

3

A emergência da redução de danos em Portugal: da «clandestinidade» à legitimação política

JORGE BARBOSA

RESUMO

Neste artigo analisamos o processo de institucionalização da redução de danos, durante a trajetória das políticas para o consumo de drogas ilícitas em Portugal, expondo as suas fases, desde a «clandestinidade» à legitimação política. Descrevemos os percursos de emergência e adopção dos programas de redução de danos, no período de 1977 a 2005. E, ilustramos os condicionalismos e constrangimentos que ainda inviabilizam a consolidação da redução de danos no âmbito das políticas de luta contra a droga.

Palavras-chave: Política das Drogas; Toxicodependência; Redução de Danos.

RÉSUMÉ

Dans cet article, on analyse le processus d'institutionnalisation de la réduction des risques, pendant le trajet des politiques en ce qui concerne la consommation des drogues illicites au Portugal, en exposant les différentes périodes, dès la «clandestinité» jusqu'à la légitimation politique. On décrit les parcours d'émergence et adoption des programmes de réduction des risques, dans la période 1977-2005. On remarque encore les obstacles et contraintes qui rendent difficile la consolidation de la réduction des risques dans le contour des politiques de lutte contre les drogues.

Mots-clé: Politique des drogues; Toxicomanie; Réduction des Risques.

ABSTRACT

In this article, we analyse harm reduction institutionalisation process, during the course of policies related with illicit drugs consumption in Portugal, showing its different periods, since «clandestine phase» to political legitimacy. We also describe the emergence and adoption of harm reduction programs between 1977 and 2005. And, we point out obstacles and constraints that still make it difficult to consolidate harm reduction in the scope of policies against drugs.

Key Words: Drugs Policy; Drug Addiction; Harm Reduction.

1 – INTRODUÇÃO

As políticas de redução de danos foram tardiamente implementadas em Portugal, contrariamente ao seu percurso na Europa, nunca tendo assumido uma natureza prioritária no contexto das políticas das drogas. No nosso país, nunca existiu uma verdadeira «cultura de redução de danos» (Morales *et al.*, 1998). Constatamos que até finais da década de noventa do século XX, os projectos promotores de estratégias de redução de danos foram quase sempre produto de iniciativas voluntárias por parte de alguns profissionais, convencidos pela necessidade de incentivá-los, mas sem dispor de meios necessários para colocá-los em prática. São várias as razões por que em Portugal não se libertou a redução de danos do seu estado embrionário e se atrasou a sua introdução, relativamente à aplicação noutros países europeus. Por um lado, porque os efeitos da SIDA não se fizeram sentir da mesma forma. Por outro lado, a redução de danos nunca foi um elemento prioritário na política nacional das drogas (Morales *et al.* 1998).

A introdução de programas de redução de danos em Portugal tem sido considerada um processo lento, feito de avanços e recuos (Fernandes *et al.*, 2002). Até ao final do século XX, apresenta-se como uma medida clandestina, surgindo pontualmente através de acções e respostas fragmentárias e localizadas que apenas contribuíram para a sua «invisibilidade» (Costa, 2001). Vários foram os exemplos de acções isoladas e pontuais desenvolvidas ao longo das últimas três décadas do século XX. Nesse período, identificamos fases distintas no desenvolvimento da redução de danos em Portugal, desde a «clandestinidade» à legitimação política, caracterizadas inicialmente pelo pioneirismo e voluntarismo, como o projecto STOP-SIDA, a intervenção no Bairro do Casal Ventoso, em Lisboa, e o programa «Contrato de Cidade», na cidade do Porto.

A partir do final dos anos 90, observamos que as práticas de redução de danos foram sendo progressivamente introduzidas, em parte devido à sua consagração política. O reconhecimento da eficácia destas práticas no domínio da saúde pública e no controlo da criminalidade (redução da epidemia de VIH e de hepatites, controlo da pequena criminalidade associada ao consumo de drogas)

conduziu à sua consagração nas estratégias nacionais de luta contra a droga (Fernandes *et al.* 2004). No entanto, acrescentamos que esta legitimação política da redução de danos não foi no terreno acompanhada por medidas concertadas, diversificadas e adaptadas às práticas de risco e aos tipos de consumo, como se esperava, devido à resistência política e profissional manifestada no campo da saúde.

Os constrangimentos e as dificuldades mantêm-se porque a redução de danos não é propriamente um conceito pacífico em termos políticos e ideológicos. Por um lado, constatamos que as práticas profissionais continuam mais vocacionadas para o tratamento e para os programas livres de drogas. Por outro lado, prevalecem no domínio político determinados preconceitos relativamente a estas medidas de saúde pública. Como exemplo, referimos que não houve até hoje qualquer incentivo político para implementar medidas mais audazes, entre as quais destacamos a prescrição de heroína sob controlo médico, a troca de seringas nas prisões, que só recentemente foi adoptada a título experimental como medida de combate à propagação de doenças infecciosas entre os reclusos consumidores (Lei n.º 3/2007, de 16 de Janeiro e Despacho n.º 22 144/2007, de 21 de Setembro) e a criação de salas de injeção assistida, que apenas foi discutida publicamente pelas autarquias de Lisboa e Porto.

