

**PREVENÇÃO
DROGAS E AIDS**

**ASSESSORIA DE DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
DO RIO DE JANEIRO**

2007

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

ASSESSORIA DE DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS

Coleção TEXTOS

nº 2 - Prevenção Drogas e Aids

1ª edição - outubro de 2007

Elaboração e distribuição:

Assessoria de DST/ Aids - SESDEC/RJ

Rua México, nº 128, sala: 412 - Centro

CEP: 20031-142

Rio de Janeiro - RJ - Brasil

Tel.: (021) 2299-9756/9757/9758

Fax: (021) 2299-9755

E-mail: dstaids@saude.rj.gov.br

Internet: www.saude.rj.gov.br/dstaids

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

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	05
Alexandre Otávio Chieppe	
DROGAS E AÍDS - DA INVISIBILIDADE À INTEGRALIDADE: UM CAMINHO A PERCORRER.	07
Nélio Zuccaro	
CONSIDERAÇÕES SOBRE POSSÍVEIS RAZÕES PARA RESISTÊNCIA ÀS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS	17
Marcelo Santos Cruz	
EXPERIÊNCIA DE CAMPO COM USUÁRIOS DE CRACK	31
Andrea Domanico	
REDUÇÃO DE DANOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE	37
Ary Fialho de Menezes	
DESENVOLVIMENTO E AÇÃO - A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA ASSOCIAÇÃO CARIOCA DE REDUÇÃO DE DANOS E SEUS INÚMEROS DESAFIOS	43
Cristiane Moema Alves Sampaio Prado, Ana Angélica Carvalho, Ana Beatriz Alves Cruz, José Carlos de Oliveira, Norma Maria Gomes	
REDUÇÃO DE DANOS E O TRABALHO DE CAMPO	49
Jorge Augusto Oliveira Alves	
COMPARTILHAMENTO DE SERINGAS, AGULHAS E CANUDOS COM SANGUE INFECTADO PELOS VÍRUS B E C DAS HEPATITES	65
Cristiane Silveira da Cunha, Jamison Menezes de Souza, Roberto Gomes do Nascimento	
ENTREVISTA COM AGENTE REDUTOR DE DANOS	68

ASSESSORIA DE DST/AIDS E HEPATITES VIRAIS - SESDEC/RJ

ASSESSORIA DST/AIDS

COORDENAÇÃO:

ALEXANDRE CHIEPPE

alexandre.chieppe@saude.rj.gov.br

GERÊNCIA

DENISE PIRES
SIDNEI CABRAL

denise.pires@saude.rj.gov.br
sidnei.cabral@saude.rj.gov.br

PREVENÇÃO

CARLOS LEMOS
JANE PORTELLA
NELIO ZUCCARO
NAILDES OLIVEIRA
SANDRA FILGUEIRAS
ZILMA FONSECA

carlos.lemos@saude.rj.gov.br
jane.portella@saude.rj.gov.br
nelio.zuccaro@saude.rj.gov.br
naildes.oliveira@saude.rj.gov.br
sandra.filgueiras@saude.rj.gov.br
zilma.fonseca@saude.rj.gov.br

ASSISTÊNCIA

ANDREIA GOMES
MARCIA RACHID
ROSE FERRO

andreiapgomes@saude.rj.gov.br
marcia.rachid@saude.rj.gov.br
rose.ferro@gmail.com

LABORATÓRIO

SHIRLEI AGUIAR

shirlei.aguiar@saude.rj.gov.br

VIGILÂNCIA

MARIA ASSUNCION
KÁTIA VALENTE

maria.asuncion@saude.rj.gov.br
katia.valente@saude.rj.gov.br

DST

ANETE SANTOS
CLEIDE SOUZA
FRANCISCO SENNA
LUIZA CROMACK
TRICIA ASSAD

anete.santos@saude.rj.gov.br
cleide.souza@saude.rj.gov.br
francisco.senna@saude.rj.gov.br
luiza.cromack@saude.rj.gov.br
tricia.assad@saude.rj.gov.br

HEPATITES VIRAIS

CRISTIANE CUNHA
ELIANE GARCIA
GLÓRIA LOPES
JAMISON MENEZES
ROBERTO GOMES
VANIA COCHELAR

cristiane.cunha@saude.rj.gov.br
eliane.garcia@saude.rj.gov.br
gloria.lopes@saude.rj.gov.br
jamison.menezes@saude.rj.gov.br
roberto.gomes@saude.rj.gov.br
vania.cochelar@saude.rj.gov.br

ADMINISTRATIVO

LUCI MOREIRA
CRISTIANA DE ANDRADE
HELOÍSA MUNIZ
MARGARETH BATISTA
MÁRIA ELIZABETH

luci.moreira@saude.rj.gov.br
cristiana.andrade@saude.rj.gov.br
heloisa.muniz@saude.rj.gov.br
margareth.batista@saude.rj.gov.br
mellvv@hotmail.com

CONSULTORES

ALESSANDRA TAVARES
ANTONIO MIGUEL
BRUNO SCARPELLINI
CLAUDIA FONSECA
CRISTINA CASTELO BRANCO
GUSTAVO DE CARVALHO
INGRID REIS
ISABEL SOUZA
JACKELINE LOBATO
JADIR NETO
MARCOS MORAIS
SABRINE DIAS LOSEKANN

alessandra.tavares@saude.rj.gov.br
antonio.miguel@saude.rj.gov.br
bruno.scarpellini@gmail.com
claudia.fonseca@saude.rj.gov.br
cristina.branco@saude.rj.gov.br
gustavo.carvalho@saude.rj.gov.br
ingrid.reis@saude.rj.gov.br
isabel.souza@saude.rj.gov.br
jackeline.lobato@saude.rj.gov.br
jadir.neto@saude.rj.gov.br
marcos.morais@saude.rj.gov.br
sabrine.losekann@saude.rj.gov.br

APRESENTAÇÃO

Embora o debate sobre o consumo de drogas seja um assunto que, nos tempos atuais, vem obtendo um grande espaço na mídia brasileira em geral, pode-se dizer que esta discussão conserva as características de um tema tabu, visto que diferentes segmentos da nossa sociedade ainda preferem ignorá-la ou mantê-la na invisibilidade.

A disseminação do vírus HIV trouxe à tona as relações existentes entre Drogas e Aids e os fatores de vulnerabilidade associados ao uso ou abuso do álcool e de outras substâncias psicoativas.

Foi constatada, desde o início da epidemia, a importância de se utilizar políticas e estratégias de saúde pública que reduzissem os danos a pessoas que por não conseguirem ou não desejarem se abster do consumo das drogas (sejam elas lícitas ou ilícitas) têm a sua vulnerabilidade aumentada para as DST, Aids, Hepatites e outras doenças de transmissão sanguínea e sexual.

O principal objetivo do Caderno de Textos nº 2 é contribuir para a reflexão de educadores, gerentes de programas de saúde coletiva e profissionais de saúde que em seu trabalho cotidiano deparam-se com a temática Aids e Drogas e seus desafios no campo da Prevenção e da Assistência dessa população específica.

Além dos importantes artigos que compõem o Caderno, queremos destacar a entrevista que nos foi concedida por um agente de prevenção e redutor de danos, que atua em projetos de organizações não governamentais no estado do Rio de Janeiro. Com seu

discurso direto e não acadêmico, ele nos mostra aspectos da realidade que cerca a questão das drogas, das intervenções desenvolvidas dentro das comunidades, suas relações com o sistema de saúde, seus entraves e alcances.

Outra consideração se faz importante diante das diversas abordagens da questão contidas nos textos a seguir. Se, por um lado, o Decreto 5912 /06 e a Lei n ° 11343 de 23/08/06 são os marcos legais atuais, no Brasil, para todas as ações decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência; por outro lado, a solidariedade, o não preconceito e a não discriminação são os marcos norteadores de toda e qualquer intervenção que pretenda se ocupar tanto da Prevenção quanto da Assistência às DST/HIV/Aids e Hepatites.

Sabemos que a construção da cidadania do usuário de drogas frente à ilegalidade de suas práticas é o maior impasse para o planejamento de programas de prevenção que valorizem os direitos humanos e respeitem a autonomia dos sujeitos. É através do direito básico à informação e de uma legislação apropriada que o cidadão poderá se lançar na busca por outros direitos fundamentais, como o acesso a serviços de saúde, a tratamentos adequados e a melhoria da sua qualidade de vida.

Alexandre Otávio Chieppe
Coordenador da Assessoria Estadual de DST/Aids

DA INVISIBILIDADE À INTEGRALIDADE: UM CAMINHO A PERCORRER

Nelio Zuccaro*

O uso de drogas sempre esteve presente em todas as culturas ao longo da História. Substâncias psicoativas (capazes de alterar as sensações, a consciência e o estado emocional dos sujeitos), sempre foram usadas por diferentes sociedades com finalidades tanto medicinais quanto festivas, recreativas ou hedonistas (puro prazer).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) há uma tendência mundial em direção a um uso cada vez mais precoce dessas substâncias pelos indivíduos, indicando que cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo contemporâneo faz um consumo abusivo de substâncias psicoativas. O uso de drogas, sejam elas lícitas ou tornadas ilícitas, apresenta uma relação direta ou indireta com uma série de agravos à saúde, dentre os quais podemos destacar os acidentes no trânsito, as depressões, a violência, as hepatites virais e a infecção pelo vírus HIV.

Cerca de 5% da população mundial entre 15 e 64 anos consome drogas ilícitas, revela o relatório do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crimes (UNODC). Esse número é significativamente menor que o consumo de álcool (50%) nessa mesma faixa da população (UNODC, 2004). No Brasil, o consumo do álcool, em particular, tem sido frequentemente apontado como o mais grave desafio relacionado ao uso de drogas, além de constituir-se no maior problema de saúde pública (Ministério da Saúde, 2003). Diferentes estudos, tanto nacionais (Da Silveira, D.X; Gorgulho, M.; Silveira, E. D, 1999 / Proad-Unifesp-SP) quanto internacionais (Zablotska, I.B, 2006), têm destacado a bebida alcoólica como sendo o motivo principal que leva muitos homens a abandonarem o uso de preservativos nas relações sexuais, tornando-os, por conta disso, mais vulneráveis à infecção pelo vírus HIV.

* Psicólogo - Técnico da Assessoria de DST/Aids - SESDEC-RJ

Assim como em outros países, a resposta brasileira à epidemia da Aids também trouxe à tona a questão do risco da infecção pelo HIV através do compartilhamento de agulhas e seringas entre usuários de drogas injetáveis. Estima-se em torno de 13 milhões o número de usuários de drogas injetáveis em todo o mundo, dos quais 78% deles vivem nos países em desenvolvimento ou em transição. Na América do Sul, quase 80% dos usuários de drogas injetáveis estão infectados pelo HIV (UNODC,2004). Estudo realizado pelo Ministério da Saúde (Pesquisa AJUDE Brasil II – 2001) indicou uma taxa de 36,5 % de soroprevalência de HIV entre a população de UDI (usuário de droga injetável) acessada. Considerando dados disponibilizados por diferentes pesquisas, o próprio Ministério da Saúde (2004) estima que existam cerca de 800 000 usuários de drogas injetáveis no país, sendo a faixa etária dominante compreendida entre os 18 e 30 anos e o consumo iniciado por volta dos 16 anos de idade. Alguns autores (Campos, M.A., Siqueira, D.J.R., Bastos, F.I., 2001) registram também que 36% dos casos de Aids em mulheres no Brasil são atribuídos a relações sexuais desprotegidas com usuários de drogas injetáveis.

No Estado do Rio de Janeiro, desde o início da epidemia de Aids até o mês de julho de 2006 foram notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) da Secretaria de Estado de Saúde 52.839 casos de Aids em residentes no estado. Desse total, entre os maiores de 13 anos de idade que tiveram o uso de drogas injetáveis como a categoria de exposição declarada na sua notificação (BE-SES- DEZ 2006) 5,5% são do sexo masculino e 3,3% são do sexo feminino. É importante considerar que o número de casos expressos nessa categoria de exposição (drogas/drogas injetáveis) reflete a invisibilidade do problema, visto que é incontestável a dificuldade que muitas pessoas encontram em revelar-se perante a sociedade e o sistema de saúde como um usuário de drogas. Por outro lado, há uma forte suposição de que dentro do número de “casos ignorados” quanto à categoria de exposição ao HIV, provavelmente, encontram-se muitos casos “não declarados” de usuários de drogas. Note-se que, desde 2001, o Comitê Assessor de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde definiu que as categorias de exposição múltiplas, que envolvessem uso de drogas injetáveis e transmissão sexual, teriam sempre como categoria de exposição hierarquizada principal o uso de drogas injetáveis.

Todos sabemos que o consumo de drogas não se dá de maneira uniforme em toda a população, apresentando características locais ou regionais com relação à escolha dos produtos consumidos e suas vias de utilização. No Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, no tocante às drogas ilícitas, observa-se um predomínio no consumo das inaladas ou fumadas quando comparadas com o consumo das drogas injetáveis. Conhecer as diferenças no padrão de consumo existentes em cada comunidade, municipalidade ou região é uma forma de superar a invisibilidade contida nas notificações epidemiológicas e traçar perfis mais realistas dessas práticas. Muitos gestores ou líderes políticos se utilizam, inclusive, de uma ausência de dados epidemiológicos mais robustos para justificar um distanciamento do problema.

