

DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS:

uma Cartilha para
Profissionais de Saúde

Organizadores:
Marcelo Niel
Dartiu Xavier da Silveira

Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD)
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Ministério da Saúde



DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS: uma cartilha para profissionais de saúde

**Organizadores:
Marcelo Niel
Dartiu Xavier da Silveira**

**Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD)
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Ministério da Saúde
2008**

Niel, Marcelo; da Silveira, Dartiu Xavier
**Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de
saúde / Marcelo Niel & Dartiu Xavier da Silveira (orgs).** – São Paulo, 2008.
x, 96p.

Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD).
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Ministério da Saúde.

Título em Inglês: Drugs and Harm Reduction: a guidebook for health
professionals.

1. Farmacodependência. 2. Prevenção. 3. Abuso de Drogas. 4. Redução
de Danos

Esta publicação foi financiada com recursos do Ministério da Saúde
(Portaria 629/2006 – Processo 25000.137093/2006-51) e
destina-se a profissionais da área de saúde.

O conteúdo da cartilha é de responsabilidade exclusiva dos autores e não expressa
necessariamente a posição do Ministério da Saúde e/ou da Universidade
Federal de São Paulo

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

Distribuição gratuita

Tiragem: 17.000 exemplares

Sumário

1	Reflexões Sobre a Prevenção do Uso Indevido de Drogas Dartiu Xavier da Silveira.....	7
2	Aspectos Históricos da Redução de Danos Maria Alice Pollo-Araujo e Fernanda Gonçalves Moreira.....	11
3	Redução de Danos para Drogas Injetáveis Rita Haiek.....	21
4	Redução de Danos para Drogas Ingeridas Marcelo Niel.....	29
5	Redução de Danos para o Álcool Alessandra Maria Julião.....	35
6	Redução de Danos para Drogas Inaladas e/ou Aspiradas Marcelo Niel e Deborah Yafa Goldshmidt.....	43
7	Redução de Danos para Drogas Fumadas Marcelo Niel.....	47
8	A Redução de Danos e a Legislação Penal Maurides de Melo Ribeiro.....	53
9	Programas de Redução de Danos no Brasil Maria Alice Pollo-Araujo e Marcelo Niel.....	59
10	Anexos.....	71
	Sobre os Autores.....	91

1

Reflexões sobre a Prevenção do Uso Indevido de Drogas

Dartiu Xavier da Silveira

Ao examinarmos a história da humanidade constatamos que o homem sempre procurou estados alterados de consciência. São conhecidos registros de uso de drogas nas mais diversas culturas desde a antigüidade. A necessidade de transcender a experiência imediata parece inerente ao ser, assim como a curiosidade humana que levou ao conhecimento e ao desenvolvimento do homem, da cultura e dos meios de sobrevivência.

A utilização de drogas psicotrópicas é bastante difundida em rituais, sendo um meio privilegiado de transcendência e de buscar a totalidade ou, no caso dos rituais de passagem, marcando etapas de transição da vida: a criança torna-se homem em um processo iniciático marcado por morte e renascimento. A sociedade atual perdeu a maioria de seus ritos iniciáticos. Aqui pode estar a chave da compreensão do abuso de drogas na sociedade contemporânea. Procura-se obter prazer imediato, a frustração não é tolerada. A tensão decorrente de conflitos inerentes à existência humana não é suportada, sendo imperativo seu alívio instantâneo, dificultando ou impedindo transcendência ou transformação. Caracterizada fundamentalmente pelo consumismo, a sociedade atual não permite espaço para a falta.

Esses fatores contribuem para o aumento do consumo de drogas, assim como para o aparecimento de outros transtornos do controle dos impulsos. Perder o controle em apostas de jogos de azar, passar horas a fio na Internet e na televisão, jogar videogames, praticar exercícios físicos, comer, fazer sexo ou trabalhar compulsivamente são alguns exemplos de comportamentos estimulados pela nossa cultura, que provocam alterações fisiológicas e propiciam sensações físicas prazerosas. Tratam-se de comportamentos passíveis de um padrão repetitivo e compulsivo que se tornam meios de anestesiar e postergar, quando não impedir, a elaboração de conflitos. Na dependência, o indivíduo, em vez de enfrentar a realidade e lidar com suas vicissitudes, transforma apenas sua percepção da realidade como forma de alienação.

O uso de drogas pode ser associado à necessidade de alívio da angústia inerente à condição humana. Quando se pensa em prevenção, o desafio é encontrar outras maneiras de tornar essa angústia suportável, visando transformação, e não alienação.

Prevenção do uso indevido de drogas é, na verdade, toda e qualquer ação que contribua para que o indivíduo possa caminhar, fazendo escolhas mais conscientes, sem interromper sua jornada em decorrência do abuso de uma substância entorpecente que ilude, eliminando os obstáculos apenas na imaginação.

Prevenção do uso indevido de drogas passa a ser, assim, uma questão ampla que extrapola o domínio de especialistas. É, portanto, inespecífica, sendo preventiva toda e qualquer ação que contribua para que o indivíduo consiga suportar conflitos sem precisar se anestesiá-lo através de um comportamento compulsivo ou impulsivo.

Classicamente, a prevenção do uso indevido de drogas pode ser dividida em prevenção primária, secundária e terciária.

A primária pode ser definida pelo conjunto de ações que procura evitar a ocorrência de novos casos de uso abusivo de psicotrópicos ou, segundo outra visão, evitar o primeiro contato com o produto.

Prevenção secundária é o conjunto de ações que procura evitar complicações para as pessoas que fazem uso de uma substância, mas que apresentam níveis relativamente baixos de problemas associados a esse uso.

A prevenção terciária, por sua vez, é constituída pelo conjunto de ações que, a partir da existência de uma dependência, procura evitar prejuízos adicionais e/ou reintegrar na sociedade os indivíduos com problemas mais graves. Também busca melhorar a qualidade de vida dos usuários na família, no trabalho e na comunidade de forma geral (Organização Mundial de Saúde, 1992).

Partindo do tripé drogas, indivíduo e sociedade, descrito por Claude Olievenstein (1990), podemos pensar em ações preventivas em três dimensões.

Em uma primeira dimensão, a atenção volta-se para a droga, dizendo respeito, sobretudo, à repressão. Engloba medidas que visam à diminuição e à regulamentação da oferta do produto, bem como a discussão sobre legalização e descriminalização das substâncias psicoativas. Apesar de serem assuntos que dizem respeito a instâncias como poder legislativo ou judiciário, na verdade, essas questões se fazem presentes no cotidiano, nos princípios que cada um segue, nas regras da família, da escola, enfim, na comunidade como um todo. Cabe a cada instância ser coerente ao implantar suas regras.

A segunda dimensão refere-se ao indivíduo. Prevenir significa formar jovens menos vulneráveis à dependência. Na infância, sabemos que se o exibicionismo da criança for abordado de modo adequado, isto é, se ela se sentir efetivamente vista e ouvida, uma relação saudável entre sua consciência e sua essência pode começar a formar-se. O indivíduo em crescimento adquirirá um sentido de poder e de eficácia de suas ações. Desta maneira pode-se afirmar que a prevenção começa já na primeira infância. Toda vivência visando à constituição de um ser com identidade própria é, na verdade, prevenção na sua forma mais genuína.

Muitos jovens, inevitavelmente, vão experimentar estados alterados de consciência e buscar sensações de plenitude. A diferença é se eles puderem fazer isso após uma avaliação dos riscos envol-

vidos ou seja, estando conscientes das possíveis conseqüências. Se a experiência do prazer e o registro dos limites estiverem bem estabelecidos para aquela personalidade, é muito provável que o indivíduo consiga cuidar de si sem perder o eixo em uma ruptura. Assim, prevenção é propiciar experiências que vão dar subsídios para que o indivíduo seja capaz de se cuidar e de organizar sua própria existência.

A droga e outros comportamentos aditivos podem ser utilizados como ritual de passagem. É fundamental considerarmos que crianças e adolescentes são sujeitos que, à medida em que vão crescendo, mais direito adquirem sobre suas próprias vidas, podendo arcar com a responsabilidade sobre seus próprios atos. Para se importarem com conseqüências e desejarem se preservar, necessitam acreditar que eles fazem diferença no mundo. Do contrário, não faz sentido cuidar de si, crescer e se desenvolver, apenas o prazer imediato passando então a ser relevante.

Assim, pode-se afirmar que prevenção entre os jovens é toda ação que visa ao desenvolvimento integral do adolescente e que estimule sua criatividade e seu potencial para que consiga conviver com as adversidades, sem ter que usar a droga como anestésico, como "alimento" ou como substituto de um vínculo afetivo. Trata-se de criar perspectivas, alimentar sonhos e projetos a serem realizados, auxiliando-os a encontrar sentido em suas vidas. Por isso é importante desenvolver competências para que esses indivíduos saibam tomar decisões.

A terceira dimensão apontada por Olievenstein diz respeito ao contexto sociocultural onde se dá o encontro do indivíduo com a substância. Caracterizada pela falta de rituais iniciáticos e marcada pela crise econômica, falta de perspectiva de trabalho, condições de vida precárias, violência e tráfico, a sociedade atual é vulnerável à expansão do uso indiscriminado de drogas. A dependência está relacionada à marginalização, freqüentemente ao crime, de forma que muitos usuários de drogas acabam excluídos de todo o sistema de serviços que a administração pública propicia. A epidemia de AIDS acabou por gerar contribuição muito importante, na medida em que fez com que não se pudesse mais ignorar a população por ela atingida. A contaminação pelo vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis e a propagação entre seus parceiros fez com que se tornasse imperativo parar de falar de grupos de risco e que se passasse a cuidar dos comportamentos de risco ou atitudes de vulnerabilidade, exigindo que ações concretas fossem tomadas. Educadores passaram a trabalhar nas ruas, procurando fazer contato com essa população e estabelecer vínculos de confiança, visando à disseminação de estratégias preventivas e oferecendo acesso a serviços de saúde.

Surge então a redução de danos como estratégia inteligente e eficiente para minimizar as conseqüências adversas do uso indevido de drogas. Parte-se de uma realidade que se impõe (dependentes são dependentes), sem tentar negá-la ou modificá-la por discursos impositivos, morais ou éticos. Ao tratar o dependente como um igual, abre-se uma porta e os profissionais de saúde logo descobrem que, através do vínculo, é possível despertar no outro o desejo de se cuidar. Trata-se de uma atitude que respeita o indivíduo e oferece meios acessíveis de melhorar sua qualidade de vida, principalmente no que se refere à saúde.

Redução de danos engloba um conjunto de estratégias que, dirigidas a pessoas que não conseguem ou não querem parar de consumir drogas, tem por objetivo reduzir as conseqüências negativas que o uso pode ocasionar. Como exemplos, podemos citar as campanhas orientando as pessoas a não dirigir após consumir bebidas alcoólicas e os programas de troca de seringas voltados a usuários

de drogas injetáveis. Sabemos que a forma de transmissão mais perigosa do vírus da AIDS é através da passagem de sangue de uma pessoa a outra. Nos programas de troca de seringas são recolhidas as seringas usadas e são colocadas à disposição seringas novas. Por meio desses procedimentos ocorre uma redução importante da infecção pelo vírus da AIDS, bem como de outras doenças contagiosas. Ao contrário do que se temia inicialmente, os programas de troca de seringas não induzem as pessoas a utilizar drogas. Os programas de troca de seringas constituem uma medida de saúde pública da maior importância para o controle da epidemia mundial de AIDS.

Muitas vezes desejaríamos que as drogas simplesmente não existissem, principalmente quando vemos pessoas a quem amamos sofrendo e nos fazendo sofrer por estarem envolvidas com drogas. Entretanto, as drogas existem, sempre existiram e sempre vão existir. O que podemos fazer é tentar evitar que as pessoas se envolvam com essas substâncias. Para aqueles que já se envolveram, podemos ajudá-los a evitar que se tornem dependentes. E, para aqueles que já se tornaram dependentes, cabe a nós oferecer os melhores meios para que possam abandonar a dependência. Porém, se apesar de todos os nossos esforços eles continuarem a consumir drogas, temos a obrigação de orientá-los para que o façam da maneira menos prejudicial possível, na expectativa de que estejam atravessando apenas uma fase difícil. Afinal, eles não precisam de quem os julgue, mas de quem os ajude. E esse é o nosso papel enquanto profissionais de saúde.

Referências Bibliográficas

Olievenstein, C. *Le Destin du toxicomane*. Paris: Fayard, 1983.

Organização Mundial da Saúde. *Reagindo aos problemas das drogas e do álcool na comunidade*. São Paulo, 1992.

2

Aspectos Históricos da Redução de Danos

Maria Alice Pollo-Araujo e Fernanda Gonçalves Moreira

O que é Redução de Danos (RD)?

No seu conceito mais estrito, podemos dizer que: *"Redução de Danos é uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas"* (Andrade et al, 2001).

Embora a Redução de Danos (RD) tenha inicialmente se destacado a partir da distribuição de agulhas e seringas para usuários de drogas injetáveis (UDI), como estratégia para prevenir a transmissão do vírus da AIDS, hoje é equivocado limitá-la a isso.

Em seu conceito mais amplo, e de acordo com o *Medical Subject Headings (MeSH)* da *United State National Library of Medicine*, "Harm Reduction" (termo introduzido no MeSH em 2003) ou "Redução do Dano" é: *"A aplicação de métodos projetados para reduzir o risco do dano associado a certos comportamentos, sem diminuição na frequência daqueles comportamentos"*.

De forma mais resumida, significa: *"Reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco"* (Piconez e Trigueiros & Haiek, 2006).

A RD aceita que *"bem ou mal, as drogas lícitas e ilícitas fazem parte deste mundo e escolhe trabalhar para minimizar seus efeitos danosos ao invés de simplesmente ignorá-los ou condená-los"* (Harm Reduction Coalition, 2002-2003). Aqui, o critério de sucesso de uma intervenção não segue a lei do "tudo ou nada". São aceitos objetivos parciais. As alternativas não são impostas de "cima para baixo", por leis ou decretos, mas são desenvolvidas com participação ativa da população beneficiária da intervenção.

Qual a origem do conceito?

Segundo Abrams & Lewis (1999), a RD não chega a ser uma novidade na medicina. Hipócrates já orientava aos jovens médicos: *primum non nocere* (em primeiro lugar, não cause danos).

Se entendermos que a RD é a ampliação dos objetivos das intervenções, aceitando metas sub-ótimas quando o objetivo ideal não é acessível, podemos dizer que toda a medicina é baseada na redução de danos, pois a maioria das doenças não têm cura, apenas tratamentos de controle ou paliativos, como a diabetes, as dislipidemias e a maior parte dos cânceres.

"Na verdade, a história da prática de saúde pública está centrada nas estratégias de redução de danos, desde a limpeza do suprimento de água até o rastreamento de doenças infecciosas" (Abrams & Lewis, 1999).

Sobre isso, a Constituição da República Federativa do Brasil (1988) é clara em seu artigo 196: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Qual a origem da RD?

No que diz respeito à origem da RD, o Reino Unido foi pioneiro. A prescrição de drogas para dependentes remonta ao Comitê Rolleston, na década de 20, quando um grupo de médicos recomendava a prescrição de heroína e cocaína para os dependentes com a finalidade de controlar os sintomas de abstinência. Tal prática foi proibida após o fim da primeira grande guerra.

Em meados da década de 80, o advento da AIDS trouxe um novo olhar para a questão das drogas. A transmissão e a disseminação do vírus entre UDI passaram a ser uma ameaça para toda a sociedade, surgindo a necessidade de ações preventivas efetivas, cujos resultados não dependessem da aderência desses pacientes aos tratamentos que objetivavam a abstinência. Surgem, então, os primeiros centros de distribuição e troca de agulhas e seringas na Holanda e Inglaterra, entre 1986 e 1987 (Derricott, Preston & Hunt, 1999).

Cabe ressaltar que o movimento que resultou na criação de tais centros, na Holanda, contou com a participação determinante de uma associação de usuários de drogas injetáveis, a *Junkiebond*. Diante da dificuldade de acesso a agulhas e seringas novas para o uso de heroína, os membros dessa associação foram pleitear uma ação das autoridades de saúde de Amsterdã. Porém, as autoridades sanitárias responderam negativamente, alegando o risco do lixo séptico ficar espalhado nos parques e praças, podendo contaminar a população.

Então os usuários trouxeram a idéia que mudou a história da infecção por HIV em UDI: trocar as agulhas e seringas usadas por novas. Desta forma, os usuários teriam acesso a um material de injeção mais seguro e garantiriam que o mesmo não ficasse espalhado. A idéia foi aceita, e essa iniciativa baixou radicalmente os índices de infecção dos usuários de drogas injetáveis por HIV na Holanda e, em seguida, na Inglaterra.

Onde e quando começaram as práticas de RD?

Segundo Buning (2006), os primeiros a desenvolverem políticas de RD foram especialistas, autoridades locais e representantes de usuários de drogas em algumas cidades européias. Tudo começou nos anos setenta em Amsterdã e Roterdã, na Holanda, e em algumas cidades britânicas, como Liverpool. Outras cidades européias, como Zurique, na Suíça, Frankfurt, na Alemanha e Barcelona, na Espanha, começaram mais tarde. Todas essas cidades enfrentavam problemas sérios com farmacodependentes, comunidades protestando, rede de atendimento inadequada e sensação de impotência e ineficácia da força policial. A RD, com seu foco no pragmatismo, pareceu ser a estratégia mais lógica a ser seguida.

Em Amsterdã, o aumento de dependentes de heroína somado à transmissão das hepatites e, posteriormente, ao aparecimento da AIDS, na década de oitenta, trouxe uma preocupação a mais para a população com relação aos usuários de drogas injetáveis, e a situação exigiu uma atitude. A opção de intervenção das autoridades sanitárias incluiu: programas de redutores de danos nas ruas (fornecendo intervenções em situações de crises, dando informação e suporte, bem como encaminhando os dependentes às instituições de atendimento), terapias de substituição de heroína por metadona e trocas de seringas.

Na Inglaterra, o primeiro centro de RD foi o Maryland Center, em Liverpool – Merseyside. Além da troca de seringas e agulhas e terapias de substituição, o Dr. John Marks desenvolveu um programa de distribuição de heroína para os dependentes de heroína, retomando as orientações do Comitê Rolleston. O programa do Dr. Marks reduziu drasticamente as mortes por overdose. A dose desejável de heroína é muito próxima da dose letal e a diferença de pureza da droga pode ser o suficiente para induzir a overdose. Desta forma, a disponibilização controlada de heroína de pureza conhecida evitou que os usuários morressem por overdose, entre outros benefícios, como reduzir complicações por contaminação e afastar os usuários da criminalidade. Após alguns anos desenvolvendo esse trabalho em Liverpool, Dr. Marks levou sua experiência para a Suíça e, mais recentemente, para a Nova Zelândia.

Em 1990, foi realizada em Liverpool a 1ª Conferência Internacional de Redução de Danos associados às Drogas (*1st International Conference on the Reduction of Drug Related Harm*). Como a cidade foi uma das primeiras a introduzir a troca de seringas, isso atraía, a cada ano, centenas de visitantes que queriam aprender sobre o Modelo de Redução de Danos da região de Mersey. Assim, a conferência foi uma forma de lidar com esse interesse. Na segunda conferência, ocorrida no ano seguinte em Barcelona, desenvolveu-se um movimento no sentido de disseminar os princípios que estavam por trás da proposta de redução de danos, compartilhar o conhecimento e as experiências em torno do mundo e promover a evidência científica crescente que embasava essa proposta. Assim, em 1996, foi fundada a Associação Internacional de Redução de Danos – *The International Harm Reduction Association (IHRA)* – com o objetivo de apoiar o desenvolvimento da RD, permitir a troca de conhecimentos por meio das conferências internacionais e proporcionar um ambiente de suporte para todos que trabalham com redução de danos.

Quando a RD veio para o Brasil?

No município de Santos (SP), em 1983, um em cada quatro casos de AIDS registrados tinha como provável origem o uso de drogas injetáveis (Bastos & Mesquita, 2001).

Em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos realizou a primeira tentativa de distribuição de equipamentos para uso seguro de droga injetável para os UDI (Piconez e Trigueiros & Haiek, 2006). Apesar dessa população representar aproximadamente 60% dos casos de AIDS notificados (Doneda & Gandolfi, 2006), a ação foi interrompida pelo Ministério Público por ser erroneamente interpretada como incentivo ao uso de drogas.

Em 1990, a organização não-governamental Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos (IEPAS) foi para as ruas, na clandestinidade, distribuir as seringas limpas para os UDI e ensiná-los a limpar os equipamentos de uso de droga injetável (Piconez e Trigueiros & Haiek, 2006).

Em 1991, o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), iniciou um trabalho pioneiro em São Paulo com *outreach workers*. Os pacientes atendidos pelo serviço foram treinados para distribuir hipoclorito de sódio e orientar os UDI a desinfetar suas seringas e a não compartilhar seus equipamentos de injeção com outros usuários (Piconez e Trigueiros & Haiek, 2006).

Em 1993, sob a coordenação do IEPAS e com financiamento da Coordenação Nacional de DST/AIDS, do *United Nations Drug Control Program*¹ (UNDCP) e do Banco Mundial, deu-se início, no Brasil, ao primeiro projeto oficial envolvendo agentes de saúde na "cena de uso de drogas" (*outreach workers*). O projeto recrutou e treinou UDI e ex-UDI para trabalharem junto a seus pares em programas de prevenção e educação para saúde (Bastos & Mesquita, 2001).

Em 1994, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/AIDS, em parceria com o UNDCP e o Banco Mundial, retomou a estratégia de RD através da elaboração de um projeto de prevenção ao abuso de drogas e DST/AIDS, no qual a troca de seringas descartáveis aos UDI constava como um subprojeto (Flach, 1996).

Nesse mesmo ano, o projeto do Ministério da Saúde foi integralmente aprovado pelo então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) e obteve parecer favorável do Conselho Estadual para Assuntos de AIDS (CONAIDS) do Governo do Estado de São Paulo.

Em abril de 1995, pesquisadores e profissionais de saúde da Universidade Federal da Bahia (CE-TAD²/UFBA) implantaram de forma pioneira, com recursos próprios e em cooperação com instâncias locais e regionais, o primeiro programa de troca de seringas no Brasil (Bastos & Mesquita, 2001).

Em junho de 1995, o Conselho Estadual de Entorpecentes de São Paulo (CONEN-SP) aprovou unanimemente as seguintes súmulas:

- 1) O CONEN-SP posiciona-se favoravelmente à modificação da Lei 6.368/76 de modo a se evitar distorções quanto à interpretação legal relativamente ao trabalho desenvolvido pelas autoridades sanitárias;

1 Hoje denominada *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC).

2 Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

- 2) O CONEN-SP é favorável a um Programa amplo de prevenção de AIDS entre UDI, inclusive com distribuição de seringas e agulhas descartáveis, sob a coordenação da Secretaria de Estado da Saúde e com o apoio da legislação vigente;
- 3) O CONEN-SP recomenda à Secretaria Estadual da Saúde que, articulada com as universidades do Estado, possa monitorar o desenvolvimento do Projeto.

