

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

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

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

Niel, Marcelo; da Silveira, Dartiu Xavier
**Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de
saúde/ Marcelo Niel & Dartiu Xavier da Silveira (orgs). – São Paulo, 2008.**
xi, 149f.

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

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

1. Famacodependência. 2. Prevenção. 3. Abuso de drogas. 4. Redução
de Danos

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

O conteúdo da cartilha é de responsabilidade exclusiva dos autores e não expressa
necessariamente a posição do Ministério da Saúde.

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

Tiragem: 17.000 exemplares

Sumário

1	Reflexões Sobre a Prevenção do Uso Indevido de Drogas Dartiu Xavier da Silveira	7
2	Aspectos Históricos da Redução de Danos Maria Alice Pollo-Araujo e Fernanda Gonçalves Moreira.....	11
3	Redução de Danos para Drogas Injetáveis Rita Haiek	21
4	Redução de Danos para Drogas Ingeridas Marcelo Niel	29
5	Redução de Danos para o Álcool Alessandra Maria Julião.....	35
6	Redução de Danos para Drogas Inaladas e/ou Aspiradas Marcelo Niel e Deborah Yafa Goldshmidt.....	43
7	Redução de Danos para Drogas Fumadas Marcelo Niel	47
8	A Redução de Danos e a Legislação Penal Maurides de Melo Ribeiro.....	53
9	Anexos	59
10	Programas de Redução de Danos no Brasil	79
	Sobre os Autores	95

1

Reflexões sobre a Prevenção do Uso Indevido de Drogas

Dartiu Xavier da Silveira

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Redução de danos engloba um conjunto de estratégias dirigidas a pessoas que não conseguem ou não querem parar de consumir drogas. Estas estratégias têm por objetivo reduzir as conseqüências negativas que o uso de drogas pode ocasionar. Um exemplo de estratégia de redução de danos seriam as campanhas orientando as pessoas a não dirigirem após consumir bebidas alcoólicas. Outro

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

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

Referências Bibliográficas

- Olievenstein, C. Le Destin du toxicomane. Paris: Fayard, 1983.
- Organização Mundial da Saúde. Reagindo aos problemas das drogas e do álcool na comunidade. São Paulo, 1992.

2

Aspectos Históricos da Redução de Danos

Maria Alice Pollo-Araujo e Fernanda Gonçalves Moreira

O que é Redução de Danos (RD)?

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

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

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

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

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

Qual a origem do conceito?

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

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

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

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

Qual a origem da RD?

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

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

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

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

Onde e quando começaram as práticas de RD?

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

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

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

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

Quando a RD veio para o Brasil?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Existem estratégias de RD para usuários de drogas não injetáveis?

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

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

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

No Encontro SOS Crack, organizado pelo CONEN-SP em 1998, foi apresentado o estudo referente ao fenômeno observado entre dependentes de *crack* que procuraram tratamento no PROAD e que referiam, nas primeiras consultas, o uso de maconha como uma forma de atenuar os sintomas de abstinência do *crack* (Silveira, Labigalini & Rodrigues, 1998).

Em 2000, a Associação Santista de Pesquisa, Prevenção e Educação em DST/AIDS (ASPPE), através de pesquisas junto a usuários de crack, desenvolveu um projeto de RD que incluiu distri-

buição de preservativos e filtros para cachimbos. A busca ativa de contato com usuários de crack e distribuição de insumos passou a ser desenvolvida em vários projetos de RD em Juiz de Fora (MG), Salvador (BA), Santos (SP), São Paulo (SP) e Porto Alegre (RS) (Domanico & MacRae, 2006).

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

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

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

Em 2002, no Brasil, foi realizada a primeira Conferência Internacional de Redução de Danos relacionados ao Uso de Álcool, com o objetivo de discutir estratégias de RD para os problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas.

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

Considerações finais

A história nos mostra que as estratégias de RD evoluíram, não estando mais voltadas somente às drogas ilícitas e aos danos associados ao uso de drogas injetáveis. Também se expandiram, sendo aplicadas a outros contextos que não apenas o médico. Concomitantemente, a RD ganhou lugar nas políticas públicas voltadas para as questões relacionadas às drogas e status de legalidade em diversos países e estados. Desde 1998, várias organizações não-governamentais e redes têm sido criadas com o objetivo de apoiar iniciativas de RD e desenvolver atividades nesse campo. Entretanto, há muito que se conquistar. No Brasil, apesar de seis estados disporem de leis sobre o assunto, as ações de RD ainda se apresentam, publicamente, de forma tímida. A RD em presídios continua um desafio, embora muito já se saiba acerca das necessidades desse tipo de intervenção e apesar da Portaria Interministerial nº 1.777, de 09 de setembro de 2003, já ter aberto essa possibilidade.

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

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

Referências Bibliográficas

- Abrams DB, Lewis DC. Prefácio. In: Marlatt GA. Redução de Danos. Porto Alegre: Artmed, 1999. p. XIII-XVI.
- Almeida SP, Silva MTA. Sintéticas e recreativas e ilegais; drogas de uma “geração química”. In: Silveira DX, Moreira FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 179-186.
- Andrade, T. M.; Lurie, P.; Medina, M. G. et al. “The opening of South America’s first needle exchange program and an epidemic of crack use in Salvador, Bahia-Brazil”. *Aids and Behavior*, San Diego, California-USA, v. 5, n. 1, p. 51-64, 2001.
- Bastos FI, Mesquita F. Estratégias de Redução de Danos. In: Seibel SD, Toscano Jr A. Dependência de drogas. São Paulo: Editora Atheneu, 2001. p. 181-190.
- Bock L. Dos males, o menor. *Revista ISTOÉ*. 09 jun 2004. nº 1809. Disponível na Internet: http://www.terra.com.br/istoe/1809/medicina/1809_dos_males_o_menor.htm (26 nov 2007).
- Buning E. Vinte e cinco anos de redução de danos: a experiência de Amsterdã. In: Silveira DX, Moreira FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 345-354.
- Conselho Estadual de Entorpecentes de São Paulo. Ata da 69ª Reunião Plenária. São Paulo, 02 de junho de 1995.
- Derricott, J., Preston, A., & Hunt, H. (1999). *The Safer Injecting Briefing*. England: HIT.
- Domanico A, MacRae E. Estratégias de redução de danos entre usuários de crack. Silveira DX, Moreira FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 371-379.
- Doneda D, Gandolfi D. O início da redução de danos no Brasil na perspectiva governamental: ação local com impacto nacional. In: In: Silveira DX, Moreira FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 358-360.

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

3

Redução de Danos para Drogas Injetáveis

Rita Haiek

O que é uso de drogas injetáveis?

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

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

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

A fissura é identificada pelo desejo intenso de usar drogas, fazendo com que o usuário neste estado não esteja disponível para contato ou nenhuma outra atividade. Ela também faz com que ele utilize (injete) a droga muitas vezes ao dia, buscando eliminar esta sensação.

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

Quem são os usuários de drogas injetáveis?

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

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

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

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

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

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

Quais os riscos do uso de drogas injetáveis?

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

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

Que estratégias devem ser usadas?

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

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

Como é feito o trabalho?

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

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

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

Quem é o Redutor de Danos?

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

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

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

O que um kit possui?

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

O que é o trabalho de campo?

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

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

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

Onde pode ser feito o contato?

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

É possível distribuir seringas nas unidades de saúde?

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

Trocar ou distribuir?

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

Trocar seringas consiste em oferecer uma seringa nova a cada seringa usada entregue num posto de troca fixo ou móvel, diretamente com o redutor, profissional de saúde ou **amigo**

do projeto. Essa é uma boa estratégia, pois incentiva o usuário a retirar de circulação o material já utilizado e também dá a dimensão do seu padrão de uso, permitindo oferecer insumos de acordo com a necessidade.

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

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

Quem são os amigos do projeto?

Os **amigos do projeto** geralmente são pessoas da comunidade (comerciantes, líderes comunitários e outros cidadãos comuns) que, sensibilizados pela estratégia, se dispõem a colaborar com o programa.

Armazenam seringas usadas entregues pelos UDI e distribuem kits deixados pelo redutor.

A colaboração dessas pessoas é de grande valia, pois possuem credibilidade nas comunidades, reconhecem o indivíduo que faz uso de drogas e são reconhecidas pelos UDI como alguém do local que não representa ameaça, além dos kits estarem disponíveis em suas casas ou estabelecimentos comerciais nos momentos em que o redutor não está presente ou fora do expediente das unidades de saúde.

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

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

As principais noções que ele deve transmitir são:

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

Quando o redutor deve encaminhar o UDI para outros serviços?

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

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

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

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

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

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

Que perfil deve ter um redutor?

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

É importante:

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

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

Que cuidados um redutor deve tomar (Biossegurança)?

