



**PREVENINDO CONTRA AS DROGAS
E
DST/AIDS**



**POPULAÇÕES
EM SITUAÇÃO DE RISCO**

© 1995. Ministério da Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Tiragem: 8.100 exemplares.

Elaboração: Unidade de Promoção à Saúde e Assistência
PROGRAMA NACIONAL DE DOENÇAS
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS/AIDS
Ministério da Saúde

Edição e Distribuição: Centro de Documentação Informação e Comunicação - CDIC
PROGRAMA NACIONAL DE DOENÇAS
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS / AIDS - PN DST/AIDS
Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios - Bloco G
Brasília - DF BRASIL
CEP: 70058-900

BUCHER, R.

Prevenindo contra as drogas e DST/AIDS: populações em situação de risco.
Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. Brasília, out. 1995.
28 p.

1. AIDS I. Título

SUMÁRIO

Apresentação.....	05
O Programa Nacional de DST/AIDS e a Prevenção.....	07
A Situação das Drogas no Brasil.....	08
As Drogas na Sociedade Moderna.....	08
Os fatores de Risco para Uso ou Abuso de Drogas.....	09
Tipos de Usuários de Drogas.....	09
Alguns Conceitos, ao invés de Preconceitos.....	10
As Drogas mais Usadas no Brasil.....	11
Conhecendo as Drogas mais Comuns.....	13
As Drogas Depressoras mais Comuns no Brasil.....	14
As Drogas Estimulantes.....	15
As Drogas Perturbadoras do Sistema Nervoso Central.....	16
A Pandemia da AIDS.....	17
O que é, como se transmite.....	17
Como Prevenir.....	18
A Situação da AIDS no Mundo e no Brasil.....	18
Uso de Drogas <i>Versus</i> AIDS.....	19
As Condutas de Risco dos UDI.....	19
A Noção de Redução de Danos.....	20
Os Métodos de Redução de Danos.....	21

A Prevenção a Drogas e AIDS para Populações em Situação de Risco.....	22
O que é População em Situação de Risco.....	22
Situação de Risco e Exclusão Social.....	23
Drogas e Sexo como Fatores de Risco.....	24
Intervenções Preventivas em Populações Específicas.....	25
Metodologias de Intervenção Preventiva.....	26
A Capacitação de Educadores Sociais e Agentes de Saúde.....	26
Interações Institucionais.....	27

APRESENTAÇÃO

A ordem político-econômica promovedora de uma distribuição ínfua da renda, o deslocamento de grandes contingentes populacionais para as cidades grandes e médias em busca de oportunidades de trabalho e sobrevivência, e o seu assentamento urbano sem condições sanitárias mínimas, contribuem à proliferação dos conhecidos bolsões de miséria, e são os fatores mais marcantes do quadro atual da saúde dos brasileiros, de maneira geral.

Esta realidade acaba sendo a responsável por um processo visível de exclusão social dos mais pobres e dos miseráveis. As populações em situação de risco são, (in) justamente, aquelas que estão à sombra do institucional, que são raramente abordadas e restringidas no seu acesso aos serviços formais de saúde, educação e serviço social. Esse espaço é, compreensível e justamente, ocupado pela ação assistencial e educadora das organizações comunitárias.

Entre essas populações a que nos referimos neste trabalho, as crianças e os adolescentes vivendo "na rua" são, com certeza, o segmento social mais preocupante e carente de apoio e orientação. Em sua fragilidade e vulnerabilidade biológica e psicológica, reforçadas pela ausência de uma estrutura familiar que lhes proteja da violência urbana, das privações e ameaças da marginalidade, acabam escolhendo, como forma de enfrentamento à imposição dessas condições de vida, o abuso das drogas, a prostituição ou a prática de sexo sem proteção contra as DST e a AIDS.

Fazer chegar a informação e a educação preventiva àqueles que correm o risco sem o saber, porque não têm acesso à educação e à informação para a saúde, é o nosso objetivo. O Educador tem um papel-chave neste processo. É essencial, para o sucesso de um programa de educação preventiva, a capacitação adequada de educadores sociais, educadores de rua e outros agentes de saúde que possam vir a atuar como agentes multiplicadores de mudanças de comportamento positivas, de maneira a reduzir, ao mínimo possível, o risco de contágio das doenças sexualmente transmissíveis, do HIV e da AIDS associado ao uso das drogas. Pretendemos, com esta cartilha, colocar à sua disposição um material de suporte a este trabalho, certos de que alcançaremos o seu êxito graças, igualmente, à generosa dedicação e espírito de solidariedade dos senhores educadores.

Lair Guerra de Macedo Rodrigues
Coordenadora-Geral
Programa Nacional de DST/AIDS

CARTILHA DE PREVENÇÃO

DROGAS E AIDS

01. O Programa Nacional de DST/AIDS e a Prevenção

Nos últimos anos, o consumo de drogas tem aumentado no Brasil. Embora menos elevado do que nos Estados Unidos e na Europa, a situação preocupa as autoridades de saúde e de educação. De fato, este consumo propaga-se em todas as camadas da população, sobretudo urbana, atingindo cada vez mais aquelas de baixa renda. Não se trata apenas de **produtos ilegais** (maconha, cocaína, crack), mas do abuso de **muitos produtos legais** como álcool, tabaco, medicamentos, psicotrópicos e inalantes (solventes). O conjunto destas práticas abusivas acarreta um alto **custo social**, além de pesados sofrimentos físicos e morais aos usuários, às famílias e à comunidade como um todo.

Acrescenta-se a este quadro a **disseminação da AIDS**, a partir da década de 80. O vírus HIV infecta parcelas crescentes das populações vivendo em situações de risco. Ele se dissemina mais, hoje em dia, entre usuários de drogas injetáveis (UDI) e seus parceiros sexuais, representando assim um foco de propagação que atinge toda a sociedade.

Face às duas ocorrências de ameaça à saúde pública, o Ministério da Saúde desenvolveu, em parceria com o CONFEN, as Nações Unidas (UNDCP) e o Banco Mundial, o **Projeto "Prevenção ao abuso de drogas, com ênfase especial na prevenção do HIV entre usuários de drogas intravenosas no Brasil"**.

Atualmente, este projeto está em implantação nos dez estados mais atingidos. Focaliza não a repressão às drogas ilegais ou às drogas em si, mas uma **melhoria global na qualidade de vida** das populações mais expostas. Tal abordagem é considerada, internacionalmente, como a mais eficaz para implementar fatores de proteção contra a exposição aos diversos fatores de risco. Ela incentiva a capacitação de profissionais de saúde, educação e ação social, bem como de lideranças comunitárias e de grupos em situação de risco.

O projeto persegue **02 objetivos**: 1) prevenir o abuso de drogas e a transmissão do HIV na população em geral e em grupos em situação de risco (profissionais do sexo, jovens socialmente marginalizados, presidiários, populações de rua, usuários de drogas); 2) reduzir ou estabilizar a transmissão do HIV entre UDI, através da ação comunitária e de centros alternativos de acolhimento, orientação e tratamento. O resultado mais importante esperado para o fim do projeto será o **aumento da consciência sobre abuso de drogas**, na população global e entre UDI, para que medidas preventivas de redução de riscos possam ser adotadas por todos.

02. A Situação das Drogas no Brasil

2.1. As Drogas na Sociedade Moderna

Em todas as sociedades sempre existiram "drogas". Entendem-se assim **produtos químicos** ("psicotrópicos" ou "psicoativos"), de origem natural ou de laboratório, que produzem efeitos sentidos como prazerosos, sobre o cérebro e o sistema nervoso central. Estes resultam em alterações na mente, no corpo e na conduta.

Na verdade, os homens **sempre** tentaram modificar o humor, as percepções e sensações por meio de substâncias psicoativas, com finalidades religiosas ou culturais, curativas, relaxantes ou simplesmente prazerosas.

