

Redução de Danos: Posições da ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria) e ABEAD (Associação Brasileira para Estudos de Álcool e Outras Drogas).

“As melhores estratégias para conscientizar a sociedade e as autoridades competentes da importância da questão das drogas não se resumem a um só golpe de mestre. Na verdade, é um grito de guerra longo e firme. Quando apresentar sua argumentação sobre o caso é fundamental se ater aos fatos, apresentá-los com sinceridade, e nunca parecer radical ou ter se deixado levar pela paixão em relação a esta questão. Acredito que também é importante formar alianças com outros assuntos de interesse de saúde pública mais amplos”.

(Griffith Edwards, entrevista para o Boletim da ABEAD - 2001).

1. ABP (Departamento de Dependência Química da Associação Brasileira de Psiquiatria)

Departamento de Dependência Química:

João Carlos Dias

Sandra Scivoletto

Cláudio Jerônimo da Silva

2. ABEAD (Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas):

Ronaldo Ramos Laranjeira

Marcos Zaleski

Analice Gigliote

Irani Argimon

Ana Cecília P. Roselli Marques

I – Introdução

Cada indivíduo traz consigo uma bagagem diferente a respeito do uso de drogas e, conseqüentemente, diversas atitudes sobre redução de danos. Alguns apresentam posições e condutas influenciadas por suas próprias experiências de tratamento; outros baseados na sua própria visão e formação, estando incluída a bagagem moral-religiosa sobre o uso de droga; outros trazem uma visão menos estereotipada ou menos rígida do que é adequado em termos do uso de drogas para determinado indivíduo; ou ainda uma visão pró-legalização das drogas (1).

Qual a atitude e a característica das diversas visões sobre o uso de drogas e sobre os problemas a ele relacionados, que caminham em sintonia com o movimento de redução de dano? E quais são as áreas em desacordo entre si ou que necessitam de maiores explorações e pesquisas?

A Redução de Danos, portanto, pode ser entendida atualmente por, pelo menos, duas vertentes diferentes: (a) a primeira mais fidedigna aos conceitos primordiais de sua criação para reduzir danos de HIV e DST em usuários de Drogas Injetáveis e (b) a segunda cujo conceito mais abrangentes inclui ações no campo da saúde pública preventiva e de política públicas que visam prevenir os danos antes que eles ocorram.

Para o segundo Conceito, que parte do ponto de vista mais abrangente, alguns princípios baseados em evidência devem ser destacados.

- A Melhor forma de reduzir os danos de todas as drogas à sociedade é estimular padrões de abstinência em todas comunidades, famílias e indivíduos.
- Não existe uso de drogas isento de riscos. Dados recentes mostraram que doses relativamente baixas de álcool expõe adolescentes a maiores riscos de acidentes e outros problemas.
- As políticas de Redução de Danos, neste sentido mais amplo, deveriam diminuir os danos sociais do uso de drogas. A Organização Mundial da Saúde propõe política neste campo. Exemplificando, no caso do álcool, as políticas globais que visam diminuir o consumo geral do álcool, são: Aumento do preço das bebidas; Proibição da propaganda do álcool; controle de acesso e disponibilidade do álcool; Leis mais atuantes sobre o beber e dirigir. No Brasil não temos uma política sobre o álcool que vise diminuir o consumo e o dano dessa substância na nossa população, e ,portanto, uma das prioridades de uma política racional sobre drogas deveria criar as condições para que essa política fosse implementada. Seria a mais importante medida para diminuir o custo social do álcool. Nos poucos exemplos onde algumas dessas políticas foram implementadas temos resultados substanciais. Por exemplo, há um ano a cidade de Diadema na Grande São Paulo,

aprovou o fechamento dos bares a partir das 23 horas. Desde então a mortalidade por causas violentas caiu em mais de 50%.