Em 1997 foi criada a Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA) com o objetivo de implementar/fortalecer a RD como política de saúde e defender a dignidade do redutor de danos.

O ano de 1998 foi marcado por um grande desenvolvimento das estratégias de RD no Brasil. Em janeiro foi fundada, em São Paulo, a Rede Latino-Americana de Redução de Danos (RELARD), com o objetivo de promover ações de RD, priorizando-se a prevenção da transmissão do HIV entre UDI, dentro de uma proposta fundamentada na promoção de saúde pública e respeito aos direitos humanos e à cidadania na América Latina (Bastos & Mesquita, 2001).

Em março, na cidade de São Paulo, foi realizada a IX Conferência Internacional de Redução de Danos que enfocou experiências desenvolvidas no âmbito da RD, em diferentes contextos socioculturais, e contou com a presença de mais de 50 países e a participação de mais de 1000 pessoas.

Na abertura da Conferência, no Palácio dos Bandeirantes, foi anunciada a regulamentação da Lei nº 9.758, de 17 de setembro de 1997, que autoriza a Secretaria da Saúde do Governo do Estado de São Paulo a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas e encontra-se em vigor até hoje.

Em outubro, foi criada a Rede Brasileira de Redução de Danos³ (REDUC) com a finalidade de: a) promover e incentivar estudos sobre temas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas sob a ótica da RD; b) articular e apoiar ações científicas e sociais que propiciem a implantação e/ou o fortalecimento de políticas públicas e programas de RD associáveis ao consumo de substâncias psicoativas; c) articular, congregar e facilitar o intercâmbio de profissionais das diversas áreas que trabalham com RD associáveis ao consumo de drogas.

Em novembro, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) realizou em Brasília o I Fórum Nacional Antidrogas. O relatório do evento incluiu, pela primeira vez no Brasil, as "Estratégias de Redução de Danos" como uma das políticas públicas voltadas para o enfrentamento da questão das drogas (Bastos & Mesquita, 2001).

Em dezembro, foi regulamentada, em Santa Catarina, a Lei nº 11.063 que autoriza a Secretaria de Estado da Saúde a adquirir e distribuir seringas e agulhas descartáveis aos usuários de drogas endovenosas, com o objetivo de prevenir, controlar e reduzir a transmissão do vírus do HIV, mediante atividades de redução de danos.

Em dezembro de 2000, o Rio Grande do Sul passou a contar com a Lei nº 11.562 que dispõe sobre as atividades de RD entre usuários de drogas endovenosas, visando a prevenir e reduzir a transmissão de doenças e da AIDS.

3 Hoje denominada Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos.

Em setembro de 2001, o governador do Espírito Santo sancionou a lei que autoriza a Secretaria da Saúde a adquirir e distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas injetáveis, e obriga hotéis, motéis e estabelecimentos similares a fornecerem, gratuitamente, preservativos aos seus frequentadores.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), Mato Grosso do Sul e Minas Gerais foram outros dois estados que regulamentaram a política de redução de danos.

No mês de julho de 2005, o Ministério da Saúde publicou as seguintes portarias:

- 1) Portaria nº 1.028/GM, de 1º de julho de 2005, que determina o regulamento das ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.
- 2) Portaria nº 1.059/GM, de 4 de julho de 2005, que destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPSAd.

Por fim, em agosto de 2006, a antiga lei de drogas (Lei nº 6.368/76) é revogada pela Lei nº 11.343 que, em seu artigo 20, diz: *"constituem atividades de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas"*.

Existem estratégias de RD para usuários de drogas não injetáveis?

Um exemplo clássico de redução de danos, que teve início na Holanda, a partir de 1976, é a permissão da venda de pequenas quantidades de maconha ou de haxixe em certos cafés para serem consumidas no local ou em casa (MacRae, 2006). Essa iniciativa, além de afastar da criminalidade o usuário de derivados cannabinóides, separou a venda dessas substâncias daquelas com maior potencial de danos como a heroína, reduzindo a migração do uso de uma droga para a outra.

No Brasil, em 1996, o CETAD começou a pesquisar estratégias preventivas a serem implementadas entre usuários de crack. O primeiro projeto realizado levou vídeos para a rua, exibidos para os usuários, com o objetivo de *"oferecer produtos socioculturais alternativos no próprio contexto social dos usuários, que estimulassem a reflexão, reformulação e/ou questionamento sobre os conhecimentos e comportamentos de risco para as DST/AIDS, outras doenças infecto-contagiosas, o abuso de drogas tais como o crack"*. Junto com essa atividade foi feita uma pesquisa buscando conhecer o perfil psicossocial dos usuários de crack naquela cidade, determinar o consumo de crack e outras drogas e, ainda, conhecer as práticas sexuais de tais usuários (Domanico & MacRae, 2006).

Em 1998, foi fundado em São Paulo o primeiro centro de convivência para usuários de drogas no Brasil, o "É de Lei", com o objetivo de promover a educação em saúde no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, e na RD associada ao uso de drogas, principalmente do crack, com ênfase na prevenção das DST/AIDS (Domanico & MacRae, 2006).

No Encontro SOS Crack, organizado pelo CONEN-SP em 1998, foi apresentado o estudo referente ao fenômeno observado entre dependentes de crack que procuraram tratamento no PROAD

e que referiam, nas primeiras consultas, o uso de maconha como uma forma de atenuar os sintomas de abstinência do *crack* (Silveira, Labigalini & Rodrigues, 1998).

Em 2000, a Associação Santista de Pesquisa, Prevenção e Educação em DST/AIDS (ASPPE), através de pesquisas junto a usuários de *crack*, desenvolveu um projeto de RD que incluiu distribuição de preservativos e filtros para cachimbos. A busca ativa de contato com usuários de *crack* e distribuição de insumos passou a ser desenvolvida em vários projetos de RD em Juiz de Fora (MG), Salvador (BA), Santos (SP), São Paulo (SP) e Porto Alegre (RS) (Domanico & MacRae, 2006).

Uma atividade de RD realizada no Rio de Janeiro pelo técnico em radiologia Décio Ciavaglia, em parceria com o hospital São Francisco de Assis, foi o "kit cheire bem". Distribuído às profissionais do sexo que usavam cocaína, continha canudo, cartão, lenço de papel, soro para limpeza nasal e folhetos com informações sobre as ações das drogas, servindo para que elas não tivessem problema com a falta de higiene, a qual poderia causar infecções (ISTOÉ, 2004). O kit ainda continha uma flor ou um chocolate, e o trabalho era pautado por contato bastante afetivo com as profissionais acessadas.

Com relação às drogas sintéticas como o Ecstasy e o LSD, o *London Drug Policy Forum* elaborou, em 1996, um guia com recomendações básicas de segurança para proprietários de casas noturnas, empresários e organizadores de festas onde as drogas sintéticas são usuais. Na Europa, a maioria dos clubes noturnos onde esse uso é feito, ainda que ilegal, criou os "*Chill outs*" (salas com música mais baixa, lugares para sentar e ventilação) e passou a fornecer água gratuitamente aos frequentadores, com o objetivo de proporcionar maior segurança aos usuários (Almeida & Silva, 2006).

Em 2003, foi criada a Associação dos Amigos da Música Eletrônica (AME) que, dentre suas ações, desenvolveu campanhas educativas de redução de danos para usuários de drogas por meio da distribuição de folhetos, veiculação de mensagens nos telões dos clubes noturnos e disponibilização de informações na Internet, promovendo a idéia de moderação para melhor desfrutar a cena eletrônica.

Em 2002, em Recife, foi realizada a I Conferência Internacional de Álcool e Redução de Danos, com o objetivo de discutir estratégias de RD para os problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas.

Em setembro de 2003, no Rio de Janeiro, a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) realizou o I Seminário Nacional sobre Direitos de Usuários de Drogas.

Considerações finais

A história nos mostra que as estratégias de RD evoluíram, não estando mais voltadas somente às drogas ilícitas e aos danos associados ao uso de drogas injetáveis. Também se expandiram, sendo aplicadas a outros contextos que não apenas o médico. Concomitantemente, a RD ganhou lugar nas políticas públicas voltadas para as questões relacionadas às drogas e status de legalidade em diversos países e estados. Desde 1998, várias organizações não-governamentais e redes têm sido criadas com o objetivo de apoiar iniciativas de RD e desenvolver atividades nesse campo. Entretanto, há muito que se conquistar. No Brasil, apesar de seis estados disporem de leis sobre o assunto, as ações de RD ainda se

apresentam, publicamente, de forma tímida. A RD em presídios continua um desafio, embora muito já se saiba acerca das necessidades desse tipo de intervenção e apesar da Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003, já ter aberto essa possibilidade.

Outro ponto importante a ser considerado refere-se à dificuldade de localização de informações históricas do movimento, principalmente em âmbito nacional, evidenciando a necessidade de uma melhor organização desses dados. Isso não só contribuirá para uma maior visibilidade da RD como também para o seu fortalecimento.

Enfim, a RD é um conceito em construção, cujas estratégias de atuação estão sendo criadas por todos nós. Ao longo desta publicação, serão detalhadas várias possibilidades de intervenção. O conhecimento do que já é realizado deve servir de subsídio para a elaboração de novas ações, adequadas a cada problema e realidade.

Referências Bibliográficas

- Abrams DB, Lewis DC. Prefácio. In: Marlatt GA. *Redução de Danos – estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. XIII-XVI.
- Almeida SP, Silva MTA. Sintéticas, recreativas e ilegais: drogas de uma "geração química". In: Silveira DX, Moreira FG. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 179-186.
- Andrade TM, Lurie P, Medina MG et al. The opening of South America's first needle exchange program and an epidemic of crack use in Salvador, Bahia-Brazil. *Aids and Behavior*, San Diego, California-USA, v. 5, n. 1, p. 51-64, 2001.
- Bastos FI, Mesquita F. *Estratégias de Redução de Danos*. In: Seibel SD, Toscano Jr A. *Dependência de drogas*. São Paulo: Editora Atheneu, 2001. p. 181-190.
- Bock L. *Dos males, o menor*. Revista ISTOÉ. 09 jun 2004. nº 1809. Disponível na Internet: http://www.terra.com.br/istoe/1809/medicina/1809_dos_males_o_menor.htm (26 nov 2007).
- Buning E. Vinte e cinco anos de redução de danos: a experiência de Amsterdã. In: Silveira DX, Moreira FG. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 345-354.
- Conselho Estadual de Entorpecentes de São Paulo. Ata da 69ª Reunião Plenária. São Paulo, 02 de junho de 1995.
- Derricott J, Preston A, Hunt H. *The Safer Injecting Briefing*. England: HIT, 1999.
- Domanico A, MacRae E. *Estratégias de redução de danos entre usuários de crack*. In: Silveira DX, Moreira FG. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 371-379.
- Doneda D, Gandolfi D. O início da redução de danos no Brasil na perspectiva governamental: ação local com impacto nacional. In: Silveira DX, Moreira FG. *Panorama atual de drogas e dependên-*

- cias. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 358-360.
- Flach LM. Saúde e AIDS. Boletim da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas. Julho 1996 – nº 32.
- Harm Reduction Coalition. (2002-2003) Harm Reduction Coalition. Disponível na Internet: <http://www.harmreduction.org/> (07 nov 2003).
- International Harm Reduction Association. History and Founders. Disponível na Internet: <http://www.ihra.net/HistoryandFounders> (07 out 2007).
- International Harm Reduction Association. What is harm reduction? Disponível na Internet: <http://www.ihra.net/Whatisharmreduction> (07 out 2007).
- MacRae E. Redução de danos para o uso da cannabis. In: Silveira DX, Moreira FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 361-370.
- Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Redução de danos é lei em mais dois estados do país. 5 fev 2002. Disponível na Internet: <http://sistemas.aids.gov.br/imprensa/NOTICIAS.asp?NOTCod=45077> (25 nov 2007).
- Piconez e Trigueiros D, Haiek RC. Estratégias de redução de danos. In: Silveira DX, Moreira FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 355-358.
- Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos. Estatuto da Rede Brasileira de Redução de Danos – REDUC. São Paulo, 1999. Disponível na Internet: <http://www.reduc.org.br> (08 out 2007).
- Silveira DX, Labigalini E, Rodrigues LR. Redução de danos no uso de maconha por dependentes de crack. In: Conselho Estadual de Entorpecentes de São Paulo. SOS crack – prevenção e tratamento. 1998.

3

Redução de Danos para Drogas Injetáveis

Rita Haiek

O que é uso de drogas injetáveis?

É chamado uso de droga injetável a utilização de drogas por via parenteral/endovenosa, por meio de seringas e agulhas.

Várias soluções de drogas podem ser injetadas, mas, no Brasil, a mais comum é a cocaína, um estimulante do sistema nervoso central.

Dois efeitos da cocaína merecem destaque, pois podem dificultar o contato com o usuário: fissura e paranóia.

A fissura é identificada pelo desejo intenso de usar drogas, fazendo com que o usuário não esteja disponível para contato ou nenhuma outra atividade e, também, utilize (inje) a droga muitas vezes ao dia, buscando eliminar essa sensação.

Na paranóia, o usuário sente-se perseguido e teme qualquer aproximação, julgando ser prejudicial a ele naquele momento.

Quem são os usuários de drogas injetáveis?

O usuário de droga injetável normalmente é um adulto jovem desempregado, pertencente à classe social menos favorecida. Geralmente injeta cocaína e utiliza outras drogas concomitantemente, como maconha, crack e álcool, sendo poliusuário.

No trabalho de campo, encontramos pessoas que também se colocam em risco de contrair infecções, injetando outras substâncias como, por exemplo, anabolizantes para aumentar a musculatura e silicone, utilizado por travestis, para modelar o corpo com formas femininas.

O que é um Programa de Redução de Danos (PRD)?

A Redução de Danos é um conjunto de medidas dirigidas a pessoas que não conseguem ou não querem parar de usar drogas. Essas medidas têm como objetivo reduzir os riscos ou danos causados pelo uso.

No caso das drogas injetáveis, muitos são os riscos que podem ser evitados: contaminação pelo HIV, causador da AIDS, o HCV, vírus da Hepatite C e o vírus da Hepatite B (HCB).

Os programas de redução de danos, com estratégia de troca de seringas, têm como objetivo fornecer equipamentos de injeção estéreis aos usuários de drogas injetáveis e diminuir, através do recolhimento dos equipamentos usados, a disponibilidade de seringas contaminadas, evitando o compartilhamento e a reutilização desses materiais a fim de reduzir a disseminação do HIV, do HCV e do HBV entre os UDI.

Quais os riscos do uso de drogas injetáveis?

O uso de drogas expõe o usuário a vários riscos de acordo com a via de administração. No caso das drogas injetáveis, as substâncias provocam alteração do funcionamento cerebral e modificação do psiquismo numa velocidade maior do que aquela produzida por outras vias de administração. Expõe, ainda, o usuário a doenças transmitidas por vetores presentes no sangue, adquiridos pela transfusão sanguínea e por seus derivados, através do compartilhamento de agulhas e seringas e de outros equipamentos utilizados na preparação da droga.

Os UDI se expõem ao risco de contaminação pelo HIV, HCB e HCV e outras infecções de transmissão parenteral, pois usam drogas em grupo, numa espécie de ritual, onde equipamentos de injeção (seringas e agulhas) são compartilhados. Nesses casos, um indivíduo contaminado pode contaminar todo o grupo.

Que estratégias devem ser usadas?

Os usuários devem ser aconselhados a jamais compartilhar agulhas e seringas e nunca reaproveitar equipamentos já utilizados. Então, cada usuário deve usar seu próprio equipamento e descartá-lo em local seguro após o uso, para que ninguém venha a reutilizá-lo e para não ferir ninguém.

A cada seringa usada é oferecida uma nova em troca. A seringa usada recolhida deve ser encaminhada ao lixo séptico. Como os UDI injetam várias vezes ao dia, torna-se necessário trocar ou distribuir várias seringas por semana. Não existe um número correto a ser distribuído. É necessário entender o padrão de consumo de cada usuário atendido pelo programa. De qualquer forma, se o usuário levar seringas a mais, alguém de sua rede de contatos provavelmente irá utilizá-las.

Como é feito o trabalho?

A estratégia que prevalece no Brasil é a de Programas e Projetos de Redução de Danos (PRD) que consistem num grupo de ações desenvolvidas em campo, por agentes comunitários de saúde especialmente treinados e denominados "Redutores de Danos", que incluem troca e distribuição de seringas, atividades de informação, educação e comunicação (IEC), aconselhamento, encaminhamento aos equipamentos de saúde e vacinação contra Hepatite B.

A atividade está baseada na noção de que, a retirada de circulação das seringas potencialmente contaminadas e sua substituição por equipamentos de injeção estéreis e descartáveis, levará à redução do risco de infecção.

Os redutores de danos visitam os locais, denominado "campo", onde há consumo de drogas. Apresentam-se, falam do projeto e oferecem o kit de prevenção. Ao perceber o interesse dos usuários, marcam dia, hora e local para a próxima visita. Esse local passará a ser reconhecido por eles e pelos demais como um "Ponto de Troca". Cumprir os compromissos assumidos com o usuário contribui para a aceitação e credibilidade do programa.

Quem é o Redutor de Danos?

O Redutor de Danos é indivíduo que vai a campo fazer o contato com as pessoas da rede de interação social dos UDI, apresentar a proposta de trabalho para a população-alvo e, a partir desse acesso, fazer a identificação dos usuários de drogas injetáveis, buscando sua aceitação e executando as tarefas de prevenção. A influência dos pares é capaz de alterar comportamento e promover mudança de atitudes e práticas frente à droga.

A experiência adquirida pelos profissionais de saúde, no desenvolvimento dos programas de Redução de Danos, mostrou que o principal papel de trabalho de campo deve ser desempenhado por usuários de drogas (UD) e UDI, e que sua substituição por outra categoria significa prejuízo, já que são eles que detêm o conhecimento sobre os locais de uso, os rituais de injeção e a linguagem do usuário, além de não necessitarem de autorização para frequentar esses lugares.

Trata-se de uma proposta que pretende inserir os UDI na sociedade, com ações que não os associem ao estigma e à marginalidade.

O que um kit possui?

Os kits de prevenção apresentam pequenas variações de um programa para outro. Em geral, são compostos de estojos que contêm duas seringas e agulhas, lenços descartáveis embebidos em álcool (para esterilizar o local de injeção), dois frascos de água destilada e dois copos para dissolver a solução. Possuem também 2 ou 4 preservativos masculinos para sexo seguro.

O que é o trabalho de campo?

No trabalho de campo, o Redutor de Danos coloca em prática as estratégias de RD, através de ações educativas com seus pares nos locais em que se encontram estes usuários. Os redutores são treinados sobre temas pertinentes à saúde, ao abuso de drogas e a técnicas de aconselhamento. Levam material educativo (folders e panfletos), kits para injeção e para sexo seguro. Também recolhem o material já utilizado para ser descartado em lixo séptico. O fato de serem reconhecidos como membros da comunidade de usuários, faz com que não representem uma ameaça de denúncia às autoridades policiais, pelo caráter da ilegalidade do consumo de drogas. Por conhecerem as rotinas e os códigos, têm maior facilidade de reconhecer o momento mais adequado para tomar a iniciativa de como e onde abordar os usuários. A empatia e a linguagem apropriada também se tornam facilitadores da aproximação entre redutores e a população-alvo.

Essas características os colocam em posição privilegiada quanto ao fornecimento de agulhas e seringas estéreis, preservativos, além do encaminhamento dos UDI a locais de tratamento.

Como suporte ao trabalho de campo, os Redutores de Danos participam de encontros semanais com os profissionais de saúde, buscando apoio e orientação. Nesses encontros recebem supervisão e discutem acertos e falhas cometidas na execução do trabalho.

Onde pode ser feito o contato?

O contato com usuários de drogas pode ocorrer no Serviço de Saúde, em Postos de Trocas, em Unidades Móveis (que se deslocam às áreas de concentração de uso de drogas, munidas de materiais de atenção básica à saúde, folhetos educativos, kits de prevenção) e também no próprio campo.

É possível distribuir seringas nas unidades de saúde?

Sim. Essa forma de disponibilizar kits permite alcançar um número maior de usuários de drogas e promover uma atenção global a sua saúde, na medida em que os incentiva a utilizar os outros serviços da unidade. No entanto, os relatos dos PRD indicam que o UDI se sente discriminado pelas equipes de saúde e, por isso, tem receio de utilizar seus serviços.

Trocar ou distribuir?

As duas estratégias – trocar e distribuir – têm o mesmo objetivo: impedir que o UDI reaproveite seringas e agulhas usadas, correndo risco de se contaminar com agentes infecciosos.

Trocar seringas consiste em oferecer uma seringa nova a cada seringa usada entregue num posto de troca fixo ou móvel, diretamente com o redutor, profissional de saúde ou **amigo do projeto**. Essa é uma boa estratégia, pois incentiva o usuário a retirar de circulação o material já

utilizado e também dá a dimensão do seu padrão de uso, permitindo oferecer insumos de acordo com a necessidade.

No entanto, algumas situações desencorajam os usuários a levar as seringas utilizadas aos "pontos de troca". As ações policiais são um exemplo desse fato, pois ao portar seringas são, muitas vezes, vítimas de repressão.

Desta forma, recomenda-se distribuir seringas na impossibilidade de se fazer a troca. O importante é que o usuário receba o número de agulhas e seringas necessário ao seu consumo, mesmo que não possua material já usado para devolução.

Quem são os amigos do projeto?

Os **amigos do projeto** geralmente são pessoas da comunidade (comerciantes, líderes comunitários e outros cidadãos comuns) que, sensibilizados pela estratégia, se dispõem a colaborar com o programa, armazenando seringas usadas entregues pelos UDI e distribuindo kits deixados pelo redutor.

A colaboração dessas pessoas é de grande valia, pois possuem credibilidade nas comunidades, reconhecem o indivíduo que faz uso de drogas e são reconhecidas pelos UDI como alguém do local que não representa ameaça.

Que mensagens (noções) o redutor de danos deve levar?

Ele deve explicar objetivamente como funciona o projeto e oferecer os kits ao usuário. Muitas vezes o usuário não aceita prontamente; nesse caso deve marcar um retorno para ir ganhando a confiança lentamente.

