

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**

**REGINA CLÁUDIA BARROSO CAVALCANTE**

**POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS:  
labirinto entre a marginalidade e a cidadania**

**FORTALEZA - CEARÁ  
2008**

Regina Cláudia Barroso Cavalcante

**POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS:  
labirinto entre a marginalidade e a cidadania**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Políticas Públicas de Saúde

Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

Fortaleza - Ceará  
2008

Universidade Estadual do Ceará  
Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

FICHA DE AVALIAÇÃO

Título da dissertação: “Políticas Públicas sobre drogas: labirinto entre a marginalidade e a cidadania”

Nome da Mestranda: Regina Claudia Barroso Cavalcante

Nome do Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA/CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM “POLÍTICAS E SERVIÇOS DE SAÚDE”.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio  
(Orientador)

---

Prof. Dr. Rogério Costa Gondim  
(1º membro)

---

Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz  
(2º membro)

---

Profa. Dra. Lia Carneiro Silveira  
(Suplente)

Data da defesa: 02/06/2008.

## **AGRADECIMENTOS**

À professora Salete Bessa Jorge, pela firmeza e sensibilidade ao conduzir o Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública.

Ao professor José Jackson Coelho Sampaio, por exercer o magistério com rara dedicação e por guiar meus passos neste trabalho acadêmico.

Ao professor Rogério Costa Gondim, que me lançou luz sobre as possibilidades na área de Saúde Pública.

Ao professor Erasmo Miessa Ruiz, pela oportunidade de experimentar o magistério superior.

À professora Lia Carneiro Silveira, pela criteriosa contribuição por ocasião da qualificação.

À prefeita Luizianne de Oliveira Lins, pela coragem de assumir nossa cidade e pela ampliação do acesso aos serviços abertos de saúde mental na cidade de Fortaleza.

À Raimunda Félix de Oliveira, pela atenção e prestatividade com que sempre me recebeu na Coordenação de Saúde Mental de Fortaleza.

Ao mestre Domiciano José Ribeiro Siqueira, o grande difusor da proposta de redução de danos no Brasil, por ter me apresentado esta filosofia de vida.

À Rosângela Sena, Maria de Jesus Chagas, Paulo Chagas, Isabel Chagas e Fátima Sena, família que semeou a redução de danos no Ceará, pela coragem de desbravar campos áridos.

À Fundação Cearense de Apoio ao desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP, pelo apoio financeiro durante o período do mestrado.

## DEDICATÓRIA

*In memoriam...*

*À Estelita Barroso, minha amada vó e mestra.  
Enfermeira, parteira, resadeira, mulher sabia...  
de quem herdei o amor pela saúde*

*À Meuba Barroso, tia e mãe, mulher que impôs a lei.  
Agradeço por tudo e em especial por não ter  
feito a minha primeira redação.*

Regina Estela Barroso Cavalcante, minha tia, imagem da generosidade e do cuidado, pelo constante incentivo para que eu siga com passos fortes e dignos.

Leda, Francisco e Leda, tios e prima, pela capacidade de irradiar alegria e felicidade para toda família.

Clayton, Cláudio, Plácido, tios e tias, primos e primas, tios e tias avós, e em especial à Cibele, pela capacidade de também se mostrar uma grande cuidadora.

Zeila Costa, pelo dom de me surpreender com lado luminoso do ser humano.

Jaína Alcântara, pela afinidade ao compartilhar a vida e o tema de estudo.

Carmem Rego, uma espécie de irmã, pelo carinho e amizade.

Aletusya, Fernadinha, Sara, Chico, Arice, Gracinha, Francis e Adson, círculo limitado de amigos com os quais me ative neste processo, pela possibilidade de expressar nossas fraquezas e fortalezas.

Elton, Eduardo, Helder, Rômulo, Ewerton, Paulo Henrique, Allyson, Naílame, Roberto, Raniele, Raimundo, Edilana, Albaniza, Renê, Armando, Dedé e em especial à Liliane, amigos e amigas de uma equipe de luta, pelo apoio na árdua tarefa de equilibrar trabalho e estudo.

Meus colegas do mestrado, Mairla e Lúcia, por compartilharem deste processo árduo, porém prazeroso.

Raquel, Bianca, Dulce, Danilo, Clodoaldo e Gabriele, amigos distantes dos olhos, mas que se fazem presentes nos meus pensamentos.

Dr. Roberto Castro, por assegurar que me cuidaria num momento de extrema fragilidade.

Dr. Newton Macedo, que por meio de sua crueldade, me reforçou a vontade de trabalhar em prol de uma saúde pública de qualidade e de respeito ao ser humano.

## RESUMO

Esta dissertação consiste na análise documental da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, em interface com outras políticas de saúde, e da literatura sobre o tema. O estudo qualitativo, teórico, se propõe a traçar um panorama da situação socioeconômica na qual emerge o problema do uso de drogas no Brasil e das concepções dominantes. Foi realizado um levantamento dos principais dados epidemiológicos sobre o consumo de drogas na última década, na intenção de obter parâmetros de reflexão acerca do impacto deste fenômeno na área de saúde pública. Também foram abordados fatores econômicos de ordem internacional, tais como a industrialização de drogas legais e o tráfico de drogas ilegais, elementos determinantes no incremento do consumo e que geram custos, de ordem bilionária, à saúde mundial. Traçou-se um perfil das principais estratégias no controle do uso de drogas, tais como a redução de oferta, a redução de demanda e a redução de danos, reconhecendo que existe uma necessidade de equalizar os recursos, atualmente concentrados na repressão, redirecionando-os para as áreas educativa e terapêutica. O estudo demonstra o agravo crescente no quadro de dependência de drogas lícitas e ilícitas, especialmente em países de baixo desenvolvimento, relacionando o fenômeno às condições de pobreza e baixo nível educacional, fatores decisivos no aumento da vulnerabilidade desta população. Em face da impossibilidade de soluções em curto prazo e pela complexidade da questão, faz-se necessário um processo amplo de sensibilização e capacitação dos profissionais do SUS, no sentido de diminuir a distância entre usuários de drogas e profissionais de saúde, e entre os equipamentos de saúde e a comunidade.

**DESCRITORES:** dependência de drogas, políticas públicas, promoção de saúde e redução de danos.

## **ABSTRACT**

This dissertation consists of the documental analysis of the Politics of the Health Department for the Integral Attention to the Alcohol Users and Other Drugs, in interface with others health politics, and of literature about the subject. The qualitative, theoretical study, proposes to trace a panorama of the socioeconomic situation in which the problem of the use of drugs in Brazil and of the dominant conceptions emerges. A survey of the main epidemiologic data about the consumption of drugs in the last decade was carried through, in the intention of getting parameters of reflection concerning the impact of this phenomenon in the area of public health. Also were mentioned economic factors of international order, such as the industrialization of legal drugs and the traffic of illegal drugs, determinative elements in the increment of the consumption and that generate costs, of billionaire order, to the world-wide health. A profile of the main strategies in the control of the use of drugs, such as the reduction of offers, the reduction of demand and the harm reduction, recognizing that there is a necessity of equalize the resources, currently concentrated in the repression, redirecting them to the educative and therapeutical areas. The study demonstrates the increasing aggravation in the frame of dependence of allowed and illicit drugs, especially in countries of low development, relating the phenomenon to the poverty conditions and low educational level, decisive factors in the increase of the vulnerability of this population. In face of the impossibility of solutions in short term and for the complexity of the question, it is necessary an ample process of sensitization and qualification of the SUS professionals, in the direction to diminish the distance between drugs' users and professionals of health, and between the equipments of health and the community.

**DESCRIBERS:** drugs dependence, public politics, promotion of health and harm reduction.

## INTRODUÇÃO

Perceber a complexidade nas relações estabelecidas entre a humanidade e as drogas exige um olhar acurado, tendo em vista a multiplicidade de circunstâncias culturais, históricas, políticas e econômicas que permeiam esta questão, desde épocas remotas até o momento atual. Um dos maiores desafios da contemporaneidade consiste em relativizar crenças e valores que atribuem à droga o grande mal da sociedade, reconhecendo que um maior equilíbrio nas relações humanas reside na perspectiva ampla do bem estar e da justiça social extensa a todas as nações do planeta.

Durante toda a história da existência humana, as plantas foram utilizadas tanto como alimento para o corpo quanto para o espírito. O uso destas substâncias, capazes de alterar a consciência, o humor, o comportamento e as sensações, constitui um aspecto integrante da vida cotidiana de várias culturas, tendo marcado a história de evolução da psiquê humana e influenciado o processo de desenvolvimento da magia, da religião e da arte.

Segundo McKenna (1995), a experimentação e a utilização de plantas com propriedades que atuam no psiquismo são anteriores ao advento da história. O autor dá como exemplo a maconha, *Cannabis sativa*, cujas fibras e sementes foram encontradas nos estratos mais antigos de sítios habitacionais eurásianos. Nativa da Ásia Central espalhou-se por todo o mundo, foi introduzida na África numa época muito antiga e suas variedades foram levadas ao Novo Mundo pelos escravos.

Siebel & Toscano Jr. (2001), fazem referência ao uso de *Cannabis* na China, há 4.000 anos aC, para agilizar a mente, ter vida longa, aumentar os desejos sexuais e, posteriormente, como droga religiosa para os budistas. Relata também que o uso de ópio se iniciou provavelmente na Mesopotâmia, cerca de 3.000 anos aC, sendo a *dormideira*, planta da qual se extrai o ópio, conhecida como “planta da felicidade”. O ópio foi mencionado por Homero, na *Odisséia*, como algo que faz “esquecer qualquer sofrimento”.

Entre as etnias americanas é reconhecido como muito antigo o uso em rituais de algumas substâncias consideradas “visionárias ou psicodélicas”



como o teonanacat, “o cogumelo maravilhoso”, o peyote, “cacto das visões luminosas”, a ayhuasca, “bebida das viagens prodigiosas”, jurema “a bebida sagrada” da caatinga brasileira, a datura “a aliada dos pajés”, entre outras. Siebel & Toscano Jr. (2001), referem que nas Américas foram encontradas aproximadamente 100 espécies de plantas com princípios ativos alucinógenos, enquanto na Europa e na Ásia, juntas, encontraram-se apenas 10, resultando numa desproporção que surpreendeu, em muito, os etnobotânicos.

Dentre as plantas encontradas nas Américas, duas merecem especial destaque pela amplitude atual de seu consumo e de seus derivados: o tabaco, *Nicotiana tabacum*, que há cerca de 1.000 anos era fumada ou bebida em cerimônias e no cotidiano, pelos índios, e foi levada à Europa, no período do Descobrimento ou Conquista, chegando a ser abençoada pelo Vaticano como “erva de Santa Cruz”, e a coca, *Eritroxylon coca*, que tem sido utilizada há pelo menos 1.500 anos e era considerada pelos incas como “presente do deus Sol” (Siebel & Toscano Jr., 2001:14).

Por sua vez o uso de bebidas alcoólicas remonta à pré-história, pois seu emprego como medicamento já era mencionado nas tábuas de escritura cuneiforme da Mesopotâmia em 2.200 aC. São também numerosas as referências ao uso do vinho no Antigo Testamento (MacRae *in* Siebel & Toscano Jr., 2001:26). O álcool é conhecido em praticamente todas as civilizações, é geralmente feito a partir de frutas ou cereais fermentados, e, em torno do ano 800 dC, na Arábia Felix, foi descoberto o processo de destilação que deu enorme incremento ao seu uso.

Todas estas substâncias são consideradas atualmente como drogas. De etimologia controversa, a palavra droga pode ter origem na palavra persa *droa* (odor aromático), na hebraica *rakab* (perfume) ou, na versão mais aceita, no holandês antigo *droog* (folha seca), dentro da lógica de que antigamente quase todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais. Ao longo do tempo, tem recebido diversas outras denominações como *toxicon*, que significa veneno, *phármakon*, que tinha o duplo significado de remédio e veneno, e *narkum*, que significa adormecer ou sedar, todas estas palavras de origem grega. Outros termos, ao longo do tempo, foram utilizados nos meios jurídicos ou médicos como entorpecentes, estupefacientes, psicotrópicos, psicodélicos, entre muitíssimas outras denominações.

A definição em vigor, para o termo droga, pela Organização Mundial de Saúde–OMS, é “qualquer substância natural ou sintética que, administrada por qualquer via no organismo, afeta sua estrutura ou função”. Atualmente, o termo substância psicoativa é empregado, de modo consensual, como o termo farmacológico mais adequado para referir as substâncias que modificam o funcionamento do Sistema Nervoso Central-SNC. Desta maneira, drogas e substâncias psicoativas serão as denominações preferencialmente utilizadas no presente trabalho.

Durante séculos as substâncias psicoativas das plantas foram utilizadas *in natura*, no entanto, o uso de drogas em estado natural, de forma hedonista, ritualística e artesanal, foi cedendo espaço para o consumo de drogas sintéticas ou industrializadas. Segundo Eschoatado (1998), houve no início do século XIX um incremento de experiências laboratoriais que objetivavam isolar princípios ativos de várias plantas para a produção de fármacos, como morfina (1806), codeína (1832), cocaína (1860), heroína (1883) e barbitúricos (1903), na perspectiva de atender à enorme demanda por medicamentos que aliviassem as dores físicas e psíquicas. Este isolamento químico facilitou atividades experimentais controladas, o incremento do consumo e conseqüentemente a preocupação com teorizações acerca de seus efeitos.

Problemas gerados pelo consumo de álcool e de outras drogas são conhecidos há muitos séculos, chegando a ser descritos por Hipócrates, por volta de 385 aC, alguns fatores que predisõem às doenças pelo consumo de álcool (FORTES, 1975:11). No entanto, a partir do século XVIII, com o processo de destilação e industrialização, houve o aumento tanto do número de consumidores, do volume consumido por pessoa e do teor alcoólico nas bebidas destiladas consumidas, em comparação com as bebidas fermentadas. Também as outras substâncias psicoativas, sujeitas a processos de potencialização de suas matrizes orgânicas, passaram a acarretar acentuados transtornos orgânicos e psíquicos, o que demandou maior atenção do meio científico.

A intensificação de padrões no uso de drogas e os distúrbios decorrentes refletem um contexto sócio-econômico de extremas mudanças. O processo intenso de industrialização, duas grandes guerras mundiais e o rápido avanço das ciências, especialmente as biológicas e as médicas, assim como a

crescente urbanização característica destes últimos séculos, ocasionaram mudanças significativas nas relações interpessoais, enfraquecendo os determinantes culturais que asseguravam o uso de drogas com menor impacto sobre a saúde individual e coletiva.

A adoção de um modelo orgânico de doença relacionada ao uso de drogas tornou-se hegemônico num contexto de reforço à tradição clínica e individualista da Medicina e à prática disseminada de classificação nosológica, extensa, inclusive no referente aos aspectos psíquicos. Estabeleceu-se definitivamente que as complicações decorrentes do uso de drogas estavam enclausuradas na categoria doença. Segundo Foucault (1984), a invenção do viciado é um mecanismo de controle, uma nova rede de poder/conhecimento.

A história de certos conceitos médicos é essencialmente política, ou seja, ligadas ao poder e aos interesses materiais de instituições, classes, camadas e grupos sociais (CARNEIRO, 2002:01).

A sociedade capitalista que se institui prega a idéia de corpos saudáveis e produtivos. A classificação do que é normal e patológico, o fortalecimento de princípios morais, a adequação a padrões pré-estabelecidos de higiene, a eliminação dos doentes e a exclusão dos delinqüentes ficam a critério da classe médica, que tem o poder de direcionar o desenvolvimento dos estudos científicos sob respaldo do Estado.

O fato de se considerar tudo que foge à norma como patológico tem sua origem na medicina, com o advento da clínica, que concebe a pessoa como um corpo, uma máquina com um padrão de funcionamento estipulado por ela e que precisa ser corrigido para se adequar ao esperado e valorizado socialmente. Os problemas da vida passam a ser vistos como distúrbios, perturbações, disfunções e doenças. O que foge ao comum, ao conhecido e ao valorizado, o “diferente”, provoca estranheza, desconfiança e medo (TUNES & RAAD, 2006:2).

Descrições e classificações acerca das conseqüências físicas e psicológicas do alcoolismo foram elaboradas com base na observação clínica, realizadas muitas vezes em lugares fechados, como os asilos. De acordo com Carneiro (2002), neste período alguns médicos se sobressaíram em teorizações, como Magnus Huss, que chegou ao conceito de “alcoolismo crônico”, Thomas Trotter, que considerou o hábito da embriaguez como

“doença da mente”, Bejamim Rush, que relacionou alcoolismo a “transtorno da vontade”, e Carl von Bruhl-Cramer, que referiu o alcoolismo como uma doença do sistema nervoso, dentre outros.

A novidade no século XIX não são os conceitos de vício, dependência ou embriaguez já existentes, mas a conjugação de forças políticas, culturais e sociais que deu hegemonia a esses conceitos (BERRIDGE, 1994 *apud* CARNEIRO, 2002).

Após a Segunda Guerra Mundial a OMS ficou responsável por organizar as diversas definições e conceitos relativos tanto ao álcool quanto às demais drogas. As concepções do médico inglês Adams, datadas de 1920, acerca de dependência, tolerância, síndrome de abstinência e recaída, influenciaram os primeiros trabalhos desta organização, que foi criada no ano de 1946 (SIEBEL & TOSCANO JR, 2001:21).

Numa breve retrospectiva histórica da apropriação destes conceitos pela OMS, temos na década de 1950 a definição de *adição*, palavra latina que significa adir, adicionar, acrescentar, que referia-se basicamente ao aspecto bioquímico, somente em 1957 foi incluído o item “desejo físico irresistível acompanhado de fatores psicológicos”. No ano de 1964 foi adotado o termo *dependência de drogas*, incorporando adição e hábito num só conceito e em 1970 os critérios para síndrome de dependência de álcool e outras drogas passam a constar no Código Internacional de Doenças – CID e no Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais – DSM, da Associação Psiquiátrica Americana – APA.

Na década de 1980, a definição de uso problema, cultivada por sanitaristas, epidemiologistas e economistas impregna o discurso de uma “nova saúde pública” através da ênfase nos cuidados primários, no planejamento de saúde, bem como nos indicadores de saúde. No entanto, o núcleo básico da dependência mantém-se na prática clínica (BERRIDGE, *apud* CARNEIRO, 2002).

Os conceitos mais atualizados, que definem a dependência química, com respaldo da OMS, constam na 10ª Revisão do CID – 10 (OMS, 1993). Estes novos conceitos de transtorno relacionado ao uso de álcool e outras drogas superam algumas concepções que consideravam apenas a divisão entre dependentes e não-dependentes. Existem, ao invés disso, padrões

individuais de consumo que variam de intensidade num continuum que vai do baixo risco, ao uso nocivo, até a dependência.

É conveniente salientar que a grande maioria das pessoas que consome drogas não se encontra na condição de dependência ou apresenta comportamentos desviantes ou anti-sociais, neste sentido, tanto as drogas lícitas quanto as ilícitas não constituem em si, necessariamente, elementos patológicos dentro da sociedade. Em geral o uso de drogas se dá pela busca do prazer, para abstrair as tensões do dia-a-dia, facilitar vivências espirituais, mediar interações sociais ou inúmeras outras razões que não caracterizam problemas sociais ou de saúde.

De maneira espontânea, a utilização de drogas está inserida em todos os momentos históricos, em todas as culturas, em todas as classes sociais, mas a interferência de processos de ordem individual como a estrutura psicológica, os determinantes sócio-econômicos e mesmo a constituição química das substâncias utilizadas, podem contribuir para o aumento da vulnerabilidade, levando ao uso de drogas de maneira desequilibrada.

Por esta variedade de situações, ainda persiste uma grande dificuldade em se determinar padrões ao consumo de drogas, visto que nem todas as pessoas que usam drogas podem ser classificadas enquanto usuários patológicos. Por esta razão, a OMS adotou algumas classificações como *uso experimental*, referindo-se às pessoas que experimentam drogas por curiosidade e as utilizam apenas uma vez ou outra, e *uso ocasional ou recreativo*, pessoas que usam algumas substâncias numa quantidade e regularidade que não constitui perigo à saúde.

A OMS define o *uso nocivo* como um padrão de uso de substâncias psicoativas que cause dano à saúde, podendo ser esse de natureza física ou mental. De acordo com critérios da CID-10, o diagnóstico requer que um dano real deva ter sido causado à saúde física e mental do usuário, no entanto, a presença da síndrome de abstinência ou de transtornos mentais relacionados ao consumo, como demência alcoólica, exclui esse diagnóstico.

Por sua vez, classifica-se como dependência o comportamento de consumo que se torna compulsivo e previne ou evita sintomas de abstinência. Segundo a CID-10, a dependência seria um conjunto de fenômenos psicofisiológicos que se desenvolvem depois de repetido consumo de uma

substância psicoativa. Caracteriza-se pela necessidade de repetidas doses da droga para o usuário sentir-se bem ou para evitar sensações ruins.

Talvez o conceito médico mais controverso do último século e meio seja o de “dependência” de drogas. Este é o termo hoje adotado como o mais indicado, de acordo a uma nomenclatura normatizada internacionalmente pela OMS, mas antes dele houve outros termos análogos e igualmente oficiais em suas épocas, tais como “adição”, “hábito”, “transtornos da vontade”, “insanidade moral” (CARNEIRO, 2002:01)

A dependência, em sentido amplo, consiste numa relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância psicoativa, tendo os critérios diagnósticos sido estabelecidos pela CID-10. Segundo este código de classificação de doenças, um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento do ano anterior:

- (a) um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- (b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;
- (c) um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- (d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- (e) abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;
- (f) persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas. Deve-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.

## **1. Situação de consumo de drogas no Brasil**

A utilização da Epidemiologia no estudo da distribuição e dos determinantes do consumo de substâncias psicoativas, assim como no planejamento de ações de controle, é relativamente recente no Brasil. A primeira série de dados epidemiológicos acerca da prevalência do uso de álcool e outras drogas na população brasileira em geral são o I e o II Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Substâncias Psicotrópicas no Brasil. Foram realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas-CEBRID da Universidade Federal de São Paulo–UNIFESP em parceria com a Secretaria Nacional Antidrogas–SENAD, nos anos de 2001 e 2005, respectivamente.

A primeira versão do estudo investigou a situação de uso e dependência de drogas nas 107 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, totalizando uma amostra de 8.589 entrevistados. A segunda versão do levantamento investigou as mesmas cidades, incluindo Palmas, capital do estado de Tocantins, que não chega a ter 200 mil habitantes, e contou com uma amostra de 7.939 entrevistados. Houve o cuidado da reprodução rigorosa da metodologia para ser possível a comparação de dados.

O objetivo principal destes estudos foi verificar a prevalência do uso de drogas lícitas e ilícitas, além de esteróides anabolizantes. Outros objetivos foram avaliar a percepção da população acerca do tráfico, riscos e efeitos do uso de drogas; verificar o número de pessoas que se submeteram a tratamento; e estimar o número de pessoas dependentes.

Os critérios utilizados para averiguar o número de dependentes foram extraídos do DSM – III, da Associação Psiquiátrica Americana–APA, que foi concebido por clínicos e pesquisadores para fazer diagnóstico de desordens psiquiátricas. O questionário usado foi o do Substance Abuse and Mental Health Services Administration-SAMHSA, do US Department of Health and Human Services Public, que foi traduzido e adaptado para as condições brasileiras. Este questionário utiliza seis itens dos nove existentes no DSM – III,

e, se os respondentes afirmarem dois ou mais critérios, são considerados dependentes. Os critérios são os seguintes:

- Gastou grande parte do tempo para conseguir drogas, usar ou se recobrar dos efeitos;
- Usou quantidades ou em frequências maiores do que pretendia;
- Tolerância (maior quantidade para produzir os mesmos efeitos);
- Riscos físicos sob efeito ou logo após o efeito de drogas (por exemplo: dirigir, pilotar moto, usar máquinas, nadar, etc.);
- Problemas pessoais (tais como: com familiares, amigos, no trabalho, com a polícia, emocionais ou psicológicos);
- Desejo de diminuir ou parar o uso de determinada droga.

Existe uma grande dificuldade em definir com precisão os limites de uma patologia ocasionada pelo consumo de drogas, visto que os critérios para sua determinação estão pautados quase que exclusivamente em estimativas qualitativas. Esta tarefa torna-se ainda mais complexa na área da saúde pública, pela necessidade de estudos epidemiológicos de grande escala, que deixam de averiguar em profundidade informações relevantes para o conhecimento fidedigno da problemática da dependência.

O meio, ou seja, aquilo que é ambíguo escapa à classificação precisa com a qual a medicina historicamente buscou se constituir. A linha traçada entre um indivíduo que não usa substância psicoativa alguma e aquele que claramente não parece mais estabelecer outra relação com sua vida que não seja através de alguma(s) substância(s) é repleta de curvas e lacunas (FIORE, 2004:17).

Outra questão relevante nos estudos epidemiológicos sobre drogas é a possibilidade de se obter dados distorcidos, quando se trata da prevalência no uso de determinadas substâncias ilegais, visto que declarar-se usuário de drogas como o crack, por exemplo, que é a droga ilícita que têm maior demanda por tratamento na rede pública, ainda está cercado de toda uma carga de preconceitos e receio de sanções judiciais.

No que concerne às drogas lícitas que são justamente as mais consumidas no Brasil, entre os principais achados comparativos destes dois levantamentos destacam-se as proporções em 2005 de 74,6% e em 2001 de 68,7% de algum uso de álcool durante a vida entre população estudada. As



estimativas de dependentes de álcool em 2005 foram de 12,3% e em 2001 de 11,2%. Quanto ao uso na vida de tabaco, as porcentagens encontradas entre os entrevistados foram de 44,0% em 2005 e 41,1% em 2001, tendo respectivamente 10,1% e 9% das pessoas entrevistadas preenchido critérios para um diagnóstico positivo quanto à dependência nos referidos anos (CARLINI *et al.*, 2002,2006).