O primeiro Conceito, baseado em princípios mais estritos, também pode se entender, segundo alguns autores, como ações dentro do campo preventivo, que é a melhor forma de reduzir ou evitar danos. Por este ângulo, podemos lembrar os seguintes dados:

- As políticas de Redução de Danos para grupos específicos, como crianças e adolescentes, deveriam buscar ações sociais visando estimular padrões de abstinência. Deveríamos entender um pouco mais as razões pelas quais a maioria dos adolescentes não usa drogas. Existem fatores de proteção nesses indivíduos que os mantêm longe do consumo. Políticas que visem ampliar esses fatores de proteção ao uso de drogas e diminuir os fatores de riscos ao consumo deveriam ser estimuladas e implementadas.
- O tratamento baseado na abstinência para a Dependência Química funciona e pode ser entendida, por este conceito mais ampliado, como a melhor política de Redução de Danos. Inúmeras evidências têm mostrado que as diferentes formas de tratamento funcionam. Infelizmente não funcionam tanto como gostaríamos, mas quando existe um sistema diversificado de tratamento numa comunidade no qual os profissionais são bem treinados, as taxas de sucesso aumentam muito. No Brasil não temos essa rede de tratamento e deveria ser prioridade absoluta para uma política de redução de danos nesse grupo. Não podemos deixar de notar que um bom número de pacientes não apresenta uma boa evolução, mesmo com a oferta ideal de tratamento. Esses pacientes deveriam receber um tratamento especial. Todo o sistema de tratamento deveria basear-se numa política de inclusão daqueles pacientes que não estejam tendo uma boa evolução, quer seja porque tenham uma comorbidade psiquiátrica associada, ou por falta de apoio social, ou por dano cerebral decorrente da própria dependência química. Esses pacientes deveriam ser incluídos no Sistema de Tratamento com programas especiais para eles. Nessa situação específica poderíamos falar em Redução de Danos no sentido Estrito da palavra e oferecermos a possibilidade do paciente adotar objetivos diferentes da própria abstinência. A recusa do paciente ficar abstinente nunca deveria ser motivo para a exclusão do tratamento.

- Portanto a Redução de Danos no sentido estrito da palavra deveria ser uma das formas de tratamento a ser oferecida aos pacientes. Existem evidências que essas políticas possam salvar muitas vidas. Por exemplo, na década de 80 o oferecimento de agulhas e seringas na Inglaterra salvou muitas vidas ao permitir que as pessoas não utilizassem material contaminado pelo HIV. Mas foi somente com a demonstração científica que essa política salvara vidas. Só então essas Políticas foram incorporadas na prática, no governo conservador da primeira ministra Margareth Thatcher, na Inglaterra.
- Em uma política de drogas deveríamos evitar ideologias e seguir os avanços conceituais. As evidências científicas ainda são os melhores critérios para adotarmos prática de saúde. Corremos o risco de que a palavra “REDUÇÃO DE DANOS” acabe virando mais uma ideologia que venha a produzir, ela mesma, um grande dano a uma política de drogas que ainda não se desenvolveu no Brasil.

Assim, estabeleceu-se na literatura, ao longo dos anos, duas ou mais corrente de “idealizadores” da “REDUÇÃO DE DANOS”. Procuraremos aqui retomar alguns conceitos iniciais salientando a necessidade de um esclarecimento dos princípios da Redução de Danos, de sua definição e de suas práticas, as quais muitas se contradizem.

Voltando, então, ao princípio, é importante que se esclareça que o fundamento da redução de danos não estabelece posição nem necessariamente contra, nem tampouco a favor do uso de drogas (1). A Redução de Danos está focalizada no aumento ou na diminuição dos agravos conseqüentes ao uso de substâncias psicoativas. A posição pré-determinada do uso de drogas como intrinsecamente “boa” ou “ruim” não tem significado neste contexto. Assim, a discussão desta questão pressupõe a isenção de posições ideológicas.