Antigamente, tais usos faziam parte de hábitos sociais e ajudavam a integrar as pessoas na comunidade, através de cerimônias, rituais e festividades. Eles não eram perigosos, pois estavam sob o controle da coletividade.

Hoje, tais costumes são esvaziados em conseqüências das grandes mudanças sócio-econômicas. Características da modernidade, como a alta concentração urbana ou o poder dos meios de comunicação, modificaram profundamente as interações sociais. Em conseqüência do êxodo rural, da explosão de aglomerações suburbanas e da pauperização, os novos modos de convivência levaram muitas pessoas ou grupos ao isolamento e à quase exclusão social.

Por outro lado, na onda do **consumismo** moderno, apregoa-se a posse material e o consumo intensivo de bens e produtos. Isso também estimula o uso crescente de drogas. Produtos antigos ou recentes, legais ou ilegais, conheceram novas formas de fabricação e comercialização, indo ao encontro de novas motivações e novas formas de procura. Em detrimento de modos saudáveis de vida, enfatiza-se, com freqüência, certos ideais irrealis de força, vigor e juventude, atrelados à idéia de um prazer imediato e permanente na "curtição" da vida.

Tal propaganda "vicia" e leva camadas crescentes a tentar fugir das suas condições difíceis de vida, à procura de prazer e bem-estar ilimitados ou, ainda, à procura de esquecimento e alívio. Como se trata de uma **ilusão**, a entrega contínua às drogas provoca, após as experiências iniciais de prazer, sensações de desprazer, dependência e marginalização.

Muitos usuários misturam produtos, em particular com **álcool**. Os usos descontrolados denotam sempre algum desequilíbrio pessoal ou dificuldades de integração social. Portanto, o **dependente** de drogas deve ser considerado como um **doente**. Ele necessita de ajuda e tratamento para entender as razões do seu consumo, para iniciar sua reinserção social, e para conseguir pôr fim ao seu processo de autodestruição.

2.2. Os Fatores de Risco para Uso ou Abuso de Drogas

Diz-se que para correr riscos, basta estar vivo. Isto é verdade, mas a saúde pública considera que há fatores específicos de risco, que expõem as pessoas a situações de perigo que poderiam ser evitadas. Assim, a OMS (Organização Mundial da Saúde) distingue dois tipos de uso:

- **uso de risco:** padrão de uso ocasional ou persistente, com riscos futuros para a saúde física ou mental do usuário; e
- **uso prejudicial:** padrão de uso que já causa dano à saúde.

Isto significa que todo uso de drogas é arriscado, qualquer que seja o produto. Quanto aos fatores de risco, eles são maiores para certas pessoas, em função das suas condições de vida. Assim, a mesma OMS acredita ser mais inclinada ao uso, aquela pessoa:

- **sem informações** adequadas sobre drogas e seus efeitos;
- com uma **saúde deficiente**;
- insatisfeita com sua **qualidade de vida**;
- com **personalidade vulnerável** ou mal integrada;
- com **fácil acesso** a drogas.

Evidentemente, corre menos riscos de recorrer a drogas a pessoa situada no oposto: com boa saúde e boa qualidade de vida, informações adequadas sobre drogas, bem integrada, e com acesso mais difícil a drogas.

2.3. Tipos de Usuários de Drogas

É útil distinguir vários tipos de usuários de drogas, segundo critérios científicos, para desfazer o preconceito de que todo usuário seja "viciado", "marginal" ou "maconheiro". Assim, a UNESCO distingue quatro tipos:

- **experimentador:** limita-se a experimentar uma ou várias drogas, em geral por curiosidade, sem dar continuidade ao uso;
- **usuário ocasional:** utiliza uma ou várias substâncias, quando disponível ou em ambiente favorável, sem rupturas nas relações afetivas, sociais ou profissionais;
- **usuário habitual ou "funcional":** faz uso freqüente, ainda controlado, mas já se observam sinais de rupturas;
- **usuário dependente ou "disfuncional"**(toxicômano, drogadito, dependente químico):

vive pela droga e para a droga, descontroladamente, com rupturas em seus vínculos sociais, com marginalização e isolamento.

O uso de drogas, portanto, não leva, automaticamente, a estados de dependência. Passa-se ao **abuso** com a **perda de controle** sobre o uso, em consequência de certas dificuldades (ou "fatores de risco"), que variam de pessoa para pessoa, mas também do contexto social e familiar. Trata-se de entendê-las, para poder ajudar o usuário que se tornou dependente.

A função da educação preventiva e de ações específicas de prevenção consiste na criação de condições mais saudáveis de vida, para que diminuam os fatores de risco, predispondo à busca de drogas, bem como ao contato com o vírus da AIDS.

2.4. Alguns Conceitos, ao Invés de Preconceitos.

Há uma série de idéias pré-concebidas que circulam a respeito das drogas, dos seus abusos e consequências. Assim, não é verdade que todos os males do povo ou todos os "desvios" da sua juventude sejam devidos às drogas. Um "problema de drogas" surge, de fato, de um encontro infeliz entre **três fatores básicos**. Operando **juntos**, eles provocam as rupturas acima mencionadas e podem levar à dependência. São eles:

- a droga, o "**produto**" e seus efeitos;
- a pessoa, a **personalidade** e seus problemas pessoais;
- a sociedade, o **contexto sócio-cultural e econômico**, suas pressões e contradições.

O consumo de drogas não se deixa dissociar da procura de **prazer**: pode tornar-se problemático, precisamente por ser **prazeroso**. Este prazer pode resultar de sensações de bem-estar ou euforia ("barato"), de força, poder, leveza ou serenidade; ou ainda, da ausência de dor ou de memória.

A procura de bem-estar e prazer é natural, fazendo parte da vida de todos; o erro consiste em querer buscá-los usando drogas. Quando se precisa de tais meios artificiais, significa que há algo errado consigo mesmo ou nas relações com os outros. Recorrer a produtos químicos apresenta-se então como uma saída possível, como se elas fossem uma "poção mágica" contendo a "solução".

Na falta do produto ao qual a pessoa se acostumou, ela é invadida por sensações ou "sintomas" penosos, indo do nervosismo, inquietação ou ansiedade ao impulso de obtê-lo de novo, a qualquer custo. Este estado chama-se **dependência**.

Distingue-se entre **dependências físicas** e **psíquicas**. A primeira consiste no fato do organismo acostumar-se à presença da droga, sendo que a sua falta provoca os sintomas da "**síndrome de abstinência**" (p.ex.: *delirium tremens*, no alcoolismo). Enquadram-se aí o álcool, a nicotina, os produtos derivados do ópio (opióceos), os sedativos. O tratamento consiste, numa primeira etapa, na **desintoxicação**, em geral sob forma de internação hospitalar breve.

A **dependência psíquica** instala-se quando a pessoa se acostuma a viver sob os efeitos de um produto psicoativo. Ela é dominada, então, por um impulso quase incontrolável de se administrar a droga com frequência, para não experimentar o mal-estar da falta, conhecido como "fissura".

Dependência psíquica significa, portanto, o apego da pessoa àquele estado de bem-estar onde as dificuldades são momentaneamente apagadas. Dominada pela intolerância, ela exige, então, imediatez na procura de "tudo e já!" Como a internação não resolve as dificuldades de adaptação, já que a personalidade e o meio não mudam, o tratamento é demorado, passando em geral por uma série de recaídas.

Diante da complexidade de diferenciar os dois tipos, a OMS recomenda hoje que se fale apenas de **dependência**, caracterizada (ou não) pela síndrome de abstinência.