Quanto ao uso na vida de outras drogas diferentes de tabaco e álcool, os dados do levantamento apontam para as porcentagens de 22,8% em 2005 e 19,4% em 2001 da população brasileira pesquisada (CARLINI *et al.*, 2002,2006). É importante ressaltar que a prevalência de uso na vida de álcool é três vezes maior que a de outras drogas e o uso de tabaco é dobro do uso dos diversos outros tipos de drogas.

As demais drogas referidas neste estudo podem ser divididas em dois blocos diferenciados: o oriundo da indústria farmacêutica, como os benzodiazepínicos, os orexígenos (medicamentos utilizados para estimular o apetite), os estimulantes (medicamentos anorexígenos), os xaropes a base de codeína, os opiáceos, os barbitúricos, os anticolinérgicos e os esteróides anabolizantes, estes últimos atualmente muito usados por jovens nas academias de ginástica. No outro bloco ficariam as drogas consideradas ilícitas, como a maconha, a cocaína, os solventes, os alucinógenos, o crack, a merla e a heroína.

Entre os medicamentos usados sem receita médica, os benzodiazepínicos (ansiolíticos) tiveram uso na vida de 5,6%; o uso na vida de orexígenos em 2005 foi de 4,1%. Quanto aos estimulantes, o uso na vida foi de 3,2% em 2005. É importante salientar que as mulheres apresentaram uma prevalência de uso na vida para estimulantes, benzodiazepínicos, analgésicos (opiáceos) e orexígenos cerca de duas a três vezes maiores que os homens. (CARLINI *et al.*, 2006:37).

O uso na vida de maconha em 2005, aparece em primeiro lugar entre as drogas ilícitas, com 8,8% dos entrevistados. Comparando-se o resultado de 2005 com o de outros estudos, pode-se verificar que é menor do que de outros países como EUA (40,2%), Reino Unido (30,8%), Dinamarca (24,3%), Espanha (22,2%) e Chile (22,4%). Mas, superior à Bélgica (5,8%) e Colômbia (5,4%). A segunda droga com maior uso na vida, excetuando tabaco e álcool, foram os

solventes (6,1%). Em relação à cocaína, 2,9% dos entrevistados declararam ter feito uso na vida (CARLINI *et al.*, 2006:38).

Segundo os resultados comparados do primeiro e segundo levantamentos, houve um aumento de prevalência de uso para as seguintes drogas: álcool, tabaco, maconha, solventes, cocaína, estimulantes, benzodiazepínicos, alucinógenos, crack, esteróides e barbitúricos (CARLINI *et al.*, 2006:40).

Estes levantamentos são muito importantes por serem os primeiros a retratar as tendências do uso de drogas em toda a população brasileira, visto que os estudos anteriores estavam restritos às populações ou regiões específicas. As informações encontradas possibilitam o conhecimento aproximado da realidade do consumo de drogas no país e geram parâmetros para balizar as diversas ações no âmbito preventivo e assistencial necessárias ao enfrentamento da questão.

Outra série de pesquisas relevante realizada pelo CEBRID, em parceria com a SENAD, é a dos Levantamentos Nacionais sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio, realizada nos anos de 1987, 1989, 1993 e 1997, envolvendo 10 capitais brasileiras, sendo que o último levantamento realizado 2004 expandiu a amostra para as 27 capitais brasileiras.

O Levantamento realizado em 2004, junto a estudantes de escolas públicas das 27 capitais brasileiras, teve a amostra total constituída de 48.155 estudantes. Seus objetivos foram averiguar o uso de drogas na vida, no ano, no mês, o uso freqüente (uso de seis vezes ou mais no mês que antecedeu à pesquisa) e o uso pesado de drogas (uso de 20 vezes ou mais no mês que antecedeu à pesquisa). Com este tipo de estudo não é possível diagnosticar dependência, no entanto, a investigação acerca do o uso freqüente e do uso pesado de drogas é relevante por ser um indicativo dos padrões de uso que podem levar à dependência.

O uso na vida de álcool no Brasil, segundo o levantamento escolar de 2004, foi de 65,2%, tendo como agravante que na faixa etária de 10 a 12 anos, 41,2% dos estudantes brasileiros já tinha feito uso na vida de álcool. O uso freqüente de álcool foi de 11,7% e o uso pesado foi de 6,7%, dados estes que são muito preocupantes quanto à freqüência elevada de consumo. O uso na

vida de tabaco, no Brasil, foi feito por 24,9% dos estudantes pesquisados. (CEBRID, 2004)

O total estimado de estudantes da rede estadual de ensino no Brasil com uso na vida de drogas, excetuando-se álcool e tabaco, foi de 22,6%. As drogas mais utilizadas pelos estudantes, pela ordem foram: solventes, maconha, ansiolíticos, anfetamínicos e anticolinérgicos.

No conjunto das 27 capitais, o uso na vida de solventes foi de 15,4%. Os solventes continuam sendo as drogas com maior uso na vida, com exceção do álcool e tabaco, resultado que vem sendo confirmado nos cinco levantamentos até então realizados com este público. A porcentagem que já fizeram uso na vida de maconha foi de 5,9%, seu uso freqüente e o uso pesado tiveram porcentagens aproximadas a 1%. O uso na vida de cocaína foi de 2,0%, o uso freqüente e pesado de cocaína não atingiu 0,5% em nenhuma região do país. Poucos países separaram o uso de crack do de cocaína, no Brasil o uso na vida de crack foi de 0,7%, o uso pesado de crack esteve ao redor de 0,2%, talvez esta baixa prevalência reflita a incompatibilidade entre o uso intenso de crack e a manutenção de atividades cotidianas (CEBRID, 2004).

Quanto às drogas diretamente ligadas a indústria farmacêutica, os ansiolíticos ou benzodiazepínicos tiveram o uso na vida de 4,1% entre os estudantes. O uso na vida de anfetamínicos no Brasil foi de 3,7%. Os anticolinérgicos, medicamentos usados para o tratamento da doença de Parkinson e algumas plantas como a trombeta e o lírio que têm efeitos anticolinérgicos tiveram uso na vida em 1,2%. Os barbitúricos, medicamentos utilizados pela medicina como antiepilépticos tiveram uso abaixo de 1,0%. Os opiáceos e os xaropes à base de codeína não atingiram 0,5% em uso na vida e não se teve relato do uso de heroína. O uso na vida de alucinógenos e orexígenos no Brasil foi abaixo de 1,0% .

Os energéticos apresentaram porcentagens expressivas em todas as capitais, com 12,0% dos estudantes já tendo feito uso na vida. Estas substâncias merecem atenção especial, pois segundo estudos elas poderiam prolongar o efeito excitatório do álcool. Também foi averiguado o consumo de esteróides anabolizantes, substâncias utilizadas principalmente em academias esportivas para aumentar a massa muscular. O uso na vida de esteróides foi de 1,0% (CEBRID, 2004).

No último levantamento, assim como em vários estudos anteriores, o uso na vida de certas drogas foi maior para o sexo masculino, como: maconha, cocaína, energéticos e esteróides anabolizantes. Para o sexo feminino, tradicionalmente o maior uso na vida são os medicamentos: anfetamínicos e ansiolíticos. A média de idade para o primeiro uso de álcool e tabaco é de 12,5 e 12,8 para os sexos masculino e feminino respectivamente, o primeiro uso de maconha aos 13,9 anos e o de cocaína aos 14,4 anos aproximadamente (CEBRID, 2004).

Este tipo de estudo é fundamental para a realização de programas de prevenção primária com os estudantes que nunca fizeram uso de drogas, e prevenção secundária, destinada àqueles que já fazem uso. Através destes programas e de pesquisas que venham a direcioná-los, pode-se trabalhar na perspectiva de adiar e evitar o uso precoce, monitorar os padrões de uso e mesmo averiguar a eficácia dos trabalhos preventivos.

No que se refere aos dados sobre internações hospitalares por dependência de drogas, o mais abrangente desses estudos é o de Noto *et al.* (2002). Os autores obtiveram dados junto a hospitais e clínicas psiquiátricas de todo o Brasil, no período de 1988 a 1999. O álcool foi o responsável por cerca de 90% de todas as internações hospitalares por dependência, variando de 95,3%, em 1988 - o que equivale, em números absolutos, a 62.242 internações, contra 4,7% (3.062) de todos os outros diagnósticos de internações por substâncias psicoativas -, a 84,4%, em 1999. A queda das internações por alcoolismo, na década de 1990, pode simplesmente refletir uma ênfase, cada vez maior, no tratamento ambulatorial. Porém, infelizmente, o país não dispõe das estatísticas ambulatoriais (GALDUROZ & CAETANO, 2004).

Os dados disponíveis por meio das investigações epidemiológicas até então realizadas conseguem, de maneira geral, proporcionar uma visão da problemática, das situações e das substâncias de maior risco. Estes estudos epidemiológicos, por sua natureza generalista e abrangente, necessitam de complementação por meio com de estudos de natureza qualitativa, que atualmente apontam para uma tendência crescente nos meios acadêmicos.

Revisando a produção científica de pesquisas qualitativas nacionais sobre o tema, pode-se destacar a tese de doutorado de Gilberto Velho sobre o

uso de drogas entre pessoas de classe média (Velho, 1975), publicações a respeito de qualidade de vida, prevenção e compreensão do fenômeno da drogadição no Brasil (Bücher, 1989, 1991, 1992, 1996), estudos sobre consumo e prevenção ao uso de drogas (Carlini & Carlini-Cotrin, 1989), publicações sobre uso de drogas e “redução de danos” (MacRae, 1985, 1986, 2003) e interfaces pobreza, drogas e tráfico (Zaluar, 1993, 1994, 2004).

Mais especificamente, remetendo à questão do atendimento aos usuários de drogas, pode-se citar alguns trabalhos referentes à avaliação qualitativa dos atendimentos a usuários de drogas (Bücher e cols., 1994), o tratamento em Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Drogas–CAPS ad, na ótica de seus usuários (Nasi e cols., 2004), atendimento de pacientes dependentes de drogas, via atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra (Occhini, 2006), cuidados referente ao abuso e da dependência de drogas pelo Programa Saúde da Família-PSF (Gonçalves, 2002) e análise de processos de implantação de serviços abertos em álcool e outras drogas (Ferreira & Luis, 2004).

Os estudos qualitativos sobre a questão das drogas no Brasil começam a ser estimulados pelos órgãos governamentais e se fazem necessários pela complexidade do tema. É inegável a contribuição que as ciências sociais e humanas trazem no sentido de elaborar e compreender o fenômeno em sua dimensão econômica, cultural e social, assim promovendo uma interseção de conhecimentos entre as diversas áreas.

A relevância dos problemas vinculados ao uso de drogas, seus altos custos financeiros e sociais e a insuficiência nas respostas efetivas ao problema, têm exigido das autoridades formulações e adaptações de leis e políticas públicas direcionadas ao tema. É nesta perspectiva que o objeto de estudo escolhido para esta dissertação de mestrado em saúde pública consiste em realizar uma pesquisa qualitativa acerca das políticas brasileiras direcionadas sobre drogas na última década.

A pesquisa qualitativa tem sido empregada mais comumente nas ciências humanas como Sociologia e Antropologia, mas tem assegurado espaço também na área de saúde. São conhecimentos produzidos na perspectiva de compreender um fenômeno complexo em seu contexto ou totalidade. Este tipo de pesquisa é utilizado quando se busca entendimentos e

percepções abrangentes sobre determinadas questões, considerando os diversos elementos implicados e a natureza dinâmica da realidade.

## **2. Objetivos da pesquisa e motivação pessoal**

A análise documental foi a técnica escolhida dada a possibilidade de se obter uma visão global sobre o tema drogas tanto no âmbito nacional quanto internacional e por propiciar o entendimento das circunstâncias atuais da problemática. Documento, palavra de origem latina, *documentum*, é toda a base de conhecimento fixado materialmente e suscetível de ser utilizado para consulta, estudo ou prova, constituindo neste sentido a base do trabalho de investigação.

O documento principal da pesquisa foi o da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, publicada em 2003 e revista em 2004. No sentido de complementar esta análise outros documentos foram utilizados, tais como a Política Nacional sobre Drogas, a Política Nacional de Saúde Mental, a Política Nacional de Promoção de Saúde, a Política Nacional de Humanização, além de diversas portarias, decretos, leis, documentos de convenções internacionais, livros, dissertações, teses, artigos científicos, pesquisas e materiais educativos que auxiliaram na contextualização desta política específica.

O processo de análise ofereceu a possibilidade de exame metódico de vários documentos e suas operações revelaram aspectos novos ou diferenciados do tema. O conteúdo foi reorganizando de forma diferente do original, com o objetivo de facilitar, sua consulta, visualização e referência. Esta organização foi feita dividindo-se o texto em partes, relacionando essas partes e procurando identificar nele tendências e padrões relevantes. A partir desta identificação surgiu a necessidade criar códigos e planejar um meio de classificá-los a fim de vislumbrar uma síntese que represente o conjunto dos documentos.

Organizar o material de um documento consiste, basicamente, em processar sua leitura segundo critérios da análise de conteúdo, adotando alguns procedimentos, tais como fichamento, levantamento quantitativo e qualitativo de termos e assuntos recorrentes (BARDIN, 1995; ASSIS, 2003).

O processo de coleta de dados baseou-se em escolhas amparadas num vasto campo de leitura precedente, fundamentais no sentido de conferir credibilidade ao material investigado. A partir desta coleta foram necessários procedimentos comparativos ou interpretativos que permitiram ao pesquisador reelaborar o material, por meio de tratamento analítico, conferindo um enfoque diferenciado à compreensão da questão e ao cumprindo dos objetivos propostos na pesquisa, quais foram:

### **Objetivo Geral:**

Analisar a Política do Ministério da Saúde do Brasil para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas e as concepções sobre abordagem da dependência química e da redução de danos.

### **Objetivos Específicos:**

- Contextualizar esta política específica no âmbito das Políticas de Saúde e da implantação do SUS.
- Discorrer sobre o perfil epidemiológico do uso de álcool e outras drogas no Brasil e as prováveis circunstâncias sócio-econômicas associados ao uso, ao abuso, às estratégias preventivas e terapêuticas.
- Discorrer sobre os conceitos de promoção de saúde e redução de danos em relação ao uso de drogas.

As etapas da análise documental e bibliográfica partiram da determinação dos objetivos da pesquisa, que são prioritariamente compreender o contexto sócio, econômico e cultural no qual se inserem as políticas públicas, em especial as de saúde, direcionadas a usuários de drogas. Traçados os objetivos, o trabalho consistiu em localizar as fontes primárias da pesquisa, ou seja, os documentos das políticas, decretos e leis elaborados na última década. Este material foi obtido, em sua maioria, nos *sites* institucionais, como o do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas–OBID, da SENAD, o do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime–UNODC e o da OMS.

Quanto às fontes secundárias, tais como livros, revistas, jornais, teses e dissertações, cartilhas, manuais, panfletos e cartazes, quase nada foi encontrado nas bibliotecas das universidades públicas da cidade de Fortaleza/Ce, a maioria do material escrito utilizado para análise foi conseguido em arquivo próprio ou foi encontrado em *sites*, utilizando as bases de dados LILACS, BIREME e o Google Acadêmico.

O material documental selecionado e sistematizado, assim como sua reconstrução crítica, proporcionou a redação deste trabalho que pretende ampliar a percepção acerca do fenômeno do consumo de drogas, oferecendo um panorama das recentes mudanças no arcabouço jurídico e político que redirecionam as ações e concentram, na área de saúde pública, grande responsabilidade na atenção a este público específico que até recentemente estava confinado a tratamentos de caráter fechado ou entregue aos ditames policial-judiciais.

A idéia deste projeto de pesquisa nasceu por a ocasião do convite para a autora participar de uma das equipes de saúde mental que comporiam o quadro de profissionais dos CAPS ad, na cidade de Fortaleza/Ce, implantados concomitantemente em agosto de 2005. Na ocasião do lançamento desta política de saúde, o principal obstáculo encontrado dentro das equipes recém formadas consistia basicamente no déficit de formação dos profissionais envolvidos.

Em geral, antes da inauguração dos Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas-CAPS ad, o atendimento a dependentes de drogas era tradicionalmente efetuado em comunidades terapêuticas de orientação religiosa, instituições psiquiátricas ou clínicas particulares de alto custo. Os tratamentos oferecidos eram basicamente inspirados em modelos de caráter fechado, com exclusão do convívio social, sem profissionais autorizados ou qualificados, e cujo objetivo principal ou único era a abstinência, o que se contrapõe frontalmente às diretrizes da política nacional vigente.

É possível perceber, a distância ideológica entre as formas tradicionais de atendimento de usuários de drogas e o conteúdo desta nova política de atenção, cujas diretrizes consistem em consolidar um modelo de atendimento ligado ao Sistema Único de Saúde-SUS que funcione de maneira integral, articulando promoção de saúde, prevenção,



tratamento, reabilitação e reinserção social (BRASIL, 2003, 2004).

No intuito de contribuir mais efetivamente com o processo na concretização destas políticas públicas para usuários de drogas e por questão de disponibilidade de tempo, optou-se pelo afastamento do serviço e pelo ingresso no Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública-CMASP, da Universidade Estadual do Ceará–UECE.

A inserção na área de saúde pública possibilitou perceber com clareza a forma de estruturação do SUS, facilitando a compreensão de como as políticas públicas de saúde mental e as políticas específicas para usuários de drogas podem interagir na busca de uma resposta consistente ao problema tentacular ocasionado pelo uso de álcool e outras drogas.

Saúde e drogas são assuntos que despertam interesse pela relevância e fascínio que conseguem exercer, principalmente para quem nasceu e se socializou no limbo de duas gerações aparentemente contraditórias: a geração sexo, drogas e “rock’n’roll” e a geração saúde. A infância marcada pelos adágios populares tais como “prevenir é melhor que remediar”, a influência familiar pelos métodos tradicionais de auto-cuidado com base em plantas medicinais, a busca por uma alimentação saudável e nutritiva e a prática de esportes foram os pilares na adoção de um estilo de vida saudável e da inclinação pela área de saúde preventiva.

A opção por trabalhos de cunho comunitário, na maioria das vezes direcionada a populações excluídas socialmente e a convivência no ambiente universitário, propício a anuência de relações interpessoais mediadas pelo uso substâncias psicoativas, despertaram para o passeio constante por questões subjetivas, objeto primordial da psicologia, prazerosa e instigante formação acadêmica.

Foi neste período fértil de idéias e experiências que surgiu a possibilidade de trabalhar numa Organização não Governamental-ONG, o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS Ceará-GAPA/Ce, com projetos educativos relacionados à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis entre mulheres profissionais do sexo. Este desafio inicial foi um estímulo ao desenvolvimento posterior de vários trabalhos educativos ligados à saúde

sexual e à prevenção ao uso de drogas, direcionados prioritariamente ao público jovem e de profissionais do sexo.

A primeira atuação na área de Psicologia Clínica foi em um projeto nacional de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, o Projeto Sentinela. Desde este período experiências vêm se somando na consolidação de um perfil profissional marcado pela afinidade e preferência em atuar junto a públicos de alta vulnerabilidade social. A questão do uso problemático de drogas, encontrados de forma recorrente nos trabalhos de campo serviu de estímulo para leituras e para a busca das raras capacitações oferecidas sobre o tema.

Foi neste esforço de rastreamento que surgiu a oportunidade de participar das primeiras capacitações realizadas em Fortaleza para formação de agentes redutores de danos, organizadas pela ONG Centro de Assessoria a Crianças e Adolescentes-CASA, e contribuir indiretamente para a criação da primeira ONG de redução de danos no estado, a Associação Cearense de Redutores de Danos–ACERD.

A experiência acumulada em uma década de atuação em projetos sociais ligados a prevenção às DST/AIDS e ao uso de drogas e o processo de reflexão gerado pelo trabalho de mestrado vem possibilitando um intercâmbio de idéias com a coordenação de saúde mental do município de Fortaleza. Neste sentido é possível constatar as inúmeras dificuldades relacionadas à estruturação deste tipo de serviço.

Problemas relacionados com o uso de drogas em sua interrelação com os determinantes de saúde é reconhecidamente um objeto complexo de intervenção, carecendo de consistentes saberes e aportes teóricos em seu enfrentamento. A diversidade de compreensão sobre a natureza do uso de drogas, a carência de profissionais habilitados, as dificuldades no ordenamento dos serviços e a necessidade de formação de uma rede social de suporte aos usuários, despertam para a relevância de trabalhos que venham a balizar e referenciar práticas.

Entre as formas de adoecer, talvez nenhuma outra envolva de modo tão complexo os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais desde o início e durante toda a trajetória dos indivíduos que usam drogas” (CIRINO & MEDEIROS, 2006:14).

Trabalhos qualitativos, como este, consistem em iniciativas que, somadas, tendem a incrementar o nível de reflexão, assim como auxiliar nos planejamentos políticos e suas ações locais. Diante desta incipiente e/ou insipiente política pública, somente a busca por soluções inovadoras, baseada no respeito às diferenças e na construção autônoma dos desejos, poderá subsidiar ações terapêuticas eficientes e eficazes, minimizando vários problemas de saúde ligados direta ou indiretamente ao consumo de drogas.

É possível acreditar que este conjunto de políticas e dispositivos de cuidados, articulados a iniciativas acadêmicas, sociais e governamentais, possa gerar efeitos positivos na consolidação da Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Política esta que contempla, em seus princípios, além dos projetos terapêuticos e preventivos, a redução de estigmas e de preconceitos, reforçando a afirmação constitucional da saúde como um direito fundamental de todos e um dever do Estado.

# **CAPITULO I**

## **COMÉRCIO DE DROGAS LEGAIS E ILEGAIS: DUAS FACES DA MOEDA**

Para atuar com coerência na área de saúde pública, é preciso entender o fenômeno das drogas em toda sua amplitude, atentando ao fato de que o aumento vertiginoso no consumo é um efeito direto da gigantesca dimensão econômica em torno da produção e do comércio de drogas legais e ilegais, fato que transcende as fronteiras nacionais e seus setores organizados. Neste sentido “a história das drogas pertence cada vez menos à história das culturas locais e cada vez mais à história da economia capitalista” (BARATTA, in: MESQUITA & BASTOS, 1994:40 ).

Segundo dados da OMS (2001), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, apresentam um consumo abusivo de substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Estes dados encontram equivalência no Brasil, salvo variações sem repercussão epidemiológica significativa.

A múltipla dimensão de realidades sociais ao redor do mundo, com toda sua riqueza cultural conquistada em séculos de história, encontra-se atualmente submetida aos ditames de uma ordem econômica que favorece toda ordem de desigualdade e desequilíbrios. Este estado constante de mudanças e tensões favorece uma maior suscetibilidade ao consumo inseguro de drogas, não restringindo suas conseqüências danosas a um determinado segmento populacional.

De acordo com Bücher (1996), nos países industrializados e de alta concentração urbana, o nível de consumo de drogas representa um indicador do seu bem ou mal estar social, do (des)equilíbrio das suas interações, da (in)satisfação dos cidadãos quanto aos seus anseios existenciais.

Por outro lado, nos países em desenvolvimento, periféricos, o uso desmedido de drogas muitas vezes está atrelado a condições precárias de existência, onde o contexto sócio-econômico e cultural não propicia a constituição de comportamentos saudáveis. É como um círculo vicioso, a despeito de todos os esforços no sentido de desvincular a imagem do usuário

do mundo criminalizado e estigmatizado, parece que a pobreza, a marginalidade e os danos à saúde se retro-alimentam. Dentro de uma sociedade com diferenças sociais tão graves e mutáveis, quando a pobreza vai à miséria e o conjunto dominante de representações sociais não mais a justificam, criam-se fortes contradições entre condição e sistema ideológico de explicação da condição.

Sempre se soube que o uso de drogas vem acompanhando o desenvolvimento das civilizações, embora tenhamos consciência que esse uso de “forma epidêmica” é uma característica dos tempos atuais, e mesmo considerando que o desejo de “transcender” é inerente ao ser humano, verificamos que este desejo virou um risco e um perigo, agravados pelas doenças que se desenvolvem junto com este avanço. (SIQUEIRA, 2006:10)

Existe uma multideterminação de fatores envolvidos no uso desequilibrado de drogas, que vão desde fatores pessoais, subjetivos, sociais e culturais até fatores de ordem bioquímica das substâncias. O meio científico e jurídico, neste sentido, elaboraram classificações das drogas quanto à origem, aos efeitos e ao status legal das diversas substâncias psicoativas.

No que diz respeito à origem, as drogas podem ser classificadas em naturais, semi-sintéticas e sintéticas. As naturais são aquelas extraídas diretamente da natureza, em geral são plantas como a maconha, a coca, a papoula, de onde se extrai o ópio, e diversos tipos de cogumelos, raízes e cactus. As drogas semi-sintéticas são drogas cujo princípio ativo está disponível na natureza, mas passam por um processo químico, com a finalidade de se adequar ao consumo, são exemplos cocaína, crack e merla, provenientes de extratos da folha de coca; charuto, rapé e cigarro, feitos das folhas de tabaco; morfina e heroína, que têm o ópio como matéria prima.

Por sua vez, as drogas sintéticas são produzidas unicamente em laboratório, por manipulações químicas. As primeiras drogas sintéticas produzidas foram os barbitúricos e as anfetaminas, ou seja, medicações indutoras do sono e moderadoras de apetite fabricadas pela indústria farmacêutica. Outros exemplos dessa classe de drogas são LSD, ecstasy e ice que podem inclusive ser sintetizadas em laboratórios clandestinos e em escala doméstica.