Esta posição tem base nos primórdios da Redução de Danos na Europa. Entretanto algumas reflexões foram sendo acrescentadas ao longo dos últimos anos colocando em xeque tal princípio. Um profissional da saúde comprometido com a ética e a Medicina baseada em evidências poderia argumentar que as substâncias psicoativas podem levar

a uma doença de princípios biopsicossociais - a dependência - e pode ter conseqüências danosas ao indivíduo. Portanto, ao não assumir posição alguma sobre a droga poder-se-ia estar incorrendo em má prática da Medicina. Ressalte-se aqui que a posição do profissional de saúde pode ser contrária às substâncias, mas não aos indivíduos que as utilizam.

Uma confusão conceitual, então, foi se estabelecendo ao longo dos anos em torno da Redução de Danos: alguns se mantendo nos princípios de sua criação, mais praticado na Europa; e outros, incluindo práticas já existentes no campo da Prevenção e do Tratamento no conceito e prática de Redução de Danos.

Portanto, numa primeira instância, faz-se necessário o estabelecimento de uma definição mais precisa, clara e uniforme sobre o termo “Redução de Danos”. Desta forma, as discussões a respeito das visões e ações acerca do assunto poderão estar devidamente fundamentadas. Deve-se levar, ainda, em consideração o contexto social, a atitude, a cultura, os comportamentos, hábitos, a epidemiologia e padrões do uso de drogas. Estes últimos, especificamente, sofrem influência direta da disponibilidade e das tradições com relação à formulação e fiscalização de políticas públicas relacionadas ao uso.

De acordo com Griffith, 2001 (4), o uso de drogas pode ser entendido em duas dimensões distintas. De um lado, está o uso da droga que varia ao longo de um *continuum* e de outro, suas conseqüências. A redução de danos tem primordialmente o seu foco no eixo dos problemas associados ao uso de drogas. Entretanto é necessário sempre considerar a relação direta existente entre a gravidade das conseqüências e o padrão do uso de droga. Portanto não deveríamos expandir os conceitos, mesmo que eles se entrecruzem com prevenção e tratamento?

II – Definição de Risco e Danos

Risco pode ser definido como a possibilidade ou probabilidade da ocorrência de um evento. O dano prevê a ocorrência do evento em si (1). Assim, estes termos não deveriam ser usados como sinônimos porque, inclusive, estão relacionados a campos diferentes de atuação dentro do contexto de uso de droga. A redução do risco está no campo de prevenção e visa evitar ou diminuir as chances que um evento perigoso à saúde ocorra. A

redução de danos prevê ações que diminuam os danos inerentes a um evento perigoso que já vem sendo praticado por indivíduos ou grupos de indivíduos.

III – Relação entre uso de drogas e danos.

Comportamentos de risco não resultam necessariamente em danos. Por exemplo, existem indivíduos que fumam por muitos anos e se mantêm saudáveis, ou ainda indivíduos que não usam capacete ao pilotar suas motocicletas e não sofrem acidentes. Contudo, estes fatos não alteram a relação clara destes comportamentos de risco com a possibilidade de danos. Além disso, alguns comportamentos de risco, sabidamente relacionados com danos, podem ser praticados por muitos anos, antes que ocorra o dano propriamente dito.

Quais os tipos de danos podem ser associados ao uso de drogas? Alguns tipos de danos hepáticos e cerebrais, por exemplo, estão associados ao uso de álcool ou barbitúricos. Estes danos estão associados ao próprio efeito da droga no organismo. Outros danos, porém, estão associados com a forma de utilização (por exemplo, os utensílios utilizados). Fazem parte deste grupo as infecções por Hepatite B, HIV e Hepatite C por compartilhamento de equipamentos de injeção. Outro exemplo se relaciona às drogas de aspiração como aerossol, resultando em laringoespasmo. Existem, ainda, os danos associados com o contexto no qual a droga é usada como, por exemplo, acidentes automobilísticos associados ao comportamento de beber e dirigir.

