



8º Encontro Internacional de Política Social 15º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Questão social, violência e segurança pública:
desafios e perspectivas

Vitória (ES, Brasil), 16 a 19 de novembro de 2020

Mesa coordenada Usos de drogas como objeto transnacional de políticas de saúde.

A redução de riscos e minimização de danos em Portugal

Rita de Cássia Cavalcante Lima¹

Resumo: Este texto analisa a trajetória da Redução de Riscos e Minimização de Danos em Portugal, a partir de 2001, em período de implantação de nova política de drogas e de um sistema de saúde pública em expansão, porém, sob a agenda do neoliberalismo. Foi utilizando fontes documentais sobre a Redução de Riscos e Minimização de Danos em domínio público ancorados no site do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, instância do Ministério da Saúde. Foi observado a implantação já com características da ofensiva neoliberal, mas com uma concepção inovadora de tolerância ao risco. Na atualidade, há a expansão das ações para consumos recreativos de álcool, tabaco, maconha, haxixe e Novas Substâncias Psicoativas que se dão por pessoas com baixa percepção dos riscos. **Palavras-chave:** Risco. Serviço Nacional de Saúde. política de drogas. Redução de Riscos e Minimização de Danos.

Risk Reduction and Harm Minimization in Portugal

Abstract: This text analyzes the Risk Reduction and Harm Minimization's trajectory in Portugal, since 2001, period of implementation of a new drug policy and an expanding public health system, however, under the agenda of neoliberalism. It was using documentary sources on Risk Reduction and Harm Minimization in the public domain anchored on the website of the Intervention Service in Addictive Behavior and Dependencies, an instance of the Ministry of Health. It was observed the implementation already with characteristics of the neoliberal offensive, but with an innovate conception of risk tolerance. Currently, there is an expansion of actions for recreational consumption of alcohol, tobacco, marijuana, hashish and New Psychoactive Substances that are given by people with low perception of risks.

Keywords: Risk. National Health Service. Drug policy. Risk Reduction and Harm Minimization.

1. Introdução

Este trabalho foi escrito em período da pandemia de COVID-19, a nova doença provocada pela transmissão de um coronavírus, denominado SARS-CoV-2, cuja autora encontra-se no segundo país com o maior número de casos e de óbitos, o Brasil. O primeiro alerta mundial se deu pelo governo chinês em 31 de dezembro de 2019, em face ao alto número de casos de pneumonia de origem desconhecida na cidade de Wuhan. A primeira morte por COVID-19 ocorreu em 11 de janeiro de 2020, na China; dois dias depois, em 13 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS)

¹ Doutora em Serviço Social pela UFRJ. Professora Associada do Programa de Pós-graduação em Serviço Social e da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coordenadora do Projeto de Pesquisa Desinstitucionalização, Saúde Mental e Abordagens Psicossociais. E-mail: ritacavalcante69@gmail.com.

notificou a primeira infecção fora deste país e Portugal teve o seu primeiro óbito em 16 de março deste ano. Neste dia, as autoridades portuguesas reconheceram que a taxa de mortalidade acima de 2% na população para uma doença de transmissão por gotículas respiratórias implicaria em medidas restritivas de deslocamento e de distanciamento social, já interrompendo o tráfego ferroviário e aéreo de passageiros com a vizinha Espanha. Apesar da doença ter acometido um homem de 80 anos com comorbidades clínicas, as autoridades do Executivo Federal portuguesas reconheceram que não se tratava de uma “gripezinha”, como referiu o Presidente da República do Brasil², e que novas mortes deveriam ser evitadas. Desde então, a COVID-19 teve uma rápida disseminação mundial e a pandemia foi declarada pela OMS em 11 de março de 2020. Em 31 de julho, Portugal já detinha 1.735 óbitos, segundo dados da Direção-Geral de Saúde (DGS), cuja Ministra da Saúde, Marta Temido, referiu que a taxa global de mortalidade permanecia em 3,4%, enquanto era de 16% para pessoas acima de 70 anos de idade³, um índice superior ao que estimavam no início da pandemia.