As principais noções que ele deve transmitir são:

- O usuário **não deve** compartilhar agulhas e seringas com outros usuários;
- Usar corretamente o kit, observando noções de assepsia;
- Orientação para uso correto do preservativo e em todas as relações sexuais;
- Orientação para tentar diminuir o padrão de uso;
- Aplicar a droga devagar para evitar overdose;
- Mudar a via de administração da droga para uma via mais segura;
- Substituir a droga por outra de efeito menos nocivo.

Quando o redutor deve encaminhar o UDI para outros serviços?

O UDI deve ser encaminhado para outros serviços, pois vários são os agravos à saúde a que está exposto com o uso de drogas. O encaminhamento para as unidades de referência deve ser feito sempre que for observado algum problema de saúde, bem como para testagem de HIV, Hepatite B e C, e vacinação contra Hepatite.

No caso do tratamento da dependência química, o encaminhamento para a unidade de saúde mental deve ser feito sempre que o usuário estiver de acordo com essa iniciativa.

Os UDI sofrem discriminação até mesmo dos usuários de outras drogas e são também marginalizados em vários aspectos: social, familiar e também na saúde. Por isso é necessário encaminhá-los aos Serviços de Assistência Social para providenciar cestas básicas, documentos, etc.

Trocar ou distribuir seringas não incentiva os usuários a consumirem mais droga?

Dados obtidos em estudos nacionais e internacionais permitem afirmar com segurança que trocar ou distribuir seringas e agulhas não incentiva o consumo de drogas.

Essa estratégia permitiu uma redução importante nas taxas de contaminação por HIV e de outras doenças infecciosas nesta população, em todo o mundo. Também se percebeu que cerca de 23% de usuários de drogas procuram tratamento para dependência depois de serem atendidos por estes programas.

Que perfil deve ter um redutor?

O redutor pode ser um usuário ou ex-usuário de drogas ou um profissional de saúde que esteja motivado a trabalhar com o objetivo de promover saúde aos UDI e conseguir impacto epidemiológico na contaminação por HIV e hepatites nessa população.

É importante:

- Ter inserção na comunidade de UDI ou conhecer usuários de drogas injetáveis;
- Ter pontualidade e profissionalismo;
- Saber ouvir;
- Não julgar e aceitar a opção pelo uso de drogas;
- Respeitar sigilo e privacidade para conquistar a confiança do UDI;
- Ter disponibilidade de acolher o usuário;
- Conseguir superar preconceitos;
- Desejar promover os direitos dos UDI e contribuir no enfrentamento da Epidemia nessa população;
- Não usar drogas durante o trabalho (qualidade);
- Não usar drogas junto à rede que se quer acessar (ser parceiro, e não cúmplice);

- Não portar drogas enquanto transporta kits;
- Preservar anonimato da identidade do usuário e guardar sigilo;
- Honrar compromissos (credibilidade).

Que cuidados um redutor deve tomar (Biossegurança)?

Algumas medidas de conduta e segurança diminuem o risco de transmissão de doenças (AIDS e hepatites virais) ao redutor e profissional de saúde no contato com material potencialmente contaminado.

Um protocolo desenvolvido pelos PRD inclui as seguintes normas:

- Calçar botas ou tênis em visita a campo, pois muitas seringas são deixadas no chão, podendo haver perfuração;
- Usar lanterna no trabalho de campo noturno;
- Usar pinça (ginecológica ou cirúrgica) para recolher seringas usadas;
- Usar luvas descartáveis;
- Não reencapar agulhas, pois muitos acidentes acontecem nesse procedimento;
- Armazenar as seringas usadas em caixas coletoras. O transporte de material usado em outro recipiente é muito arriscado. Deixar as caixas em lugar seco e seguro no campo e recolher semanalmente;
- Tomar vacina contra Hepatite B.

Como ele deve abordar o usuário?

A abordagem é o primeiro contato do Redutor com o UDI e funciona como cartão de visitas do Projeto, podendo abrir portas para continuidade e fortalecimento, ou fechá-las se gerar desconfiança e descrédito.

Para se obter sucesso, o redutor deve respeitar alguns passos:

- A primeira meta é apenas estabelecer contato;
- O redutor deve se apresentar portando crachá de identificação;
- Explicar claramente os objetivos do projeto;
- Administrar a ansiedade de atingir seu objetivo maior que é distribuir o kit;
- Acolher o usuário e observar sua necessidade no momento;
- Transmitir informação sobre prevenção às DST/AIDS e hepatites;
- Caso o usuário aceite, deixar um kit de prevenção.

O aconselhamento para redução do uso, substituição ou mudança na via de administração só deve acontecer a médio ou longo prazo. Os usuários costumam apresentar forte resistência se percebem que o aconselhamento é direcionado a deixar de usar drogas. Essa postura, antes que a confiança seja adquirida, pode inviabilizar o trabalho.

O que fazer em caso de exposição accidental ao material potencialmente contaminado?

A exposição accidental do Redutor de Danos a sangue ou equipamento potencialmente contaminado deve ser tratada como emergência médica.

O Redutor deve receber a quimioprofilaxia para o HIV nas primeiras horas após o acidente, até no máximo 72 horas depois. O tratamento deve se estender por quatro semanas.

Na quimioprofilaxia é utilizada uma combinação de anti-retrovirais e a urgência do atendimento se deve à necessidade de o vírus ser neutralizado antes de se instalar nas células.

Para isso, o programa já deve ter definido qual serviço irá receber o Redutor nesses casos, considerando que o acidente pode ocorrer fora do expediente normal das unidades, inclusive no final de semana. O uso da combinação de anti-retrovirais por um período de quatro semanas poderá reduzir o risco de contaminação em 80%.

Caso a fonte seja conhecida, recomenda-se fazer o teste sorológico no usuário-fonte. Nesses casos devem ser utilizados testes rápidos (mediante consentimento informado) que, em caso negativo, evitaria a utilização desnecessária de quimioprofilaxia na pessoa acidentada.

Que outras estratégias de RD existem para os UDI?

Os PRD têm procurado desenvolver novas estratégias que não fiquem apenas limitadas ao campo propriamente dito, mas que possam repercutir em avanços no cuidado à saúde destes usuários.

Por exemplo, as iniciativas de diversos Programas de Redução de Danos ao visitarem lugares com alta probabilidade de encontrar seringas e agulhas usadas para outros fins, como lixo hospitalar, lixo de clínicas veterinárias e laboratórios.

Um outro aspecto que deve ser visto como uma etapa do processo é a mudança de via de utilização ou migração para drogas que causem menor dano. Nessa lógica, se um UDI deixa de usar cocaína injetável e passa a usá-la na forma aspirada ou passa a consumir maconha, embora ele não tenha conseguido abandonar o uso, está seguramente fazendo um uso de menor risco.

Uma outra faceta do trabalho do Redutor de Danos é a construção de um vínculo de confiança com o usuário de drogas, o que permitirá, após algum tempo, oferecer encaminhamentos para tratamento de outros problemas de saúde e até mesmo para a dependência, em centros especializados.

Referencias Bibliográficas

Marlatt GA. Redução de danos – estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed, 1999.

Silveira DX, Moreira FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

4

Redução de Danos para Drogas Ingeridas

Marcelo Niel

Quais são as principais drogas ingeridas?

As principais drogas ingeridas encontradas em nosso meio são: o álcool, os medicamentos e, entre eles, os que têm efeitos psíquicos e, por isso, risco de abuso, como os calmantes (benzodiazepínicos), os antiparkinsonianos (Artane[®], Akineton[®]), os analgésicos opióides (Tramal[®], Tylex[®], Metadona[®], codeína), os antiinflamatórios (Benflogin[®]) e as anfetaminas (remédios para emagrecer). Além disso, existem também substâncias encontradas na natureza, com efeitos alucinógenos, como o lírio (chá de lírio), alguns tipos de cogumelos, a ibogaína, o peiote (esses dois últimos encontrados na América do Norte e Central), a hoasca ("chá de Santo Daime") entre outras. A maconha também pode ser ingerida, colocada em alimentos (bolos, tortas, brigadeiros) ou sob a forma de chá. Outras drogas também ingeridas são as sintéticas, como o LSD, o Ecstasy e o GHB.

Quais são os efeitos dessas drogas e como podemos reduzir seus danos?

1. Álcool

O álcool é a droga ingerida mais consumida. O abuso e a dependência figuram como um dos maiores problemas de saúde pública do país. Dada a sua importância, trataremos a questão do álcool num capítulo específico.

2. Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos (medicamentos da família do diazepam) foram criados na segunda metade do século vinte e, devido à sua eficácia relativamente rápida, tornaram-se em pouco tempo as drogas de prescrição mais consumidas em todo o mundo. O bem-estar que provocam, a facilidade de desenvolvimento de tolerância e o uso indiscriminado por parte dos médicos fazem com que, cada vez mais, tenhamos problemas de pessoas com dependência desses medicamentos.

Os efeitos ruins decorrentes do uso de benzodiazepínicos são a sedação excessiva, os problemas de memória e concentração a longo e curto prazo, a drástica diminuição da coordenação motora, o risco de quedas e de morte, em casos de ingestão excessiva (tentativas de suicídio). Além disso, apresentam potente interação com o uso concomitante de álcool, piorando esses quadros. Embora seja uma medicação que exige uma receita médica controlada, o controle da venda é bastante ineficaz, sendo relativamente fácil obtê-la sem receita.

As medidas de RD para essas substâncias incluem: informação aos usuários sobre risco de dependências e efeitos problemáticos; melhor controle da prescrição e da venda dos medicamentos.

No caso de indivíduos que façam uso abusivo ou já se tornaram dependentes, é importante que sejam encaminhados para tratamento e que esse uso seja monitorado. Além disso, as estratégias no âmbito do tratamento propriamente dito incluem uso de medicamentos sedativos não benzodiazepínicos, como antipsicóticos, alguns antidepressivos (p. ex.: amitriptilina) e outros indutores de sono (zolpidem, zopiclone) pelo menor risco de dependência. Deve-se orientar a não fazer uso concomitante de álcool.

3. Antiparkinsonianos ou anticolinérgicos

Os antiparkinsonianos são geralmente medicamentos com efeito anticolinérgico usados no tratamento da Síndrome de Parkinson e dos efeitos colaterais causados pelos antipsicóticos (medicamentos usados no tratamento de algumas doenças psiquiátricas). Entretanto, tornaram-se uma droga de abuso, porque quando consumidos em doses maiores que as terapêuticas e, sobretudo, quando misturados ao álcool, produzem um estado confusional (*delirium* anticolinérgico) com distorções perceptuais. Porém, o uso indiscriminado pode provocar, além do estado confusional, morte por depressão respiratória.

As medidas de RD para essas substâncias incluem informação aos usuários sobre risco de dependências e efeitos problemáticos; melhor controle da prescrição e da venda dos medicamentos.

No caso de indivíduos que façam uso abusivo ou já se tornaram dependentes, é importante que sejam encaminhados para tratamento e que esse uso seja monitorado. Deve-se orientar a não fazer uso concomitante de álcool.

4. Analgésicos

Os analgésicos opióides (derivados do ópio) como Tylex®, metadona, Tramal®, codeína entre outros, são substâncias potentes no tratamento da dor, mas com alto risco de dependência.

O abuso e a dependência ocorrem principalmente em pacientes com dores crônicas e profissionais de saúde. A codeína era comumente encontrada em xaropes para tosse, administrados inclusive em crianças. O Elixir Paregórico[®] era um composto medicinal usado como sedativo e antiespasmódico que continha codeína e, por esse motivo, também se tornou uma droga de abuso.

Os efeitos danosos dos opióides podem incluir alterações de comportamento, como euforia excessiva, podendo chegar a quadros confusionais e morte por depressão respiratória. Além disso, o uso contínuo dessas substâncias pode fazer com que se desenvolva rapidamente um quadro de dependência, sendo que a síndrome de abstinência é bastante grave, com diversos sintomas desagradáveis, como fortes dores abdominais, sudorese, tremores, oscilações de temperatura e da pressão arterial.

O Benflogin[®] (cloridrato de benzidamida) é um antiinflamatório vendido no Brasil e que, quando associado ao álcool, promove efeitos semelhantes aos antiparkinsonianos, também com risco de parada respiratória e hemorragias digestivas.

As medidas de RD para essas substâncias incluem informação aos usuários sobre risco de dependências e efeitos problemáticos; melhor controle da prescrição e da venda dos medicamentos.

No caso de indivíduos que façam uso abusivo ou já se tornaram dependentes, é importante que sejam encaminhados para tratamento e que esse uso seja monitorado. Deve-se orientar a não fazer uso concomitante de álcool.

Especificamente em relação aos opióides, além dessas estratégias gerais, pode-se lançar mão da terapia de substituição com metadona, porque apesar de ser um opióide, apresenta meia-vida mais longa e menor incidência de efeitos psíquicos. Além disso, o uso monitorado da metadona faz com que se diminuam os riscos de uso abusivo de outros opióides, sobretudo porque evita que o indivíduo desenvolva o quadro de síndrome de abstinência.

5. Anfetaminas

As anfetaminas são medicamentos usados como moderadores de apetite e, pelo seu efeito estimulante, largamente utilizados por certos tipos de trabalhadores, como motoristas de caminhão e trabalhadores noturnos em geral. Apesar do uso ser proscrito nos países desenvolvidos, o Brasil ainda sofre com a desinformação e a falta de rigor ao prescrever essas medicações, o que torna o nosso país campeão mundial em prescrição de anfetaminas.

O carente controle na distribuição dos medicamentos faz com que seja relativamente fácil obtê-los por meios não oficiais.

Os efeitos danosos das anfetaminas incluem agitação psicomotora, inquietação, insônia, hipertensão arterial, hipertensão pulmonar, aumentando conseqüentemente o risco para quadros mais graves, como infarto.

Além disso, o uso dessas substâncias desencadeia quadros de pânico e de humor (depressão ou euforia) e quadros psicóticos. A interrupção do uso geralmente acarreta sintomas de abstinência, com humor deprimido, risco de suicídio e irritabilidade.

As medidas de RD para essas substâncias incluem informação aos usuários sobre risco de dependências e efeitos problemáticos; melhor controle da prescrição e venda dos medicamentos.

No caso de indivíduos que façam uso abusivo ou já se tornaram dependentes, é importante que sejam encaminhados para tratamento e que esse uso seja monitorado. Deve-se orientar a não fazer uso concomitante de álcool.

6. Alucinógenos

Existem diversas substâncias encontradas na natureza que, quando consumidas, desencadeiam quadros de alucinações e distorções perceptuais, como alguns tipos de cogumelos; o peiote, que é um tipo de cacto; a ibogaína, que é uma planta; a hoasca, que é um chá preparado através da mistura de duas plantas – o cipó jagube (*Banisteriopsis caapi*) e a folha rainha ou chacrona (*Psicotrya viridis*) – entre outras.

Os efeitos mais comuns dessas substâncias são alterações e distorções perceptuais, como modificar tamanho, forma e cor dos objetos e uma confusão dos sentidos vitais, como “ver um cheiro” ou “tocar uma visão”.

A maconha também pode ser consumida por via oral, geralmente colocada em alimentos, principalmente bolos, bolachas e “brigadeiros” ou sob a forma de chás.

Para todos esses tipos de drogas pode ocorrer o desencadeamento de sintomas psicóticos, levando a pessoa a ter comportamentos de risco, como suicídio, ou sintomas desagradáveis quando utilizadas num estado emocional ruim, proporcionando uma “má viagem” (“bad trip”).

Além disso, como são drogas obtidas da própria natureza, existe grande possibilidade do usuário confundir-se com outras substâncias parecidas e padecer de efeitos tóxicos inesperados, potencialmente fatais, como é bastante comum com o uso de cogumelos alucinógenos.

A maconha ingerida apresenta uma particularidade de ter o início de efeito muito mais demorado, comparado à maconha fumada. Isso leva o usuário a pensar que não está tendo efeito e faz com que ele consuma grandes quantidades, tendo como consequência quadros de intoxicação graves que podem levar à morte por depressão respiratória central.

Desse modo, a maior medida de redução de danos é a informação aos usuários sobre os riscos da intoxicação, uma vez que são relativamente raros os casos de dependência dessas substâncias, até pela grave intensidade de seus efeitos, ficando os maiores riscos nos momentos da intoxicação aguda (momento de uso).

7. Drogas sintéticas (LSD, Ecstasy, GHB)

As principais drogas sintéticas, também chamadas *designer drugs*, são o LSD (Dietilamida do Ácido Lisérgico), o Ecstasy ou MDMA e o GHB.

O LSD possui propriedades alucinógenas potentes e seus efeitos, danos e riscos são semelhantes aos dos alucinógenos encontrados na natureza. As estratégias de redução de danos para o LSD são também parecidas, nas quais se deve fornecer ao usuário as informações necessárias sobre os riscos, procurar atendimento médico em caso de algum tipo de mal-estar e sempre avisar o médico sobre o uso.

O Ecstasy ou MDMA (metildioximetanfetamina) é um derivado das anfetaminas, com algumas particularidades em sua molécula que provocam um efeito de euforia e bem-estar. Os riscos para

a saúde são a desidratação e a hipertermia, que podem levar à morte. Além disso, o uso concomitante com álcool e outras drogas pode provocar reações inesperadas, como alterações graves de comportamento, síncope e perda de memória ("apagões"). Recentemente surgiu uma nova apresentação do Ecstasy, a chamada "cápsula de vento", que nada mais é do que o MDMA puro, numa concentração maior, sem o excipiente dos comprimidos, ficando o pó da substância solto numa cápsula. Essa apresentação logo perdeu espaço entre os usuários, uma vez que provocava efeitos extremamente abruptos e desagradáveis por até 12 horas, com crises de pânico, angústia e medo.

Sendo o Ecstasy derivado das anfetaminas, seu uso provoca grande excitação sexual na esfera "mental", mas por outro lado provoca vasoconstrição intensa, a qual repercute com dificuldades de ereção. Desse modo, muitos usuários de Ecstasy passaram a fazer uso de sildenafil (Viagra®) para "equilibrar" esse efeito. O resultado disso são reações inesperadas, como desmaios, síncope e, em alguns casos, ereções extremamente prolongadas, com lesão de musculatura peniana.

Também chamado de "Ecstasy líquido", o GHB (ácido gama-amino-butírico) é uma substância usada como anestésico que tem sido consumida como droga de abuso. Seu consumo se dá, geralmente, diluindo-se algumas gotas da substância em água e tem efeitos parecidos com o Ecstasy, com maior ocorrência de distorções perceptuais. Em altas doses, pode levar a quadros graves de intoxicação e morte por depressão respiratória.

As medidas de RD para o LSD e o GHB são muito semelhantes às tomadas e/ou recomendadas para os alucinógenos: orientar quanto aos efeitos agudos desagradáveis ("bad trips"), ao risco de desencadeamento de quadros psicóticos e de outros quadros psiquiátricos; não fazer uso desacompanhado; procurar atendimento de emergência em caso de mal-estar físico ou psíquico e informar o profissional de saúde que fez uso da substância; evitar uso concomitante de outras drogas.

Já para o Ecstasy, além das medidas gerais citadas acima, pelo risco de desidratação e hipertermia, recomenda-se que o usuário faça uso constante de água, não faça uso concomitante de álcool e outras drogas e reserve alguns períodos para descansar o corpo (o chamado "chill out", que significa "esfriar a cabeça").

Referências bibliográficas

Marlatt GA. Redução de danos – estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed, 1999.

Silveira DX, Moreira FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

5

Redução de Danos para o Álcool

Alessandra Maria Julião

A Redução de Danos não se aplica apenas ao uso de drogas ilícitas? Ela também pode ser aplicada ao uso de álcool?

É verdade que o conceito de Redução de Danos e as práticas daí decorrentes foram consolidados a partir do avanço da epidemia de AIDS entre pessoas que faziam uso de drogas ilícitas por via injetável. Talvez por esse motivo a Redução de Danos seja mais frequentemente associada às substâncias ilícitas. Mas as abordagens de Redução de Danos tem um campo de atuação muito mais extenso e podem ser aplicadas tanto às drogas ilícitas, quanto às lícitas, como é o caso do álcool.

Por que motivo é importante conhecer e implementar as estratégias de Redução de Danos em relação ao uso de álcool?

Existem muitas razões para que as estratégias de RD em relação ao uso de álcool sejam conhecidas, divulgadas e implementadas. De partida, basta lembrar que o álcool é a substância psicoativa mais consumida no país, sendo também indiscutível que os danos causados pelo álcool superam os causados pelas drogas ilícitas.

O simples fato de que o uso de álcool faz parte dos costumes da sociedade brasileira, estando presente em diversas situações do dia-a-dia, desde celebrações religiosas a comemorações, já é suficiente para que haja uma preocupação no sentido de tornar esse uso mais seguro para quem o faz e para a sociedade. E é exatamente este o objetivo dos programas de Redução de Danos. É fundamental, portanto, que as pessoas estejam informadas sobre os riscos decorrentes do ato de beber, mas que também conheçam estratégias que possam minimizar os riscos e possíveis danos, caso decidam

ingerir bebidas alcoólicas. É muito importante ressaltar que as estratégias de RD são intervenções complementares às estratégias de controle da demanda e da oferta da substância.

As estratégias de Redução de Danos em relação ao uso de álcool têm como meta atingir as pessoas que são dependentes de álcool?

Não somente essas, pois o objetivo é atingir qualquer indivíduo que faça uso de álcool, e não apenas aqueles que já desenvolveram problemas mais sérios, como a dependência do álcool. Tanto o uso crônico de álcool como a embriaguez aguda podem acarretar danos para o indivíduo que bebe e também para a sociedade.

E quais são os principais danos decorrentes do uso crônico de álcool?

Os possíveis danos decorrentes do uso crônico de álcool podem atingir setores diversos da vida do indivíduo e da sociedade. Em relação à saúde do indivíduo, tais danos são conhecidos e bem documentados pela literatura médica, como hepatopatias (hepatite alcoólica, esteatose e cirrose), gastrite e esofagite, quadros demenciais, neuropatias periféricas, problemas psiquiátricos, entre outros. Além desses, há maior risco de deterioração das relações familiares, sociais e profissionais.

A Organização Mundial de Saúde estima que 50% dos danos relacionados ao álcool possam ser atribuídos ao uso crônico.

Mas é verdade que todas as pessoas que bebem estão sujeitas a riscos decorrentes do uso de álcool, mesmo que elas não sejam alcoolistas?

Sim, todas as pessoas que bebem estão sujeitas a algum risco decorrente do uso. É comum observarmos que há na sociedade uma tendência a minimizar os problemas decorrentes do uso de bebidas alcoólicas. Infelizmente é comum vermos comportamentos potencialmente perigosos sendo tolerados e até incentivados, como as "bebedeiras" durante a adolescência e juventude. Mas é sabido que qualquer uso de álcool implica em algum risco e que muitas conseqüências negativas do uso de álcool ocorrem justamente entre pessoas que não são dependentes, mas que, sob efeito do álcool, acabam se envolvendo em situações de alto risco, como, por exemplo, dirigir embriagado ou praticar sexo sem camisinha.