No estabelecimento de políticas públicas de redução de danos é preciso ter em foco qual o tipo da relação existente entre as drogas e os danos associados ao uso e a quais os danos que se pretende minimizar.

A política de redução de danos, estabelecida em 1996 pelo governo do Estado de São Paulo, por exemplo, (5) visava minimizar o contágio pelo HIV, hepatites B e C associado ao uso de drogas injetáveis por compartilhamento de seringas ou agulhas, bem como as doenças sexualmente transmissíveis pelo comportamento sexual de risco, comum entre os usuários de drogas injetáveis. Essas ações podem ser entendidas como preventivas se tivermos como foco o indivíduo: são ações que visam diminuir o risco dos indivíduos contraírem HIV ou outras doenças transmissíveis por contato sanguíneo e sexual.

Entretanto, o foco da Redução de Danos está na população, ou seja, do ponto de vista epidemiológico, a Redução de Danos visa minimizar danos à sociedade que sofre uma epidemia de HIV e outras doenças.

A troca de seringas e agulhas foi uma estratégia que claramente visava minimizar o dano relacionado à contaminação de HIV, Sífilis e Hepatite, numa população bem definida e que obteve resultados positivos, demonstrados em diversos trabalhos científicos.

IV – Definição: Redução de Danos

Uma confusão freqüente se dá entre os termos “minimização de danos” e “redução de danos”. Redução de danos pode ser considerada como algo essencialmente operacional (por exemplo, Política de Redução de Danos, Programa de Redução de Dano), enquanto minimização de danos pode ser considerada uma meta global, um “*end point*” a ser alcançado através das estratégias de Redução de Danos (1).

Outro aspecto importante diz respeito ao termo “dano”. As políticas de redução de danos visam minimizar quais tipos de danos, relativos a que áreas da vida do indivíduo e em quais segmentos da população? Outra indagação que merece destaque é se a própria dependência deve ser considerada um dano?

Dano pode ser definido como o resultado prejudicial à saúde, de gravidade alta e que decorre do uso de uma substância psicoativa, afetando um grande número de pessoas. Neste sentido, a Redução de Danos estabelece políticas e ações para minimizar estes danos que tenham representação epidemiológica.

Negrete, 2001 (2), em editorial publicado na revista *Addiction* afirma: “Como pode alguém sugerir que a escravidão proporcionada pela droga não é um dos maiores danos no qual incorre o dependente?”.

A vida de uma pessoa que depende de droga está direcionada pela urgência em obter novamente a experiência dos efeitos da droga, ou pela necessidade de se livrar dos desconfortos causados pela ausência da substância, decorrentes de alterações fisiológicas cerebrais. Ademais, a gravidade da dependência é um dos preditores de baixa

adesão tanto para troca de seringa, como para a prática de sexo seguro entre os usuários de heroína, por exemplo. (3).

Neste sentido, a própria dependência química poderia ser entendida como um dano, além do fato, já apontado, da íntima relação da dependência com outros danos. Aqui está uma confusão que precisa ser esclarecida. Porque na definição de dano pode ser incluída a dependência e isto fugiria do conceito histórico inicial da Redução de Danos. Mas, por outro lado, como não considerar a Dependência Química um dano? Faz-se necessário uma definição mais clara de quais os tipos de Danos fazem parte do enfoque da Redução de Danos.

Sendo a Redução de Danos também uma estratégia de Saúde Pública, não se deve negligenciar o dano da Dependência Química. Educação, informação adequada, inclusão social, acesso aos Serviços de Saúdes são algumas das ações que poderiam ser incluídas na Redução de Danos, e a estas deve ser acrescentado o acesso fácil e irrestrito ao tratamento da Dependência Química.