Essa referência introdutória se deve à dois motivos. O primeiro em face aos efeitos que esta pandemia trouxe para reposicionar a importância do legado dos sistemas universais de saúde públicos e, o segundo, em recordação à relação entre a emergência de uma outra doença com etiologia infecciosa por vírus e a edificação de um novo manejo de cuidado em saúde. Tratava-se do aparecimento da síndrome da imunodeficiência adquirida (sida) ocasionada por um novo vírus. Em meados de 1980, a Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) se constituiu como resposta da saúde pública em países da Europa, a partir do ativismo de usuários de heroína injetável contaminados com o vírus da imunodeficiência humana (vih).

Neste texto, interessa-nos analisar a trajetória da RRMD em Portugal enquanto escopo orientador de práticas no âmbito da saúde pública, utilizando fontes documentais em domínio público ancorados no site do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), instância do Ministério da Saúde.

² Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/reuters/2020/03/24/bolsonaro-volta-a-se-referir-ao-coronavirus-como-gripezinha-e-criticar-governadores-por-restricoes.htm>. Acesso em: 24 mar. 2020

³ Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/efe/2020/07/31/portugal-registra-leve-aumento-de-mortes-diaras-por-covid-19.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 31 jul. 2020.

2. Os 30 anos do Serviço Nacional de Saúde português

As três décadas da implantação do sistema de saúde em Portugal têm a sua emergência na ambientação política do processo de redemocratização e de descolonização aberto com a Revolução dos Cravos, em 1974, e com as mudanças econômicas e sanitárias derivadas das lutas por universalização de acesso aos bens e aos serviços socialmente produzidos. O processo de abertura política trazia de forma orgânica uma disputa por projetos de sociedade, cuja arena a saúde pública se inscreveu. A definição das bases jurídicas do Serviço Nacional de Saúde na Constituição da República Portuguesa de 1976 se deu, concomitantemente, com a melhoria do aparato dos equipamentos coletivos, como a ampliação do saneamento e do acesso à água potável, com o recolhimento e reciclagem de resíduos, com a elevação da escolaridade e com o acesso à habitação, dentre outros determinantes sociais (INE, 2010).

[...] em 1970 apenas 25,9% da população vivia em áreas urbanas, tendo este valor aumentado para 29,4% em 1980, 46,7% em 1990, 53,0% em 2000, e 55,1% até 2004, segundo os dados disponíveis. O rácio de dependência caiu de 0,57 em 1980 para 0,49 em 2004 (com base na relação das pessoas com 15 e mais de 65 anos de idade para o restante da população). A idade média da população tem vindo a aumentar. Outro dado relevante prende-se com o número de nascimentos, que tem vindo a decrescer continuamente desde 1970 (20,0 vivo nascimentos por 1000 habitantes) e, em 1990, a taxa bruta de natalidade em Portugal foi 11,80 nascidos vivos por 1000 habitantes. Em 2004, o número de nascimentos por 1000 habitantes tinha diminuído para 10,4. (SOUSA, 2009, p. 885)

A reforma da saúde em Portugal se deu sob o compromisso ético e político de conceber a saúde como um bem público, de acesso universal, de base não contributiva e garantido pelo Estado, num primeiro momento, gotejando a antiga experiência inglesa que havia edificado um sistema público de saúde com coordenação única e descentralizada através de rede integrada de serviços referidos à uma população domiciliada em um território. A atenção primária fora considerada a porta de entrada do cuidado na implantação do Serviço Nacional de Saúde, através dos médicos de família, sendo a população referenciada para outros centros mais complexos, conforme a necessidade de saúde.

No entanto, se a experiência inglesa influenciou o modelo português de saúde, é importante observar que o Serviço Nacional de Saúde, inserido na construção do sistema de proteção social português após a Revolução dos Cravos, foi implantado concomitante aos governos de Margaret Thatcher, iniciado em 1979 e finalizado sob renúncia em 1990, quando se assistiu a erosão do Estado de Bem-Estar Social enquanto

pauta global e estruturante da ofensiva neoliberal (BROWN, 2019). Segundo Sousa (2009: 886), a saúde pública portuguesa seria reconhecida pelos seguintes traços temporais:

Podemos então afirmar que, em Portugal, as políticas de saúde evoluíram significativamente nos últimos 30-35 anos, às quais podemos associar períodos distintos, que correspondem, de certa forma, a diferentes “agendas políticas”:

- antes dos anos 1970 (sistema de saúde muito fragmentado);
- do início dos anos 1970 a 1985 (estabelecimento e expansão do Serviço Nacional de Saúde);
- de 1985 a 1995 (Período de expansão do Serviço Nacional de Saúde numa rede mais ampla de prestadores de cuidados do sector social e privado, de regionalização e coordenação do Serviço Nacional de Saúde, de incremento da participação do sector privado, de construção hospitalar e de tentativa de separação do exercício médico entre sectores privado e público);
- de 1995 a 2002 (período marcado por uma tentativa de estimular formas diferentes de gestão e organização - empresarialização pública de instituições de saúde -, e pela adopção de uma estratégia de saúde explícita);
- de 2002 até ao momento actual (expansão e reorientação das políticas definidas anteriormente, com uma nova filosofia em relação aos papéis dos sectores público, privado e social).

Portanto, o Serviço Nacional de Saúde português nasceu em período desfavorável da ofensiva neoliberal no plano internacional, mas sob importantes lutas sociais no cenário nacional em meio à redemocratização política e integração económica europeia.

Durante os últimos 30 anos do século passado, Portugal sofreu sucessivamente, em períodos de tempo particularmente curtos, transformações de grande importância: democratização e descolonização (1974), entrada na Comunidade Económica Europeia (CEE) (1985) e integração na União Monetária Europeia (2000), num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico, nomeadamente na área da saúde (SOUSA, 2009, p. 886).

Em 1990, o Serviço Nacional de Saúde sofreu uma importante contrarreforma, reduzindo a gratuidade dos serviços e implantando as nomeadas taxas moderadoras sob o Governo do Partido Socialista e frente à preocupação com o financiamento da saúde pública. Aquelas taxas, segundo a Lei nº 48, de 24 de agosto de 1990, conhecida como a Lei de Bases da Saúde, a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. previu um “[...] regime de partilha de custos com o doente para acesso ao médico de família, ambulatório especializado (“médicos especialistas” que não em medicina geral e familiar) e internamento” (PORTUGAL, 2016, p. 2). Portanto, trata-se da perda da gratuidade dos serviços do SNS a partir do cofinanciamento direto do paciente aos três

tipos de serviços referidos, excetuando às grávidas, parturientes, crianças e certos grupos de riscos sociais, como as pessoas sob consumos de drogas.

A ofensiva neoliberal começava a se materializar, mas eram atenuadas na imediatividade com as políticas de crédito, de emprego, com a recém saída do país de uma economia eminentemente rural e de níveis significativos de pobreza absoluta.

Na verdade, estava em curso a aplicação de um segundo pacote de fundos estruturais europeus, [...] com a entrada de uma média diária de dois milhões de euros de transferências líquidas.

A contribuição deste investimento público para o crescimento da economia portuguesa até final do século XX, com a sua aplicação em diversas infraestruturas materiais, e em particular nas obras relacionadas com a Expo'98, foi determinante. No ano da Exposição Internacional, o PIB português registrava um crescimento de 5,1%, com uma taxa de desemprego inferior a 5% (pela primeira vez desde 1992) e a inflação à volta dos 2,5% (VIEIRA, 2014, p. 204-5).

Tratava-se da entrada de Portugal no circuito da mundialização financeira, enquanto resposta “[...] encontrada pelo grande capital financeiro para dar vazão à monumental massa de capitais que a superacumulação criou e para enfrentar a queda das taxas de lucro” (BRAZ, 2016, p. 52), cujo autor reporta-se à Chesnais (2005, p. 46) para recuperar três elementos constitutivos dessa livre circulação do capital, a saber:

[...] a desregulamentação ou liberalização monetária e financeira, a descompartmentalização dos mercados financeiros nacionais e a desintermediação, a saber, a abertura das operações de empréstimos, antes reservadas aos bancos, a todo tipo de investidor institucional. (CHESNAIS, 2005, p. 46)

