

Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil

Reflections on Drug Policies in Brazil

Tarcísio Matos de Andrade ¹

Abstract *This article contains some reflections on drug policies in Brazil. In the first two chapters, taking the needle exchange programs (SEPs) as the starting point, the author discusses the trajectory of the Harm Reduction Policy in Brazil and the role played in it by the Department of STD, AIDS and Viral Hepatitis. The third chapter examines the actions developed by the National Coordination of Mental Health, Alcohol and Other Drugs and the Office of Drug Policies - SENAD, after the retraction of the Department of STD and AIDS from drug policies, as well as the introduction of PEAD and the “Crack Plan” in the country. In the fourth and fifth chapters the provisions of the current Brazilian policy on drugs and its limitations related mainly to the fragility of the Family Health Strategy are discussed, and some of the actions foreseen in the PEAD and the “Crack Plan” are critically analyzed. In the sixth chapter the author examines the effects of repression in the name of combating trafficking in the Brazilian policy on drugs having as background of the marginalization and social exclusion of users. Finally, some proposals are presented for the Alcohol and Drugs Policy in Brazil.*

Key words *Public health, Drug policies, Harm reduction*

Resumo *Este artigo trás algumas reflexões sobre as políticas de drogas no Brasil, desde os momentos iniciais do enfrentamento do HIV/AIDS entre os usuários de drogas injetáveis. Nos dois primeiros capítulos, tendo como ponto de partida os programas de trocas de seringas (PTS), o autor aborda o percurso da Política de Redução de Danos no Brasil e o papel nela desempenhado pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. O terceiro capítulo traz as ações desenvolvidas pela Coordenação Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas e pela Secretaria de Políticas sobre Drogas - SENAD, a partir da retração do Departamento de DST e AIDS nas políticas sobre drogas, bem como o surgimento do PEAD e do “Plano Crack”, enquanto planos emergenciais para fazer face ao aumento do consumo de crack no país. No quarto e quinto capítulos são discutidos os dispositivos da atual política brasileira sobre drogas, suas limitações vinculadas, sobretudo, à fragilidade da Estratégia Saúde da Família, e são analisadas criticamente algumas das ações previstas no PEAD e no “Pano Crack”. No sexto capítulo o autor trás os efeitos da repressão em nome do combate ao tráfico na política brasileira sobre drogas, tendo como pano de fundo a marginalização e a exclusão social dos usuários. Por fim, são apresentadas algumas proposições para a Política de Álcool e Drogas no Brasil.*

Palavras Chaves *Saúde pública, Políticas de drogas, Redução de danos, Brasil*

¹ Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia. Praça XV de novembro s/n, Largo do Terreiro de Jesus. 40025-010 Salvador BA. tarcisio@ufba.br

1. Drogas injetáveis e AIDS: novo rumo para as políticas de saúde relacionadas ao uso de drogas no Brasil

A atenção clínica ao uso de drogas na esfera pública no Brasil, até o início dos anos 90 do século passado, estava a cargo dos Centros de Referência Nacional. Em número de seis, estes centros tinham a influência do pensamento de Claude Olievenstein, diretor do Center Medical Marmotan, em Paris.

No final dos anos oitenta, sob coordenação do Ministério da Saúde, particularmente da Coordenação Nacional de DST/AIDS (CN-DST/AIDS), hoje Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, começaram as primeiras reuniões motivadas pelo aumento da prevalência de HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI). Em 1989, deu-se a primeira tentativa brasileira de fazer funcionar um programa de trocas de seringas (PTS) entre usuários de drogas injetáveis (UDI), em Santos – SP, cidade com papel de destaque na Reforma Psiquiátrica no Brasil. Abortado pela Promotoria local, embora o PTS da cidade de Santos não tenha se efetivado, as negociações entre os operadores da Saúde Pública e os do Direito resultaram na sua suspensão, mas também no arquivamento do inquérito policial contra os técnicos envolvidos, evitando, com isto, o precedente que poderia vir a impedir outros Programas desta natureza no Brasil¹. Em 1995, foi efetivado em Salvador, Bahia, o primeiro PTS do Brasil e na América Latina².

Em várias partes do mundo, a exemplo da Europa, dos Estados Unidos e da Austrália, e no Brasil não foi diferente, os olhares das políticas públicas de saúde começavam a se voltar para as pessoas que usavam drogas, pela ameaça de que a epidemia de HIV/AIDS fugisse ao controle a partir desta população. Na primeira metade da década de noventa do século passado, um acordo entre o Governo Brasileiro e o Banco Mundial, envolvendo recursos da UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime, possibilitou uma série de projetos de atenção ao uso de drogas injetáveis, incluindo trocas de seringas³. Iniciou-se, então, através da CN-DST/AIDS um conjunto de ações de redução de danos voltado para o controle do HIV e de outras infecções de transmissão parenteral entre UDI. Entre 1995 e 2003 foram abertos mais de 200 Programas de Redução de Danos (PRD), muitos deles incluindo troca de seringas, e quase todos com recursos da CN-DST/AIDS. Em vários pontos do país leis municipais autorizaram o funcionamento dos

PTS e os trabalhadores deste campo progressivamente foram se organizando em associações, a exemplo da ABORDA (Associação Brasileira de Redutores de Danos), criada em 1997 e da REDUC (Rede Brasileira de Redução de Danos), em 1998, além de várias associações Estaduais de Redutores de Danos⁴. Progressivamente as ações dos PRD foram ampliadas a outras populações que não apenas os UDI, tais como presidiários, meninos de rua, profissionais do sexo, usuários de crack e usuários de anabolizantes, tudo com intenso protagonismo de técnicos do Governo Federal, que constituíam dentro do PN-DST/AIDS, uma importante equipe de apoio e incentivo a estes programas.