A classificação mais controversa, no entanto, vem a ser sob o ponto de vista legal, podendo as diversas substâncias psicoativas ser consideradas lícitas ou ilícitas, por possuírem ou não permissão do Estado para seu consumo e comercialização. Os critérios utilizados para determinar esta divisão legalista não consideram os indicadores de saúde em sua justificação, assim sendo, os critérios vigentes são principalmente culturais e econômicos, baseados em valores e idéias da sociedade sobre drogas, sendo conveniente salientar que tais valores costumam mudar conforme a época e de nação para nação.

Segundo dados da OMS (2001), em qualquer faixa etária, o uso indevido de álcool e tabaco apresentam maior prevalência que outras substâncias psicoativas de caráter ilícito, trazendo também as mais graves conseqüências para a saúde pública mundial. Neste sentido, um processo de discussão acerca da descriminalização das drogas constitui pauta constante de debates entre membros de organizações da sociedade civil e profissionais das áreas de saúde e jurídica.

## **1. Drogas legais e industrialização**

Na contramão dos indicadores de saúde, o consumo de determinadas substâncias consideradas lícitas, como o álcool e o tabaco, chega a ser estimulado em vários países, a despeito da alta letalidade, morbidade e mortalidade que representam. O álcool, apesar de ser uma das mais potentes e a mais utilizada droga do planeta, paradoxalmente, muitas vezes não chega a ser reconhecida como droga pela população.

De acordo com o relatório da OMS, de 2002, o consumo abusivo de bebidas foi responsável por 4% da carga global de doenças e 3,2% de todas as mortes prematuras mundiais, sendo o quinto fator de morte prematura e de incapacidade. Em 2002, o custo conjunto do consumo problemático de álcool chegou a US\$ 665 bilhões.

Segundo o referido relatório, o efeito nocivo do álcool tem uma relação especial com os transtornos neuropsiquiátricos, dentre eles o alcoolismo, que chegam a causar 34,3% das doenças e mortes ligadas ao hábito. Seguem os traumatismos involuntários como os associados aos acidentes de trânsito,

queimaduras, afogamentos e quedas (25,5%); os propositais como o suicídio (11%); a cirrose hepática (10,2%), as doenças cardiovasculares (9,8%) e o câncer (9%). Se forem consideradas apenas as mortes, as três categorias principais correspondem a traumatismos involuntários (25%), doenças cardiovasculares (22%) e câncer (20%).

O uso prejudicial do álcool está associado a mais de 60 tipos de doenças, incluindo desordens mentais, suicídios, câncer, cirrose, danos intencionais e não intencionais (beber e dirigir), comportamento agressivo, perturbações familiares, acidentes no trabalho e produtividade industrial reduzida. Associa-se também com comportamentos de alto risco, incluindo sexo inseguro, doenças sexualmente transmissíveis e o uso de outras substâncias psicoativas (DUALIBI; PINSKY & LARANJEIRA, 2007).

Segundo a OMS (2002), o Brasil está na categoria dos países de maior padrão de consumo de álcool. Numa comparação mundial que estabelece quatro padrões de gravidade, o Brasil está na categoria 4, considerada o mais grave nível, que envolve maior mortalidade atribuível ao álcool.

Nas instituições brasileiras de internação psiquiátrica, os transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool têm sido responsáveis por 83% das internações por dependência de substâncias. Os transtornos por uso de outras drogas representam os outros 17% (BRASIL, 2004).

Para agravar a situação caótica ocasionada pelo consumo exacerbado de bebidas, o contexto globalizado da economia, cujo objetivo primordial é obtenção de lucros, impele que poderosas corporações internacionais expandam seu mercado aos países em desenvolvimento, dentre eles os da América Latina, que sucumbem facilmente às promessas ilusórias de crescimento econômico, criação de postos de trabalho e ampliação de impostos advindos destas transações econômicas.

Como exemplo podemos citar a companhia belga InBev, a maior fabricante de cerveja do mundo, atualmente dominando 14% do mercado global. Ela emprega 85 mil funcionários, opera em 32 países da América, Europa e Ásia, e apresentou, em 2007, lucro de 14,4 bilhões de euros, conforme seu *site* oficial. Esta companhia estrangeira detém 60% das ações da Companhia de Bebidas das Américas—AmBev, que domina 66% do mercado de cerveja no Brasil. A maior parte dos lucros da InBev está sendo

obtido no Brasil e em outros mercados sul-americanos, chegando esta empresa a dar um salto de 23% em seus lucros líquidos no ano de 2004.

O jornal Estado de São Paulo no ano de 2005 publicou uma reportagem que estima o crescimento de 6 a 7% ao ano no consumo de cerveja, uma das bebidas mais populares no Brasil. Extrapolando o caso da cerveja, o que tem se observado nos últimos anos é um aumento do consumo das demais bebidas alcoólicas em nações em desenvolvimento, e isso pode ser atribuído a vários fatores tais como propaganda massiva e preços baixos.

Os preços mais acessíveis geralmente fazem parte da estratégia de *marketing* para atingir populações de baixa renda e são viáveis graças aos menores custos de fabricação nestes países. Quanto mais barato é o preço das bebidas alcoólicas, maior é o seu consumo e abuso, e mesmo quando os países aumentam os impostos para barrar este crescimento, tende a crescer o comércio clandestino.

A produção de bebidas alcoólicas gera lucros para produtores e vendedores, além de favorecer imensamente o meio publicitário, no entanto os custos sociais e os danos à saúde provocados pelo consumo são tão expressivos que chegam a ultrapassar o total arrecadado de impostos sobre sua produção e comercialização. O que se ganha com o aumento da cadeia produtiva e com os impostos, geralmente é perdido devido ao impacto prejudicial do álcool na saúde pública. Dados da OMS e Organização Panamericana de Saúde-OPAS (2003), fazem a estimativa de que os impostos gerados pelas indústrias de bebidas, equivalem a 3,5% do Produto Interno Bruto-PIB nacional, enquanto o valor do dano social provocado pelo consumo de álcool no Brasil esteve na ordem de 7,3% do PIB.

A soma bilionária de lucros acaba por transpor as barreiras nacionais evadindo-se em direção aos países ricos, no entanto, o ônus acaba por recair principalmente sobre o sistema de saúde nacional, devido aos prejuízos causados por acidentes de trânsito e custos de tratamento de saúde. Também o sistema previdenciário é sobrecarregado pelos enormes custos trabalhistas de perda de produtividade e anos não trabalhados por morte prematura, além do sistema jurídico pelo aumento da violência e por delitos cometidos sob efeito do álcool, o que ressalta toda sorte de desequilíbrios sociais ligados a esta droga considerada legal.



Por questões culturais e econômicas o monitoramento sobre bebidas alcoólicas é geralmente escasso nos países em desenvolvimento, visto que as políticas de controle do álcool não são prioritárias diante das demandas mais urgentes, tais como patologias endêmicas e epidêmicas clássicas, associadas a vetores biológicos, má nutrição e insuficiências no saneamento básico. Como agravante, grande parte dos países não detém monopólio estatal sobre a produção ou comercialização destes produtos, o que dificulta o estabelecimento de regras ou mesmo o seu cumprimento e fiscalização.

São consideradas políticas do álcool aquelas que dizem respeito à relação entre álcool, segurança, saúde e bem-estar social. Definem-se políticas do álcool como qualquer esforço ou decisão de autoridades governamentais ou de organizações não governamentais (ONG) para minimizar ou prevenir problemas relacionados ao álcool (BABOR *apud* DUAİLİBİ, PİNSKY & LARANJEIRA, 2007).

As políticas do álcool podem ser divididas em duas categorias: as alocatórias e as regulatórias. As políticas de alocação promovem recursos a um grupo ou organização específica para prevenção e tratamento, de forma a atingir objetivos de interesse público, como financiamento de campanhas educativas e fornecimento de tratamento aos dependentes do álcool. Já as políticas regulatórias procuram influenciar comportamentos e decisões individuais por meio de ações mais diretas (LARANJEIRA & ROMANO, 2004:68-77).

O arcabouço legal para as políticas de prevenção e tratamento é estabelecido por meio de leis federais, que na última década tem contado com apoio de ONG e profissionais de saúde em sua elaboração. Esta parceria com a organização civil na construção de leis e políticas ligadas ao tema tende a abrir espaço para reflexões mais flexíveis e abrangentes sob o ponto de vista social da questão, o que vem a somar positivamente com enfoques científico e jurídico até então vigentes.

Dentre as leis regulamentatórias relacionadas às bebidas alcoólicas vale-se destacar Lei 8.069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA, em seu artigo 243, que prevê a pena de detenção de 2 (dois) a 4 (quatro) anos, e multa, se o fato não constitui crime mais grave, a quem vender, fornecer ainda que gratuitamente, ministrar ou entregar, de qualquer forma, a criança ou

adolescente, sem justa causa, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica, ainda que por utilização indevida.

Também é válido citar a legislação do Código Brasileiro de Trânsito, no artigo 165, que considera como infração gravíssima dirigir sob a influência de álcool, em nível superior a seis decigramas por litro de sangue, ou de qualquer substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, tendo como penalidade multa e suspensão do direito de dirigir.

Dentre estes esforços de diálogo entre os diversos segmentos que se ocupam do tema, foi realizada a I Conferência Pan-Americana de Políticas Públicas sobre o Álcool, promovida pelo governo brasileiro com o apoio da OPAS, realizada em Brasília em novembro de 2005. Este evento impulsionou um avanço na legislação nacional, e por intermédio do Decreto nº 6.117 de 22 de maio de 2007, houve a aprovação da Política Nacional sobre o Álcool, dispondo sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dando outras providências.

O objetivo desta política é o de instituir estratégias de enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando integralidade e intersectorialidade das ações, para a redução dos danos sociais causados por esta substância à saúde e à vida, bem como às situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira.

Utilizando a lógica ampliada do conceito de redução de danos como referencial para as ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas, a política visa promover a interação entre governo, nas esferas federal, estadual e municipal, e sociedade civil, preferencialmente nos segmentos de saúde pública, educação, segurança, setor produtivo, comércio, serviços e ONG.

Entre suas diretrizes, destacam-se a regulamentação, monitoramento e fiscalização da propaganda do álcool, restrição dos pontos de venda e consumo e promoção de ações de comunicação, educação e informação para a população. Prevê atividades de capacitação no tema direcionadas aos trabalhadores de saúde e outras categorias profissionais relevantes como professores, agentes de segurança pública, profissionais de trânsito e integrantes de diversos conselheiros.

Esta política faz referência à ampliação e ao fortalecimento das redes locais de atenção integral aos usuários de álcool, no âmbito do SUS, assim como à regulamentação da formação de técnicos que atuam em unidades de cuidado que não são componentes da rede SUS. Também é mencionada a necessidade de apoio à pesquisa nacional sobre o consumo de álcool, medicamentos e outras drogas, e a formulação de regras para destinação dos recursos do Fundo Nacional de Segurança Pública-FNSP e do Fundo Nacional Antidrogas-FUNAD, aos municípios, seguindo os critérios pré-definidos pelo Conselho Nacional Antidrogas-CONAD.

O controle das políticas sobre o álcool nos países em desenvolvimento deve contar, como fator reforçador, com o apoio da população, no seu planejamento, direcionamento e implementação. É fato que há dificuldade de se dimensionar danos ou custos associados, direta ou indiretamente, ao consumo do álcool no Brasil, entretanto, é evidente que o estabelecimento efetivo de políticas regulatórias auxilia na redução do consumo de drogas, assim como dos problemas a elas relacionados.

Semelhante em vários aspectos ao quadro encontrado sobre o álcool, revela-se o panorama econômico, político e de danos ocasionados pelo consumo de tabaco. Suas folhas, utilizadas em sua forma natural pelas sociedades indígenas da América Central, foram apreciadas pelos portugueses, que as levaram para a Europa. As folhas passaram a ser manufaturadas em variadas formas, tais como fumo para cachimbo, rapé, tabaco para mascar e charuto, no entanto, seu uso só foi disseminado pelo mundo inteiro a partir do processo de industrialização do cigarro, em meados do século XX.

Como no caso das bebidas, a indústria do tabaco é dominada por empresas multinacionais, dentre elas se destacam a Souza Cruz, líder do mercado, e o grupo Altria, que controla a Philip Morris. De acordo com informações do Relatório Social 2005-2006 da Souza Cruz, a empresa representa “um dos maiores grupos empresariais e a segunda maior contribuinte de impostos no Brasil, sendo que o total de impostos e contribuições da companhia ultrapassou 4 bilhões de reais, e as despesas sociais somaram 1,1 bilhão de reais”.

Segundo documento da Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar da Região Sul-FETRAF-SUL, o setor industrial do cigarro arrecadou mais 12 bilhões em 2006, com uma projeção de 14 bilhões para 2007, isso devido ao incremento de 10% no preço dos cigarros e pelo combate ao contrabando e falsificação, que se intensificou por ações da receita federal em conjunto com polícia federal e autoridades estaduais e municipais.

O Brasil é atualmente o quarto maior produtor de tabaco no mundo, ficando atrás de China, EUA e Índia, e, desde 1993, ocupa o primeiro lugar em exportação de tabaco. Do total de fumo produzido no Brasil, somente 15% se destina ao consumo doméstico, gerando mais de 74 % do total de R\$ 12 bilhões, já os 85% exportados geram menos de 26%, por ser o fumo isento de taxas e impostos na exportação. Assim sendo, o mercado interno é o maior gerador de empregos, impostos e renda para a sociedade brasileira, já o mercado externo gera empregos e renda no destino do produto, que geralmente é a sede das matrizes das transnacionais aqui instaladas (FETRAF-SUL, 2007).

A folha de tabaco proveniente do Brasil é conhecida internacionalmente por possuir boa qualidade e bons preços, devido aos baixos custos internos de sua produção. Condições favoráveis de plantio, modernização no processo de beneficiamento, maiores ganhos do que com a produção de alimentos e abundância de mão-de-obra barata têm proporcionado grande crescimento produção brasileira de fumo nas últimas décadas.

Segundo a FETRAF-SUL a safra 2005/2006 no Brasil envolveu em torno de 900 mil pessoas, numa área cultivada superior a 420 mil hectares distribuída em 697 municípios da Região Sul e teve a produção registrada de 775 mil toneladas. Enquanto os agricultores no Canadá chegam a receber até U\$ 10,00 por Kg de fumo, um agricultor no Brasil recebe em média U\$ 1,5 por Kg, remuneração insuficiente para se expor a diversos riscos a saúde advindos da enorme quantidade de agrotóxicos necessários à proteção das plantações.

Os impostos que são anualmente arrecadados dificultam medidas de combate efetivo ao hábito de fumar, no entanto o próprio Banco Mundial reconhece que o lucro obtido com a venda de bebidas alcoólicas ou com o cultivo e comercialização do tabaco é menor que o total de gastos necessários

para atender os problemas de saúde causados por estas substâncias (BANCO MUNDIAL, 2004).

O tabaco acarreta problemas de saúde não só para quem traga sua fumaça, como também para os fumantes passivos e para as pessoas envolvidas com o seu plantio. Estudo citado pelo Banco Mundial (2004) aponta que o custo econômico mundial do consumo de cigarro chega a US\$ 200 bilhões anualmente, entre tratamento de doenças relacionadas ao tabaco, mortes de cidadãos em idade reprodutiva, maior índice de aposentadoria precoce, menor rendimento produtivo e outros.

O tabagismo vem sendo relacionado a mais de 50 tipos de doenças, dentre elas o câncer de pulmão (cerca de 90% das pessoas que morrem vítimas de câncer de pulmão são fumantes) e outros tipos de câncer como mama, boca, laringe, garganta, esôfago, pâncreas, estômago, intestino delgado, bexiga, rins e colo do útero. Também influencia na incidência de derrames cerebrais, ataques cardíacos, doenças pulmonares crônicas, úlceras pépticas, diabetes, infertilidade, bebês abaixo do peso, osteoporose e infecções dos ouvidos.

O tabaco, em suas diversas formas de utilização, é um dos produtos mais vendidos em todo o mundo, no entanto, cada vez fica mais clara a alta periculosidade que representa para a saúde humana. Nicotina, alcatrão, amônia, acetona, arsênico, butano, monóxido de carbono, cianido, metais pesados, pesticidas e inseticidas são apenas algumas das 4.720 substâncias encontradas no cigarro.

Não obstante toda sorte de malefícios e mortes ocasionadas pela dependência destas substâncias químicas, a cada dia a indústria tabagista arregimenta novos consumidores para garantia ininterrupta e crescente de lucros, tendo atualmente, como alvo principal, jovens e mulheres, descritos como "reservas de reabastecimento".

São públicos mais vulneráveis, influenciáveis por propagandas ou que têm menor informação sobre os riscos do cigarro. O tabaco é a segunda droga mais consumida entre os jovens e geralmente fumar tende a ser associado a imagem de beleza, liberdade e inteligência. Este público tem um fator agravante, pois quanto menor a idade que se começa a consumir uma droga maior a possibilidade de desenvolvimento da dependência.

O hábito de fumar entre mulheres também está presente já há algumas décadas nos países ocidentais e agora começa a ganhar novas adeptas graças a participação cada vez maior da mulher no mercado de trabalho global. Aumentado seu poder aquisitivo, as estratégias de *marketing* passam a vincular o cigarro como símbolo emancipatório e com isso vem ganhando um segmento do mercado que estatisticamente tem maior sobrevida e, portanto, um tempo estimável de consumo superior ao dos homens.

A população de baixa renda representa um segmento bastante lucrativo deste comércio e nela percebe-se que o hábito de fumar muitas vezes é priorizado frente às necessidades básicas. Este consumo nocivo somado às condições precárias de sobrevivência, tais como carência alimentar, moradias insalubres, alta incidência de doenças infecciosas, restrito acesso a informação e ao sistema de saúde, agrava o quadro geral da saúde.

Na tentativa de minimizar os prejuízos causados pelo tabaco, foi elaborado, no decorrer de quatro anos, o primeiro tratado internacional de saúde pública: a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco-CQCT, que contou com a participação de 192 Estados Membros da OMS. O objetivo deste tratado é proteger a população mundial, e as futuras gerações, das conseqüências desastrosas do tabaco, representando um marco histórico no processo de controle e responsabilização social dos governos com a questão.

O Brasil tem um dos programas de controle do tabagismo mais avançados do mundo, visto que cumpre antecipadamente grande parte das proposições da convenção antitabagista, desde a regulamentação da Lei 9.294 de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas. Entretanto, por ser um dos maiores produtores e exportadores do mundo, a aprovação do texto de Convenção na Câmara e no Senado enfrentou um forte *lobby* contrário, promovido pela indústria do tabaco, sendo a ratificação da Convenção, em 2005, uma grande vitória da saúde pública no país.

Dentre as principais medidas da Convenção, para reduzir a demanda, pode-se citar a implementação de programas educacionais sobre os danos causados pelo tabagismo, principalmente destinados a crianças e jovens, assim como a proibição da venda para menores de 18 anos; a adoção de

medidas fiscais, tais como aumentos de impostos e preços, atentando para o controle do comércio ilegal que pode aumentar por consequência de tais medidas. O estímulo a abandonar ou reduzir o hábito também é viabilizado por meio de advertências nas embalagens de cigarro, por restrição do consumo em locais públicos, locais de trabalho e transportes coletivos, e por restrição ou proibição da publicidade do cigarro.

Quanto ao meio produtivo, é recomendado o apoio a atividades economicamente viáveis como alternativa ao plantio do fumo e a adoção de programas de requalificação para os agricultores e demais trabalhadores do setor. O acordo também determina a implementação de programas de tratamento para dependentes e o apoio a pesquisas sobre o impacto do tabagismo sobre a saúde pública.

No entanto, um relatório inédito divulgado pela OMS (2008), revela que cem milhões de mortes foram causadas pelo tabaco no século XX. Segundo o documento, o cigarro mata 5,4 milhões por ano no mundo, mais do que a soma das vítimas de tuberculose, malária e AIDS, este número podendo crescer para oito milhões, em 2030, de acordo com projeção da organização.

Esta é primeira análise abrangente acerca dos resultados dos esforços no controle do tabagismo no mundo e demonstra que, dos 193 estados membros da OMS, somente 86 têm dados nacionais representativos para adultos e jovens, revelando que os sistemas de monitoramento são fracos nos países de renda baixa e média. O relatório revela que mais da metade da população mundial vive em áreas sem acesso a informações minimamente adequadas sobre o uso do tabaco.

O impacto do consumo de tabaco, segundo o levantamento, está em queda nos países ricos, mas é crescente nos pobres e de renda média, e a projeção é que 80% das mortes previstas para 2030 vão ocorrer nestas nações, se medidas antitabagistas não forem implementadas com eficácia e urgência. A OMS recomenda seis pontos cruciais para a reversão deste quadro, quais sejam monitorar o uso do tabaco e as políticas de prevenção; proteger pessoas contra a fumaça do tabaco; oferecer ajuda para cessação do hábito de fumar; advertir sobre os riscos à saúde; reforçar proibição de propaganda e aumentar os impostos sobre produtos de tabaco.

Para completar o quadro relativo às drogas legais, que têm como lideranças o álcool e o tabaco, é importante citar os medicamentos ou fármacos que, no último século, principalmente após a segunda guerra mundial, também passaram a ser consumidos com muita frequência nas nações desenvolvidas e industrializadas e, posteriormente, nos demais países.

Diante do frenesi da população em acreditar que os problemas e dificuldades da vida poderiam ser solucionáveis ou amenizadas por meio de medicamentos, a indústria farmacêutica, principalmente em países desenvolvidos como a Alemanha e os Estados Unidos, passaram a produzir e pesquisar substâncias químicas que auxiliam na manipulação da subjetividade e induzem determinados estados de humor e alteração das sensações, percepções, cognições e emoções. Medicamentos e outras substâncias psicoativas passaram deste modo a constituir o principal instrumento tecnocientífico para o conhecimento da mente humana.

A utilização de medicamentos psicoativos foi se tornando cada vez mais generalizada e deixou de ter a função basicamente curativa, passando a ser também utilizado para, simbolicamente, prevenir doenças e aliviar mal-estares genéricos, próprios da condição humana. Esta tendência a utilizar fármacos foi difundida de tal maneira que chega a gerar um consumo muitas vezes de forma incontrolada, culminando com a prática da auto-medicação. Consolidam-se assim padrões de necessidade crescente na população, que em sua grande maioria não tem consciência dos efeitos colaterais e do possível surgimento de novas doenças ocasionadas pelo consumo excessivo.

As drogas impregnaram o imaginário do século XX com a marca ambivalente de uma passagem para o paraíso através da felicidade em pílulas e, ao mesmo tempo, de um paradigma de vício, da escravização extrema a uma mercadoria (CARNEIRO, 2002:5)

No período posterior à segunda guerra, mais precisamente entre as décadas de 1940 e 50, o investimento das indústrias farmacêuticas internacionais em propagandas no Brasil consegue criar um mercado consumidor nacional e monopolizá-lo. O país passa, neste período, por uma intensa mudança de hábitos na área da saúde, visto que o uso de medicamentos industrializados substitui a utilização de plantas, extratos e



fórmulas curativas tradicionalmente utilizadas pela população. Entre as décadas de 1950 e 70, os laboratórios investiram maciçamente na produção de ansiolíticos, anti-psicóticos e pílulas anticoncepcionais, fazendo com que o Brasil atualmente represente um dos maiores mercados consumidores de medicamentos do mundo.

É crescente a variedade de drogas com efeitos psicoativos que estão disponibilizados, a maioria deve ser vendida mediante receita médica, no entanto, pela ausência de fiscalização rígida, muitas vezes são comercializadas indevidamente. Outro problema sério que se enfrenta atualmente é o *lobby* da indústria farmacêutica sobre a classe médica, fazendo com que esta indique indiscriminadamente medicações na área de saúde mental, gerando com isso um potencial enorme desenvolvimento de dependência química entre seus usuários.

Dentre esses medicamentos psicoativos podemos citar os benzodiazepínicos de efeito tranqüilizante ou indutores do sono Diazepam, Clordiazepóxido, Clonazepam, Midazolam, Alprazolam, Bromazepam e Flunitrazepam cujos nomes comerciais são Valium, Psicosedin, Rivotril, Dormonid, Frontal, Lexotan e Rohypnol. Os anestésicos gerais, analgésicos e antiespasmódicos, derivados do ópio Fentanila, Meperidina, Morfina e Codeína cujos nomes comerciais são Durogesic, Fentanil, Inoval, Dolantina, Dolosa, Astramorph, Dimorf, Belacodide, Setux e Tylex. Os antiparkinsonianos e antiinflamatórios Triexfenidila, Diclomina e Benzidamina, cujos nomes comerciais são Artane, Bently e Benflogin.

Além destas substâncias psicoativas, a indústria farmacêutica transnacional tem utilizado da idéia da busca do corpo perfeito e da eterna juventude para aumentar seus lucros. Dentre estas substâncias que são utilizadas na expectativa de mudanças corporais, podemos citar os esteróides anabolizantes, compostos similares à testosterona, desenvolvidos em laboratório para a reposição deste hormônio e que esta sendo utilizado intensamente por freqüentadores de academias.

Não se tem a proporção exata da extensão do uso de anabolizantes, visto que o mesmo é proibido pelas federações desportivas, mas segundo o CEBRID, o padrão de consumo em muitos casos chega a exceder em mais de cem vezes as doses médicas habituais. Além disso, tais atletas combinam

inadvertidamente várias marcas, inclusive anabolizantes de uso veterinário, sobre os quais não se tem nenhuma idéia acerca dos riscos em humanos. Usuários freqüentes tendem a tornar-se clinicamente deprimidos quando param de tomar a droga, perdem a massa muscular que adquiriram e ficam, por isso, mais propensos ao uso continuado.