O período de expansão do Serviço Nacional de Saúde se deu, portanto, sob o solo das políticas de crédito e do conseqüente endividamento público, cuja orientação foi interrompida em meio à violência da crise global do capital, a partir de 2008. Desde lá, há um processo de contrarreforma nas políticas sociais públicas, dentre elas, a da saúde, que se materializa pela reestruturação político-organizacional do SNS com a sua conseqüente desregulação e precarização das relações de trabalho. Segundo Marques e Macedo (2018), o saldo no setor saúde português tem sido as reduções salariais, congelamento de carreira, instabilidade contratual, desmotivação profissional, intensificação do ritmo de trabalho e desqualificação dos serviços. Nesse solo que direção tem tomado a Redução de Riscos e Minimização de Danos em Portugal?

3. Trajetória da Redução de Riscos e Minimização de Danos (RRMD) em Portugal

A implantação da RRMD portuguesa apresentou algumas particularidades quando comparada à da Inglaterra e à da Holanda. Aquela se deu de forma tardia a partir do período de expansão do SNS, enquanto uma prática de aproximação aos consumidores e aos territórios onde os insumos utilizados no uso injetável de drogas eram compartilhados e onde as seringas eram descartadas de forma insegura. Esses espaços de consumos a “céu aberto” tiveram início nos anos de 1980, mas somente contou com práticas e programas em saúde pública – distribuição de seringas e programas de substituição em baixo limiar de exigência – nos anos de 1990 (SICAD, 2020). Uma outra particularidade da RRMD em Portugal foi que se deu no interior da grande mudança da política de drogas portuguesa inaugurada com a Lei nº 30/2000, de 29 de novembro. Ela contou com um marco normativo legal através do Decreto-Lei nº 183/2001, de 21 de junho, que previu a sua integração à rede de assistência em saúde pública para as pessoas que usavam substâncias psicoativas (SPA). Portanto, a RRMD em Portugal tem um nascimento concomitante ao enfrentamento da pandemia da síndrome da imunodeficiência humana (sida) e à reorientação da política de drogas, que fez edificar novas práticas humanizadas e territorializadas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e reconheceu os consumos prejudiciais de drogas como um problema de saúde.

Segundo o site do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e das Dependências (SICAD), instância de planejamento da política de drogas portuguesa localizado no âmbito do Serviço Nacional Saúde, a abordagem da RRMD foi concebida àquela época para intervir junto de consumidores inacessíveis, para os quais o serviço de tratamento tradicional não estava disponível ou que, estando disponível, não era procurado ou acessível para os consumidores de heroína. Eram pessoas com maior risco à contaminação dos vírus da sida e das hepatites B e C e à exposição de práticas inseguras no uso de drogas por via injetável e na prática sexual.

Nessa direção, o 2º artigo do Decreto-Lei nº 183, de 2001, imprimiu como dever do Estado o seguinte:

1. Com vista à protecção da saúde pública e da saúde dos consumidores de drogas e no respeito das obrigações internacionais, ao Estado incumbe o dever de tornar gradualmente acessíveis a todos os consumidores de drogas com atitudes ou

comportamentos de risco acrescido os programas e estruturas previstas no presente diploma que se revelem prioritários em cada circunstância concreta.

A RRMD operou, então, uma inflexão relevante na concepção de saúde como abertura ao risco, possibilitando práticas de promoção e de prevenção com este público que não tinha lugar na oferta do tratamento tradicional para a cessação do consumo das drogas. Quando as práticas orientadas pela RRMD se aproximou dos consumidores que não queriam ou não conseguiam deixar de consumir, fornecendo-lhes informações de redução de riscos e danos, a saúde pública reconheceu que era ilegítimo projetar uma saúde perfeita para todos, criando, então, uma nova estratégia mais solidária e efetiva para as populações mais expostas às iniquidades de saúde.

Pouco a pouco, parece surgir um novo discurso que nos fala da aceitação de risco. Embora muitas formas de controle permaneçam intactas, parece estar emergindo um novo modo de tematização, que nos permite, por exemplo, pensar de outro modo as estratégias de prevenção da Aids. [...] Práticas preventivas estimuladas, tais como o uso de preservativos ou programas de troca de seringas para usuários de drogas parecem falar de certa tolerância para com os riscos. Essas práticas sinalizam um novo modo, mais solidário e menos punitivo, de conviver com condutas consideradas perigosas (CAPONI, 2003, p. 76).