2 – FASES DE EMERGÊNCIA DA REDUÇÃO DE DANOS

2.1 – Fase clandestina (1977–1992)

A primeira fase, que designamos por «clandestina», preconizada no período de 1977 até 1992, é fortemente marcada pelo pioneirismo e pelo carácter fragmentário que caracterizou a implementação no terreno das medidas de redução de danos como os programas de substituição opiácea e o rastreio das doenças infecciosas.

Nos finais dos anos 70, são introduzidos em Portugal os programas de substituição opiácea. A história destes programas é principalmente uma crónica de programas de manutenção com metadona. Efectivamente, a implementação do programa de metadona, em 1977, no Centro de Estudos e Profilaxia da Droga do Norte, único centro

no país a utilizar este narcótico de substituição até 1992, inicialmente introduzido numa lógica terapêutica, assumiu-se ao longo das décadas subsequentes como programa de manutenção para heroíno-dependentes. Durante os anos oitenta, realizaram-se experiências de administração de metadona para fins terapêuticos, através de iniciativas individualizadas dentro do sistema e sem apoio político expresso (Costa, 2001). À semelhança do que acontecia no mesmo período na Europa, um dos primeiros objectivos da redução de danos no nosso país consistia em encorajar a mudança de comportamentos, visando a melhoria das condições de higiene e saúde (Marlatt *et al.*, 2004). As acções de redução de danos dinamizadas no seio das estruturas sanitárias da altura (CEPD's) não são designadas como tal, devido ao seu carácter clandestino. Eram percebidas pelos profissionais de saúde como estratégias complementares do tratamento de utilizadores de drogas injectáveis, que procuravam evitar e prevenir comportamentos de risco.

No início dos anos oitenta, identificamos breves referências a uma vontade expressa por parte do Centro de Estudos da Profilaxia da Droga do Centro pela implementação de um *drop-in* e de um *sleep-in*, que respondessem às necessidades dos consumidores de drogas. Terá sido esta, provavelmente, a primeira experiência de um *drop-in*, concretizada em 1985¹, que por várias razões os autores se abstêm de descrever (Ventura *et al.*, 1997). Talvez, porque nessa altura, aceitar intervenções de redução de danos, significava entrar em contradição e em confronto com as políticas proibicionistas em vigor. Aceitá-las implicava assumir um estatuto de «alegalidade». Nos finais dessa década, assistimos à realização de rastreios em relação a doenças infecciosas. No âmbito das acções de tratamento da toxicomania, considerava-se prioritário o levantamento epidemiológico do nível de infecção pelo vírus da SIDA, junto da população toxicómana, referenciada como um dos grupos de risco (Resolução do Conselho de Ministros N.º 23/87). Nesse período, as acções de redução de danos centravam-se essencialmente no combate contra o HIV/SIDA que, em simultâneo com as campanhas de prevenção de com-

portamentos sexuais de risco, defendiam a alteração das práticas de consumo (Marlatt *et al.*, 2004).

2.2 – Fase experimental (1993 – 1998)

Na década de 90, devido ao crescimento do número de utilizadores de drogas injectáveis infectados pelo VIH, acentua-se a preocupação social em torno da gestão dos riscos sociais, através da dinamização de projectos experimentais de redução de danos: projecto STOP-SIDA, em Coimbra, intervenção no Bairro do Casal Ventoso, em Lisboa, e Programa «*Contrato de Cidade*», na cidade do Porto.

O projecto STOP-SIDA, promovido pela Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (CNLCS), em parceria com a Administração Regional de Saúde do Centro e o Centro de Estudos da Profilaxia do Centro (actual Centro de Respostas Integradas de Coimbra), traduziu-se numa experiência pioneira e numa aplicação precursora no domínio da redução de danos realizada em Portugal. Iniciado em Maio de 1993, centrou os seus objectivos em torno da prevenção de novos casos de infecção pelo VIH na população utilizadora de drogas injectáveis. Apesar de se manter sem grande visibilidade no panorama nacional, contribui decisivamente para a expansão das várias intervenções desenvolvidas nos anos posteriores, como o rastreio anónimo e confidencial de doenças infecciosas, o trabalho de rua e o Programa Nacional de Troca de Seringas.