Também importante citar os moderadores do apetite ou anorexígenos, derivados de anfetaminas, são eles Anfepramonas, Femproporex e Metilfenidato cujos nomes comerciais são Dualid, Hipofagin, Inibex, Desobesi e Ritalina. O Relatório de 2005 da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes-JIFE revela que o Brasil lidera o *ranking* mundial de consumo de anorexígenos. No período entre 2002 e 2004, o Brasil registrou um consumo diário de 9,1 doses de anorexígenos por grupo de mil habitantes, superando o consumo de países como Estados Unidos, Estados Unidos (7,7 doses diárias por mil habitantes), Argentina (6,7 doses diárias por mil habitantes) e Coréia do Sul e Cingapura (ambos com 6,4 doses diárias por mil habitantes).

Não obstante suas conseqüências, novas fórmulas continuam sendo inventadas ou potencializadas no sentido de proporcionar uma maneira rápida e fácil de obter alterações corporais e de consciência, instantâneo prazer e alívio de sofrimentos. A indústria farmacêutica não para de crescer, sendo a terceira mais lucrativa do mundo, abaixo apenas dos bancos e das empresas petrolíferas. Atualmente este mercado vem sendo controlado por empresas transnacionais como a Pfizer, Johnson & Johnson, Roche e Novartis.

Esta banalização no uso de medicamentos traz diversas conseqüências danosas à saúde, conduzindo muitas vezes a dependência química e/ou doenças orgânicas. A problemática ganhou tal dimensão nas últimas décadas que põe em cheque a ética e subverte a lógica inicial de sua utilização, visto que os medicamentos supostamente criados para reestabelecer o estado de saúde dos indivíduos passam a representar uma forte ameaça para a saúde pública em praticamente todo o mundo.

## **2. Drogas ilegais e tráfico**

Desabonadas juridicamente, temos as drogas ilegais que remetem invariavelmente ao tráfico, uma atividade muito antiga, mas que, a partir da

década de 1990, tornou-se uma das atividades econômicas mais dinâmicas em todo o mundo. O narcotráfico consiste numa forma de acumulação rápida, extensa, que permite o aparecimento de grandes capitais financeiros por meio do crime, e tem sido referido, jocosamente, como uma versão contemporânea do enriquecimento decorrente do tráfico de escravos e da pirataria, no início do capitalismo mercantil.

Por seu caráter ilícito não é submetido a nenhuma forma oficial de monitoramento ou fiscalização, o que faz ressaltar a lógica capitalista em sua total crueza, destacando-se o alto lucro em relação ao investimento, a falta de tributação, a exploração do trabalho infantil, a precarização profunda das condições de trabalho, a insalubridade e a exposição à violência, entre muitas outras arbitrariedades.

O negócio geralmente tem início com a produção agrícola em países de baixo desenvolvimento, como Colômbia, Peru e Bolívia no caso da coca para produção de cocaína e o Afeganistão na produção de ópio para fabricação da heroína, além de cerca de 80 países que produzem a *Cannabis*. A substância *in natura* é comprada e a matéria prima processada, produzindo a cocaína ou a heroína, daí seu tráfico passa a ser mundializado, constituindo redes de contravenção verdadeiramente transnacionais.

Este comércio tem aumentado muito a criminalidade, visto a formação de quadrilhas organizadas para transporte e distribuição, dentro e fora dos países produtores, e a suas ligações com outras atividades ilícitas, tais como tráfico de armas de fogo, fraudes financeiras, desvio e lavagem de dinheiro, entre outras.

Dados do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes-UNODC, presentes no relatório sobre produção, tráfico e uso de drogas, publicado em 2007, demonstraram que em 2006 a produção total de opiáceos aumentou 43% em relação ao ano anterior, num total de 6.610 toneladas métricas, sendo que o Afeganistão concentra atualmente 92% da produção global. O relatório também revela que países da América Latina, como México, Colômbia, Guatemala e Peru, suprem a demanda da América do Norte por esta substância (UNODC, 2007).

O mercado de cocaína, por sua vez, se manteve estável. A área total de produção diminuiu 29% de 2000 para 2006 e está em 157.000 hectares, devido

à erradicação de plantações na Colômbia. No Peru e na Bolívia houve aumento na área de plantação, mas os níveis estão mais baixos que há uma década (menos 45% para os dois países no período de 1995-2006). É importante salientar que o declínio na área de plantação entre 2000-2005 não significou redução na produção, pois o uso de fertilizantes e pesticidas e a melhoria das tecnologias de plantio melhoraram a produtividade (UNODC, 2007).

A cocaína e a heroína merecem destaque na análise, visto que dentre todas as drogas ilegais, elas são as maiores causadoras de impacto econômico e social. São as que movimentam maiores recursos na produção e no tráfico, além de serem as substâncias que demandam mais gastos em tratamento e as que mais vitimizam seus usuários.

Existem cerca de 11,1 milhões de usuários de heroína no mundo, 14,3 milhões de usuários de cocaína e 158,8 milhões de usuários de maconha, mas, embora com prevalências bem menores, os usuários de cocaína e heroína representam um problema social muito mais grave e necessitam de tratamento muito mais complexo (UNODC, 2007).

Tem chamado atenção, nos últimos anos, o grande aumento do consumo e da demanda por tratamento de usuários de crack, uma forma potente de cocaína, resultado da adição de bicarbonato de sódio e outros adulterantes. Esta mistura, conhecida popularmente como “pedra”, é geralmente fumada em cachimbos ou sob forma de cigarros e produz pequenas partículas que são absorvidas rapidamente pelos pulmões, causando um efeito extremamente estimulante do Sistema Nervoso Central-SNC.

De acordo com Formigone & Laranjeira (1994), é grande a dimensão de problemas físicos ocasionados pelo uso do crack, tais como pneumonia, tuberculose, distúrbios cardiovasculares, necrose muscular, transtornos neurológicos, como convulsões e hemorragias cerebrais, além de transtornos psiquiátricos, como paranóia, depressão severa e ataques de pânico.

O Brasil também tem se tornado um mercado consumidor crescente de anfetaminas e eczazy, segundo o Relatório Mundial sobre Drogas (UNODC, 2005). Anualmente, esse comércio tem movimentado no mundo cerca de 42,5 bilhões de reais ou 25 bilhões de dólares. Estas drogas são geralmente utilizadas em festas eletrônicas freqüentadas por jovens, as *raves*, e têm

chamado a atenção das autoridades brasileiras pela recorrência de mortes ocasionadas por paradas cardíacas após seu uso.

Um fator complicador de seu combate é o fato de que estas substâncias são fabricadas no interior de pequenos laboratórios, sem necessidade de utilizar milhares de hectares de terra, como no caso do cultivo de maconha e de cocaína. Assim, enquanto a atenção da polícia está voltada para a destruição de plantações e para as apreensões de substâncias de origem natural, cresce paulatinamente o consumo de drogas sintéticas, que muitas vezes apresentam efeitos muito mais danosos à saúde de seus usuários.

### **3. Redução de oferta: estratégia repressiva**

Atualmente são adotadas três diferentes estratégias objetivando o controle do uso de drogas. A primeira é a *redução de oferta*, ou seja, um conjunto de ações relacionadas à repressão e ao combate de crimes como a lavagem de dinheiro, o crime organizado e o tráfico de armas, além da erradicação de plantações e a destruição de princípios ativos, assim como a repressão ao refino e ao tráfico de drogas (BRASIL, 2001).

A segunda é a *redução de demanda*, que dirige ações, esforços e recursos para desestimular ou reduzir o consumo – em especial a iniciação – e para cuidar dos usuários e dos dependentes, com atividades voltadas para áreas educacionais, de tratamento e de reabilitação. A terceira estratégia consiste na *redução de danos*, que orienta a execução de ações para a prevenção das conseqüências danosas à saúde que decorrem do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo (BRASIL, 2001).

Apesar dos prejuízos com o uso de drogas incidirem diretamente na área de saúde, a maioria dos esforços e recursos destinados a diminuir o impacto da problemática têm sido utilizados para subsidiar as estratégias repressivas. As diretrizes das políticas no âmbito internacional, encontradas nas Convenções das Nações Unidas de 1961 e 1988, estão centradas em inibir a produção, a venda, o tráfico e o consumo.

A preocupação com o controle de substâncias psicoativas em esfera internacional data do começo do século XX, muito embora a utilização de

drogas acompanhe toda a história da humanidade. Nesta época, as substâncias com potencial de uso problemático e o tráfico eram limitados, mas a preocupação com o controle do consumo do ópio impulsionou as primeiras Conferências Internacionais como a de Shangai, em 1909, e Haia, em 1911, e a Primeira Convenção Internacional do Ópio, em 1912.

Esta primeira Convenção regulamentou produção e comercialização da morfina e de heroína, assim como de cocaína, entrando em vigor após a I Guerra Mundial, em 1921, ano em que foi criada a Comissão Consultiva do Ópio e outras Drogas Nocivas. Posteriormente foi realizada a Conferência de Genebra, em 1924, que instituiu um sistema de controle do tráfico internacional por meios de certificados de importação e exportação das então denominadas substâncias entorpecentes. Na intenção de reafirmar as determinações regulamentadas em 1924, foram realizadas a Conferência de Bangkok, em 1931 e mais duas Conferências em Genebra, nos anos de 1931 e 1936.

O controle internacional de drogas, após a II Guerra Mundial passou a ser regido por tratados, acordos e convenções sob auspício da Organização das Nações Unidas-ONU. Foram assinados protocolos atualizando os acordos anteriores, como o de Paris, em 1948 e o de Nova Iorque, em 1953. Atualmente a legislação da maioria dos países com respeito das substâncias psicoativas são regidas pelo acordo internacional da Convenção Única de Nova Iorque sobre Entorpecentes, 1961, e pela Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas de Viena, 1988, que ainda encontram-se em vigor.

A ampliação do poder do Estado de punir, alimentada pelos sentimentos de medo e insegurança, fortemente instalados nas formações sociais do capitalismo pós-industrial, em que ao neoliberalismo se soma um neoautoritarismo no campo do controle social, encontra campo especialmente fértil neste tema das drogas qualificadas de ilícitas (KARAM, 2005:155).

Estas Convenções pressionam os estados membros da ONU a adotar o modelo de política norte-americana, na tentativa de conter a produção, comercialização e consumo de drogas. Elaborados dentro de uma perspectiva estritamente ditatorial, estabelecem medidas rígidas de controle e fiscalização das substâncias entorpecentes, dentre elas a erradicação das áreas de cultivo

de drogas naturais e das que servem de matéria prima para a composição das drogas semi-sintéticas.

Como geralmente as reservas naturais onde se dá o cultivo de substâncias psicoativas localizam-se em países pobres, os Estados Unidos, sob pretexto de cooperação internacional, justificam suas intervenções militares, violando assim a soberania dos países envolvidos. Sem preocupação com as populações ou cultura local, os agricultores presenciam impotentes suas terras sendo invadidas e suas plantações dizimadas, sem que haja alternativas viáveis de substituição destas atividades agrícola. Estas intromissões causam enormes perdas econômicas para os países produtores e estabelecem um clima de intranqüilidade social.

Nos centros urbanos a situação é caracterizada por um grande número de pessoas, geralmente jovens de classes baixas, envolvidos com o tráfico. O grande problema relacionado à criminalização da venda de drogas ilegais é que esta comercialização clandestina é responsável por verdadeiras guerras civis, onde o comércio ilegal de armas é fator coadjuvante no cenário de violência. O resultado é agravamento das desigualdades e uma maior exclusão social, dada a massa de detentos ser formada principalmente por pequenos traficantes.

Os preços elevados das drogas favorecem a inserção de uma fração dos drogaditos nos contextos criminais do comércio visando obtê-las, ou determinando outros comportamentos ilícitos que objetivam a mesma finalidade (BARATTA, *in* MESQUITA E BASTOS, 1994:29).

Destaca-se, também, neste modelo repressivo à criminalização do consumo de drogas, a adoção de penas privativas de liberdade para usuários, o que em última instância fere a liberdade e os direitos individuais, criando um abismo entre usuários e o sistema sócio sanitário.

A adoção de medidas punitivas para o tráfico, produção e porte de drogas têm se mostrado fracassada em sua função. O enorme poder econômico gerado estimula o aumento do número de países envolvidos no plantio, refino e tráfico de drogas, e apesar das leis proibirem veementemente este comércio, a grande maioria destas substâncias continua circulando com relativa facilidade em todo o mundo.

O incremento no número de consumidores é cada vez mais rápido, e, como agravante da situação, os usuários são constantemente incentivados a passar do consumo de substâncias relativamente inofensivas, como os derivados da *Cannabis*, para as que geram maior poder de dependência e conseqüentemente maiores lucros.

Usuários problemáticos e não problemáticos das diversas substâncias psicoativas sempre existiram e sempre existirão no horizonte do humano, e tantos mercados existirão e serão criados desde que as necessidades que engendram o consumo se desloquem para novos produtos, por força da dinâmica social espontânea ou por força das injunções jurídicas, policiais ou de outra natureza (BASTOS, *in* MESQUITA E BASTOS, 1994:72).

O abuso e a dependência de substâncias psicoativas vêm, comprovadamente, atingindo e onerando diversos setores da vida social, como segurança pública, educação, assistência social e, mais especificamente, a saúde. A estratégia proibicionista tem conseguido apenas um efeito superficial diante da abrangência que ganhou a comercialização de substâncias psicoativas. As redes criminosas são tão bem articuladas e gerenciadas que chegam a influenciar e ditar os rumos das políticas públicas de alguns países, interferindo na atuação das instituições legais, por penetrar em áreas do poder político e no sistema policial.

Existem estimativas de que a apreensão da droga não ultrapassa 10% do que é produzido, não chegando a provocar repercussões significativas, mesmo porque neste comércio também prevalecem as leis do mercado: quando há grandes apreensões diminui-se a oferta, provocando alta exorbitante nos preços, o que vem a alterar pouco os lucros resultantes das operações criminosas.

Somando-se a ineficácia da intervenção do sistema penal na contenção do mercado em que circulam tais substâncias, os pesados ônus que a ilegalidade traz revelam-se nos altos custos sociais que em muito superam os raros e isolados êxitos que eventualmente possam advir desta irracional forma de controle (KARAM, 2005:160).



Em muitas partes do mundo, a política de guerra às drogas obstrui os esforços de saúde pública para reduzir a propagação de HIV, hepatite e outras doenças infecciosas. Os direitos humanos são violados, agressões ambientais cometidas e as prisões estão inundadas com centenas de milhares de infratores da lei de drogas.

A intensificação de uma rede criminosa ligada ao tráfico e a disseminação da corrupção exigem uma soma bilionária de recursos em seu enfrentamento, impedindo que medidas concretas e eficazes sejam implementadas. Os escassos recursos que seriam melhor empregados na saúde, educação e desenvolvimento econômico são esbanjados em esforços de interdição cada vez mais dispendiosos.

Propostas realistas de reduzir a criminalidade, as doenças e as mortes relacionadas com as drogas são abandonadas em favor de propostas retóricas de se criar uma sociedade livre de drogas. O sistema repressivo ordena seus especialistas na perspectiva de associação entre drogas e criminalidade, e com o auxílio ininterrupto da imprensa, conseguem relacionar a imagem estigmatizada de marginal ou de criminoso ao usuário de drogas.

É inegável o poder dos meios de comunicação nacionais na reprodução e na difusão do discurso dominante, cujo lema primordial é a “guerra às drogas”. Sob forte influência norte-americana, estabelecem-se estratégias midiáticas focalizadas na relação entre droga e violência. Então, forja-se o modelo “tolerância zero”, que enaltece a repressão enquanto o caminho correto e eficaz no enfrentamento do problema.

A grande imprensa usa e abusa de fontes e páginas policiais na construção de suas matérias, reforçando um modelo amedrontador, que expõe de forma dramática as conseqüências negativas do uso das drogas ilícitas. Este tipo de matéria é estimulado pelos altos índices de audiência e geralmente envolve uma parte da população facilmente estigmatizável.

O trabalho *Mídia e Drogas*, publicado em 2005 pelo Ministério da Saúde em parceria com a Agencia de Notícias de Direitos da Infância-ANDI, aborda o perfil do uso e do usuário nos jornais e revistas mais atuantes da grande mídia brasileira, demonstra que do total de reportagens analisadas, cerca de 30% estão centradas nas relações do usuário com a violência, enquanto apenas

13,1% trazem abordagem sócio-cultural e 10,6% abordagem clínico científica (ANDI & PNDST/AIDS, 2005).

Este tipo de cobertura policialesca promove uma discussão superficial ou passional acerca do tema, tendendo a atribuir à droga, de forma simplista e generalizável, a responsabilidade sobre a violência. A estigmatização dos usuários de drogas ilícitas tem constituído um instrumento eficaz de evitar uma necessária e abrangente reflexão acerca dos diversos problemas estruturais que estão na base deste estado crescente violência e desequilíbrio social.

Hoje, diante de problemas outros, o tráfico de drogas é elevado ao primeiro plano, como se fosse ele, e não a urbanização favelada; como se não fossem as precariedades da existência diante do mundo encantado da tecnologia e de tudo que a imaginação é possível conceber, mas na condição de proximidade inacessível, a razão da violência na sociedade violentada (ESPINHEIRA, *in* SIQUEIRA 2006:37).

A imprensa tende a enfatizar os problemas relacionados às substâncias ilícitas como maconha, cocaína e crack, desviando a atenção sobre a urgência de um maior controle sobre a produção e comercialização das drogas lícitas como álcool e medicamentos. Estes últimos, por representarem uma importante fonte de lucro para os meios de comunicação, são objetos constantes de propaganda e ampla publicidade, estando suas conseqüências danosas relegadas ao segundo plano.

A legislação brasileira, ainda essencialmente proibicionista das drogas ilegais, constitui o maior sustentáculo deste tipo de posicionamento socialmente reproduzido. No entanto, a partir deste início de século XXI, as autoridades têm se defrontado com a árdua função de discutir e se posicionar acerca das políticas nacionais sobre drogas, oriundas de projetos pautados em reflexão ampliada sobre saúde e ética. Inúmeros são os desafios para uma mudança consistente neste arcabouço legal, haja vista que a influência de um sistema político conservador, somado aos interesses econômicos da produção industrial das drogas lícitas, tendem a impedir ou, no mínimo, a postergar importantes decisões e ações.

Num país como o Brasil, onde a maioria da população tem a mídia como principal fonte de informações, o que é divulgado pelos meios de comunicação de massa passa a ser padrão de

verdade. Assim, em contrapartida à negligência política no que diz respeito às drogas lícitas, para as ilícitas imperam os alarmes da mídia, que vêm criando um “pânico”, inclusive dificultando algumas intervenções específicas (CARLINI-COTRIM et al., 1995).

Diante deste cenário político e econômico, a proibição das propagandas de drogas lícitas seria o caminho para a mídia desprender-se economicamente destes impérios industriais, adquirindo assim maior liberdade para veicular informações qualificadas e ampliar o debate sobre as políticas públicas. Tal passo é fundamental para que ocorra uma mudança significativa de comportamento e atitudes da população, em prol de soluções consistentes, pautadas no conhecimento e na ética, e consolidadas como fruto de uma construção coletiva e socialmente pactuada.

## **CAPITULO II**

# **POLÍTICAS PÚBLICAS PARA USUÁRIOS DE DROGAS NO BRASIL**

### **1. Da interdição e a saúde pública.**

O estabelecimento das atuais políticas públicas direcionadas aos usuários de drogas, foi precedido por uma trajetória política e legislativa ligada ao campo da justiça e da segurança pública, em sua vertente predominantemente repressiva. Entretanto, pela falta de resultados satisfatórios e coerentes, a questão das drogas tem exigido contribuições de outras racionalidades, o que favoreceu o surgimento de uma política sanitária e apropriação do tema como uma das prioridades na agenda da saúde pública brasileira.

Fazendo uma retrospectiva deste processo de vinculação entre justiça e saúde, percebe-se que, somente a partir da década de 1970, a legislação brasileira passa a ser influenciada pela Medicina, congregando a classe médica e seus subsídios tecnocientíficos, na expectativa de controle do uso de drogas no país. Tal mudança de perspectiva provoca a substituição do termo viciado por dependente de drogas e a criação dos primeiros estabelecimentos especializados em tratamento de dependências químicas.

A lei 6.368, de 21 de outubro de 1976, que embasa esta mudança, no artigo 9º, estabelece que os Estados, Territórios e Distrito Federal contarão com estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes de substâncias, e que enquanto não se criarem os estabelecimentos referidos neste artigo, serão adaptadas, na rede já existente, unidades para a finalidade. Esta lei substitui as determinações do Código Penal Brasileiro, de 1924, e do Decreto 4.294, de 1921, que propunham pena de prisão em estabelecimento correcional, para aqueles que vendessem ópio, seus derivados ou cocaína ou para aqueles cuja embriagues acarretasse atos nocivos a si próprio, a outrem ou à ordem pública.

A lei 6.368/76 foi proposta ao se verificar o aumento no consumo de drogas ilícitas no país, principalmente a maconha, erva trazida da África para o

Brasil pelos escravos na época da colonização, utilizada basicamente por pessoas marginalizadas como prostitutas e detentos no século XX, e que passou a ser apreciada por pessoas da classe média, como universitários, intelectuais e artistas, a partir da década de 1960.

Este novo costume entre jovens de classe média surge por influência do movimento *hippie*, idealizado por jovens americanos na época da guerra do Vietnã. Da contestação de valores morais da família e do Estado, nasce uma revolução eminentemente pacifista, baseada na liberdade sexual e na expansão da consciência, por meio do uso de drogas como a maconha, haxixe, cogumelos e LSD. Foi um movimento que ganhou a simpatia e adesão de pessoas do mundo inteiro, principalmente na Europa e América Latina.

Entre meados dos anos 1960 e dos anos 1980, poucos jovens das camadas médias não tiveram algum tipo de experiência com maconha (VELHO, 1997:12). Gilberto Velho foi um dos primeiros pesquisadores brasileiros que abordou o tema das drogas, e é enfático em sua análise de que o quadro atual de consumo, marcado pelo uso indiscriminado, pelo tráfico e pela violência, no mundo ou no Brasil, é totalmente diferenciado o contexto do uso de drogas dentro da proposta da contracultura, que essencialmente estava associado a uma cultura pacifista.

O uso de maconha foi um comportamento adotado por milhões de pessoas nas décadas de 1960 e 1970, mas não chegou a ocasionar problemas relevantes de saúde. Provavelmente por conta de sua imensa aceitação popular, as fortes imposições proibicionistas do começo do séc. XX foram arrefecidas, o que fez ressurgir a idéia de que o consumo de cocaína também não traria conseqüências danosas. Segundo Bahls & Bahls (2002), a psiquiatria norte-americana considerou a cocaína como um euforizante benigno e, se consumida duas ou três vezes por semana, não causaria sérios problemas.

O ressurgimento norte-americano do consumo de cocaína implicou, também, no que se observou no Brasil ao final de 1980 e início de 1990, quando constatou-se crescimento do consumo de cocaína na população brasileira (CARLINI et al, 1993; NAPPO, 1996; LEITE, 1999 *apud* BAHLS & BAHLS, 2002: 179).

A partir da década de 1980, começa a se configurar o quadro epidemiológico brasileiro que perdura até os dias atuais, demonstrando o álcool

(lícita) e a cocaína e seus derivados (ilícitas) como as drogas com maior poder de gerar distúrbios de comportamento e dependência. De acordo com Noto et al. (2002), as internações no Brasil por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas, no período de 1988 a 1999, foram causadas 90% pelo álcool. Dentre as drogas ilegais, as internações causadas por cocaína e seus derivados foram as que mais cresceram, passando de 0,8%, em 1988, para 4,6%, em 1999. (GADUROZ & CAETANO, 2004)

A Lei 6.368/76 (BRASIL, 1976) determinava tratamento compulsório para os dependentes. O Art.10º traz que o tratamento sob regime de internação hospitalar será obrigatório quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem. Diante do aumento de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas e da falta de “estabelecimentos próprios para tratamento de substâncias”, os dependentes eram frequentemente encaminhados para os hospitais psiquiátricos, onde se observava uma total desestrutura para o atendimento, carência técnica e de equipamentos, além dos problemas gerados pela segregação.

Os efeitos negativos dos internatos vão desde os danos à identidade pessoal e à dignidade dos usuários até o artificialismo embutido na não reincidência do uso da droga, porque baseada no isolamento do usuário do seu grupo de referência, ou seja, do grupo de usuários que forma o contexto cultural e social do uso (ZALUAR, 1993:260).

Diante da necessidade de um órgão que se responsabilizasse pelas ações governamentais na área de drogas, foi instituído, em 1980, o Conselho Federal de Entorpecentes-CONFEN. Composto por representantes de diferentes órgãos governamentais, bem como de instituições privadas, tinha por objetivo sistematizar e aperfeiçoar o combate à produção, ao consumo e ao tráfico de entorpecentes. Nos primeiros anos sua atuação esteve concentrada basicamente no planejamento e coordenação de atividades repressivas.

Devido ao processo de redemocratização do país, houve uma ampliação do seu campo de atuação, passando o órgão a ser responsável por apoiar as práticas de prevenção, tratamento e pesquisa, e por propor uma política

nacional sobre drogas. O órgão chegou a esboçar uma política nacional por meio de dois documentos, a “Política Nacional na Questão das Drogas” de 1988 e o “Programa de Ação Nacional Antidrogas” de 1996.

Estes documentos traçavam ações estratégicas, dentre as quais o fomento à criação de centros de referência em tratamento e prevenção ao uso de drogas lícitas e ilícitas. Estes centros deveriam priorizar a formação de pessoal qualificado para o atendimento a dependentes e realizar pesquisas, tendo sido a maioria deles criados nas universidades públicas, a partir do começo da década de 1980.

Segundo Machado & Miranda (2007), os centros reconhecidos como referência pelo CONFEN em 1988 foram: o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes-PROAD do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP, o Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos-CORDATO, da Universidade de Brasília-UNB, o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas-NEPAD da Universidade Estadual do Rio de Janeiro-UERJ, o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas-CETAD da Universidade Federal da Bahia-UFBA e o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas-CEBRID do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP. Apenas dois centros foram criados no âmbito do setor público estadual de saúde: o Centro Mineiro de Toxicomania-CMT, em Minas Gerais, e o Centro Eulámpio Cordeiro de Recuperação Humana-CECRH, em Pernambuco.