Assim, Portugal criou distintas respostas assistenciais orientadas pelos princípios do humanismo, pragmatismo e proximidade, facilitando intervenções onde os consumidores de substâncias psicoativas se encontravam. Conquanto, também vem limitando a criação de novos serviços demandados por ativistas da área quando não implantou, por exemplo, as salas de consumo supervisionado de drogas.

A RRMD também vem sendo convocada a definir e a implementar estratégias específicas com a expansão dos consumos em contextos recreativos (álcool, cannabis, cocaína e Novas Substâncias Psicoativas ou outras), que preocupa as autoridades de saúde quando associada a uma baixa percepção do risco. Se por um lado, não se deve objetivar extirpar o risco da experiência humana (CAPONI, 2003); por outro lado, o consumo de drogas, mesmo quando nomeado como recreativo, requer atitudes que minimizem os riscos indesejáveis e evitáveis.

Justamente, nesse contexto, de novas respostas da RRMD para uma população heterogênea, seja em termos de faixas etárias, estilos e histórias de vida, o documento “Linhas de Orientação Técnica para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos: competências dos interventores”, de 2016, reconstituiu a história, os princípios orientadores e os principais componentes. Também foi possível observar uma coautoria alargada representações do SNS; do Observatório Europeu da Droga e da Dependência, de associações de ativistas, como a Associação Caso -

Consumidores Associados Sobrevivem Organizados e o Grupo de Ativistas em Tratamentos; e de organizações da sociedade civil, particularmente, a Agência Piaget para o Desenvolvimento e a Ares do Pinhal.

Essa presença de entidades da sociedade já estava prevista no Decreto-Lei nº 183, de 2001, sendo considerado dever do Estado privilegiar “[...] sempre que possível [...] parcerias com outras entidades públicas ou com entidades particulares, as quais podem ser convidadas a promover as competentes iniciativas” (PORTUGAL, 2001). Se por um lado a sociedade organizada pode criar projetos pilotos inovadores e pressionar o poder público no âmbito das lutas sociais; por outro lado, o terceiro setor, em meio à ofensiva neoliberal, tem sido um mediador estratégico para a flexibilização dos contratos de trabalho, o rebaixamento salarial e a rotatividade dos trabalhadores.

Antes do referido documento de 2016, Portugal já tinha elaborado o “Guia de Apoio para a intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos”, em 2009; o “Manual de Procedimentos do Programa KLOTHO – RRMD” (Alto Comissariado da Saúde, ACS-CNIVIH/Sida & Instituto da Droga e da Toxicodependência, em 2006; e o “Guia de Acompanhamento e Avaliação de Equipas de Rua”, em 2004, o que expressa uma permanência da RRMD ao longo de quase duas décadas da política de drogas e sobre o solo do sistema de saúde português.

Esses documentos indicam alguns consensos que foram sendo estabelecidos ao longo da constituição da rede assistencial em Portugal, onde a RRMD passou a ocupar as estruturas locais nomeadas de Centros de Respostas Integradas (CRI) no interior da “Rede de Referência / Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências” instituída em 2014. Nesses Centros, houve a previsão de equipes técnicas integradas e especializadas para a prevenção, o tratamento, a reinserção social e a RRMD. No âmbito desta Rede, os dispositivos que visaram abranger um maior número de consumidores, diminuindo os riscos e danos relacionados com o consumo e promovendo uma política de saúde pública foram os Gabinetes de Apoio a Toxicodependentes sem enquadramento sócio familiar; os Centros de Acolhimento; os Centros de Abrigo; os Pontos de Contato e de Informação; os espaços móveis de prevenção de doenças infecciosas; os programas de substituição em baixo limiar de exigência; os programas de troca de seringas e as equipas de rua (SICAD, 2014).