A intervenção no Bairro do Casal Ventoso, considerada por muitos, a primeira acção de redução de danos no nosso país, sofreu ao longo dos anos várias reestruturações (1996, 1998, 2001 e 2003), assentes no alargamento de respostas de proximidade (pontos de contacto e unidade móvel com programa de substituição opiácea de baixo limiar de exigência), na constituição de parcerias entre a autarquia de Lisboa, os serviços da administração central e a sociedade civil e na implementação de planos integrados de prevenção das toxicodependências. Todas estas acções, centradas na minimização dos problemas associados à toxicod dependência no Bairro, contribuindo para a visibilidade social do problema das drogas ilícitas, fomentaram a reflexão e discussão sobre a implementação das políticas de redução de danos em Portugal.

O Programa «*Contrato de Cidade*» (1997-2003), resultado de um protocolo entre o Governo e a Câmara Municipal do Porto, procurava responder ao sentimento de insegurança urbana resultante dos mecanismos potenciadores da exclusão social e do consumo de substâncias psicoactivas, promovendo a acessibilidade dos indivíduos socialmente excluídos e potencialmente geradores de intranquilidade social, a uma condição de cidadania, através da estruturação de projectos orientados para a dinamização de estruturas de proximidade junto dos arrumadores de automóveis e para o apoio aos trabalhadores do sexo. Pressupõe-se que os programas e as respostas sócio-sanitárias (equipas de rua, gabinetes de apoio, centro de acolhimento, troca de seringas, programas de substituição opiácea de baixo limiar de exigência e realização do rastreio de doenças infecciosas), dinamizados no âmbito deste programa de parceria, contribuíram significativamente para a diminuição das práticas e comportamentos de risco associados ao consumo de drogas de rua, promovendo, em simultâneo, a integração de consumidores socialmente vulneráveis em programas terapêuticos estruturados e continuados, disponibilizados pela rede assistencial pública.

Esta fase, localizada entre 1993 e 1998, constitui um período de múltiplas experiências de redução de danos que, de certo modo, contribuíram para a consagração política da redução de danos. É a fase «*experimental*», que representa um ciclo bastante profícuo na implementação de programas e estruturas sócio-sanitárias para utilizadores de drogas injectáveis. Foi o período em que se corporizaram os programas de troca de seringas (Programa «*Diz Não a uma Seringa em Segunda Mão*»). Apesar de todas as limitações apontadas a estes programas de redução de danos (cobertura geográfica, acessibilidade e composição do KIT), actualmente são reconhecidos como iniciativas de sucesso pelos resultados obtidos no controle da infecção pelo VIH/SIDA. De acordo com o estudo – “*Estimativa do impacto do programa “Diz não a uma seringa em segunda mão” no risco de infecção por VIH/SIDA na população portuguesa de utilizadores de droga*

injectada” (Exigo Consultores, 2002) – conclui-se que o Programa Nacional de Troca de Seringas, durante o período 1993 – 2001, evitou cerca de 6.300 infecções por cada 10.000 utilizadores de drogas injectáveis, constituindo um benefício financeiro para os recursos públicos superior a 400 milhões de euros.

Foi na década de noventa que surgiram medidas típicas de redução de danos, como acções de apoio médico e social a grupos específicos da população toxicodependente (arrumadores de automóveis, trabalhadores do sexo e indivíduos sem-abrigo). Mais por iniciativa dos profissionais de saúde do que por vontade política, desenvolveram-se a título experimental programas de redução de danos (gabinetes de apoio, equipas de rua e centros de abrigo) em locais de prostituição e em bairros de tráfico e consumo. Tratavam-se de intervenções sociais junto de populações excluídas de consumidores de drogas ilícitas. Também na opinião de Patrício (2002), foi apenas na segunda metade dos anos 90 que a redução de danos foi incrementada de forma mais incisiva, no âmbito das políticas locais (Lisboa, Porto e Algarve).

No final da década de noventa, o agravamento epidémico da SIDA e dos problemas da insegurança e da criminalidade associados ao consumo de drogas ilícitas, determinaram um esforço sem precedentes de debate público, reflexão e de propostas em torno de políticas alternativas para o problema da «*psicoactividade*» (Escotado, 1996).

Na procura de alternativas para minimizar a natureza dos problemas causados pela complexidade deste tema, Estado e sociedade civil promoveram um intenso e rico debate público sobre a problemática do enquadramento legal do consumo de drogas ilícitas. Essa discussão ganhou uma ampla projecção no seio da opinião pública, através da divulgação pela comunicação social e pela participação de várias personalidades públicas. Foi uma discussão complexa e talvez relevantemente desproporcionada no contexto da estratégia política a adoptar em Portugal para o problema da droga. Em todo o caso, possibilitou a análise de perspectivas não proibicionistas e de outras experiências praticadas noutros países europeus. Temas como a discrimina-

lização, a legalização e a despenalização, foram amplamente discutidos durante esse período. Matérias que não constituíram nenhuma novidade, até porque já tinham sido abordadas em décadas anteriores².