Esses centros contribuíram para a produção técnico-científica relacionada ao tema e inauguraram no país a possibilidade de realização de práticas não moralistas nem repressivas. Muitos atores e práticas de atenção que influenciaram a política de saúde para usuários de álcool e outras drogas tiveram suas origens nesses centros (MACHADO & MIRANDA, 2007:6).

Os centros de referência são de importância fundamental, por desenvolverem um trabalho especializado para usuários de drogas, qualificar os profissionais e desenvolver pesquisas, no entanto, sua abrangência é limitada a determinados centros urbanos. Devido à dimensão que ganhou o

problema da dependência de drogas em todo o país, a maioria da população que dependia de assistência não teve acesso a estes serviços, ou foi fadada às internações em hospitais psiquiátricos, fato que denotou a omissão do poder público em ampliar o acesso à saúde, de modo descentralizada, para este público específico.

Foi nesta época, compreendida entre as décadas de 1980 e 1990, que se deu uma grande expansão de serviços filantrópicos de orientação religiosa, destinados à recuperação de dependentes, as chamadas comunidades terapêuticas. Estas comunidades originaram-se em trabalhos voluntários e emergenciais, o que aponta para uma carência teórica e técnica ao lidar com tema tão complexo como a dependência de drogas.

Diante da fragilidade destas instituições, o CONFEN favoreceu a aproximação das comunidades terapêuticas com o meio acadêmico e estabeleceu normas mínimas de funcionamento. A organização e a regulamentação básica destes serviços possibilitaram algumas melhorias assistenciais, visto o quadro de recursos humanos destas organizações ser composto, em sua maioria, por profissionais de nível médio, e com fortes vinculações religiosas embasando sua prática.

A reestruturação funcional exigida para as comunidades terapêuticas serviu para amenizar a demanda por atendimento. Entretanto, tais iniciativas foram insuficientes por suas limitações técnicas, por sua desvinculação com o sistema de saúde e pela enorme necessidade manifesta ou latente de atendimento.

Na década de 1990, vários fatores tornaram a droga um objeto cada vez mais complexo de intervenção nos países. Somados a carência de atendimento, não se tinham estudos que revelassem a verdadeira dimensão do número de usuários e dependentes, pois as únicas populações monitoradas na época eram os estudantes de escolas públicas e os meninos de rua, e não existiam programas preventivos. O que prevalecia era o completo desconhecimento da população sobre os tipos de drogas e a maneira adequada de evitar prejuízos sociais e a saúde.

Nesta época, a produção e o tráfico de cocaína se intensificaram em países da América Latina, como Peru, Bolívia e Colômbia, com vistas a suprir um mercado extremamente lucrativo e em constante ascensão, principalmente



na Europa e Estados Unidos. A comercialização passou a ser controlada pelo crime organizado, que, pressionado pela política americana de guerra às drogas, criou rotas alternativas de escoamento da produção que incluíam o Brasil.

Por ser parte da rota de tráfico, o número de pessoas que utilizavam cocaína aumentou no país e as formas de consumo foram diversificadas, visto que alguns usuários, principalmente no sul e sudeste, passaram a injetar cocaína para intensificar seus efeitos. Esta forma de uso, além de ser mais propícia à dependência, expõe o usuário a doenças transmissíveis por via sanguínea, dentre elas as hepatites e a AIDS.

Diante do aumento considerável de casos de AIDS entre UDI, o Movimento AIDS propôs o desenvolvimento de ações preventivas de redução de danos, tais como troca de seringas e o fornecimento de insumos para o uso seguro de drogas. A proposta enfrentou resistências manifestas da Polícia Federal, do Ministério Público e da Igreja Católica.

No entanto, o próprio CONFEN reconheceu a importância de uma nova postura ao encarar as drogas, admitindo que as experiências internacionais com a redução de danos, sobretudo na Europa, eram importantes para o Brasil. Este foi um grande passo para uma mudança paradigmática que, posteriormente, veio a estabelecer o modelo redução de danos como base das políticas nacionais sobre drogas.

Além de fornecerem subsídios técnicos e teóricos, os projetos de redução de danos deram maior visibilidade à realidade da atenção ao usuário de drogas no setor público de saúde, evidenciando a dificuldade de acesso e de acolhimento, a precariedade dos serviços de apoio e tratamento à dependência, a falta de referencial para os usuários, bem como a desconfiança e o preconceito dos profissionais da área (BRASIL, 1999).

Atualmente, o controle da AIDS entre os usuários de drogas injetáveis é um dos principais destaques brasileiros do Relatório Mundial sobre Drogas 2005 da ONU. Enquanto o índice de portadores do vírus HIV entre os usuários chega a 80%, na América do Sul, e a 66,5%, na Europa Ocidental, no Brasil a taxa é de 50% (UNODC, 2005). Giovani Quaglia, representante do UNODC, em entrevista comentou que “o governo fez um bom trabalho de inclusão

social. No Brasil isso deu certo através de campanhas, troca de seringas, programas educacionais e tratamento universal para todos os brasileiros. O Brasil foi um dos primeiros países em desenvolvimento a aplicar esta política de saúde pública”.

Números oficiais do governo brasileiro mostram que os casos de aids entre usuários de drogas injetáveis caíram 62% nos últimos dez anos. Em 1993, foram 4.926 notificações, considerando homens e mulheres. Em 2003, foram registrados 1.871 casos de aids entre usuários de drogas injetáveis no Brasil (BRASIL, 2004).

O Brasil tem conseguido um controle das infecções do HIV entre Usuário de Drogas Injetáveis-UDI, pela considerável diminuição dos contágios via sanguínea. Tal resultado deve ser atribuído ao trabalho continuado das ONG, que conta em seus quadros com usuários ou ex-usuários de drogas trabalhando como redutores de danos, no entanto, um fato relevante e de difícil manejo é que muitos UDI deixaram a forma injetável da droga para consumir o crack.

O crack é uma mistura de cocaína e bicarbonato de sódio, aquecida e fumada. Foi criada nos Estados Unidos, com a intenção de potencializar os efeitos da cocaína pura e baratear seus custos. A partir de 1990, seu consumo teve grande expansão no Brasil, principalmente entre jovens das classes mais baixas.

Das várias formas de se consumir cocaína, o crack é, atualmente, a que representa maior preocupação, devido à rapidez com que pode levar a dependência, pelos danos causados à saúde e pela grande demanda por tratamento. É uma droga que está frequentemente associada à violência e criminalidade e que arrasta um imenso contingente de jovens excluídos do mercado de trabalho a procurar no tráfico uma alternativa de sobrevivência e de consumo da droga.

Todos estes agravantes relacionados ao aumento expressivo do uso de drogas, mundialmente, tem levado a ONU a convocar reuniões e elaborar estratégias direcionadas ao enfrentamento do uso e do tráfico de drogas. Dentre estas, a Sessão Especial da Assembléia Geral da ONU, no ano de 1998, criou o UNODC, que abriga o Centro Internacional para Prevenção do

Crime-CICP. Foi nesta sessão específica sobre a questão das drogas e de caráter eminentemente proibicionista, que saiu a determinação de que todos os países membro elaborassem sua política nacional.

No caso do Brasil, já existiam os documentos de 1988 e 1996, elaborados pelo CONFEN, mas eles não foram levados em consideração, visto que neste mesmo ano o órgão foi extinto e suas ações descontinuadas. O Decreto 2.362, de 19 de junho de 1998, substituído pelo Decreto 3.696, de 21 de dezembro de 2000, instituiu, para substituir o CONFEN, o Sistema Nacional Antidrogas-SISNAD, composto pela Secretaria Nacional Antidrogas-SENAD e pelo Conselho Nacional Antidrogas-CONAD.

O SISNAD passou então a assumir a função de integrar as ações de repressão do uso, da produção e do tráfico com as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social dos dependentes. Nesta nova configuração o Ministério da Justiça passou a ser o órgão central e a Polícia Federal, o órgão executivo nas atividades de repressão. A SENAD tornou-se então o órgão executivo para as atividades de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, visto que ao Ministério da Saúde, apesar de ser integrante do SISNAD, não foi atribuída a responsabilidade direta sobre nenhuma destas atividades (MACHADO & MIRANDA, 2007:9).

Foi organizado o I Fórum Nacional Antidrogas, em 1988, para que setores organizados pudessem contribuir para a elaboração desta política. O fórum contou com a participação de quase duas mil pessoas, a maioria ligada à polícia ou às comunidades terapêuticas e uma minoria vinculada a projetos de redução de danos. As federações de comunidades terapêuticas, por sua afinidade com as propostas proibicionistas realizaram intenso *lobby* e conseguiram se reafirmar por meio de uma série normativa prevista na Resolução da Diretoria Colegiada-RDC 101, de 30 de maio de 2001, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-ANVISA.

Dentre as normas elaboradas para as comunidades terapêuticas destacam-se: programa terapêutico com fases distintas, estabelecimento de critérios de alta e reinserção social como objetivo final. As comunidades deveriam participar do programa de capacitação e treinamento de seu pessoal, em cursos credenciados pela SENAD e obedecer ao Código de Ética da

Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas-FEBRACT, aprovado pela Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas.

O processo de normatização destes espaços de tratamento, embora necessário para o estabelecimento de condições mais dignas para as pessoas que lá se tratam, favoreceu a organização de demanda das comunidades terapêuticas por financiamento público, reforçando uma tendência histórica de manutenção desta atenção fora do âmbito do setor público de saúde (MACHADO & MIRANDA, 2007:11).

O Relatório do I Fórum Nacional Antidrogas, traz entre suas resoluções, o reconhecimento das comunidades terapêuticas não governamentais como órgãos habilitados a prestar assistência ao dependente químico. Estas comunidades, por ocasião do fórum, manifestaram-se totalmente contrárias à Política de Redução de Danos e à liberação de drogas ilícitas.

Este fórum faz referência à necessidade da criação de estabelecimentos hospitalares e ambulatoriais públicos destinados a tratamento de dependentes, com a intenção de integrar no sistema básico de saúde o atendimento aos portadores de sofrimento psíquico, por meio de ambulatórios, unidades de semi-internação e Núcleos de Atenção Psicossocial-NAPS. Neste sentido a SENAD propunha a criação de uma rubrica específica com recursos dos SUS, a ser utilizada exclusivamente na prevenção e na implantação e implementação de programas de tratamento, mas que seria a própria SENAD a administrar estas verbas no lugar do SUS (BRASIL, 1988).

Por ocasião do II Fórum Nacional Antidrogas, realizado em 2001, a Política Nacional Antidrogas-PNAD, foi homologada pelo então Presidente Fernando Henrique Cardoso. Como o próprio nome revela, esta política seguia os preceitos norte-americanos priorizando basicamente as atividades de repressão e proibição das drogas, ainda considerava a internação como um dos procedimentos mais eficazes e não apresentava nenhuma articulação concreta com o setor público de saúde. Em sua regulamentação seguiu-se a Lei 10.409 de 11 de janeiro de 2002, que manteve a mesma postura de criminalização.

Persistiu assim a configuração da década anterior, contando com serviços universitários restritos, articulados com as comunidades terapêuticas e com o SENAD, que, em parceria com os centros especializados, passou a

realizar cursos, capacitações e demais atividades formativas para as comunidades terapêuticas e os centros especializados. Em contrapartida, receberam maiores verbas destinadas à pesquisa. Nesta época foi realizado o primeiro Levantamento Domiciliar sobre Uso de Substâncias Psicotrópicas no Brasil, um estudo mais abrangente tanto em termos de população como de cobertura, ampliando o conhecimento da problemática no âmbito nacional.

Com a entrada do governo do presidente Luís Inácio “Lula” da Silva, deu-se a abertura de um processo participativo para consolidação de uma proposta mais abrangente e menos centrada na repressão. Com este objetivo a SENAD ficou responsável em promover uma série de fóruns em 2004, objetivando o realinhamento desta política, que passou a se chamar Política Nacional sobre Drogas.

O primeiro passo foi a realização de um seminário internacional, denominado Políticas Públicas sobre Drogas, onde se pode conhecer as experiências, avanços e desafios na área de drogas vivenciados por sete países: Holanda, Canadá, Portugal, Itália, Inglaterra, Suécia e Suíça. Estes países trouxeram novas visões e formas de lidar com o fenômeno das drogas, o que contribuiu para diversificar o teor da política brasileira, superando a marcante influência norte-americana.

A atual tendência nas democracias ocidentais é adotar medidas não repressivas, de inspiração liberal, cujo espírito poderia ser sintetizado na idéia de que as políticas proibitivas nas últimas três décadas foi um completo fracasso (ZALUAR, 1993:251).

O SENAD, em parceria com os Conselhos Estaduais Antidrogas e os governos locais, promoveu seis Fóruns Regionais sobre Drogas, sendo o do sul em Florianópolis, o do centro-oeste em São Paulo, o do norte em Manaus e dois no nordeste, um no Maranhão e outro em Salvador. Estes fóruns contaram com a presença de aproximadamente três mil participantes de todos os estados brasileiros que analisaram a política nacional existente e contribuíram na elaboração de propostas para sua reformulação.

Estas propostas, embasadas pelo Seminário Internacional e pelos fóruns regionais, culminaram no III Fórum Nacional sobre Drogas, em 2004. O evento proporcionou um debate ampliado e intersetorial, envolvendo representantes dos governos federal, estadual e municipal, além de

representantes dos Ministérios da Educação, Saúde, Desenvolvimento Social, Justiça, Ciências e Tecnologia e da Secretaria Especial de Direitos Humanos.

As discussões foram bastante polêmicas, por reunirem no mesmo espaço de interlocução governo, membros dos Conselhos Estaduais Antidrogas, profissionais de saúde, de segurança pública e da justiça, membros da comunidade científica, de grupos religiosos, de ONG, agentes redutores de danos e usuários de drogas, garantindo uma multiplicidade de olhares e de perspectivas para a política.

A nova política orienta-se pelo princípio da responsabilidade compartilhada, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos, no sentido de ampliar a consciência para a importância integração setorial e da descentralização das ações sobre drogas no país (BRASIL, 2005).

A Política sobre Drogas, homologada em 2005, foi o resultado deste processo, que contém como um de seus pressupostos o tratamento de forma igualitária e sem discriminação, as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas e ilícitas. Este documento contempla capítulos específicos sobre prevenção; tratamento, recuperação reinserção social; redução dos danos sociais e saúde; redução da oferta; estudos, pesquisas e avaliações.

O Presidente da República reforçou a responsabilidade de toda a administração federal, buscando assim uma interação e participação dos vários setores governamentais na questão. Além dessa integração, o presidente definiu a descentralização das ações, atribuindo ao SUS, o compromisso pela prestação de assistência aos usuários de drogas, assim, foi elaborada a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, em 2003.

A nova política de atenção em saúde aos usuários de drogas parte dos princípios e orientações do SUS, integrando-se à área de saúde mental e aos princípios da reforma psiquiátrica e seguindo a lógica ampliada da redução de danos. Sua inserção na área de saúde pública, seu marco teórico e suas diretrizes serão analisadas nas próximas etapas deste trabalho.

Diante deste processo participativo irrompem avanços políticos nacionais na questão das drogas amparados na construção coletiva e inclusiva. No

entanto, a concretização destes avanços, por meio do sistema jurídico e da legislação, ainda esta longe de ser satisfatória.

Em substituição à Lei 6.368, de 21 de outubro de 1976, e à Lei 10.409, de 11 de janeiro de 2002, foi sancionada a Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, instituindo o SISNAD; prescrevendo medidas para prevenção ao uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelecendo normas para repressão e produção não autorizada e ao tráfico de drogas; e definindo crimes, neste campo.

A nova Lei revoga o Art. 16, da Lei n. 6.368/76, que estabelecia penas de detenção variando de seis meses a dois anos para usuários e drogas. Em seu Art. 28, estabelece que quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido as seguintes penas:

- I. Advertência sobre os efeitos das drogas;
- II. Prestação de serviços comunitários;
- III. Comparecimento a programa ou curso educativo.

A Lei n. 11.343/2006, apesar de parecer avançada por abolir a pena privativa de liberdade para o usuário, na verdade não consegue trazer mudanças significativas, visto que ainda define o uso de drogas como crime. Segundo Karam (2006), a pena máxima de detenção de dois anos, prevista na Lei 6.368/78, dada a posse para uso pessoal, já se enquadrava na definição de infração penal de menor potencial ofensivo, a que aplicável à imposição antecipada e “negociada” de penas não privativas da liberdade.

A simples posse de drogas para uso pessoal, ou seu consumo em circunstâncias que não envolvem perigo concreto para terceiros, são condutas que, situando-se na esfera do individual, se inserem no campo da intimidade e da vida privada, em cujo âmbito é vedado ao Estado – e, portanto ao direito penetrar, assim como não se pode criminalizar e punir a tentativa de suicídio e autolesão. (KARAM, 2005:157)

Além de continuar criminalizando o uso de drogas, a nova lei persiste em suas arbitrariedades, devido ao fato de não haver uma regulamentação acerca da quantidade de droga necessária à caracterização de consumo pessoal ou tráfico. Tal omissão deixa a mercê da interpretação das autoridades, como

delegados e juizes, a decisao e julgamento sobre a quantidade que distinguiria um simples usuario de um traficante.

Com relacao aos crimes de producao e de trafico, a nova Lei recrudesce ainda mais as penas. Enquanto a Lei 6.368, no seu Art. 12, previa a pena de reclusao de tres a 15 anos e pagamento de 50 a 360 dias-multa, a Lei 11.343, em seu Art. 33, prevê a pena de reclusao de cinco a 15 anos e pagamento de 500 a 1.500 dias-multa a quem importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorizacao ou em desacordo com determinacao legal ou regulamentar.

Segundo ZALUAR (1993), o governo adota medidas repressivas e a policia tem um enorme poder em determinar quem será ou não processado e preso como traficante, crime considerado hediondo. Jovens pobres são presos como traficantes por carregarem consigo pequenas quantidades de drogas, o que ajuda a criar uma superpopulacao carceraria, além de tornar ilegítimo e injusto o funcionamento do sistema jurídico no país.

Tendo em vista a realidade brasileira, tão marcada pela exclusao social, o fato de pertencer a grupos sociais economicamente desfavorecidos, na prática compele ao envolvimento em ambientes e situacoes de risco. Muitas vezes o usuario, por não ter recursos suficientes para alimentar suas compulsões, precisa se submeter às circunstâncias de violência real e simbólica, sendo um dos caminhos mais viáveis, quando não o único, o envolvimento com a comercializacao de drogas.

Poucos dados são encontrados sobre a situacao precária em que se encontra a populacao carceraria no Brasil. Segundo um levantamento realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, no ano de 1994, existia no país 170 mil detentos, e os motivos da detencao eram 51% por furto ou roubo, 17% por homicídio e 10% por trafico de drogas. Nesta época o Brasil já era apontado como um dos 10 maiores sistemas penais do mundo, com uma taxa aproximada de 108 presos por 100.000 habitantes, sendo que 97% destes presos eram analfabetos ou semi-analfabetos. Cada preso custava aos cofres públicos por mês R\$ 840,00.



De acordo com o Departamento Penitenciário Nacional-DEPEN, as prisões e cadeias brasileiras tinham sob sua custódia 419.551 detentos, em junho de 2007, ultrapassando a capacidade do sistema em aproximadamente 200 mil pessoas. O problema da superlotação, que condiciona milhares pessoas encarceradas a situações desumanas de sobrevivência, caracteriza atualmente um dos mais sérios problemas de direitos humanos no país.

O Ministro da Justiça, Tarso Genro, em entrevista ao jornal Folha de São Paulo, reconhece publicamente que "O sistema prisional brasileiro é precário e profundamente desumano. Os estabelecimentos constituem-se em locais de segregação, aprisionamento, detenção e isolamento. Não cumpre sua finalidade recuperativa, tanto é verdade que o grau de reincidência é superior a 50%, o que demonstra sua falência" (Folha de São Paulo, 24/01/2008).

A Lei 11.343/06, por seu posicionamento criminalizador, corrobora com o agravo desta situação por condenar milhares de pessoas ao encarceramento, sem dimensionar e enfrentar os determinantes ou circunstâncias que favorecem o envolvimento crescente neste tipo de prática. A nova lei sobre drogas, neste sentido, apenas repete as intransigências e condicionamentos de convenções internacionais voltadas à marginalização e a estigmatização de parcela significativa da população.

O tóxico é mercadoria e o equacionamento adequado do problema por ele representado pressupõe o conhecimento do mercado de produção, distribuição e circulação de drogas. O mercado é a "instrumentalidade institucional" que monta o problema e, portanto, objeto a ser alterado pela legislação e pelas políticas públicas, quaisquer que sejam as justificações morais mobilizadoras (ZALUAR, 1994:136).

Não se pode avançar numa proposta efetiva de diminuição dos problemas e conseqüências danosas do consumo de drogas priorizando os escassos recursos em favor da intervenção penal, pois esta estratégia belicosa e segregadora tem se constituído num instrumento comprovadamente ineficaz e dispendioso ao Estado. Criminalizar as algumas drogas e seus usuários, portanto, é uma forma recorrente de violar os princípios das declarações universais de direitos humanos e retroceder os processos políticos democráticos.

## **2. Redução de demanda: condições adequadas para o auto-cuidado**

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, publicada no ano de 2003, traz como objetivo o desafio de acolher o uso de drogas como uma questão de saúde pública, reconhecendo ser este um objeto complexo de intervenção e que, portanto, carece de diferentes saberes e aportes teóricos em seu enfrentamento (BRASIL, 2003).

Uma das questões levantadas nesta política é a necessidade de mudança conceitual, que possibilite aos usuários de drogas se livrar do estigma de “doente” ou “marginal”, ocupando o lugar social de cidadãos merecedores de direitos e exercício pleno de cidadania. É o caso de abandonar uma vertente de culpabilização dos sujeitos, oferecendo caminhos para que as populações mais vulneráveis, tais como os usuários de álcool e outras drogas, possam melhorar suas condições de vida e saúde.

A ordem jurídica tende, como no julgamento de direito penal, a ver no usuário de drogas o seu caráter ilegal, o fora da lei, o criminoso, o marginal, delinqüente, enfim como um indivíduo perigoso. A ordem médica toma o usuário de drogas como doente, viciado, toxicômano, ou ainda como perturbado mental. Já a religião, vê o uso de drogas como pecado, sendo o usuário passível de castigo ou perdão (CARPANEDO, *in* SIQUEIRA, 2006:68).

É necessário compreender que o fenômeno do uso e do abuso de drogas lícitas e ilícitas, e os problemas gerados pelo aumento do número de dependentes, permeiam todos os seguimentos sociais. Entretanto, existem diferenças consideráveis no padrão de uso entre os países mais ou menos desenvolvidos e entre as pessoas que têm maior poder aquisitivo e as que são carentes das condições básicas de existência.

O abuso na utilização drogas pelos sujeitos tende a se agravar devido a fatores sociais e culturais tais como o desemprego estrutural, o aumento da criminalidade e da miséria causada pelas sucessivas crises econômicas na maioria dos países. A falta de perspectiva pessoal, a desestruturação familiar, a

ligação intrínseca entre miséria, violência e drogas, enfim, diversos fatores tendem a exaurir o desejo por uma vida digna e saudável.

Trabalhando com o simbolismo perverso que entrega a figura dos traficantes (da mesma forma que nos países centrais se entrega aos grupos marginalizados de aditos), o papel dos maus, dos inimigos, dos perigosos, para neles concentrando a hostilidade da maioria, cumprir suas finalidades ocultas de proporcionar maior coesão social e contribuir para o conveniente desvio das atenções sobre outros problemas mais graves. (KARAM, 2005:156).

Para contrabalancear os prejuízos e tentar conter o crescimento desenfreado do crime organizado e do consumo de drogas, que incide diretamente sobre as condições gerais de saúde da população, seriam necessárias articulações internacionais, nacionais, regionais e locais, que avançassem sobre a abordagem reducionista da repressão e conseguissem intervir concretamente nas condições de vida em sociedade.

Daí a grande responsabilidade que recai sobre o setor de saúde no sentido de amenizar os prejuízos e de adequar o sistema de saúde ao atendimento especializado para população que apresenta transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Entretanto, o desafio maior da área de saúde consiste numa ação mais global, a de sensibilizar e articular os diversos setores tais como educação e cultura, segurança pública, trabalho e geração de renda, habitação e saneamento, meios de comunicação entre outros, para o trabalho conjunto em prol de mudanças estruturais nas condições de vida e saúde.

A intersetorialidade seria esta maneira inovadora de governar e conduzir as políticas públicas, superando a fragmentação de ações isoladas e possibilitando políticas e ações integradas entre os diversos setores sociais no enfrentamento de problemas complexos. Uma espécie de política suprasetorial, onde cada setor pode contribuir e também se apoiar no intercâmbio com as outras políticas sociais.

Pela capilaridade que o crime organizado e os problemas relacionados ao consumo excessivo de drogas atingiram em todo o mundo, a responsabilidade por minorar seus conseqüentes prejuízos extrapola as fronteiras nacionais, sendo uma questão a ser universalmente aceita e implementada. De acordo

com o pensamento de Bucher, 1996, além de esforços de cada nação afetada é indispensável a assessoria de organismos internacionais como o UNODC, a OMS, o Fundo das Nações Unidas para a Infância e Educação-UNICEF e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura-UNESCO, embasando e estimulando a participação dos segmentos organizados da sociedade, das comunidades de base, das associações assistenciais, culturais, esportivas ou religiosas, ONG e organizações governamentais-OG.