Além da alta vulnerabilidade individual e das estimativas epidemiológicas contundentes no mundo contemporâneo, algumas avaliações clínicas também indicam que os consumidores de drogas, uma vez infectados pelo vírus HIV e/ou doentes de Aids, costumam ter um dos piores prognósticos relativos à manutenção da saúde, além de ter a morbidade e a letalidade aumentadas, se comparadas às de outros grupos populacionais. Apesar disso, não é difícil se observar o quanto em muitos municípios brasileiros as ações de prevenção e assistência voltadas para essa população específica ainda são insuficientes, irregulares ou, na sua grande maioria, inexistentes. O Ministério da Saúde (2004) ao apresentar suas diretrizes nacionais para uma Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, reafirma ser esse assunto “um grave problema de saúde pública, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS e, propõe o enfrentamento da questão através do subsídio de uma construção coletiva”.

A invisibilidade que cerca a questão das drogas e seus usuários é um fato notório, e tem seus reflexos no relacionamento entre os profissionais de saúde e seus pacientes. Muito raramente esse tema é incluído nas anamneses, entrevistas e consultas de avaliação clínicas. Em muitas situações o profissional de saúde tem fortes indícios de que o paciente seja um usuário de drogas, mas prefere “não tocar no assunto”; trata o sujeito de um modo parcial sem se ocupar em incluir esse dado nas suas avaliações de risco à saúde, nas suas hipóteses diagnósticas, nos seus aconselhamentos ou nos projetos terapêuticos. Na maior

parte das vezes, quando esse assunto é clinicamente abordado, ainda prevalecem as exigências para uma abstinência total, moralmente apresentadas aos pacientes como uma pré-condição para que algum tratamento seja empreendido.

É consensual o reconhecimento de que a epidemia da Aids, provocou na sociedade brasileira uma visibilidade um pouco maior para os comportamentos relacionados ao uso de drogas, os padrões de consumo envolvidos, os tipos de usuários e os possíveis danos à saúde resultantes do abuso de substâncias psicoativas. Vale ressaltar, no entanto, que essa visibilidade permanece circunstancial e descontínua, sendo frequentemente embaçada por estigmas, preconceitos e discriminação que, invariavelmente, são os principais responsáveis por manter na exclusão social essa população específica.

O que se vê mais frequentemente, por parte de muitos profissionais de saúde, no trato com esse tipo de usuário, é a adoção de estratégias repressivas, com intervenções marcadas por noções de culpa, de certo e errado, tentando promover um ideal de pureza humana e de saúde a serem alcançados, unicamente, pela abstinência às drogas. Não raro, essas intervenções costumam ser associadas a uma pedagogia do terror enfatizando o medo como uma forma de afastar o sujeito das drogas, livrando-o de um suposto caminho que o levaria, inevitavelmente, ao crime, à doença e à morte.

Por outro lado, ainda são muito tímidas as ações contínuas de prevenção centradas em estratégias de redução de danos, que tenham como meta a promoção e o desenvolvimento de uma consciência crítica desses sujeitos, avaliando, junto com eles, os riscos de cada um e os fatores viáveis de proteção que cada um efetivamente dispõe. As estratégias preventivas de redução de danos agem respeitando e tratando o usuário de drogas como um cidadão portador de direitos e deveres. Difunde conteúdos atualizados e sem preconceitos. Desenvolve a cidadania, a autonomia e os mecanismos de auto-regulação e de responsabilização pessoal. Nesse modelo, a abstinência é uma meta que pode vir a ser alcançada, mas não é nunca uma condição a priori para a escuta e o acolhimento visando uma atenção à saúde.

A aplicação desse tipo de estratégia, embora já seja reconhecida pelo próprio Ministério da Saúde como a lógica a ser utilizada nos serviços de atenção diária, que integram

a rede de cuidados em saúde mental (MS 2004), ainda pode ser considerada, no entanto, como uma prática em construção. No que concerne ao Programa Nacional de DST/Aids, o Ministério da Saúde propôs e iniciou (2004) um projeto-piloto em cinco regiões do Brasil cujo objetivo foi o de desenvolver estratégias de implantação / implementação de atividades de redução de danos nos SAE (Serviços Ambulatoriais Especializados), visando alcançar melhoria na qualidade da atenção aos usuários de drogas infectados pelo HIV que já estão em atendimento nesses serviços. A idéia do projeto, apoiado pela Assessoria Estadual de DST/Aids – SESDEC – RJ, é fortalecer o vínculo desta população aos serviços, visto que o acesso ainda restrito deste segmento populacional ao sistema formal de saúde é, sem qualquer dúvida, um produtor de vulnerabilidade. Apesar dos muitos esforços e das várias iniciativas já bem sucedidas no país, ainda predominam as ações de redução de danos realizadas por organizações não governamentais da sociedade civil, diretamente nas comunidades ou em locais escolhidos pelos usuários para o consumo da droga, em detrimento desse mesmo tipo de ação realizada por serviços públicos governamentais.

Independentemente dos aspectos gerenciais e de gestão que ainda não conseguem dar a sustentabilidade desejada a essas ações, quando se procura refletir sobre as barreiras que dificultam o acolhimento, o diagnóstico e o acompanhamento clínico (em qualquer especialidade) voltados para usuários de álcool ou outras drogas, é comum aparecer questões que giram em torno de:

- a) falta de informações / capacitação dos profissionais de saúde para abordagem desse tipo de paciente;
- b) dúvidas dos profissionais sobre interações medicamentosas;
- c) dificuldades apresentadas por esse tipo de usuário para aderir aos tratamentos propostos;
- d) falta de amparo jurídico-legal para execução de ações voltadas para essa população.

Embora a demanda para educação continuada/treinamento/capacitação profissional, seja algo legítimo e necessário, não é difícil se perceber o quanto a barreira da falta de conhecimentos

pode ser facilmente transposta (cursos, pesquisas, seminários, publicações...), não se justificando que os serviços públicos e seus profissionais permaneçam tanto tempo sem oferecer uma assistência organizada, integral e de qualidade a essa população específica.

No que diz respeito às interações medicamentosas, as recomendações do Programa Nacional de DST/Aids / MS são as mesmas que se aplicam a qualquer tipo de medicação utilizada em conjunto com o “coquetel” (anti-retrovirais, infecções oportunistas, efeitos colaterais). Preconiza que a equipe de saúde esteja ciente da utilização de qualquer outra droga (lícita ou ilícita) em paralelo com as medicações específicas para HIV/Aids, visto que, em alguns casos, o efeito de alguns medicamentos pode ser modificado ou causar alguma reação no organismo. A equipe médica deverá estar preparada, à luz do saber científico, para fazer as indicações e prescrições adequadas a cada caso.

Com relação à adesão, também é preciso refletir até que ponto podemos atribuir apenas a uma das partes (o paciente) a responsabilidade pela fragilidade do vínculo sujeito-tratamento. Afinal, adere-se ao que é “adesível”. Se não houver uma recepção aderente dificilmente algo poderá ser aderido. Um estudo do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (2000), mostrou que a taxa de adesão aos tratamentos anti-retrovirais entre usuários de drogas é similar à encontrada entre os demais grupos. Segundo a pesquisa, um importante fator, a contribuir para a baixa adesão, independente das características dos usuários, é a qualidade dos serviços de saúde.

Quanto aos marcos legais vale lembrar que a Lei nº 11343 de 23 de agosto de 2006 é o instrumento que institui, no Brasil, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) e prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários de drogas. Embora ainda sejam necessários alguns avanços na esfera legislativa, a referida lei, no seu capítulo sobre prevenção, define como atividades de prevenção do uso indevido de drogas, aquelas atividades direcionadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e de risco e para a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção.

Outro ponto que merece ser destacado a propósito da invisibilidade que cerca o enfrentamento do tema HIV/ Aids / Uso de drogas, é aquela originada nas próprias políticas

públicas de combate à epidemia. Os critérios de prioridade estabelecidos pelos programas para a prevenção e controle do HIV/Aids muitas vezes acabam por reproduzir e acentuar ainda mais a estigmatização e a discriminação já experimentada por essa população marginalizada. Alguns estudos (ABIA, 2006) ressaltam “a tendência da maioria dos programas governamentais de HIV/Aids de priorizar ações que visam reduzir a infecção de parte da chamada “população geral”, frequentemente às custas das populações consideradas de “alto risco”, que são vistas como pessoas alheias ou à parte da população como um todo – e cuja vulnerabilidade à contaminação pelo HIV é vista como algo menos importante e de menor prioridade do que a inocente e insuspeita população geral”. “Pressuposições de inocência e culpa, de comportamento digno em oposição ao indigno e outros julgamentos de valor existem em abundância onde esses programas e políticas são implementados, apesar das melhores intenções daqueles que os formulam e os implementam”(Parker & Aggleton,2006).

A distribuição e alocação de recursos humanos, financeiros ou técnicos em programas de DST/Aids, em qualquer esfera de governo, seja na área da prevenção ou na área da assistência, acabam, muitas vezes, por priorizar ações que estão baseadas menos na necessidade de algumas populações e mais nas exigências ou contingências ideológicas emanadas de líderes políticos, governantes, gestores ou gerentes de serviços de saúde. Em alguns casos, como, por exemplo, o da atual política proibicionista americana em relação às drogas, os reflexos são percebidos através do não incentivo ou da retirada de financiamentos para projetos de cooperação e ajuda externa para países que se dedicam a reduzir danos sociais e à saúde de usuários de drogas. Nesse tópico, nunca é demais reafirmar que segundo a legislação brasileira, a saúde é um direito fundamental do ser humano, cabendo ao poder público (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) garantir este direito, através de políticas sociais e econômicas que visem à redução dos riscos de se adoecer e morrer, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Pelo princípio da universalidade (acesso universal) compete ao SUS atender a toda população. Pelo princípio da equidade (acesso igualitário) não significa que o SUS deva tratar a todos de forma igual, mas sim respeitar os direitos de cada um, segundo as suas diferenças.

Da invisibilidade que cerca as necessidades de saúde da população usuária de drogas psicoativas até a integralidade dos cuidados e da atenção que esses cidadãos têm direito de receber do Sistema de Saúde do Brasil, ainda há um caminho a percorrer.

Por necessidades de saúde entende-se aqui, conforme Cecílio, L.C.O. (2001), quatro conjuntos de necessidades:

1. boas condições de vida de acordo com o modo como se vive;
2. acesso às tecnologias que melhoram ou prolongam a vida, respeitando o momento de cada pessoa;
3. criação de vínculos e relação contínua, pessoal e calorosa entre o usuário e o profissional ou equipe dos sistemas de saúde;
4. um grau crescente de autonomia que cada pessoa possa desenvolver no seu modo de conduzir a vida, que vai além da informação e da educação.

Ainda, segundo Cecílio, L.C.O. (2001) a idéia de integralidade pode ser pensada “pelo compromisso dos profissionais de escutar atenta e cuidadosamente os usuários para identificar suas necessidades de saúde e, numa segunda dimensão dessa idéia, a integralidade também poderia ser pensada como um resultado da articulação de cada serviço com uma rede complexa composta por outros serviços e instituições”.

É também de forma contundente que Mattos, R. (2003) aproximando a discussão sobre o conceito de integralidade com a formulação de políticas específicas de saúde afirma que: “cada vez que o sistema de saúde não corresponde adequadamente à demanda que a ele se apresenta (seja ela justificável ou não pelos parâmetros técnicos), se corrói a sustentação política de um sistema de saúde que pretende assegurar o acesso universal e igualitário”.

Talvez um dos grandes desafios que a interface Aids e Drogas ainda nos coloca, sob o ponto de vista da atenção em saúde, seja o de vencer as diferentes formas de preconceitos e iniquidades, ainda existentes, ou ainda conforme a visão de Mattos, R.(2003), “pensar as políticas buscando superar as tensões entre a saúde pública tradicional e a abordagem centrada nos direitos”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assessoria DST/Aids - Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Boletim Epidemiológico DST/Aids. Rio de Janeiro. Dez 2005.

Bastos, F.I., Karan, M.L., Martins, S.M., Drogas, Dignidade & Inclusão Social. A Lei e a Prática de Redução de Danos, In: Sampaio, C.M.A., Campos, M.A.(Org.). Associação Brasileira de Redução de Danos. Rio de Janeiro. 2003.

Brasil. Ministério da Saúde . Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Ministério da Saúde. Brasília. 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. CN-DST/AIDS. Manual de Redução de Danos. Ministério da Saúde. Brasília. 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. Aconselhamento em DST/HIV/Aids para Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília.

Campos, M.A., Siqueira, D.J.R., Bastos, F.I., Drogas e Redução de Danos – Abordagens para pessoas vivendo com HIV e Aids. In: Pinheiro, R.M., Silveira, C., Guerra,E.,(Org) Drogas e Aids – Prevenção e Tratamento. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2001.