O que se quer recuperar com a trajetória da RRMD portuguesa é a sua integração ao trabalho nomeado como prevenção, tratamento e reinserção social na rede

sem subsumir estas dimensões e, ao contrário, atuando de forma articulada com estas Equipas Técnicas Especializadas em comportamentos aditivos e das dependências (CAD) e com as instituições promotoras de programas e estruturas sócio sanitárias de RRMD (SICAD, 2014, p. 38). A lógica prevê um tratamento integrado onde a RRMD possa ser acionada para um(a) consumidor(a) em momentos simultâneos ou sucessivos às demais dimensões, tendo em conta o diagnóstico, as necessidades sociais e de saúde e as capacidades do indivíduo e da família.

Portanto, a RRMD portuguesa é um componente estruturante da política de drogas, mas não exclui a relação com outros cuidados em saúde, como tratamentos voltados para a abstinência, nem tampouco se articula com práticas cerceadoras de direitos. O diploma de 2001, que instituiu a RRMD, inclusive prevê como dever do Estado a garantia de “[...] *que os programas e estruturas previstos neste diploma visem, na medida do possível, o encaminhamento para o tratamento e a cessação dos consumos.*” (PORTUGAL, 2001). Isso não se constitui nem como condição tampouco como objetivo obrigatório dos serviços da RRMD, mas não se exclui da prerrogativa do cuidado ofertado, se for beneficiar e tiver sentido para o(a) consumidor(a) de drogas. A RRMD se mantém como uma estratégia participativa e territorializada para pessoas com baixo acesso aos serviços sociais e de saúde motivada pelos CAD.

Essa posição da RRMD também implica para uma estrutura médico centrada do Serviço Nacional de Saúde português em forte influência da infectologia sobre as práticas da RRMD, particularmente, considerando a continuidade do consumo de drogas de uso injetável. Conquanto, o quadro epidemiológico das drogas em ascensão chama atenção para a ingestão das bebidas alcoólicas e para as drogas fumadas, como o haxixe, o crack e a maconha. O documento, então, “Linhas de Orientação Técnica para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos: competências dos interventores” oferece um mapa de diretrizes orientadoras aos trabalhadores da saúde para a “[...] intervenção com pessoas que usam substâncias psicoativas (SPA) lícitas (álcool, medicamentos e anabolizantes, por exemplo) e com pessoas com comportamentos aditivos sem substâncias, nomeadamente em relação ao jogo e internet” (SICAD, 2016, p. 11).

Não obstante alguma literatura já sinalize algumas intervenções terapêuticas como potencialmente mais eficazes junto de jogadores patológicos (ex: Bowden-Jones & George, 2015) os modelos de intervenção no domínio dos CAD sem substância carecem ainda de uma sustentação científica mais robusta. Decorre desse facto uma certa vacuidade de guias orientadores de RRMD tomados como mais eficazes neste domínio,

tratando-se portanto de uma área em desenvolvimento. Ainda assim, a parca literatura observada neste âmbito tem salientado a importância da produção de **normativos legais diversos** que enquadrem aspetos como os licenciamentos e monopólios, taxas e preços, idade legal, horários de funcionamento de estabelecimentos ou plataformas, limites para depósitos ou a disponibilização de intervenções breves (*on-line* e *off-line*) para grupos de alto risco (Gainsbury et al., 2014; Broda et al., 2008). A comprovação da efetividade destas estratégias requer ainda investigação mais aprofundada em diferentes contextos sócio-culturais. (SICAD, 2016, p. 31, grifos do autor)

Desta forma, analisar a RRMD de Portugal em período de ofensiva à redução de danos no Brasil pode oferecer pistas do que podemos, aqui, avançar num processo autocrítico e comparativo. De forma concomitante, podemos depreender que a RRMD portuguesa se coloca em monitoramento e em avaliação, o que lhe faculta reconhecer suas potencialidades e limites. Ela está sob os desafios para responder à transição epidemiológica relativa aos consumos de drogas e aos outros comportamentos aditivos, considerando o saldo da austeridade econômica na saúde pública portuguesa que fez declinar o financiamento público no Serviço Nacional de Saúde, interrompeu os concursos públicos, congelou salários e planos de cargos e salários e escolheu as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), um correlato da organização da sociedade civil, para executar os serviços de proximidade no terreno.