Torna-se inevitável transpor os limites de caráter emergencial, trabalhando simultaneamente os aspectos preventivos e promocionais de saúde. Neste sentido, a política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas apregoam mudanças de crenças e comportamentos tendo em vista a diminuição de riscos individuais e grupo de pares; informação e prevenção com vistas à participação comunitária; diversificação e ampliação da oferta de serviços assistenciais e adoção de política de promoção de saúde que contemplem ações estruturais e incluam na agenda a questão do desenvolvimento (BRASIL, 2003: 29).

A promoção de saúde, nas últimas décadas, tem sido destacada como uma estratégia indispensável no enfrentamento dos diversos problemas de saúde que atingem as populações humanas. Em sua concepção moderna, ela parte de uma visão ampliada de saúde, incluindo fatores de ordem econômica, política, social e cultural enquanto determinantes do processo saúde-doença. A base deste entendimento é que, tanto do ponto de vista pessoal quanto coletivo, deve-se fomentar melhorias em prol do bem-estar e da qualidade de vida. Resgata alguns posicionamentos de sanitaristas europeus do século XIX, que acreditavam que as epidemias tinham causas tanto físicas como sociais e econômicas, e os remédios para as mesmas eram prosperidade, educação e liberdade (BUSS, 2000).

Nas décadas de 1970 e 1980, fomentou-se a idéia de que a promoção de saúde seria a base de sustentação da nova saúde pública. O início desta concepção ampliada de saúde se deu a partir da publicação do documento *A New Perspective on the Health of Canadians*, conhecido como Informe Lalonde (1974).

Este documento, que leva o nome do Ministro da Saúde no Canadá na época da publicação, teve como objetivo avaliar e minimizar os custos

crescentes com assistência médica e conseguir resultados mais significativos em termos de elevar o nível de saúde das pessoas. Está fundamentado no modelo do "Campo de Saúde", proposto por Laframboise em 1973 (Carvalho, 1996), que afirma a saúde como determinada por um conjunto de fatores agrupáveis em quatro categorias:

- Biologia Humana - que envolve todos os fatos que se manifestam como consequência da constituição orgânica do indivíduo, incluindo sua herança genética e seus processos de maturação;
- Ambiente – que agrupa os fatores externos ao organismo, em suas dimensões física e social, sobre os quais o indivíduo exerce pouco ou nenhum controle;
- Estilos de vida – o conjunto das decisões que o indivíduo toma a respeito da sua saúde, no que se refere, por exemplo, a suas atividades de lazer e alimentação estando, portanto, parcialmente sob seu controle.
- Organização da Atenção à Saúde – disponibilidade, quantidade e qualidade dos recursos destinados aos cuidados com a saúde (CARVALHO, 1996).

A principal importância deste documento foi comprovar que, apesar da maior parte dos custos em saúde serem destinadas ao cuidado médico, as causas principais de adoecimento e morte no Canadá estavam relacionadas à biologia humana, ao meio ambiente e ao estilo de vida.

Quatro anos depois, devido à necessidade urgente de ações direcionadas à promoção de saúde em caráter global, foi realizada, na cidade de Alma-Ata, na extinta União Soviética, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em 1978. Nesta conferência foi confeccionada a Declaração de Alma-Ata, que afirmou ser a “saúde um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial”. (OMS, 1978).

Esta declaração referencia e oferece uma nova direção às políticas de saúde, preconizando a adoção de medidas sanitárias e sociais adequadas e a expansão dos cuidados primários de saúde. Dentre as recomendações

fornecidas no documento ressalta-se o suprimento de alimentos e nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico extensos a toda população.

Mais diretamente relacionadas ao setor da saúde, o documento sugere a atenção primária em saúde, a educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e os métodos para sua prevenção e controle. Também é indicada a imunização contra as principais doenças infecciosas; a prevenção e controle de doenças endêmicas; o tratamento apropriado de doenças comuns e acidentes; a distribuição de medicamentos básicos e atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar (OMS, 1978).

Outro marco histórico nesta busca por uma nova concepção de saúde pública, fundamentada no princípio da equidade social, foi a realização da I Conferência Internacional em Promoção de Saúde, em Ottawa, Canadá, em 1986. A Carta de Ottawa, documento originado na conferência, preconiza a necessidade de um incremento nas condições de saúde, elegendo como pré-requisitos fundamentais para tal intento a paz, a educação, a habitação, o poder aquisitivo, um ecossistema estável, e conservação dos recursos naturais e a equidade (OMS, 1986).

Amplia-se aqui concretamente a concepção de promoção da saúde, reconhecendo que esta não está relacionada exclusivamente a área de saúde, mas que se constitui numa atividade essencialmente intersetorial. Tendo os profissionais de saúde e o governo a função de mediar e abrir canais de comunicação entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

Tais esforços devem estar concentrados em proporcionar acesso à informação e educação para a saúde, na perspectiva de desenvolvimento de habilidades pessoais para o cuidado de si mesmo e das outras pessoas, assim como do meio ambiente natural. Também é crucial que a própria população desenvolva aptidões para definir estratégias de melhoria das condições de saúde e tomar decisões sobre sua implementação.

Mudanças na formação dos profissionais de saúde, no funcionamento das instituições que prestam serviços e nos governos são cruciais neste processo, visto que as ações, até então primordialmente voltadas para o atendimento clínico e de urgência. O redirecionamento em fortalecer o atendimento na rede

básica de saúde e na promoção de saúde, tem como conseqüências o aumento na qualidade de vida da população e minimização dos custos que a doença acarreta.

Todas estas diretrizes traçadas na Carta de Ottawa foram reafirmadas pelas conferências que se seguiram, como a de Adelaide, em 1988, cujo tema central foi políticas públicas saudáveis; Sundsvall, em 1991, cuja ênfase foi dada à criação de ambientes favoráveis à saúde, abordando as questões ecológicas e Jakarta, em 1997, onde foram destacados o reforço da ação comunitária e o surgimento de novos atores e novos determinantes da saúde, como os fatores transnacionais da globalização da economia e suas conseqüências. (BUSS et al., 1998).

Contudo as deliberações oriundas destas conferências, e as expectativas que vislumbravam no terceiro milênio um tempo de justiça social e integração mundial, encontram-se parcialmente frustradas. Este início de século tem sido marcado pelo agravamento da pobreza e da miséria, elevação dos níveis de concentração de renda, deterioração das políticas públicas e redução dos direitos sociais. Um quadro que traz como conseqüência a falta de perspectiva para um imenso contingente de seres humanos marginalizados do progresso social e econômico.

Para ilustrar a gravidade da problemática, segundo dados da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação-FAO, no ano de 2006, o número estimado de pessoas que continuam subnutridas no mundo é de 854 milhões. A fome causa enfermidades e mortes, diminui a capacidade de aprendizagem das crianças e prejudica o potencial de trabalho dos adultos. É um ciclo perverso que violenta os direitos humanos fundamentais e gera toda sorte de desequilíbrios sociais.

Na América Latina este processo tem se tornado evidente nas últimas décadas. A partir da aplicação das medidas de ajuste estrutural, inspiradas nos princípios do neoliberalismo, as imposições de grupos econômicos de países desenvolvidos sobre os países latino-americanos promoveram reformas do Estado, abertura comercial e financeira para o capital internacional e privatizações no setor público de serviços.

O objetivo de tais medidas seria o de sanear as finanças destes países e liberar recursos para o desenvolvimento da economia, mas na prática esta idéia

vem se refletindo em pagamento de dívidas e de compromissos comerciais. Como conseqüências diretas destes acordos, se sobrepõem reduções no orçamento público e cortes de políticas sociais, principalmente nas áreas de saúde, educação e previdência.

As informações concretas sobre a dimensão do ônus gerado pelo mercado financeiro são difíceis de encontrar, no entanto, em folheto educativo do Partido Socialista-PSOL, que declara se basear em dados do Ministério da Fazenda e do Banco Central, encontra-se a informação de que, do montante do orçamento da união no ano de 2006, 36,70% foi empregado no pagamento de dívidas. O restante dos recursos foi dividido entre previdência 25,7%, saúde 4,82%, educação 2,27%, trabalho 2,17%, agricultura 1,12%, organização agrária 0,39% e meio ambiente 0,16%. Em outras palavras, enquanto o Brasil destina apenas cerca de um décimo do seu orçamento em todos os setores de desenvolvimento interno, paga mais do que um terço de tudo que arrecada em dívidas que não param de crescer.

O caso do Brasil é emblemático na América Latina, o país está entre as dez maiores economias do mundo, e contraditoriamente está entre os dez países com maior desigualdade social, segundo o coeficiente de Gini, parâmetro internacionalmente usado para medir a concentração de renda. Segundo o estudo Justiça Tributária: Iniquidade e Desafios, publicado em 2008 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA, três quartos da riqueza existente no Brasil está concentrada nas mãos de apenas 10% da população. Tal disparidade na distribuição de renda obviamente provoca impacto negativo na saúde e qualidade de vida da população, gerando violência e um mal estar generalizado.

A carência de modelos e referências, a falta de líderes responsáveis, a crise moral de valores e normas, a perda de credibilidade dos políticos e das autoridades e outros fatores provocam uma sensação angustiante de desamparo, de ausência de sentido e firmeza e de instabilidade, reforçada pelo desequilíbrio econômico, pela pressão da miséria, do desemprego, da migração e da pauperização contínua de amplas faixas da população. (BUCHER, 1996).

Gozando de tanta riqueza e reconhecido desenvolvimento econômico, ainda persiste um quadro gritante de exclusão social, visto que extensa parcela da população brasileira ainda carece de acesso condições básicas de



sobrevivência como alimentação adequada, habitação e saneamento. Outro problema relevante, que aumenta as desigualdades sociais é a falta de uma educação de qualidade que conduza ao trabalho qualificado e conseqüentemente a busca de um estilo de vida mais responsável, seguindo as premissas da promoção de saúde.

As necessidades de saúde da população em países em desenvolvimento como o Brasil serão cada vez mais complexas, visto que os problemas tradicionais como doenças infecciosas e desnutrição estão a se somar com mudanças no estilo de vida, tais como o consumo de tabaco, abuso de bebidas alcoólicas, alimentação inadequada e sedentarismo. Tais comportamentos são os principais responsáveis por casos de invalidez e morte prematura.

Todos estes fatores acima citados sobrecarregam a área de saúde e, passam a exigir, em caráter de urgência, paradoxalmente, medidas que precisam de tempo para resultarem em conseqüências, isto é, respostas e soluções mais abrangentes e menos onerosas, tais como a promoção de saúde, por meio da melhoria das condições de vida e da adoção de medidas preventivas de saúde.

Somente no ano de 2006 o Ministério da Saúde brasileiro lançou a Portaria n° 687, que direciona ações prioritárias de promoção de saúde, tais como alimentação saudável, prática de atividade física e promoção do desenvolvimento sustentável. Além de ações que remetem diretamente ou indiretamente à questão do consumo de substâncias psicoativas, como a prevenção e o controle do tabagismo, a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo do álcool e outras drogas, a redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito e a prevenção de violência e estímulo à cultura de paz.

Os documentos da Política de Atenção a Saúde, em 2003, e da Política Nacional sobre Drogas, em 2005, reafirmam a necessidade da adoção de políticas de promoção de saúde, por meio de ações estruturais nas áreas de educação, saúde e acesso bens e serviços. Entre seus pressupostos encontra-se o de fundamentar no princípio da responsabilidade compartilhada a coordenação de esforços entre os diversos segmentos do governo e da sociedade, no sentido de obter redução da oferta e do consumo de drogas, do custo social a elas relacionado (BRASIL, 2005).

A promoção da saúde vem sendo interpretada, de um lado, como reação à acentuada medicalização da vida social e, de outro, como uma resposta setorial articuladora de diversos recursos técnicos e posições ideológicas (BUSS,1999).

É reconhecido que o êxito desta política está em descentralizar e dar autonomia de gestão nos níveis estaduais e municipais. Para tanto é necessário a definição de papéis e de mecanismos de captação, utilização e repasse de recursos financeiros pelos três níveis de governo, de forma a equalizar os gastos em vigilância, tratamento, prevenção, redução de danos e prevenção (BRASIL, 2003).

Torna-se evidente que o consumo de drogas tem um impacto significativo sobre a economia nacional e da necessidade urgente de posicionamentos conscientes e ações concretas e abrangentes sobre a questão. Neste sentido, somente a integração entre os diversos setores poderá gerar uma mudança estrutural nas condições de vida da população, favorecendo a efetividade das políticas de saúde em geral, assim como das políticas relacionadas ao álcool e outras drogas.

### **3. Rede de saúde como espaço de inserção social.**

A Constituição Federal de 1988 afirma ser a saúde um direito fundamental de todos os brasileiros, e, dois anos depois, tal compromisso social é regulamentado por meio da Lei 8.080/90. Esta lei máxima do setor de saúde, em seu Art. 3º, reconhece como fatores determinantes e condicionantes da saúde a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o lazer, dentre outros.

As condições gerais de sobrevivência despontam como fatores indispensáveis para a qualidade de vida e de saúde da população, o que abre um olhar extensivo para que as práticas de saúde superem o enfoque na assistência médica e da doença. Dentro desta concepção ampliada, as ações e serviços do sistema público devem gradativamente se reorientar para atuações mais complexas e abrangentes, equacionando recursos entre promoção de saúde, prevenção, tratamento, reabilitação e reinserção social.

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde publicou a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003), dando garantia de atendimento a esta população pelo SUS, mas considerando o caráter multifatorial da questão, ou seja, não restringindo o campo de atenção exclusivamente aos serviços de saúde. Esta política aponta para a necessidade de ações intra-setoriais com os Programas do Ministério da Saúde e ações intersetoriais com outros Ministérios, OG e ONG.

A viabilidade desta política parte da acolhida do uso de drogas como uma questão de saúde pública, reconhecendo ser este um objeto complexo de intervenção e que, portanto, carece de diferentes saberes e aportes teóricos em seu enfrentamento. Dentre as diversas formas de lidar com a problemática o documento menciona a oferta de tratamento na atenção primária, acesso a medicamentos, educação em saúde para comunidade, formação de recursos humanos, apoio à pesquisa e a formação de uma rede de suporte social que envolva também as áreas de educação, trabalho, promoção social, entre outras (BRASIL, 2003).

A grande maioria destas ações, no entanto, depende da estruturação e fortalecimento de uma rede de atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde, o que ainda está muito longe de ser uma realidade. Trabalhando com as possibilidades concretas e considerando a trajetória histórica da maioria dos atendimentos aos usuários de drogas serem realizados em hospitais psiquiátricos, tornou-se conveniente ao Ministério da Saúde vincular este público à rede assistencial em saúde mental, seguindo os princípios do Movimento de Reforma Psiquiátrica.

Assim como ocorreu com as pessoas com transtornos mentais, o modelo tradicional de saúde associou o uso de drogas à doença. Segundo esta argumentação, que foi aceita como verdade incontestável durante várias décadas, a drogadicção seria uma doença de notificação compulsória e os toxicômanos ou intoxicados habituais precisavam de tratamento, estando sujeitos à internação facultativa ou obrigatória. Neste ponto, a história das toxicomanias se entrelaça fortemente com a história da loucura/doença mental.

O paradigma psiquiátrico clássico transforma loucura em doença e produz uma demanda social por tratamento e assistência, distanciando o louco do espaço social e transformando a loucura em objeto do qual o sujeito precisa

distanciar-se para produzir saber e discurso. Institui-se uma correlação e identificação entre punição e terapeutização, a fim de produzir uma ação pedagógica moral que possa restituir dimensões de razão e equilíbrio (AMARANTE, 1995:46).

De forma similar, o usuário de drogas tem, ao longo dos tempos, sido tratado como objeto de exclusão e discriminação social, estando sua liberdade pessoal submetida à ordem da moral e dos bons costumes, da lei e, recentemente, da ciência médica. Amarante (1995) coloca que o problema das instituições psiquiátricas, e de toda a sua história de segregação, reside na impossibilidade, historicamente construída, de trato com as diferenças e os diferentes. Em um universo das igualdades, os loucos e todas as minoriais ou maiorias reais, feitas minorias simbólicas, sociológicas, psicológicas ou morais, ganham identidades redutoras da complexidade de suas existências.

A inserção da atenção aos usuários de drogas no âmbito da saúde mental apresenta como vantagem a possibilidade deste público usufruir das grandes conquistas sociais do movimento de luta antimanicomial, movimento político, social e econômico que tem como principal bandeira de luta a deshospitalização e a garantia dos direitos de cidadania dos portadores de transtorno mental.

O Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica ganhou impulso a partir do final da década de 1970 e foi influenciada por experiências e movimentos de outros países como a Psiquiatria de Setor e a Análise Institucional (França, década de 1940), a Comunidade Terapêutica e a Antipsiquiatria (Inglaterra, décadas de 1950 e 1960), a Psiquiatria Preventiva e a Psiquiatria Comunitária (EUA, décadas de 1960 e 1970) e principalmente a Psiquiatria Democrática (Itália, década de 1970).

A transição do regime de ditadura militar para um regime democrático, entre as décadas de 1970 e 1980, foi firmada a partir da reemergência de vários movimentos sociais, dentre estes o Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental-MTSM. Esta classe trabalhadora, influenciada por lideranças mundiais da psiquiatria como o italiano Franco Basaglia, denuncia as péssimas condições físicas, terapêuticas e sociais dos hospitais públicos e privados, subsidiados com recursos governamentais.

Iniciam-se assim as mobilizações pela melhoria das condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos e pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental. Nesta época, não se tinha clareza do modelo de organização a ser seguido nos ambulatórios, no entanto, o movimento vislumbrava nesta forma de atendimento uma alternativa viável à substituição dos internamentos compulsórios em hospitais psiquiátricos.

A Conferência de Caracas, realizada em 1990 cria um consenso entre os governos latino-americanos em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica. Segundo Alves e Silva, (1996) um amplo processo de discussão da nova estratégia, em nível municipal, estadual e federal, que ocorre no país por meio de conferências participativas, que culminam na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, e na II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, consideradas marcos na história da psiquiatria brasileira. Como resultado destas conferências, o governo estabelece normas para o financiamento dos novos serviços de atenção psicossocial, um ganho enorme para o movimento, visto que antes os recursos governamentais eram restritos aos hospitais psiquiátricos.

Todo este processo se consolida por meio da Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Esta lei determina que o tratamento psiquiátrico deva se dar em ambiente terapêutico e pelos meios menos invasivos possíveis, tenha a finalidade de reinserção social do paciente em seu meio e preferencialmente ocorra em serviços comunitários de saúde mental.

A Lei da Reforma Psiquiátrica propõe a extinção progressiva dos serviços de tipo manicomial e determina que a internação só seja indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e ineficientes. Paralelamente, prevê a expansão de uma rede ambulatorial estruturada, de forma a oferecer assistência integral, com equipes multiprofissionais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais de lazer, e outros.

Este processo de substituição da assistência psiquiátrica baseada na internação por serviços abertos, rompe com o modelo tradicional, instaurando

inovadores modelos de serviços, tais como os Centros de Atenção Psicossocial, os Centros de Referência em Saúde Mental e as Residências Terapêuticas. Reforçando a proposta de atendimento integral o movimento passa a reivindicar leitos de emergência psiquiátrica em hospitais gerais e a abordagem à saúde mental na rede de atenção básica.

Os objetivos mais gerais da Reforma Psiquiátrica é a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos e a desconstrução do discurso hegemônico que estabelece os pacientes psiquiátricos como passíveis de exclusão do convívio social e confinados em espaços de manutenção do saber médico.

No intuito de resgatar a condição de cidadania do doente mental, a reforma psiquiátrica tem estimulado a adoção de práticas terapêuticas centradas no respeito às singularidades, possibilitando aos usuários da rede de saúde mental se auto-perceberem como sujeitos responsáveis e participantes ativos em seus processos de manutenção do equilíbrio psicossocial. Esta autonomia e o fortalecimento de vínculos familiares e sociais são fatores cruciais no processo de integração comunitária e na superação da idéia dominante de cura e de normalidade como um ideal a ser seguido.

A Lei da Reforma Psiquiátrica garante aos usuários dos serviços de saúde mental a universalidade de acesso e direito à assistência, baseada nestes novos parâmetros, no entanto, neste documento não foram mencionados especificamente as formas de atendimento os transtornos relacionados ao uso de drogas. Meses depois, por ocasião da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001, é que foram feitas diversas recomendações para o MS de considerar o uso abusivo de álcool e outras drogas como um problema de saúde mental coletiva (BRASIL, 2002a).

As deliberações oriundas da Conferência visaram também articular o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas ao SUS. A regulamentação foi obtida por meio de algumas portarias, dentre elas destaca-se a Portaria GM/336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002b), que define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental extra-hospitalar e de caráter ambulatorial, nas modalidades Centro de Atenção Psicossocial Geral, os CAPS tipos I, II e III, Centro de Atenção

Psicossocial para usuários de Álcool e Drogas, os CAPS ad II e Centro de Atenção Psicossocial Infantil, os CAPS i II.

Já a Portaria GM/816, de 30 de abril de 2002 (BRASIL, 2002c), determinou a criação, em todo território nacional, de 250 CAPS ad II. Os mesmos devem trabalhar de forma consoante com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária e em integração com os outros sistemas, serviços e programas do SUS. Os CAPS ad II, seguindo a lógica da Reforma Psiquiátrica, devem também constituir-se como equipamentos de saúde abertos e integrados à comunidade.

O CAPS ad é a porta de entrada dos usuários de álcool e outras drogas na rede pública de saúde e, portanto, deve proporcionar acolhimento e condições favoráveis à adesão ao tratamento. A atividade principal deste serviço ambulatorial é prestar atendimento individual, seja ele medicamentoso, psicoterápico ou de orientação, embasado em planejamento terapêutico individualizado. Outras atividades previstas são atendimentos em grupo, oficinas terapêuticas, atendimentos de desintoxicação, visitas domiciliares e atividades comunitárias visando reinserção familiar e reintegração social dos usuários.

A equipe técnica mínima de um CAPS ad, por turno, é composta de um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico, quatro profissionais de nível superior e seis profissionais de nível médio. A atuação destes profissionais deve centrar-se na qualificação técnica acerca das questões relacionadas às drogas, assim como no aprimoramento das relações estabelecidas com a população, família, comunidade e demais profissionais de saúde.

Das diversas abordagens ao lidar com a dependência de drogas, os modelos biológicos e psicológicos são predominantes, no entanto, torna-se cada vez mais difícil desvincular os aspectos fisiológicos, psicológicos ou socioculturais que caracterizam o fenômeno. Devido a esta complexidade de fatores de ordem biopsicossocial, e das variações individuais em termos de motivo e padrões de uso, é amplamente recomendada a participação de várias especialidades profissionais que possam contribuir e enriquecer a atenção aos usuários de drogas, compondo equipes multidisciplinares.

Estas equipes, além de responder por uma gama diversificada de atendimentos, devem estender sua atuação ao articular os CAPS ad com os demais serviços de saúde locais, tais como hospitais gerais, hospitais-dia e unidades básicas de saúde. Fica também sob sua responsabilidade a capacitação e supervisão das equipes de Programa de Saúde da Família-PSF e Programa de Agentes Comunitários-PACS, dentro de sua área de abrangência definida ou território.

A assistência a usuários de álcool e outras drogas deve ser oferecida em todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados em dispositivos extra-hospitalares, como o CAPS ad, devendo estar inserida na atuação do Programa de Saúde da Família-PSF, Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, Programa de Redução de Danos e da Rede Básica de Saúde (BRASIL, 2004:18).

É de extrema importância a sensibilização dos profissionais da rede primária de saúde, visto que, em geral, os primeiros contatos dos usuários de álcool e outras drogas são com os clínicos gerais. Estes profissionais, por falta de conhecimentos sobre os meios de diagnósticos e procedimentos clínicos, ou por estarem pouco preparados para o manejo com esta categoria de pacientes, centram sua prática apenas nas doenças clínicas decorrentes da dependência.

Por existir um *continuum* de gravidade de problemas gerados pelo consumo de álcool e outras drogas, quanto mais rápido os problemas forem diagnosticados maiores serão as possibilidades de intervenções bem sucedidas. Os médicos generalistas, neste sentido, devem ser capacitados para o diagnóstico precoce das dependências, manejo medicamentoso e aplicação de intervenções breves, com vistas a motivar os usuários às mudanças de comportamento que minimizem os danos e, se necessário, fazer o encaminhamento para tratamento especializado nos CAPS ad.

Também é fundamental aperfeiçoar a assistência dos casos de maior gravidade nos dispositivos de saúde que demandem por cuidados mais específicos em dispositivos de maior complexidade, como os serviços de emergências médicas (geral e emergência psiquiátrica), principalmente para atendimentos de urgências como os quadros de intoxicação ou abstinência graves e outros transtornos clínicos e psiquiátricos agudos (BRASIL, 2004:18).



Com a popularização do consumo de drogas lícitas e ilícitas, a demanda por atendimento tende a aumentar e a se complexificar. Segundo dados encontrados na política de atenção, 20% dos pacientes tratados na rede primária bebem em nível considerado de alto risco, pelo menos fazendo uso abusivo do álcool (BRASIL, 2004:16). Alguns procedimentos simples podem ser adotados na rede de atenção básica, tais como perguntar aos pacientes sobre os costumes relacionados ao consumo de álcool, tabaco e outras drogas, e posteriormente, realizar intervenções breves, como o aconselhamento, evitando assim maiores prejuízos à saúde de todos e gastos ao Estado.

Os profissionais da rede pública de saúde devem ser sensibilizados e capacitados para cuidar dos problemas decorrentes do uso de drogas, além de aprimorar as relações estabelecidas com esta população, constantemente estigmatizada e excluída. A proposta básica consiste na aplicação dos conhecimentos técnicos e biológicos aliados ao reconhecimento da importância dos aspectos subjetivos, sociais e culturais para a manutenção da saúde.