Castaneira, E.R.L., Capazzolo, A., Nemes, M.I.B. The role of healthcare services in adherence to ARV treatment: a qualitative study in outpatients clinics in the State of São Paulo, Brazil. Trabalho apresentado na XIII Conferência Internacional de Aids, África do Sul, Jul.2000.

Cecílio, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade em saúde.. In: Pinheiro, R., Mattos, R.A. (Org). Os sentidos da integralidade. UERJ- IMS - Abrasco, Rio de Janeiro, 2001.

Da Silveira, D.X. ; Gorgulho, M. ; Silveira, E. D. . Factors related to AIDS risk behavior among drug addicts in Brazil. In: 10th International Conference on Harm Reduction Related to Drug Use, 1999, Genebra, 1999.

Delma, P.O.S.; Kelsy, N.A.; Dartiu, X.S.F., Alcohol and alcoholism among Brazilian adolescent public-school students. Rev. Saúde Pública vol.39 no.4 São Paulo . 2005.

Panos. On the Margins: Men Who Have Sex with Men and HIV in the Developing World., Panos Institute, London, 1996.

Parker, R., Aggleton, P. Estigma, discriminação e Aids (Coleção Cidadania e direitos; n.1), ABIA, Rio de Janeiro, 2006.

Pinheiro, R., Mattos, R., Camargo Jr, K.R. (Org). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. UERJ-IMS - Abrasco, Rio de Janeiro, 2003.

Zablotska, Iryna B.; Alcohol use before sex and HIV acquisition: a longitudinal study in Rakai, Lippincott Williams & Wilkins, Inc. Uganda 2006.

CONSIDERAÇÕES SOBRE POSSÍVEIS RAZÕES PARA A RESISTÊNCIA ÀS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS

Marcelo Santos Cruz*

No Brasil, vivemos, hoje, ampla discussão sobre as diversas formas de abordagem dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Entre as várias frentes de debate encontra-se a opção ou não pela utilização das estratégias de Redução de Danos como política de prevenção e assistência dos problemas relacionados ao uso de drogas psicoativas (Cruz, Sáad e Ferreira, 2003). Estes problemas incluem dimensões tão amplas como o uso médico de substâncias que podem provocar dependência, o consumo de drogas lícitas que podem produzir danos muito graves, como o álcool e o tabaco, até o uso de drogas ilícitas como a maconha, a cocaína e as novas drogas sintéticas. A complexidade e gravidade dos problemas envolvidos convocam ações da sociedade que incluem amplo espectro de atividades, indo da prevenção à repressão, passando pela definição de práticas de assistência e pela atuação dos sistemas jurídico e educacional do país. Esta diversidade de práticas e problemas exige a ação de atores sociais de formação extremamente diversificada, como é o caso dos profissionais responsáveis pelo cumprimento das leis (juízes, promotores, policiais etc.), profissionais de saúde, educadores, religiosos, familiares de usuários de drogas, ex-usuários, usuários de drogas atuais, etc. As questões discutidas envolvem aspectos técnicos, éticos, políticos, sociais e culturais. Dentro de cada área de conhecimento pode haver enorme diversidade de formação, este é o caso entre profissionais de saúde como médicos, psicólogos e assistentes sociais. Cada ator, em cada um destes campos de saber, atua de acordo com as suas concepções teóricas e suas disposições individuais. A prática de cada ator rearticula estas concepções teóricas sobre o campo das disposições individuais, produzindo e cristalizando novas concepções sobre a questão (Cruz, 2001). A dificuldade do estabelecimento de consenso neste assunto é tão extensa que começa pelas discussões

* Doutor em Psiquiatria pela UFRJ. Coordenador do Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas (PROJAD-IPUB/UFRJ)

que dizem respeito à compreensão sobre a natureza da dependência das drogas, o que se reflete nas propostas para o controle social, a prevenção do uso abusivo e as formas de tratamento.

A diversidade de compreensão sobre a natureza do uso de drogas reflete, por sua vez, a dificuldade de profissionais de formação tão díspar para lidar com questões que envolvem dimensões tão diferentes da experiência humana. Entre as formas de adoecer, talvez, nenhuma outra envolva de forma tão complexa os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais, desde o seu início e durante toda a trajetória, que a dos indivíduos que usam drogas. Discutindo o fracasso de iniciativas de prevenção, Bastos comenta que uma das razões de insucesso é focar a questão a partir de uma única perspectiva, uma vez que “usar drogas de forma abusiva e danosa é geralmente fruto de uma dinâmica descontínua, complexa e plurideterminada” (Bastos, 2003). A complexidade e gravidade dos problemas relacionados ao uso de drogas e a diversidade de concepções dos atores sociais que atuam neste campo justificam a dificuldade de estabelecimento de consensos, com a conseqüente polarização de propostas, formação de grupos de idéias antagônicas e a criação de práticas bastante discordantes. Nas situações em que se impõem as tomadas de decisões, estes grupos se manifestam, muitas vezes, de forma apaixonada, na tentativa de fazer valer sua opinião. As situações de impasse que exigem decisões ocorrem tanto no âmbito do coletivo - como é o caso da definição das políticas de assistência, prevenção e repressão - quanto no âmbito do individual, como ocorre no encontro de cada usuário de drogas ou seus familiares com os profissionais de saúde.

Entre os debates mais importantes, com implicações tanto para a coletividade quanto para cada um dos indivíduos envolvidos, encontra-se a discussão sobre as estratégias de Redução de Danos. A Redução de Danos (RD) constitui uma estratégia de abordagem das questões relativas ao uso de drogas que não pressupõe a extinção do uso de drogas, seja no âmbito do coletivo ou no de cada indivíduo, mas que formula práticas que diminuam os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais com os quais convivem. Neste artigo pretende-se contextualizar as estratégias de Redução de Danos definidas pelo Ministério da Saúde do Brasil entre suas premissas básicas para assistência e prevenção (Brasil. Ministério da Saúde, 2003) e referendadas na Política Nacional sobre Drogas no III Fórum Nacional

sobre Drogas recentemente realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) (Brasil. SENAD, 2004). Pretende-se também elencar argumentos consistentes em favor da adoção desta estratégia no Brasil e, finalmente, levantar considerações sobre possíveis fatores que podem estar relacionados às resistências para que esta estratégia seja encampada de forma consensual pelos atores sociais que lidam com os problemas relacionados ao uso abusivo de drogas em nosso país.

O QUE SÃO AS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS?

Desde o início do século XX, ações que hoje seriam consideradas de Redução de Danos já eram utilizadas na Europa, como é o caso da administração sob controle médico de opióides para dependentes destas substâncias na Inglaterra em 1923 (Nadelmann, McNeely e Drucker, 1997). As noções contemporâneas de Redução de Danos surgiram na formulação da política de drogas holandesa durante o final da década de 70 e início de 80 (Marlatt, 1999). Nesta época, organizações de cidadãos holandeses usuários de drogas injetáveis instituíram medidas como a troca de seringas com o objetivo de diminuir os riscos de transmissão de doenças como a Hepatite B. O evento que tornou esta política oficial em países como Austrália, Suíça e Grã-Bretanha foi o reconhecimento, durante meados dos anos 80, de que injetar drogas compartilhando agulhas dissemina o vírus HIV. Com o crescimento da epidemia de AIDS, nos locais em que já se desenvolviam atividades de Redução de Danos, estas iniciativas passaram a ser dirigidas também para a prevenção do contágio de todas as doenças transmissíveis por via venosa e/ou sexual.

No Brasil, a epidemia de AIDS também produziu como resposta a instituição de estratégias de prevenção que incluem atividades de Redução de Danos. Isto ocorreu devido à percepção de que, também no Brasil, entre os grupos mais vulneráveis ao contágio estavam os usuários de drogas injetáveis (Bastos, Telles e Hacker, 2001).

No campo da prevenção, as estratégias de Redução de Danos significam a utilização de medidas que diminuam os danos provocados pelo uso das drogas, mesmo quando os indivíduos não pretendem ou não conseguem interromper o consumo destas substâncias. No caso do uso injetável de drogas, por exemplo, se um indivíduo ainda não consegue

deixar de usar uma droga, as ações são no sentido de que ele o faça de forma não injetável. Se ele ainda não consegue isto, que o faça sem compartilhar seringas. Se ele ainda não consegue, que ele e os parceiros usem métodos eficientes de esterilização do equipamento de injeção e assim por diante. A troca de seringas é apenas uma das ações nesta direção. Junto a esta tarefa, obrigatoriamente, são realizadas outras como oferecer tratamento para a dependência da substância, exames clínicos para doenças transmissíveis por via venosa ou sexual, tratamento para doenças clínicas, educação com material educativo apropriado sobre a prevenção de doenças de contágio sexual e venoso (Cruz, Sáad e Ferreira, 2003).

Incluídas no conjunto das Estratégias de Redução de Danos estão as terapias de substituição. Estas técnicas propõem a troca da substância da qual o indivíduo é dependente por outra que oferece menor risco e dano. As terapias de substituição podem incluir práticas como oferecer aos pacientes a troca do uso de opióides como a heroína pela metadona, buprenorfina ou LAAM (Levo Alpha Acethy Methadol). Embora estas últimas também provoquem dependência, muitos pacientes podem interromper o uso de drogas passando um período pelo uso de uma destas substâncias que são mais fáceis de retirar, pois têm a meia vida mais longa. Além disso, a metadona, a buprenorfina e o LAAM são drogas de uso oral e os pacientes passam a não mais se injetar, diminuindo os riscos ligados à via venosa (Patrício e cols. 1996). Acrescenta-se o fato de que estas drogas são oferecidas em serviços de tratamento e com isso os pacientes não mais têm que ter contato com o tráfico, nem que se envolva em atividades ilícitas para conseguir a substância. Da mesma forma que nas demais práticas de Redução de Danos, junto com as terapias de substituição, a instituição oferece outras formas de tratamento. No Brasil, a metadona e a buprenorfina são usadas em terapia de substituição no tratamento de dependentes de opióides. O uso de benzodíapínicos no tratamento da dependência de álcool também pode ser enquadrado entre as terapias de substituição (Cruz, Sáad e Ferreira, 2003).

Os programas de Redução de Danos dirigidos aos usuários de drogas injetáveis foram criados em grande número pelo Brasil com o apoio do Ministério da Saúde e integraram outras ações de atenção à epidemia de Aids, ações que tem tido seu sucesso corroborado no Brasil e no exterior. Em 2003, já havia cerca de 80 destes programas em funcionamento em

nosso país (Bastos, 2003). As ações de Redução de Danos para a Aids iniciadas há cerca de uma década não foram seguidas pelo aumento do consumo de drogas injetáveis ou da contaminação com o HIV e outras doenças de contágio por via venosa como era a preocupação daqueles que desde então já se posicionavam contra a estratégia de Redução de Danos. Ao contrário, há evidências da diminuição progressiva da participação do grupo de usuários de drogas injetáveis entre os novos casos de contágio. Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, o número de casos notificados de Aids entre usuários de drogas injetáveis maiores de 13 anos caiu de 4092 (29,5% do total) em 1993 para 1506 (13% do total) em 2003 (Brasil, Ministério da Saúde, 2004). Estudos realizados em Santos (Mesquita e colaboradores, 2001), Rio de Janeiro (Bastos, Telles e Hacker, 2001) e Salvador (Andrade e colaboradores, 2001) encontraram importante queda na prevalência de soropositividade para HIV, hepatite B e C quando comparados com estudos realizados nestas cidades antes da instituição de estratégias de Redução de Danos. Nestes grupos atendidos pelas estratégias de Redução de Danos, estas pesquisas também encontraram diminuição da frequência do uso injetável e de compartilhamento de seringas (em Santos, Rio de Janeiro e Salvador) e aumento do uso de preservativos (Salvador). Os resultados dos estudos realizados no Brasil são consistentes com aqueles efetuados nos Estados Unidos, Grã-Bretanha, Holanda e Austrália (Des Jarlais et al, 1994; Lurie & Reingold, 1993 apud Nadelmann, McNeely & Drucker, 1997).

Estes estudos respondem favoravelmente a uma das questões fundamentais sobre a adoção das Estratégias de Redução de Danos, que é se elas são eficazes para a diminuição dos danos provocados pelo uso de drogas. A outra indagação essencial se refere a se esta estratégia não contribui para o aumento do consumo de drogas. Embora ainda não existam dados nacionais disponíveis para responder a esta questão, como afirmam Bastos e Mesquita “é preciso afirmar, categoricamente, que nenhum estudo científico até hoje publicado corroborou a formulação de que a implantação de projetos de trocas de seringas daria lugar a um aumento do consumo de drogas nas comunidades por eles abrangidas” (Bastos e Mesquita, 2001). É importante ainda destacar que a opção por uma estratégia de Redução de Danos não é contraditória com a utilização de ações no sentido de diminuir a oferta e o

consumo de drogas. Na realidade, como demonstram Stimson e Fitch (2003), estratégias de Redução de Danos só são opostas às posturas proibicionistas que se propõem a resolver os problemas relacionados ao uso de drogas pela sua proibição geral.