Neste cenário, imperou a proposta de descriminalização do consumo privado e a reflexão em torno de uma política pública experimental de redução dos danos de natureza preferencialmente social e de saúde pública. O Governo, através da iniciativa do Ministro-Adjunto do Primeiro-Ministro, José Sócrates, nomeou pelo Despacho n.º 3229/98 de 16 de Fevereiro uma comissão de estudo, que congregava profissionais e cientistas, para elaborar uma proposta de estratégia nacional de combate à droga. É a fase da «cientificação» das políticas das drogas, em que o *Poder* convoca o *Saber* com vista ao reequacionamento e reavaliação das políticas (Poiares, 2001). No relatório final elaborado pela *Comissão Para a Estratégia Nacional de Combate à Droga* constavam propostas completamente inovadoras no domínio político das drogas, nomeadamente a descriminalização do consumo privado de drogas e a implementação de uma política de redução de danos. Esse documento elaborado pelo corpo científico, que se converteu na Resolução de Conselho de Ministros n.º 46/99, de 26 de Maio (Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga), expressava a necessidade de se aplicar a política de redução de danos em Portugal, assumindo-a sem tibiezas no plano do discurso oficial referente às estratégias de intervenção no campo das drogas.

2.3 – Fase da legitimação política (1999 – 2005)

Com a publicação da Estratégia Nacional de Luta contra a Droga (Lei n.º 46/99) o panorama da redução de danos alterou-se completamente. Esta Lei ao colocar a ênfase da orientação política numa atitude eminentemente pragmática e humanista, tornou possível avançar com uma política de redução de danos preocupada eticamente com os direitos dos utilizadores de drogas e em salvaguardar a sua própria dignidade humana, favorecendo a minimização da exclusão social e da diminuição da criminalidade e do risco de propagação de doenças infecciosas. No capítulo VI da Resolução n.º 46/99, proclama-se o reconhecimento da importância

das políticas de redução de danos, como medidas sócio-sanitárias que visam eliminar ou minimizar os danos causados pelo consumo de drogas. Nesse diploma, as políticas de redução de danos, são descritas como medidas aparentemente técnicas, dirigidas para a prevenção de determinados danos associados às drogas ilícitas e injectáveis.

No entanto, só dois anos depois é que houve vontade política para legislar estas medidas de promoção da saúde pública, com a publicação do Decreto-lei n.º 183/2001, de 21 de Junho (que aprova o Regime Geral das Políticas de Redução de Danos). Para vários especialistas nesta matéria, este diploma representa um avanço importante no domínio das políticas das drogas, destacando o reconhecimento da importância da redução de danos, enquanto medida de saúde pública alternativa ao modelo da abstinência.

O Governo desse período previu no programa legislativo (Resoluções do Conselho de Ministros n.º 30/2001, de 13 de Março que «*Aprova os 30 objectivos de luta contra a droga e a toxicoddependência*» e n.º 39/2001, de 9 de Abril, que «*Aprova o Plano Nacional de Luta contra a Droga e a Toxicoddependência – Horizonte 2004*») a inclusão das medidas de redução de danos. A publicação dessa legislação veio reforçar a política de redução de danos como medida sanitária que urgia levar a cabo para dar cumprimento à Estratégia Nacional de Luta contra a Droga. Com essas duas novas Resoluções do Conselho de Ministros, o Governo avança com medidas e acções concretas, através da implementação de uma rede nacional de redução de danos e do reforço das intervenções em meio prisional.

Durante esse mesmo ano, o Governo propôs uma discussão pública da política de redução de danos³, envolvendo todos os sectores políticos e sociais da sociedade portuguesa. O debate proposto pelo Governo gerou a dicotomia em torno das políticas de redução de danos, levantando questões em torno das relações entre lei e medicina. Mas, a fase da discussão pública acabou por não acontecer como desejado, em parte por culpa da sociedade civil, que foi incapaz de dinamizar o debate. Este foi sobretudo promovido pelos sectores políticos e sociais mais conservadores, que acusaram

o Governo de uma atitude tolerante face ao fenómeno das drogas (Costa, 2001).

Para uns, este novo paradigma de intervenção no campo das drogas, suscitou a ideia de que se estivesse a optar por uma «*política de desistência e resignação*» perante o problema das drogas (Saraiva *et al.* 2004). Uma política paliativa pouco consistente, que não apela à solidariedade nem à tolerância, visando apenas a protecção do medo da doença e da insegurança manifestado por uma sociedade que se sente ameaçada pela droga (Barreto, 2003). Para outros, nomeadamente alguns políticos, o princípio da redução de danos traduzia-se apenas numa «*medicalização do problema das drogas*» (Expresso, 1998).