E quais danos podem ser decorrentes diretamente do consumo imediato, ou seja, da embriaguez aguda?

O uso de álcool aumenta o risco de provocar acidentes de trânsito, de praticar sexo sem proteção, de envolver-se em situações de violência interpessoal, de provocar ferimentos e acidentes, de sui-

cídio, de envenenamento não-intencional (principalmente em regiões em que há produção caseira, não fiscalizada, de bebidas alcoólicas). Os problemas com a lei também devem ser lembrados aqui.

Geralmente, esses episódios são resultados de exagero de consumo. Novamente, é importante lembrar que todas as pessoas que fazem uso de bebidas alcoólicas estão sujeitas a esses problemas. Todos esses riscos são decorrentes dos efeitos que o álcool tem sobre o organismo, ou seja, desinibição, euforia, liberação da censura, falsa sensação de segurança, redução dos reflexos e da coordenação motora.

De que maneira a Redução de Danos pode ser útil entre pessoas que fazem uso crônico e prejudicial de álcool?

Existem programas de tratamento que podem ser indicados para pessoas que não querem ou não conseguem parar totalmente de beber. Tais programas incluem estratégias de RD e são menos rígidos, pois aceitam outras metas além da abstinência completa. É importante que os profissionais de saúde estejam capacitados a orientar adequadamente os pacientes, com atitude empática e desprovida de preconceitos. Para tal, precisam estar bem informados sobre as alternativas existentes além dos modelos de tratamento baseados na abstinência total, como por exemplo, o modelo Minnesota e de Programa de Doze Passos.

De forma geral, como funciona um tratamento que inclua estratégias de RD?

As estratégias de RD podem ser aplicadas de forma a contribuir para que a pessoa consiga atingir submetas aproximadas rumo à moderação ou à abstinência. A redução de danos estimula uma diminuição gradativa do uso para reduzir as conseqüências prejudiciais do álcool ou das drogas. O médico pode prescrever medicamentos que auxiliem nesse processo, como, por exemplo, a naltrexona. A redução de danos não é uma estratégia que se oponha à abstinência, mas sim complementar a essa, e que pode funcionar inclusive como meio para se chegar a um estágio em que a abstinência seja possível.

E quais são as características destes programas de tratamento?

A característica principal é uma atitude inclusiva e sem preconceitos, o que se reflete numa maior flexibilidade para estabelecer as metas a serem atingidas com o tratamento e também numa maior capacidade de atrair para o tratamento pessoas que rejeitam tanto o rótulo de alcoólistas, como a proposta de abstinência total. É importante lembrar que nem todas as pessoas que apresentam problemas com o uso de bebidas alcoólicas encontram-se no mesmo estágio de gravidade e comprometimento decorrentes desse uso. Reconhecer que as diferenças existem é o primeiro passo no sentido de construir propostas terapêuticas que possam beneficiar o maior número

possível de pessoas. O tratamento que objetiva o beber moderado é uma proposta séria, que tem sido estudada há mais de 30 anos. Quando aplicado de forma responsável, pode trazer benefícios como redução das complicações decorrentes do uso pesado de álcool, redução das recaídas e da quantidade ingerida durante os dias da recaída.

E que estratégias podem ser usadas para reduzir os riscos decorrentes da embriaguez aguda?

A primeira estratégia é justamente tentar evitar que o ato de beber se torne uma "bebedeira", ou seja, tentar evitar o consumo exagerado de bebidas alcoólicas. Algumas dicas úteis:

- Procurar estabelecer antes de uma ocasião social o quanto irá beber. É útil tentar definir um limite para o consumo de bebidas alcoólicas e aprender a controlar o consumo.
- Beber lentamente e tentar aumentar o tempo de intervalo entre uma dose e outra.
- Alternar bebidas alcoólicas com bebidas sem álcool (água, sucos ou refrigerantes). Essa é uma orientação fácil e eficaz!
- Não beber de estômago vazio.
- Lembrar que, em se tratando de álcool, não é verdade que "quanto mais, melhor". O álcool tem um efeito inicial estimulante, mas em seguida o efeito é de depressão do sistema nervoso central. Quanto mais depressa e maior a quantidade ingerida, mais o álcool atua como depressor, e não como estimulante.
- Aprender a beber menos e a recusar bebida.

Há alguma diferença entre os sexos no que se refere ao uso de álcool e aos riscos decorrentes deste?

Sim, existem diferenças importantes entre homens e mulheres. As mulheres ficam intoxicadas mais rapidamente e com doses menores de bebida alcoólica e são mais vulneráveis às complicações decorrentes do uso crônico de álcool. Tais diferenças ocorrem porque:

- A mulher tem em média menor proporção de água corporal (45 a 55%) que o homem (55 a 65%), e quanto mais água corporal, maior a diluição do álcool.
- Os homens em geral pesam mais que as mulheres.
- O metabolismo do álcool é diferente entre homens e mulheres, pois os homens têm níveis maiores de uma enzima hepática que metaboliza o álcool (desidrogenase do álcool). Essas diferenças tornam as mulheres mais vulneráveis a complicações decorrentes do uso crônico, como a cirrose, por exemplo.

- As alterações hormonais das mulheres também afetam a alcoolemia. Estudos demonstram que as mulheres ficam intoxicadas por tempo mais longo no período que vai de 1 semana antes a 1 semana depois da menstruação. As mulheres que tomam anticoncepcionais orais também têm maior probabilidade de manter um pico de alcoolemia por períodos mais longos que as que não tomam.

Qual a relação entre a alcoolemia e a capacidade do indivíduo de dirigir de forma segura?

A alcoolemia é a concentração de álcool no sangue de uma pessoa que ingeriu bebida alcoólica. Ela varia não apenas com a quantidade de álcool ingerida, mas também com a altura, o peso, as condições emocionais e físicas do indivíduo. Em geral, concentrações de até 0,2 grama por litro de sangue não costumam provocar efeitos sobre os reflexos no trânsito. A partir desse valor, a maior parte das pessoas começa a ter efeitos prejudiciais sobre os reflexos e a capacidade de julgamento, os quais comprometem o desempenho do motorista e suas reações no trânsito. A tabela abaixo ajuda a entender os efeitos do álcool no organismo de acordo com a alcoolemia:

Efeitos do consumo de álcool no trânsito	
Gramas/álcool – litro/sangue	Efeitos
0,2 – 0,3 g/l – equivalente a um copo de cerveja, um cálice grande de vinho, uma dose de uísque ou outra bebida destilada	As funções mentais começam a ficar comprometidas.
0,3 – 0,5 g/l – dois copos de cerveja, dois cálices grandes de vinho, duas doses de bebidas destiladas	Grau de vigilância diminui, assim como o campo visual. O controle cerebral relaxa, dando sensação de calma e satisfação.
0,51 – 0,8 g/l – três a quatro copos de cerveja, três cálices grandes de vinho, três doses de bebidas destiladas.	Reflexos retardados, dificuldades de adaptação da visão a diferenças de luminosidade, superestimação das possibilidades e minimização de riscos e tendência à agressividade.
0,8 – 1,5 g/l	Dificuldades de conduzir/controlar veículos e de transitar, a pé, no trânsito – incapacidade de coordenação, falhas na coordenação neuromuscular.

Álcool e trânsito: como é a atual lei do trânsito?

Recentemente, a legislação brasileira foi modificada de forma substancial, tanto na quantidade tolerada de consumo de álcool, como nas penalidades impostas. A atual legislação considera ilegal que se dirija com concentração de álcool no sangue superior a 0,2 g/l (ou 0,1 mg de álcool por litro de ar expelido dos pulmões, no caso do teste do bafômetro), e o motorista é multado por infração gravíssima, no valor de 955,00 reais, fica proibido de dirigir por 1 ano e tem o veículo retido, até que outro motorista vá buscá-lo. A partir de 0,6 g de álcool por litro de sangue (ou 0,3 mg de álcool por litro de ar expelido dos pulmões, no caso do bafômetro), além das penalidades já referidas, ele pode ser detido em flagrante e sofre processo, cuja pena varia de 6 meses a 3 anos de prisão.

Existem estratégias, além da mudança da legislação, que podem ser úteis para reduzir os riscos e danos decorrentes da associação entre álcool e direção?

Sim, é importante promover medidas educativas que envolvam a sociedade e aumentem a consciência dos cidadãos sobre os riscos de beber e dirigir. Ou seja, além da legislação mais rigorosa, é preciso que haja fiscalização e investimento em ações educativas para que seja atingido o objetivo de mudança de comportamento e conseqüente redução das vítimas no trânsito decorrentes da perigosa associação entre álcool e direção.

No Brasil, alguns programas de redução de danos tiveram experiências bem sucedidas nesse campo. Existem diversas medidas úteis, entre as quais podemos ressaltar:

- Escolher o "amigo da vez", ou seja, definir a cada saída qual membro do grupo não fará uso de bebidas alcoólicas e ficará responsável pela direção. Os membros do grupo devem fazer rodízio nessa função.
- Treinar garçons e outros profissionais que trabalham em ambientes onde são servidas bebidas alcoólicas a identificar pessoas alcoolizadas com o objetivo de ajudá-las a perceber que não devem beber mais e nem dirigir, orientando-as a utilizar outro meio de transporte mais seguro para voltar para casa (táxi ou transporte público).
- Programas educativos de trânsito que forneçam informações sobre o álcool e o trânsito.

Sexo e álcool, como tornar esta associação mais segura?

Inicialmente, através de orientação adequada sobre a maior freqüência dos comportamentos sexuais de alto risco entre pessoas que beberam. É muito importante que haja preservativos de fácil acesso nos locais onde existe consumo de bebidas alcoólicas. Sabe-se que se os preservativos não estiverem prontamente disponíveis para pessoas que são sexualmente ativas, o risco de contato sexual desprotegido e, portanto, de doenças sexualmente transmissíveis, aumenta muito.

Como lidar dentro do princípio da Redução de Danos com as “bebedeiras juvenis”?

Este é um tema muito importante e é crucial estarmos atentos a ele. Os dados do I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil realizado pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas) indicam que os jovens estão iniciando o uso de bebidas cada vez mais cedo. Estudos demonstram que é durante a juventude o período em que é maior a ingestão de bebidas alcoólicas. Portanto é preciso desenvolver estratégias realistas para lidar com o problema, pois é ilusório imaginar que os jovens deixarão de beber.

É preciso informar com seriedade a fim de aumentar a consciência dos jovens sobre comportamentos de alto risco e facilitar a adoção de atitudes que promovam a saúde e reduzam os riscos. Muitos jovens terão contato com serviços de saúde devido a problemas decorrentes de um episódio de “bebedeira”. Tais situações podem ser oportunidades únicas para iniciar uma conversa franca em que sejam abordados o consumo de bebida alcoólica e os comportamentos de risco associados.

Existe alguma situação em que seja desaconselhável aplicar as estratégias de Redução de Danos?

Embora as medidas de RD tenham como objetivo tornar o uso de álcool mais seguro, existem situações em que o consumo de álcool é considerado de alto risco. Sempre que tal consumo for de alto risco para terceiros, a tolerância zero em relação ao consumo de álcool deveria ser promovida. Podemos incluir nessa categoria as gestantes e lactantes, além de pessoas que exerçam atividades em que seja necessário dirigir ou operar máquinas industriais ou técnicas. Pessoas em tais situações não devem beber.

A tolerância zero também deveria ser aplicada às crianças e adolescentes, uma vez que ainda não são capazes de tomar decisões conscientes.

De que forma os profissionais da área da saúde podem ser agentes promotores da Redução dos Danos causados pelo consumo de álcool?

Muitas pessoas são atendidas nos diversos serviços de saúde devido a problemas provenientes do uso de álcool, sejam aqueles decorrentes do uso crônico, sejam os causados pela embriaguez aguda. Assim, os profissionais de saúde são freqüentemente confrontados com os danos desse uso nos serviços de urgência e emergência, nos serviços de atenção básica, nas enfermarias hospitalares, nos serviços de prevenção e de tratamento de doenças sexualmente transmissíveis. O contato empático e desprovido de preconceitos com estes pacientes pode ser uma chance fundamental para abordar os temas desenvolvidos neste capítulo e estimular a adoção de medidas que promovam a saúde e reduzam os riscos resultantes do consumo de álcool. No entanto, os profissionais de saúde só poderão fazê-lo de forma adequada se estiverem bem informados e atualizados sobre o tema.

Referências bibliográficas

- Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo; Secretaria Nacional Antidrogas – Presidência da República, Gabinete de Segurança Nacional. São Paulo, 2002.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos – uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília, 2004.
- Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Série E. Legislação da Saúde; Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- Oliveira E, Melcop AG. Álcool e trânsito. Instituto RAID/CONFEN – MS/DETRAN – PE, Recife, 1997.
- Dimeff AL, Baer SB, Kivlahan DR, Marlatt GA. Alcoolismo entre estudantes universitários – uma abordagem de redução de danos, São Paulo: Ed. Unesp, 2002.
- Marlatt GA. Redução de danos – estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed, 1999.

6

Redução de Danos para Drogas Inaladas e/ou Aspiradas

Marcelo Niel e Deborah Yafa Goldshmidt

Quais são as principais drogas inaladas e/ou aspiradas em nosso meio?

Em primeiro lugar, costuma-se utilizar as palavras aspirar e inalar como sinônimos. De fato, as duas palavras têm o sentido comum de levar ar ou alguma substância para os pulmões. Entretanto, a palavra aspirar diz mais respeito à via nasal, que é o caso da cocaína, e inalar corresponde mais à via oral, como é o caso dos solventes.

Em nosso meio, as drogas mais comumente utilizadas por essa via são os solventes (cola-de-sapateiro, Thinner®, éter, clorofórmio, acetona, lança-perfume, entre outros) e a cocaína. Atualmente também encontramos o uso do *poppers*.

E como elas se apresentam e como são utilizadas?

A cocaína, produto químico derivado da folha de coca (*Erythroxylum coca*), apresenta-se, em sua constituição final, como um pó branco e fino. Ela pode ser injetada, fumada (*crack*) e também aspirada. Habitualmente os usuários adquirem pequenas quantidades, dispostas em sacos plásticos comumente denominados de "papel", que contêm usualmente em torno de 1 grama da substância. Ao utilizar, o usuário dispõe a droga em uma superfície plana, divide em pequenas fileiras denominadas "carreiras" e aspira através de um objeto semelhante a um canudo, feito por notas de dinheiro, folhas de papel ou canudos de plástico. Embora menos comum nos dias de hoje, alguns depositam a droga diretamente na região da mão localizada entre os dedos indicador e polegar, levando diretamente ao nariz para a aspiração.

A maioria dos solventes é derivado do tolueno, um solvente orgânico empregado para diluir substâncias como tintas e colas. Existem outros tipos de produtos, como a benzina, o éter, o clorofórmio e a acetona. O uso geralmente é inalado, embebendo-se a substância em um pano e levando-o à boca, puxando o ar e, conseqüentemente, a substância para dentro. A exceção ocorre com a cola-de-sapateiro. Por ser mais espessa, geralmente é colocada em um recipiente fechado (como um saco plástico cuja abertura é levada à boca) e, então, inalada.

O *poppers* é um tipo de nitrito, um potente vasodilatador que, quando utilizado, produz uma sensação de relaxamento e bem-estar. Além disso, por provocar um intenso relaxamento das mucosas, passou a ser utilizado por homens que fazem sexo com homens como facilitador do sexo anal. Seus efeitos indesejáveis incluem desde um leve rubor facial e cefaléias em graus variáveis, até o risco de desmaios, perda de consciência e parada respiratória.

Quais são os efeitos e os danos dessas drogas?

A cocaína, quando aspirada, chega aos pulmões e ganha rapidamente a circulação, atingindo o sistema nervoso central. Os efeitos da intoxicação, pós-uso e crônicos, são os mesmos do crack e da cocaína injetável. Existe apenas uma diferença e diz respeito à via específica de uso aspirado, que é a deterioração da mucosa nasal e dos seios paranasais, com grande risco de perda irreversível do olfato.

Os solventes, quando utilizados, promovem uma sensação de desorientação tempo-espaço, distorções perceptuais, alterações graves da coordenação motora, agitação e agressividade. Após pouco tempo, o usuário pode ficar sonolento e chegar ao nível de maior risco, que é de parada respiratória por depressão do centro respiratório no cérebro. Efeitos crônicos do uso dessas substâncias podem incluir alterações do crescimento e atrofia das extremidades dos membros, sobretudo em crianças e adolescentes. O cérebro sofre muitos danos decorrentes do uso contínuo de solventes, com alterações crônicas e irreversíveis de memória e alterações psiquiátricas.

E como é que podemos reduzir danos para a cocaína?

Em primeiro lugar, como em todos os casos, é preciso orientar o usuário sobre o risco que ele corre ao usar a substância. É importante que ele saiba que não existe nenhum tipo de uso que possa ser considerado seguro, porque os riscos graves decorrentes do uso, como um infarte ou mesmo a morte por overdose, podem acontecer numa primeira vez. Desta forma, existe apenas a possibilidade, através das estratégias de redução de danos, de orientar para um uso de menor risco.

Uma vez que o usuário recebeu as informações, mas não consegue ou não deseja descontinuar o uso, parte-se para as estratégias propriamente ditas:

- Orientar que, após o uso, deve-se lavar as narinas com soro fisiológico ou água para evitar as lesões na mucosa nasal.

- Ao invés de notas de dinheiro ou outro tipo de papel comum, dar preferência aos canudos de plástico que geralmente são distribuídos nos kits de redução de danos. Ele também recebe orientação para não compartilhar os canudos, porque a cocaína, por ser um potente vasoconstritor, pode provocar sangramento nasal, facilitando assim a transmissão de doenças.
- Em caso de algum tipo de mal-estar físico ou psíquico, o usuário deve procurar um atendimento médico de urgência em prontos-socorros e informar o que e quanto usou.

Kit para uso de cocaína aspirada

Ele é composto de :

- Canudos de plástico;
- Uma chapa de alumínio que serve como “bandeja” para a cocaína;
- Cartão para separar as carreiras;
- Folheto explicativo;
- Preservativo e lubrificante;
- Hastes flexíveis e soro fisiológico para limpeza das narinas;
- Em países como a França, o kit contém óleo à base de vitamina E para aplicação nas mucosas.

E como reduzir danos para os solventes?

Como dito anteriormente, o uso de solventes está associado a vários riscos e danos, e poucas estratégias existem ainda para esse tipo de substâncias. Como regra geral, vale dar informação ao usuário acerca dos riscos que ele corre, além de orientar que procure ajuda em pronto-socorro caso sinta algum tipo de mal-estar físico ou psíquico.

Além disso, caso esteja acompanhado, que a outra pessoa sempre informe ao médico qual tipo de substância foi usada para que o tratamento seja mais eficaz. Pelos riscos de parada respiratória, é recomendado que ele não faça uso desacompanhado, porque ficaria bem mais difícil obter ajuda, e que evite misturar a substância com outras, sobretudo com o álcool, pelo grave risco de potencializar o efeito depressor dessas drogas.

E com relação ao *poppers*?

Para o *poppers*, a primeira medida é orientar sobre os efeitos e riscos de uso, porque os problemas mais graves ocorrem quando o usuário não tem experiência e inala uma grande quantidade com conseqüente risco associado. Além disso, deve-se advertir o usuário para evitar o uso concomitante de outras substâncias, sobretudo as que possuem efeito sedativo, como álcool, maconha e calmantes, pelo risco de potencializar seus efeitos.

Referências Bibliográficas

- Marlatt GA. Redução de danos – estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- Silveira DX, Moreira FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

7

Redução de Danos para Drogas Fumadas

Marcelo Niel

Quais são as principais drogas fumadas em nosso meio?

As principais drogas consumidas de forma fumada são a maconha (*cannabis*), o crack e o tabaco. Além dessas, existem também as composições, como o "mesclado" (mistura de crack com maconha) e o "freebase" (mistura de cocaína com maconha). A heroína também pode ser fumada, mas existe em muito pouca quantidade em nosso país.

Como são essas drogas e como elas são fumadas?

A maconha é a droga ilícita mais usada em nosso meio, sobretudo na forma fumada. É na verdade uma planta, a *Cannabis sativa*, e as partes utilizadas para seu consumo variam com a região do mundo e com aspectos culturais, podendo-se aproveitar folhas, caule, sementes, flores e raiz. Existem outros tipos dessa substância, como o Haxixe e o Skank, que se diferem pelas concentrações mais altas do Delta-9-THC (Delta-9-Tetrahydrocannabinol).

Seu aspecto é de folhas secas, de um tom verde opaco com um cheiro adocicado bem característico. Para ser fumada, o usuário enrola a substância em papéis de seda, papéis de cigarro ou cachimbos. O "mesclado" e o "freebase" são fumados da mesma forma.

O crack é preparado a partir dos restos da preparação da cocaína e, nos dias de hoje, os produtores costumam adicionar outras substâncias, como solventes e pó de mármore ou talco para baratear o seu custo de produção. Ele recebe esse nome porque, durante a produção, a adição de bicarbonato de sódio endurecia a pasta de cocaína e ela se partia em pequenas pedras, emitindo um estalido parecido com o nome "crack".

É geralmente fumado em cachimbos que variam em sua constituição, desde os mais comuns, de madeira, até aqueles confeccionados a partir de latas de alumínio, canos de plástico ou metal, copos de plástico, entre outros materiais.

O tabaco é preparado através da secagem das folhas da *Nicotina tabacum*. Sua apresentação pode ser em forma de cigarro, constituído por canudo de papel e um filtro de algodão ou espuma sintética, de charutos, cigarrilhas, cigarros de palha e fumo-de-corda.

A heroína pode ser fumada em cigarros de folhas de seda ou aquecida em uma espécie de "plataforma" de vidro ou papel alumínio e, sua fumaça, aspirada.

Quais são os principais danos relacionados a essas drogas?

A maconha atua como um depressor do sistema nervoso central (SNC). Desse modo, quando alguém a consome, experimenta efeitos de diminuição dos reflexos motores, perda de concentração e lentidão do raciocínio. A maioria desses déficits não são permanentes e podem ser reversíveis após a parada do uso. Entretanto, pode-se pensar no enorme risco ao dirigir intoxicado ou realizar tarefas que exijam maior concentração, como operar máquinas, atravessar ruas, fazer cálculos, lembrar de compromissos e datas.