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

Um protocolo desenvolvido pelos PRD inclui as seguintes normas:

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

Como ele deve abordar o usuário?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Que outras estratégias de RD existem para os UDI?

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

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

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

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

Referencias Bibliográficas

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

Silveira, DX; Moreira, FG. Panorama Atual de Drogas e Dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

4

Redução de Danos para Drogas Ingeridas

Marcelo Niel

Quais são as principais drogas ingeridas?

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

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

1. Álcool

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

2. Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos (medicamentos da família do diazepam) foram criados na segunda metade do século vinte e, devido à sua eficácia relativamente rápida, tornaram-se em pouco tempo as drogas de prescrição mais consumidas em todo o mundo. O bem-estar que provocam, a facilidade de desenvolvimento de tolerância e o uso indiscriminado por parte dos médicos fazem com que cada vez mais tenhamos problemas de pessoas que desenvolvem dependência desses medicamentos. Os efeitos ruins decorrentes do uso de benzodiazepínicos são a sedação excessiva, os problemas de memória e concentração a longo e curto prazo, a drástica diminuição da coordenação motora, o risco de quedas e o risco de morte em casos de ingestão excessiva (tentativas de suicídio). Além disso, apresentam potente interação com o uso concomitante de álcool, piorando esses quadros. Embora seja uma medicação que exige uma receita médica controlada, o controle da venda desses medicamentos é bastante ineficaz, sendo relativamente fácil obtê-los sem receita.

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

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

3. Antiparkinsonianos ou anticolinérgicos

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

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

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

4. Analgésicos

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

cia. O abuso e a dependência ocorrem principalmente em pacientes com dores crônicas e profissionais de saúde. A codeína era comumente encontrada em xaropes para tosse, administrados inclusive em crianças. O Elixir Paregórico® era um composto medicinal usado como sedativo e antiespasmódico que continha codeína e, por esse motivo, também se tornou uma droga de abuso. Os efeitos danosos dos opióides podem incluir alterações de comportamento, como euforia excessiva, podendo chegar a quadros confusionais e morte por depressão respiratória. Além disso, o uso contínuo dessas substâncias pode fazer com que se desenvolva rapidamente um quadro de dependência, sendo que a síndrome de abstinência é bastante grave, com diversos sintomas desagradáveis, como fortes dores abdominais, sudorese, tremores, oscilações de temperatura e pressão arterial.

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

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

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

No caso dos opióides especificamente, além dessas estratégias gerais, pode-se lançar mão da terapia de substituição com metadona, porque apesar de ser um opióide, apresenta meia-vida mais longa e menor incidência de efeitos psíquicos. Além disso, o uso monitorado da metadona faz com que se diminuam os riscos de uso abusivo de outros opióides, sobretudo porque evita que o indivíduo desenvolva o quadro de síndrome de abstinência.

5. Anfetaminas

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

O carente controle na distribuição dos medicamentos faz com que seja relativamente fácil obtê-los por meios não oficiais. Os efeitos danosos das anfetaminas incluem agitação psicomotora, inquietação, insônia, hipertensão arterial, hipertensão pulmonar, aumentando conseqüentemente o risco para quadros mais graves, como infarto.

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

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

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

6. Alucinógenos

Existem diversas substâncias encontradas na natureza que, quando consumidas, desencadeiam quadros de alucinações e distorções perceptuais, como alguns tipos de cogumelos; o peiote, que é um tipo de cacto; a ibogaína, que é uma planta; a hoasca, que é um chá preparado através da mistura de duas plantas – o cipó jagube (*Banisteriopsis caapi*) e a folha rainha ou chacrona (*Psicotrya viridis*) – entre outras. Os efeitos mais comuns dessas substâncias são alterações e distorções perceptuais, como modificar tamanho, forma e cor dos objetos e uma confusão dos sentidos vitais, como “ver um cheiro” ou “tocar uma visão”. A maconha também pode ser consumida por via oral, geralmente colocada em alimentos, principalmente bolos, bolachas e “brigadeiros” ou sob a forma de chás. Para todos esses tipos de drogas, um grande risco que pode ocorrer é o desencadeamento de sintomas psicóticos, levando a pessoa a ter comportamentos de risco, como suicídio, ou sintomas desagradáveis quando utilizadas num estado emocional ruim, proporcionando uma “má viagem” (“bad trip”).

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

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

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

7. Drogas sintéticas (LSD, Ecstasy, GHB)

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

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

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

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

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

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

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

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

Referências bibliográficas

- Marlatt GA. Redução de danos - estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: ARTMED, 1999.
- Silveira, DX; Moreira, FG. Panorama Atual de Drogas e Dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

5

Redução de Danos para o Álcool

Alessandra Maria Julião

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E quais são as características destes programas de tratamento?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quais são os níveis de alcoolemia (concentração de álcool no sangue) considerados seguros no trânsito?

Em geral, concentrações de até 0,2 grama por litro de sangue não costumam provocar nenhum efeito sobre os reflexos no trânsito. A partir deste valor, os efeitos sobre os reflexos e a capacidade de julgamento começam a afetar o desempenho do motorista. No Brasil, a concentração máxima de álcool no sangue permitida pela lei é de 0,6 g/l. É importante lembrar que este valor-limite é variável de acordo com a legislação de cada país. Por exemplo, nos EUA, o valor permitido é de 0,8 e na Suécia de 0,02g/l. A tabela abaixo ajuda a entender os efeitos do álcool no organismo de acordo com a alcoolemia:

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

Álcool e trânsito: como cuidar desta associação tão perigosa?

Esta é sem dúvida uma área que merece atenção especial por parte de toda a sociedade. É crucial aumentar a consciência dos cidadãos sobre os riscos de dirigir embriagado e buscar

estratégias que promovam mudanças neste comportamento de alto risco. No Brasil, alguns programas de RD tiveram experiências bem sucedidas neste campo. Existem diversas medidas que podem ajudar a minimizar os danos decorrentes da associação entre álcool e trânsito, dentre as quais podemos ressaltar:

- Escolher o “amigo da vez”, ou seja, definir a cada saída qual membro do grupo não fará uso de bebidas alcoólicas e ficará responsável pela direção. Os membros do grupo devem fazer rodízio nessa função.
- Treinar garçons e outros profissionais que trabalham em ambientes onde são servidas bebidas alcoólicas a identificarem pessoas alcoolizadas com o objetivo de ajudá-las a perceberem que não devem dirigir e sim utilizar outro meio de transporte mais seguro para voltarem para casa (táxi ou transporte público).
- Proibir que atendentes sirvam álcool a indivíduos já alcoolizados, bem como a crianças e adolescentes, instruindo-os sobre o papel social para intervirem em situações de risco com seus clientes.
- Programas educativos de trânsito que forneçam informações sobre o álcool e o trânsito.

Sexo e álcool, como tornar esta associação mais segura?

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

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

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

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

Existe alguma situação em que seja desaconselhável aplicar as estratégias de redução de danos ?

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

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

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

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

Referências bibliográficas

- Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Brasil – 2001. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República, Gabinete de Segurança Nacional. São Paulo – 2002 – Brasil.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; Álcool e Redução de Danos – uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília, 2004.
- Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Série E. Legislação da Saúde; Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- Oliveira E, Melcop AG. Álcool e Trânsito. Instituto RAID/CONFEN –MS/DETRAN – PE, Recife; 1997.
- Dimeff AL, Baer SB, Kivlahan DR, Marlatt GA. Alcoolismo entre estudantes universitarios – Uma abordagem de redução de danos, São Paulo, Ed. Unesp, 2002.
- Marlatt GA e colaboradores, Redução de Danos – Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco, São Paulo, Ed. Artes Médicas, 1998.

6

Redução de Danos para Drogas Inaladas e/ou Aspiradas

Marcelo Niel e Deborah Yafa Goldshmidt

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

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

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

E como elas se apresentam e como são utilizadas?

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

A maioria dos solventes são derivados do tolueno, um solvente orgânico empregado para diluir substâncias como tintas, cola. Outros produtos como a benzina, o éter, o clorofórmio e a acetona, também são fabricados à base de solventes. O uso geralmente é inalado, embebendo-se a substância em um pano e levando-o à boca, puxando o ar e, conseqüentemente, a substância para dentro. A exceção ocorre com a cola-de-sapateiro porque, por ser mais espessa, geralmente é colocada em um recipiente fechado, como um saco plástico que é levado à boca e, então, inalado.

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

Quais são os efeitos e os danos dessas drogas?

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

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

E como é que podemos reduzir danos para a cocaína?

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

Uma vez que o usuário recebeu as informações e por não conseguir ou não desejar descontinuar o uso, parte-se para as estratégias propriamente ditas:

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

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

Kit para uso de cocaína aspirada

Ele é composto de :

- canudos de plástico;
- uma chapa de alumínio que serve como “bandeja” para a cocaína;
- cartão para separar as carreiras;
- folheto explicativo;
- preservativo e lubrificante;
- hastes flexíveis e soro fisiológico para limpeza das narinas;
- em países como a França, o kit contém óleo à base de vitamina E para aplicação nas mucosas.