Além da prevenção de danos como a transmissão de doenças transmissíveis por via venosa ou sexual, outras práticas preventivas devem ser consideradas como estratégias de Redução de Danos. Como exemplo podemos incluir práticas preventivas como as campanhas para diminuir os riscos de acidentes de trânsito relacionados ao uso do álcool que propõem a dissociação do ato de beber daquele de dirigir, sem proibir amplamente o uso do álcool.

As estratégias de Redução de Danos têm sido disseminadas mundialmente e, atualmente, passam a ser compreendidas como uma proposta não apenas preventiva, mas também como uma das bases que fundamentam a assistência a usuários de drogas no Brasil (Brasil. Ministério da Saúde, 2003). No que se refere à assistência, a utilização do modelo de Redução de Danos significa que instituições e profissionais empregam técnicas que viabilizem as melhores opções possíveis para cada paciente, evitando uma exigência de abstinência a qualquer custo. Não se trata de desprezar a importância da abstinência para muitos pacientes, mas de incluí-la como uma possibilidade entre outras. A utilização deste tipo de abordagem torna possível que muitos pacientes se vinculem aos profissionais e à instituição, iniciando tratamento que pode progressivamente trazer modificações importantes na forma do paciente de lidar consigo mesmo e com o mundo a sua volta.

Esta proposta de assistência se contrapõe à prática de algumas instituições que exigem a abstinência imediata para que o paciente se engaje no tratamento. Esta exigência produz perplexidade pelo paradoxo de exigir abstinência para indivíduos que buscam tratamento exatamente porque não conseguem interromper o uso da substância (Oliveira, 2005). A exigência de abstinência, além disso, seleciona aquela parcela do grupo de usuários de drogas que pode, desde o início, interromper o uso da substância, excluindo os demais do tratamento. Como enfatiza Carlini (1999), a adoção de estratégia de Redução de Danos não se trata apenas de uma mudança de paradigma, mas também da “adoção de uma política que respeite a pluralidade de modos de vida e que atue a partir da aceitação desta realidade”.

ARGUMENTOS EM FAVOR DAS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS

Entre os argumentos favoráveis às estratégias de Redução de Danos, além da sua eficiência já descrita, Andrade (2002) inclui os princípios de pragmatismo, tolerância e respeito à diversidade. Este autor descreve a proposta como pragmática por que ela “quando contestada à luz da moral, da religião e do preconceito se mantém firme enquanto prática de saúde pública cujo objetivo maior é preservar a vida de milhares de pessoas” (Andrade, 2002). O princípio de tolerância é descrito pelo autor como a característica desta prática de respeitar os usuários de drogas em suas escolhas individuais.

A diversidade é um reflexo da forma diferenciada e particular da interação de fatores biológicos, psicológicos e socioculturais resultando em múltiplos modos de fazer uso de substâncias psicoativas. Assim, há pessoas que fazem uso de substâncias pesando seus riscos, como é o caso da maioria das pessoas que faz uso do álcool no Brasil em situações sociais e de confraternização. Também há pessoas que têm prejuízos e conseguem interromper este uso com ajuda ou espontaneamente, assim como há muitas pessoas que têm perdas graves e levam o risco a outras pessoas, não conseguindo controlar o consumo. Muitas instituições e profissionais que rejeitam as estratégias de Redução de Danos desconhecem estas nuances, lidando com todos os indivíduos como se fossem iguais entre si e como se estivessem todos entre os casos mais graves. Por isso, propõem formas de prevenção ou de tratamento que não levam em consideração a diversidade, por exemplo, exigindo a abstinência imediata para todos os usuários de drogas. Os que não aceitam ou não conseguem a abstinência imediata são, neste caso, excluídos e privados de tratamento.

POSSÍVEIS RAZÕES DE RESISTÊNCIA ÀS ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS

A reflexão sobre as possíveis motivações da resistência ou oposição de profissionais e instituições às evidências favoráveis às estratégias de Redução de Danos é um aspecto importante para o debate sobre a opção pela utilização destas estratégias. Sobre este aspecto, podemos levantar algumas hipóteses a partir do que observamos nos diversos fóruns em que este debate tem ocorrido.

Entre as razões de resistência podemos supor a mera reprodução de modelos de inspiração nem sempre clara, incompreensões sobre as premissas e práticas de Redução de Danos e a radicalização relacionada a algumas idealizações tanto daqueles que são contra como daqueles que são a favor das estratégias de RD.

Sáad (2001) descreve como os modelos de compreensão sobre a natureza do abuso de drogas e as propostas de ação articuladas a estas formas de compreensão são importados de forma acrítica no Brasil. Em aspecto relevante para a discussão atual por tratar-se da exigência de abstinência, Sáad (2001) identifica Benjamim Rush como o primeiro autor a citar o problema do álcool como doença. Em 1810, este médico propunha que “os adictos deveriam se abster do álcool de forma repentina e abrangente” (Sáad, 2001). Rush propunha:

1. a identificação do agente da doença: a bebida alcoólica;
2. a descrição da condição do bebedor como perda do controle sobre o comportamento de beber, uma atividade compulsiva;
3. declaração de que esta condição é uma doença;
4. prescrição da abstinência total como a única forma de cura.

Sáad articula esta visão que privilegia o aspecto biológico com a proposta dos alcoólicos anônimos. Além disso, a autora demonstra a relação histórica entre concepções morais e de origem religiosa e os movimentos dirigidos para uso de substâncias psicoativas. Ela descreve a importância na determinação de políticas de alcance mundial para a questão do uso do álcool (e depois de outras drogas) de movimentos como o de Temperança e o Proibicionismo, ambos surgidos nos Estados Unidos com inspiração moral e religiosa. Como as práticas relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas frequentemente envolvem mudanças mais ou menos intensas no comportamento e algum grau de diminuição dos controles condicionados socialmente, o uso de drogas é foco de intensa preocupação de setores e instituições preocupadas com questões morais. Esta compreensão fundamenta a política de “Guerra às Drogas” na sua expectativa de conseguir a “Sociedade Livre de Drogas” através de políticas de repressão e de estratégias de prevenção simplistas como as campanhas de “Diga não às Drogas”. Alguns atores sociais (instituições e profissionais) médicos,

religiosos e do poder judiciário se encontram entre os que questionam as estratégias de Redução de Danos e advogam a exigência de abstinência de forma repentina e abrangente. Seria interessante avaliar se estas instituições e profissionais brasileiros articulam a aspiração idealizada de uma sociedade livre de drogas com uma concepção moral (modelo jurídico moral) e/ou estritamente biológica (modelo médico) do uso abusivo de drogas (Cruz, 1999). Neste caso, haveria uma discrepância com a proposta de Redução de Danos, que se articula com uma compreensão do uso de drogas que, além dos seus aspectos biológicos, inclui suas dimensões sociais e psicológicas.

Além disso, manifestações contrárias à lógica de RD expostas por (Oliveira, 2005), sugerem que a resistência pode estar relacionada a uma compreensão equivocada de que a estratégia de Redução de Danos:

1. É contraditória ou dispensa ações preventivas não dirigindo ações para redução da oferta ou da demanda
2. Interessa a produtores e vendedores de drogas
3. Produz inércia em relação aos quadros de dependência
4. É uma estratégia permissiva
5. Passa uma mensagem de descrédito de que seja possível interromper o uso de drogas (no âmbito do individual) ou de que os problemas relacionados ao uso podem ser minimizados (no âmbito do coletivo).

Sobre estas preocupações, pode-se esclarecer que:

1. Como mostram Stimson e Fitch (2003) estratégias de RD não são contraditórias com estratégias de redução da oferta e da demanda. No caso do uso do álcool, por exemplo, podem-se restringir os locais de venda, proibindo sua venda nas proximidades de escolas, estradas ou em postos de gasolina (redução da oferta), realizar atividades preventivas alertando para os riscos do seu consumo e restringir a propaganda do álcool (redução da demanda) sem proibir o seu consumo. Ou seja, a prática de Redução de Danos só é contraditória com o Proibicionismo.
2. Karam (2003) afirma que as tentativas de resolver as questões do uso abusivo

de substâncias por meio de ações predominantemente repressivas têm como consequência, pelas leis do mercado, o encarecimento exponencial dos produtos transformando-os em um negócio milionário. Isto sim interessa aos produtores e vendedores de drogas.

3. A idéia de que as estratégias de Redução de Danos são indiferentes às pessoas dependentes expressa uma discordância de postura em relação à ação diante destes quadros. Redutores de danos que atuam no campo em atividades de prevenção, realizando a troca de seringas e as outras atividades já descritas não podem ser intolerantes a usuários de drogas que não pretendem modificar este uso. No entanto, ao invés de significar indiferença, esta postura viabiliza o estabelecimento de vínculos de confiança muitas vezes seguidos pelo pedido de ajuda e encaminhamento para tratamento. Da mesma forma, profissionais que atendem pacientes em serviços de saúde que não exigem abstinência imediata estão atentos às perdas e riscos associados ao uso de drogas e utilizam as técnicas terapêuticas necessárias para o tratamento dos casos de dependência que possibilitem formas mais satisfatórias de viver e se relacionar, dentre as quais a abstinência é freqüentemente uma meta desejável, essencial e alcançável.
4. A idéia de que RD é uma prática permissiva desconhece a realidade de instituições e programas de prevenção e de assistência que incluem a discussão em equipe e explicitação para os pacientes de limites e critérios da instituição. Como exemplo, pode-se citar a proibição do porte de drogas na instituição, passível de sanções como a suspensão de atividades, mas não de exclusão do tratamento. O exemplo pioneiro do Centre Medical Marmottan, na França, é seguido neste sentido por muitas instituições brasileiras.
5. A utilização de estratégias de RD, ao contrário de descrédito, se apóia na compreensão de que mudanças nos padrões do consumo de drogas são necessárias e factíveis podendo significar a interrupção do uso para muitos pacientes e a diminuição dos problemas no âmbito social, mas pressupõe que impor estas metas é irreal e contraproducente.

Outra idealização que radicaliza o debate e que o conduz no sentido diametralmente oposto é supor que todas as pessoas podem vir a usar drogas de forma moderada e controlada. Esta idealização é encontrada entre alguns partidários das estratégias de Redução de Danos, que não compreendem a necessidade que muitos pacientes que são dependentes de drogas têm de interromper completamente este uso, para que cessem os demais problemas associados a este uso e para que possam se beneficiar do tratamento oferecido. Os profissionais que atendem usuários de drogas encontram, em sua prática, muitas pessoas que reiniciam o uso compulsivo com graves perdas cada vez que tentam fazer uso de forma controlada. Assim, da mesma forma que não se deve idealizar a necessidade de abstinência para todas as pessoas que usam drogas, também não se pode supor que todas vão poder controlar este uso. Instituições e profissionais que trabalham na assistência utilizando a perspectiva de Redução de Danos encontram o desafio de identificar os casos em que a necessidade de abstinência é mais premente. Além da utilização de projetos terapêuticos individualizados que contemplem a diversidade dos casos, as equipes têm que lidar com as tensões surgidas nos atendimentos de grupo em que os pacientes diferentes podem lidar de forma diversa com as recaídas e com a necessidade da abstinência. A prática dos serviços no Brasil mostra que as equipes adequadamente capacitadas constroem com os grupos de pacientes atendidos estratégias para contornar este desafio sem maiores dificuldades.

Pode-se concluir que a complexidade e gravidade dos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas mobilizam forças sociais que debatem vivamente as estratégias de abordagem destes problemas e que a ausência de consenso é um reflexo, entre outras coisas, da complexidade desta prática e da diversidade dos atores. Sem a ilusão de um consenso fácil, pode-se supor que a identificação de pontos de resistência e preocupações de defensores de parte a parte pode diminuir a incompreensão viabilizando o diálogo construtivo. Entre as hipóteses aqui levantadas para as razões da resistência às estratégias de Redução de Danos encontramos o efeito da reprodução acrítica de modelos, a compreensão insuficiente das propostas e as idealizações radicalizadoras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, TM; DOURADO, MI; FARIAS, AH e CASTRO, BG. Redução de danos e redução da prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Salvador-Bahia. In: A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil. 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília. Ministério da Saúde, 95-114, 2001.

ANDRADE, TM. Redução de danos, um novo paradigma? In: Entre riscos e danos. Uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas. Ministério da Saúde do Brasil e União Européia. Paris: Editions Scientifiques ACODESS, 83-86, 2002.

BASTOS, FI e MESQUITA, F. Estratégias de redução de danos. Em: Dependência de drogas. Sergio D. Seibel e Alfredo Toscano Jr.(editores). São Paulo, Editora Atheneu, 181-190, 2001.

BASTOS, FI. Redução de danos e saúde coletiva: reflexões a propósito das experiências internacional e brasileira. In: Drogas, dignidade e inclusão social. A lei e a prática de redução de danos. Cristiane M. A. Sampaio e Marcelo A. Campos (org). Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Redutores de Danos, 15-41, 2003.

BASTOS, FI; TELLES, P e HACKER, M. Uma década de pesquisas sobre usuários de drogas injetáveis e HIV/AIDS no Rio de Janeiro. Parte I: “Rumo a uma epidemia sobre controle?” In: A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil. 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília. Ministério da Saúde, 49-78, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST E AIDS. A política do Ministério da Saúde de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, Ministério da Saúde, 1-54, 2003.