Chama-se **escalada** a passagem de um consumo ocasional a um consumo intenso ou contínuo (**escalada quantitativa**), ou ainda a mudança de um uso de produtos "leves" para outros considerados "pesados" (**escalada qualitativa**). Contudo, a distinção entre produtos leves e pesados é equivocada, pois qualquer produto psicoativo pode criar dependência, em função do modo de usar, do contexto e da personalidade. Assim, a evolução para a escalada não é nem automática, nem irreversível.

Fala-se de **tolerância** quando o organismo reage à presença de uma substância psicoativa através de um processo de adaptação biológica. Ele o incorpora em seu funcionamento, de modo a responder cada vez menos ao produto. Logo, para obter os mesmos efeitos, é necessário aumentar a dosagem. Esta elevação, comparável à escalada quantitativa, aumenta os riscos de uma **superdosagem (overdose)**, capaz de provocar morte súbita por parada respiratória ou cardíaca.

2.5. As Drogas Mais Usadas no Brasil

Para tirar do "problema de drogas" sua auréola sensacionalista, é importante conhecer a realidade do seu consumo no país. Para tanto, cabe incluir os produtos lícitos, como álcool e tabaco, medicamentos e inalantes -, e aí percebe-se logo que a droga não representa uma "questão de polícia", mas uma ampla questão social.

As informações sobre a situação das drogas no Brasil são fragmentadas. Os dados mais amplos devem-se às **investigações do CEBRID** (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), da Escola Paulista de Medicina. A partir dos levantamentos bi-anuais em escolas de 10 capitais, é possível extrapolar sobre o consumo de drogas na população em geral.

Entre todas as substâncias, é o **consumo de álcool** o que mais se destaca. Estima-se que o alcoolismo (uso crônico) atinja entre 3 a 10% da população, sendo que 84% apresentam um uso ocasional.

Quanto ao **tabaco**, a estimativa é de que 50% dos homens e 33% das mulheres fumam. Em um cotejo internacional, esta proporção deve ser considerada elevada.

Sobre as **outras drogas**, consideradas erroneamente como as mais usadas ou mais perigosas, a **tabela 1** reproduz dados do último levantamento (1993) do CEBRID sobre as substâncias preferidas por alunos do 1º e 2º graus.

TABELA Nº 1

DROGAS MAIS CONSUMIDAS POR JOVENS (CEBRID, 1989)

	TIPO									Cocaína
	Alcool	Tabaco	Inalantes (Cola, Loló, Lança- Perfuma)	Ansiolíticos (Calmanes)	Anfetaminas (Estimulantes, Remédio para Emagrecer)	Maconha	Barbitúricos	Orexígenos (Remédios para abrir o espalte) e Xarope	Anticolinérgicos (Remédios para pólicia do bebê e mal de Parkinson)	
	USO NA VIDA									
1989	77,5%	27,4%	17,3%	7,2%	3,9%	3,4%	2,1%	1,6% e 1,5%	1,0%	0,7%
1993	-	-	15,4%	5,3%	3,1%	4,5%	1,3%	-1,3%	1,4%	1,2%
	USO FREQUENTE (seis vezes ou mais)									
1989	14,6%	5,0%	2,1%	0,8%	0,5%	0,5%	-	-	-	-
1993	-	-	1,8%	0,6%	0,5%	0,6%	-	-	-	-

Nas escolas, destaca-se o **uso na vida de drogas lícitas**. Após álcool e fumo, figuram os inalantes e ansiolíticos (tranquilizantes), vindo a maconha em quinto lugar (primeiro produto ilegal) e as anfetaminas em sexto. Agrupando todos os medicamentos psicotrópicos, eles situam-se em terceiro lugar, ultrapassando os inalantes.

Quanto ao **uso freqüente**, situa-se entre 18,6% para álcool - o que é muito elevado - e 0,5% para anfetaminas, com a maconha em 0,6%. Isso mostra como é importante distinguir uma ou poucas experiências de um uso freqüente ou contínuo. O primeiro caso exige a atenção firme dos pais e educadores, o segundo um atendimento já especializado.

Resumindo, os dados disponíveis indicam:

- o uso de drogas pela população estudantil brasileira não atinge níveis tão elevados como em outros países (nos Estados Unidos p. ex., eles são de 10 a 15 vezes mais altos);
- este uso é antes de drogas lícitas, o que significa que a imensa maioria dos estudantes não tem contatos com traficantes; logo, a fonte de obtenção de drogas pode ser tanto o lar como lojas ou farmácias;
- o consumo detectado no conjunto de alunos testados não aponta para uma "epidemia de drogas";
- programas preventivos devem adaptar-se à realidade do consumo; logo, programas importados de outros países, por ignorar essa realidade, podem até piorar a situação;
- os números recolhidos são significativos quanto às tendências do uso de drogas entre estudantes, mas não oferecem um panorama global do consumo no país, pois faltam dados sobre as populações fora das escolas, jovens e adultos; é provável que nestas o padrão do consumo seja quantitativa e/ou qualitativamente diferente.

2.6. Conhecendo as Drogas Mais Comuns

Substâncias psicoativas são introduzidas no organismo de várias maneiras. Podem ser inaladas ou aspiradas, comidas ou bebidas, fumadas, injetadas. Fumar certos produtos, como o crack, ou injetá-los ("pico") têm efeitos quase imediatos, pois a corrente sanguínea os leva diretamente ao cérebro.

Observam-se três tipos principais de efeitos:

1) O usuário fica mais relaxado e calmo, até sentir-se sonolento ou mole. Temos aí o efeito **depressor**, pois tais substâncias diminuem, retardam ou reduzem ("deprimem") o funcionamento mental. Neste estado, a pessoa é chamada sedada, grogue, dopada ou chapada.

2) O usuário fica alerta, atento, às vezes agitado. Sente-se animado, bem disposto e capaz de quase tudo. Éis o efeito **estimulante**: o produto estimula ou acelera o funcionamento mental. Em tal estado, a pessoa "fica ligada" ou é "ligação".

3) O usuário passa a perceber as coisas deformadas, coloridas, bizarras. Pensamentos, percepções, recordações ficam como imagens de sonhos, esquisitos e sem nexo. Éis o efeito **perturbador** no Sistema Nervoso Central (SNC), distorcendo seu funcionamento. Sob tais efeitos, a pessoa está "viajando" ou é "doidão".

Temos assim três classes distintas de drogas: **depressoras, estimulantes e perturbadoras**. Todas elas alteram o funcionamento do sistema nervoso central e do cérebro, retardando, acelerando ou desgovernando. Desta forma, dificultam a coordenação motora, mental e emocional: a pessoa fica "drogada", "intoxicada" ou "inebriada", em um grau que depende da substância usada (quantidade e qualidade), da pessoa e do contexto.

Tabela 2: Categoria de Drogas

Depressoras	Estimuladoras	Perturbadoras
bebidas alcoólicas	anfetaminas	maconha
calmantes, ansiolíticos	cocaína	ácido lisérg. (LSD)
opiáceos (codeína)	caféina	ayahuasca
barbitúricos	nicotina	cogumelo
inalantes (solventes)	anorexígenos	datura

Esta classificação é simples e prática, e substitui as mais antigas, mais complicadas. Algumas das substâncias citadas têm também uma **utilidade medicinal**; porém, havendo abuso (ou uso indevido), podem provocar dependências.

Apresentam-se, em seguida, as três categorias com as características e efeitos de cada droga.