De uma prática médico sanitária de prevenção ao HIV/AIDS, reduzida muitas vezes a uma única ação, a da troca de seringas, ao longo de sua execução a redução de danos evolui para a concepção atual de uma política de saúde cujos princípios e práticas, sem condicionar à abstinência, tem como objetivos reduzir os danos e os riscos relacionados ao uso de drogas, pautados no protagonismo da população alvo, no respeito ao indivíduo e no direito deste às suas drogas de consumo⁵.

2. Avanços e recuos da política de Redução de Danos e suas consequências para as políticas de drogas no Brasil.

Observações recolhidas pelos PRD no Brasil durante o trabalho de campo informavam que os UDI estavam se tornando mais seletivos, restringiam o uso injetável à cocaína de melhor qualidade e muitos migraram para o uso de crack^{2,6}. Por outro lado, moradores das comunidades atendidas pelos PRD, os quais no início acusavam os redutores de danos de incentivarem o consumo de drogas, progressivamente passavam a colaborar com estes Programas. Aos poucos, no imaginário da população brasileira, inclusive dos próprios UDI, foi ganhando corpo a associação entre drogas injetáveis e HIV/AIDS.

Os primeiros PTS do Brasil enfrentaram grande resistência de vários setores da sociedade, os quais viam a troca de seringas como ilegal e uma forma de incentivo ao consumo de drogas; subjacente a este modo de pensar estava o preconceito contra os usuários de drogas manifestado em argumentações do tipo “como prover seringas para UDI se faltam ao país tantas outras ações de saúde para a população em geral?” Contudo, se utilizando das experiências de outros países, mui-

tas delas publicadas em revistas de elevado conceito científico, trazendo evidências de que os PTS salvavam vidas, não aumentavam o consumo de drogas e ofereciam grande vantagem na relação custo-benefício para governos e populações^{7,8}, aos poucos os PRD no Brasil foram se fortalecendo, passando a ser reconhecidos internacionalmente como uma importante estratégia do bem sucedido Programa Brasileiro de DST/AIDS, um modelo para países em desenvolvimento.

Resultados de estudos multicêntricos, a exemplo dos Projetos Ajude Brasil⁹, que mapeou as práticas de consumo entre os UDI, bem como os comportamentos de risco para infecções pelo HIV, HTLV I/II e Hepatites, e os cuidados adotados em relação aos mesmos, quando comparados a estudos anteriores, revelaram aumento do uso de preservativos e redução do compartilhamento de seringas e da prevalência de HIV, o que sem sombra de dúvida deve ser creditado ao conjunto das ações da CN-DST/AIDS, mas certamente também à eficácia das ações de RD¹⁰.

Longe de ser linear, a Política de RD no Brasil teve seus momentos de avanços e de recuos, evidenciando ambivalências enquanto política de estado. Edificada a partir das iniciativas do Governo Federal, em particular da CN-DST/AIDS, das universidades e de organizações da sociedade civil, esta política contava com uma participação bem menos expressiva dos estados e municípios. A transferência de responsabilidade sobre a disponibilização dos recursos para as ações de RD do Governo Federal para os estados e municípios, ocorrida a partir do ano de 2003, embora em princípio correta, considerando que compete a estes últimos a execução das políticas de saúde, foi tecnicamente inadequada, uma vez que, salvo raras exceções, os estados e municípios não detinham a cultura nem o conhecimento necessário para a continuidade e a expansão destas ações. O resultado foi a desarticulação do já construído e a acentuada redução do número de PRD no Brasil. Um verdadeiro retrocesso do que vinha sendo conseguido através de trabalho árduo e de negociações políticas que possibilitaram o avanço das ações de Redução de Danos para grande parte do território nacional.

Em 2003, segundo dados da OMS¹¹ o Brasil contabilizava 279 PRD. Com a transferência dos financiamentos do Ministério da Saúde para os estados e municípios, a partir de 2004 houve um rápido declínio do número destes Programas. Dos 136 PRD ainda existentes em 2005, os 45 que responderam ao questionário de um estudo realizado por Massard e cols. revelaram grande fra-

güidade em seu funcionamento: 85,8% tinha equipe técnica constituída por autônomos ou voluntários; apenas a metade tinha equipes com coordenador, supervisor e redutor de dano e a quase totalidade ainda dependia exclusivamente de recursos federais¹².

Nesse mesmo ano de 2003, quase todos os técnicos da CN-DST/AIDS que haviam participado ativamente da expansão e da qualificação dos PRD no Brasil, não tiveram seus contratos de trabalho renovados. Ações como a RD em presídios identificadas como modelos de boas práticas em alguns estados brasileiros também deixaram de receber o suporte necessário à sua continuidade.