V – Princípios básicos de Redução de Danos

A Redução de Danos é fundamentada nos seguintes princípios:

- 1- A Redução de Danos é uma alternativa de saúde pública para os modelos moral, criminal e de doença do uso e da dependência de droga. O modelo moral defende a proibição do uso ou da distribuição de certas drogas, atos considerados crimes sujeitos a punição. Como extensão do modelo moral (pressuposto: o uso de drogas ilícitas é moralmente incorreto), o sistema de justiça criminal tem colaborado com os formuladores de políticas nacionais de “guerra às drogas”, cujo objetivo aparente é o de promover o desenvolvimento de uma sociedade livre de drogas. Já o modelo doença enfatiza os programas de tratamento e de prevenção que procuram remediar o desejo ou a demanda por drogas por parte do indivíduo (redução da demanda), tendo como objetivo primordial a abstinência.

A Redução de Danos desvia-se de tais princípios evitando julgamentos morais de certo ou errado e oferecendo uma variedade de políticas e de procedimentos que visam a redução das conseqüências prejudiciais do comportamento dependente. A

Redução de Danos aceita o fato concreto de que muitas pessoas usam drogas e a maioria delas apresenta outros comportamentos, também de alto risco. Assim, a Redução de Danos trabalha com programas de Baixa Exigência sem perder de vista a possibilidade ideal da abstinência.(6)

- 2- A Redução de Danos reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que minimizem os danos para aqueles que permanecem usando drogas. O princípio de tolerância zero estabelece uma dicotomia absoluta entre nenhum uso e qualquer uso, sem distinguir o uso experimental, os usos moderados, pesados e as diferentes dimensões de danos associados aos distintos padrões de uso.

A Redução de Danos não é contra a abstinência. Contudo, acredita que os efeitos prejudiciais do uso de drogas e outros riscos associados, como, a atividade sexual desprotegida, podem ser colocados em um *continuum*. Quando há comportamento muito perigoso, a redução de danos propõe reduzir o nível da exposição ao risco. A abordagem de redução gradual estimula os indivíduos que tenham comportamento excessivo ou de alto-risco a dar um passo de cada vez para reduzir as conseqüências prejudiciais de seu comportamento (6). Estratégias de Redução de Danos também têm aplicação no uso de drogas legais, incluídos o tabaco e o álcool, para, por exemplo, tabagistas incapazes de abandonar o uso de maneira abrupta e definitiva. Existem, como alternativas disponíveis, os adesivos de nicotina, as gomas e outras formas de administração de nicotina menos nocivas do que o fumo. Embora as terapias de substituição de nicotina tenham sido criadas como um auxílio para deixar de fumar algumas pessoas usam esses produtos para manter o uso de nicotina num nível mais seguro.(6)

- 3- A Redução de Danos surgiu principalmente como uma abordagem de “baixo para cima”, baseada na defesa do dependente, em vez de uma política de “cima para baixo”, promovida por formuladores de políticas de drogas.(6)
- 4- A Redução de Danos promove acesso a serviços de baixa exigência, como uma alternativa para abordagens tradicionais de alta exigência. Os programas comunitários de rua, descritos anteriormente, oferecem um exemplo de

abordagem de baixa exigência na redução de danos. Em vez de estabelecer a abstinência como um pré-requisito de alta exigência para receber o tratamento para dependência ou outro tipo de assistência, os defensores da Redução de Danos estão dispostos a reduzir esses obstáculos. Desse modo, os necessitados têm mais possibilidade de aderir, envolver-se e iniciar a mudança do comportamento. Os programas de baixa exigência fazem isso de diversas formas.(6)

Em primeiro lugar, os defensores de abordagem de baixa exigência estão dispostos a encontrar o indivíduo em seus próprios termos – “encontrá-lo onde você estiver”, em vez de “onde você deveria estar”. Informações de membros da população-alvo são bem vindas e, portanto, estimuladas, na tentativa de estabelecer uma parceria ou uma aliança entre os que fornecem os serviços e os que recebem (mesmo quando ambos os grupos consistem de usuários de drogas ativas). Novos programas são desenvolvidos em colaboração com as pessoas diretamente envolvidas e afetadas. Por meio do diálogo, da discussão e das iniciativas de planejamento mútuo (por exemplo, uso de “grupos focais” para reunir informações iniciais e fixação de metas), programas comunitários e serviços associados continuaram a emergir nos segmentos comunitários.(6)