2.6.1 As Drogas Depressoras Mais Comuns no Brasil

TABELA N° 3

DROGAS DEPRESSORAS E SEUS EFEITOS

DROGAS	NOME		VIA	USO TERAPÊUTICO	EFEITO TÓXICO	DEPENDÊNCIA		TOLERÂNCIA	ABSTINÊNCIA
	COMERCIAL	POPULAR				FÍSICA	PSÍQUICA		
Álcool		Drinça Mê Mel Fringa	Oral	Nenhuma	Desinibição Tremores Delirium Tremens Alucinações	sim	sim	sim	sim
Benzodiazepínicos (tranquilizantes)	Lexotan Valium Diazepam Dienpax	Calmantes	Oral ou Injetado	Ansiolítico Relaxante Muscular Anticonvulsivo	Sedação Sonolência Diminui Reflexos Psicomotóres	sim	sim	sim	sim
Hipnóticos	Gardonal Comfal	Soníferos Boba		Sedativo Anticonvulsivo	Desorientação Embriaguez	sim	sim	sim	sim
Inalantes Solventes	Éter Clorofórmio Gasolina Veriz	Loló Cheirinho Lança	Nasal	Tontura Euforia Desorientação Alucinações		sim	sim	sim	sim
Opiáceos	Pamdenyl Eritós	Ópio	Oral	Antússilgeno Antiespasmódico	Alucinações Hipotensão	sim	sim	sim	sim

O abuso de **álcool**, como se sabe, cria graves problemas e sofrimentos, com um altíssimo custo social. O uso crônico leva a uma degradação física e moral, provocando, na falta do produto, uma síndrome de abstinência violenta. Ele pode levar à morte (por coma alcoólico ou por complicações orgânicas, como a cirrose). Instiga com frequência a violência e acidentes, bem como absenteísmo no trabalho.

Os **tranquilizantes** (calmantes, ansiolíticos, sedativos) são hoje muito usados, no mundo inteiro. A base da substância ativa é o **diazepam** (por isso, são chamados de benzodiazepínicos). Quando usados sem justificativa médica, procura-se uma “anestesia das emoções”. O abuso destes medicamentos, mais comum no sexo feminino, provoca fortes dependências.

Os **opiáceos** ilegais, como **ópio** e **heroína**, objeto do narcotráfico oriundo da Ásia, são pouco presentes no Brasil. A **morfina**, potente analgésico mas criando dependências em doenças terminais.

Os opiáceos mais consumidos, no Brasil, não são ópio ou heroína, mas os remédios à base de **codéina**, seja sob forma de xaropes contra a tosse, seja como analgésicos. O abuso, além de dependência e síndrome de abstinência, pode provocar parada respiratória.

Os **inalantes** ou **solventes** representam hoje, na juventude brasileira, a “droga de iniciação” (como antigamente a maconha), em particular o “cheirinho de loló”. Eles têm a fama de produzir efeitos mirabolantes (“barato”), mas podem provocar danos graves.

Entre **meninos** e **meninas de rua**, é bem conhecido o uso de cola de sapateiro e esmalte, funcionando como uma espécie de “tapa-fome”, ajudando-os a agüentar ou esquecer a miséria e a violência das suas condições de vida.

2.6.2 As Drogas Estimulantes

Na **tabela 4**, é reproduzido o leque das substâncias estimulantes mais usadas no Brasil:

TABELA Nº 4
DROGAS ESTIMULANTES

DROGAS	Nome	Via	Uso Terapêutico	Efeito Tóxico	Dependência		Tolerância	Abstinência
	Comercial e Popular				Física	Psíquica		
Cafeína	Chá Mate, Chá Preto, Cafê, Nor da Cola, Guaraná	Oral	Nenhum	Taquicardia Nervosismo		sim	não	sim
Nicotina	Fumo Tabaco Cigarro	Oral Nasal	Nenhum	Doenças Cardiovasculares Câncer no Pulmão	sim	sim	sim	sim
Cocaína	Pó Neyo Brizola Bright Branquinha Pico e Crack	Oral Nasal Injetado	Anestésico Local	irritação, insônia inapetência, Ondulação Idéias de Perseguição		sim	não	sim
Anfetaminas	Bolinha Bola Rebita Ice*	Oral Injetado	Moderador de Apetite	insônia Irritação Agressividade Convulsão Delírio	sim	sim	sim	sim

A **cafeína** é amplamente consumida, sendo que o café representa a bebida nacional por excelência. Dosagens excessivas, no entanto, podem causar danos.

A **nicotina**, aspirada pelo fumo do tabaco, causa inúmeros malefícios cardiovasculares e respiratórios. Seu consumo é hoje cada vez mais questionado, mas continua protegido pelo Estado.

A **cocaína** e subprodutos, como o **crack**, são extraídos da **coca**, planta nativa dos Andes. Objeto do narcotráfico oriundo dos países andinos, ela é a “droga da moda”, muito usada na classe média e alta ou em certos círculos profissionais. O uso intenso cria forte dependência psíquica; usada injetada (“pico”), pode transmitir infecções graves, como a hepatite ou o vírus da AIDS.

O **crack**, pedras cristalizadas a partir da pasta-base de cocaína, é fumado em cachimbos. Seu efeito é devastador, provocando forte dependência física e alta mortalidade.

Embora proibidas, as **anfetaminas** são medicamentos ainda muito consumidos, em particular para ficar acordado (estudantes, caminhoneiros). Substâncias anfetamínicas são contidas nos **moderadores de apetite** (anorexígenos); além de emagrecimento, criam dependência.

Todo abuso de substâncias estimulantes pode provocar insônia, nervosismo, irritabilidade, instabilidade emocional e idéias de perseguição (paranóia), chegando a formações delirantes.

2.6.3. As Drogas Pertubadoras do SNC (Alucinógenas)

Os produtos “psicodélicos” foram popularizados na década de 60, com o movimento *hippie*. As “viagens” que propiciam não são nada inocentes, pois podem provocar seqüelas prolongadas. A **tabela 5** lista as principais substâncias desta categoria:

TABELA Nº 5
AS DROGAS PERTUBADORAS E SEUS EFEITOS

DROGAS	NOME	VIA	USO TERAPÊUTICO	EFEITO TÓXICO	DEPENDÊNCIA		TOLERÂNCIA	ABSTINÊNCIA
					FÍSICA	PSÍQUICA		
LSD (Ácido Lisérgico)	Ácido Viagem Trip*	Oral	Nenhum	Fitandade Má Viagem Alucinações Delírios		sim	não	não
Maconha (Marijuana, Canábis)	Erva Furro Fiminho Baseado Diamba Bagulho	Fumado	Não Reconhecido	Má Viagem Têquicardia Desorientação Desmotivação Oligospermia		sim	sim	não
Chá de Cogumelo	Chá Cogu	Oral	Não Reconhecido	Desorientação Alucinação	não	não	não	não
Datura	Zabumba Trombeta Saia Branca Lírio	Oral	Não Reconhecido	Desorientação Alucinação Convulsão Delírio	não	não	não	não
Daime	Ayahuasca Chá	Oral	Não Reconhecido	Id.: Ilusão	não	não	não	não

O **LSD** é o produto de origem sintética mais conhecido. Ele pode provocar alucinações e confusão mental de demorada remissão; “viagens ruins” podem levar ao suicídio.

A **maconha** é uma das substâncias mais antigas. Ela favorece a introspecção e o desligamento do mundo. Uso intensivo e prolongado provoca a chamada “síndrome amotivacional”, prejudicando o engajamento ativo.

Outros alucinógenos vegetais, de origem sobretudo indígena, são hoje usados conforme modismos. Um exemplo é a ayahuasca, usada nas seitas Santo Daime e União do Vegetal. Todos eles “fazem viajar”, com riscos imprevisíveis (como acidentes) pois a intensidade de tal viagem, a sua duração e a volta ao ponto de partida são muito variáveis.

Encerramos aqui a descrição sumária das drogas mais comuns no Brasil. De posse dessas informações, o leitor lidará mais facilmente com os problemas de drogas com os quais pode se defrontar, seja na sua família, no seu meio social ou seu ambiente de trabalho.

03. A Pandemia da AIDS

3.1. O Que é, Como se Transmite

A **Síndrome de Imunodeficiência Adquirida** (SIDA; AIDS em inglês) é uma doença relativamente recente, surgida no início dos anos 80. É chamada de **pandemia** por tratar-se de uma epidemia muito ampla. Por causar elevada mortalidade, ela apavora a população, o que leva, amiúde, à discriminação dos doentes de AIDS.