Já em 1993, o médico Fábio Mesquita, um dos pioneiros, principal protagonista e detentor das posições mais avançadas no campo da Redução de Danos, havia sido demitido do cargo de Coordenador da Prevenção e da própria Coordenação Nacional de DST/AIDS. Em 1995, esta mesma Coordenação Nacional, que havia repassado recursos ao Governo da Bahia para o funcionamento do primeiro PTS, tentou impedir o seu início com o argumento que era extemporâneo e que o país não estava preparado para isto.

3. Novos atores, novas ações em atenção ao uso de drogas no Brasil.

Em paralelo à retração da CN-DST/AIDS, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES/SAS/MS e a Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas - SENAD/Ministério da Justiça, embora com algumas divergências sobre a sua condução, assumem papel relevante para as políticas de atenção ao uso de álcool e outras drogas. Entre as ações desenvolvidas pela SENAD estão o realinhamento da Política Nacional Antidrogas, a criação da Rede de Pesquisa sobre Drogas, em parceria com o Instituto de Drogas e Toxicodependência – IDT de Portugal, e a criação do SUPERA – *Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento*, um curso à distância envolvendo 5.000 profissionais da saúde e da assistência social, no momento em sua quarta edição. Entre as ações desenvolvidas pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas destaca-se a ampliação da rede CAPSad – *Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras Drogas* como dispositivos de cuidados para a população de usuários de dro-

gas a partir de 2002, a qual, embora ainda muito aquém da necessidade, em dezembro de 2010 contava com 258 Centros desta natureza.

Com o progressivo aumento e visibilidade do consumo de crack, cujos registros no Brasil datam do início dos anos noventa¹³, em 2009 foi lançado pelo governo Federal o PEAD *Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas*¹⁴, seguido, em 2010, pelo “O Plano Crack” - *Plano de integração das ações voltadas para a prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e de outras drogas*.

4. Políticas de drogas e Atenção Básica em Saúde no Brasil

Diante da acentuada vulnerabilidade social e das carências no campo da saúde, educação e segurança pública das populações menos favorecidas, sobretudo daquelas vivendo nas periferias das cidades grandes e de médio porte, em particular das pessoas que fazem uso de drogas ilícitas, uma política de Estado que integrasse a atenção a todas estas deficiências seria, sem dúvida, um elemento importante na resolução do problema. Com este propósito, foram concebidos o PEAD e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas - Plano Crack¹⁴⁻¹⁶. Entretanto, estes Planos foram instituídos num contexto de pânico social relacionado ao uso de crack e de grande fragilidade estrutural, haja vista a carência de ações de comunitárias junto aos usuários de drogas. Os Programas de Atenção Básica em Saúde, cujo principal motor é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), apesar de sua expansão, ainda apresenta cobertura inferior a 20% em algumas grandes cidades Brasileiras, e a quase totalidade desta Estratégia não inclui a atenção ao uso de drogas no rol de suas ações. A baixa cobertura da ESF é também um problema para os CAPSs, uma vez que compromete a essência da função para a qual estes Centros foram concebidos, ou seja, prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações e ser o coordenador e articulador das ações de saúde mental na atenção ao uso de álcool e outras drogas em um determinado território¹⁷. Função esta que depende muito da articulação com a ESF e da inclusão de ações de RD com base territorial. Fica evidente a lacuna existente na ainda frágil ESF, e também o preço elevado pago pelo Brasil por não ter assegurado a sustentação e a expansão das ações de RD entre usuários de drogas nos últimos oito anos.

Além da baixa cobertura, algumas das características da ESF justificam as suas dificuldades de integrar ações de RD em suas práticas cotidianas: 1. a ênfase na atenção básica à saúde no Brasil é ainda recente e apresenta uma estrutura organizacional em construção; 2. os profissionais de saúde desta Estratégia têm dificuldades de lidar com questões relacionadas ao uso de drogas, seja pelo desconhecimento dos fatores biopsicossociais relacionados ao seu consumo, reproduzindo preconceitos do senso comum acerca dos seus usuários, seja pelo medo de exposição profissional à violência do tráfico; e 3. os preconceitos quanto à legitimidade das práticas de redução de danos, ainda alimentam a resistência às mesmas apesar delas fazerem parte do SUS.

As fragilidades das ações territoriais desenvolvidas no âmbito da ESF são mais acentuadas nas comunidades socioeconomicamente menos favorecidas e com menor acesso aos serviços de saúde e de suporte social, não por acaso as mesmas comunidades onde o uso e o tráfico de drogas, e seus efeitos negativos, a exemplo da elevada taxa de homicídios e outras formas de violência, são mais intensos. Sendo assim, as pessoas que fazem uso de drogas de forma mais comprometida e, em particular, as que fazem uso abusivo de crack, oxi e outras formas de apresentação de cocaína para consumo fumado, principal população alvo do “Plano Crack”, na prática, têm muita dificuldade de ser incluídas nas ações governamentais propostas nestes Planos. Neste contexto, a falta de percepção pelos gestores da importância de integrar a atenção ao uso de drogas na ótica da RD à ESF, cujas equipes muitas vezes carecem de vínculos estáveis, salários dignos e treinamento adequado, tem se constituído na maior dificuldade para que as ações de promoção à saúde, prevenção e assistência alcancem estas populações de usuários de drogas, as quais não têm os serviços de saúde como referência.

