrevivência diária.

Reafirmemos a visão de Jonathan MANN, infelizmente desaparecido demasiado precocemente, primeiro responsável dos programas de luta contra a AIDS na Organização Mundial da Saúde: "colocando o acento sobre os comportamentos percebidos nos seus contextos socioeconômicos, o novo paradigma (da RDR) substituirá a coerção pelo apoio ativo, a discriminação pela tolerância e pela diversidade".

Lia CAVALCANTI

Paris, 11 outubro de 2006

1 Por mundialização, designa-se uma série de mutações que transformam a economia internacional em um só mercado mundial.

2 RDR : Redução de Riscos - expressão utilizada na França para nomear as políticas e dispositivos de redução de danos.

3 UD : Usuário de drogas.