A doença afeta o **sistema imunológico** da pessoa e a deixa vulnerável, ao debilitar progressivamente suas defesas naturais. Logo, estas não conseguem proteger o organismo contra os diversos agentes invasores (micróbios, bactérias, fungos, vírus). Enfraquecida, a pessoa corre graves riscos pelo alastramento de doenças que se infiltram, as chamadas “**infecções oportunistas**”.

A AIDS é causada por um **vírus** chamado **HIV** (Vírus de Imunodeficiência Humana, sigla em inglês). Este penetra no corpo e ataca os glóbulos brancos (linfócitos T4), responsáveis pela defesa do sistema imunológico. O vírus pode permanecer no organismo por meses ou anos, sem sinal aparente da doença. Nestes casos, o corpo já está infectado pelo HIV, mas a doença não chegou a manifestar-se.

Pessoas neste estágio de infecção não são doentes mas “**soropositivos assintomáticos**”; isto é, o exame do soro sanguíneo é positivo quanto à presença do vírus, embora (ainda) não provoque sintomas. Mesmo assim, **podem infectar** outras pessoas, em particular os parceiros sexuais.

A **transmissão** a outra pessoa pode ocorrer:

- através de sangue contaminado;
- através de esperma contaminado;
- através de secreção vaginal contaminada;
- através da amamentação.

Outras formas de transmissão, como por saliva, suor, urina, lágrimas, beijo, espirro, roupas íntimas, banheiros, mosquitos e outros, até hoje não foram confirmadas.

Eis as **situações** onde pode haver transmissão:

- pela **relação sexual** oral, vaginal ou anal (em particular nesta última, por causa de mucosas mais vulneráveis). A relação sexual é a via mais importante de transmissão do vírus. Esta não depende da preferência sexual da pessoa, e pode atingir tanto os homens quanto as mulheres.
- **transmissão sanguínea**, no ato de **transfusão** (em casos de doença ou acidente), através de **seringas e agulhas contaminadas**, ou por exposição a sangue contaminado em caso de ferimentos. O primeiro caso ocorre particularmente com hemofílicos; o segundo, com usuários de drogas injetáveis.

- **transmissão fetal**, isto é, da mãe soropositiva para o feto ou recém-nascido. Isto pode ocorrer pelo sangue, durante a gravidez (placenta) ou no momento do parto, mas também pelo leite materno.

Não existe possibilidade de transmissão na convivência cotidiana, familiar, social ou profissional.

3.2. Como Prevenir

Apesar de todas as pesquisas em andamento, até hoje a AIDS **não tem cura**. Ainda não existe vacina eficaz contra ela. Por isto, as medidas de **prevenção** são fundamentais. Cabe evitar práticas de risco, como transar sem camisinha (preservativo), parceiros múltiplos, situações de promiscuidade, compartilhar seringas...

É importante saber que os **riscos** são maiores no caso de muitos parceiros sexuais; quando a parceria não é mutuamente exclusiva e antiga, o uso da camisinha é indispensável. Nas transfusões, o teste de controle do sangue e dos produtos derivados deve ser rigoroso. Cortes ou feridas não devem ser expostos ao contato com outras pessoas. Agulhas e seringas devem ser esterilizadas, se as compartilhadas com os pares.

Todo relacionamento sexual não protegido representa riscos de contaminação, em particular quando se conhece mal o parceiro. O conjunto de práticas sexuais sem risco é chamado de "sexo seguro" ("*safe sex*").

Em caso de dúvida, é importante fazer um **teste anti-HIV**. A presença de anticorpos específicos no sangue coletado é a prova da infecção pelo vírus. Ao saber que se é "soropositivo", é possível tomar precauções para não contaminar parceiros, para não se recontaminar (aumentando a carga viral), para evitar gravidez e para ter um acompanhamento médico adequado.

3.3. A Situação da AIDS no Mundo e no Brasil

Segundo os dados divulgados pela OMS, o número de **doentes de AIDS** (adultos e crianças) notificados no mundo inteiro, até final de 1994, atingia **mais de um milhão**. 42% foram notificados nos Estados Unidos, 9% na América Latina. Os casos estimados elevam-se a 4,5 milhões.

As estimativas quanto à **infecção pelo HIV** (sem manifestar a doença) são bem mais altas: **19,5 milhões no mundo inteiro** (dos quais 1,5 milhão de crianças), sendo 2 milhões na América Latina e 10 milhões na África Negra. Segundo a OMS, a epidemia de HIV/AIDS cresceu mundialmente, só em 1993, cerca de 60%.

No **Brasil**, até setembro de 1994, 56.000 casos foram notificados, sendo 76,8% na região do sudeste. A taxa por 100.000 habitantes é de 41,2 (95,2 na região sudeste).

Em termos absolutos, o Brasil é o segundo país com casos de AIDS, atrás apenas dos Estados Unidos. Nos últimos três anos, a proporção homem/mulher baixou para 4/1.

Quanto aos **modos de transmissão** (categorias de exposição), a **via sexual** é responsável, na média dos últimos 14 anos, por 47,9% (50,7% em 1993). A contaminação aumenta hoje mais rapidamente entre heterossexuais. Por **via sanguínea**, eleva-se a 27,2%, sendo 22,7% devido a UDI (25,9% em 1993). Esta última categoria demonstra um crescimento acelerado; incluindo as categorias de transmissão múltipla nas quais intervêm drogas, situa-se hoje acima de 30%.

O que mais se destaca nas tendências da pandemia no Brasil é o aumento de casos entre **mulheres e jovens**. Nas primeiras, os casos de AIDS passaram de 0,2% em 1985, para 26,8% em 1993. Neste último ano, 23% dos casos de sexo feminino associaram-se com UDI.

Entre **adolescentes** o número de casos passou de 0,2% em 1985 para 2,5%, aumento vinculado ao uso de drogas. Em 1993, 49% do total de casos de adolescentes ocorreu devido a UDI. Paralelamente, a transmissão heterossexual cresceu em comparação com a homo/bissexual.

O conjunto das ações preventivas encetadas pelo Ministério da Saúde visa hoje a promoção de práticas seguras quanto às transmissões sexual, sanguínea e vertical.

04. Uso de Drogas *Versus* AIDS

4.1. As Condutas de Risco dos UDI

Nos últimos anos, a infecção pelo HIV cresceu muito entre **usuários de drogas injetáveis(UDI)**. No mundo inteiro, eles representam hoje o segundo grupo com condutas de risco.

O grupo dos UDI com certeza não é homogêneo, mas algumas características psico-sociais são comuns. Assim, a maioria vive na **marginalidade** ou clandestinidade, perseguida tanto pela repressão policial quanto pela opinião pública. A dependência de drogas é responsável pela desinserção familiar, social e profissional, em geral crescente, e provoca seu isolamento.

O fato de **compartilhar seringas e agulhas** expõe os UDI a elevados riscos de contaminação pelo HIV. Este, no entanto, não circula apenas entre os pares, mas como a maioria é sexualmente ativa, também entre seus **parceiros sexuais**, em particular mulheres. As práticas sexuais não protegidas representam uma ameaça séria para a saúde pública, reconhecida pelos responsáveis internacionais da OMS.

Portanto, não é o "vício" em si, mas as atividades não protegidas dos UDI que causam a disseminação do vírus.

4.2. A Noção de Redução de Danos

Diante da confluência constatada de drogas e AIDS, a adoção de **novas medidas de prevenção** tornou-se urgente. Não faz sentido insistir na prevenção a drogas e esperar alcançar resultados, enquanto danos maiores espalham-se rapidamente no bojo do seu uso. A idéia de adotar práticas inovadoras para enfrentar a disseminação entre UDI surgiu, então, em países como Inglaterra, Holanda, Austrália, e alguns estados dos EUA.