4. Considerações finais

A documentação oficial sobre a RRMD não indica o drama vivido pelos trabalhadores com vínculos terceirizados no âmbito da “Rede de Referência / Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências”, mas faculta aproximações de que não se trata mais de uma estratégia apenas justificável para intervenção em pessoas que consumam drogas por via injetável.

A centralidade da atenção em saúde a partir de uma baixa contratualidade na relação terapêutica faculta ampliar o acesso desta pessoa no âmbito do Serviço Nacional de Saúde e de outras políticas sociais. A RRMD permanece sendo uma estratégia ética no cuidado de pessoas sob risco e danos sociais e à saúde, seletivamente, tomados como perigosos e passíveis de intervenção do aparato de segurança pública.

Conquanto, apesar de Portugal não ter legalizado as drogas, há de se inferir que a implantação da RRMD no mesmo período de giro da política de drogas, afastou os usuários da intervenção do Sistema de Justiça Criminal, desde que o consumo estivesse

dentro de uma doseimetria tolerada para até dez dias. A saúde ganhou, então, um terreno menos tensionado pelo proibicionismo às drogas ainda vigente em Portugal. A regulamentação de uma área de práticas toleradas na relação das pessoas com os consumos das drogas faz observar que o reconhecimento dos riscos está na base da política de drogas. Daí, a sustentação paradoxal entre um modelo que manteve a proibição às drogas e que incluiu uma esfera de contravenção administrativa sob a hegemonia da saúde pública.

Portanto, o legado da vigente política de drogas portuguesa, no momento, por completar duas décadas, requer valorizar não só a redução de danos, mas também evocar a radicalidade da redução de riscos como condição da liderança da saúde.

5. Referências

BRAZ, Marcelo. **Para a Crítica da Crise**: diálogos com intelectuais e parlamentares da esquerda em Portugal. Curitiba: Editora Prismas, 2016.

BROWN, W. **Nas ruínas do neoliberalismo**: a ascensão da política antidemocrática no Ocidente. São Paulo: Filosófica Politéia, 2019.

CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Orgs.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CHESNAIS, François. **A finança mundializada**. São Paulo: Boitempo, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, I.P (INE, I.P.). **Portugal em Números 2010**. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal>. Acesso em: 02 abr 2015.

MARQUES, Ana Paula Pereira; MACEDO, Ana Paula Morais de Carvalho. Políticas de saúde do Sul da Europa e desregulação das relações de trabalho: um olhar sobre Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: ABRASCO, v. 23, n. 7, p. 2253-2264, jul. 2018.

PORTUGAL. Administração Central do Sistema de Saúde. **Revisão de categorias de isenção e atualização de valores das taxas moderadoras**. 2016. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/FAQ_taxas%20moderadoras_Abril%202016%2005%2005.pdf. Acesso em: 04 jul 2016.

PORTUGAL. Lei nº 30, de 29 de novembro de 2003. Define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes substâncias psicotrópicas, bem como a protecção

sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica. Portugal: **Diário da República**, I Série- A, nº 276, pp. 6829-32.

PORTUGAL. **Decreto-Lei nº 183/2001**, de 21 de junho. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/362322>. Acesso em: 15 fev. 2015.

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (SICAD). **Linhas de Orientação Técnica para a Intervenção em Redução de Riscos e Minimização de Danos: competências dos interventores**. Lisboa: SICAD, Direção de Serviços de Planeamento e Intervenção, 2016.

SERVIÇO DE INTERVENÇÃO NOS COMPORTAMENTOS ADITIVOS E NAS DEPENDÊNCIAS (SICAD). **Rede de Referenciação / Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências**. Lisboa: SICAD, Governo de Portugal, Ministério da Saúde, 2014.

SOUSA, Paulino Artur Ferreira de. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. **Acta Paul Enferm.** 2009, 22 (Especial – 70 anos), 884-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/09.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

VIEIRA, Joaquim. **De Abril à Troika**: quatro décadas de democracia que transformaram Portugal. Lisboa: Penguin Random House Grupo Editorial Unipessoal, Lda., 2014.