E como reduzir danos para os solventes?

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

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

E com relação ao *poppers*?

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

Referências Bibliográficas

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

Silveira, DX; Moreira, FG. Panorama Atual de Drogas e Dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

7

Redução de Danos para Drogas Fumadas

Marcelo Niel

Quais são as principais drogas fumadas em nosso meio?

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

Como são essas drogas e como elas são fumadas?

A maconha é a droga ilícita mais usada em nosso meio, sobretudo na forma fumada. Pode também ser usada sob a forma de chás ou adicionada a alimentos, como bolos, “cookies” e brigadeiros. Ela é na verdade uma planta, a *Cannabis sativa*, e as partes utilizadas para seu consumo variam com a região do mundo e com aspectos culturais, podendo-se aproveitar folhas, caule, sementes, flores e raiz. Existem vários outros tipos dessa substância, como o Haxixe e o Skank, que se diferem pelas concentrações mais altas do Delta-9–THC (Delta-9–Tetrahydrocannabinol).

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

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

Ele é geralmente fumado em cachimbos que podem variar em sua constituição, desde cachimbos de madeira comuns até confeccionados a partir de latas de alumínio, canos de plástico ou metal, copos de plástico, entre outros.

O tabaco ou cigarro, como é conhecido em nosso meio, é preparado através da secagem das folhas do tabaco (*Nicotina tabacum*). Suas apresentações podem variar desde a mais comum, o cigarro, constituído por canudos de papel e um filtro de algodão ou espuma sintética até charutos, cigarrilhas, cigarros de palha, fumo-de-corda.

A heroína pode ser fumada tanto na forma de cigarros em folhas de seda ou aquecida em uma espécie de “plataforma” de vidro ou papel alumínio e sua fumaça aspirada.

Quais são os principais danos relacionados a essas drogas?

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

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

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

Um outro dano que pode ocorrer são lesões na região da boca pela alta temperatura do cigarro de maconha, predispondo a transmissão de doenças como o vírus do Herpes e da hepatite C. Além disso, essas lesões e o calor local podem predispor ao aparecimento de câncer de cavidade oral.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E quais são as estratégias de RD para essas drogas?

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

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

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

O uso do cachimbo para usuários de crack é uma estratégia empregada por vários PRDs e surgiu como uma forma de evitar que o usuário consuma a droga em recipientes nada higiênicos,

como latas e copos usados que oferecem risco de intoxicação com resíduos de certos materiais, como plástico e metal. Dessa forma, são distribuídos cachimbos e orienta-se o não compartilhamento dos mesmos ou, ao menos, dos bocais removíveis. No Brasil, os cachimbos distribuídos são feitos de madeira e com bocal de plástico. Na França, o Centre EGO em Paris distribui cachimbos de vidro, cuja vantagem sobre o cachimbo de madeira é que, na hora de raspar as sobras de crack no fundo do recipiente onde o crack foi fumado (a “borra”), o fato de ser constituído de vidro impede que o usuário fume outras substâncias como metal, plástico ou madeira que podem ser tóxicos.

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

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

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

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

Mas a maconha também não é uma droga ilícita?

Sim, de fato é uma droga ilícita. Mas o que ocorre nessa estratégia de RD é que se o indivíduo não consegue parar de usar o crack e consegue, através da maconha, abster-se do crack de forma a aproveitar o efeito farmacológico da maconha no alívio da fissura, então devemos entender essa transição como um passo importante na recuperação desse sujeito.

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

E quanto ao tabaco?

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

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

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

Referências Bibliográficas

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

Silveira, DX; Moreira, FG. Panorama Atual de Drogas e Dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

8

A Redução de Danos e a Legislação Penal

Maurides de Melo Ribeiro

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Culminando essa primeira etapa temos a iniciativa da Secretaria Nacional Antidrogas, a SENAD, que encampou a redução de danos como uma das estratégias da Política Nacional Antidrogas brasileira, nos termos da resolução nº3/ CONAD, de 27 de outubro de 2005.

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

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

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

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

Como a área do direito tem discutido a redução de danos?

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

Os redutores de danos podem ser presos em atividade de campo, distribuindo insumos?

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

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

Hoje, a própria Política Nacional Antidrogas brasileira, nos termos da resolução nº3/ CO-NAD, de 27 de outubro de 2005, reconhece a redução de danos como política de saúde pública na área de drogas e o Ministério da Saúde editou a portaria nº 1.059, de 4 de julho de 2005, que regulamenta as ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPSad.

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

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

Os insumos podem ser apreendidos pela polícia?

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

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

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

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

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

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

Qual o respaldo legal das atividades de redução de danos?

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

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

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

Quais os direitos legais dos usuários/dependentes de drogas?

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

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

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

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

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

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

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

9

Anexos

ANEXO 1

Lei nº 9.758 de 17 de setembro de 1997

(Projeto de lei nº 353/96, do Deputado Paulo Teixeira - PT)

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

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SÃO PAULO:

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

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

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

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

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

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

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

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

Palácio dos Bandeirantes, 17 de setembro de 1997.

MARIO COVAS

José da Silva Guedes, Secretário da Saúde

Walter Feldman, Secretário - Chefe da Casa Civil

Antonio Angarita, Secretário do Governo e Gestão Estratégica

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

ANEXO 2

LEI nº 4.041, de 23 de outubro de 2006.

Modifica dispositivos da Lei Municipal nº 3.192, de 17 de junho de 1999, que cria o Conselho Municipal de Entorpecentes.

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

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

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

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

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

- I – celebrar junto a entidades públicas e privadas convênios e protocolos de intenções e serviços que propiciem os fins previstos na presente Lei;
- II – desenvolver, estimular e fiscalizar programas de prevenção ao uso indevido de drogas;
- III – supervisionar e regular as atividades executadas no Município no que diz respeito à prevenção ao uso e tratamentos oferecidos para recuperação do uso indevido de drogas;
- IV – aprimorar o conhecimento sobre as substâncias psicoativas e favorecer a transmissão deste à comunidade;
- V - orientar ao usuário bem como seus familiares que procuram o COMAD/CONTAGEM;
- VI – atuar junto ao Sistema Único de Saúde na prevenção da transmissão de patologias entre usuário de drogas dentro de uma concepção de redução de danos em saúde pública, observando as seguintes diretrizes:
 - a) abordagem, aconselhamento e acompanhamento do usuário de drogas, oferecendo e/ou encaminhando-o aos serviços de atenção integral à saúde;
 - b) promoção de iniciativas e campanhas de orientação e aconselhamento sobre riscos à saúde decorrentes do uso indevido de drogas;
 - c) divulgação e orientação de procedimentos destinados a reduzir riscos inerentes ao uso indevido de drogas, nos diversos seguimentos da sociedade;
 - d) distribuição de preservativos e orientação sobre uso;
 - e) distribuição de insumos descartáveis, mediante troca, por equipamentos utilizados.
- VII – credenciar instituições e entidades para fazer troca gratuita de seringas a usuários de drogas injetáveis, observando-se as orientações do Sistema Único de Saúde, por meio dos órgãos especializados que indicar e de acordo com as normas do Ministério da Saúde;
- VIII – envolver as unidades públicas e privadas do Sistema Único de Saúde no Município de Contagem, por intermédio de seus órgãos especializados, na execução da política de redução de danos.

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

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

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

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

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

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

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

MARÍLIA APARECIDA CAMPOS

Prefeita de Contagem

ANEXO 3

Edição Número 127 de 05/07/2005

Ministério da Saúde

Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 1.059, DE 4 DE JULHO DE 2005

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- I - ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente dos usuários que não têm contato com o sistema de saúde, por meio de trabalho de campo;
- II - distribuição de insumos (seringas, agulhas, cachimbos) para prevenir a infecção dos vírus HIV e Hepatites B e C entre usuários de drogas;
- III - elaboração e distribuição de materiais educativos para usuários de álcool e outras drogas informando sobre formas mais seguras do uso de álcool e outras drogas e sobre as conseqüências negativas do uso de substâncias psicoativas;
- IV - ampliação do número de unidades de tratamento para o uso nocivo de álcool e outras drogas;
- V - outras medidas de apoio e orientação, com o objetivo de modificar hábitos de consumo e reforçar o auto-controle.

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

- I - ofício do gestor solicitando o incentivo financeiro;
- II - descrição das estratégias comunitárias de redução de danos vinculadas ao CAPSad, com duração mínima de 12 meses e definição da área de abrangência e o número de usuários de álcool e outras drogas previstos a serem acessadas;
- III - relação dos agentes redutores de danos que estarão vinculados ao serviço, acompanhada de dados de identificação;
- IV - termo de compromisso do gestor local, assegurando o início das ações em até 3 (três) meses após o recebimento do incentivo financeiro de que trata esta Portaria; e
- V - proposta técnica de aplicação dos recursos.