Pelo exposto acima, a atuação dos CAPSs, que deveria ter por base ações territoriais, fica reduzida ao atendimento no próprio serviço, o qual mesmo situado em território de elevada prevalência de consumo e tráfico de drogas, é subutilizado uma vez que a população alvo não o tem como referência. Trata-se de pessoas marcadas pela falta de vínculos institucionais, a qual na maioria das vezes se origina já nos momentos iniciais de sua existência no convívio com as famílias parentais desestruturadas, ratificada na relação com escolas que também não estão preparadas para lhes acolher, ao que se soma o envolvimento com práticas socialmente descrimi-

nadas e/ou ilegais, condições estas que desfavorecem o encontro entre estes usuários e os serviços de saúde. Por outro lado, os serviços de saúde em geral, e mesmo alguns CAPSad, não levam em consideração as pautas culturais e o modo de vida destas pessoas. A chance de que um(a) profissional do sexo ou usuário(a) de drogas, após uma noite acordado(a), se dirija a um serviço de saúde nas primeiras horas da manhã, buscando senha para um atendimento que se fará quatro a cinco horas depois, é muito pequena. Fica para estes serviços a visão cômoda, mas equivocada, de que esta pessoa não quer se cuidar, o que ratifica a exclusão social e a precariedade da assistência à saúde em que ela vive. Some-se a isto a dificuldade de acesso a estes serviços, o que muitas vezes demanda custos com transporte, não previstos entre os poucos recursos disponíveis.

Um fato recente que exemplifica o que vem sendo descrito neste capítulo foi o frágil funcionamento da maioria dos primeiros 14 Projetos de Consultório de Rua do SUS (PCR), financiados pelo MS no ano de 2010 e supervisionados pela Aliança de Redução de Danos, Serviço de Extensão Permanente da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Os PCR se constituem numa estratégia com o objetivo de fornecer cuidados básicos de saúde para populações vulneráveis, com ênfase para crianças, adolescentes e jovens usuários de álcool, crack e outras drogas vivendo nas ruas. Durante a supervisão foram detectadas as seguintes dificuldades: 1. falta do conhecimento necessário à abordagem da população alvo pelas equipes 2. dificuldades jurídicas e administrativas para a contratação de redutores de danos, comprometendo as atividades de campo, 3. falta de repasses dos recursos recebidos do MS ao projeto por alguns gestores municipais; 4. falta do veículo necessário às ações de campo, fundamental para o deslocamento da equipe e para a condução dos usuários com necessidade de encaminhamento a outros serviços de saúde e 5. falta de materiais para o trabalho de campo¹⁸.

5. Análise crítica de algumas das ações previstas no PEAD e no Plano Crack.

Criação de leitos em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos para pessoas que fazem uso abusivo ou são dependentes de álcool, crack ou outras drogas, uma das ações previstas no “Plano Crack”, para a qual foram alocados R\$ 208.632.000,00 (52,65% do total dos recursos), se constitui numa estratégia importante para se li-

dar com situações mais complexas, para além da capacidade resolutive dos CAPSad. Na contramão deste dispositivo, a proposição de hospitais e centros médicos especializados e de Comunidades Terapêuticas para usuários de drogas, preconizados pelos que se opõem à Reforma Psiquiátrica, e em particular ao dispositivo CAPS, encontra eco no imaginário popular, o qual sonha com soluções rápidas, e não incomum com o afastamento do convívio social destes usuários algumas vezes portadores de comorbidades e envolvidos em situações constrangedoras, socialmente marginalizadas e, mesmo, ilegais. O internamento nestes serviços vai, portanto, na direção contrária à da subjetivação das práticas desses usuários de drogas, dificultando a possibilidade de um novo percurso por vieses socialmente mais aceitáveis e produtivos. Sendo assim, os leitos em hospitais especializados só se justificam em casos de situações que fogem ao controle dos CAPSad e dos outros serviços disponíveis na rede de cuidados. Num hospital geral com leitos para usuários de álcool e outras drogas - diferente dos hospitais especializados e das comunidades terapêuticas - se preserva mais a identidade do cliente, uma vez que a atenção ao uso de drogas se constitui apenas num dos vários serviços oferecidos. Uma vantagem adicional é colocar a atenção ao abuso e à dependência de drogas no mesmo nível de outras práticas de saúde, o que contribui para a redução do estigma que recai sobre os usuários de drogas ilícitas, fortalecendo esta condição como objeto das práticas de saúde à semelhança das demais condições.