Esta idéia é baseada nos resultados de pesquisas mostrando que mesmo os UDI mais inveterados são capazes, quando abordados em um contexto propício, de praticar medidas preventivas simples. Não com o objetivo imediato de parar de usar drogas, mas de usá-las sem correr riscos de se contaminar e/ou de transmitir o vírus. Da mesma maneira que não se preconiza a abstinência sexual, mas um sexo seguro, recomenda-se aqui um **“uso limpo”** de drogas, enquanto a dependência impede abster-se delas.

A proposta de **“redução de danos”** ou **“redução de riscos”** (*“harm reduction”*), sustentada hoje pela OMS e outros organismos das Nações Unidas, não dispensa o engajamento pela **“redução do uso”** ou **“redução da demanda”**, consideradas como meta ideal. Porém, diante do alastramento do HIV entre os UDI e, a partir deles, na população em geral, é imperativa a implantação de medidas que possam cortar a sua disseminação na raiz, ou seja, entre os próprios UDI.

A recomendação, portanto, é **tríplice**:

- não use drogas;
- se você é dependente, não faça uso injetado;
- se você depende de drogas injetáveis, faça uso limpo.

Desta forma, visa-se combater primeiro o **mal maior**, aquele que reside no perigo da AIDS. A dependência de drogas apresenta-se, então, como um mal menor, visto que afeta mais o próprio dependente, e só indiretamente a comunidade.

O objetivo de redução de danos encontra muita resistência e incompreensão, em particular por parte dos encarregados pela repressão. Ademais, pode entrar em choque com legislações desatualizadas. Para alguns, a idéia de um **“uso limpo”** de drogas é escandalosa. Mas ela não legitima o uso, e nem sequer o incentiva: corresponde a uma **medida emergencial** dentro de uma situação de calamidade pública.

Experiências internacionais mostram que tais ações, implantadas com lucidez e circunspeção, no bojo de toda uma programação preventiva, levam a uma **diminuição sensível** da infecção pelo HIV entre os UDI e seus parceiros; a mais longo prazo, pelo potencial de conscientização que contém, conduzem a uma redução do consumo e suscitam demandas de tratamento.

4.3. Os Métodos de Redução de Danos

Para alcançar estes resultados, vários métodos estão sendo praticados, e atualmente em fase de implantação também no Brasil. Como os UDI representam, no conjunto, uma população-alvo desconfiada e de difícil acesso, recomenda-se o trabalho “face à face” ou “corpo a corpo” (*out-reach work*), capacitando (ex-) usuários como agentes de saúde multiplicadores, para divulgar as medidas preventivas. Falando a linguagem, conhecendo e compartilhando os hábitos e valores dos seus (ex-) pares, eles detêm maior habilidade e credibilidade para transmitir os princípios do “uso limpo”. Os processos de **capacitação** de tais agentes são complexos. Eles serão organizados por Centros de Referência ou por educadores de rua preparados para os contatos com UDI, recrutando voluntários para este aprendizado especializado.

A prática das medidas preventivas inovadoras é baseada na distribuição de **kits para limpeza** de seringas e agulhas, contendo hipoclorito de sódio (água sanitária) e instruções adequadas. Outrossim, é prevista a organização de **trocas de seringas** usadas (em seguida incineradas) contra novas, esterilizadas e descartáveis. Ambas as práticas são completadas ao colocar **preservativos** à disposição dos usuários.

O conjunto destas ações está sendo implantado em lugares discretos (centros de acolhimento e postos de saúde), de fácil acesso, e resguardando o anonimato dos usuários.

A conscientização quanto à dramaticidade da situação do HIV entre UDI fica a cargo dos agentes de saúde recrutados e capacitados. Ao transmitir as idéias e técnicas da redução de danos, conta-se com a criação de **efeitos multiplicadores** entre os usuários, seus pares e parceiros, para que as práticas protetoras contra a transmissão parenteral e sexual do HIV tornem-se efetivas.

As propostas de redução de danos entre UDI são complexas, polêmicas, e de execução delicada. Porém, a experiência internacional mostra que elas são **bem sucedidas**, ou mesmo que são as únicas que “funcionam”, diminuindo as incidências de infecção. Para tanto, elas exigem profissionais devidamente capacitados para a inovadora tarefa, bem como uma vontade política inequívoca.

Como a incidência do HIV entre UDI é particularmente elevada **ao longo das rotas do narcotráfico**, prioridade para a implantação de tais programações será atribuída aos estados e localidades mais afetados. No Brasil, trata-se em primeiro lugar de cidades portuárias, onde as taxas de soropositividade entre UDI situam-se entre 20% e 60%, ou seja, as mais altas do mundo). Cidades grandes do interior, ao longo das rotas, ou próximas às fronteiras com os países andinos, serão igualmente contempladas.

Para que as programações preventivas ora em implantação sejam bem sucedidas, é indispensável a colaboração das autoridades locais e regionais. Cabe sensibilizá-las quanto ao perigo da epidemia da AIDS para a saúde pública, e à urgência de medidas inovadoras e realmente eficazes; informadas, aceitam mais facilmente mobilizar-se para apoiar as medidas com coragem e lucidez, não obstante eventuais resistências políticas, policiais, jurídicas ou mesmo populares.

Como estas são sempre baseadas no desconhecimento do problema, debates públicos ou campanhas de esclarecimento e conscientização sobre a real situação de ameaça podem abrir o caminho, removendo

obstáculos baseados em preconceitos e medos - que, de fato, só favorecem a propagação do HIV e da AIDS, aumentando ainda mais a incidência da pandemia entre a população.

05. A Prevenção a Drogas e AIDS para Populações em Situação de Risco

5.1. O Que é População em Situação de Risco

No contexto das ações de prevenção planejadas pelo PN DST/AIDS, considera-se 5 populações específicas em situação de risco: **profissionais de sexo, jovens socialmente marginalizados, presidiários, populações de rua, usuários de drogas**. Todas elas são expostas a fatores de risco favorecendo a contaminação pelo HIV, razão pela qual urge a adoção de medidas preventivas apropriadas às suas condições de vida. Crianças e adolescentes correm riscos particulares de contágio, seja em consequência da indução à prostituição juvenil, de abuso de drogas ou de práticas de sexo desprotegidas.

Visto que tais grupos têm pouco acesso aos serviços formais de saúde, educação e serviço social, canais informais devem ser mobilizados por meio de entidades (ONG) já desenvolvendo trabalhos em áreas afins. Ênfase será dada à **capacitação** de educadores sociais, educadores de rua e outros agentes de saúde, para que possam atuar como agentes multiplicadores. Os processos de capacitação enfatizarão o conhecimento aprofundado dos determinantes sociais das situações de risco; eles envolverão (ex-) membros das referidas populações, seja que se trate de lideranças, seja de pessoas com particular experiência e interesse em se formar como agentes de saúde.

O Projeto enumera uma série de razões para considerar as populações mencionadas como **prioritárias**:

- devido às suas condições e estilos de vida, elas estão sob risco acentuado de abuso de drogas e transmissão do HIV; porém, tratando-se de grupos de difícil acesso, raramente estão incluídos nos programas habituais de prevenção;
- na falta de programas e serviços de atendimento, cabe criar ou fortalecer serviços de ação comunitária direcionados para a prevenção em saúde comunitária, educação não formal, e em outras abordagens alternativas de mobilização social;
- os jovens em situação social instável ou marginal representam um segmento significativo de abuso de drogas, além de correrem riscos via sexo desprotegido; ora, promover mudanças reais de condutas e atitudes é mais fácil entre jovens do que entre adultos, mesmo em situações de risco;
- jovens urbanos ou suburbanos de baixa renda estão se envolvendo facilmente com tráfico de drogas, devido à ausência de perspectivas de trabalho, de ascensão social e de opções de vida socialmente integradoras;

- apesar de objetivos conjugados, há pouco entrosamento entre programas de prevenção a drogas e a AIDS, e menos ainda com aqueles dirigidos a populações em situação de risco; cabe incentivar tal entrosamento, incluindo ONG, para incrementar sua amplitude e eficácia.