Contrariamente a estas acusações de «*abdicação*» no combate ao problema das drogas, houve quem apelasse para a introdução de uma política de acção médica de redução de danos. Exemplo desse apelo foi manifestado pelo próprio Presidente da República, Jorge Sampaio, em entrevista a um órgão da comunicação social, afirmando que as medidas de redução de danos «*(...) têm-se mostrado eficazes na diminuição do risco de doenças infecciosas e, ainda, na prevenção da marginalização social e na facilitação do relacionamento com as estruturas de saúde*» (Jornal de Notícias, 2001:1).

O projecto de diploma sobre a redução de danos, após o período de discussão pública, foi aprovado com pequenas alterações pelo Conselho de Ministros, convertendo-se no Decreto-lei n.º 183/2001, de 21 de Junho (Regime Geral das Políticas de Redução de Danos). Com este diploma assume-se pela primeira vez uma política de redução de danos integrada, completa e globalmente acessível a todos os utilizadores de drogas ilícitas. Veio ainda, consagrar um conjunto de diversos programas e estruturas sanitárias propostos na Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga: gabinetes de apoio, centros de acolhimento, centros de abrigo, pontos de contacto e de informação, espaços móveis de prevenção de doenças infecciosas, programas de substituição em baixo limiar de exigência, programa de troca de seringas, equipas de rua e programas para consumo vigiado. Estes programas não eram novidade

em Portugal, já haviam sido base de experimentação, pelo que se tratava agora de «*(...) promover o seu enquadramento normativo e integração num sistema global e coerente, clarificando os termos e as bases em que os agentes podem desenvolver a sua acção (...)*» (Decreto-Lei 183/2001). De acordo com Costa (2001), este diploma além de corporizar os princípios propostos pela Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (1999), põe termo a uma fase caracterizada pelo carácter clandestino dos programas e estruturas sócio-sanitárias e pela carência de coordenação entre eles.

A publicação dos diplomas consagrativos da redução de danos (Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99 e Decreto-lei n.º 183/2001), representa um novo período de desenvolvimento da redução de danos em Portugal, que designamos por fase da «*legitimação política*». A fase entre 1999 e 2001 constitui, do ponto de vista político e social, um período de múltiplos eventos, desde a proclamação de uma política global de redução de danos, à sua discussão pública e consequente consagração legislativa. Depois de um período de experiência de iniciativas de baixa exigência geograficamente limitadas, seguiu-se um ciclo de regulação e generalização das políticas de redução de danos.

Essa consagração política, impulsionou a introdução de medidas de redução de danos, traduzida pela generalização dos programas de metadona e pela implementação de equipas de rua (regulamentadas pela Portaria 1114/2001, de 20 de Setembro), que foram sendo promovidas pelas autarquias, IPPS's, ONG's, em parceria com a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida e o Instituto da Droga e Toxicoddependência (entidades financiadoras dos projectos), orientando toda a sua intervenção fundamentalmente em torno de grupos específicos, em particular grupos que se encontram expostos a comportamentos de «*alto risco*» (utilizadores urbanos de drogas de rua, trabalhadores sexuais e indivíduos infectados pelo VIH/SIDA).

Outra área prioritária sobre a matéria em apreço, que merece ser analisada no Decreto-Lei n.º 183/2001, diz respeito à redução de danos nas prisões. A proposta para a instalação experimental de troca de seringas ou programas de consumo asséptico no interior das

prisões, apresentada durante o período da discussão pública da política de redução de danos, não foi sequer objecto de regulação no diploma em estudo.

Muito do que se prometeu, em matéria de redução de danos, ficou aquém do desejado. As propostas para a implementação experimental dos programas de consumo assistido ou vigiado, nunca foram providenciadas de acordo com a regulamentação da lei aprovada, apesar de terem estado no centro da polémica, durante o debate público da redução de danos associados ao consumo de drogas. Já no início de 2001, verificara-se que foi debatido e recusado o projecto de lei apresentado pelo Bloco de Esquerda sobre as salas de injeção assistida (Projecto de Lei n.º 203/VIII, de 31 de Janeiro de 2001). Nesse período, a opinião pública privilegiou as salas de injeção assistida, as designadas «salas de chuto», sobre as quais incidiu um invulgar relevo. As condições de acesso e a localização das salas de injeção asséptica estiveram no centro do debate sobre a redução de danos. De acordo com as propostas do Governo, as salas de injeção asséptica que seriam implementadas durante um período experimental de um ano, localizar-se-iam apenas em zonas de grande concentração de utilizadores de drogas injectáveis. Para acederem a estes programas de consumo vigiado, os utentes teriam que estar previamente registados no programa, após observação por um técnico que deveria aferir a situação de dependência profunda. Todavia, como afirma Poiães (2001), constatou-se que a implementação destes programas poderia esbarrar em dois obstáculos: a rejeição dos consumidores em frequentá-los e a dificuldade em encontrar locais para a sua instalação, face à recusa das autarquias ou à reivindicação popular. Obstáculos que, segundo o autor, serviram para justificar o imobilismo e letargia neste domínio. Mas, também não é evidente a compatibilidade destas medidas assépticas com as convenções internacionais rectificadas por Portugal. A criação de salas de injeção assistida, onde os utilizadores de drogas podem consumir substâncias ilícitas sob a supervisão de técnicos de saúde, contraria os pressupostos legais reafirmados pelos tratados internacionais de controlo das drogas.