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

- I - existência de CAPSad cadastrado no município a ser beneficiado;
- II - população do município superior a 100.000 habitantes.

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

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

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

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

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

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

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

HUMBERTO COSTA

ANEXO 4

Política Nacional Sobre Drogas

GABINETE DE SEGURANÇA INSTITUCIONAL

CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS

RESOLUÇÃO Nº3/GSIPR/CH/CONAD, DE 27 DE OUTUBRO DE 2005

Aprova a Política Nacional Sobre Drogas

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

RESOLVE:

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

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

JORGE ARMANDO FELIX

POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

Brasília 2005

PRESSUPOSTOS DA POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

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

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

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

OBJETIVOS DA POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

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

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

1. PREVENÇÃO

1.1 Orientação geral

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

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

1.2 Diretrizes

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

visando à melhoria da qualidade de vida, baseadas no processo da responsabilidade compartilhada, tanto do empregado como do empregador.

- 1.2.9 Recomendar a criação de mecanismos de incentivo para que empresas e instituições desenvolvam ações de caráter preventivo e educativo sobre drogas.

2. TRATAMENTO, RECUPERAÇÃO E REINserÇÃO SOCIAL

2.1 Orientação Geral

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

2.2 Diretrizes

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

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

3. REDUÇÃO DOS DANOS SOCIAIS E À SAÚDE

3.1 Orientação Geral

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

3.2 Diretrizes

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

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

4. REDUÇÃO DA OFERTA

4.1 Orientação Geral

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

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

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

4.2 Diretrizes

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

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

5. ESTUDOS, PESQUISAS E AVALIAÇÕES

5.1 Orientação Geral

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

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

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

5.2 Diretrizes

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

ANEXO 5

LEI Nº 12.258, DE 9 DE FEVEREIRO DE 2006
(Projeto de Lei Nº 563, DE 2003 do Deputado Fausto Figueira-PT)

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

O PRESIDENTE DA ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA:

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

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

- I - promover esclarecimentos que visem conscientizar o conjunto da população sobre as ações de prevenção e programas de tratamento voltados para os usuários de drogas;
- II - desenvolver campanhas que visem informar e estimular o diálogo, a solidariedade e a inserção social dos usuários de drogas, não os estigmatizando ou discriminando; manter inserido na escola e no trabalho o usuário de drogas e em tratamento quando ele assim precisar;
- III - prover as condições indispensáveis à garantia do pleno atendimento e acesso igualitário dos usuários de drogas aos serviços e ações da área de saúde;
- IV - vetado;
- V - vetado;
- VI - desenvolver atividades permanentes que busquem prevenir a infecção dos usuários de drogas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), Hepatite C ou outras patologias conexas;
- VII - vetado;

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

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

- I - garantia de não exclusão de escolas, centros esportivos e outros próprios no Estado de São Paulo, pela sua condição de usuário de drogas;
- II - não sofrer discriminação em campanhas contra o uso de drogas que diferenciem os usuários dos dependentes;
- III - o acesso a tratamentos que respeitem sua dignidade, permitindo sua reinserção social;
- IV - ser informado, de todas as formas, estratégicas, tipos e etapas de tratamentos, incluindo os desconfortos, riscos, efeitos colaterais e benefícios do tratamento;
- V - apoio psicológico durante e após o tratamento, sempre que necessário;

Parágrafo único - Se o dependente de drogas for servidor público estadual, serão garantidas, durante o tratamento, as mesmas condições previstas para as demais doenças na Lei 10.261,

de 28 de outubro de 1968 - Estatuto dos Funcionários Públicos Civis do Estado.

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

- I - a testagem sorológica deve ser procedida com aconselhamento pré e pós teste;
- II - o resultado do teste deve permanecer estritamente protegido pelo segredo profissional;
- III - as pessoas soropositivas devem ser informadas do resultado do teste e amparadas do ponto de vista médico, psicológico, jurídico e social; e encaminhadas para os serviços públicos especializados;

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

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

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

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

a) RODRIGO GARCIA – Presidente

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

b) Marco Antonio Hatem Beneton – Secretário Geral Parlamentar.

10

Programas de Redução de Danos no Brasil

1. AC Rio Branco

ONG REARD PRD
Álvaro
prdacre@brturbo.com; prdacre@uol.com.br
(68) 223 6137 / 223 9625
Rua Santa Inês nº 74 - 69908- 970

2. AP Macapá

ONG AMAPEQ PRD
Michele
maleama@uol.com.br;
micheleroberto@uol.com.br
(96) 251 1343 (res)
Rua Francisco Xavier das Chagas, 152

3. BA Salvador

ONG ABAREDA + UFBA PRD
Tarcísio Andrade e Marco Manso
abareda@bol.com.br
marcomanso@ig.com.br; tarcisio@ufba.br
(71) 336 7943 / 336 8673 / 347 7284
Rua Pedro Lessa, nº 123 – Canela - 40110- 050

4. BA Salvador

ASSOCIAÇÃO BAIANA DE REDUTORES DE
DANOS / Universidade
MARCOS MANSO
rutebatista@usa.net
(71) 336 7943
CETAD/UFBA - Rua Pedro Lessa, nº 123 – Cane-
la – Cep: 40110-050

5. CE Fortaleza

ONG CASA RD
Rosângela de Sena e Silva e Ângelo Augusto Filho
casaa.ce@terra.com.br
(85) 491 0929
Rua Tianguá, 158 – 60410-560

6. CE Fortaleza

NÚCLEO DE ESTUDOS SOBRE DROGAS /
UNIVERSIDADE
MARIA DE FÁTIMA DE SENA E SILVA
fatsena@uol.com.br
(85)4009 7733 / 7735

AV. DA UNIVERSIDADE, 2762 – BENFICA –
60020-181

7. CE Fortaleza

Associação Cearense de Redução de Danos
Sérvulo Paulo Silva Chagas
ivancass@zipmail.com.br
(85) 491 0716
Av. Santos Dumont, 847/702 - 60150-160

8. CE Fortaleza

Associação Cearense de Redução de Danos
- ACERD / PRD: Redução de Danos: Saúde e
Cidadania/ONG
Sérvulo Paulo Silva Chagas
rdfortaleza@terra.com.br
(85) 3491 0929 / 3491 0716
Rua Tianguá, nº 158 – Montese - Cep: 60410-560

9. DF Brasília

Secretaria Saúde - PRD
Vicença Paula
prddf@ieg.com.br
dstaids@saude.df.gov.br
querrer@bol.com.br
(61) 403 2337
SIA Trecho 1 - Lotes 1730/ 1760 - Bl. "E" - 3º
andar - Cep: 71200-010

10. DF Brasília

Programa de Redução de Danos do Distrito
Federal / OG
Vicença Paula Soares Querrer
ceciliafranco@brturbo.com
(061) 3274 3155 / 3347 6997 - 3447 8118
CSB 11 - Q 905

11. ES Vitória ONG ACARD

Mônica Nascimento Dias
acardcidadania@hotmail.com

(27) 33258989
Av Nossa Senhora da Penha, 2462 sala 309

12. ES Vitória

CTDQ CPTT
Inês Maria Antunes
cpttbr@yahoo.com.br
(27) 31325105
Rua Álvaro Sarlo, s/ n

13. ES Vitória

Associação Capixaba de Redução de Danos-
ACARD / ONG
Anamaria Pimentel Tavares da Silva
acardcidadania@hotmail.com
(27)3325 8989
Av. Nossa Senhora da Penha,2462-Ed. Fontana
sala 109-Santa Luiza-Vitória-ES

14. GO Goiânia

ONG Multiplicar Ligia Isabel
iperosabr@yahoo.com.br
(62) 223 0128
Rua 08 N° 331 Sala 02 Ed. Coelho Setor Central -
Cep: 74013- 030

15. GO Rio Verde

gophiv+ – grupo de orientação ao soropositivo
hiv+
Silvio Diniz
Rua Ana Gomes 25-A – Vila Olinda – Rio Verde
- Goias

16. GO Goiânia

PRD-GOIÂNIA / Associação Ipê Rosa / ONG
ELANDIAS BEZERRA SOUSA
elandias@yahoo.com.br
iperosabr@yahoo.com.br
(62) 223 0128 / 968 20940

Rua 08 N. 331 Sala 02 Ed. Coelho - Setor: Central
- Goiânia/GO. - Cep: 74013-030

17. MA São Luís

AMIGOS, AMIGOS SERINGAS NÃO COMPAR-
TILHADAS / ONG GRUPO SOLIDARIEDADE É
VIDA

JOSÉ R. BARROS PATRICIO

tricio70@hotmail.com

rds_l_ma@hotmail.com

(98) 3232 5886 / 8112 6597

Rua São Gabriel, 200 – Fé em Deus

Cep: 65035-660 – São Luís – MA.