Entretanto, tem se verificado resistência dos dirigentes dos hospitais gerais à destinação de leitos para o atendimento de pessoas que fazem uso abusivo ou são dependentes de SPA, uma vez que aqueles reproduzem o senso comum, em geral também compartilhado pelo corpo técnico destes serviços, que não incomum, se declara incapaz de atender estes pacientes. Mas é possível, à luz da apreensão dos temores que justificam tal recusa e através de um diálogo franco e cientificamente fundamentado contando com a interlocução de técnicos que detêm experiência com pessoas que fazem uso abusivo e/ou são dependentes de drogas, que, em contraposição às fantasias, à desinformação e a toda ideologia repressiva que permeia este campo, se possa construir práticas mais humanizadas e igualitárias para esta população. Um dos aspectos que traduz o quanto de ideologia permeia a assistência à saúde às pessoas que usam drogas, é ouvir alguns psiquiatras se dizem despreparados para tal tarefa. Sabem os que

tomam aos seus encargos o tratamento desta população que uma das principais dificuldades diz respeito à elevada prevalência de comorbidades com transtornos mentais, terreno por excelência da atuação do psiquiatra.

Implantação de pontos de acolhimento (Casas de funcionamento diurno para acolhimento de crianças e adolescentes e jovens usuários de drogas, especialmente crack, em condições de extrema vulnerabilidade das cidades com mais de 500 mil habitantes). O valor de R\$1.372.000,00 destinados a 70 serviços desta natureza, conforme previsto no “Plano Crack”¹³ implica em R\$19,600,00 para a implantação e o custeio de cada uma dessas unidades. Habitualmente os municípios não dispõem de imóveis públicos adequados ao funcionamento de projetos como estes, bem como de técnicos habilitados ao acolhimento desta população. Por outro lado, além da provisão de cuidados previstos neste dispositivo como lanche, banho, lavagem de roupa e outros cuidados pessoais, não incomum se faz necessário o encaminhamento dos acolhidos a outros serviços da rede de cuidados. Acontece que eles habitualmente não têm dinheiro nem cultura para priorizar esta necessidade e por isto se faz necessário a inclusão de um veículo com combustível e motorista nestes serviços. Estas necessidades colocam o orçamento anual de cada ponto de atendimento num patamar acima de R\$100.000,00.

Implantação de 195 novos pontos de arte, cultura e renda na rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. O recurso financeiro definido no Plano Crack é de R\$1.510.000,00. A média de investimento por ponto é, portanto, de R\$7.743,00, o que deixa evidente a pobreza de horizontes. É necessário que se mude a mentalidade de destinar aos pobres, coisas pobres. É reduzida a possibilidade de se inserir no mercado através da produção de algo com muito pouco valor agregado. O que se vê nos serviços de atenção ao uso de drogas são produções simplórias se utilizando de palitos de fósforos, reciclagem de papel e obras de artes pobres do ponto de vista técnico e/ou estético. Dispositivos como estes, portanto, implicam no envolvimento de técnicos especializados, na transmissão de saberes que subsidiem a produção, no controle de qualidade do que se produz, na articulação com o mercado, na criação de cooperativas ou de outros meios de sustentabilidade, de forma a facultar aos usuários a construção de um novo percurso e o reconhecimento social.

A criação de CAPSad III - 24 horas – Como afirmado anteriormente, o maior percalço dos

CAPSad, à semelhança dos CAPS em geral, é a ausência de territorialidade, levando-os a serem confundidos, ou mesmo a efetivamente funcionarem, como pequenas unidades psiquiátricas. Estas condições os tornam alvos das críticas ferrenhas advindas dos que se opõem à Reforma Psiquiátrica, os quais desprezando o fato do CAPS ser um modelo em construção e dependente do bom funcionamento de outros dispositivos da rede básica, a exemplo da ESF, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e de toda a rede de cuidados (CRAS, CREAS)¹⁶ o comparam às unidades psiquiátricas tradicionais. Some-se a isto a vulnerabilidade das políticas públicas a nível municipal e suas repercussões diretas sobre o funcionamento dos CAPSad, as quais incluem dificuldades na aplicação dos recursos de incentivo e custeio para estes serviços, a existência de vínculos profissionais precários e os baixos salários pagos aos seus técnicos, estes últimos com implicações direta no cumprimento da carga horária prevista nos contratos de trabalho. Estas circunstâncias dificultam a integração das equipes, sobretudo em relação aos profissionais mais escassos no mercado, a exemplo dos psiquiatras, levando a que um mesmo profissional trabalhe em vários municípios. Some-se a isto, outras limitações de natureza ideológica como a nomeação para a chefia destes serviços de pessoas sem perfil técnico adequado e as dificuldades de natureza administrativo-operacionais, a exemplo da restrição dos horários do uso do veículo, de combustível, dos materiais necessários à realização das oficinas terapêuticas e mesmo de alimentação. Outra dificuldade é a integração dos clientes dos CAPSad capacitados em oficinas como culinária e jardinagem - apenas para citar dois exemplos - na prestação de serviços contratados pelos municípios, até mesmo aqueles destinados à própria rede de CAPS, habitualmente executados por empresas terceirizadas. Percebe-se aí, mais uma vez o fosso existente entre o que é concebido à nível federal e o que efetivamente acontece na ponta, ao nível dos estados, mas sobretudo dos municípios. Este parece ser um dos pontos crítico na execução de políticas públicas para atenção aos usuários de drogas em nosso país.