Depois de uma fase expansiva em torno da redução de danos, entramos num ciclo de estagnação, devido a incapacidade de aprovar a desejada regulamentação dos programas e estruturas de defesa da saúde pública e privada, previstos no Decreto-lei 183/2001. O comprometimento do Governo em dar continuidade à *Estratégia Nacional de Luta Contra Droga* (1999), traduziu-se num retrocesso numa política que é encarada internacionalmente como «*progressista*». De todas as estruturas sócio-sanitárias previstas no regime geral das políticas de redução de danos (Decreto-Lei 183/2001), verificamos que apenas foram regulamentados os pontos de contacto e informação e as equipas de rua (Portarias 1112/2001 e 1114/2001, de 20 de Setembro). Se exceptuarmos os Planos Integrados de Lisboa e Vila Franca de Xira, e os Programas «*Contrato de Cidade*» e «*Porto Feliz*», na cidade do Porto, observamos que o desenvolvimento da política portuguesa da redução de danos se limitou em grande medida, ao accionamento dos projectos de equipas de rua. Isto porque, apenas foi promovido um concurso nacional, em Outubro de 2001, para a criação, funcionamento e financiamento das equipas de rua⁴, enquadrado pela Portaria n.º 1114/2001, de 20 de Setembro.

Durante esse período, diversos factores ainda paralisavam o desenvolvimento e a expansão dos programas de «*redução dos prejuízos individuais e de prevenção dos riscos colectivos*» (Barbosa, 2006), entre os quais, identificamos: (i) escassez de estruturas secundárias de redução de danos (centros de acolhimento e centros de abrigo); (ii) inadequabilidade das estruturas comunitárias face às necessidades sociais e sanitárias dos consumidores de drogas; (iii) ausência de formação específica em matéria de redução de danos; (iv) rigidez e resistência dos serviços assistenciais da rede pública; (v) persistência pela opção dos modelos de intervenção sócio-terapêutica baseados na abstinência (vi) dificuldades de acesso dos consumidores aos programas de substituição opiácea de baixo limiar de exigência e, (vii) carácter embrionário das intervenções em espaços de lazer e diversão («*Raves Parties*»). No nosso país, o único exemplo de uma acção de *Pill*

Testing (teste de substâncias) desenvolveu-se apenas em Lisboa (*Ponto de Contacto*, na Av. 24 de Julho), a título experimental, disponibilizando informação sobre a presença de substâncias perigosas nas pastilhas de ecstasy.

3 – CONCLUSÃO

Em Portugal, os percursos de introdução e implementação da redução de danos, que ocorrem durante parte da trajectória política para o problema das drogas, revelam etapas de variação que vão da clandestinidade à legitimação política. O desenvolvimento de medidas de redução de danos para utilizadores de drogas ilícitas processou-se por distintas fases que atravessam o período de transição do século XX para o século XXI. A primeira fase, caracterizada pelo confronto com as orientações proibicionistas, representa um ciclo marcado pelo accionamento de respostas clandestinas e isoladas, no âmbito do tratamento da toxicodependência, como foram os casos da introdução dos programas de manutenção com metadona e do rastreio das doenças infecciosas.

Durante a segunda fase surgem, a título experimental e por vontade dos profissionais, diversas acções de redução de danos destinadas a minimizar os riscos associados ao consumo de drogas e às práticas sexuais desprotegidas. Nesse contexto, sobressaem algumas iniciativas como o programa nacional de troca de seringas e as intervenções locais do Casal Ventoso, em Lisboa e do programa «*Contrato de Cidade*», no Porto.