Outros sintomas psiquiátricos, como desencadeamento de crises de pânico e sintomas ansiosos podem ocorrer. Além disso, como em qualquer outro tipo de droga, pessoas que fazem tratamento para Transtornos Psiquiátricos graves, como é o caso da Esquizofrenia, podem ter piora dos sintomas psicóticos pelo uso da maconha.

A Síndrome Amotivacional, ocasionada pelo uso contínuo da maconha, é um quadro caracterizado por perda da vontade, por um grande desinteresse pelas atividades cotidianas, isolamento e sonolência excessivos. Pode ocorrer em níveis diferentes de gravidade e seu tratamento varia desde a simples interrupção do uso até a necessidade de antidepressivos.

Outros danos que podem ocorrer são lesões na região da boca pela alta temperatura do cigarro de maconha, predispondo a transmissão de doenças como o vírus do Herpes e da Hepatite C. Além disso, essas lesões e o calor local predispoem ao aparecimento de câncer de cavidade oral.

Os problemas respiratórios também são bastante comuns e, embora não se consiga estabelecer uma relação precisa do uso de maconha e o aumento da incidência de câncer de pulmão, alguns pesquisadores consideram que esse risco de fato exista.

O risco de morte por intoxicação grave (overdose) é relativamente pequeno com a maconha fumada.

O crack, por apresentar um efeito estimulante do SNC, pode provocar efeitos desagradáveis de agitação psicomotora e comportamento agressivo. Além disso, existem três situações graves que comumente acontecem com usuários de crack: a paranóia ("nóia"), a fissura (ou *craving*) e a depressão pós-uso.

A paranóia ("nóia") ocorre na vigência da intoxicação (do uso) e caracteriza-se por sintomas paranóides, como medo, sensação de estar sendo perseguido, distorções perceptuais que muitas vezes motivam os usuários a atos impensados, colocando-os em risco.

A fissura ou *craving* é o desejo intenso de usar a droga que pode cursar com graus variáveis de ansiedade, levando muitas vezes o usuário a atitudes impulsivas com o único objetivo de obter a droga, como cometer furtos, vender objetos pessoais e até prostituir-se.

A depressão pós-uso, da cocaína ou do crack, ocorre porque o cérebro do indivíduo "esgota" os neurotransmissores e fica "sem bateria" até que o organismo fabrique novamente essas substâncias. Geralmente dura de pequenas horas a alguns dias, mas os sintomas depressivos podem ser tão graves que algumas pessoas chegam a pensar e até tentar o suicídio.

Além disso, como o crack é, das drogas que temos no nosso meio, a que causa mais fissura, os indivíduos apresentam maior risco de se tornar dependentes, fazendo uso contínuo da substância e somando-se seus prejuízos.

O crack provoca aumento da pressão arterial e estreitamento das artérias do corpo, elevando a possibilidade de infartos do coração e acidentes vasculares cerebrais (AVC). A falta de apetite e o emagrecimento rápido também são característicos. O sistema respiratório fica bastante comprometido e, associado à desnutrição e conseqüente baixa imunidade, predispõe o indivíduo a infecções pulmonares.

São comuns os ferimentos em lábios e boca pelas queimaduras provocadas, aumentando-se conseqüentemente o risco de transmissão de doenças como o Herpes e a Hepatite C.

O uso do tabaco caminha lado a lado com um enorme problema. Diferentemente das outras drogas, é uma substância lícita e seus efeitos deletérios demoram geralmente anos para aparecer, como os diversos tipos de cânceres, os problemas cardiorespiratórios e as alterações de memória.

Além disso, quando o tabaco é consumido como cigarro de palha ou cachimbos também aumenta o risco de câncer de cavidade oral.

E quais são as estratégias de RD para essas drogas?

Para todas as drogas fumadas, valem os princípios gerais de redução de danos, dos quais devem constar sempre a informação, através de folhetos explicativos. Cada passo no sentido de diminuir o consumo ou migrar para padrões menos danosos deve ser encorajado e incentivado. Além disso, o usuário deve ser sempre advertido a procurar ajuda médica em casos de mal-estar e sempre informar ao profissional do pronto-socorro quais foram as substâncias que consumiu.

Para a maconha especificamente, deve-se considerar que, embora seja uma substância cujos riscos são menores quando comparados aos danos provocados pelo crack e pela cocaína, não se pode deixar de informar ao usuário sobre os riscos e prejuízos advindos desse uso e estimulá-lo à diminuição ou parada. Para o "mesclado" e o "freebase", o usuário deve ser advertido sobre o maior risco de uso, se comparado à maconha fumada sozinha, com aparecimento de fissura e paranóia.

Em se tratando de crack, várias estratégias de RD surgiram nos últimos anos, como, por exemplo, o uso do cachimbo e a substituição do crack por drogas que causem comparativamente menor dano, como o mesclado, o "freebase" e a maconha.

O uso do cachimbo para usuários de crack é uma estratégia empregada por vários PRD e surgiu como uma forma de evitar que o usuário consuma a droga em recipientes nada higiênicos, como latas e copos usados que oferecem risco de intoxicação devido a resíduos de certos materiais,

como plástico e metal. Desta forma, são distribuídos cachimbos e orienta-se o não compartilhamento dos mesmos ou, ao menos, dos bocais removíveis. No Brasil, os cachimbos são feitos de madeira e com bocal de plástico. Na França, o Centre EGO, em Paris, distribui cachimbos de vidro, cuja vantagem é que, na hora de raspar as sobras de crack no fundo do recipiente onde foi fumado (a "borra"), impede que o usuário fume outras substâncias como metal, plástico ou madeira que podem ser tóxicos.

Portanto, os kits de RD para o crack são compostos de:

- Cachimbo com ou sem bocais extras;
- Folheto explicativo;
- Preservativo e sachê de lubrificante;
- Alguns PRD incluem cremes labiais que evitam rachaduras que podem servir de veículo para transmissão de doenças.

É verdade que algumas pessoas fumam maconha para deixar o crack?

É verdade. Muitos dependentes de crack relatam, quando em atendimento, que sentem um efeito benéfico na diminuição da fissura causada pelo crack quando fumam maconha. Baseado nesses relatos, Silveira e cols. (1999) desenvolveram um estudo para avaliar o efeito terapêutico do uso da maconha em 50 dependentes graves de crack. O principal resultado foi que, após 3 meses, 68% dos pacientes havia largado totalmente o crack e, após algum período, diminuíram inclusive o uso da maconha.

Mas a maconha também não é uma droga ilícita?

Sim, de fato é uma droga ilícita. O que ocorre nessa estratégia de RD é que, se o indivíduo não consegue parar de usar o crack, mas consegue abster-se do mesmo através da maconha, com o alívio da fissura, então devemos entender essa transição como um passo importante na recuperação desse sujeito.

Isso não significa estimular o uso de maconha, até porque seria crime, já que se trata de uma droga ilícita. Entretanto, "tolerar" esse uso durante esse processo de transição é uma estratégia que tem se mostrado benéfica para muitos pacientes.

E quanto ao tabaco?

Em relação ao tabaco, por se tratar de uma droga lícita, cujos efeitos deletérios, na maioria dos casos, demoram muito para aparecer, seu uso é muito mais tolerado.

Desse modo, as principais estratégias de RD existentes dizem respeito à proposta da diminuição de consumo, enquanto não se atinge a abstinência, e restrições no ambiente, como proibir seu uso em lugares públicos, fiscalizar a venda para menores e oferecer tratamento aos que desejam abandonar o uso.

Ou seja, as abordagens de RD para com o cigarro estão intimamente relacionadas com as medidas de saúde pública para controle e prevenção dos problemas decorrentes desse uso.

Referências Bibliográficas

Marlatt GA. Redução de danos – estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed, 1999.

Silveira DX, Moreira FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

8

A Redução de Danos e a Legislação Penal

Maurides de Melo Ribeiro

As estratégias de redução de danos têm causado grandes polêmicas desde o início de sua implantação, notadamente em razão das ações objetivas que propõem e que contemplam, apenas a título de exemplo, desde trocas e desinfecção de seringas e agulhas a terapias de substituição (heroína/metadona, crack/cannabis, cocaína/folha de coca, etc.) e estabelecimento de locais de uso seguro.

Essas práticas foram logo identificadas pelas agências penais estatais como forma de auxílio à drogadicção e seus operadores passaram a ser vítimas de uma perseguição impregnada de um moralismo que se julgava superado no final do século vinte, e que assistiu a revoluções sociais, culturais e políticas que justificavam essa expectativa.

Pode-se dizer que o relacionamento entre as estratégias de redução de danos e as instâncias formais de controle penal evoluíram numa via de mão dupla. Num primeiro momento, sob o impacto da novidade e numa reação impulsiva, os operadores do direito penal rejeitaram violentamente a possibilidade de implantação das estratégias de redução de danos equiparando-as, mediante uma exegese meramente gramatical da Lei de Entorpecentes então em vigor, à conduta daquele que, de qualquer forma, induz, auxilia ou contribui com o uso ou difusão das substâncias psicoativas.

Sob essa interpretação da lei penal antidrogas, a conduta dos agentes de saúde que pretendessem implantar os programas de redução de danos seria equiparada à dos traficantes de drogas, e os colocariam sujeitos a penas que poderiam variar de três a quinze anos de reclusão¹. Essa primeira

¹ A nova Lei de Drogas, nº 11.343/06, equacionou melhor a questão fazendo previsão específica das modalidades de participação, no § 2º do artigo 33, cominando-lhes penas de detenção de 1 (um) a 3 (três) anos e multa de 100 (cem) a 300 (trezentos) dias-multa. Todavia, a conduta dos agentes de saúde que aplicam as estratégias de redução de danos não se subsumem, sequer, a essa nova modalidade típica.

etapa histórica foi marcada, portanto, por violenta reação das instâncias formais de controle social à política de saúde pública que se pretendia implantar.²

Os sanitaristas e agentes de saúde que implantavam o projeto original viram-se obrigados a um recuo tático e à adoção de novas estratégias até que, após alguns anos de embates e debates, a opinião pública fosse esclarecida através de informação suficiente sobre os programas baseados numa já então razoável produção científica, que dava lastro às ações higienistas.

A partir desse momento, abre-se a etapa histórica na qual a política de redução de danos passa a influenciar na produção legislativa, causando impacto na resposta penal inicialmente a ela oposta.

Inicia-se, assim, a produção da primeira geração de leis de redução de danos que buscavam, pura e tão somente, autorizar as ações de saúde pública legitimando e legalizando as propostas de redução de danos, evitando-se dessa forma que os agentes de saúde fossem ameaçados por sanções penais. Como exemplos dessa iniciativa temos a Lei Estadual nº 9.758/97, que autorizou as estratégias de redução de danos no Estado de São Paulo e foi o diploma legal pioneiro nesse sentido, e a Lei Estadual nº 11.562/00, do Rio Grande do Sul. Temos atualmente legislação estadual específica em redução de danos, com a finalidade de autorizar as ações de saúde pública no âmbito estadual, em seis estados brasileiros: São Paulo, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul e em Minas Gerais.

Os projetos legislativos autorizadores das ações, a partir de então, se multiplicam em todos os níveis federativos – municipal, estadual e federal – e novas estratégias são implementadas à medida que novas demandas são apuradas pelas pesquisas realizadas, conjuntamente com as ações de saúde pública postas em execução. Como representantes dessa fase da produção legislativa temos, apenas à título de exemplo, a Lei nº 2.263, de 30 de dezembro de 2004, do Município de Gravataí, no Rio Grande do Sul e a Lei nº 4.041, de 23 de outubro de 2006, do Município de Contagem, em Minas Gerais.

A necessidade de uma legitimação uniformizada das estratégias de redução de danos levou o Ministério da Saúde a editar a portaria nº 1.059, de 4 de julho de 2005, que regulamenta as ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPSad.

Culminando essa primeira etapa temos a iniciativa da Secretaria Nacional Antidrogas, a SENAD, que encampou a redução de danos como uma das estratégias da Política Nacional Antidrogas brasileira, nos termos da Resolução nº 3 / CONAD, de 27 de outubro de 2005.

Esse avanço acabou por refletir na produção legislativa, fazendo surgir a segunda geração de leis de redução de danos que agora preocupa-se com os direitos do próprio cidadão que usa drogas, como é o caso da Lei Estadual Paulista de nº 12.258, de 9 de fevereiro de 2006, que dispõe sobre a prevenção, o tratamento e os direitos fundamentais dos usuários de drogas.

2. Essa reação violenta e moralista não é estranha para a saúde pública brasileira e encontra precedentes desde os seus primórdios. Basta que se lembre da famosa "Revolta da Vacina" em 1904, há mais de um século, quando o povo do Rio de Janeiro pegou em armas contra o projeto de vacinação obrigatória proposto pelo sanitarista Oswaldo Cruz. A resistência popular, quase um golpe militar, teve o apoio de positivistas e da Escola Militar. Uma canção popular de época retrata a situação: "Chega o tipo e logo vai/ enfiando aquele troço,/ lanceta e tudo mais(...)/ A lei manda que o povo,/ o coitado do freguês,/ vá gemendo pra vacina,/ ou então vá pró xadrez./ Eu não vou neste arrastão/ sem fazer o meu barulho."

Finalmente, dando continuidade ao processo evolutivo de interação entre a política de saúde pública e a produção legislativa, foi recentemente sancionada a nova Lei de Drogas, Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que, embora sem abandonar o modelo punitivo-proibicionista que é mundialmente hegemônico, encampa expressamente em vários de seus artigos estratégias de redução de danos tanto que, pela primeira vez na nossa história do controle penal sobre substâncias psicoativas, editou-se uma lei que visa a instituir um Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e não somente dispor sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou drogas ilícitas, finalidade que era a tônica das legislações anteriores, a saber, as Leis nº 6.368/76 e nº 10.409/02, que foram expressamente revogadas, conforme o disposto no artigo 75 da nova Lei de Drogas.

Não obstante os inegáveis avanços que foram obtidos no plano legal e que terminam por respaldar as ações concretas de redução de danos, ainda são muitas as dúvidas – em decorrência, mesmo, da intensa polêmica que cerca a própria “questão das drogas” – acerca da legalidade e legitimidade dessa política de saúde pública, fato que termina por gerar insegurança até mesmo nos agentes que deverão implementá-las. Dessa forma, ainda que sem esgotar o tema, selecionamos aquelas que julgamos ser os principais questionamentos legais sobre o tema, na atualidade, e buscamos respondê-los de forma objetiva:

Como a área do direito tem discutido a Redução de Danos?

Como já foi apontado na introdução desse trabalho, houve um impacto de mão dupla entre as estratégias de redução de danos e as instâncias formais de controle penal. Num primeiro momento houve forte reação repressiva dirigida aos agentes de saúde que implantavam os programas uma vez que suas ações eram identificadas como forma de colaboração a uma atividade ilícita. Posteriormente, com a evolução da compreensão da questão, a política de redução de danos ganhou prestígio em razão de seus resultados práticos e atingiu, no Brasil, o estatuto de política de saúde pública na área de drogas, muito embora sua atual aplicação esteja muito aquém de suas possibilidades. Hoje pode-se precender uma ampliação conceitual da redução de danos para defini-la como uma política humanista e pragmática que visa à melhora do quadro geral do cidadão que usa drogas, sem que lhe seja exigido o absenteísmo ou imposta a renúncia ao consumo dessas substâncias. A ótica da nova abordagem é a de que se o cidadão usa drogas, ao menos que o faça com os menores danos possíveis à sua saúde física e mental, à sua vida de relação – família, trabalho, sociedade, etc. – e, finalmente, à própria comunidade em que vive.

Os Redutores de Danos podem ser presos em atividade de campo, distribuindo insumos?

Não, desde que os redutores de danos estejam ligados a programas autorizados e em consonância com a legislação específica sobre o tema não poderão sofrer nenhum tipo de interferência

em seu trabalho, tampouco repressão e notadamente prisão. Isso se dá porque houve uma evolução no entendimento da redução de danos por parte das agências de controle formal (polícia, Ministério Público, Magistratura, etc.) do Estado. Notadamente após a produção de uma legislação específica de redução de danos que autorizou a adoção dessa política específica. Essa tendência ganhou expressão a partir da Lei Estadual Paulista (Lei Estadual nº 9.758/97) e gerou inúmeras leis semelhantes em outros estados e municípios do país.

Hoje, a própria Política Nacional Antidrogas brasileira, nos termos da Resolução nº 3 / CO-NAD, de 27 de outubro de 2005, reconhece a redução de danos como política de saúde pública na área de drogas e o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 1.059, de 4 de julho de 2005, que regulamenta as ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPSad.

Culminando esse processo, a própria Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, a nova Lei de Drogas, reconhece expressamente a legitimidade das ações de redução de danos.

Apesar de todo o arcabouço legal que dá respaldo às ações sanitárias é necessário que se atente para o fato de que as ações de redução de danos implementadas devem estar expressamente autorizadas para que os agentes de saúde estejam respaldados e possam desenvolver seu trabalho com as necessárias tranquilidade e segurança.

Os insumos podem ser apreendidos pela polícia?

Não, na mesma linha da resposta anterior, os insumos não podem ser apreendidos, nem pela polícia nem por qualquer outra autoridade pública, conquanto as ações implementadas estejam autorizadas. Da mesma forma que um hospital, que disponha de um centro cirúrgico, pode ter em depósito na sua farmácia, por exemplo, a substância morfina em razão de seus comprovados efeitos analgésicos, sem que esse fato importe em risco para seus dirigentes, os redutores de danos não podem sofrer medidas repressoras e tampouco os insumos podem ser apreendidos, pois ambas as condutas estão legalmente autorizadas.

Usuários podem ser presos portando insumos para uso de drogas, mesmo sem estarem portando algum tipo de droga?

Nos estritos termos da nova Lei de Drogas, a Lei nº 11.343/2006, a pessoa que usa drogas (artigo 28 da nova lei de drogas) e foi surpreendida na posse de insumos para o consumo ou mesmo na posse da própria droga nunca poderá ser presa!

Deverá acompanhar o agente público até o distrito policial apenas e tão somente para o registro da ocorrência e, após lavrado o termo (nunca flagrante), deverá ser imediatamente dispensado.

No caso da pessoa surpreendida na posse de insumos não haverá, sequer, base legal para lavratura de termo circunstanciado, uma vez que não é ilícito uma pessoa portar, por exemplo, um cachimbo ou uma seringa hipodérmica.

Importa alertar, todavia, que a conduta relativa ao tráfico de entorpecentes encontra-se ainda mais severamente punida e, em razão da amplitude de ações criminalizadas pelo novo artigo 33 (tráfico) há o risco de, numa interpretação ampliativa, a pessoa ser enquadrada como praticante de tráfico, uma vez que não há critérios legais objetivos para distinguir uma conduta da outra ficando essa caracterização, ainda que provisória, a critério da autoridade pública que surpreender o cidadão no momento da prática delituosa.

Qual o respaldo legal das atividades de Redução de Danos?

Como também já apontado nas notas introdutórias, hoje há um amplo arcabouço legal dando respaldo às estratégias de redução de danos. Mas o que parece de fundamental importância ressaltar, é que o próprio substrato ideológico que fundamenta a nova Lei de Drogas experimentou substanciais modificações, aproximando a Política Nacional de Drogas do modelo europeu, de características mais tolerantes com o tema. Não que a Política Nacional de Drogas tenha rompido com o modelo proibicionista, mas, é inegável, arrefeceu o tratamento dado à questão, aproximando seu ideário basilar dos princípios constitucionais e garantias individuais constantes da Constituição da República de 1988.

Assim, o arcabouço principiológico do sistema, conforme é enunciado no artigo 4º da nova Lei de Drogas, prevê expressamente como fundamentos: "o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade", conforme a dicção do seu inciso I; "o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes", nos termos do inciso II; além da necessidade do "fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas", conforme o disposto no seu artigo 19, inciso III.

E essa base ideológica não tem mero interesse programático, pois servirá como parâmetros a serem seguidos tanto pelo intérprete como pelo operador que se defrontar com situações de conflito na aplicação dos dispositivos legais contidos na nova Lei de Drogas.

Quais os direitos legais dos usuários/dependentes de drogas?

Como exemplos objetivos podemos citar a própria Lei nº 11.343/2006 que, além dos aspectos já apontados, impede, por exemplo, a imposição de tratamento como sanção, fato que a torna incompatível com as medidas preconizadas pelas "Drugs Courts" norte-americanas e que no Brasil ganhou o nome de "Justiça Terapêutica".

É certo que, nos termos do § 7º do artigo 28, é garantido ao agente a possibilidade de submissão voluntária e sem custos a tratamento especializado, preferencialmente ambulatorial, em estabelecimento de saúde. Contudo é necessário que se destaque que a previsão legal encontra-se em perfeita consonância com a regulamentação da matéria relativa a tratamentos que devem ser disponibilizados pelo Serviço Único de Saúde – SUS, nos termos da Portaria nº 1.059, de 4 de julho de 2005, do Ministério da Saúde, que regulamenta as ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPSad.

É importante, ainda, ressaltar que, embora não tenha sido descriminalizada a conduta da pessoa que usa drogas, a lei expressamente impediu qualquer tipo de imposição de medida privativa de liberdade a esses indivíduos, vale dizer, é absolutamente ilegal a prisão do usuário de drogas. Evidentemente, é preciso sempre repisar que a conduta continua sendo considerada um crime, porém, na sistemática penal brasileira, o porte de drogas para consumo pessoal é o delito de menor censurabilidade e, portanto, o mais levemente apenado.

Numa escala de gravidade de condutas delituosas, o porte para consumo é, nos dias de hoje, um delito mais leve que os chamados crimes de menor potencial ofensivo, que são aqueles encaminhados para os Juizados Especiais Criminais. Desta forma, as medidas sancionatórias destinadas às pessoas que foram colhidas na prática de porte de drogas para consumo pessoal serão, pura e tão somente, as medidas de caráter educativo, previstas pelo próprio artigo 28 da nova Lei, vale dizer, advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade; medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

Enfim, os resultados positivos da redução de danos permitem um prognóstico de ampliação do âmbito de ação dessa política de saúde pública para outros campos de intervenção estatal, sendo ainda de se destacar, no plano legal, a Lei Estadual Paulista de nº 12.258, de 9 de fevereiro de 2006, que dispõe sobre a prevenção, o tratamento e os direitos fundamentais dos usuários de drogas.

Nela, a pessoa que usa drogas passa a ser vista como sujeito de direitos, tendo assegurada a garantia de não-exclusão de escolas, centros esportivos e outros próprios do estado, pela sua condição de usuário de drogas; a garantia de não sofrer discriminação em campanhas contra o uso de drogas que diferenciem os usuários dos dependentes; o acesso a tratamentos que respeitem sua dignidade, permitindo sua reinserção social; o direito de ser informado, de todas as formas, sobre estratégias, tipos e etapas de tratamentos, incluindo os desconfortos, riscos, efeitos colaterais e benefícios do tratamento; o apoio psicológico durante e após o tratamento, dentre outros direitos e garantias típicas do exercício da cidadania, num Estado Social Democrático de Direito.