O fato que nos interessa mais de perto é analisar como a ideologia da “Guerra às Drogas” vem influenciando os profissionais que têm como obrigação primeira “cuidar” (num sentido amplo) dos usuários, e que ao longo dos anos de “guerras” e “vítimas” distanciaram-se cada vez mais de uma população de usuários progressivamente desinserida socialmente, pauperizada e doente (BASTOS, *in* MESQUITA & BASTOS, 1994:71).

Segundo Sampaio (2005), na perspectiva da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde-PNH, as habilidades básicas requeridas do cuidador são a competência técnica, que envolve a formação profissional e condições adequadas do exercício do cuidado; a competência narrativa, que é a capacidade de observar e respeitar a subjetividade do outro; a competência relacional que estabelece um vínculo de qualidade e sensibilidade entre as pessoas postas na relação de cuidado; e a competência política, que envolve a incorporação dos saberes populares e a negociação de interesses, direitos e deveres entre cidadãos, mesmo que experimentando a relação especial de cuidado.

A construção de uma prática eficiente e eficaz depende da capacidade de aperfeiçoar intervenções clínicas e desenvolver a capacidade de escuta e

de aceitação do paciente como sujeito de sua própria história, contribuindo para a substituição definitiva do foco na doença pela atenção à pessoa, assim como o fortalecendo da autonomia e da noção de co-responsabilidade.

Neste sentido, as possibilidades de mudanças concretas nas práticas de cuidado dependem de uma revolução no olhar sobre esta população. Para o alcance de um salto qualitativo na atenção, é crucial a adoção de um processo de formação abrangente e continuado destes profissionais, dentro de uma perspectiva de atenção integral e humanizada em saúde, que favoreça mudanças de crenças, preconceitos e distância, por uma postura de aceitação e comprometimento.

Outra questão relevante é o aperfeiçoamento organizacional e gerencial dos serviços de saúde, com vistas a proporcionar estrutura física e condições adequadas ao trabalho, integração entre os profissionais, carga de trabalho compatível com o bom desempenho das funções, vínculos empregatícios, acesso a tecnologia e/ou material adequado ao desenvolvimento das ações e maior comunicabilidade com outros serviços da rede de saúde.

Para além dos aspectos intersetoriais e intrasetoriais, a política de atenção aos usuários dimensiona a necessidade da adoção de práticas de cuidados flexíveis e abrangentes, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde.

A redução de danos é essencialmente e, sobretudo, um movimento que visa capacitar ou empoderar o paciente e os clientes do serviço de saúde. Procura minimizar o diferencial de poder entre aqueles que administram e prestam serviços e aqueles que são contemplados por eles, para dar voz nas decisões de como, onde e de que maneira as pessoas serão tratadas (ABRAMS & LEWIS, *in* MARLATT, 1999: XV).

Por sua amplitude e seu caráter inovador, esta política consegue sintetizar contribuições importantes da Medicina, da Psicologia, da Saúde Pública e das políticas de prevenção, na busca por soluções baseadas no respeito às diferenças e na construção autônoma dos desejos. O desafio atual é implementar de fato suas diretrizes, visto que leis, políticas e programas de saúde só se concretizam a partir da responsabilização governamental, da prática cotidiana nos serviços e da participação e cobrança da sociedade civil.

### **CAPITULO III**

## **REDUÇÃO DE DANOS: A CAMINHO DA CIDADANIA**

A Redução de Danos consiste essencialmente em alternativas preventivas e terapêuticas na busca de uma convivência menos prejudicial com o consumo de drogas. Parte da experiência de que nem todas as pessoas querem ou conseguem parar de usar substâncias psicoativas e de que agir apenas pelo viés repressivo, na maioria das vezes, contribui com o agravamento da situação de vida e saúde dos usuários.

O primeiro registro de prática de saúde, com respeito à diminuição do impacto negativo do uso de drogas, foi oficializado na Inglaterra por meio do *Relatório Rolleston*. Este documento elaborado em 1926 por uma comissão interministerial, conduzida pelo Ministério da Saúde, estabeleceu o direito dos médicos ingleses prescreverem, como tratamento, opiáceos aos dependentes de heroína, com a finalidade de evitar os riscos provocados pela síndrome de abstinência (MARLATT, 1999).

Apesar da iniciativa, este tipo de ação de saúde só ganhou impulso meio século depois. Devido à disseminação do uso de drogas ocorrido nas décadas de 1960 e 1970 em todo o mundo, alguns países, principalmente na Europa, passaram a enfrentar problemas muito sérios com o aumento do consumo de heroína injetável e com o conseqüente incremento de problemas gerados por sua dependência.

Na tentativa de minimizar tais problemas, a Holanda começa um processo de revisão de suas políticas sobre drogas, partindo do posicionamento de que as estratégias repressivas não conseguem dar uma resposta satisfatória a problemática. Segundo Marlatt (1999), no ano de 1976, foi lançada a Lei Holandesa do Ópio, que fazia a distinção entre drogas de alto risco como heroína, cocaína, anfetamina e LSD e as drogas de menor risco como maconha e haxixe. Esta classificação foi a base para que, posteriormente, houvesse a separação dos mercados onde as drogas pesadas e leves que circulam neste país.

Na década de 1980, o governo holandês, reconhecendo as dificuldades que os dependentes têm de cessar o uso de drogas, principalmente as mais

pesadas, começa a por em prática uma inovadora forma de tratar a questão. Com a ajuda dos próprios UDI, os junkiebonden, a partir de 1984, desenvolvem os primeiros programas de trocas de seringas, com o propósito de evitar contaminações por hepatites e pelo vírus da AIDS.

Tais ações passaram a ser conhecidas como *harm reduction* ou redução de danos, e se fortaleceram a partir das constantes discussões e planejamentos do governo holandês em conjunto com os usuários de drogas. A partir da formação desta parceria, as ações de redução de danos passaram a ser realizadas em locais públicos de concentração de usuários, em prisões, hospitais e locais de livre prostituição.

Sendo um povo sensato e pragmático, os holandeses preferem uma abordagem realista e pragmática aos problemas das drogas a uma abordagem moralista e excessivamente dramática. O problema do abuso de drogas não deve ser visto primordialmente como um problema de polícia e justiça. Trata-se, essencialmente, de uma questão de saúde e de bem-estar social. (ENGELSMAN *apud* MARLATT, 1999:30).

O novo enfoque político e de práticas adotado pela Holanda, permitiu superar uma atuação direcionada exclusivamente à prevenção de doenças de transmissão sanguínea. Devido ao fato das atividades de campo serem realizadas entre pares, *outreachwork*, ou seja, de usuário para usuário, os vínculos tornaram-se mais fáceis de ser estabelecidos.

O trabalho foi revelando a capacidade dos UDI de diminuir o consumo e manter determinados cuidados ao administrar a substância psicoativa. O objetivo almejado era um maior controle pessoal sobre o uso, por meio de atitudes mais imediatas e realistas que o abandono, ou seja, estimular e apoiar os usuários sem necessariamente exigir a abstinência como condição para se receber atenção.

Em contraste com programas de alta exigência, os programas de baixa exigência não exigem um comprometimento com abstinência ou o exame de drogas como pré-requisito para admissão. Tudo que pedem do dependente é a disposição em “aparecer” e (espera-se) iniciar um movimento na direção de reduzir os danos associados ao uso de drogas (MARLATT, 1999:32).

Por meio da interação com os usuários e baseadas em evidências pragmáticas e científicas, outras estratégias foram implementadas, tais como a prescrição médica de metadona, um opiáceo sintético de uso oral, em substituição a heroína; a implantação de abrigos e salas para uso seguro; encaminhamentos para centros de saúde e de urgência especializados; encaminhamentos para emprego; e a permissão para o funcionamento dos *coffee shops*, onde se vende maconha em quantidade limitada para o uso.

A partir destas experiências bem sucedidas em conter a disseminação da AIDS e outras doenças, entre UDI, e também pela diminuição do número de usuários de drogas pesadas na Holanda, outros países como a Inglaterra, Alemanha, Suíça, Austrália, Canadá e Brasil passaram a adotar algumas daquelas estratégias de redução de danos.

No Brasil, desde 1989, o Programa Nacional de Prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis-DST e AIDS-PN-DST/AIDS-MS, financiado pelo Banco Mundial, já indicava a implantação das ações de redução de danos entre UDI. As primeiras iniciativas de trocas de seringas aconteceram neste mesmo ano, em Santos, uma cidade portuária do litoral de São Paulo, que tinha uma grande incidência de casos de AIDS ocasionados pelo uso de drogas injetáveis.

O trabalho de distribuição de seringas limpas, na intenção de evitar o compartilhamento de agulhas e a transmissão da AIDS, realizado pioneiramente em Santos, sofreu interdição judicial e foi interrompido, pois de acordo com Lei de Entorpecentes, 6.368/76, ajudar no consumo de drogas era considerado como auxiliar o tráfico.

Na época o coordenador do Programa de Epidemia de AIDS de Santos, Fábio Mesquita, funcionário da Secretaria de Higiene e Saúde de Santos, e David Capistrano, Secretário Municipal de Saúde, foram processados. Este incidente atrasou por vários anos a implantação das ações de redução de danos no Brasil, visto que somente em 1995 surgiu o primeiro Projeto de Redução de Danos-PRD em Salvador.

De acordo com a Associação Baiana de Redutores de Danos-ABAREDA, em folder educativo, trás o conceito de redução de danos como o desenvolvimento da capacidade que cada indivíduo tem de cuidar de sua própria saúde, identificando e reduzindo as possibilidades de contrair doenças

relacionadas principalmente ao exercício da sexualidade e ao consumo de drogas.

Paulatinamente, outros PRD foram implantados, espelhados em experiências do exterior e vinculados ao PN-DST/AIDS. No propósito de respaldar estes programas e os seus trabalhadores, várias leis municipais e estaduais foram sancionadas, legitimando a prática da distribuição de insumos para usuários de drogas.

Segundo o Ministério da Saúde (2001), os principais componentes dos PRD desenvolvidos no Brasil são:

1. Disponibilização de equipamento estéril e descartável para injeção;
2. Informação, educação e comunicação (trabalho de campo de redutores de danos, distribuição de material educativo e disponibilização de preservativos);
3. Aconselhamento e encaminhamento;
4. Vacinação contra hepatite B
5. Advocacia e comunicação social
6. Vigilância Epidemiológica;
7. Acompanhamento e avaliação.

A maioria dos projetos brasileiros de redução de danos é financiada pelo PN-DST/AIDS e em média têm um ano de duração. Este tipo de financiamento muitas vezes repercute em descontinuidade das ações, visto que, dependendo das prioridades do governo, o intervalo entre as seleções de projetos pode durar meses ou até mesmo anos, o que resulta em ausência de recursos destinados às atividades de campo.

Alguns PRD são vinculados às Organizações Governamentais-OG, mas, em geral, os projetos de redução de danos são executados pelas ONG, e contam com uma equipe formada pelo coordenador e pelos redutores de danos, que mantêm contato direto com a comunidade. Os redutores de danos desempenham o papel de educador social, formando vínculos e orientando a população sobre prevenção às DST e AIDS, e sobre as formas de uso mais seguro de drogas.

Os redutores de danos, dependendo das peculiaridades do campo, fazem distribuição gratuita de seringas para os UDI, cachimbos para o uso de crack, *kit snif* para o uso de cocaína inalada e material informativo. Fazem

também encaminhamento para atendimentos ou para testagem sorológica, de acordo com a vontade do usuário.

Os PRD avaliados resultaram, sistematicamente, em redução do risco de infecção entre as populações atendidas, seus parceiros sexuais e filhos, aumento do número de usuários de drogas referidos e atendidos em serviços de tratamento e aumento de oportunidades para intervenções educativas e preventivas (BRASIL, 2001b:19).

Muitos redutores de danos entraram em contato com as atividades de redução de danos sendo atendidos pelos projetos, depois ingressaram em algum tipo de trabalho voluntário. O fato de grande parte destes trabalhadores serem usuários ou ex-usuários de drogas é favorável ao estabelecimento de uma relação de confiança e cumplicidade com o público atendido.

O conhecimento das necessidades, da linguagem e do dia-a-dia dos usuários, permite aos redutores de danos, uma interação de igual para igual. Esta relação, em geral, é livre de maiores resistências, tendo como resultados palpáveis a maior abertura para as práticas de auto-cuidado e a aproximação dos usuários ao sistema de saúde.

O que iniciou pela troca de seringas tomou significações de laço. Junto com a troca de seringas, os usuários, ao sentirem-se investidos, passaram a trocar olhares, cuidados, investimentos, pedidos de informações e outros. Estas trocas permitem, muitas vezes, a entrada de um terceiro, que rompe com a relação dual, intensa, exclusiva e mortífera com as drogas. (CONTE, 2003:29).

A redução de danos tem rapidamente se estabelecido como alternativa eficaz e eficiente na minimização de problemas relacionados ao consumo de psicoativos, passando a ser referência na estruturação da nova Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003, 2004). Esta estratégia em saúde pública não objetiva se contrapor, mas ao contrário, se somar às diversas abordagens de atendimento ao usuário de drogas já existentes.

O direcionamento da política de atenção é a de que as práticas de redução de danos sejam amplamente utilizadas dentro dos serviços de saúde do SUS. Os CAPS ad assumem, portanto, a posição central dentro desta proposta, por se tratarem de equipamentos de saúde flexíveis e abertos, que

contam com equipes multidisciplinares, cujas funções principais são o atendimento especializado e a articulação com outros pontos da rede de saúde e da comunidade.

Apesar da ampla variedade de modalidades e técnicas de tratamentos, não existe nenhum com alta eficácia. Ao contrário, o trabalho com droga-dependência caracteriza-se por uma baixa taxa de bom prognóstico, mesmo em bons serviços e entre aquelas pessoas que desejam parar de usar drogas (BRASIL, 2001b:18).

Além das dificuldades relacionadas ao tratamento da dependência, a construção histórica de exclusão e marginalização de quem usa substâncias psicoativas, reforça o estigma e o conseqüente distanciamento entre os usuários e os profissionais de saúde. Em meio ao receio de sanções judiciais e resistências pessoais dos usuários, faz-se necessário e urgente um diferencial de atuação dos profissionais e no funcionamento dos serviços, para que se possa concretizar a aproximação deste público ao sistema de saúde.

Mudanças significativas na prática e na postura ideológica dos gestores e profissionais são condições desejáveis para o atendimento adequado, com vista ao estabelecimento de vínculos. Neste sentido, a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde-PNH (BRASIL, 2006), apresenta um arcabouço de sugestões que possibilitam uma nova postura nas práticas de saúde, corroborando com a inserção das propostas de redução de danos na rede de saúde, dentre estas destacam-se:

- adequação da área física e compatibilização entre a oferta e a demanda por ações de saúde;
- abordagem integral dos usuários a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania;
- aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a integração e a complementaridade das atividades exercidas por cada categoria profissional, buscando-se orientar o atendimento dos usuários pelos riscos apresentados, complexidade do problema, acúmulo de conhecimentos, saberes e de tecnologias exigidas para a solução;
- elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos;



- operacionalização de uma clínica ampliada que implique na abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, bem como a construção de vínculo terapêutico para aumentar a autonomia e o protagonismo dos sujeitos na produção de saúde.
- escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos.

Os direcionamentos da PNH são similares aos objetivos propostos pela redução de danos, quais sejam, facilitar e estimular o acesso aos serviços de saúde, orientar, informar e fortalecer os vínculos com a população atendida, acolher com respeito à diversidade, desenvolvimento de projetos terapêuticos compartilhados. No entanto, tais mudanças não acontecem espontaneamente, e dependem de um processo amplo de sensibilização e capacitação de profissionais.

Com este propósito a Política de Atenção aos Usuários de Drogas (BRASIL, 2004) refere o Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para os Serviços de Atenção aos Usuários de Drogas na Rede do SUS do Ministério da Saúde. Este programa prevê a capacitação de profissionais dos CAPS ad e das equipes de PSF e PACS. Considera também que é fundamental a atuação conjunta com o Ministério da Educação, para incluir a abordagem dos problemas relacionados ao uso do álcool nos cursos de graduação da área de saúde.

Sensibilizar e oferecer qualificação continuadas aos profissionais sobre o tema são cruciais para quebra de tabus e preconceitos, possibilitando uma postura profissional coerente e empática. Também é fundamental que o profissional de saúde consiga ser mais flexível diante do impulso de cura e resolução rápida do problema, considerando que nem todas as pessoas que demandam atenção especializada podem prescindir do uso de drogas.

A redução de danos (RD) pode ser definida como um conjunto de medidas em saúde que têm a finalidade de minimizar as consequências adversas do uso/abuso de drogas. Tais ações possuem como princípio fundamental o respeito à “liberdade de escolha”, porquanto, mesmo que nem todos os usuários consigam ou desejem abster-se do uso de drogas, preconiza-se, como medida de saúde, a redução dos riscos de infecção pelo HIV e hepatite (BRASIL, 2001b:11).

De acordo com as colocações de Nardi & Rigoni (2005), as práticas de redução de danos buscam valorizar o saber da população com a qual trabalham, para o planejamento e ações de intervenção, buscando uma discussão coletiva e não restrita ao campo das disciplinas e *experts*. Este modelo permite que a pessoa em atendimento tenha a opção de estabelecer modificações em seu padrão de consumo, sem a exigência, por parte do serviço de saúde, do condicionamento a um processo de abstinência total e imediato.

No modelo médico clássico, o usuário se vê diante da incapacidade de escolha, pois o profissional de saúde é quem decide sobre os cuidados a serem tomados. A redução de danos, por sua vez, reforça as práticas de autocuidado, fornecendo as informações necessárias e implicando o usuário no estabelecimento de objetivos a serem alcançados. Esta construção um projeto terapêutico compartilhado, favorece a confiança nos profissionais e o estabelecimento de vínculos.

A RD é essencialmente e sobretudo, um movimento que visa capacitar (empower) o paciente e os clientes do serviço de saúde. Procura minimizar o diferencial de poder entre aqueles que administram e prestam serviços e aqueles que são contemplados por eles, para dar voz nas decisões de como, onde e de que maneira as pessoas serão tratadas (ABRAMS & LEWIS, *in* MARLATT, 1999:XV).

O conhecimento prévio e sólido sobre dependência é pré-requisito para se reconhecer que nem todo usuário é dependente, e que são importantes o desenvolvimento de ações preventivas, principalmente nos serviços de atenção básica. As equipes de PSF e PACS podem trabalhar a percepção de risco no consumo de drogas e motivar os usuários a mudanças no estilo de vida e hábitos, evitando maiores comprometimento à saúde.

A partir da detecção precoce do uso, podem ser aconselhadas ações no sentido de diminuir a quantidade de droga ou a frequência do consumo, substituir substâncias mais danosas por outras que impliquem em menores prejuízos a saúde, enfim, ampliar a noção dos agravos que podem ocorrer. Estas informações são de extrema importância, visto que, em geral, a população alvo dos serviços públicos de saúde tem baixo nível educacional.

Se nossa obrigação é prevenir ou diminuir o impacto negativo dos comportamentos relacionados ao estilo de vida, precisamos de uma estratégia de prevenção e de um sistema de prestação de serviços renovado (ABRAMS & LEWIS *in* MARLATT, 1999: XIX)

É possível encontrar informações sobre estratégias de redução de danos para vários tipos de drogas no material educativo de ONG e OG. Entre o material compilado das ONG Solivida, do Maranhão, CASA, ACERD e Associação Cearense de Travestis-ATRAC do Ceará, GAPA, do Rio Grande do Sul, e dos PRD municipais de São Paulo, São Vicente e Porto Alegre, encontramos várias práticas, criativas e efetivas, de cuidados no consumo de drogas.

Para redução de danos do álcool, por exemplo, é recomendado ingerir água e líquidos não alcoólicos antes, durante e depois de consumir álcool; comer antes de beber, para o álcool ser absorvido mais lentamente pelo organismo; utilizar vitaminas do complexo B regularmente; beber devagar, pois quanto mais rápido beber, mais rápido ficará bêbado; não misturar álcool com outras drogas; evitar atividades incompatíveis com a embriaguez como dirigir; e ficar atento para não se envolver em situações de violência.

As recomendações para diminuir os danos do tabaco são reduzir o número de cigarros que consome; não consumir cigarros com baixos teores, pois estes podem levar ao consumo de maior número de cigarros para obter a mesma satisfação; tentar outras fontes de nicotina como adesivos e gomas de mascar; aumentar a ingestão de água e de alimentos ricos em vitamina C; controlar outros fatores de riscos para o infarto como obesidade, sedentarismo, ansiedade; fazer exercícios físicos; não fumar durante a gravidez; e não fumar em ambientes fechados de uso coletivo.

No caso da cocaína, quando for cheirar, tenha seu próprio canudo e não utilize nota de dinheiro como canudo. No caso de consumo de cocaína ou outras drogas injetáveis é importantíssimo ter seu próprio material como agulha, seringa, água, colher, copo, etc; lavar as mãos antes de preparar doses injetáveis; limpar o local com álcool antes da aplicação; pressionar o local aplicado com o polegar; usar pequenas quantidades de água destilada para dissolver a droga; injetar lentamente para aliviar o efeito; usar agulhas bem

pequenas para se injetar; e fracionar as doses para diminuir o risco de *overdose*.

Ainda quanto às drogas injetáveis é importante não repetir a dose com a mesma seringa, se for reutilizar sua própria agulha e seringa, apenas por você mesmo, lave-as regularmente com cloro; fortalecer as veias, pressionando o local com as mãos ou com uma bolinha de borracha ou de papel; evitar tomar doses sucessivas na mesma veia.

Os pontos mais seguros para injetar as drogas são: veias dos braços, antebraços e veias das pernas, quando se injeta nos pés, as veias são muito frágeis e pode ser muito dolorido. Evite injetar em determinadas regiões como pescoço, rosto, barriga, seio, pênis, vagina, coxas e pulsos, pois estes pontos são perigosos. Tomar cuidado ao descartar o seu equipamento de injeção, colocando os instrumentos numa lata de refrigerante vazia ou numa caixa segura.

Evite misturar estas drogas, principalmente com álcool, pois a mistura aumenta o risco de *overdose*; retire os kits de uso seguro de drogas injetáveis com o redutor de danos ou no serviço de DST/AIDS mais próximo de sua casa; se trocar de fornecedor experimente a nova droga em quantidades menores; e saiba que drogas com impurezas podem causar infecções das válvulas do coração e dos vasos sanguíneos, feridas na pele e infecção generalizada.

Os cuidados adequados para o uso do crack, são beber muita água e líquidos não alcoólicos; reservar tempo para dormir e comer; evitar usar e compartilhar latas; de preferência fumar em cachimbo individual e com filtro; esperar o cachimbo esfriar antes de usar de novo; limpar o cachimbo regularmente; e tentar substituir o crack pela maconha, ou mesmo misturar, pois a maconha pode aliviar a fissura, causando menos prejuízos para a saúde.

Para reduzir os danos da merla é importante beber muito líquido; consumir alimentos que contenham vitamina C como laranja, acerola, caju e limão; comer alimentos ricos em carboidratos como macarrão, arroz, batata, feijão, porque as substâncias tóxicas causam desnutrição rápida; e usar piteira individual.

Quanto ao uso da maconha também se deve beber muito líquido; consumir vitamina C; procurar usar individualmente; usar piteira para evitar ferimentos nos lábios; preferir a maconha em sua forma natural, evitando suas

formas prensadas, que cotem grande quantidade de agrotóxico, aditivos químicos.

E por fim, para o uso mais seguro de substâncias de *design*, como o LSD e o ecstasy, é importante usar estas substâncias em companhia de alguém sóbrio; tomar líquidos de maneira moderada, pois o ecstasy trava o funcionamento normal da bexiga; procurar locais ventilados; evitar uso em situações incompatíveis com os efeitos, como dirigir, trabalhar, praticar esportes radicais; e usar sempre camisinha.

Esta amostra revela a diversidade de alternativas e de possibilidades de trabalho com enfoque educativo, dando aos usuários as condições maior consciência sobre seus atos. O processo de escolha, quando as informações são ofertadas sem preconceitos e sem os artifícios de amedrontamento e coerção, tende a gerar resultados mais satisfatórios, melhorando as condições físicas e sociais dos usuários e minimizando os custos para a saúde pública.

Este conjunto de táticas, para a estratégia da RD, com nível mínimo de exigência, acompanhado de uma atenção mais pessoal e afetiva dos profissionais de saúde, pode vir a desencadear um processo de reversão nos padrões de consumo. No entanto, é importante reconhecer que a dependência não está dissociada das circunstâncias e condições sociais em que o usuário se insere.

Para além de uma atuação pragmática, a redução de danos tem como objetivo amplo, romper com o ciclo perverso de marginalização e intolerância do qual são vítimas os usuários. E isto, reconhecidamente, depende da melhoria da qualidade de vida e da possibilidade de inclusão social.

A redução de danos adota uma abordagem humanitária para lidar com o sofrimento humano – uma posição que é semelhante à psicologia humanista defendida por Carl Rogers, Abraham Maslow, entre outros. Maslow (1969), descreveu uma hierarquia de necessidades humanas, com as necessidades básicas de sobrevivência (alimento, abrigo) como base; não se pode começar a trabalhar com as necessidades mais elevadas de um indivíduo (psicológicas, sociais e espirituais) até que as necessidades básicas tenham sido atendidas (MARLATT, 1999:52).

Em um país como o Brasil, onde um terço dos habitantes têm menos de 18 anos de idade e mais da metade da população é violentada pelas

desigualdades de renda, de raça, de sexo, de região, entre outros, a vulnerabilidade social passa a ser determinante na adoção de comportamentos de alto risco. Neste sentido, a partir da visão lúcida das condições precárias de vida e saúde da população, torna-se claro que o fosso social apenas se mascara sob o estigma da droga, apontada como origem dos males.

Somente a partir de um processo de reintegração social, alavancado por ações políticas integradas, e envolvendo usuários, família, comunidade, profissionais e movimento civil organizado, haverá possibilidades de reversão deste quadro, que a cada dia se agrava, expondo parte significativa de nossa população à mais completa miséria física e existencial.