A terceira fase corresponde ao ciclo da legitimação política da redução dos danos, com a discussão pública e a posterior consagração legislativa. Nessa fase, foram projectados diplomas legais que regulam vários programas e estruturas sócio-sanitárias vocacionados para a defesa da saúde pública e privada. Em simultâneo, surgiram campanhas de educação para a saúde em espaços nocturnos e generalizou-se os programas de substituição opiácea de baixa exigência. É uma fase que compreende diversos momentos, como o reconhecimento político, o enquadramento legal e a consagração da redução de danos nas estratégias nacionais de luta contra a droga. Entre 2002 e 2005,

assistiu-se a um ciclo caracterizado pela estagnação política da redução de danos, constatando-se uma resistência política à sua implementação, um retrocesso das orientações definidas na Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (Resolução de Conselho de Ministros n.º 46/99, de 26 de Maio) e a falta de regulamentação das estruturas e dos programas sócio-sanitários previstos no Regime Geral das Políticas de Redução de Riscos e Minimização de Danos (Decreto-lei n.º 183/2001, de 21 de Junho). Esta regulamentação teve de esperar mais seis anos para ser aprovada pelo Governo, através das Portarias n.º 748/2007 e n.º 749/2007, de 25 de Junho, que preocupado com a complexidade do problema do uso e abuso de substâncias psicoactivas, procura através desta legislação um compromisso de continuidade com a Estratégia Nacional de 1999, incentivando as entidades privadas a construir uma rede global de respostas integradas e complementares, de forma articulada e sustentada, no âmbito da redução de riscos e minimização de danos.

A redução de danos tem apresentado um trajecto político atravessado por dificuldades. Podemos constatar que esse percurso se ressentia de condicionalismos e constrangimentos, que em parte inviabilizam a sua consolidação no contexto das políticas de luta contra a droga. A título de exemplo, podemos referir, como aspectos limitadores do estabelecimento da redução de danos enquanto campo específico dentro das políticas das drogas, a persistente opção por um modelo de intervenção virado para a abstinência, a ausência de sistematização e avaliação das intervenções de menor risco e a vulnerabilidade da redução de danos às oscilações políticas (governamentais, autárquicas e institucionais).

Sob este enquadramento marcado por contrariedades, prevalecem traços de anuência, como a efectivação de um programa nacional de troca de seringas, a dinamização de planos integrados (Lisboa e Vila Franca de Xira), a produção de documentos legais e a implementação de uma rede primária de redução de danos, alicerçada na dinamização de equipas de rua através do estabelecimento de parcerias com as organizações da sociedade civil. De acordo com um estudo avaliativo

da intervenção das equipas de rua protocoladas com o IDT (Andrade, *et al.*, 2007), demonstra-se a mais-valia destes projectos de proximidade, constatando-se que durante um ano de intervenção se verificaram ganhos para a saúde dos indivíduos contactados, provocando a alteração das práticas de risco associadas ao consumo de substâncias psicoactivas, fomentando a adopção de comportamentos sexuais seguros e promovendo a inserção em projectos terapêuticos.

O reordenamento jurídico e estratégico do Instituto da Droga e Toxicoddependência, (Decreto-Lei n.º 221/2007, Portaria n.º 648/2007, Portaria n.º 131/2008 e Despacho Normativo n.º 51/2008), também veio reforçar, numa lógica de territorialidade, de integração, de parceria e de participação, a institucionalização da redução danos, ao contemplar na sua orgânica estruturas locais de cariz operativo e de administração, os designados Centros de Respostas Integradas (CRI). Estas unidades de intervenção local, compostas por equipas técnicas de redução de riscos e minimização de danos, actuam na comunidade por si e em colaboração com entidades públicas e privadas, dinamizando respostas integradas e territorialmente delimitadas de redução de danos junto de indivíduos toxicoddependentes e indivíduos com síndrome de abuso ou dependência de álcool. Com a recente criação do Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI), que pretende investir na operacionalização de programas de acção territorial transdisciplinares, a redução de danos pode assumir uma destacada relevância interventiva, através do trabalho em rede, da optimização de recursos e da promoção da responsabilidade partilhada e colectiva pela gestão dos riscos sociais originados pelos consumos de substâncias psicoactivas.

Contudo, a redução de danos ainda não alcançou a maturidade política para que se possa configurar como uma política pública consistente no domínio da gestão dos riscos sociais. Acrescentamos, que ainda hoje prevalecem algumas resistências ideológicas à diversificação de determinados programas de redução de danos, de acordo com as necessidades dos cidadãos utilizadores de drogas e tendo em conta os contextos e *settings* onde decorrem os consumos, como as

intervencções junto dos consumidores de «*drogas de desenho*», em contextos recreativos e nos espaços de lazer nocturnos, os programas para consumo vigiado e os programas de uso asséptico e de troca de seringas em meio prisional. Foram identificadas as fragilidades do programa de troca de seringas adoptado no final de 2007, a título experimental, nos Estabelecimentos Prisionais de Lisboa e Paços de Ferreira. A resistência dos guardas prisionais e a falta de confiança dos reclusos consumidores, são as razões apontadas para a fraca adesão a esta medida de redução de danos. Em relação às salas de injeccção assistida ou de consumo vigiado, após o apelo de alguns autarcas e governantes para a sua instalação nas cidades de Lisboa e Porto e depois da aprovação pelo Governo do Plano de Acção Contra as Drogas e as Toxicoddependências que previa a sua criação até 2008, continuamos ainda na fase de avaliação das necessidades e da pertinência dos locais para a sua implementação.