18. MG Araguari

PRD

Gersonina

gersonina@hotmail.com

(34) 3241 8808

19. MG Belo Horizonte

ONG Grupo Solidariedade PRD Solidário

Leandro e José Luiz

lianotta@hotmail.com ;joseluizgoncalves@uai.

com.br; solidariedademg@zipmail.com.br

(31) 3422 4646 (PRD)

20. MG Belo Horizonte

ONG REDAMIG

HELBERTH SARAIVA DO CARMO

redamig@yahoo.com.br

(31) 3428 9811

RUA PONTE NOVA ,30 - COLÉGIO BATISTA

21. MG Uberaba

ONG Alacanto

Reginaldo e Suzana

acalantorecuper@yahoo.com.br

22. MG Juiz de Fora

PRD-JF / ONGC.C. Entre Nós

Wulmar dos Santos Bastos Jr.

wulmar@cepaad.com.br

(32) 3215 0188

Rua Eurico Viana, 743 - Vila Alpina - Juiz de
Fora - MG

23. MG Belo Horizonte

PRD Solidário / ONG

Leandro Oliveira Iannota

solidairedademg@zipmail.com.br

(31) 3422 4646

Rua Além Paraíba 208/ sl 03 - Lagoinha

Rua Porta da Mata 53 Bonfim

Cep 31210-320

24. MS Campo Grande

ONG GASS PRD Tá Legal

Evandro

emasca@bol.com.br

(67) 346 5066

Rua do touro 493, Vila Nhanhá

25. MS Campo Grande

ONG REDE SUL

Paulo Paes

pdpaes@bol.com.br

(67) 346 5066

26. MS Campo Grande

ONG PRD Águia Morena

Édna Flores

ednafaraujo@bol.com.br

(67) 393 2848

27. MS Corumbá

ONG PRD Sem Fronteiras

Eliane Sabóia

(67) 231 5977 (res)

28. MS Nova Andradina e Bataiporã

ONG PRD Vida e Liberdade
Padre Antônio
ongvida@alphams.com.br
(67) 443 2200

29. MS Ponta Porã

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

30. MS Três Lagoas

RD de Três Lagoas
Farildo de Oliveira Silva
(67) 524 6000
Av. Clodoaldo Garcia, 280 - Santos Dumont -
Cep: 79600-000

31. MS Naviraí

Cláudia Dias de Jesus
claudinhadj@hotmail.com
(67) 461 4983 / 461 2457
Rua: Julio Soares, 131 - 79.950-000

32. MS Campo Grande

Mescla Latina de Fronteira MS e Bolívia / ONG
Fernando Oliveira Cruz
mescla.latina@ig.com.br
(67)30524360
General Odorico Quadro nº 441 -Centro - Cam-
po Grande / MS - 79020-260

33. MS Campo Grande

AGUIA MORENA / ONG
Edna Flores de Araújo
ednafaraujo@yahoo.com.br – (67) 393 2848
Rua Anani nº 17 -Moreninha II - Campo Grande
/ RS - 79065-132.

34. PE Recife

SMS PRD Mais Vida
Marcílio Cavalcanti
marciliocl@hotmail.com
(81) 3425 8943

35. PE Recife

PRD Cabo
jmarcelo@hotmail.com;
lucineideborges@hotmail.com

36. PE Recife

Rede Pernambucana de Redução de Danos /
UNIVERSIDADE
Maristela Moraes
redereducaodanospe@hotmail.com; mariste-
lammoaes@hotmail.com
(81) 4271 4804
R. Mardônio Nascimento, 119, Várzea, Recife-PE
Cep: 50741-380

37. PE Recife

Associação Pernambucana de Redução de Da-
nos Ana Glória Melcop
amelcop@uol.com.br
(81) 3466 0527
Av. Domingos Ferreira, 636 sala 405 Ed. Clinical
Center - Boa Viagem - 51000-000 Recife - PE

38. PE RECIFE

PROGRAMA +VIDA / OG
EVALDO MELO DE OLIVEIRA /
Patrícia Vasconcelos/ Raquel Gandelsman
evaldomelo@recife.pe.gov.br
pattyvasconcelos@yahoo.com.br
rgandelsman@yahoo.com.br
(81) 32328120/3232-8943 (SES)
Cais do Apolo, 925-13º andar-Bairro do Recife-
Recife/PE - Cep: 50030-903

39. PE Olinda

OH! Linda Vida! / OG
Rossana Rameh (Coordenação de Redução de Danos de Olinda)
rorameh@yahoo.com.br
(81)9156 9145 / (81)3305 1118
Rua do Sol, 311 - Carmo - Olinda - PE

40. PR Campo Mourao

SMS PRD Campo Mourao
Luciana
lucianamarinho_1@hotmail.com
(44) 5251144
Rua Brasil - 1487 - Cep: 87301140

41. PR Cascavel

SMS Eliane Giacomelle
cedip@cascavel.pr.gov.br
(45) 3272575 / 99622264 (cel)
Rua Paraná, 5000 Cep: 85801- 28

42. PR Cascavel

Alternativa / ONG
RESPONSÁVEL: Eliane T. Giacomelli
cedip@cascavel.br.gov.pr
(45) 3227-2575 R- 213
AV. Tancredo Neves, 2433 - Cep - 85.805.000

43. PR Castro

PRD:Reciclando Vidas / ONG
Gerson Henrique Iank
gavamoravida@brturbo.com.br
(42) 3233 3212
Rua Raimundo Feijó Gaião, 270 Jardim das Araucárias I - 84.172-560

44. PR Corbelia

SMS PRD Corbélia
Patrícia
prdcorbélia@realplus.com.br; pc@bol.com.br

(45) 2421162
Rua Amor Perfeito, 1616 Cep: 85420000

45. PR Cornélio Procopio

SMS PRD Cornélio Procopio
Ione
prdcidadaoconciente@ibest.com.br
(43) 3904 1042/ 39041082
(43) 52411198
Rua Minas Gerais, 301 Cep: 86300000

46. PR Curitiba

Clube de Mães
União Vila Das Torres PRD Cabral da Vida
Irenilda
clubedasmaes@ig.com.br; clubedemaes@pop.com.br
(41) 363 3775 / 9112 5645
Rua Esperandio Domingos Foggiatto, 456 Cep: 80215650

47. PR Curitiba

ONG GRS
Rubens
redesolpr@bol.com.br
(41) 222 3368
Rua Emiliano Pernetá, 10/ 1101

48. PR Curitiba

ONG HUMANAR Pô de Crê e Puxador de Ferro
Mirian de Quadros
mirianquadros@grupohumanar.com.br
(41) 3222 0254
R. Professor Fernando Moreira , 186/03 Centro - Cep : 80 410 120

49. PR Curitiba

CTDQ JCTEAT
PRD Campo, PRD Clinica e Caixa de Pandora e suas Bandeiras

Maria Cecilia, Lea e Naila
jeracooperativa@bol.com.br; jera@bol.com.br
(41) 353 8017 / 352 8613
Rua Augusto Streesser, 191 Cep: 80030-340

50. PR Curitiba

ONG REPARE
Semiramis Vedovatto
semirames@bol.com.br; anykrocha@hotmail.com
(41) 9996 5264
Rua Emiliano Pernetá 1000 sala 111

51. PR Curitiba

Jera cooperativa de trabalho e estudo na área da
Toxicomania / ONG
Simone Lima Fiscina
simonefiscina@yahoo.com.br
(41) 3353 8017
Rua Augusto Stresser, 191 Alto da Gloria -
Cep: 80030-340 - Curitiba - Pr

52. PR Curitiba

Rede Solidariedade / ONG
Ivone G.Rodrigues
redesolpr@brturbo.com.br; redesolpr@bol.com.br
(41) 3232 5385
rua Emiliano Pernetá,22 cj 902 - 80 010 050

53. PR Foz do Iguaçu

CTDQ CEPADA PRD Foz do Iguaçu
suzana/ Rosa
cepada@yahoo.com.br; bauken@uol.com.br
(45) 3027 6152
Rua Belarmino De Mendonça, 325 2º andar
Cep: 85852000

54. PR Lapa

SMS PRD Lapa
Ana Sofia
anasofiademedeiros@ig.com.br

(41) 622 1616
Alameda Davi Carneiro, 340 Cep: 83750- 000

55. PR Londrina

Associação Londrinense Interdisciplinar de Aids
- ALIA. - ONG
Roni Lima e Rachel Diniz Junqueira
alia@ldapalm.com.br; prd@alia.org.br
(43) 3356 3267
R. Fernando de Noronha, 864 - Centro -
Londrina - Paraná - CEP: 86060-410