5.2. Situação de Risco e Exclusão Social

Bolsões de miséria aumentam em todo o Brasil, em função da conjuntura econômica desfavorável, do êxodo rural e da concentração populacional urbana, de políticas de distribuição de renda iníquias, de corrupção, impunidade e injustiça social. Assiste-se à inoperância generalizada dos órgãos governamentais encarregados de ações sociais em saúde, educação e trabalho. Este panorama assolador provoca fluxos migratórios contínuos, cujos contingentes inflam as populações vivendo em situação de risco, pela sua **exclusão social**.

Determinada pela violência, pela inacessibilidade dos serviços básicos, pelo desrespeito aos seus direitos de cidadania, tal exclusão contém fatores de risco elevados, em consequência, entre outras, das suas carências sanitárias. Ressalte-se as doenças epidêmicas, as DST e a AIDS.

Nas populações atingidas pelo processo de exclusão, destacam-se **crianças e adolescentes**, vivendo “na rua” ou em outras situações precárias, às vezes infra-humanas. Por causa da sua extrema fragilidade biológica e vulnerabilidade psicológica, tornam-se socialmente indefesos na ausência de estruturas familiares (ou substitutivas) asseguradoras. Expostos à violência, às privações e ameaças das condições de vida na marginalidade, adotam formas de luta pela sobrevivência que mal se coadunam com suas potencialidades, e que os fazem correr riscos elevados, entre os quais abuso e de drogas e a contaminação por DST e HIV.

A noção de **fator de risco**, neste contexto, torna-se sinônimo das adversidades a serem enfrentadas no cotidiano das suas estratégias de redução de danos. Basta mencionar a fome ou a desproteção dos “sem-teto”, ou ainda a perseguição por grupos de extermínio (ou pela polícia), para assinalar como tais populações vivem cercados de riscos. O **medo** as acompanha em suas tentativas de organizar trabalho, vida em grupo, abrigos, e mesmo espaços de lazer. Porém, ao sofrer este medo também o transmitem, o que só reforça a segregação territorial instituída no espaço da rua.

As camadas mais abastadas, sentindo-se ameaçadas pelas legiões perambulando à beira da sociedade organizada, revidam com discriminação, preconceitos, repúdio e proscricção, infernizando as condições de desterro pela hostilidade ostentada. Este **ostracismo** e a violência persecutória que engendra, constituem um fator de risco suplementar, ao isolar mais ainda tais populações. Assim, programações preventivas vêm-se dificultadas pelas desconfianças recíprocas, capazes de impedir ações até simples, como vacinações ou melhorias higiênicas e sanitárias.

5.3. Drogas e Sexo como Fatores de Risco

Ao lado da situação generalizada de risco, cabe analisar os fatores de risco associados especificamente ao consumo de drogas e à vida sexual desprotegida. Ambos são muito comuns nas populações referidas, além de se **combinar** com frequência. Como exposto acima (cap. 4), os usuários de drogas, de rua ou não, mantêm uma vida sexual às vezes intensa, o que acarreta riscos complementares para eles e seus parceiros.

Na rua ou na marginalidade, as drogas usadas refletem suas condições de vida. Produtos relativamente baratos como álcool ou inalantes (cola, esmalte), pouco sofisticados (crack, ao invés de cocaína), fáceis de adquirir (com pequenas atividades de tráfico) ou de furtar (inalantes, medicamentos), merecem o apelido de “**drogas da miséria**”, pois são coadjuvantes na luta pela sobrevivência: não servem para superar a miséria, mas ajudam a esquecê-la momentaneamente, através dos momentos fugazes de prazer e relaxamento, tendo valor de embriaguez ou de “barato”

Tal uso condicionado pelas situações de risco referidas não constitui dependência, toxicomania ou “vício”: não se deixa reduzir a um “problema de drogas” nem, menos ainda, de delinquência. Merece ser considerado como parte das suas **estratégias de sobrevivência**, em termos de organização de um espaço próprio, incluindo, para os jovens e também para os adultos, lazer e prazer, brincadeiras, diversões e outras atividades, permitindo sonhar com uma vida menos oprimida.

Pode-se dizer que se trata da criação de um **micro-espaço cultural** (seja ele de “subcultura”), incluindo hábitos e rituais compartilhados. Constitui uma faixa simbólica contrastante com as condições de vida próximas ao limiar infra-humano.

Tal criação, evidentemente, não exclui riscos, nem consciência de riscos, presente amiúde de forma aguda. Porém, como tais riscos ameaçam apenas a saúde que, de qualquer forma, não se tem, ou só precariamente, a curtição efêmera dos efeitos do produto, seja ele pinga, cola ou crack, torna-se mais valiosa, enquanto tentativa de resgatar um pedaço de dignidade humana. Sob o efeito das mais diversas substâncias consumidas, a consciência quanto aos riscos de contaminação por DST ou pelo HIV pode abalar-se mais ainda. Embriagado, chapado, doidão ou viajando, o **usuário** esquece-se das precauções habituais na relação sexual que porventura, sobrevém: na entrega dopada, a camisinha dança, e junto com ela as medidas anticoncepcionais e de prevenção às contaminações que esperitam.

Eis mais um vínculo entre drogas e AIDS, aquele da **perda de controle** sobre os riscos ocorridos, particularmente presente em situações de rua.

Para poder intervir na problemática das populações em situação de risco, requerem-se conhecimentos adequados sobre a **multi-causalidade** que a engendra. É fundamental que se entendam sua realidade de vida, suas necessidades e seus sonhos, seus recursos de auto-organização e de resistência ao aviltamento sofrido.

Trata-se de pessoas marginalizadas sim, mas são propositalmente, não por opção ou por delinquência. Logo, existe a possibilidade de um trabalho preventivo, ao desenvolver projetos tendo como escopo a melhoria global das suas condições de vida. Executados com flexibilidade e respeito, a redução da incidência de drogas, DST e HIV torna-se viável.

5.4. Intervenções Preventivas em Populações Específicas.

Ações preventivas em populações em situação de risco são urgentes, mas não podem ser improvisadas. Elas exigem **planejamento** (de preferência participativo), com base no conhecimento das suas condições de vida mediante levantamento diagnóstico e contatos intensos de familiarização. Em seguida, exigem seleção e capacitação adequadas dos educadores sociais e agentes de saúde, mobilização das lideranças detectadas, cooperação com organizações comunitárias existentes e ONG, acompanhamento e avaliação das atividades.

A prevenção a drogas e AIDS não se deixa dissociar de outras medidas necessárias para a melhoria das condições de vida. Se não, ficará inoperante, por destoar demasiadamente da realidade sofrida pela população.

Esta tem que ser **compreendida** em seus aspectos vitais: seus modos de organização e padrões de conduta, seus hábitos, atitudes, valores culturais e crenças; sua realidade sócio-familiar, suas relações com parentes, escola, trabalho, instituições governamentais e não governamentais, com a lei, a polícia e a violência; seu uso de drogas e suas práticas sexuais.

É preciso, ainda, apreender suas aspirações, esperanças e sonhos, bem como o grau de consciência quanto aos fatores de risco para a saúde e quanto aos fatores de prevenção possíveis. Ao incentivar, a partir daí, suas competências interativas, será possível (re)valorizar sua vida enquanto ser humano e cidadão.