BRASIL. SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas. Fórum Nacional sobre Drogas.mimeo, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico – AIDS e DST. Janeiro a junho de 2004. <http://www.aids.gov.br/final/dados/boletim2.pdf> consultado em 16 de abril de 2005.

CARLINI, B. Apresentação à edição brasileira. Em: Redução de danos: Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Marlatt, GA. Trad. Daniel Bueno. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, IX-XII, 1999.

CRUZ, M. S. Práticas médicas e modelos conceituais na abordagem das toxicomanias. In: Drogas: qualidade de vida e cidadania. Gouveia, P; Themí, N; Silva, C (orgs). Rio de Janeiro: Gestão Comunitária: Instituto de Investigação e Ação Social, 1999.

CRUZ, MS. Formação profissional para o atendimento a usuários de drogas. Tese de doutorado em Psiquiatria no IPUB / UFRJ. Orientador: João Ferreira da Silva Filho. Setembro de 2001.

CRUZ, MS; SÁAD, AC; FERREIRA, SMB. Posicionamento do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sobre as estratégias de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 52(5):355-362, 2003.

Des JARLAIS, DC.; FIREDMAN, SR; SOTHERAN, JL; WENSTON, J; MARMOR, M; YANCOVITZ, SR; FRANK, B; BEATRICE, S; MILDVAN, D. Continuity and change within an HIV epidemic; injecting drug users in New York City, 1984 through 1992. *Journal of American Medical Association*, Jan 12;271(2):121-71994.

KARAM, ML. Redução de danos, ética e lei: os danos da política proibicionista e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo. In: Drogas, dignidade e inclusão social. A lei e a prática de redução de danos. Cristiane M. A. Sampaio e Marcelo A. Campos (org). Rio de Janeiro, Associação brasileira de Redutores de Danos, 45-97, 2003.

LURIE, P; REINGOLD, AL. The public health impact of needle exchange programs in the United States and abroad. Berkeley: University of California, Institute for Health Policy Studies, 1993 apud NADELMANN, E.; MCNEELY,J.; DRUCKER E. *International*

Perspectives. In: Substance abuse. A comprehensive textbook. Lowinson, J.H.; Ruiz, P.; Millman, R.B.; Langrod, L.G. 3ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins. 22-39, 1997

MARLATT, G. A. Redução de danos: Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Trad. Daniel Bueno. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MESQUITA, F; BUENO, R; KRAL, A; REINGOLD, A; LOPES, G; HADDAD, I; PICONEZ, D; SANCHES, M; ARAUJO, PJ e BUCHALLA, CM. AIDS entre usuários de drogas injetáveis na região metropolitana de Santos, na década de 1990. In: A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil. 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília. Ministério da Saúde, 11-48, 2001.

NADELMANN, E.; MCNEELY, J.; DRUCKER E. International Perspectives. In: Substance abuse. A comprehensive textbook. Lowinson, J.H.; Ruiz, P.; Millman, R.B.; Langrod, L.G. 3ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins. 22-39, 1997.

OLIVEIRA, RC. Redução de Danos: uma abordagem possível.. Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 2005. Monografia de conclusão de curso de especialização.

PATRÍCIO, L. e cols. LAAM – Levo Alpha Acethy Methadol. The experience at Centro de Taipas. May 1994/1996. Toxicodependências. 2, 35-44, 1996.

SÁAD, AC. Tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos. In: Álcool e drogas: usos, dependência e tratamentos. CRUZ, MS e Ferreira, SMB (organizadores). Rio de Janeiro, Edições IPUB/CUCA, 11-32, 2001.

STIMSON, G. e FITCH, C. Qual a relação entre redução de demanda e redução de danos? In: Drogas e pós-modernidade. BAPTISTA, M; CRUZ, MS; MATIAS, R. (org) Volume 2. Rio de Janeiro, Eduerj, 189-198, 2003.

EXPERIÊNCIA DE CAMPO COM USUÁRIOS DE CRACK

Andrea Domanico*

O crack, também conhecido como “pedra”, é a forma de base livre da cocaína, podendo ser obtido do cloridrato de cocaína ou da pasta de coca. Muito pouco solúvel em água. Surgiu em meados da década de 80 entre setores carentes da população negra e latina das decadentes áreas centrais de Nova York, Los Angeles e Miami. Sua produção era similar à do “freebase”, mas prescindia do processo de purificação final: o cloridrato de cocaína era dissolvido em água, adicionava-se bicarbonato de sódio, aquecia-se a mistura que, ao secar, adquiria a forma de pedras duras e fumáveis. Essas pedras continham não somente alcalóides de cocaína, mas também bicarbonato de sódio e todos os outros ingredientes que haviam sido adicionados anteriormente ao pó. Porém, ao contrário de “freebase”, geralmente preparado pelos próprios usuários a partir do pó, o crack era geralmente produzido pelos traficantes e vendido já pronto para ser fumado.

Logo se tornou muito popular, embora seu uso não se tornasse tão comum quanto o do pó cloridrato de cocaína. Porém, devido ao fato de que fumar é uma forma mais eficiente de levar uma droga ao cérebro, a diminuição da quantidade de cocaína necessária para produzir um efeito forte possibilitou uma redução considerável no preço, tornando assim acessível às camadas mais pobres. Esse produto também permitia que se auferisse maiores lucros da pasta-base que ainda chegava aos Estados Unidos para lá ser refinada e transformada a cocaína em pó. Mas, muitas vezes, os insumos químicos, como éter e acetona, necessários para a transformação da pasta base em cocaína, não estavam prontamente disponíveis, devido ao controle governamental exercido sobre a sua comercialização. Para evitar maiores perdas financeiras, os traficantes passaram então a produzir essa forma menos pura, mas mais facilmente vendável. A “epidemia do crack” pode, portanto, ser considerada, de certo modo, um resultado da política proibicionista antidrogas.

* Doutora em Ciências Sociais / Universidade Federal da Bahia

A ENTRADA DO CRACK NO BRASIL

É difícil precisar exatamente quando o crack fez sua primeira aparição no mercado brasileiro de drogas ilícitas. Relatos de usuários em São Paulo apontam para o ano de 1987, já os relatórios elaborados pelo DENARC (Departamento de Narcóticos da Polícia Civil de São Paulo) só começam a notificá-lo em 1989. Essa discrepância é normal uma vez que, obviamente, os usuários normalmente travam contato com novas substâncias ilícitas algum tempo antes de ocorrerem as primeiras apreensões policiais, e as posteriores notificações oficiais.

A divulgação de novas substâncias entre os freqüentadores do “mundo das drogas” ocorre de maneira extremamente eficaz e rápida criando novos mercados. As condições de exclusão de importantes setores jovens da população urbana, que já haviam garantido o sucesso do crack nas grandes metrópoles americanas, produziram efeitos análogos no Brasil, e atualmente a maior parte dos “craqueiros” conhecidos são provenientes das camadas mais desprivilegiadas da população. Isso não significa que não hajam usuários de outras classes sociais, mas, além de menos numerosos, estes conseguem utilizar suas condições de classe para garantir maior discrição às suas práticas ilícitas e um abrandamento das próprias seqüelas negativas.

Nessas condições, o crack caseiro tornou-se muito atraente. Para produzi-lo bastava diluir pequenas quantidades de cocaína (seca ou úmida) e bicarbonato de sódio em água e aquecer a mistura. Formava-se, então, uma substância oleosa que, uma vez fria transformava-se em uma película fumável de crack, a “casquinha” ou “pítulo”. Este método continua a ser empregado por alguns usuários que procuram evitar o crack já preparado, normalmente disponível no mercado, considerando-o muito impuro.

A partir de meados de 1988, primeiramente em São Paulo, começam a surgir outras maneiras de preparar o crack, misturando-se diferentes produtos à cocaína. Hoje, em diferentes regiões do país, encontram-se outros preparados de cocaína ou pasta-base que podem continuar a ser conhecidos como “crack” ou adquirem outras denominações, como “bazuko”, “merla”, “mela”, ou “oxi”, por exemplo. Assim como variam os seus componentes, também são diversas as condições para difusão do seu uso.

DANOS À SAÚDE FÍSICA E PSÍQUICA OBSERVADOS NO CONTATO COM USUÁRIOS

Os danos estão diretamente relacionados com a forma de uso, desta forma, o crack pode ser fumado de diferentes maneiras. A primeira que descreveremos é o crack fumado em forma de “cigarros”. A “pedra” é quebrada, misturada com tabaco, enrolada numa seda e fumada. Pode também ser misturada com maconha e fumada na forma de “baseado”. Se usada com maconha esta forma parece ser a menos danosa psiquicamente, uma vez que os efeitos maléficos do crack, como o sentimento de perseguição e a paranóia são minimizados pelo efeito da maconha.

Mas o crack também pode ser fumado em cachimbos, em latas de alumínio e em copos de água descartáveis. Para tanto, primeiro coloca-se cinza de cigarros no local em que será queimado o crack e por cima a “pedra”. Em seguida, esta é acesa, utilizando-se um isqueiro ou fósforos e aspira-se a fumaça.

Para se “fumar na lata” é necessário esvaziar o seu conteúdo, caso ela esteja cheia, amassá-la ao meio, e fazer pequenos furos com um prego fino ou uma agulha no local amassado. Lá será colocada a cinza e a pedra para ser queimada. O uso de latas é mais prejudicial, porque muitas vezes as latas usadas são coletadas na rua ou no lixo e podem estar contaminadas com diferentes agentes infecciosos. Além disso, favorece a aspiração de uma grande quantidade de fumaça pelo bocal, promovendo, assim, uma intoxicação pulmonar muito intensa.

O uso de copos de água mineral, desde que usado da forma descrita, pelo que podemos observar, parece ser o mais adequado e o menos danoso fisicamente, uma vez que a fumaça passará pelo copo, sendo umedecida na água antes de sua ingestão. Além disso, as partículas sólidas caem na água e não são ingeridas pelos usuários. Para se fumar no copo, pega-se um copo com água mineral, coloca-o na horizontal e faz-se um buraco na lateral do copo com a brasa do cigarro, tira-se metade da água, por este local é que será aspirada a fumaça. No alumínio superior faz-se pequenos buracos com um alfinete ou agulha, onde será colocado a “pedra” para ser fumada.

Os danos à saúde física e psíquica são:

- Problemas respiratórios.
- Perda de apetite, falta de sono, agitação motora, desnutrição, desidratação e gastrite.
- Rachaduras nos lábios, cortes e queimaduras nos dedos das mãos causados.
- Paranóia, depressão, ansiedade.
- Dependência, baixa estima.
- Dificuldade no uso do preservativo (IST/Aids)
- Tuberculose, hepatites, leptospirose.

Os danos sociais:

- Evasão escolar.
- Perda de vínculo familiar.
- Diminuição na circulação nas redes sociais.
- Troca de sexo por droga.
- Marginalidade.
- Exclusão.

O TRABALHO DE CAMPO COM USUÁRIOS DE CRACK

O trabalho de campo com estes usuários requer alguns cuidados especiais como horários e locais de trabalho. Ele deve ser feito por redutores de danos nos locais de comércio e uso de crack de preferência antes dos usuários iniciarem o uso da droga, esta recomendação se deve ao fato que por causa da sua intoxicação aguda e imediata os usuários tem apresentado dificuldades de compreender as estratégias de redução de danos, sem contar ainda, que como a absorção do crack é pulmonar seu efeito passa muito rapidamente causando uma grande fissura.

Após a vinculação com esses os usuários, os redutores de danos devem discutir o melhor local e horário para a intervenção e distribuição dos insumos. Bem como para os encaminhamentos.

Ter acesso livre a alguns serviços de saúde é extremamente necessário, uma parceria deve ser formada pela equipe do projeto que trabalha com os usuários. O ideal é que se tenha parceria com um serviço de atenção básica com clínica médica, pneumologista e dermatologista, pois estas especialidades parecem ser as mais necessárias para os usuários. Um serviço de saúde mental, para tratamento de desintoxicação também é importante, embora a procura por este serviço seja quantitativamente pequena. Sensibilizar um CTA para encaminhamentos de testagem de HIV/Hepatites e DST também são necessários

Obviamente, que parcerias com serviços de assistência social são imprescindível.

Pensando na questão da implementação da redução de danos como política pública teremos então que extrapolar as questões relacionadas aos danos sociais e à saúde e junto com a sociedade:

- Promover a legalização e regulamentação do uso, da produção e distribuição de drogas atualmente ilícitas.
- Estabelecer um diálogo franco e respeitoso com os usuários.
- Incentivar pesquisadores a transporem os limites físicos dos centros de atendimento a drogadependentes, na busca de um contato maior com os usuários em seus locais de moradia e de perambulação .
- Garantir a atuação de redutores de danos diretamente nas áreas de consumo de drogas.
- Criar espaços de sociabilidade para os usuários com a finalidade de facilitar a implementação de estratégias preventivas entre eles.
- Disponibilizar insumos básicos como cachimbos, protetores labiais , piteiras de silicone e preservativos, tanto masculinos quanto femininos.