56. PR Londrina

Núcleo Londrinense de Redução de Danos
Ronaldo
ato-rd@bol.com.br
Rua Fortaleza, 43 - apto 15 - Centro -
Cep: 866020-2400 - Londrina/PR

57. PR londrina

Núcleo de Redução de Danos.
Maria do Carmo Lachimia / ONG
(43) 3357 2306
Rua Clevelândia, 165 Jd. Dom Bosco - Londrina/
PR- 86060 630

58. PR Maringá

Branca de Leve/Compartilhando Cidadania/ONG
Carla Torres
brancadeleve@yahoo.com.br
carlagrrrl@ig.com.br
(44) 3269 8260
Antigo Terminal Rodoviário - Caixa de Corres-
pondência, 061 CEP: 87013-140

59. PR Ponta Grossa

ONG ARAPHIV Maluco Beleza
Ana Paula e Cristiane
reviver@interponta.com.br; cristianeceleste@
ig.com.br; anykrocha@hotmail.com; anykro-

cha@pop.com.br; anykrocha@yahoo.com.br
(42) 222 3535 / 225 0388
Rua Rio Grande Do Sul, 400 Cep: 84015020

60. PR Ponta Grossa

OG
Maria Angélica M. Schultz/ Ana Paula Rocha
cmdstaid@pg.pr.gov.br; cmdstaid@pontagrossa.pr.gov.br
(42) 3901 1738/ 3901 1739
Rua Enfermeiro Paulino, 200 - Uvaranas - CEP: 84.026-050.

61. RJ Belford Roxo

ONG PRD ACRD
José Carlos
(21) 2761 6908
Rua Tenório Cavalcante, 115, Prata

62. RJ Cantagalo

SMS PRD Cantagalo
Sany Fernandes
(22) 2555 5943 (CAPS) (21) 9958 9956
Rua Getúlio Vargas, 111/ 301, Centro

63. RJ Nova Friburgo

SMS PRD Nova Friburgo
Adriana
(22) 2521 5309 (22) 8809 0401
Rua Espírito Santo, 50, Olaria

64. RJ Petropolis

SMS Programa DST AIDS
Elisabete/ Ernani
(24) 2235 5004
Rua Vital Brasil, 487, São Sebastião

65. RJ Rio de Janeiro

Universidade UERJ PRD/ NEPAD/ UERJ
Christiane Moema

chrisampa@uol.com.br
(21) 94268850 22654273
Rua Fonseca Teles, 121

66. RJ Rio de Janeiro

Psicotropicus / ONG
Luiz Paulo Guanabara
luiz@psicotropicus.org
(21) 2240 4377
Rua General Justo 275/316-B, bairro do Castelo,
CEP 20021- 130, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

67. RJ Rio de Janeiro

Associação Carioca de redução de Danos / ONG
José Carlos de Oliveira
associacaocarioca@yahoo.com.br
(21) 3295 0791
Praia de Botafogo, 316/sala 920, Botafogo, Rio
de Janeiro, RJ - 22.250-040

68. RJ São Gonçalo

ONG PRD ACRD
Ana Angélica
anageli3@yahoo.com.br
(21) 2605 9530
Rua Fancisco Portela, 2500 c/ 2, Camarão

69. RJ São João de Meriti

ONG PRD São João Meriti
Norma Gomes
(21) 3469 2421
Rua Aurora, 188, Edson Passos, Nilópolis

70. RJ Saquarema

SMS PRD
Ana Beatriz Alves da Cruz
anabird@hotmail.com
(22) 2651 2635
Rua Dona Dea, 61, Itaúna

71. RJ Valença

SMS Casa Saúde Coletiva
Laurentino Monteiro Fernandes
(24) 2452- 4556 (Saúde Coletiva) / 9218- 7947
Rua Projetada B, 197, Chabira Pintagna

72. RJ Valença

PROGRAMA 'VALENÇA REDUZ" / OG / Secretaria de Saúde de Valença/ Programa DST/Aids
Katia Brinco - Redutora de Danos
katiabrinco@uol.com.br
(24) 2452 4556 / 2453 3517
Rua Araris- 5- Monte Douro - > CEP 27600 000
VALENÇA RJ

73. RS Alegrete

Ilka Monteiro, Elizabeth Rodrigues Souza da Costa
saudealegrete@bol.com.br
(55) 3422 5900/ 3422 3474
Fax: 34421652
R. Bento Gonçalves, 592 Cep: 97542- 130

74. RS Cachoeira do Sul

Lídia Mara Gonçalves e Itaira Regina Moraes Teixeira
saude@netecentro.com.br
(51) 3724 6004 / 3722 2889 / 3723 4519
Fax: 3724 6085
Rua Cel. João Leitão, 1055 Cep: 96506670

75. RS Cachoeirinha

PROJETO DE REDUÇÃO DE CACHOEIRINHA / ONG
PAULA DANIELA DA ROSA MARTINS
prdcachoeirinha_rs@yahoo.com.br
(51) 438 3977 / 470 4307 / 3286 4925
Rua Amazonas, 583 - Vila Anair - Cachoeirinha - RS

76. RS Canoas

VHIVA MAIS - Fissura pela Vida
Osvaldo M. de Carvalho Filho/ Armando Borges
vhivamais.rs@bol.com.br; a.borges@pop.com.br
3032 6328
Rua Santos Ferrari, 1355 Cep: 92020- 001

77. RS Carazinho

PRD Carazinho/OG
Bernadete de Moraes Pereira/ Airton Luis
pereira@wavetec.com.br
(54) 331 4510 r. 26 / 33313488
Av. Pátria, 738 Cep: 99500- 000

78. RS Charqueadas

Roberto dos Santos Melo
pmcsaude@terra.com.br
658 1186 / 658 3097 /658 1799
Av. Getúlio Vargas, 1050 Cep: 93270-170

79. RS Estrela

Celina Darde
mariawermann@bol.com.br
(51) 3981 1118
Av. Rio Branco, 553 Cep: 95880- 000

80. RS Gravataí

Denize Pereira Kochi
uapars@yahoo.com.br; denizepr@hotmail.com
(51) 497 8000
R. João Alves de Souza n° 15 Cep: 94010- 210

81. RS Gravataí

MOVIMENTO METROPOLITANO DE REDUÇÃO DE DANOS Dilson Conceição Strossi
gravataids@ig.com.br
PRD Gravataí - Centro de Ações Coletivas - R. Dr. Luiz Bastos do Prado, 1846 - Centro - Cep: 94010-000 - Gravataí - RS

82. RS Parobé

GO

Mauro Oliveira

mauroprd@bol.com.br; maurooliveiraconsultoria@yahoo.com.br; vtrentin@zip.com.br
eliseo@pmparabe.com.br; parobe@tca.com.br
(51) 543 3079

Rua Francisco Alves, 259 - Centro - 95630-000

83. RS Pelotas

Gilberto

smsbe.dstajds@pelotas.com.br; smsbe.prd@pelotas.com.br

(53) 284 7751 Fax: 227 5077

R. Casa da Costa nº 1764 Cep: 96010- 15

84. RS Porto Alegre

SMS Programa de Redução de Danos de POA

Marcia Colombo

mrc@gd4.prefpoa.com.br;
mrcolombo@uol.com.br

(51) 3231 7114 / 3231 7114

R. Manoel Lobato, 151 CEP: 90850- 530

85. RS Porto Alegre

ONG Associação Gaúcha de Redutores de Danos

Fátima Machado

(51) 9164 2507

Rua Mestre Macedinho, n.º 141, acesso nestor,
casa 07 - B. Nonoai 91720- 600

86. RS Porto Alegre

ONG MMRD Projeto TreinAgente - MmRd

Paula Daniela da Rosa Martins

treinagente@yahoo.com.br;
mmrdanos@ig.com.br

(51) 3331 7796

Rua Eudoro Berlink, 662 Apt 502
Cep: 90450- 030

87. RS Porto Alegre

Projeto Morro da Cruz para a Vida / ONG

João Werlang / Dênis Roberto da Silva Petuco

dpetuco@yahoo.com.br

(51) 3318 3119 - 3318 3125 - 9913 6759

Rua Vidal de Negreiros, 583 - Morro da Cruz -
Porto Alegre - RS - CEP: 91520 - 480

88. RS Porto Alegre

ARDPOA (Associação de Redutores de Danos de porto Alegre) / ONG

Maria Luisa dos Santos

ardpoa@hotmail.com ou mariodaconceicao@hotmail.com;
rdpoa@hotmail.com

(51) 3384 2852

Rua Mário de Artagão, nº Bairro Partenon

CEP 90680-090 - Porto Alegre/RS

89. RS Porto Alegre

ASSOCIAÇÃO GAÚCHA DE REDUTORES DE DANOS

FÁTIMA BERENICE MACHADO

areders@bol.com.br

(51) 9164 2507 / 231 7114

Rua Mestre Macedinho, nº 141 - casa 07 - B.