As possibilidades que decorrem desse novo posicionamento são inúmeras e impossíveis de se enumerar nessa fase inicial de vigência da nova lei, mas conclui-se que o ordenamento jurídico brasileiro começa a garantir esses novos direitos, sendo possível identificar o início da formação de um sistema jurídico de proteção às pessoas que usam drogas.

9

Programas de Redução de Danos no Brasil

Maria Alice Pollo-Araujo e Marcelo Niel

Conforme citado no Capítulo 2, há grande dificuldade ao se tentar reunir informação histórica sobre a RD. O mesmo ocorre quando se objetiva documentar os PRD existentes no Brasil. Em nosso levantamento, a maioria das informações encontradas está defasada.

Apesar disso, optamos por disponibilizar uma lista de contatos de Redução de Danos no Brasil (Associações, PRD e afins), a qual, na medida do possível, foi revisada e atualizada por uma das coordenadoras do projeto RoDa Brasil, Semiramis Vedovatto, da Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA).

AC Rio Branco

Associação Acreana de Redução de Danos ARE-DACRE

Rua Santa Inês, 74 – CEP: 69908-970

Tel.: (68) 223 6137 / 223 9625

prdacre@brturbo.com

prdacre@uol.com.br

Tel.: (96) 3251 1343

maleama@uol.com.br

BA Salvador

Associação Baiana de Redução de Danos ABA-REDA

Rua Pedro Lessa, 123 – Canela – CEP: 40110-050

Tel.: (71) 3336 7943 / 3336 8673 / 3347 7284

abareda@bol.com.br

marcomanso@ig.com.br

taresio@ufba.br

AP Macapá

Associação Macapaense de Pesquisas e Estudos em Dependência Química AMAPEQ

Rua Francisco Xavier das Chagas, 152

CEP: 68909-050

BA Salvador

Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti
ARD-FC / Faculdade de Medicina da Bahia da
Universidade Federal da Bahia FAMEB-UFBA
tarcisio@ufba.br

Tel.: (27) 3325 8989

acardcidadania@hotmail.com

CE Fortaleza

Centro de Assessoria a Adolescência CASA/CE
Rua Tianguá, 158 – CEP: 60410-560
Tel.: (85) 3491 0929
casaa.ce@terra.com.br

ES Vitória

Centro de Tratamento de Dependências Químicas
CPTT
Rua Álvaro Sarlo, s/n – Ilha Santa Maria
CEP: 29040-400
Tel.: (27) 3132 5105 / 3325 8989
cpttbr@yahoo.com.br

CE Fortaleza

Universidade Federal do Ceará / Núcleo de Estudos
sobre Drogas
Av. Nossa Senhora da Penha, 2462
CEP: 60360-121
Tel.: (85) 4009 7733 / 4009 7735
fatsena@uol.com.br

GO Goiânia

Associação Ipê Rosa
Rua 08, 331, sala 02 – Ed. Coelho Setor Central
CEP: 74013-030
Tel.: (62) 3223 0128
iperosabr@yahoo.com.br

CE Fortaleza

Associação Cearense de Redução de Danos
Av. Santos Dumont, 847/702 – CEP: 60150-160
Tel.: (85) 3491 0716 / 3491 0929 / 3491 0716
rdfortaleza@terra.com.br

GO Rio Verde

GOPHIV+ Grupo de Orientação ao Soropositivo
HIV+
Rua Ana Gomes, 25-A – Vila Olinda
CEP: 75901-750

DF Brasília

Secretaria de Saúde / Programa de Redução de
Danos do Distrito Federal
SIA Trecho 1 – Lotes 1730/1760 – Bl. "E" – 3º andar
– CEP: 71200-010
Tel.: (61) 3403 2337 / 3274 3155 / 3347 6997 /
3447 8118
dstaids@saude.df.gov.br

MA São Luís

Grupo Solidariedade é Vida
Rua São Gabriel, 200 – Fé em Deus
CEP: 65035-660
Tel.: (98) 3232 5886
tricio70@hotmail.com
rdsl_ma@hotmail.com

ES Vitória

Associação Capixaba de Redução de Danos
ACARD
Av. Nossa Senhora da Penha, 2462, sala 109 – Ed.
Fontana – Santa Luiza – CEP: 29045-402

MG Araguari

Prefeitura Municipal de Araguari / PRD
Tel.: (34) 3241 8808
gersonina@hotmail.com

MG Belo Horizonte

Rede Mincira de Redução de Danos REDAMIG
Rua Ponte Nova, 30 – Colégio Batista

Tel.: (31) 3428 9811
redamig@yahoo.com.br

MG Belo Horizonte

Grupo Solidariedade PRD Solidário
Rua Além Paraíba, 208, sala 03 – Lagoinha
Rua Porta da Mata, 53 – Bonfim – CEP: 31210-320
Tel.: (31) 3422 4646
lianotta@hotmail.com
solidariedademg@zipmail.com.br

MG Juiz de Fora

Centro de Convivência Entre Nós
Rua Eurico Viana, 743 – Vila Alpina
CEP: 36061-010
Tel.: (32) 3215 0188
wulmarjr@powerline.com.br

MG Uberaba

ONG Acalanto
acalantorecuper@yahoo.com.br

MS Campo Grande

ONG GASS PRD Tá Legal
Rua do Touro, 493 – Vila Nhandá – CEP: 79081-310
Tel.: (67) 3346 5066
emasca@bol.com.br

MS Campo Grande

Associação Águia Morena de Redução de Danos
Rua Ariti, 138 – CEP: 79065-090
Tel.: (67) 3393 2848
ednafaraujo@hotmail.com

MS Nova Andradina e Bataiporã

ONG PRD Vida e Liberdade
Tel.: (67) 3443 2200
ongvida@alphams.com.br

MS Ponta Porã

ONG Teatral Curumins PRD Mescla Latina
Tel.: (67) 3025 4360
mescla.latina@ig.com.br

PE Recife

Rede Pernambucana de Redução de Danos
Rua Mardônio de Albuquerque Nascimento, 119
Várzea – CEP: 50741-380
Tel.: (81) 4271 4804
redereducaodanospe@hotmail.com
maristelammoraes@hotmail.com

PE Olinda

Prefeitura Municipal de Recife / PRD Mais Vida
Rua do Sol, 311 – Carmo – CEP: 53120-010
Tel.: (81) 3232 8120 / 3232 8943 (SES)

PR Cascavel

Prefeitura Municipal de Cascavel / CM DST/AIDS
CEDIP
Rua Paraná, 5000 – CEP: 85801-028
Tel.: (45) 327 2575
cedip@cascavel.pr.gov.br

PR Foz do Iguaçu

Secretaria Municipal de Saúde / CM DST/AIDS
Av. Juscelino Kubitschek, 85, 4º andar, sala 20 –
Centro – CEP: 85851-210
Tel.: (45) 3521 1752 / 3251 1769 / 3522 8348
aids@fozdoiguacu.pr.gov.br
saude@fozdoiguacu.pr.gov.br

PR Londrina

Rede Paranaense de Redução de Danos REPARE
Rua Clevelândia, 165 – Jd. Dom Bosco
CEP: 86060-630
Tel.: (43) 3357 2306
repareparana@yahoo.com.br
http://www.repare.org.br

PR Londrina

Núcleo Londrinense de Redução de Danos.
Rua Clevelandia, 165 – Jd. Dom Bosco
CEP: 86060-630
Tel.: (43) 3357 2306
nucleo-rd@yahoo.com.br

RJ Rio de Janeiro

Associação Brasileira de Redutoras e Redutores
de Danos ABORDA
Avenida General Justo, 275/316 B
CEP: 20021-130
abordabrasil@yahoo.com.br
<http://www.abordabrasil.org>

RJ Rio de Janeiro

Associação Carioca de Redução de Danos ACA-
RIOCA
Praia de Botafogo, 316, sala 920 – Botafogo
CEP: 22250-040
Tel.: (21) 3295 0791
associacaocarioca@yahoo.com.br

RJ Cantagalo

Prefeitura Municipal de Cantagalo / SMS PRD
Cantagalo
Rua Getúlio Vargas, 111/301 – Centro
Tel.: (22) 2555 5943 (CAPS)

RJ Nova Friburgo

Prefeitura Municipal de Nova Friburgo
Rua Espírito Santo, 50 – Olaria
Tel.: (22) 2521 5309

RJ Petrópolis

Prefeitura Municipal de Petrópolis / SMS Progra-
ma DST/AIDS
Rua Vital Brasil, 487 – São Sebastião
Tel.: (24) 2235 5004

RJ Saquarema

Prefeitura Municipal de Saquarema / SMS PRD
Rua Dona Dea, 61 – Itaúna
Tel.: (22) 2651 2635
anabird@hotmail.com

RJ Valença

Prefeitura Municipal de Valença / SMS Casa Saú-
de Coletiva
Rua Projetada B, 197 – Chabira Pintagna
Tel.: (24) 2452- 4556 (Saúde Coletiva)

RS Porto Alegre

Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul / Se-
ção Estadual de Controle de DST/AIDS
Av. Borges de Medeiros, 1501, 6º andar
CEP: 90119-900
Tel.: (51) 3288 5800 / 3288 5910 / 3288 5911 /
3288 5912
disque-aids@saude.rs.gov.br

RS Porto Alegre

Prefeitura Municipal de Porto Alegre / SMS PRD
de POA
Rua Manoel Lobato, 151 – CEP: 90850-530
Tel.: (51) 3231 7114 / 3231 7114

RS Porto Alegre

Associação de Redutores de Danos de Porto Ale-
gre ARDPOA
Rua Mário de Artagão, 13 – Partenon
CEP 90680-090
Tel.: (51) 3384 2852
ardpoa@hotmail.com
mariodaconceicao@hotmail.com
rdpoa@hotmail.com

RS Porto Alegre

Rede de Usuários de Álcool e Outras Drogas do
RS RUDE

Rua Mestre Macedinho, 141, casa 07 – Nonoai
CEP: 91720-600
Tel.: (51) 3231 7114
rude_rs@yahoo.com.br

RS Alegrete

Secretaria Municipal de Saúde
Rua. Bento Gonçalves, 592 – CEP: 97542-130
Tel.: (55) 3422 5900 / 3422 3474 / Fax: 3442 1652
saudealegrete@bol.com.br

RS Cachoeira do Sul

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Cel. João Leitão, 1055 – CEP: 96506-670
Tel.: (51) 3724 6004 / 3722 2889 / 3723 4519
saude@netecentro.com.br

RS Cachoeirinha

Prefeitura Municipal de Cachoeirinha / PRD de Cachoeirinha
Rua Amazonas, 583 – Vila Anair
Tel.: (51) 438 3977 / 470 4307 / 3286 4925
prdcachoeirinha_rs@yahoo.com.br

RS Canoas

VHIVA MAIS – Fissura pela Vida
Rua Santos Ferrari, 1355 – CEP: 92020-001
Tel.: (51) 3032 6328
vhivamais.rs@bol.com.br, a.borges@pop.com.br

RS Carazinho

Prefeitura Municipal de Carazinho / SMS
Av. Pátria, 738 – CEP: 99500-000
Tel.: (54) 3331 4510 ramal 26 / 3331 3488
pereira@wavetec.com.br

RS Charqueadas

Prefeitura Municipal de Charqueadas / SMS
Av. Getúlio Vargas, 1050 – CEP: 93270-170
Tel.: (51) 658 1186 / 658 3097 / 658 1799
pmcsaude@terra.com.br

RS Estrela

Prefeitura Municipal de Estrela
Av. Rio Branco, 553 – CEP: 95880-000
Tel.: (51) 3981 1118
mariawermann@bol.com.br

RS Gravataí

UAPA
Rua João Alves de Souza, 15 – CEP: 94010-210
Tel.: (51) 497 8000
uapars@yahoo.com.br
denizepr@hotmail.com

RS Gravataí

PRD Gravataí Centro de Ações Coletivas
Rua Dr. Luiz Bastos do Prado, 1846 – Centro
CEP: 94010-000

RS Gravataí

Movimento Metropolitano de Redução de Danos MMRD
Rua Dr. Luiz Bastos do Prado, 1846 – Centro
CEP: 94010-000
Tel.: (51) 3331 7796
gravataids@ig.com.br
mmrdanos@ig.com.br

RS Parobé

Prefeitura Municipal de Parobé / SMS
Rua Francisco Alves, 259 – Centro
CEP: 95630-000
Tel.: (51) 543 3079
eliseo@pmparabe.com.br
parobe@tca.com.br
mauroprd@bol.com.br
maurooliveiraconsultoria@yahoo.com.br
vtrentin@zip.com.br

RS Pelotas

Prefeitura Municipal de Pelotas / SMS
Rua Casa da Costa, 1764 – CEP: 96010-015
Tel.: (53) 3284 7751 / Fax: 3227 5077
smsbe.dst aids@pelotas.com.br
smsbe.prd@pelotas.com.br

RS Rio Grande

GAPA Rio Grande / PRD AIDS/Drogas
Rua Zalony, 276 – Centro – CEP: 96200-070
Tel.: (53) 3232 9684
gapa-rg@vetorial.net
nunes@vetorial.net
rosaad11@hotmail.com

RS Santana do Livramento

Prefeitura Municipal de Santana do Livramento/
SMS
Rua Sete de Setembro, 479 – CEP: 97573-471
Tel.: (55) 3242 4400 / 3242 3705 / 3241 1979
smasths@sultelecom.ne
guli@v-expressa.com.br
rmo@v-expressa.com.br

RS São Borja

Prefeitura Municipal de São Borja / SMS PRD
São Borja
Rua Coronel Lago, 1844 – CEP: 97670-000
Tel.: (55) 430 4195 / 431 1669
smsma@gpsnet.com.br
epidemio@saoborja.rs.gov.br
traudifigur@bol.com.br

RS São Leopoldo

Apoio, Solidariedade e Prevenção a AIDS ASPA
Rua São Caetano, 965 – CEP: 93010-250
Tel.: (51) 3590 1505
aspa@aspa.org.com.br
<http://www.aspa.org.br>

RS Tramandaí

Prefeitura Municipal de Tramandaí / SMS
Av. da Igreja, 346 – Centro – CEP: 95590-000
Tel.: (51) 3684 9072 / 3684 9054 / 3661 1822
fbohmer@bol.com.br
fabianabohmer@terra.com.br

RS Santa Cruz do Sul

Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul
Rua Sete de Setembro, 993 – CEP: 96825-000
Tel.: (51) 3711 8485 / 3715 6368
alzascout@bol.com.br

RS Santa Maria

Prefeitura Municipal de Santa Maria / SMS
Floriano Peixoto, 1752 – Centro – CEP: 97015-372
Tel.: (55) 3222 3290
saude@santamaria.rs.gov.br

RS Viamão

Prefeitura Municipal de Viamão / SMS
Rua Ângelo Silveira, 170 – CEP: 94480 560
Tel. (51) 493 1121 / Fax: 493 8702
romaldos@yahoo.com

SC Florianópolis

Secretaria de Saúde de Santa Catarina / DIVE /
Gerência DST/AIDS
Rua Esteves Junior, 160, 7º andar – Centro
CEP: 88015-530
Tel.: (48) 3221 2000 / Fax: 3221 2023 / 3221 2297
apoio gabs@saude.sc.gov.br
<http://www.saude.sc.gov.br>

SC Florianópolis

Secretaria Municipal de Saúde
Av. Professor Henrique da Silva Fontes, 6100
CEP: 88036-700
Tel.: (48) 3212 3909 / 3212 3912 / 3239 1540

vigilanciaepidemiologica@pmf.sc.gov.br
sonia@pmf.sc.gov.br

SC Florianópolis

Centro de Atenção ao Adolescente CASA / Movimento A
Rua Frei Caneca, 7/101 – Agrônômica
CEP: 88025-000
Tel.: (48) 3228 5281
rosa7@terra.com.br
casaa@terra.com.br

SC Florianópolis

Associação Catarinense de Redução de Danos ACORDA
Rua Julio Moura, 192, sala 101 – CEP: 88020-150
acordasc1@bol.com.br
acordasc@ibest.com.br
mariohfc@hotmail.com

SC Balneário de Camburiú

Prefeitura Municipal de Camburiú / SMS
Rua 1500, 1100 – Centro – CEP: 88330-526
Tel.: (47) 3261-6200
desa@camboriu.sc.gov.br

SC Blumenau

Secretaria Municipal de Saúde / PRD Fazendo Diferença
Rua XV de Novembro, 55 – CEP 89010-100
Tel.: (47) 3326 6768
jonicesar@blumenau.sc.gov.br

SC Chapecó

GAPA Grupo de Apoio ao Doente de AIDS Chapecó
Rua Guaporé, 844D – CEP: 89801 101
Tel.: (49) 3323 8830
gapachapeco@superip.com.br

SC Imbituba

Instituto da Solidariedade ISSO
Rua Quintino Bocaiúva, 373 – Centro
CEP: 88780-000
Tel.: (48) 3255 2562
isovid@brturbo.com

SC Itajaí

Prefeitura Municipal de Itajaí / SMS
Rua Felipe Schmidt, s/n – Centro
CEP: 88300-000
Tel.: (47) 348 3313 ramal 248
sabrinatoromaz2002@yahoo.com.br
prevencao.sms@itajai.sc.gov.br

SE Aracaju

Prefeitura Municipal de Aracaju / CAPS AD PRD Aracaju
Rua Firmino Fontes, s/n – Atalaia – CEP: 49037-220
Tel.: (79) 3179 4621 / 3243 6404
prdaracaju@emsergipe.com
marco.otavio@emsergipe.com

SE Aracaju

Programa de Redução de Danos de Aracaju / OG
Rua Sergipe, 1310 – Siqueira Campos
CEP: 49075-540
Tel.: (79) 3179 1012 / 2106 9719
saude.dst@aracaju.se.gov.br

SP São Paulo

Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS do Estado de São Paulo CRT
Núcleo de Populações Mais Vulneráveis
Rua Santa Cruz, 81 – Vila Mariana
CEP: 04121-000
Contato: Caio Westin
Tel.: (11) 5087-9902
vulneraveis@crt.saude.sp.gov.br

http://www.crt.saude.sp.gov.br/prevencao_nucleo_vulneraveis.htm

SP São Paulo

Secretaria Municipal de Saúde CM São Paulo
Área Temática DST/AIDS
Rua General Jardim, 36, 3º andar – Centro
CEP: 01223-010
Tel.: (11) 3218 4121
dstaids@prefeitura.sp.gov.br

SP São Paulo

Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos REDUC
Rua Ibituruna, 41 – Saúde – CEP: 04302-050
Tel.: (11) 3554-6179
reduc.rede@terra.com.br
<http://www.reduc.org.br>

SP São Paulo

Centro de Convivência É de Lei
Rua 24 de Maio, 116, 4º andar, salas 36 e 37
CEP: 01041-000
Tel.: (11) 3337 6049
edelei@terra.com.br

SP São Paulo

Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes PROAD / Universidade Federal de São Paulo UNIFESP
Rua dos Otonis, 887 – CEP: 04025-002
Tel.: (11) 5579-1543

SP Barretos

Secretaria Municipal de Saúde / CM DST/AIDS de Barretos
PRD Puro Sangue
Rua 30, 564 – CEP: 14780-900
Tel.: (17) 3323 7117

dstaids@secretariasaudebarretos.com.br
klenner@barretos.com.br

SP Bertioga

Secretaria Municipal de Saúde
Praça Vicente Molinari, s/n – CEP: 11250-000
Tel.: (13) 3317 4015
berrtioga@terra.com.br
viepbertioga@terra.com.br

SP Botucatu

Prefeitura Municipal de Botucatu / CM DST/AIDS de Botucatu
Praça Carlos César, s/n – Cecap – CEP 18607-050
Tel.: (14) 3882 8686
dstaids@botucatu.sp.gov.br

SP Campinas

Programa Municipal de DST/AIDS / Programa de Redução de Danos
Av. Anchieta, 200 / Rua Padre Vieira, 954
CEP: 13015-904
Tel.: (19) 3235 2216 / 3236 3711
Contato: Valdete Alves de Queiroz
coas_cta@ig.com.br
valalque@ig.com.br

SP Caraguatatuba

Secretaria Municipal de Saúde
Rua São José dos Campos, 127/128
CEP: 11660-000
Tel.: (12) 3883 1373
saudecaraqua@uol.com.br

SP Catanduva

Programa Municipal de DST/AIDS / SMS de Catanduva
Rua Paraíba, 275 – Centro – CEP: 15800-070
Tel.: (17) 3523 6011
aidscatanduva@ig.com.br
pmaidscatanduva@ig.com.br

SP Cosmópolis

Prefeitura Municipal de Cosmópolis
Av. Ester, 1367 – Jardim de Fáveri – CEP: 13150-000
Tel.: (19) 3872 3149
erikavr@terra.com.br

SP Diadema

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Felipe Camarão, 287 – Centro
CEP: 09911-340
Tel.: (11) 4057 7993 / 4057 7954
pmdsaude@cti.com.br
crtidiadema@ig.com.br

SP Franca

Secretaria Municipal de Saúde / PRD Viagem Limpa
Rua Frederico Moura, 1517 – CEP: 14401-900
Tel.: (16) 3722 2333 / 3704 9994 / 3711 9000
dstaidsfranca@bol.com.br
pmsaude@francanet.com.br

SP Guarulhos

Secretaria Municipal de Saúde
Rua Iris, 300 – CEP: 07051-080
Tel.: (11) 6472 5014 / 6472 5011
dalelhaddad@guarulhos.sp.gov.br
coord-planejamento@ig.com.br

SP Jacareí

Abrigo Amor e Vida ABBRAVI / PRD A escolha é sua
Rua Dr. Lúcio Malta, 712 – CEP: 12327-000
Tel.: (12) 3953 1729

SP Jundiaí

Secretaria Municipal de Saúde
Av. da Liberdade, s/n – Vila Bandeirantes
CEP: 13214-900
Tel.: (11) 4586 8311 / 4586 2402

lucileneormond@hotmail.com
rd.saude@jundiai.sp.gov.br
luseringa@bol.com.br

SP Limeira

Secretaria Municipal de Saúde / PRD Ta maneiro
Tel.: (19) 3404-9671
fcsoares@waidsoft.com.br

SP Marília

Secretaria Municipal de Saúde / CM DST/AIDS de Marília
Av. República, 770 – Centro – CEP: 17509-030
Tel.: (14) 421 6507 / 421 6500 ramal 6578
hquerino@yahoo.com.br

SP Piracicaba

Secretaria Municipal de Saúde
Rua XV de Novembro, 259 – Centro
CEP: 13400-370
Tel.: (19) 3433 6704 / 3433 2293
ilinfoxv@terra.com.br
gabixv@terra.com.br

SP Ribeirão Preto

Secretaria Municipal de Saúde / Programa Municipal de Redução de Danos
Av. Presidente Kennedy, 2634 – CEP: 14095-220
Tel.: (16) 3995 9371
progaid@saude.pmrp.com.br

SP Rio Claro

Secretaria Municipal de Saúde / PRD "Parada Segura"
Rua 10, 152 – Consolação – CEP: 13.500-090
Tel.: (19) 3533 3350 / 3533 8074
Contato: Neide
heloisaop@yahoo.com.br
dst@claretianas.com.br
helopbr@yahoo.com.br

SP Santo André

Prefeitura Municipal de Santo André
Praça IV Centenário, s/n – Centro
CEP: 09015-080
Tel.: (11) 4433 3091
dcalves@santoandre.sp.gov.br

SP Santos

Coordenadoria de DST/Aids/Hepatite COAIDS
Rua Silva Jardim, 94 – Macuco – CEP: 11015-020
Tel.: (13) 3222 2072

SP Santos

Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS IEPAS
Rua Campos Sales, 59 (Altos) – Vila Mathias
CEP: 11013-401
Tel.: (13) 3235 4842 / 3234 2576
iepas@iepas.org.br

SP São José do Rio Preto

Secretaria Municipal de Saúde & GADA Grupo
de Amparo ao Doente de AIDS
Rua Voluntários de São Paulo, 3398 – Centro
CEP: 15015-200
Tel.: (17) 3234 6296
gada@terra.com.br

SP São José do Rio Preto

Rede Paulista de Redução de Danos
Av. Alberto Andaló, 3220/84 – CEP 15015-000
Contato: Adriana Barcellos
adriana@redepaulista.com.br
<http://www.redepaulista.com.br>

SP São Vicente

CM DST/AIDS São Vicente
Rua Martim Afonso, 214, sala 41 – Centro
CEP: 11310-010
Tel.: (13) 3467 6632 / 3469 8522
coaidssv@terra.com.br
ctabetinho@telefonica.com.br
ricapaula@uol.com.br

SP Sertãozinho

Secretaria Municipal de Saúde / PRD Fazendo a
Diferença
Rua Pedro Bighetti, 910 – CEP: 14170-370
Tel.: (16) 3945 0475 / 3947 6191
sertaids@netsite.com.br
renataabduch@hotmail.