As Escolas de Redutores de Danos do SUS se constituem numa estratégia de resgate do trabalho de campo realizado pelos redutores de danos, face a face com as pessoas que usam drogas. Os técnicos capacitados por esta estratégia podem exercer suas atividades diretamente junto à população alvo através dos Projetos de Re-

dução de Danos, nos Consultórios de Rua do SUS, nas ações territoriais dos CAPSad, nas salas de espera destes Centros e de outros Serviços de Saúde e, ainda, participando do matriciamento da ESF. As Escolas de Redutores de Danos, bem como o financiamento de Projetos de Redução de Danos, representam uma contribuição efetiva na atenção ao uso de drogas, iniciando a recuperação do tempo perdido com a descontinuidade da maioria dos PRD do Brasil, a partir do ano de 2003. O êxito desta estratégia, mesmo no melhor dos cenários, ou seja, com o seu funcionamento pleno e efetivo, depende da contratação dos redutores de danos, o que passa pelo reconhecimento desta categoria profissional. Embora previsto a nível federal, por razões, administrativa e/ou ideológicas, os redutores de danos têm encontrado dificuldades para uma vinculação formal nos CAPSad, nos Consultórios de Rua e nos próprios PRD.

6. Drogas, imaginário Social e Políticas Públicas

Mesmo técnicos especializados, que em suas produções orais ou escritas enfatizam que as drogas mais consumidas e que acarretam maiores prejuízos à saúde são o álcool e o tabaco, vez por outra usam o termo “álcool e drogas” e/ou na prática não dão a devida importância ao uso destas duas drogas. Isto também se faz presente na lacuna existente nos PRD no que diz respeito à atenção aos consumidores de álcool e tabaco. Outro engano acontece nas políticas de saúde dirigidas às outras formas de apresentação e consumo de cocaína que não a cocaína em pó usada por aspiração nasal. O crack, e mais recentemente o oxi, embora tenham como princípio ativo a cocaína, são apresentados como novas drogas; ambas mencionadas, cada uma ao seu tempo, como a droga da morte¹⁹. Trata-se de um mesmo princípio ativo, cocaína, apenas com via de administração/absorção diferente, sendo a via fumada a que possibilita maior intensidade e rapidez de efeitos. No caso do oxi, a diferença para o crack é a substância utilizada para a obtenção da base livre (*free-base*) que possibilita a volatilização da cocaína mediante aquecimento. A volatilização não é possível com cocaína pura (hidrocloridrato de cocaína), pois sob aquecimento se degrada antes de se volatilizar²⁰. No caso do oxi, o bicarbonato de sódio, amônia ou hidróxido de sódio usado para a obtenção do crack é substituído por óxido de cálcio que, à semelhança dos anteriores, é tam-

bém uma substância química sem propriedades psicoativas. O óxido de cálcio tem propriedades irritativas para o trato respiratório, mas isto não lhe confere poder psicoativo, como tem feito crer a mídia. Mesmo os técnicos que militam na atenção ao uso de drogas, sem se aperceberem do paradoxo de suas afirmações, mencionam que o oxi é uma droga mais potente e mais barata que o crack. Como, se o princípio ativo é o mesmo? Certamente os que traficam gostariam de ter acesso a esta fórmula mágica: um produto com mais princípio ativo e mais barato.

Por outro lado, as demais substâncias mencionadas como fazendo parte do preparo do oxi, a exemplo de querosene e gasolina, são velhas conhecidas nos ambientes de consumo de drogas e não apenas no Norte do Brasil. No Centro Histórico de Salvador, por exemplo, desde o final dos anos 90 do século passado, quando houve uma brusca mudança do uso de cocaína injetável para o uso de crack² os usuários de drogas já faziam referência a um crack de cor mais escura, preparado artesanalmente mediante o uso destas substâncias e por isto conhecido como “Crack fundo de quintal”. Ideologicamente, passa-se adiante a confusão entre uma substância mais nociva ao organismo do ponto de vista físico, - o óxido de cálcio (cal virgem) tem propriedades irritativas que o bicarbonato de sódio não tem - e o princípio psicoativo, a cocaína, cuja intensidade de efeito pela mesma via de consumo depende apenas de sua concentração. Em sendo o oxi mais barato, o esperado é que contenha menos cocaína, ao contrário do que se tem divulgado.

Diariamente nas grandes cidades, e mesmo nas de médio porte, pessoas são assassinadas em nome do combate ao tráfico de drogas; mortes estas que, habitualmente, não fazem marcas, exceto naqueles que perderam seus familiares e amigos. Não somente a mídia estabelece a associação drogas e morte, mas é possível ouvir dos familiares do morto algo assim “mas ele não usava drogas”, o que significa que se usasse poderia ter sido assassinado. Como justificativa parte significativa destas mortes é atribuída à troca de tiros com a polícia, os conhecidos “autos de resistência”. Algumas vezes a comunidade contesta esta afirmação e vez por outra policiais vão a julgamento, acusados de execução. Nas comunidades de maior prevalência de tráfico e consumo de drogas muitas pessoas são assassinadas antes dos 25 anos de idade, seja por desavenças entre pares ou pela ação policial e de grupos de extermínio.