Nonoai - 91720-600 - Porto Alegre, RS

90. RS Porto Alegre

Agência Livre para Infância, Cidadania e

Educação (ALICE) / ONG

Clarinha Glock

clarinhaglock@terra.com.br

(51) 3228 5917

Caixa Postal 651 - Porto Alegre, RS

Cep: 90001-970

91. RS RIO GRANDE

PROJETO REDUÇÃO DE DANOS AIDS/DROGAS / ONG

ROSANA SAAD, ANA LUIZA NUNES

gapa-rg@vetorial.net; nunes@vetorial.net; rosa-ad11@hotmail.com
(53) 3232 9684
Rua Zalony, 276 - Centro - Rio Grande - RS -
Cep: 96200-070

92. RS Santa Cruz do Sul

ONG PRD
Alzira Vaz da Silva
alzascout@bol.com.br
(51) 3711 8485 / 3715 6368 / 8409 0336
R. Sete de Setembro, 993 Cep: 96825- 000

93. RS Santa Maria

Tatiana Araújo
vosiqueira@bol.com.br;
tatianaaraujovaz@yahoo.com.br
(55) 221 7441
Fax 222 8818
R. Martin Souza, 68 Cep: 97050- 750

94. RS Santa Maria

ONG Saúde, Solidariedade e Cidadania
Everton Luis Pereira
prdsantamariars@hotmail.com
(55) 222 3290 / 223 7038
Rua Floriano Peixoto, 1752 CEP: 97010- 510

95. RS Santa Maria

PRD Santa Maria RS / OG
Flávia Costa da Silva
flavinhacostas@hotmail.com; prdsantamariars@hotmail.com
(55) 3223 7038
Rua Treze de maio nº 35 - bairro centro - Santa Maria - RS - 97010-510

96. RS Santa Maria

Reduzindo Danos na Região Centro do Estado do Rio Grande do Sul

Francisco Roberto Avelar Bastos
consissma@terra.com.br
(55)32217441 / (55)32228818
Lamartine Souza, nº68. Bairro Nossa Senhora de Lourdes.

97. RS Santana do Livramento

Lisiane T. de Souza Staevie
smasths@sultelecom.ne; guli@v-expressa.com.br; rmo@v-expressa.com.br
(55) 242 4400 / 242 3705 / 241 1979
R. 7 de Setembro, 479

98. RS São Borja

SMS PRD São Borja
Traudi Eloiza Figur
smsma@gpsnet.com.br; epidemio@saaborja.rs.gov.br; traudifigur@bol.com.br
(55) 430 4195 / 431 1669
R. Coronel Lago, 1844 Cep: 97670- 000

99. RS São Leopoldo

Ricardo Brasil Charão
rcharão@terra.com.br; aspasul@ig.com.br; aspa@org.com.br
590 1505 / 3334 8562
R. São Caetano nº 965 Cep: 93010- 250

100. RS Tramandaí

Redução de Danos / OG
Fabiana Aldrighi Böhmer
fbohmer@bol.com.br
fabianabohmer@terra.com.br
(51) 684 9072/ 684 9054 / 661 1822
Av da Igreja,346 Centro Tramandaí RS –
Cep: 95590-000

101. RS Viamão

Maria Letícia Rodrigues Ikeda / Beatriz
romaldos@yahoo.com
493 1121/ Fax: 493- 8702
R. Ângelo Silveira, 170 Cep: 94480- 560

102. SC Balneário de Camburiú .

Ricardo ou Uédio
(47) 363 6741

103. SC Blumenau

Fazendo Diferença
(47) 9992 4632

104. SC Chapecó

ONG GAPA
(49) 323 8830

105. SC Florianópolis

ONG ACORDA Rede CAT RD
Mário Cardoso
acordasc1@bol.com.br; acordasc@ibest.com.br;
mariohfc@hotmail.com
(48) 223 3719
Endereço: Rua Julio Moura, 192 - Sala 101
Cep: 88020-150.

106. SC Florianópolis

SMS/ OSC
Cristina
sonia@pmf.sc.gov.br – (48) 239 1540

107. SC Florianópolis

Movimento A / ONG
Rosângela de Sena e Silva
rosa7@terra.com.br; casaa@terra.com.br
(48) 228 5281
Rua Frei caneca 7 / 101 - Agrônômica - Florianópolis - SC - Cep: 88025-000

108. SC Florianópolis

LAR RECANTO DA ESPERANÇA.
Accacio Mello Filho.
lar@larrecantodaesperanca.org.br; accaciof@terra.com.br
Rod: João Gualberto Soares, 3040- Distrito do Rio Vermelho. - Florianópolis- SC
Cep : 88060-200

109. SC Imbituba

ONG Ganhando Vida
Marília
isovid@brturbo.com – (48) 255 2562
Rua Quintino Bocaiúva, 373 - Centro -
Cep: 88780- 000

110. SC Itajaí

OG
Sabrina I. Tomaz - Guiomar Carolina Barros Gomes - Marcela Regina da Silva
sabinatomaz2002@yahoo.com.br; prevenção.sms@itajaí.sc.gov.br
(47) 348 3313 ramal 248,
R: Felipe Schmidt, Sn - Centro - Itajaí - SC -
Cep: 88300-000

111. SE Aracaju

CAPS AD PRD Aracaju
Eudes e Marco Otávio
prdaracaju@emsergipe.com; marco.otavio@emsergipe.com
(79) 3179 4621 / 3243 6404
Rua Firmino Fontes, s/ n, Bairro Atalaia

112. SE Aracaju

Programa de Redução de Danos de Aracaju / OG
Marco Otávio dos Santos Viana
saude.dst@aracaju.se.gov.br
(79) 3179 1012 / 2106 9719
Rua Sergipe, 1310 Bairro Siqueira Campos

113. SP Barretos

CM DST/AIDS de Barretos
Puro Sangue; Denise Klener; Fernanda Regina de Oliveira
dstaids@secretariasaudebarretos.com.br; klener@barretos.com.br
(17) 3323 7117
Rua 30 nº 564 - Barretos – SP Cep: 14780-900

114. SP Bertioga

SMS Cometa Halley
Airton da Costa e Fabiane Augusto
bertioga@terra.com.br; viepbertioga@terra.com.br
(13) 3317 4015
Praça Vicente Molinari, S/ N. Bertioga/ SP
Cep: 11250- 000

115. SP Botucatu

PM Botucatu
Cristina Yamamoto
dstaids@botucatu.sp.gov.br
(14) 3882 8686
Praça Carlos César,s/n Cecap
Cep 18607-050 SMS

116. SP Campinas

Valdete Alves de Queiroz
coas_cta@ig.com.br; valalque@ig.com.br
(19) 3235 2216 / 3236 3711
Av. Anchieta, 200 Cep: 13015- 904
R. Padre Vieira, 954

117. SP Campinas

PRD Campinas / OG
Valdete Alves de Queiroz
prdcampinas@ig.com.br
(19) 3234 5000 Fax: (19) 3234 6175
Rua Regente Feijó, 637 Centro
Cep: 13013-051.

118. SP Caraguatatuba

SMS
Aurélio
saudecaragua@uol.com.br
(12) 3883 1373
R. São José dos Campos, 127/ 128
Cep: 11660-000

119. SP Catanduva

P.M. DST/Aids de Sec. M. da Saúde de Catanduva
Jean Carlos de Oliveira Dantas
aidscatanduva@ig.com.br; pmaidscatanduva@ig.com.br
(17) 523 6011
R. Paraíba, 275 - Centro
Cep: 15800- 070

120. SP Cosmópolis

PM Cosmópolis
Érika
erikavr@terra.com.br
(19) 3872 3149
Av. Ester,1367- Jardim de Fáveri
Cep: 13150-000

121. SP Diadema

SMS
Sueli Martins e Mirian Aranda
pmdsaude@cti.com.br; crtdiadema@ig.com.br;
sueliamartins@iron.com.br
(11) 4057 7993 / 4057 7954
R. Felipe Camarão, 287. Centro - Cep: 09911-340

122. SP Franca

SMS Viagem Limpa
João Carlos S. Doná e Andrea Faria Sousa
dstaidsfranca@bol.com.br; pmsaude@franca-net.com.br
(16) 3722 2333 / 3704 9994 / 3711 9000
Rua Frederico Moura, 1517

123. SP Guarulhos

SMS

Daleu Hadad ou Solange Ap. Bená
dalelhaddad@guarulhos.sp.gov.br; coord-plane-
jamento@ig.com.br

(11) 6472 5014 / 6472 5011 / 208 9850

Rua Iris, 300 - Cep: 07051- 080

124. SP Jacarei

ABRAVI A escolha é sua

Luciana Monteiro

(12) 3953 1729

125. SP Jundiaí

SMS

Lucilene Ormond

lucileneormond@hotmail.com; rd.saúde@jun-
diai.sp.gov.br; luseringa@bol.com.br

(11) 4586 8311 / 4586 2402

Av. da Liberdade, s/ nº - Vila Bandeirantes

Cep: 13214- 900

126. SP Limeira

SMS Ta maneiro

Jorge Pacagnelli

fcsoares@waidsoft.com.br

(19) 345 12021

127. SP Marília

CM DST/AIDS de Marília

Helena Regina Querino

hquerino@yahoo.com.br

(14) 421 6507 / 421 6500 R. 6578

Av. República 770, Centro - Marília CEP
17509-030

128. SP Olímpia

SMS

Cecília Oliveira Donaire

(17) 281 6444 / 2816110 (Prog AIDS)

FAX: (17) 281 6941 .