SP Sorocaba

Secretaria Municipal de Saúde / CM DST/AIDS
PRD To Sussegado
Rua Minas Gerais, 76 – CEP: 18035-440
Tel.: (15) 3238-2240
saude@sorocaba.sp.gov.br
vilmaluciagoncalves@bol.com.br
capsad_luanova@yahoo.com.br

SP Votuporanga

Prefeitura Municipal de Votuporanga / CM DST/AIDS
Rua Mato Grosso, 3223 – Centro – CEP 15505-185
Tel.: (17) 3421 3081
ve.votu@terra.com.br

Por fim, para complementar as informações acima, seguem algumas indicações de instituições governamentais e não-governamentais que podem nortear o interesse do leitor:

- Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos (ABORDA)
<http://www.abordabrasil.org/>
- Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS (CRT)
<http://www.crt.saude.sp.gov.br/>
- Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas (OBID)
http://www2.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/instituicao/instituicao_list.php
- Portal da Saúde (Ministério da Saúde)
<http://portal.saude.gov.br/saude>
- Programa Nacional DST/AIDS
<http://www.aids.gov.br>
Clicar em "Endereços Úteis" > "Rede de Apoio e Serviços de Saúde" > "Programas de Redução de Danos"
- Rede Paulista de Redutores de Danos
<http://www.redepaulista.com.br/>
- Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (REDUC)
<http://www.reduc.org.br/>

10

Anexos

ANEXO 1

Lei nº 9.758, de 17 de setembro de 1997

(Projeto de lei nº 353, de 1996, do Deputado Paulo Teixeira – PT)

Autoriza a Secretaria da Saúde a distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas e dá outras providências.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

Faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu promulgo a seguinte lei:

Artigo 1º – Fica a Secretaria de Estado da Saúde autorizada a adquirir e distribuir seringas descartáveis aos usuários de drogas endovenosas, com o objetivo de reduzir a transmissão do vírus da AIDS por via sanguínea em São Paulo.

Parágrafo único – A Secretaria de Estado da Saúde garantirá anonimato aos usuários que procurarem o serviço.

Artigo 2º – É facultado à Secretaria da Saúde celebrar convênios com municípios, universidades e organizações não-governamentais, visando o acompanhamento, execução e avaliação desta lei.

Artigo 3º – O Poder Executivo desenvolverá campanhas públicas maciças de prevenção à AIDS no Estado.

Artigo 4º – O Poder Executivo regulamentará a presente lei no prazo de 30 (trinta) dias a contar de sua publicação.

Artigo 5º – As despesas com a execução da presente lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, suplementadas se necessários.

Artigo 6º – Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Palácio dos Bandeirantes, 17 de setembro de 1997.

MARIO COVAS

José da Silva Guedes, Secretário da Saúde

Walter Feldman, Secretário-Chefe da Casa Civil

Antonio Angarita, Secretário do Governo e Gestão Estratégica

Publicada na Assessoria Técnico-Legislativa, aos 17 de setembro de 1997.

ANEXO 2**Lei nº 4.041, de 23 de outubro de 2006****Modifica dispositivos da Lei Municipal nº 3.192, de 17 de junho de 1999, que cria o Conselho Municipal de Entorpecentes.**

A CÂMARA MUNICIPAL DE CONTAGEM APROVA e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º – O art. 1º da Lei nº 3.192, de 17 de junho de 1999, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 1º – Fica criado o Conselho Municipal Antidrogas (COMAD/CONTAGEM) com a função de coordenar, fiscalizar e empreender as políticas e ações relacionadas ao uso indevido de drogas no Município de Contagem.”

Art. 2º – O art. 2º da Lei nº 3.192, de 17 de junho de 1999, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 2º – Ao Conselho Municipal Antidrogas (COMAD/CONTAGEM) compete:

I – celebrar junto a entidades públicas e privadas convênios e protocolos de intenções e serviços que propiciem os fins previstos na presente Lei;

II – desenvolver, estimular e fiscalizar programas de prevenção ao uso indevido de drogas;

III – supervisionar e regular as atividades executadas no Município no que diz respeito à prevenção ao uso e tratamentos oferecidos para recuperação do uso indevido de drogas;

IV – aprimorar o conhecimento sobre as substâncias psicoativas e favorecer a transmissão deste à comunidade;

V – orientar ao usuário bem como seus familiares que procuram o COMAD/CONTAGEM;

VI – atuar junto ao Sistema Único de Saúde na prevenção da transmissão de patologias entre usuário de drogas dentro de uma concepção de redução de danos em saúde pública, observando as seguintes diretrizes:

a) abordagem, aconselhamento e acompanhamento do usuário de drogas, oferecendo e/ou encaminhando-o aos serviços de atenção integral à saúde;

b) promoção de iniciativas e campanhas de orientação e aconselhamento sobre riscos à saúde decorrentes do uso indevido de drogas;

c) divulgação e orientação de procedimentos destinados a reduzir riscos inerentes ao uso indevido de drogas, nos diversos seguimentos da sociedade;

d) distribuição de preservativos e orientação sobre uso;

e) distribuição de insumos descartáveis, mediante troca, por equipamentos utilizados.

VII – credenciar instituições e entidades para fazer troca gratuita de seringas a usuários de drogas injetáveis, observando-se as orientações do Sistema Único de Saúde, por meio dos órgãos especializados que indicar e de acordo com as normas do Ministério da Saúde;

VIII – envolver as unidades públicas e privadas do Sistema Único de Saúde no Município de Contagem, por intermédio de seus órgãos especializados, na execução da política de redução de danos.

Art. 3º – O art. 3º da Lei nº 3.192, de 17 de junho de 1999, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 3º – O COMAD/CONTAGEM é órgão de caráter consultivo e deliberativo nas questões referentes ao uso indevido de drogas em âmbito municipal. Integra-se ao sistema nacional de prevenção, fiscalização, tratamento, reinserção social e repressão de entorpecentes bem como compatibiliza a política municipal antidrogas às diretrizes do Conselho Estadual Antidrogas e da Secretaria Nacional Antidrogas."

Parágrafo único – O COMAD/CONTAGEM integrar-se-á ao Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), conforme Decreto Federal nº 3.696, de 21 de dezembro de 2000".

Art. 7º – O art. 7º da Lei nº 3.192, de 17 de junho de 1999, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 7º – Revogam-se as disposições em contrário, em especial a Lei nº 1.977, de 18 de julho de 1989."

Art. 8º – Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Palácio do Registro, em Contagem, 23 de outubro de 2006.

MARÍLIA APARECIDA CAMPOS

Prefeita de Contagem

ANEXO 3

Edição Número 127 de 05/07/2005

Ministério da Saúde

Gabinete do Ministro

Portaria nº 1.059, de 4 de julho de 2005

Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPSad – e dá outras providências.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando que as estratégias de redução de danos fazem parte da Política Nacional Antidrogas (2003);

Considerando a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental;

Considerando a necessidade de acelerar a estruturação e a consolidação da rede extra-hospitalar de atenção à Saúde Mental em todas as unidades da federação; e

Considerando a necessidade de articulação no território das ações de redução de danos à saúde dirigidas a usuários de álcool e outras drogas com a rede de atenção em saúde mental, resolve:

Art. 1º – Destinar ao Distrito Federal, aos estados, e aos municípios, incentivo financeiro, para o fomento de ações de redução de danos nos Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPSad cadastrados e em funcionamento, observadas as diretrizes da Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

Art. 2º – Definir que, no âmbito desta Portaria, entende-se ações de redução de danos como intervenções de saúde pública que visam prevenir as conseqüências negativas do uso de álcool e outras drogas, tais como:

I – ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente dos usuários que não têm contato com o sistema de saúde, por meio de trabalho de campo;

II – distribuição de insumos (seringas, agulhas, cachimbos) para prevenir a infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas;

III – elaboração e distribuição de materiais educativos para usuários de álcool e outras drogas informando sobre formas mais seguras do uso de álcool e outras drogas e sobre as conseqüências negativas do uso de substâncias psicoativas;

IV – ampliação do número de unidades de tratamento para o uso nocivo de álcool e outras drogas;

V – outras medidas de apoio e orientação, com o objetivo de modificar hábitos de consumo e reforçar o auto-controle.

Art. 3º – Determinar que as solicitações de incentivo para o fomento das ações de redução de danos sejam apresentadas ao Ministério da Saúde, com cópia para a respectiva Secretaria de Estado da Saúde, devendo ser instruídas com os seguintes documentos:

I – ofício do gestor solicitando o incentivo financeiro;

II – descrição das estratégias comunitárias de redução de danos vinculadas ao CAPSad, com duração mínima de 12 meses e definição da área de abrangência e o número de usuários de álcool e outras drogas previstos a serem acessadas;

III – relação dos agentes redutores de danos que estarão vinculados ao serviço, acompanhada de dados de identificação;

IV – termo de compromisso do gestor local, assegurando o início das ações em até 3 (três) meses após o recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Portaria; e

V – proposta técnica de aplicação dos recursos.

Art. 4º – Estabelecer como condições indispensáveis para que os municípios ou estados e Distrito Federal habilitem-se ao recebimento do incentivo definido nesta Portaria:

I – existência de CAPSad cadastrado no município a ser beneficiado;

II – população do município superior a 100.000 habitantes.

Parágrafo único – No caso de Estados e do Distrito Federal, o gestor deverá apresentar proposta técnica especificando a região de abrangência do programa de redução de danos a ser apoiado.

Art. 5º – Estabelecer que o Fundo Nacional de Saúde adote as medidas necessárias para a devolução dos recursos recebidos, caso haja o descumprimento do prazo de início das ações definido nesta Portaria.

Art. 6º – Definir que o incentivo de que trata o artigo 1º desta Portaria seja da ordem de R\$50.000,00 (cinquenta mil reais) anuais.

§ 1º – O incentivo será transferido, em parcela única anual, aos respectivos fundos, dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média e alta complexidade.

§ 2º – O incentivo de que trata esta Portaria destina-se a apoiar financeiramente apenas os serviços de natureza jurídica pública.

Art. 7º – Estabelecer que os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o programa de trabalho 10.302.1312.8529 – Serviços Extra-Hospitalares de Atenção aos Portadores de Transtornos Mentais e Transtornos Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas.

Art. 8º – Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

ANEXO 4**Política Nacional Sobre Drogas**

GABINETE DE SEGURANÇA INSTITUCIONAL

CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS

Resolução nº 3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005**Aprova a Política Nacional Sobre Drogas**

O PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS – CONAD, no uso de suas atribuições, tendo em vista o disposto nos arts. 5º do Decreto nº 3.696, de 21 de dezembro de 2000 e 18 do Regimento Interno e em decorrência do processo que realinhou a Política Nacional Antidrogas até então vigente,

RESOLVE:

Art. 1º – Fica aprovada a Política Nacional Sobre Drogas, na forma do anexo a esta resolução, tendo em vista deliberação do Conselho Nacional Antidrogas em reunião de 23 de maio de 2005.

Art. 2º – Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

JORGE ARMANDO FELIX

POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

Brasília 2005

PRESSUPOSTOS DA POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

- Buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.
- Reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada.
- Tratar de forma igualitária, sem discriminação, as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.

- Buscar a conscientização do usuário e da sociedade em geral de que o uso de drogas ilícitas alimenta as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros.
- Garantir o direito de receber tratamento adequado a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas.
- Priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade.
- Não confundir as estratégias de redução de danos como incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção.
- Intensificar, de forma ampla, a cooperação nacional e internacional, participando de fóruns sobre drogas, bem como estreitando as relações de colaboração multilateral, respeitando a soberania nacional.
- Reconhecer a corrupção e a lavagem de dinheiro como as principais vulnerabilidades a serem alvo das ações repressivas, visando ao desmantelamento do crime organizado, em particular do relacionado com as drogas.
- Elaborar planejamento que permita a realização de ações coordenadas dos diversos órgãos envolvidos no problema, a fim de impedir a utilização do território nacional para o cultivo, a produção, a armazenagem, o trânsito e o tráfico de drogas ilícitas.
- Garantir, incentivar e articular, por intermédio do Conselho Nacional Antidrogas – CONAD, o desenvolvimento de estratégias de planejamento e avaliação nas políticas de educação, assistência social, saúde e segurança pública, em todos os campos relacionados às drogas.
- Garantir ações para reduzir a oferta de drogas, por intermédio de atuação coordenada e integrada dos órgãos responsáveis pela persecução criminal, em níveis federal e estadual, visando realizar ações repressivas e processos criminais contra os responsáveis pela produção e tráfico de substâncias proscritas, de acordo com o previsto na legislação.
- Fundamentar, no princípio da responsabilidade compartilhada, a coordenação de esforços entre os diversos segmentos do governo e da sociedade, em todos os níveis, buscando efetividade e sinergia no resultado das ações, no sentido de obter redução da oferta e do consumo de drogas, do custo social a elas relacionado e das conseqüências adversas do uso e do tráfico de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.
- Garantir a implantação, efetivação e melhoria dos programas, ações e atividades de redução da demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos, levando em consideração os indicadores de qualidade de vida, respeitando potencialidades e princípios éticos.
- Incentivar, orientar e propor o aperfeiçoamento da legislação para garantir a implementação e a fiscalização das ações decorrentes desta política.
- Pesquisar, experimentar e implementar novos programas, projetos e ações, de forma pragmática e sem preconceitos, visando à prevenção, tratamento, reinserção psicossocial, redução da demanda, oferta e danos com fundamento em resultados científicos comprovados.

- Garantir que o Sistema Nacional Antidrogas – SISNAD seja implementado por meio dos Conselhos em todos os níveis de governo e que esses possuam caráter deliberativo, articulador, normativo e consultivo, assegurando a composição paritária entre sociedade civil e governo.
- Reconhecer o uso irracional das drogas lícitas como fator importante na indução de dependência, devendo, por esse motivo, ser objeto de um adequado controle social, especialmente nos aspectos relacionados à propaganda, comercialização e acessibilidade de populações vulneráveis, tais como crianças e adolescentes.
- Garantir dotações orçamentárias permanentes para o Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD, a fim de implementar ações propostas pela Política Nacional sobre Drogas, com ênfase para aquelas relacionadas aos capítulos da PNAD: prevenção, tratamento e reinserção social, redução de danos, redução da oferta, estudos e pesquisas.

OBJETIVOS DA POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

- Conscientizar a sociedade brasileira sobre os prejuízos sociais e as implicações negativas representadas pelo uso indevido de drogas e suas conseqüências.
- Educar, informar, capacitar e formar pessoas em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz de redução da demanda, da oferta e de danos, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem-sucedidas, adequadas à nossa realidade.
- Conhecer, sistematizar e divulgar as iniciativas, ações e campanhas de prevenção do uso indevido de drogas em uma rede operativa, com a finalidade de ampliar sua abrangência e eficácia.
- Implantar e implementar rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, de acordo com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento.
- Avaliar e acompanhar sistematicamente os diferentes tratamentos e iniciativas terapêuticas, fundamentados em diversos modelos, com a finalidade de promover aqueles que obtiverem resultados favoráveis.
- Reduzir as conseqüências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para a pessoa, a comunidade e a sociedade.
- Difundir o conhecimento sobre os crimes, delitos e infrações relacionados às drogas ilícitas e lícitas, prevenindo-os e colbindo-os por meio da implementação e efetivação de políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida do cidadão.
- Combater o tráfico de drogas e os crimes conexos, em todo território nacional, dando ênfase às áreas de fronteiras terrestres, aéreas e marítimas, por meio do desenvolvimento e implementação de programas socioeducativos específicos, multilaterais, que busquem a promoção da saúde e a reparação dos danos causados à sociedade.

- Assegurar, de forma contínua e permanente, o combate à corrupção e à lavagem de dinheiro, como forma de estrangular o fluxo lucrativo desse tipo de atividade ilegal, que diz respeito ao tráfico de drogas.
- Manter e atualizar, de forma contínua, o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID, para fundamentar, dentro de outras finalidades, o desenvolvimento de programas e intervenções dirigidas à redução de demanda (prevenção, tratamento e reinserção psicossocial), redução de danos e de oferta de drogas, resguardados o sigilo, a confidencialidade e seguidos os procedimentos éticos de pesquisa e armazenamento de dados.
- Garantir rigor metodológico às atividades de redução da demanda, oferta e danos, por meio da promoção de levantamentos e pesquisas sistemáticas, avaliados por órgão de referência da comunidade científica.
- Garantir a realização de estudos e pesquisas visando à inovação dos métodos e programas de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde.
- Instituir, em todos os níveis de governo, com rigor metodológico, sistema de planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde.
- Assegurar, em todos os níveis de governo, dotação orçamentária e efetivo controle social sobre os gastos e ações preconizadas nesta política, em todas as etapas de sua implementação, contemplando os preceitos estabelecidos pelo CONAD, incentivando a participação de toda a sociedade.

1. PREVENÇÃO

1.1 Orientação geral

- 1.1.1 A efetiva prevenção é fruto do comprometimento, da cooperação e da parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira e dos órgãos governamentais, federal, estadual e municipal, fundamentada na filosofia da "Responsabilidade Compartilhada", com a construção de redes sociais que visem à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde.
- 1.1.2 A execução desta política, no campo da prevenção deve ser descentralizada nos municípios, com o apoio dos Conselhos Estaduais de políticas públicas sobre drogas e da sociedade civil organizada, adequada às peculiaridades locais e priorizando as comunidades mais vulneráveis, identificadas por um diagnóstico. Para tanto, os municípios devem ser incentivados a instituir, fortalecer e divulgar o seu Conselho Municipal sobre Drogas.
- 1.1.3 As ações preventivas devem ser pautadas em princípios éticos e pluralidade cultural, orientando-se para a promoção de valores voltados à saúde física e mental, individual e coletiva, ao bem-estar, à integração socioeconômica e a valorização das relações familiares, considerando seus diferentes modelos.

- 1.1.4 As ações preventivas devem ser planejadas e direcionadas ao desenvolvimento humano, o incentivo à educação para a vida saudável, acesso aos bens culturais, incluindo a prática de esportes, cultura, lazer, a socialização do conhecimento sobre drogas, com embasamento científico, o fomento do protagonismo juvenil, da participação da família, da escola e da sociedade na multiplicação dessas ações.
- 1.1.5 As mensagens utilizadas em campanhas e programas educacionais e preventivos devem ser claras, atualizadas e fundamentadas cientificamente, considerando as especificidades do público-alvo, as diversidades culturais, a vulnerabilidade, respeitando as diferenças de gênero, raça e etnia.

1.2 Diretrizes

- 1.2.1 Garantir aos pais e/ou responsáveis, representantes de entidades governamentais e não-governamentais, iniciativa privada, educadores, religiosos, líderes estudantis e comunitários, conselheiros estaduais e municipais e outros atores sociais, capacitação continuada sobre prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, objetivando engajamento no apoio às atividades preventivas com base na filosofia da responsabilidade compartilhada.
- 1.2.2 Dirigir as ações de educação preventiva, de forma continuada, com foco no indivíduo e seu contexto sociocultural, buscando desestimular o uso inicial de drogas, incentivar a diminuição do consumo e diminuir os riscos e danos associados ao seu uso indevido.
- 1.2.3 Promover, estimular e apoiar a capacitação continuada, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, com a participação de todos os atores sociais envolvidos no processo, possibilitando que esses se tornem multiplicadores, com o objetivo de ampliar, articular e fortalecer as redes sociais, visando ao desenvolvimento integrado de programas de promoção geral à saúde e de prevenção.
- 1.2.4 Manter, atualizar e divulgar um sistema de informações de prevenção sobre o uso indevido de drogas, integrado, amplo e interligado ao OBID, acessível a toda a sociedade, que favoreça a formulação e implementação de ações de prevenção, incluindo mapeamento e divulgação de "boas práticas" existentes no Brasil e em outros países.
- 1.2.5 Incluir processo de avaliação permanente das ações de prevenção realizadas pelos Governos, Federal, Estaduais, Municipais, observando-se as especificidades regionais.
- 1.2.6 Fundamentar as campanhas e programas de prevenção em pesquisas e levantamentos sobre o uso de drogas e suas conseqüências, de acordo com a população-alvo, respeitadas as características regionais e as peculiaridades dos diversos segmentos populacionais, especialmente nos aspectos de gênero e cultura.
- 1.2.7 Propor a inclusão, na educação básica e superior, de conteúdos relativos à prevenção do uso indevido de drogas.
- 1.2.8 Priorizar ações interdisciplinares e contínuas, de caráter preventivo e educativo na elaboração de programas de saúde para o trabalhador e seus familiares, oportunizando a prevenção do uso indevido de drogas no ambiente de trabalho em todos os turnos,

- visando à melhoria da qualidade de vida, baseadas no processo da responsabilidade compartilhada, tanto do empregado como do empregador.
- 1.2.9 Recomendar a criação de mecanismos de incentivo para que empresas e instituições desenvolvam ações de caráter preventivo e educativo sobre drogas.