Se a demanda das “drogas”, aparece hoje, em grande medida, como tributária da necessidade de evadir-se das angustias produzidas pela realidade, liberar-se desta necessidade significa, sobretudo, construir o projeto de uma realidade, ou seja, de uma sociedade mais justa e mais humana, que não produza a necessidade de dela evadir-se, mas sim de vivê-la (BARATTA, *in* MESQUITA & BASTOS, 1994: 39).

Diante impossibilidade de um mundo livre das drogas e na perspectiva de se conseguir os melhores resultados dentro das condições possíveis, o conceito de redução de danos vem ganhando maiores dimensões nas duas últimas décadas. Segundo Bastos (1994), não dispomos hoje de um conceito de redução de danos minimamente consensual, mesmo entre os especialistas, e a definição de redução de danos é antes de tudo operacional e aberta.

Nasce daí a necessidade de se estabelecer e sistematizar um arcabouço teórico que respalde e ampare estas ações, reconhecidamente eficientes e eficazes para a saúde pública. A noção de reduzir danos e a busca por melhores condições de saúde, ganha abrangência bem maior que a aplicação de procedimentos e táticas focalizadas, pois representam, acima de tudo, uma filosofia aplicável às diversas dimensões da vida social.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escrever este trabalho foi como montar um quebra cabeças gigante, formado não só por políticas, leis, decretos, portarias, textos, livros, filmes e teorias, mas também, e principalmente, por experiências pessoais, muitas delas adquiridas por meio do trabalho social, pela participação no movimento político da sociedade civil e pela interação constante com pessoas que usam drogas lícitas e ilícitas.

A complexidade do tema e a amplitude de concepções implicadas na política de atenção aos usuários de drogas, exigem um esforço enorme de compreensão e atuação, visto que, na perspectiva de respostas concretas, os mais diversificados fatores estão imbricados, o que extrapola a responsabilidade do setor de saúde.

As dificuldades partem da organização macrossocial, posto que, no Brasil, cada setor público trabalha de forma desarticulada com os demais, tendo seus próprios mecanismos, instituições e serviços, o que gera falta de comunicação, duplicação de ações e maiores gastos públicos com menor resultado.

A melhoria de condições de vida e de saúde, portanto, depende diretamente de uma união de esforços na articulação, na definição e na sistematização de responsabilidades dos setores educação, trabalho, previdência social, saúde, assistência social, habitação, cultura, entre outros. Tal mudança estrutural dependeria, obviamente, de compromisso e vontade política, o que chega a ser uma utopia diante da atual organização segmentada e da lógica política completamente submetida a processos eleitorais de dois em dois anos, sem espaço para a sedimentação de experiências sociais, com avaliação crítica e construção de uma pedagogia ético-política direcionada à emancipação humana.

Apesar da impossibilidade desta abrangente articulação transversal, intersetorial, participativa, em curto ou médio prazo, algumas iniciativas já começam a ser esboçadas entre as áreas de saúde e educação. Nos parâmetros curriculares do ensino básico, por exemplo, é previsto trabalhar a

saúde como tema transversal, o que permite a abordagem preventiva nas escolas de ensino médio e fundamental.

O problema é que a maioria das escolas brasileiras não põe em prática o ensino dos temas transversais, por falta de tempo diante da exagerada carga horária relativa às matérias clássicas, disciplinares, ou pelo fato da quase totalidade dos profissionais de educação não se encontrar apta a trabalhar outros temas fora de sua formação específica. A capacitação e o acompanhamento dos professores, nas escolas, seriam de grande importância, para o trabalho do tema saúde, focalizando a produção de sujeitos e de cidadania, a construção de autonomias e protagonismos, a promoção de saúde e a prevenção primária ao uso de drogas, neste caso específico.

Uma outra possibilidade viável e prática de interseção entre saúde e educação seria a inclusão de uma disciplina específica sobre dependência de drogas na grade curricular dos cursos de graduação na área de saúde. Os estudantes de nível superior poderiam assim receber informações básicas sobre o tema, rompendo o completo despreparo para o desempenho do trabalho de atendimento em saúde aos usuários de drogas.

No âmbito da educação de nível superior, também seria importante o fomento a realização de cursos, seminários e palestras para discutir, no âmbito do direito de direito, as conseqüências do processo crescente de criminalização e encarceramento da população, e do conseqüente ônus para o Estado, ônus pelo tamanho da aplicação financeira, da aplicação de recursos e insumos, mas também ônus pela inutilidade dos resultados, ou resultados efetivamente negativos. Com base em reflexões aprofundadas sobre os aspectos legislativos de controle aos prejuízos causados pelo consumo de drogas legais e ilegais, poder-se-ia debater a alternativa de descriminalização, enquanto forma de regulamentação da questão.

No que diz respeito especificamente à atenção especializada em saúde, devido à ausência de formação da maioria dos trabalhadores lotados nos CAPS ad, seria importante que os municípios subsidiassem cursos de especialização em dependência química sob enfoque da redução de danos, como parte da formação permanente das equipes multidisciplinares, além de apoio matricial qualificado, contínuo, a estas equipes.



Os profissionais dos CAPS ad, depois de capacitados, sob supervisão clínica e institucional em serviço, e com base na experiência de trabalho, estariam aptos a ministrar cursos básicos para as equipes de PSF e PACS, capacitando a rede de atenção aos usuários de drogas. Os profissionais de Emergência, por sua vez, precisariam de cursos específicos sobre os melhores procedimentos em casos de *overdose* e de coma alcoólico, por exemplo, visando prevenir tantos outros prejuízos.

Paralelamente a este processo de capacitação, faz-se necessário o contato e a relação permanente dos profissionais de saúde com as comunidades no seu território de atuação. A realização de atividades fora dos serviços de saúde, envolvendo usuários, familiares, vizinhança, associações de bairros, poderiam ser amparadas na metodologia da Psicologia Comunitária, que teve arcabouço teórico desenvolvido no Ceará na década de 1990. Outros parâmetros de cuidado a serem desenvolvidos podem ser o da Saúde Mental Comunitária e o da Atenção Psicossocial Comunitária.

Alternativas locais como biodança, teatro, artesanato, música e dança, poderiam ser utilizados para ampliar o contato entre os serviços de saúde e a comunidade. No entanto, é importante destacar que atividades direcionadas a geração de emprego e renda têm importância fundamental no processo, dada a necessidade concreta de inserção social produtiva da maioria dos usuários.

Estas iniciativas governamentais podem vir a se somar com o trabalho ou auxílio de outras instâncias, formando uma rede composta por programas sociais, organizações não governamentais, setor privado, cooperativas, entre outros, na perspectiva de atenção integral a este público.

Estas sugestões, baseadas em leituras, vivências e reflexões, consistem numa pequena contribuição ao processo de sedimentação de uma política pública que tem uma longa trajetória a seguir, no sentido de proporcionar inserção no sistema de saúde, qualidade humana ao atendimento e a garantia de direitos aos que sofrem pelo uso do álcool e outras drogas, numa sociedade geradora de profundos mal estares, submetida à modelagem de soluções químicas para todas as tristezas, perdas, desencatamentos, carências e infelicidades.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

ANDI & PNDST/AIDS Agência de Notícias dos Direitos da Infância & Programa Nacional de DST/AIDS. **Mídia & drogas: o perfil do uso e do usuário na imprensa brasileira** / coordenação de Veet Vivarta. -- Brasília; Ministério da Saúde, 2005.

ANDRÉ, Marli Eliza Dalmazo Afonso de. **Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JORGE, Maria Salete Bessa. **Método de análise em pesquisa qualitativa em saúde**. Feira de Santana:UEFS, 2003.

BAHLS, Flávia Campos & BAHLS, Saint-Clair. **Cocaína: Origens, passado e presente**. Interação em Psicologia, 2002, 6(2), p. 177-181 Acessado em 24 de maio de 2008.

Em:<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewFile/3305/2649>

BARATTA, Alessandro. "Introdução a uma sociologia da droga" In: **Drogas e AIDS: Estratégias de Redução de Danos**. (Org.) MESQUITA, Fábio e BASTOS, Francisco Inácio. São Paulo, Ed. HUCITEC, 1994.

BARDIN, Laurence. 1995. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.

BASTOS, F. Inácio. "Singular & Plural: Como se conjuga o verbo prevenir?" In: **Drogas e AIDS: Estratégias de Redução de Danos**. (Org.) MESQUITA, Fábio e BASTOS, Francisco Inácio. São Paulo, Ed. HUCITEC, 1994.

BASTOS, F. Inácio; KARAM, M. Lúcia; MARTINS, S. Moraes. **Drogas, dignidade & inclusão social: a lei e a prática de redução de danos**. Rio de Janeiro: ABORDA, 2003.

BANCO MUNDIAL. **Manual de Orientação para Comemoração do Dia Mundial sem Tabaco 31 de maio de 2004 – Tabaco e Pobreza: Um Círculo Vicioso**. 2004. Acessado em 22 de maio de 2008 Em: [www.inca.gov.br/tabagismo/31maio2004/manual31.doc](http://www.inca.gov.br/tabagismo/31maio2004/manual31.doc)

BRASIL 1988. **Constituição Federal de 1988**. Brasília:1988.

BRASIL 1988. Ministério da Justiça. Conselho Federal de Entorpecentes. **Política Nacional da Questão das Drogas**. Brasília: Ministério da Justiça. Acessado em: 25 de maio de 2008. Em:

BRASIL 1988. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **PRONAL**. Brasília: 1988

BRASIL 1999. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Projeto de Drogas e Aids**. Brasília: 1999.

BRASIL 2001, Ministério da Saúde. **Relatório do seminário sobre o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas na rede do SUS**. Brasília: MS, 2001a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de Redução de Danos**: MS, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº336 de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº816 de 30 de abril de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº817 de 30 de abril de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

BRASIL 2003, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/ AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuário de Álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL 2004, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/ AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuário de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 2ª ed.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004b. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id\\_area=390](http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390). Acesso em: 26 de maio de 2008.

BRASIL 2005, Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). **Política Nacional sobre drogas**. In: Brasília; SENAD; 2005. Disponível em: <http://www.senad.gov.br/>. Acessado em 26 de maio de 2008.

BUCHER, Richad. (org.) **Prevenção ao uso indevido de drogas (v. 1 e 2)**. Brasília: UNB, 1989.

\_\_\_\_\_. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

\_\_\_\_\_. **Drogas: o que é preciso saber para prevenir**. São Paulo: FUSSESP, 1992.

\_\_\_\_\_. **Drogas e sociedade nos tempos de AIDS**, Brasília: Ed.UNB, 1996.

Bucher, R. & cols. (1994). **O discurso do "combate às drogas" e suas ideologias**. Revista de Saúde Pública, 28(2), 137-145. 1994

BUSS, P. M.; 2000. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. Ciência & Saúde Coletiva, 5, 1: 163-177.

BUSS, P. M. et al. 1998. **Promoção da Saúde e Saúde pública**. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro. 178pp. (Mimeo).

CANEIRO, H. **A Fabricação do Vício**, 2002. Acessado em 03 de maio de 2008. Em: [www.neip.info](http://www.neip.info).

CARLINI-COTRIM B., GALDURÓZ J. C. F., NOTO A. R., PINSKY I. 1995. **A mídia na fabricação de pânico de drogas: um estudo no Brasil**. Comunicação e Política 1(2): 217-230. acessado em 22 de maio de 2008. Em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br)

CARLINI-COTRIM, B. e PINSKY, I. **Prevenção ao abuso de drogas na escola: uma revisão da literatura internacional recente**. Cadernos de Pesquisa, São Paulo (69): 48-52, maio de 1989.

CARLINI, E. A. et alii. **Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil, em 1987**. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Justiça, 1989 (Serie C. Estudos e Projetos, 5).

CARLINI-COTRIM, Beatriz. **Qualitative research methods in drug abuse research: discussing the potential use of focus group in Brazil**. Rev. Saúde Pública. São Paulo, v. 30, n. 3, 1996. Acessado em : 22 de maio de 2008. Em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br)

CARLINI, E.A.; LAUDRÓZ, J.C.; NOTO, A.R. **I Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil** – São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. UNIFESP, 2002. Disponível em: <[www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/](http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/)>. Acessado em 20 de maio de 2008.

CARLINI, E. A. (supervisão) [et. al.], **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil :estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005** / -- São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.Disponível em: <[www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/](http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/)>. Acessado em 20 de maio de 2008.

CARVALHO, A. I., **Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade**. Ciência e Saúde Coletiva 1; (1): 1996

CEBRID, 2004. **V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras- 2004**. São Paulo: UNIFESP  
Acessado em: 26 de maio de 2008. Disponível em:  
<http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/>

CIRINO, Oscar. MEDEIROS, Regina (org). **Álcool e outras drogas, escolhas impasses e saídas possíveis**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

CONTE, Marta. **Psicanálise e Redução de Danos: Articulações Possíveis?**  
Trabalho apresentado na Jornada Clínica da APPOA de 2003. 'A direção da Cura nas Toxicomanias: o sujeito em questão', 17 e 18 de outubro de 2003.  
Acessado em: 26 de maio de 2008. Em:  
<<http://www.apoa.com.br/download/Revista%2026%20-%20Psican%20E1lise%20e%20redu%20E7%A6o%20de%20danos.pdf>>

COSTA, Sandra Maria Silva da. **Vivendo com AIDS e enfrentando a violência: a experiência das adolescentes**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.

DUALIBI, Sérgio; PINSKY, Ilana e LARANJEIRA, Ronaldo **Prevalência do beber e dirigir em Diadema, estado de São Paulo**. Rev. Saúde Pública, vol.41, no.6, Dez 2007. Acessado em 22 de maio de 2008. Em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br)

ESCOHOTADO, Antonio. **Historia General de las drogas Vol 2;**. Alianza Editorial, S.A., Madrid, 1998.

FERREIRA, Paulo Sérgio; LUIS, Margarita Antonia Villar. **Percebendo as facilidades e dificuldades na implantação de serviços abertos em álcool e drogas**. Texto & contexto enferm;13(2):209-216, abr.-jun. 2004. Acessado em: 28 de maio de 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=458741&indexSearch=ID>.

IORE, Maurício. **Algumas reflexões a respeito dos discursos médicos sobre uso de "drogas"**. Acessado em: 20 de maio de 2008. Em: [www.neip.info/downloads/anpocs.pdf](http://www.neip.info/downloads/anpocs.pdf).

FORTES, J.R. de A. **Alcoolismo**. São Paulo: Sarvier, 1975. 74p.

FOUCAULT, Michel. "Verdade e poder" e "Genealogia e o poder". In **A microfísica do poder**. Organização e tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1984

GALDUROZ, José C. F.& CAETANO, Raul. **Epidemiologia do uso de álcool no Brasil**. Rev. Brasileira de Psiquiatria. vol. 26 suppl. 1 São Paulo Maio 2004  
Acessado em 22 de maio de 2008. Em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br)

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília-DF: Liber Livro Editora, 2005.

GONÇALVES, AM. **Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: um desafio da prática do programa saúde da família.** 2002. 209p. Tese. (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

HARTLEY, Jean F. **Case studies in organizational research.** In: CASSELL, Catherine & SYMON, Gillian (Ed.). *Qualitative methods in organizational research: a practical guide.* London: Sage, 1994.

KARAM, Maria Lúcia. "Legislação Brasileira sobre Drogas: história recente – a criminalização da diferença" In: **Avessos do Prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos.** (Org.) ACSELRAD, Gilberta. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2005.

KARAM, Maria Lúcia. **A lei 11.343/06 e os Repetidos Danos do Proibicionismo.** Boletim do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, ano 14, nº 167, outubro 2006, São Paulo-SP 2006. Acessado em: 23 de maio de 2008. Em:  
<<http://www.psicotropicus.org/home/detalhe.asp?iData=316&iCat=232&isub=2&nsecao=Textos>>

LARANJEIRA, Ronaldo e ROMANO, Marcos **Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool.** Rev. Brasileira de Psiquiatria, Maio 2004, vol.26, suppl.1, p.68-77.

MACHADO, Ana Regina e MIRANDA, Paulo S. Carneiro. **História da Política de Drogas no Brasil.** História Ciência e Saúde – Manguinhos v. 14 n. 3 Rio de Janeiro jul./set. 2007

MACRAE, Edward J. B. N. **Aids: Prevenção ou um novo tipo de Segregacionismo.** Temas Imesc, São Paulo, v. 4, 1985.

\_\_\_\_\_. **A Antropologia e o Uso de Drogas: A Questão da Maconha.** Temas Imesc, São Paulo, v. 3, 1986.

MACRAE, Edward J. B. N.; GORGULHO, Mônica. **Redução de danos e tratamento de substituição: posicionamento da Rede Brasileira de Redução de Danos.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 52, p. 363-370, 2003.

MARLATT, G. ALAN. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco/** G. ALAN MARLATT; trad. Daniel Bueno. – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MCKENNA, Terence. **O Alimento dos Deuses.** Rio de Janeiro, Record, 1995.

MESQUITA, Fábio; BASTOS, F. Inácio. **Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos.** São Paulo: Ed. HUCITEC, 1994.

MINAYO. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde.** São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

NARDI, Henrique C. & RIGONI, Rafaela de Q. **Marginalidade ou Cidadania? A Rede Discursiva que Configura o Trabalho dos Redutores de Danos.** Em: *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 10, n. 2, p. 273-282, mai./ago. 2005.

NASI, Cíntia(edt); HILDEBRANDI, Leila M(edt). **O tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas na ótica de seus usuários**, *Sci. med*;14(3):240-248, 2004. Acessado em: 28 de maio de 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>.

NOGUEIRA FILHO, Durval Mazzei. **Toxicomanias.** São Paulo: Escuta, 1999.

NOTO, A.R.; MOURA, Y.G.; NAPPO, S.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; CARLINI, E.A. – **Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 51(2): 113-121 2002.

OCCHINI, Marli Ferreira; TEIXEIRA, Marlene Galativicis. **Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra.** *Estud. psicol. (Natal)*;11(2):229-236, maio-ago. 2006. Acessado em: 28 de maio de 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=456945&indexSearch=ID>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – Escritório contra Drogas e Crime. JUNTA INTERNACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE ENTORPECENTES – JIFE **Relatório Anual 2005.** Disponível em: <http://www.cnudmi.org/pdf/brazil/JIFE/DestaquesRegionais.pdf> Acessado em: 28 de maio de 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Alma-Ata**, URSS, Genebra: OMS, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cartas sobre Promoção da Saúde de Ottawa** URSS, Genebra: OMS, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre saúde no mundo 2001.** Genebra: OMS, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Informativo – Controle do Tabaco. Genebra: OMS, 2008. Disponível em: <http://www.opas.org.br/mostrant.cfm?codigodest=374> Acessado em 28 de maio de 2008

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. **Informe mundial sobre la violencia y la salud.** Washington, D.C.: Autor. 2003.

SAMPAIO, José J. C. Humanização em Saúde: um problema prático, uma utopia necessária. In **Fortaleza HumanizaSUS**. Fortaleza: Séc. Municipal de saúde de Fortaleza, Caderno de Textos 1, 07-18 p., 2005.

SAMPAIO, José J. C. **Epidemiologia da imprecisão: o processo saúde-doença mental como objeto da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SEIBEL, S. Dário; TOSCANO JR., Alfredo. **Dependência de drogas**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2001.

SIQUEIRA, Domiciano J. R. **Mal(dito) Cidadão. Numa Sociedade com Drogas**. São Paulo: King Graf Gráfica e Editora Ltda, 2006.

TOBAR, Federico; YALOUR, M. Romano. **Como fazer tese em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

TUNES, Elizaberth & RAAD, Ingrid Lilian Fuhr. **Quando a medicina adocece**. Texto apresentado no I Congresso Iberoamericano de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovacion CTS+1, em junho de 2006 Disponível em : <<http://www.oei.es/memoriasctsi/mesa2/m02p31.pdf>>. Acessado em 20 de maio de 2008.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Qualitative and quantitative methods in health: definitions, differences and research subjects**. Rev. Saúde Pública, vol. 39, no. 3, 2005.

UNODC 2005, **World drug report [Relatório mundial sobre a droga 2006]**, Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.

UNODC 2007, **World drug report [Relatório mundial sobre a droga 2006]**, Gabinete das Nações Unidas contra a Droga e o Crime, Viena.

VELHO, Gilberto. **Nobres e Anjos: um estudo de tóxico e hierarquia**. Tese de doutorado apresentada no departamento de Antropologia da Universidade de São Paulo, 1975.

VELHO, G. "Drogas e Construção Social da Realidade". In **Toxicomania: Uma Abordagem Multidisciplinar**. Rio de Janeiro, NEPAD/UERJ, Sette Letras, 1997: 9-10.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **About Global Alcohol Database** [on line]. 2002. Disponível em: [http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcohol\\_about\\_us.cfm?path=whosis.alcohol.alcohol\\_about&language=english](http://www3.who.int/whosis/alcohol/alcohol_about_us.cfm?path=whosis.alcohol.alcohol_about&language=english) [2008 maio]

ZALUAR, Alba. "*Drogas, Contexto Cultural e Cidadania*" em: INEM, Clara Lúcia e ASCELRAD, Gilberta. **Drogas: Uma Visão Contemporânea: I Jornada sobre Toxicomania/ do NEPAD, UERJ**. Rio de Janeiro, Imago Ed.,1993



\_\_\_\_\_. (org.) **Drogas e Cidadania: repressão ou redução de riscos.** São Paulo: Brasiliense, 1994.

\_\_\_\_\_. **Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004.

*Uma saúde de fato pública é sempre uma construção coletiva, ou seja, um conjunto de ações, projetos e programas que envolve os diferentes atores sociais, independentemente de seu status social, raça/etnia, religião, opção*

*sexual, hábitos ou práticas de qualquer natureza.*

*Francisco Inácio Bastos*

## **LISTA DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS**

ABAREDA – Associação Baiana de Redutores de Danos  
ACERD – Associação Cearense de Redutores de Danos  
ANDI – Agência Nacional de Direitos da Infância  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APA – Associação Psiquiátrica Americana  
ATRAC – Associação das Travestis do Ceará  
CAPS - Centros de Atenção Psicossocial  
CAPS ad - Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas  
CAPS i - Centros de Atenção Psicossocial Infantil  
CASA – Centro de Assessoria à Crianças e Adolescentes  
CICP – Centro Internacional de Prevenção do Crime  
CID – Código Internacional de Doenças  
CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas  
CECRH – Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana  
CEMASP – Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública  
CETAD - Centro de Estudos e Tratamento do Abuso de Drogas  
CMT – Centro mineiro de Toxicomania  
CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes  
CONAD - Conselho Nacional Antidrogas  
CORDATO – Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos  
CQCT – Convenção-Quadro para Controle do Tabaco  
DEPEN – Departamento Penitenciário Nacional  
DSM – Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais  
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente  
ESP/CE - Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará

FAO – Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação  
FEBRATEC – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas  
FETRAF – SUL – Federação dos Trabalhadores na Agricultura Familiar da Região Sul  
FNSP – Fundo Nacional de Segurança Pública  
FUNAD – Fundo Nacional Antidrogas  
FUNCAP - Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Ceará  
GAPA – Ce – Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
MS - Ministério da Saúde  
MTSM – Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental  
NEPAD – Núcleo de Estudos e Pesquisa em Atenção ao Uso de Drogas  
OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
ONG – Organização Não Governamental  
OPAS – Organização Panamericana de Saúde  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PIB – Produto Interno Bruto  
PSF - Programa de Saúde da Família  
PSOL – Partido Socialista  
PROAD – Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes  
RDC 101 – Resolução da Diretoria Colegiada  
REDUC - Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos  
SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration  
SER - Secretaria Executiva Regional  
SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas  
SMSF – Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza  
SISNAD – Sistema Nacional Antidrogas  
SISNEP - Sistema Nacional de Ética em Pesquisa  
SMSF – Coordenação de Saúde Mental  
SUS - Sistema Único de Saúde  
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NEPAD – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas  
PNAD – Política Nacional Antidrogas  
PN-DST-AIDS – Programa Nacional de Prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS  
PNH – Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde  
PRD – Programa de Redução de Danos  
UDI – Usuários de Drogas Injetáveis  
UECE – Universidade Estadual do Ceará  
UFBA – Universidade Federal da Bahia  
UFC - Universidade Federal do Ceará  
UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
UNB – Universidade Federal de Brasília  
UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, A Ciência e a Cultura  
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência  
UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo  
UNIFOR - Universidade de Fortaleza  
UNODC – Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crimes  
SNC – Sistema Nervoso Central  
SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

**RESUMO**

**ABSTRACT**

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1. Situação de consumo de drogas no Brasil.....</b>	<b>20</b>
<b>2. Objetivos da pesquisa e motivação pessoal.....</b>	<b>27</b>
<b>CAPITULO I .....</b>	<b>33</b>
<b>COMÉRCIO DE DROGAS LEGAIS E ILEGAIS: DUAS FACES DA MOEDA</b>	
<b>2. Drogas Legais e industrialização.....</b>	<b>35</b>
<b>2. Drogas Ilegais e tráfico.....</b>	<b>47</b>
<b>4. Redução de oferta: estratégia repressiva.....</b>	<b>50</b>
<b>CAPITULO II.....</b>	<b>57</b>
<b>POLÍTICAS PÚBLICAS PARA USUÁRIOS DE DROGAS NO BRASIL</b>	
<b>1. Da interdição e a saúde pública.....</b>	<b>57</b>
<b>2. Redução de demanda: condições adequadas para o auto-cuidado....</b>	<b>71</b>
<b>3. Rede de saúde como espaço de inserção social.....</b>	<b>79</b>
<b>CAPITULO III.....</b>	<b>88</b>
<b>REDUÇÃO DE DANOS: A CAMINHO DA CIDADANIA</b>	
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>100</b>
<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>103</b>