129. SP Piracicaba

Benedita Maria deCastro

Infoxv@terra.com.br; gabixv@terra.com.br

(19) 3433 6704 / 3433 2293

Rua XV de Novembro, 259, Centro

Cep: 13400- 370

130. SP Piracicaba

SMS

Adriana Matiazio e Cristina Monaco

crismonaco@hotmail.com

(19) 3422 7375 / 34355548

Rua Gomes Carneiro, 1042

131. SP Ribeirão Preto

SMS

Fátima Regina

progaid@sau.de.pmrp.com.br

(16) 3977 9332 (Prog AIDS)

Av. Presidente Kennedy, 2634 - Cep: 14095-220

132. SP Ribeirão Preto

SMS Nuprev

Stella Maris Nogueira

progaid.sau.de@coderp.com.br

(16) 3995 9300 / 3995 9371

Av. Pres. Kennedy, 2634 Cep: 14090-220

133. SP Rio Claro

PRD "PARADA SEGURA" / OG

Neide Heloisa Outeiro Pinto

heloisaop@yahoo.com.br; dst@claretianas.com.
br; helopbr@yahoo.com.br

(19) 3533 3350 / 3533 8074

Rua 10 n.152 Consolação - Rio Claro - SP

Cep: 13.500-090

134. SP Santos

ASPPE Luciana Villarinho
asppe@fractal.com.br; luvillarinho@uol.com.br
(13) 3219 8873 / 3219 4536
R. Paraguaçu, 42 - Boqueirão Cep: 11050- 020

135. SP Santos

IEPAS - Instituto de Estudos e Pesquisas em Aids de Santos./ ONG
Regina de Carvalho Bueno
iepas@iepas.org.br
(013) 3235 4842 / (013) 3234 2576
Campos Sales, 59 Altos - Vila Mathias - Santos - SP - 11.013-401

136. SP São Vicente

CM DST/AIDS São Vicente
Paula Jayme de Araújo
coaidssv@terra.com.br; ctabetinho@itelefonica.com.br; ricapaula@uol.com.br
(13) 3467 6632 / 3469 8522
R. Martim Afonso, 214 sala 41 Centro S. Vicente
CEP: 11310-010

137. SP São Vicente

Projeto Hipupiara Toma lá da cá
Juliana Flores e Vera Lúcia
julianaromano41@hotmail.com
(13) 3466 4007 / 3469 7207
Rua Freitas Guimarães, 454 Boa Vista
Cep 11320- 080

138. SP Santo André

PM Santo André
Décio Castro
dcalves@santoandre.sp.gov.br
(11) 4433 3091
Praça IV Centenário s/n - Centro -CEP
09015-030

139. SP São José do Rio Preto

GADA - G. de Amparo ao Doente de AIDS
Júlio C F. Caetano
Rogério Roncato
gada@terra.com.br
(17) 234 6296
Rua Voluntários de São Paulo, 3398 Centro, S.J.
Rio Preto Cep: 15015-200

140. SP São José do Rio Preto

Tá Limpo / OG
Denise Gandolfi
aids.sjrp@empro.com.br; prdriopreto@empro.com.br
(17) 3234-3393
R. Ipiranga, 291 - V. Esplanada - 15025-520 - São José do Rio Preto - SP

141. SP São José do Rio Preto

Casa de Conv. Luis Francisco Dias
Vânia Edilene Saletti
Casadeconvivencialfd@hotmail.com
(17) 3219 1962
R. Macaubal, 3342 – Eldorado S.J.R.Preto CEP:
15043-480

142. SP São Paulo

ONG PROJESP UDI Novos Caminhos
Meiga Maria Salerno e Alexandre Moreira
projesp@uol.com.br; neneml@uol.com.br
(11) 6956 5570 / 6956 5570
Trav. Guilherme de Aguiar nº 41 São Miguel
Paulista Cep: 08010- 030

143. SP São Paulo

ONG ORION
Sérgio Oliva Castillo
sergiocastillo@ig.com.br; sporion@zipmail.com.br; orion@orion.org.br
(11) 6544 4416

Rua Serra de Bragança, 25 Tatuapé
Cep: 03318 -000

144. SP São Paulo

Projeto Samaritano São Francisco de Assis Apli-
que esta idéia
Rogério Gemente
sfassis@zaz.com.br
(11) 6943 4996 / 6546 6751 / 65465045
Rua Rainha do Bosque, 06 - Vila Santa Inês -
Ermelindo Matarazzo - São Paulo
Cep: 3812-030

145. SP São Paulo

SMS PRD Sampa
Elza Ferreira
dstaids@prefeitura.sp.gov.br; prdsampa@hot-
mail.com
(11) 3218 4121 / 3120 2434
R. General Jardim, 36 - 3º and Centro
Cep: 01223- 010

146. SP São Paulo

Centro de Convivência É de Lei
Marina Sant'Anna
edelei@terra.com.br
www.edelei.org.br
(11) 3337 6049
Rua 24 de Maio, 116, 4º and. Salas 36 e 37 - São
Paulo CEP 01041-000

147. SP São Paulo

PRD Sampa Área Temática DST/Aids CM São
Paulo
Elza Ferreira
dstaids@prefeitura.sp.gov.br; prdsampa@hot-
mail.com
(11) 3218 4121
R. General Jardim, 36 - 3º and Centro São Paulo
CEP 01223-010

148. SP São Paulo

Projeto Samaritano São Francisco de Assis -
Aplique esta idéia
Rogério Gemente
Sfassis@zaz.com.br
(11) 6943 4996 / 6546 6751 / 6546 5045
Rua Rainha do Bosque, 06 - Vila Santa Inês -
Ermelindo Matarazzo - São Paulo
Cep: 03812-030

149. SP São Paulo

Proad
Rita Haiek
ritahiek@uol.com.br
(11) 557 1543
Rua dos Ottonis,887 - Vila Clementino
Cep: 04025-002

150. SP São Paulo

Capela do Socorro
Regina Barba
rbpcampos@prefeitura.sp.gov.br
(11) 5669-2316
Rua Cassiano dos Santos,499 Jardim Clíper
Cep: 04827-110

151. SP São Paulo

APRENDA - ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE RE-
DUTORES DE DANOS
TÂNIA ALVARENGA
paganini@netsite.com.br
(16) 624 1984
Rua Junia Prestes Tavares, 74
Jardim Planalto
Cep: 18070-610 - Sorocaba - SP

152. SP SÃO PAULO

APLIQUE ESTA IDÉIA / ONG
NEIDE JESUS DO NASCIMENTO SANTOS

(LOLA)

sfassis@terra.com.br

(11) 6549 8405

Rua Rainha do Bosque, 06 Vila Santa Inês

Ermelino Matarazzo -

Cep: 03812-030

153. SP Sertãozinho

SMS Fazendo a Diferença

Renata Abduch

sertaids@netsite.com.br; renataabduch@hotmail.com; visasertao@netsite.com.br

(16) 3945 0475 / 3947 6191

R. Pedro Bighetti, 910

Cep: 14170- 370

154. SP Sorocaba

Conj Hospitalar To Sussegado

Vilma Carmona

aids.chs@dglnet.com.br; vilmaluciagoncalves@bol.com.br

(15) 2114842 / 2226593

R. Cláudio Manoel da Costa s/ nº -

Cep: 18031-000

155. SP Votuporanga

PM Votuporanga

Lá Cristina

ve.votu@terra.com.br

(17) 3421 3081

Rua Mato Grosso,3223 Centro - Cep 15505-185

Sobre os Autores

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

Dartiu Xavier da Silveira. Médico Psiquiatria e Psicoterapeuta. Mestre e Doutor pelo Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. Professor Livre-Docente do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. Coordenador Geral do PROAD.

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

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

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

mento de Psiquiatria da UNIFESP. Colaborador do PROAD.

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

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

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

Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD)

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

CEP: 04025-002

Tel.: 11 5579-1543

Acesse nosso site: www.proad.unifesp.br

editoração, ctp, impressão e acabamento

imprensaoficial

Rua da Mooca, 1921 São Paulo SP
Fones: 2799-9800 - 0800 0123401
www.imprensaoficial.com.br