Talvez aqui caiba uma pequena discussão sobre os insumos básicos para esses usuários. Os cachimbos devem ser de material não poroso, evitando que desprenda qualquer pedaço ao ser raspado, deve-se orientar para que seu uso é individual e se for compartilhado deverá ter sua ponta protegido com uma piteira de silicone ou borracha, para evitar a transmissão de doenças.

O protetor labial está sendo muito bem aceitos pelos usuários, normalmente além de manteiga de cacau eles podem ter calêndula, própolis e vitamina E, ajudando na prevenção e tratamento das fissuras labiais causadas pelo uso contínuo de crack.

A idéia aqui é chamar atenção a esta população que tem crescido e que tem aparecido em todo território brasileiro, espera-se que a redução de danos possa contribuir além da quebra na cadeia de transmissão de doenças, bem como na ajuda ao resgate de cidadania desses usuários.

REDUÇÃO DE DANOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Ary Fialho de Menezes*

Desde 2001 até 2004, exerci atividades como redutor de danos, atuando em duas frentes, o CTA do Hospital e a área da Central do Brasil, em torno da estação de trem. Através do aconselhamento e da troca de seringas, recebemos os usuários que buscam o serviço para se testarem para o HIV, e abordamos as profissionais do sexo da Central, bem como seus parceiros e alguns outros transeuntes.

O pioneirismo do CTA não se deveu somente ao fato de sermos a segunda instituição do estado do Rio de Janeiro a implementar um PRD (a primeira foi o Nepad). Também havia o dado de que o Nepad já lidava, através do tratamento, com a população de usuários de drogas desde sua fundação, há muitos anos passados. Esse não era o caso do CTA; pelo contrário, todos os aconselhadores foram unânimes em afirmar que atenderam pouquíssimos casos de usuários de drogas, e ainda menos casos de UDI. A equipe não tinha, pois, nenhum contato com essa clientela.

Iniciado o PRD/CTA/HESFA, tivemos várias reuniões de treinamento e discussão com Paulo Telles, para que a equipe de aconselhadores conhecesse melhor as estratégias de RD, e sua efetividade. Uma das discussões mais demoradas foi a do questionário específico para UD. O questionário tradicional do CTA era muito superficial na abordagem da questão do uso de drogas e dos riscos a ele associados. Constavam apenas três perguntas: “Faz uso de drogas? Quais?” e “Quando foi a última vez?”. Elaboramos um questionário com várias outras perguntas, pouco mais de 25, para avaliar os riscos, o padrão de uso e para futuras pesquisas. A meu ver, um dos efeitos mais importantes do questionário foi ter instigado o profissional de saúde a perguntar ao UD sobre seu uso de drogas. O aconselhador passou a ter maior contato

* Psicólogo da SMS/RJ e da SES/RJ. Ex-redutor de danos do PRD do Centro de Testagem e Aconselhamento do Hospital-Escola São Francisco de Assis, da UFRJ/RJ

com essa clientela, desfazendo e desconstruindo todos aqueles mitos perpetuados pela guerra às drogas, que informa e desinforma importantes meios de comunicação. O contato humano ajuda a nos sensibilizar perante o outro, atualizando as fantasias.

Para trabalhar, pois, com RD em serviços de saúde, é preciso pensar nessa primeira estratégia: estamos falando de uma instituição onde o UD está invisível, ou onde o UD se revela como tal (revelação esta feita por terceiros ou por si)? Os instrumentos de que se valerão os profissionais devem levar em conta isso, servindo para facilitar a abordagem do assunto, abrindo um canal de comunicação, e criando um cenário que promova a discussão; ademais, o instrumento serve para avaliar os riscos e os danos biopsicossociais associados ao uso de drogas.

Falamos de instituições, como o CTA/HESFA, onde o UD não tinha lugar até o começo do projeto. A instituição não o via e o UD não via ali uma instituição que pudesse lhe oferecer algo além do diagnóstico para HIV e sífilis. Historicamente, as instituições onde o UD encontra visibilidade são aqueles em que queira se tratar ou ser submetido a um “tratamento” (digo, correção penal). Reduz-se a Pessoa do UD ao lugar de doente ou de criminoso.

A INSTITUIÇÃO

“FALÊNCIA” DAS INSTITUIÇÕES MÉDICAS

A grande maioria dos serviços médicos e/ou psicoterápicos de tratamento para UD têm uma taxa de sucesso de até 30% (Vaissman, 2001: 161). Estudos longitudinais importantes publicados em 1996, nos Estados Unidos, afirmam que nas instituições de tratamento para o alcoolismo, mais da metade dos usuários recaem nos três primeiros meses após a alta (Vaissman, 2001: 157). E desde o século XIX torna-se palpável a incapacidade do sistema penal de regenerar os presos; essa forma de repressão sequer serve como meio de proteção social contra UD ou até mesmo contra traficantes (Karam, 2000: 151-153). Tirando as igrejas e o AA, sobre os quais não falarei, essas são as duas instituições que historicamente mantiveram maior contato com UD desde o início do século XX.

No Rio de Janeiro, pode-se afirmar que as maiores tentativas para solucionar ou contornar tais problemas detiveram-se na criação da instituição ideal. Tomando o exemplo do alcoolismo, Juliano Moreira beirava, num discurso de 1933, um sentimento de revolta contra os dipsômanos e até contra os embriagados, objetos de alçada das delegacias.

“Os estabelecimentos penais soltam-nos com as mesmas tendências a se embriagarem e, o que é mais grave, muitas vezes pervertidos pelo contato dos criminosos. Há muitos anos passados escrevia quem vos fala no momento: “somente quem vive dentro dos manicômios poderá avaliar ao certo quanto os ébrios recalitrantes prejudicam a boa ordem e disciplina de tais estabelecimentos, que, aliás, incontestavelmente não lhes convém. Muitos e muitos desses reincidentes transformam-se em verdadeiros parasitas, e dos piores, do manicômio, para onde sabem facilmente fazer-se enviar ou com a simples declaração de que já ali estiveram, ou simulando, na delegacia, ora um ataque epilético, ora um acesso de fúria... Esforcemo-nos por obter a criação de um sanatório-colônia para os alcoolistas” (1933: 124-127).

As propostas relativas às colônias especiais tornaram-se muito populares na época. Era um modo de lidar com o incômodo provocado por esses “usos” do álcool, e era defendido por Afrânio Peixoto em um Projeto de Lei de 1925, sendo reforçado por Cunha Lopes e Pacheco e Silva. A grande maioria dos médicos mais importantes, residentes na cidade, atestava que “voltando para a rua vai ele, certo, para o copo”, o que acarretava uma sangria dos cofres públicos – na ocupação de leitos, na dispensa de medicamentos e de recursos humanos.

Os pedidos para a criação dos asilos para alcoolistas se estendem pelo menos até os anos 1930, com ecos até 1960, sem resultar em nenhuma medida concreta nesse sentido. Acima de tudo, os psiquiatras tinham dificuldades de lidar com os indivíduos na fase após a desintoxicação, quando eles tornam-se refratários ao tratamento e à sua permanência na instituição.

Nos Estados Unidos já havia desde o século XIX essas instituições, e sua popularidade era tal que se mantiveram pelo menos até meados do século XX com a missão de tratar somente alcoolistas.

Ao invés de pensarem em estratégias alternativas, como as que vêm sendo pensadas nos últimos anos no Brasil, com a criação dos CAPSad – Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas –, tentavam reforçar a estratégia da internação e do isolamento. Outra falácia é pensar que existe uma instituição-modelo, aguardando para ser descoberta, que irá dar conta de diminuir essa taxa de 30%-50% de recaídas de UD tratados pela medicina e/ou psicologia.

“FALÊNCIA” DAS INSTITUIÇÕES JURÍDICO-PENAIAS

Desde o fim do século XIX surgem novas Escolas de Direito criticando a ética da punição perpetuada pelos clássicos, como Beccaria (1738-1794) e Kant (1724-1804). Até então, as legislações previam a punição segundo o tipo de crime. A Escola Positiva de Direito propunha uma inversão do olhar, voltando-o para o criminoso, descobrindo nele quais seus ‘defeitos’ de caráter e de moral, para propor um tratamento prisional regenerador, e não somente punitivo. Surgem propostas com o objetivo de reabilitar o indivíduo através do trabalho, da educação e da disciplina. Os mais eminentes policiais e juristas da época defenderão a criação de instituições especializadas, cujas penas se adaptem a cada delinqüente. Surge a noção de periculosidade, que seria uma característica constituinte do indivíduo, ou de certas pessoas com certas características; obviamente, da ordem do patológico.

Quem elabora ou dá o atestado de perigoso é o especialista. Acompanhando os diagnósticos feitos em unidades para menores, Batista, cuja tese se deteve sobre esses laudos, confirma a preeminência de valores morais sustentando as afirmações a respeito do perigo que os menores oferecem. No caso de P.C.A.C., detido com maconha em 1968, o laudo diz, “não há, entretanto, evidências de doença mental propriamente dita, mas sim uma estrutura de personalidade mal plasmada e que responde ao meio sempre de forma anormal” (2003: 128), o que justifica sua permanência na instituição. Ou ainda em 1983, nas indicações para J.F.L., que “por estar o menor vivenciando de forma desadaptada as características da adolescência, e por não haver no meio de origem condições favoráveis à sua re-socialização, sugerimos seja o mesmo mantido em um dos estabelecimentos da Funabem para que consiga

sentir algum tipo de controle externo, tendo em vista que seu próprio controle interno está enfraquecido” (Batista, 2003: 129).

Funabem, Febem, manicômios judiciários servem para esse propósito. Justificar o injustificável, que é a prisão desses indivíduos.

Essas instituições são justificadas por sua função supostamente reabilitadora ou curativa. Estamos na esfera do normal/patológico segundo parâmetros puramente culturais (quem determina que drogas fazem mal e quais fazem bem ao corpo e ao espírito?) ou perante uma ética do trabalho, isto é, o indivíduo é reabilitado para ser útil à sociedade ou à família – para trabalhar; enfim, para ser funcional. No início do século, as colônias correcionais, os manicômios judiciários, as Varas da Infância e da Juventude são modelos especiais para pessoas especiais que devem aprender a serem ‘normais’ dentro de suas possibilidades. Pela laborterapia, que inculcaria no preso valores de honra e dignidade, pela intervenção medicamentosa, a esperança de retificar o comportamento e os pensamentos dessas pessoas. No entanto, se reconhece(u) que, apesar de alguns “sucessos” (a produção de corpos dóceis), o feitiço vira contra o feiticeiro, e tais instituições tornam-se escolas para o crime.

A História assim nos revela um paradoxo – a falência das instituições conviveu com a incessante busca de uma instituição mágica, que desse conta desse problema médico-moral-criminal. A instituição-ouro super especializada.

De qualquer modo, podemos vislumbrar que essa suposta falência se deve em grande parte aos objetivos que toma para si: a cura, não só difícil de atingir durante o tratamento, como ainda mais difícil de garantir após seu término. E o objeto, pois o indivíduo tratado é reduzido a um estado patológico ou a um criminoso. Portanto, eu acredito na possibilidade de adotar a RD nas instituições, contanto que não fracionemos nosso objeto e não simplifiquemos demais nossas metas. Nosso objetivo não deve ser somente a abstinência e/ou a reabilitação para o trabalho.

Com relação ao especialismo, esse é também pernicioso, pois fomenta o mito de que a instituição especializada é a única capaz de lidar com essa clientela, é a única que pode fazer algo por aquele usuário – muitas vezes o próprio staff da “super instituição”

passa a acreditar nisso. O especialismo distancia o usuário do contato com a rede de serviços de saúde, mantendo-os apartados. Portanto, o CAPSad é uma estratégia fundamental, mas não pode cair na armadilha de que não precisa se unir ao restante da rede de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Batista, Vera Malaguti (2003) *Difíceis Ganhos Fáceis*. Rio de Janeiro: Revan.

Karam, Maria Lúcia (2000) *Legislação brasileira sobre drogas: história recente – a criminalização da diferença* In: Acselrad, Gilberta (org) *Avessos do Prazer: drogas, Aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Moreira, Juliano (1933) 'Assistência aos Bebedores'. *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, v. 6, n. 2. Rio de Janeiro.

Vaissman, Magda (2001) *A avaliação de programas de tratamento de alcoolismo e outras dependências* In: Cruz, Marcelo Santos & Ferreira, Salette Maria Barros (orgs) *Álcool e Drogas: usos, dependência e tratamentos*. Rio de Janeiro: Edições IPUB-CUCA

DESENVOLVIMENTO E AÇÃO - A CONSTRUÇÃO DA ASSOCIAÇÃO CARIOCA DE REDUÇÃO DE DANOS E SEUS INÚMEROS DESAFIOS

Cristiane Moema Alves Sampaio Prado
Ana Angélica Carvalho
Ana Beatriz Alves Cruz
José Carlos de Oliveira
Norma Maria Gomes*

Alguém que tente se colocar do lado de fora da dimensão sociocultural, ao mesmo tempo em que participa dela, pois vive na mesma sociedade daquela que estuda, pode talvez perceber que tudo só muda na superfície, e que o novo e o moderno convivem com o arcaico e o antiquado.

Sérvulo Figueira

A Redução de Danos no Brasil surgiu, em meados da década de noventa, como estratégia de combate à epidemia de AIDS. Naquela época, os principais grupos sociais que participavam do enfrentamento a AIDS já contavam com algum poder de organização.