2. TRATAMENTO, RECUPERAÇÃO E REINserÇÃO SOCIAL

2.1 Orientação Geral

- 2.1.1 O Estado deve estimular, garantir e promover ações para que a sociedade (incluindo os usuários, dependentes, familiares e populações específicas), possa assumir com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente, de forma descentralizada, pelos órgãos governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal, pelas organizações não-governamentais e entidades privadas.
- 2.1.2 O acesso às diferentes modalidades de tratamento e recuperação, reinserção social e ocupacional deve ser identificado, qualificado e garantido como um processo contínuo de esforços disponibilizados, de forma permanente, para os usuários, dependentes e seus familiares, com investimento técnico e financeiro de forma descentralizada.
- 2.1.3 As ações de tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional devem ser vinculadas a pesquisas científicas, avaliando-as e incentivando-as e multiplicando aquelas que tenham obtido resultados mais efetivos, com garantia de alocação de recursos técnicos e financeiros, para a realização dessas práticas e pesquisas, promovendo o aperfeiçoamento das demais.
- 2.1.4 Na etapa da recuperação, deve-se destacar e promover ações de reinserção familiar, social e ocupacional, em razão de sua constituição como instrumento capaz de romper o ciclo consumo/tratamento, para grande parte dos envolvidos, por meio de parcerias e convênios com órgãos governamentais e organizações não-governamentais, assegurando a distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros.
- 2.1.5 No Orçamento Geral da União devem ser previstas dotações orçamentárias, em todos os ministérios responsáveis pelas ações da Política Nacional sobre Drogas, que serão distribuídas de forma descentralizada, com base em avaliação das necessidades específicas para a área de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, estimulando o controle social e a responsabilidade compartilhada entre governo e sociedade.
- 2.1.6 A capacitação continuada, avaliada e atualizada de todos os setores governamentais e não-governamentais envolvidos com tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos usuários, dependentes e seus familiares deve ser garantida, inclusive com recursos financeiros, para multiplicar os conhecimentos na área.

2.2 Diretrizes

- 2.2.1. Promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros.
- 2.2.2. Desenvolver e disponibilizar banco de dados, com informações científicas atualizadas, para subsidiar o planejamento e avaliação das práticas de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional sob a responsabilidade de órgãos públicos, privados ou de organizações não-governamentais, devendo essas informações ser de abrangência regional (estaduais e municipais), com ampla divulgação, fácil acesso e resguardando o sigilo das informações.
- 2.2.3. Definir normas mínimas que regulem o funcionamento de instituições dedicadas ao tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, quaisquer que sejam os modelos ou formas de atuação, monitorar e fiscalizar o cumprimento dessas normas, respeitando o âmbito de atuação de cada instituição.
- 2.2.4. Estabelecer procedimentos de avaliação por uma comissão tripartite e paritária para as diversas modalidades de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, para usuários dependentes e familiares, com base em parâmetros comuns, adaptados às realidades regionais, permitindo a comparação de resultados entre as instituições, aplicando para esse fim recursos técnicos e financeiros.
- 2.2.5. Desenvolver, adaptar e implementar diversas modalidades de tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos dependentes químicos e familiares às características específicas dos diferentes grupos: crianças e adolescentes, adolescentes em medida socioeducativa, mulheres, gestantes, idosos, pessoas em situação de risco social, portadores de qualquer co-morbidade, população carcerária e egressos, trabalhadores do sexo e populações indígenas, por meio da distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros.
- 2.2.6. Propor, por meio de dispositivos legais, incluindo incentivos fiscais, o estabelecimento de parcerias e convênios em todos os níveis do Estado, que possibilitem a atuação de instituições e organizações públicas, não-governamentais ou privadas que contribuam no tratamento, na recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional.
- 2.2.7. Propor a criação de taxas específicas para serem arrecadadas em todos os níveis de governo (federal, estadual e municipal) sobre as atividades da indústria de bebidas alcoólicas e do tabaco, para financiar tratamento, recuperação, redução de danos e reinserção social e ocupacional de dependentes químicos e familiares.

- 2.2.8. Garantir a destinação dos recursos provenientes das arrecadações do Fundo Nacional Antidrogas (composto por recursos advindos da apropriação de bens e valores apreendidos em decorrência do crime do narcotráfico) para tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional.
- 2.2.9. Estabelecer parcerias com universidades para implementação da capacitação continuada, por meio dos pólos permanentes de educação, saúde e assistência social.
- 2.2.10. Propor que a Agência Nacional de Saúde Suplementar regule o atendimento assistencial em saúde para os transtornos psiquiátricos e/ou por abuso de substâncias psicotrópicas, de modo a garantir tratamento tecnicamente adequado previsto na Política Nacional de Saúde.

3. REDUÇÃO DOS DANOS SOCIAIS E À SAÚDE

3.1 Orientação Geral

- 3.1.1 A promoção de estratégias e ações de redução de danos, voltadas para a saúde pública e direitos humanos, deve ser realizada de forma articulada inter e intra-setorial, visando à redução dos riscos, as consequências adversas e dos danos associados ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade.

3.2 Diretrizes

- 3.2.1. Reconhecer a estratégia de redução de danos, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos.
- 3.2.2. Garantir o apoio à implementação, divulgação e acompanhamento das iniciativas e estratégias de redução de danos desenvolvidas por organizações governamentais e não-governamentais, assegurando os recursos técnicos, políticos e financeiros necessários, em consonância com as políticas públicas de saúde.
- 3.2.3. Diminuir o impacto dos problemas socioeconômicos, culturais e dos agravos à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas.
- 3.2.4. Orientar e estabelecer, com embasamento científico, intervenções e ações de redução de danos, considerando a qualidade de vida, o bem-estar individual e comunitário, as características locais, o contexto de vulnerabilidade e o risco social.
- 3.2.5. Garantir, promover e destinar recursos para o treinamento, capacitação e supervisão técnica de trabalhadores e de profissionais para atuar em atividades de redução de danos.
- 3.2.6. Viabilizar o reconhecimento e a regulamentação do agente redutor de danos como profissional e/ou trabalhador de saúde, garantindo sua capacitação e supervisão técnica.
- 3.2.7. Estimular a formação de multiplicadores em atividades relacionadas à redução de danos, visando um maior envolvimento da comunidade com essa estratégia.

- 3.2.8. Incluir a redução de danos na abordagem da promoção da saúde e prevenção, no ensino formal (fundamental, médio e superior).
- 3.2.9. Promover estratégias de divulgação, elaboração de material educativo, sensibilização e discussão com a sociedade sobre redução de danos por meio do trabalho com as diferentes mídias.
- 3.2.10 Apoiar e divulgar as pesquisas científicas submetidas e aprovadas por comitê de ética, realizadas na área de redução de danos para o aprimoramento e a adequação da política e de suas estratégias.
- 3.2.11 Promover a discussão de forma participativa e subsidiar tecnicamente a elaboração de eventuais mudanças nas legislações, nas três esferas de governo, por meio dos dados e resultados da redução de danos.
- 3.2.12 Assegurar às crianças e adolescentes o direito à saúde e o acesso às estratégias de redução de danos, conforme preconiza o Sistema de Garantia de Direitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei n.º 8.069/1990).
- 3.2.13 Comprometer os governos federal, estaduais e municipais com o financiamento, a formulação, implementação e avaliação de programas e de ações de redução de danos sociais e à saúde, considerando as peculiaridades locais e regionais.
- 3.2.14 Implementar políticas públicas de geração de trabalho e renda como elementos redutores de danos sociais.
- 3.2.15 Promover e implementar a integração das ações de redução de danos com outros programas de saúde pública.
- 3.2.16 Estabelecer estratégias de redução de danos voltadas para minimizar as consequências do uso indevido, não somente de drogas lícitas e ilícitas, bem como de outras substâncias.

4. REDUÇÃO DA OFERTA

4.1 Orientação Geral

- 4.1.1 A redução substancial dos crimes relacionados ao tráfico de drogas ilícitas e ao uso abusivo de substâncias nocivas à saúde, responsáveis pelo alto índice de violência no país, deve proporcionar melhoria nas condições de segurança das pessoas.
- 4.1.2 Meios adequados devem ser assegurados à promoção da saúde e à preservação das condições de trabalho e da saúde física e mental dos profissionais de segurança pública, incluindo assistência jurídica.
- 4.1.3 As ações contínuas de repressão devem ser promovidas para reduzir a oferta das drogas ilegais e/ou de abuso, pela erradicação e apreensão permanentes destas produzidas no país, pelo bloqueio do ingresso das oriundas do exterior, destinadas ao consumo interno ou ao mercado internacional e pela identificação e desmantelamento das organizações criminosas.
- 4.1.4 A coordenação, promoção e integração das ações dos setores governamentais, responsáveis pelas atividades de prevenção e repressão ao tráfico de drogas ilícitas, nos

diversos níveis de governo, devem orientar a todos que possam apoiar, aprimorar e facilitar o trabalho.

- 4.1.5 A execução da Política Nacional sobre Drogas deve estimular e promover, de forma harmônica com as diretrizes governamentais, a participação e o engajamento de organizações não-governamentais e de todos os setores organizados da sociedade.
- 4.1.6 As ações do Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, do Departamento de Recuperação de Ativos e Cooperação Jurídica Internacional – DRCI/MJ, da Secretaria da Receita Federal – SRF, do Departamento de Polícia Federal – DPF, do Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD, da Secretaria Nacional de Segurança Pública – SENASP, da Polícia Rodoviária Federal – DPRF, das Polícias Cíveis e Militares e demais setores governamentais, com responsabilidade na redução da oferta, devem receber irrestrito apoio na execução de suas atividades.
- 4.1.7 Interação permanente com o Poder Judiciário e Ministério Público, por meio dos órgãos competentes, visando agilizar a implementação da tutela cautelar, com o objetivo de evitar a deterioração dos bens apreendidos.

4.2 Diretrizes

- 4.2.1. Conscientizar e estimular a colaboração espontânea e segura de todas as pessoas e instituições com os órgãos encarregados pela prevenção e repressão ao tráfico de drogas, garantido o anonimato.
- 4.2.2. Centralizar, no Departamento de Polícia Federal, as informações que permitam promover o planejamento integrado e coordenado das ações repressivas dos diferentes órgãos, disponibilizando-as para as unidades da federação, bem como atender as solicitações de organismos nacionais e internacionais com os quais o país mantém acordos.
- 4.2.3. Estimular operações repressivas, assegurando condições técnicas e financeiras, para ações integradas entre os órgãos federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal, responsáveis pela redução da oferta, coordenadas pelo Departamento de Polícia Federal, sem relação de subordinação, com o objetivo de prevenir e combater os crimes relacionados às drogas.
- 4.2.4. Incrementar a cooperação internacional, estabelecendo e reativando protocolos e ações coordenadas, fomentando a harmonização de suas legislações, especialmente com os países vizinhos.
- 4.2.5. Apoiar a realização de ações dos órgãos responsáveis pela investigação, fiscalização e controle nas esferas federal, estadual e municipal e o Distrito Federal, para impedir que bens e recursos provenientes do tráfico de drogas sejam legitimados no Brasil e no exterior.
- 4.2.6. Planejar e adotar medidas para tornar a repressão eficaz, cuidando para que as ações de fiscalização e investigação sejam harmonizadas, mediante a concentração dessas atividades dentro de jurisdição penal em que o Judiciário e a Polícia repressiva disponham de recursos técnicos, financeiros e humanos adequados para promover e sustentar a ação contínua de desmonte das organizações criminosas e de apreensão e destruição do estoque de suas mercadorias.

- 4.2.7. Manter, por intermédio da SENAD, o Conselho Nacional Antidrogas informado sobre os bens móveis, imóveis e financeiros apreendidos de narcotraficantes, a fim de agilizar sua utilização ou alienação por via da tutela cautelar ou de sentença com trânsito em julgado, bem como a conseqüente aplicação dos recursos.
- 4.2.8. Priorizar as ações de combate às drogas ilícitas que se destinam ao mercado interno, produzidas ou não no país, sem prejuízo das ações de repressão àquelas destinadas ao mercado externo.
- 4.2.9. Controlar e fiscalizar, por meio dos órgãos competentes dos ministérios da Justiça, da Saúde e da Fazenda, bem como das Secretarias de Fazenda estaduais e municipais e do Distrito Federal, todo o comércio e transporte de insumos que possam ser utilizados para produzir drogas, sintéticas ou não.
- 4.2.10. Estimular e assegurar a coordenação e a integração entre a Secretaria Nacional de Segurança Pública, as secretarias de segurança e justiça estaduais e do Distrito Federal, o Departamento de Polícia Federal e o Departamento de Polícia Rodoviária Federal, no sentido do aperfeiçoamento das políticas, estratégias e ações comuns de combate ao narcotráfico e aos crimes conexos.
- 4.2.11. Promover e incentivar as ações de desenvolvimento regional de culturas e atividades alternativas, visando à erradicação de cultivos ilegais no país.
- 4.2.12. Assegurar recursos orçamentários no âmbito da União, Estados e do Distrito Federal para o aparelhamento das polícias especializadas na repressão às drogas e estimular mecanismos de integração e coordenação de todos os órgãos que possam prestar apoio adequado às suas ações.
- 4.2.13. Intensificar a capacitação dos profissionais de Segurança Pública, dos membros do Poder Judiciário e do Ministério Público, com funções nas áreas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito de drogas em todos os níveis de governo e no Distrito Federal, bem como estimular a criação de departamentos especializados nas atividades de combate às drogas.
- 4.2.14. Assegurar dotações orçamentárias para a Política de Segurança Pública, especificamente para os setores de redução da oferta de drogas, com vinculação de percentual, nos moldes das áreas de educação e saúde, com o fim de melhorar e implementar atividades, bem como criar mecanismos incentivadores ao desempenho das funções dos profissionais dessa área.

5. ESTUDOS, PESQUISAS E AVALIAÇÕES

5.1 Orientação Geral

- 5.1.1 Meios necessários devem ser garantidos para estimular, fomentar, realizar e assegurar, com a participação das instâncias federal, estaduais, municipais e o Distrito Federal, o desenvolvimento permanente de estudos, pesquisas e avaliações que permitam apro-

fundar o conhecimento sobre drogas, a extensão do consumo e sua evolução, a prevenção do uso indevido, repressão, tratamento, reabilitação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, observando os preceitos éticos.

5.1.2 Meios necessários devem ser garantidos à realização de estudos, análises e avaliações sobre as práticas das intervenções públicas e privadas, nas áreas de prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, redução da oferta, considerando que os resultados orientarão a continuidade ou a reformulação dessas práticas.

5.2 Diretrizes

- 5.2.1. Promover e realizar, periódica e regularmente, levantamentos abrangentes e sistemáticos sobre o consumo de drogas lícitas e ilícitas, incentivando e fomentando a realização de pesquisas dirigidas a parcelas da sociedade, considerando a enorme extensão territorial do país e as características regionais e sociais, além daquelas voltadas para populações específicas.
- 5.2.2. Incentivar e fomentar a realização de pesquisas básicas, epidemiológicas, qualitativas e inovações tecnológicas sobre os determinantes e condicionantes de riscos e danos, o conhecimento sobre as drogas, a extensão do consumo e sua evolução, a prevenção do uso indevido, repressão, tratamento, redução de danos, reabilitação, reinserção social e ocupacional, desenvolvidas por organizações governamentais e não-governamentais, disseminando amplamente seus resultados.
- 5.2.3. Assegurar, por meio de pesquisas, a identificação de princípios norteadores de programas preventivos.
- 5.2.4. Avaliar o papel da mídia e seu impacto no incentivo e/ou prevenção do uso indevido de álcool e outras drogas e os danos relacionados, divulgando os resultados por meio do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID.
- 5.2.5. Garantir que sejam divulgados por meio do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID e por meio impresso, pesquisas referentes ao uso indevido de álcool e outras drogas, que permitam aperfeiçoar uma rede de informações confiáveis para subsidiar o intercâmbio com instituições regionais, nacionais e estrangeiras e organizações multinacionais similares.
- 5.2.6. Apoiar, estimular e divulgar estudos, pesquisas e avaliações sobre violência, aspectos socioeconômicos e culturais, ações de redução da oferta e o custo social e sanitário do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas e seus impactos na sociedade.
- 5.2.7. Definir e divulgar critérios de financiamento para os estudos, pesquisas e avaliações.
- 5.2.8. Apoiar, estimular e divulgar pesquisas que avaliem a relação custo/benefício das ações públicas vigentes, para subsidiar a gestão e o controle social da Política Nacional sobre Drogas

ANEXO 5

Lei nº 12.258, de 9 de fevereiro de 2006

(Projeto de lei nº 563, de 2003, do Deputado Fausto Figueira – PT)

Dispõe sobre a prevenção, o tratamento e os direitos fundamentais dos usuários de drogas e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA:

Faço saber que a Assembléia Legislativa decreta e eu promulgo, nos termos do artigo 28, § 8º, da Constituição do Estado, a seguinte lei:

Artigo 1º – O Governo do Estado, através de seus órgãos competentes, deverá estabelecer políticas de prevenção, cuidados, tratamento e de reinserção dos usuários de drogas que articulem os diferentes campos da saúde, educação, juventude, família, previdência, justiça e emprego, estimulando e promovendo atividades públicas e privadas de forma a:

I – promover esclarecimentos que visem conscientizar o conjunto da população sobre as ações de prevenção e programas de tratamento voltados para os usuários de drogas;

II – desenvolver campanhas que visem informar e estimular o diálogo, a solidariedade e a inserção social dos usuários de drogas, não os estigmatizando ou discriminando; manter inserido na escola e no trabalho o usuário de drogas e em tratamento quando ele assim precisar;

III – prover as condições indispensáveis à garantia do pleno atendimento e acesso igualitário dos usuários de drogas aos serviços e ações da área de saúde;

IV – vetado;

V – vetado;

VI – desenvolver atividades permanentes que busquem prevenir a infecção dos usuários de drogas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), Hepatite C ou outras patologias conexas;

VII – vetado;

Parágrafo único – Para efeitos desta Lei considera-se a dependência de droga uma situação provisória que expressa um sofrimento que se traduz em dificuldades físicas, psicológicas e sociais.

Artigo 2º – São direitos fundamentais dos usuários de drogas:

I – garantia de não exclusão de escolas, centros esportivos e outros próprios no Estado de São Paulo, pela sua condição de usuário de drogas;

II – não sofrer discriminação em campanhas contra o uso de drogas que diferenciem os usuários dos dependentes;

III – o acesso a tratamentos que respeitem sua dignidade, permitindo sua reinserção social;

IV – ser informado, de todas as formas, estratégicas, tipos e etapas de tratamentos, incluindo os desconfortos, riscos, efeitos colaterais e benefícios do tratamento;

V – apoio psicológico durante e após o tratamento, sempre que necessário;

Parágrafo único – Se o dependente de drogas for servidor público estadual, serão garantidas, durante o tratamento, as mesmas condições previstas para as demais doenças na Lei 10.261, de 28 de outubro de 1968 – Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado.

Artigo 3º – Os testes anti-HIV, e para hepatites B e C devem ser estimulados para todas as pessoas, em particular aos usuários de drogas, sem constrangimento ou obrigação, sendo necessárias as seguintes medidas:

I – a testagem sorológica deve ser procedida com aconselhamento pré e pós teste;

II – o resultado do teste deve permanecer estritamente protegido pelo segredo profissional;

III – as pessoas soropositivas devem ser informadas do resultado do teste e amparadas do ponto de vista médico, psicológico, jurídico e social; e encaminhadas para os serviços públicos especializados;

Artigo 4º – todos os usuários de drogas terão acesso à vacina de hepatite B;

Artigo 5º – as despesas decorrentes da execução desta lei correrão à conta das dotações orçamentárias próprias consignadas no orçamento vigente;

Artigo 6º – esta lei entra em vigor na data de sua publicação;

Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, aos 9 de fevereiro de 2006.

a) RODRIGO GARCIA – Presidente

Publicada na Secretaria da Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo, aos 9 de fevereiro de 2006.

b) Marco Antonio Hatem Beneton – Secretário Geral Parlamentar.

Sobre os Autores

Alessandra Maria Julião. Médica Psiquiatria e Psicoterapeuta. Mestranda do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. Colaboradora do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD).

Dartiu Xavier da Silveira. Médico Psiquiatra e Psicoterapeuta. Mestre e Doutor pelo Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. Professor Livre-Docente do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. Coordenador Geral do PROAD. Presidente da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas (ABRAMD).

Deborah Yafa Goldshmidt. Terapeuta Ocupacional. Colaboradora do PROAD. Especialização em Dependências Químicas pelo PROAD. Membro da Equipe do Setor de Internação Psiquiátrica do Hospital de Diadema.

Fernanda Gonçalves Moreira. Psiquiatra e Psicoterapeuta. Doutora em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. Coordenadora do Setor de Ensino do PROAD.

Marcelo Niel. Médico Psiquiatra e Psicoterapeuta. Mestre em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. Colaborador do PROAD.

Maria Alice Pollo-Araujo. Psicóloga do Centro de Estudos do Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo (IMESC) da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania do Governo do Estado de São Paulo. Mestranda do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. Colaboradora do PROAD. Conselheira Consultiva da Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (REDUC).

Maurides de Melo Ribeiro. Advogado criminalista. Mestre em Direito Penal e Criminologia pela Faculdade de Direito da USP. Ex-presidente do CONEN (Conselho Estadual de Entorpecentes do Estado de São Paulo). Membro e Coordenador da Comissão de Política Nacional de Drogas do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCrim).

Rita de Cássia Haiek. Psicóloga. Mestre em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. Psicoterapeuta Existencial, Coordenadora do Programa de Redução de Danos do PROAD.

Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD)

Rua dos Otonis, 887 – Vila Clementino – São Paulo-SP

CEP: 04025-002

Tel: 11 5579-1543

Acesse nosso site: <http://www.proad.unifesp.br>

editada por el presidente de la república

Imprensa oficial

Ruiz de Alarcón, 192 - 4º D.º - Madrid 28
Teléfono 2748 2600 - 2601 y 2640
www.imprensaoficial.com.es



Ministério
da Saúde