- 5- A Redução de Danos baseia-se no pressuposto do pragmatismo empático versus idealismo moralista. Um adesivo para carros, popular em meados da década de 90 proclama “Merda acontece”.(6). Sendo uma abordagem prática, a redução de danos aceita esse fato desagradável da vida como premissa básica. O comportamento prejudicial acontece, sempre foi assim e sempre será. Uma vez aceita essa premissa, a meta torna-se a do pragmatismo empático: O que pode ser feito para reduzir o dano e o sofrimento tanto para o indivíduo quanto para a sociedade? O pragmatismo não pergunta se o comportamento em questão é certo ou errado, bom ou ruim, doentio ou saudável. O pragmatismo preocupa-se com o manejo das questões cotidianas e das práticas reais, e sua validade é avaliada por resultados práticos.(6)

VI - Perspectiva pessoal X Saúde Pública

Grande parte dos problemas de infecção por HIV e Hepatite C entre usuários de drogas injetáveis têm simultaneamente satisfeito as considerações tanto da saúde individual como da saúde pública. A Redução de Danos deve considerar tanto o nível individual quanto o público, da minimização do dano. O balanço dos benefícios dos danos para a população como um todo e o conhecimento dos danos totais individuais fornecerá o resultado dos benefícios públicos (1). Entretanto, como Política Pública, na prática a Redução de Danos tem um olhar epidemiológico. Esta confusão entre Danos Individuais e Danos para a Sociedade precisa ser mais bem esclarecida porque nem sempre é possível contemplar as duas perspectivas em questões. Falta uma resposta, baseada em evidências, sobre qual é a perspectiva da Redução de Danos.

VII – Tipos e dimensão dos danos e população alvo

Os danos em um nível mais simples podem ocorrer como um único evento. Já em outras circunstâncias os danos são cumulativos (1). A gravidade do dano relacionado ao uso da droga, bem como os tipos de dano devem ser cuidadosamente avaliados no estabelecimento de programas de Redução de Danos ou Políticas de Redução de Danos. Na Europa os Programas de Redução de Danos tinham o seu foco no usuário de droga que apresentava dependência grave, que recusava o tratamento e que aumentava as estatísticas dos diversos problemas associados ao uso de droga.

Entretanto, gradualmente as ações de Redução de Danos foram se expandindo para públicos cuja gravidade da dependência era menor. Existem evidências de que quanto menor a gravidade do uso de droga, mais eficaz é o tratamento. A questão não respondida claramente é para qual público as políticas de Redução de Danos devem estar voltadas? Seria para os usuários que não querem tratamento? Mas seria ética a prática de ações de Redução de Danos, sem tocar no uso da droga? Como definir claramente quem são os usuários que definitivamente não irão ao tratamento? Se a Redução de Danos está voltada aos problemas do uso e evita sugestões, opções e reflexões sobre o uso da droga, como saber se o indivíduo é elegível para um Programa de Redução de Danos?