Em linhas gerais, as condições de vida das pessoas socialmente excluídas, entre elas aquelas que

usam drogas, são pouco conhecidas pelos profissionais de saúde. Por outro lado, a qualidade da assistência à saúde para pessoas que usam drogas depende, em muito, da classe social a que pertencem. Dessa mesma forma, o prognóstico de uma pessoa que desenvolve infarto agudo do miocárdio depende do acesso em um curto espaço de tempo a um serviço de saúde, o que dificilmente ocorre entre as pessoas mais pobres, pela dificuldade de acesso a estes serviços. Segundo Baratta²¹ enquanto os jovens de classe média são medicalizados em clínicas particulares, os pobres são condenados ao cumprimento de medidas socioeducativas. No Brasil a situação é mais grave: as principais vítimas da guerra ao tráfico são os usuários pobres, negros e vivendo nos bairros mais desfavorecidos das grandes cidades²². Isto nos leva a pensar que o termo “a droga da morte” atribuída ao crack, e mais recentemente ao oxi, esteja a serviço desta discriminação a qual vai ao encontro da concepção de uma vida matável, o *homo sacer* do Direito Romano, transposta para a atualidade como o paradigma político do contemporâneo pelo filósofo Giorgio Agamben, descrita por Dias²³. A adjetivação “droga da morte” parece estar a favor da redução do impacto do assassinato do usuário, já que por si mesmo ele estaria buscando a morte. Se a vida destes jovens usuários de drogas vale tão pouco, o que vale a vida das vítimas dos que dentre eles se envolvem com práticas ilegais? Ou a vida do policial que executa essa política repressiva? A situação dos policiais é agravada pelo fato de, comumente, habitarem estas mesmas áreas onde atuam em nome do combate ao tráfico e em decorrência disto, tem sido comum o assassinato destes profissionais mesmo quando fora de serviço. Trata-se, portanto, de uma guerra onde todos perdem: os traficantes, os usuários de drogas, os policiais, os familiares, a sociedade como um todo. Se esta guerra interessa a alguém, com certeza esse alguém não se encontra no “front”. Estas reflexões nos fazem pensar sobre o que estamos construindo com a repressão ao tráfico de drogas nos moldes que tem sido feito. Um monstro social?

7. Algumas proposições para a Política de Álcool e Drogas no Brasil

Proposição 1: Tão importante quanto o financiamento pelo Governo Federal de ações voltadas para a população usuária de drogas - para nos restringir ao universo do qual estamos tratando - é o acompanhamento da aplicação dos recursos

nas finalidades a que se destinam. Isto não significa que estes recursos estejam indo para outras finalidades, o que eventualmente acontece, mas que o financiador, dentro dos princípios de respeito à autonomia dos estados e municípios, precisa ser informado das dificuldades vivenciadas para o alcance dos objetivos estabelecidos, sobretudo aquelas de natureza legais e administrativas e das falhas e/ou não utilização dos recursos. Estas situações, à medida que dificultam e, mesmo, inviabilizam o cumprimento das metas pactuadas devem estar na pauta dos supervisores destas ações, sejam eles técnicos dos quadros do Governo Federal ou outros, que em seu nome, sejam contratados com esta finalidade.

Proposição 2: Tão importante quanto o aperfeiçoamento das práticas de saúde para as pessoas que têm problemas com o uso de drogas, sobretudo as socioeconomicamente mais desfavorecidas, são os suportes sociais, com destaque para os projetos de geração de renda. Estes últimos concebidos com reais perspectivas de sustentabilidade através da inserção dos seus produtos no mercado, planejados e executados levando-se em conta as pautas culturais, os valores e as possibilidades das populações atendidas. Caminho este originalmente já posto nos princípios e nas práticas da RD. Concebida inicialmente como uma medida médico-sanitária de prevenção do HIV/AIDS, através da troca de seringas entre UDI, já no seu início, a RD esbarrou na enorme distância entre as práticas de saúde como concebidas nos intramuros das instituições e a realidade das ruas onde as pessoas em situação de grandes adversidades são, de certa forma, antropólogos de si mesmas. Neste contexto o papel do técnico em saúde é o de facilitador de uma subjetivação até então relegada e da consequente reconstrução de percurso em busca de papéis socialmente mais valorizados.

Proposição 3: O aperfeiçoamento das políticas públicas em atenção ao uso de drogas, em sintonia com os princípios da RD e da Reforma Psiquiátrica, incluindo vivências em campo e discussões das situações vivenciadas com graduandos da área de saúde, com ênfase para os futuros médicos, não incomum, os mais distantes deste referencial e os mais arraigados ao aprendizado de práticas centradas em serviços de saúde e exercidas de forma verticalizadas. Os Programas de Educação pelo Trabalho - PET-Saúde/Saúde Mental/Crack 2011 Portaria Interministerial MS/MEC nº 422/2010, já em curso em várias universidades brasileiras se constituem numa forma de viabilizar este propósito. Ainda dentro desta pro-

posição está a inclusão na grade curricular de cursos afins de conteúdos relacionados à atenção ao uso de drogas. Em pelo menos uma universidade brasileira, a UFBA, no Departamento de Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Bahia, a Redução de Danos já é disciplina obrigatória para alunos do sétimo e oitavo semestre. Os relatos de campo produzidos pelos alunos desta disciplina, ao tempo que denunciam a distância existente entre a academia e as ruas, apontam esta prática como de grande importância para suas vidas futuras como profissionais.