CONTACTO:

JORGE BARBOSA

Centro de Respostas Integradas do Porto Oriental
Rua Damião de Góis, 270, 4050-233 Porto
225 090 701 / 965273004
a.jorge.barbosa@clix.pt
jorge.barbosa@idt.min-saude.pt

NOTAS:

- 1 – Mais tarde, designado por Projecto STOP-SIDA - Centro Laura Ayres.
- 2 – Em 1976, Figueiredo Dias pronunciou-se a favor da descriminalização em lugar público, complementada por medidas médicas e de assistência social. Em 1990, os deputados Carlos Pimenta e Costa Andrade manifestaram-se a favor da descriminalização. O deputado independente Pegado Liz propôs o projecto de lei n.º 4833/V, fortemente inspirado na teoria do comércio passivo de Caballero, que visava a legalização da utilização de drogas, através de um monopólio estatal para a sua importação e distribuição, com fixação de preços e informação dissuasora do consumo. Mais tarde, em 1998, o Procurador-Geral Adjunto, Eduardo Maia Costa, propôs uma reforma da política da droga estruturada na distinção entre drogas duras e leves, regulamentação da venda das drogas leves, política de redução de danos quanto às drogas duras e despenalização do consumo.

3 – Discussão pública 5 de Fevereiro – 25 de Março de 2001, proposta pelo Secretário de Estado da Presidência do Conselho de Ministros Vitalino Canas.

4 – Foram aprovados 23 projectos a nível nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, Paula Vale, *et al.* (2007), «Para além do espelho – a intervenção de proximidade nas toxicodependências», 13 (2), pp. 9 – 24.

Barbosa, Jorge (2006), *Entre a regulação dos «riscos psicoactivos» e a defesa dos direitos de cidadania: o Serviço Social no seio das políticas de redução de danos*, Tese de Mestrado, Lisboa, Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa.

Costa, Eduardo Maia (2001), «Redução de danos: preconceitos, obstáculos, justificação», *Toxicodependências*, 7 (3), pp. 53 – 58.

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

Exigo Consultores (2002), *Estimativa do impacto do programa “Diz não a uma seringa em segunda mão” no risco de infecção por VIH/SIDA na população portuguesa de utilizadores de droga injectada*: Estudo de Avaliação: Programa Troca de Seringas “Diz não a uma seringa em segunda mão”, Lisboa: CNLCS.

Fernandes, Luís; Ribeiro, Catarina (2002), «Redução de riscos, estilos de vida Junkie e controlo social», *Sociologia, Problemas e Práticas*, 39, pp.57 – 68.

Fernandes, Luís; Pinto, Marta (2004), *Caracterização e análise crítica das práticas de redução de riscos na área das drogas em Portugal – relatório final das actividades levadas a cabo em Portugal no âmbito do projecto europeu Rezolat*, Porto, Radicário - Centro de Ciências do Comportamento Desviantes.

Jornal de Notícias (2001), *Avaliação positiva para troca de seringas*, 16 de Julho.

Jornal Expresso (1998), *Política*, 9 de Maio.

Marlatt, G. Alan; Carlini-Marlatt, Beatriz; Ferreira-Borges, Carina (2004), «Redução de danos», FERREIRA-BORGES, Carina; FILHO, Hilson Cunha (Coord.), *Alcoolismo e toxicodependência*: Manual Técnico 2, Climepsi Editores.

Morales, Luís; Morel, Alain (1998), *Etude sur les pratiques professionnelles en matière de réduction des risques en Europe*, ERIT.

Patrício, Luís (2002), *Droga para que se saiba*, Lisboa: Livraria Figueirinhas.

Poiars, Carlos Alberto (2001), «Variações sobre a droga», *Toxicodependências*, 7 (2), pp. 67 – 75.

Ventura, Manuel A.; VICENTE, Teresa Nunes (1997), «Redução de riscos e tratamento – Uma experiência do projecto Stop-Sida», *ITACA – Aprender e Mudar*, III Encontro Europeu *A intervenção nas toxicodependências como processo permanente de investigação*, Lisboa: Livro de Comunicações, pp. 73 – 80.

Saraiva, João; Miguel, Nuno (2004), «Toxicodependentes sem-abrigo – uma experiência de estabilização e encaminhamento», *Toxicodependências*, 10 (1), pp. 3 – 14.