VIII – Conclusões e Recomendações

1. A Redução de Danos pode ser entendida de ótica mais abrangente envolvendo ações de Políticas Públicas e Tratamento; e a partir de uma ótica mais restrita, como a troca de seringas, mas também ações que minimizem danos antes que estes ocorram, estabelecendo Programas, por exemplo, sobre beber e dirigir.
2. A Redução de Danos é um conjunto de estratégias que visa minimizar os agravos à saúde associados ao uso de drogas, quer sejam lícitas ou ilícitas;
3. A Redução de Danos está focada no eixo dos problemas associados ao uso de drogas, mas não deve desconsiderar a existência da clara relação entre esses problemas e o uso, ao longo de um *continuum*, e que a própria dependência pode ser entendida como um dano;
4. É necessária uma definição objetiva do que seja dano, qual tipo de dano se pretende minimizar com as estratégias de Redução de Danos e quais as evidências científicas que embasarão a prática, levando em consideração riscos e benefícios para o indivíduo e para a sociedade;
5. Os princípios da Redução de Danos são: (1) estabelecer uma abordagem de Baixa Exigência em alternativa aos Serviços de Alta Exigência focados unicamente na abstinência. (2) proporcionar uma visão realista que reconhece que o uso de drogas ocorre, que nem todos os usuários estão em estágios de prontidão para mudança, e que estas pessoas têm direito ao acesso aos serviços de saúde. (5) a Redução de Danos não é contra a abstinência e não deve ser confundida com atitudes ou posições ideológicas nem contra, nem a favor do uso de drogas.
6. As ações de Redução de Danos devem ter claros quais os tipos e a dimensão de danos que pretende minimizar e estar embasada em evidências científicas. As práticas de Redução de Danos mostraram-se eficazes através de pesquisas bem conduzidas em minimizar os danos causados pelo HIV e outras doenças infecciosas, mas para estabelecer novas ações é necessário um maior número de pesquisas. Desta forma se questiona se a Medicina deve colocar em prática as intervenções ainda não testadas e comparadas com outras intervenções já existentes.
7. A Redução de Danos reconhece que não é possível impor mudanças ao comportamento de terceiros, mas é possível dar acesso à informação a todos os

cidadãos, com respeito, sem discriminação, e com isso minimizar os danos à saúde associados ao uso de drogas. Entretanto, a recusa do tratamento não deveria ser motivo imediato para a exclusão do tratamento. Todos deveriam ter acesso às informações referentes ao tratamento.

8. A Redução de Danos deve ser considerada como uma das possíveis estratégias de abordagem ao tratamento e prevenção do uso de drogas. Desta forma, há que se tornar explícitas suas indicações e seu público-alvo. Entretanto algumas questões permanecem pouco claras: (1) O foco das estratégias de Redução de Danos está em nível pessoal ou social? Ou como se dá essa ponderação entre o que é bom para o Indivíduo ou para a Sociedade? (2) Sabendo pelas evidências que a Dependência é um Dano à Saúde, estaria o profissional eticamente autorizado a não informar o paciente sobre os riscos de uso da droga e não deixar claro que a meta ideal é a abstinência? (3) Para qual público de usuários as Políticas de Redução de Danos se voltam e como identificá-los?
9. Finalmente, a ABP e ABEAD sugerem, fortemente, a realização de um Consenso Nacional, com a participação de todas as entidades representativas, para a discussão ampla e científica do tema com a finalidade de serem estabelecidas metas, prioridades, bem como o esclarecimento de conceitos dúbios e protocolos de atuação.

Referências

- 1- Heather, N., Wodak, A., Nadelmann, E., O Hare, P. (1992) Psychoactive drugs & Harm reduction – from faith to science, British Library, 3-34.
- 2- Negrete, J.C. (2001) Harm reduction: quo vadis? *Addiction* 96, 543 – 545.
- 3- Gossop, M., Griffiths P., Powis, B & Strang, J. (1993) Severity of dependence and HIV risk, II, *Aids Care*, 52, 159 – 168.
- 4- Griffith, E. (2001) Tratamento do Alcoolismo, Artes Médicas.
- 5- CONEN/SP – Conselhos Estadual de Enterpocentes do Estado de São Paulo (1996), Guia de ação, Imprensa Oficial do Estado S.A. IMESP.
- 6- Marllat, G. A. e cols (1999) Redução de Danos - Estratégias práticas para lidar com o comportamento de alto risco, Artes Médicas.