No entanto, coube à Universidade - Centro de Referência para Tratamento do Uso de Drogas e às Coordenações Municipais e Estaduais o papel de iniciar os primeiros Programas de Redução de Danos, financiados com recursos do Ministério da Saúde.

O papel do profissional de saúde naquela ocasião foi essencial, pois lhe competia o ofício de encontrar e fazer prevenção da AIDS entre usuários de drogas injetáveis fora do serviço de saúde, ou seja, nas comunidades e espaços urbanos onde circulavam os usuários, que não queriam ou não conseguiam se tratar para o uso de drogas. (vale assinalar que esses usuários não freqüentavam o serviço, salvo se procurassem tratamento para o uso de drogas).

* Diretores e ex-diretores da ACRD

Na época, esse era um fato novo demais para estes profissionais, pois normalmente a experiência ocorria no campo do tratamento, carregada de fantasias, que eram tidas como verdade, a respeito do comportamento desse grupo, que apontava para um usuário ameaçador, que não conseguiria tratar-se nem prevenir-se.

Ao contrário desse comportamento presumido que impregnava a sociedade, é necessário salientar que, na verdade, o que encontramos foi um usuário destituído de direitos e deveres, socialmente marginalizado, ameaçado, desacreditado, fadado ao fracasso. Esse cenário deve-se à cultura hegemônica de guerra às drogas, que hostiliza o usuário e o torna culpado por todo cenário de violência que observamos hoje numa sociedade capitalista e globalizada, onde o tráfico de drogas se faz presente, constituindo um dos grandes negócios do planeta.

Em 1997, iniciou-se um movimento entre os trabalhadores e simpatizantes da Redução de Danos, em prol de autonomia e possibilidades de ampliar estratégias. Nesse período foram fundadas algumas ONG, sendo a primeira a ABORDA – Associação Brasileira de Redutores de Danos e, posteriormente, a APRENDA – Associação Paulista de Redução de Danos.

No ano seguinte, embasada no mesmo movimento surge a ACRD – Associação Carioca de Redução de Danos, que tem como objetivo implementar as estratégias de Redução de Danos à saúde por uso de drogas, assim como lutar pela cidadania e pelo direito ao tratamento clínico, psicológico, acolhimento e reintegração à sociedade dos usuários de drogas e suas redes de interação social, enquanto política de saúde pública.

A equipe inicial da ACRD adveio do trabalho do PRD-NEPAD (Núcleo de Estudo e Pesquisa em Atenção ao Uso de Drogas), que foi criado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, financiado pelo Ministério da Saúde, Banco Mundial e UNDCP e que vinha realizando um trabalho extremamente importante no município do Rio de Janeiro, mas com uma dimensão ainda pequena para a demanda do nosso estado, que apresentava uma rede complexa e pouco explorada para as necessidades apontadas pelos usuários de drogas. As atividades passaram a ser desenvolvidas na sede do programa e em vinte e quatro comunidades assistidas, contabilizando a distribuição e a troca de cerca de 3.200 (três mil e

duzentos) seringas e agulhas por mês, para uma média de 220 usuários de drogas injetáveis atendidos e cadastrados. Realizamos também testagem para o HIV e Hepatites, encaminhamento para tratamento do uso de drogas, para tratamento médico e para cursos profissionalizantes.

Mas a ACRD teve e tem como principal missão ampliar as ações de Redução de Danos no estado; essa necessidade foi avaliada pelos agentes de saúde (redutores de danos) que trabalham conosco e que conhecem os usuários de drogas em algumas comunidades desses municípios. Diante desta necessidade desenhamos o projeto, que se tornou o “carro chefe” da ACRD. Consistiu na capacitação de doze municípios: Macaé, Barra Mansa, Valença, Saquarema, Petrópolis, Nova Friburgo, São Gonçalo, Niterói, Sumidouro, Cordeiro, Cantagalo e São João de Meriti, em todos desenvolvemos etapas em que realizamos grupos de estudo, oficinas de sensibilização, trabalho prático de campo nas localidades, além de visita aos gestores públicos promovendo ações de advocacy para implantação das estratégias de Redução de Danos. Para isso, capacitamos os técnicos, as pessoas interessadas em atuarem como redutores de danos, profissionais da saúde mental e representantes dos Programas de DST/AIDS dos municípios, buscando criar senso crítico e prático sobre a temática Redução de Danos, dando assim subsídios para a implementação de ações de Redução de Danos em suas regiões.

Os municípios escolhidos contaram com critérios relacionados a dados epidemiológicos, históricos anteriores de demanda de seringas e agulhas por UDI residentes naqueles municípios e indicações da Coordenação Estadual de DST/AIDS como demandantes de ações de Redução de Danos.

Apesar dos critérios de escolha, o interesse foi tal que, durante a continuidade das ações, após a primeira etapa, houve demanda espontânea de alguns outros municípios interessados em participar do processo de capacitação e implementação de ações de Redução de Danos.

Nesta fase, nossas expectativas foram superadas diante da grande demanda dos municípios e do interesse dos profissionais na realização de estratégias de Redução de Danos, além dos surpreendentes dados sobre UDI e contato com as redes de usuários no interior do estado.

A segunda fase do programa de municipalização surge quando iniciamos a fase de supervisão dos municípios e trabalhamos caso a caso suas dificuldades. Percebemos que a primeira grande dificuldade era de articulação política com prefeitos e secretários de saúde. Essa questão foi facilmente contornada, com o trabalho de advocacy feito pela ACRD com as autoridades locais. A segunda dificuldade girava em torno da escassez de pessoal vivida pelos municípios e a necessidade de ter em suas equipes um personagem que tivesse acesso aos usuários de drogas.

Com base nesse contexto resolvemos dar continuidade ao projeto de capacitação dos municípios com a fase dois, que visava basicamente a contratação de redutores de danos, a supervisão das atividades locais, a integração dos municípios e o repasse de insumos já cedidos como contra partida pela Coordenação Estadual de DST/AIDS.

Neste um ano de trabalho, buscamos fortalecer as ações nos municípios e criar bases sólidas para a sustentabilidade local, ampliando assim as estratégias no estado que hoje já conta com um maior número de lideranças, ampliando assim a rede de usuários e os trabalhos de campo em pleno processo de expansão. Os resultados foram: implantação de 12 programas municipais de Redução de Danos, abertura de campos de trabalho, integração dos municípios, criação de uma rede municipal, ações preventivas junto aos UDI dos municípios capacitados e quatro programas autônomos (Saquarema, Macaé e São João de Meriti e Niterói) com projetos específicos financiados pela Coordenação Nacional de DST/AIDS.

Nessa segunda fase, criamos o Fórum dos Municípios com o objetivo de monitorar as ações por parte da equipe da Associação Carioca de Redução de Danos e acompanhar a troca de experiência entre os municípios.

Outro trabalho importante realizado pela ACRD foi a vacinação dos usuários de drogas para hepatite B (o primeiro no Brasil). Viabilizamos tratamento para as hepatites virais, assim como para o HIV/AIDS, em parceria com a FIOCRUZ e o Ministério da Saúde. Tivemos uma adesão de 80% para vacinação da hepatite B, índice extremamente significativo, pois, conforme pesquisa feita pela Fundação Oswaldo Cruz, esse índice não chegava a 30% nos trabalhos anteriormente realizados pela Fundação. Esse trabalho serviu de modelo para uma grande parte dos programas brasileiros de Redução de Danos, como

incentivo à vacinação dos usuários de drogas seja no campo, seja nas unidades de PRDS.

Realizamos também o I Seminário Estadual de Redução de Danos, que deu maior visibilidade da nossa estratégia em todo o estado. Em julho de 2005, em parceria com a Assessoria Estadual de DST/AIDS-RJ, realizamos o II Seminário Estadual de Redução de Danos, que também foi de extrema importância para a integração das ações junto às Coordenações de Saúde Mental e CAPS AD, além de envolver novas Coordenações de DST/Aids de outros municípios do Rio de Janeiro, impulsionando o trabalho de Redução de Danos no estado.

A ACRD, em parceria com o Ministério da Saúde e a Coordenação Municipal de DST/AIDS de Petrópolis, construiu e editou um vídeo – Redução de Danos um Olhar de Dentro - mostrando o trabalho de redução de danos com silicone entre travestis, também com bastante pioneirismo no cenário nacional da Redução de Danos, face à diversidade dessas características em nosso estado.

Atualmente, a ACRD iniciou um trabalho de extrema importância no município do Rio de Janeiro, com a criação de um PRD municipal que vem desenvolvendo ações de campo e conseguindo a adesão dos serviços de saúde na atenção aos usuários de drogas de diversas comunidades. Outra especificidade são as reuniões de protagonismo realizadas por esse projeto, visando fortalecer os usuários de drogas de uma forma ampla no que diz respeito aos seus direitos e deveres, às questões de cidadania, de saúde e principalmente a consolidação das ações de Redução de Danos enquanto movimento social.

Por último, e não menos importante, em parceria com outra ONG (PSICOPROPICUS) que faz um trabalho de base anti-proibicionista no tocante ao uso de drogas, estamos desenvolvendo um projeto de criação e distribuição de um KIT para usuários de drogas aspiradas, que objetiva prevenir doenças importantes, como as hepatites, entre esses usuários. Sabendo que o uso de drogas aspiradas no estado do Rio de Janeiro é uma das principais formas de consumo da cocaína, isso se constitui em motivo de preocupação quanto à transmissão do vírus da hepatite B.

Neste percurso, ainda temos muitos desafios para fortalecer cada vez mais as estratégias de Redução de Danos no estado do Rio de Janeiro, visto que estamos vivendo

cotidianamente a complexidade de um grande centro, de uma cidade onde a “guerra as drogas” se faz presente nas comunidades, nas favelas, nos bairros, num cenário de grande violência. Onde estão instaladas as clínicas mais caras de recuperação, com seus especialistas e suas teses sobre o uso de drogas que sequer podem ser questionadas. É nesse cenário que precisamos garantir a sustentabilidade técnica, financeira e, principalmente, política da estratégia. Não resta dúvida que esse não é um processo simples, embora viável através do debate, da qualidade técnica das ações e do trabalho incansável no âmbito das políticas públicas e da política de drogas.

Sabemos que - para que os usuários de drogas possam protagonizar, cada vez mais, essa história de luta - é preciso que o terreno esteja cada vez menos hostil e mais apropriado, sendo necessário diminuirmos o abismo que existe entre o usuário e a sociedade, possibilitando a advocacy em defesa dos direitos dessas pessoas.

REDUÇÃO DE DANOS E O TRABALHO DE CAMPO

Jorge Augusto Oliveira Alves*

I. INTRODUÇÃO: ÉTICA, DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA

A Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão constitui uma base universal de princípios e valores que dizem respeito às garantias mínimas de uma vida digna à qual todo ser humano tem direito. Essa Declaração é reconhecida por quase todas as Nações, sendo incorporada, inclusive, pela maioria das Constituições Nacionais.

Não obstante o seu reconhecimento internacional, essa Declaração tem o significado, para muitas pessoas em várias partes do Mundo, de uma carta de intenções, uma vez que a efetivação de seus princípios e disposições depende de profundas mudanças no âmbito político, econômico e cultural.

A realidade brasileira tem demonstrado, insistentemente, que, apesar do caráter universal dos direitos afirmados na Declaração, sua efetivação não depende exclusivamente de seu reconhecimento. Ao contrário, depende de uma luta cotidiana cuja responsabilidade é de todos e de cada um de nós.

A violação dos direitos humanos e de cidadania – estes últimos com um caráter universal mais restrito, uma vez que são considerados básicos a partir da realidade de cada país e não se referem a todos os homens indiscriminadamente, mas aos homens que são reconhecidos como cidadãos de um dado país – tem sido uma prática constante em nossa realidade e os fatores que contribuem para essa situação são muitos e de várias ordens. Ela expressa, em grande medida, o grau de violência de nossas relações sociais e o nível de intolerância da sociedade em conviver democraticamente com as diferenças.

* Redutor de Danos da ABORDA – Ass. Brasileira de Redutores de danos e da ACRD – Associação Carioca de Redução de Danos. / Técnico em enfermagem Conselheiro em Dependência Química / Conselheiro em Direitos Humanos

Essas características de nossa sociabilidade – violência e intolerância, em parte, herdadas de nossa colonização - têm sido reforçadas pelo individualismo, pelo consumismo e pela falta de consciência ecológica que vêm moldando o significado da vida em sociedade nas últimas décadas.

Uma das possibilidades de superação desses limites para a convivência democrática entre os diferentes, pautada nos Direitos Universais Humanos e de Cidadania , passa pela nossa consciência ética.

A consciência ética nada mais é do que a nossa capacidade de reconhecer no outro – ainda que seja diferente – a nossa própria Humanidade. Ou seja, aquela luta cotidiana pela efetivação dos Direitos Humanos e de Cidadania, à qual nos referimos anteriormente, nada mais é do que a luta pela efetivação dos nossos próprios direitos enquanto membros da comunidade humana. Quando aceitamos que os direitos de uma pessoa sejam violados, na verdade, do ponto de vista ético, estamos aceitando uma situação que ameaça o direito de todos.