Agradecimentos

A todos técnicos atuais e que já passaram pela Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti; a todos os colaboradores; às pessoas que usam drogas. Enfim, a todos aqueles que de alguma forma, ao longo dos anos, possibilitaram as reflexões presentes neste artigo.

Referências

1. Ribeiro MM. *Políticas Públicas e a Questão das Drogas: O impacto da política de redução de danos na legislação brasileira de drogas* [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Direito da USP; 2007.
2. Andrade TM, Lurie P, Medina MG, Anderson K, Dourado I. The opening of South America's first needle exchange Program and an epidemic of crack use in Salvador, Bahia-Brazil. *Aids And Behavior* 2001; 5(1):51-64.
3. Doneda D, Gandolfi D. O início da Redução de Danos no Brasil na Perspectiva governamental: Ação local com impacto Nacional. In: Silveira DX, Moreira FG, organizadores. *Panorama Atual de Drogas e Dependências*. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 358-360.
4. Andrade TM. Princípios e Perspectivas da Redução de Danos entre Usuários de Drogas no Brasil. *Álcool e Drogas, Revista da ABEAD* 1998; 1(1-2):51-58.
5. Fernandes L. O que a droga faz à norma. *Toxicoddependências* 2009; 15(1):3-18.
6. Mesquita FC. *Aids entre usuários de drogas injetáveis na última década do século XX, na região metropolitana de Santos; Estado de São Paulo – Brasil* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública (USP); 2001.
7. Watters J, Estilo MJ, Crark GL, Lorvick J. Syringe and needle exchange as HIV/AIDS prevention for injecting drug users. *JAMA* 1994; 271(2):115-120.
8. Lurie P, Drucker E. An opportunity lost: HIV infection associated with lack of a national needle-exchange programme in the US. *Lancet* 1997; 349(9052):604-608.
9. Caiaffa WT, Proetti FA, Marques LF, Carneiro-Proietti AB, Mingotti AS, Deslandes S. Projeto Ajude-Brasil. Prevenção do HIV em populações em IDI e Projeto Ajude-Brasil. In: Mesquita F, Seibel S, organizadores. *Consumo de drogas – desafios e perspectivas*. São Paulo: Hulcítec; 2000. p. 101-121.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). A Contribuição dos estudos multicêntricos frente a epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil: 10 anos de Pesquisa e Redução de Danos. Série Avaliação. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2001.

11. World Health Organization (WHO). Policy Brief: Provision of Sterile Injecting Equipment to Reduce HIV Transmission. [serial on the Internet]. 2004. Available from: <http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/provision%20of%20sterile%20injecting%20equipment.pdf>
12. Massard EF, Ribeiro JM, Bertoni N, Bastos FI. Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs. *Cad Saude Publica* 2006; 22(4):761-770.
13. Nappo SA, Galduroz JCF, Noto AR. Uso de crack em São Paulo: fenômeno emergente? *Rev. ABP-APAL* 1994; 16(2):75-83
14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. *Diário Oficial da União* 2009; 05 jun.
15. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2010; 21 maio.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Consolidação do Modelo de Atenção Intersetorialidade Drogas & Vulnerabilidade, Formação e Produção de Conhecimento para Saúde Mental Pública. *Relatório de Gestão 2007 - 2010*. Brasília (DF): Ministério da Saúde (MS); 2011.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Mental CAPS*. [acessado 2011 jun 16]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela=1.
18. Universidade Federal da Bahia (UFBA). *Relatório de Atividades do Projeto de Monitoramento e Supervisão das Experiências de Consultório de Rua para Populações usuárias de Drogas em 14 Municípios Brasileiros*. Salvador: Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti, Faculdade de Medicina da Bahia (UFBA); 2011.
19. Oxi, uma droga ainda pior. *Revista Época* 2011; 14(678).
20. Morgan JP, Zimmer L. The social pharmacology of smokeable cocaine: not all It's cracked to be. In: Reinerman C, Levine HG, organizadores. *Crack in America: demon drug and social justice*. Berkeley: University of Califórnia Press; 1997. p. 131-170.
21. Baratta A. Prefácio. In: Batista VM, organizador. *Difíceis ganhos fáceis: drogas e juventude no Rio de Janeiro*. 2ª ed. Instituto Carioca de Criminologia. Rio de Janeiro: Revan; 2003. p. 15-33.
22. Soares LE. Por trás de uma arma apontada para alguém está uma mão estendida para alguém: entrevista concedida a Ana Cristina Pereira. *Público* 2009; 20 jul. (Caderno P2):06-07.
23. Dias RF. *Do asilo ao CAPSad: lutas na saúde, biopoder e redução de danos* [tese]. Niterói (RJ): Instituto de ciências Humanas e Filosofia (Universidade Federal Fluminense); 2008.

Apresentado em 08/09/2011

Aprovado em 30/09/2011

Versão final apresentada em 05/10/2011