Os contatos de familiarização não poderão ser artificiais ou forçados. Eles serão facilitados por mediadores participantes ou integrados da sua realidade. Tato, respeito e sensibilidade humana serão fundamentais para acessar as populações-alvo, para aprofundar os contatos e para conseguir a adesão às novas propostas.

Para disseminar a idéia de uma “**cultura preventiva**”, é fundamental apoiar-se nas forças vivas, formal ou informalmente organizadas, da comunidade-alvo. Para tanto, cabe lançar mão de ações que valorizam o desenvolvimento de processos culturais e interpessoais já existentes. Não se trata, pois, de impor medidas de fora, mas de intervir de tal forma que se fortalecem atitudes, valores e estratégias comunicativas capazes de minimizar os fatores de risco e incrementar fatores de proteção, no caso contra o abuso de drogas e a disseminação do HIV.

Ao incentivar processos de **aprendizagem preventiva**, não se objetiva “resolver” os problemas sociais que afligem o grupo, mas de suscitar nele a percepção de possibilidades de mudança e o desejo de se organizar e se proteger melhor. Neste sentido, trata-se de intervenções emergenciais, face aos perigos detectados. Estas não pretendem implantar correções paliativas, mas soluções a médio e longo prazo, pela conscientização da população quanto ao seu próprio potencial e sua responsabilidade de auto-proteção.

5.5. Metodologias de Intervenção Preventiva

Os métodos descritos acima (cap. 4.3.) para o trabalho entre UDI valem também, com as adaptações necessárias, para outras populações em situação de risco. A abordagem “face à face”, no entanto, será completada pela atuação de educadores sociais ou de rua, e de agentes de saúde multiplicadores oriundos, sempre que possível, dos meios nos quais se quer intervir.

Os métodos preconizados por **Paulo Freire** continuam, sem dúvida, os mais adequados: intervir não através da transmissão unilateral de conhecimentos predeterminados, mas de modo flexível e dialético, procurando fortalecer a pessoa na sua busca de identidade e qualificação; educar não em configurações abstratas, mas “via rua,” ao presenciar as condições de vida cotidiana. A própria atuação das populações será incentivada em função de vivências de confronto, tipo risco *versus* proteção.

A **conscientização** quanto aos riscos do abuso de drogas e da contaminação pelo HIV fica a cargo dos agentes de saúde formados. A meta será sempre a criação de **efeitos multiplicadores** no meio das populações-alvo. Para tanto, a implantação de infra-estruturas como centros de reunião, postos de acolhimento, centros de dia, abrigos noturnos, bem como acesso aos serviços de saúde, de educação e serviço social, serão um complemento imprescindível. Material instrucional adequado e preservativos deverão ser colocados à sua disposição, permanentemente.

5.6. A Capacitação de Educadores Sociais e Agentes de Saúde

O educador social ou de rua é a figura central da ação preventiva entre populações em situação de risco. Como “**educador popular**”, é preciso que seja devidamente valorizado, inclusive pela remuneração, para que sua segurança e auto-estima lhe proporcionem vontade de engajamento, coragem e firmeza nas tarefas propostas. Ademais, tem que se sentir amparado por uma retaguarda institucional sólida e inequívoca.

Os processos de capacitação devem ser **amplos** e **contínuos**, visando tanto a reflexão teórica quanto a transmissão de conhecimentos temáticos e técnicos. Estes serão adaptados para instrumentalizar o agente na sua futura atuação no espaço de vida da população-alvo. As suas atividades, complexas e difíceis, exigem dedicação e lucidez para que suscitem os efeitos preventivos idealizados.

Sua formação deve basear-se em um **processo coletivo** de construção de conhecimentos. Isto implica discussão, troca de experiências, estudo teórico e explicitação das diretrizes metodológicas para orientar sua prática.

Sendo ele mesmo sujeito do processo educacional “de rua”, e não mero executor de um modelo preventivo de receituário único, o educador social deverá capacitar-se a firmar ou resgatar sua identidade profissional, para participar da construção comunitária da proposta, para assumi-la conscientemente, e para concretizá-la com autonomia criativa junto ao grupo no qual deverá atuar. Em particular, tem que se **formar** para entender as reações e resistências afetivas, cognitivas e ideológicas dos seus membros, e para aproveitar-se delas de forma que facilitem a transmissão de práticas efetivas de prevenção.

Enquanto agente de saúde, ele será, antes de tudo, um **agente transformador**. Analisando, junto com o grupo, os fatores de risco que o cercam, proporá mudanças no sentido de alternativas mais saudáveis e mais protetoras, baseadas sempre no desenvolvimento do potencial a ser mobilizado.

O **conteúdo teórico** da sua capacitação abrangerá os temas que mais tocarão à sua atuação:

- determinantes sociais, econômicos e psicológicos da vida de populações em situação de risco;
- sexualidade, práticas de risco e de proteção, anti-concepcionais, gravidez indesejada, contaminação com DST;
- HIV e AIDS, sistema imunológico, vias de transmissão, evolução da doença, soropositividade, medidas de prevenção;
- consumo de drogas, padrão do consumo nas populações em situação de risco, categorias de droga, razões do uso, prevenção;
- drogas e AIDS: riscos específicos de contaminação por drogas injetáveis, ou sob efeito de drogas; medidas preventivas.

A **instrumentalização prática**, sempre interdisciplinar, seguirá os seguintes passos :

- partir da prática concreta, devidamente problematizada, identificando e contextualizando as ocorrências significativas;
- teorizar sobre a prática, e ir além das aparências imediatas ao refletir, discutir, conhecer melhor e buscar alternativas, de forma crítica e criativa.
- voltar à prática para transformá-la, a partir de novos conhecimentos, referências teóricas mais elaboradas, técnicas mais apuradas e novas competências adquiridas, visando sempre obter efeitos multiplicadores.

Os processos de capacitação ficarão a cargo dos Centros de Treinamento, de institutos especializados (universidade ou de ONG com experiência nos trabalhos assistenciais ou educacionais junto às referidas populações.

5.7. Interações Institucionais

As populações vivendo em situação de risco quanto a drogas e AIDS caracterizam-se pela sua condição de isolamento. Qualquer intervenção preventiva visará, sempre, restabelecer vínculos comunitários mais amplos, a começar com as respectivas **famílias**. O ideal da reinserção social, sobretudo no caso de crianças e adolescentes de rua, ou ameaçados de marginalização, é irrealista se não pretende investir na reconstituição familiar. Uma das tarefas mais importantes do educador social consistem, então, em propiciar contatos que permitam a reintegração familiar.

A **escola** é outra vertente com alto potencial de aglutinação social. Cursos apropriados (de alfabetização, supletivos noturnos) são agentes de promoção social. Frequentar uma escola representa um referencial de cidadania e fortalece a identidade pessoal, tantas vezes abalada sob o impacto das adversidades sofridas. Devidamente instrumentalizada e com habilidade para segurar e direccionar o alunado, a escola é capaz de manter os jovens afastados da marginalização, mesmo com suas estruturas familiares precárias ou quase inexistentes.

A constituição de grupos de **auto-ajuda**, de organizações comunitárias, de grupos de incentivo à mobilização social e de redes informais de apoio é outro vetor importante para a implantação e manutenção de práticas preventivas efetivas. A cooperação com ONG já operando nas áreas de risco deve ser buscada sempre que possível, superando-se as resistências que se manifestam freqüentemente de ambos os lados.

Paralelamente, faz parte da reinscrção social restabelecer contatos com a **rede formal de assistência** à saúde, educação e serviço social. Muitas vezes, seus postos de atendimento são desconhecidos pelas populações marginalizadas.

O acesso a tais serviços deve ser facilitado, e os seus profissionais preparados para o acolhimento das pessoas em situação de risco. Assim, as medidas de prevenção a drogas e AIDS poderão ter a continuidade da qual dependerá sua eficácia.