No caso específico da Redução de Danos, a falta de consciência ética coloca-se no seguinte horizonte: quando uma sociedade não reconhece os direitos de uma pessoa que faz uso de uma droga ilícita, significa que essa sociedade, do ponto de vista ético, está afirmando que algumas pessoas são mais cidadãos do que outras. Portanto, a condição de cidadão, neste caso, passa a ser secundária em relação à de usuário de droga, ou seja, primeiro a pessoa é julgada por fazer uso de droga e, em decorrência disso, perde o reconhecimento de sua condição de cidadão.

Esta é uma característica muito marcante de nossa sociedade, atingindo os usuários de drogas ilícitas, que sofrem discriminação. Os usuários (mesmo quando dependentes) de álcool e de tabaco, no entanto, não têm a sua cidadania negada na mesma intensidade que os usuários de drogas ilícitas, simplesmente porque fazem uso de drogas socialmente aceitas – ainda que a dependência seja uma condição de saúde, sem nenhuma relação com a legalidade ou ilegalidade da droga.

Nessa direção, a consciência ética permite-nos exatamente inverter essa ordem perversa. A pessoa que faz uso de droga – lícita ou ilícita – é antes e primeiramente ser humano e cidadão, e, dessa forma, portador dos mesmos direitos de um cidadão que não usa

droga. Uma vez reconhecido como cidadão, esta mesma sociedade, do ponto de vista ético e com base nos direitos por ela reconhecidos, deverá incluí-lo no conjunto de respostas sociais e de saúde que tenham por objetivo reduzir tanto o consumo quanto os danos sociais e de saúde decorrentes dos diferentes usos das diversas drogas – sejam elas lícitas ou ilícitas.

Ao reconhecer a condição de cidadão e os direitos dos usuários de drogas ilícitas, estamos, na verdade, afirmando nossa existência ética. Ou seja, ao reconhecer os direitos do outro – que é diferente – estou, do ponto de vista ético, dizendo para o conjunto das pessoas que fazem parte dessa sociedade como eu gostaria de ser tratado, caso estivesse naquela situação.

II. O TRABALHO DE CAMPO.

Somada às peculiaridades do público-alvo (UD) e à especificidade desse tipo de trabalho, a ausência de uma legislação favorável foi, por muito tempo, considerada um impedimento à implantação e à viabilização de ações de redução de danos. O decorrer do tempo e a experiência adquirida mostraram que – ainda que importante – essa ausência de autorização legal não foi o maior óbice à atuação.

A experiência dos PRD Nacionais e o amadurecimento das atividades de campo mostraram que muitas de nossas crenças e modelos, nossas verdades tão duramente sustentadas, caem por terra quando são confrontadas com a realidade observada no convívio com os UD e, principalmente, quando começamos a fazer parte integrante da vida dessas pessoas, a partilhar seus hábitos, a conhecer seus métodos de ação e sua forma de vida, seus valores sociais e seus papéis na estrutura criada para o consumo de drogas.

A angústia gerada por nosso desconhecimento e fantasias costuma nos levar a aguardar, indefinidamente, a aprovação de leis que nos dêem permissão para atuar, adiando a execução objetiva do trabalho e nossa presença junto aos UD nos momentos em que ela se faz mais necessária. Isso é, na maioria das vezes, uma grande e desnecessária perda de tempo e essa espera é o mecanismo que empregamos para nos defender de angústias decorrentes do trabalho com os UD e suas comunidades.

Essa é uma etapa normal do processo, cujas dificuldades são necessárias reconhecer. Apesar delas, a prática nos permite reconhecer, aos poucos, até onde podemos ir e perceber a importância e os resultados da estratégia de redução de danos. A prática mostra-nos que as dificuldades iniciais não são insuperáveis e que, na verdade, são preconceitos que nos impedem de estar ali no momento certo.

É fundamental que tenhamos a capacidade de reconhecer a nossa carga de preconceitos, limitações e mecanismos de defesa e, por meio de ações adequadas, desconstruí-los, para que daí surja uma nova lei interna e muito mais eficiente.

III. MAPEAMENTO

A implantação das atividades de campo de um PRD necessita ser precedida do mapeamento das áreas que serão trabalhadas.

Para defini-las, o principal critério de escolha é a concentração de UD, informação que, no entanto, dificilmente estará disponível, pois, além dos estudos a respeito serem poucos e limitados, o porte de drogas é uma atividade ilegal em nosso País e, portanto, usualmente omitida de inquéritos e dados oficiais.

Na falta desta informação, temos que lançar mão de estratégias e de indicadores indiretos que, de alguma maneira, apontem para a existência dessa população em uma determinada área. Entre eles podemos citar:

- Obter informações em serviços de saúde, especialmente os números de portadores de HIV, doentes de AIDS e portadores de Hepatites Virais em atendimento que referem como categoria de transmissão o uso de drogas.
- Identificar áreas conhecidas de tráfico e uso de drogas.
- Fazer contato com UD e Ex-UD em centros de tratamento para o uso de drogas, com o intuito de obter informações sobre os locais de consumo.
- Pesquisar em boletins epidemiológicos que, apesar de não fornecerem informações precisas em termos de localização, podem dar uma idéia aproximada sobre o uso de drogas e os níveis de infecção em uma determinada região. Deve-se dar preferência a boletins municipais e regionais, pois permitem uma avaliação mais regionalizada dos casos de AIDS e Hepatites devidos a essa categoria de exposição.

Após o levantamento das informações acima citadas, deve-se ir a campo para realizar o mapeamento das áreas indicadas pelo levantamento.

Nessa etapa, é fundamental o contato com pessoas-chave do local, tais como UD anteriormente contatado, pessoas responsáveis por atividades comerciais (donos de bares, botecos e outros), associações de moradores e pessoas influentes do local, o que permite uma avaliação mais precisa da situação de cada localidade e deve ser usado como um importante critério para iniciação das atividades de campo.

IV. ABERTURA DE CAMPO

A abertura de novas frentes de trabalho – conhecida como “abertura de campo” – é um processo que pressupõe:

- A conquista da confiança da população de UD e da comunidade em que ela se insere.
- Conhecimento dos códigos culturais e das linguagens utilizados por eles.
- Estabelecimento de objetivos e limites claros do trabalho.
- A incorporação, pelo redutor de danos, dos princípios e práticas que ele busca transmitir.

No início de uma abertura de campo, o papel do redutor é importantíssimo, pois ele é quem vai fazer a ponte entre a comunidade e a instituição que sedia o PRD.

O redutor tem que dispor de bastante tempo para estar em campo, inclusive em horários diversificados, pois só assim ele pode perceber aqueles de maior concentração de UD, de venda e de uso, para, a partir desse conhecimento, escolher os melhores momentos para atuar.

Uma das primeiras ações para a abertura de um campo consiste na apresentação do redutor.

Isso deve ser feito por alguém da região que tenha aceitação pelo grupo de UD, idealmente um UD daquele local, se não houver na equipe, redutores de danos pertencentes à comunidade ou à rede de UD que se quer acessar.

A partir daí, deve-se deixar bem claro para a comunidade em geral que a presença de redutores de danos é para tratar de questões de saúde. Temos que falar sobre DST, AIDS,

Hepatites, uso correto da camisinha, e outras informações sobre cuidados com o corpo e a saúde. Geralmente lidamos com pessoas carentes de informação sobre o assunto.

Sempre que possível, aproveitar agrupamentos de pessoas para fazer reuniões rápidas e objetivas nos locais de concentração de UD, com o apoio de material educativo, preferencialmente ilustrado (com informações sobre DST por exemplo). Essa é uma forma de atrair e provocar discussões sobre práticas sexuais seguras, e ao mesmo tempo, promover uma maior aproximação entre redutores, comunidade e UD.

Essa é uma das táticas mais apropriadas para se abrir uma frente de trabalho, pois a comunidade percebe mais claramente o objetivo de nossa ação, que é promover saúde.

A partir das sessões educativas, aos poucos vão surgindo demandas e os primeiros encaminhamentos a serviços de saúde que, por sua vez, aumentam o vínculo e a confiança.

O trabalho de campo requer a busca constante e a manutenção da confiança dos UD e de suas comunidades.

A equipe do projeto e, em especial, os redutores de danos costumam ser testados por eles. Atitudes como vender drogas na proximidade do redutor de danos, mostrar que está armado e usar drogas na presença têm, muitas vezes, o objetivo de verificar sua reação, se é de tranqüilidade, de medo ou de quem quer ver demais (informante).

Nesse sentido, é uma regra básica que “o que se vê no campo, fica no campo.” Devemos ouvir mais e falar menos.

Identificar demandas por assistência e fazer encaminhamentos para serviços de saúde constituem ações que facilitam a abertura de um campo novo: um UD encaminhado para tratamento médico – principalmente se ele foi bem atendido e tratado sem preconceitos – retorna para a comunidade confiando no trabalho e falando bem, aumentando assim o vínculo e a confiança na equipe do projeto, ao mesmo tempo em que esse fato demonstra na prática, nossas intenções e capacidade de resposta.

As táticas empregadas para abertura de campo devem objetivar obter autorização e aceitação pela comunidade, razão pela qual não podemos de início, limitarmos apenas a contatar UD. Abordar e levar informações para não-usuários de drogas é altamente produtivo nesse sentido.

Algumas atividades de aproximação se mostram efetivas:

- Desenvolver atividades com as crianças da comunidade como, por exemplo, jogos educativos.
- Passar filmes de educação para a saúde, em especial relacionados às DST, AIDS e drogas.
- Realizar reuniões na associação de moradores para falar do projeto.
- Fazer contato com os comerciantes do local para explicar o trabalho e pedir para afixar cartazes e distribuir material informativo e educativo e preservativos no estabelecimento.
- Distribuir por toda a comunidade, material informativo e educativo como folders, cartazes, cartilhas, etc.

A demonstração do uso correto da camisinha – realizada em qualquer dos eventos acima citados – gera um momento de descontração e brincadeiras, entre a equipe de redutores de danos e a comunidade, durante o qual todos se divertem com o pênis de borracha.

Contatos com os comerciantes do local – principalmente nos botecos (pequenos comércios, barracas, bodegas) que os UD mais freqüentam – são geralmente muito proveitosos. Os comerciantes locais são, em geral, favoráveis ao trabalho de redutores de danos, pois entendem que a nossa preocupação é com a saúde dos UD, e é possível transformar o boteco em um espaço de prevenção (colar cartazes, deixar materiais informativos e educativos, distribuir preservativos, guardar material de campo). Também não é pouco freqüente que esses comerciantes se tornem colaboradores do projeto.

V. ATUAÇÃO EM CAMPO

Não existe um perfil ideal para o redutor de danos ou uma receita pronta para sua atuação. Ele deverá se adequar às dificuldades que for encontrando durante a abertura do campo, sendo necessário ter “jogo de cintura” para entrar em um universo desconhecido ou assumir um novo papel que ele vai conhecendo no processo.

O trabalho exigirá dele, certamente, sensibilidade para perceber as diferentes situações que se apresentam como, por exemplo, saber quando deve entrar ou não no campo, se a área está limpa ou suja com relação à ação policial e se está havendo guerra entre traficantes (o ideal é ter um usuário ou alguém da comunidade que possa sempre dar essa informação, logo na chegada).

É preciso ainda que o redutor de danos reconheça a importância do trabalho que está fazendo, tenha objetivos e limites bem definidos, clareza e consciência do seu papel e não seja preconceituoso.

Eventualmente, no trabalho de campo, deparamo-nos com sessões de uso. Esse é um dos momentos mais delicados, no qual o redutor deve ter e demonstrar tranquilidade e estar preparado para aceitar e conhecer os principais efeitos da droga. A aceitação da presença do redutor de danos em uma sessão de uso tem o significado de aceitação do redutor e do PRD por aquele grupo de usuários.

Os redutores de danos devem orientar o uso dos kits e o não compartilhamento destes materiais.

O trabalho de campo com UD exige, do redutor de danos, alguns limites. Se o redutor é um usuário de drogas ele não deve ir a campo em condições de intoxicação que o impeçam de atuar. Da mesma forma, ele não deve portar drogas ilícitas enquanto estiver atuando no campo, para evitar riscos e contratempos desnecessários à equipe e ao projeto (se ocorrer uma batida policial, por exemplo).

Não se trata aqui de negar a condição de UD do redutor de danos, mas de desenvolver a sua capacidade de discernir entre sua vida privada e o trabalho.

VI. COLABORADORES

“Colaboradores” e “amigos do projeto” são pessoas que, apesar de não fazerem parte da equipe do projeto, participam ativamente de suas atividades.

Em alguns PRD, a participação desses colaboradores e amigos mostrou-se fundamental para a realização do trabalho com os UD. Em todos os casos, essas pessoas

representam uma ampliação da capacidade do PRD de estar presente no seio da comunidade, uma referência e uma condição de permanência.

Entre as ações desenvolvidas por eles podemos destacar:

- Distribuição e troca de seringas, kits para crack, kits para drogas aspiradas, etc.
- Distribuição de preservativos e materiais informativos e educativos.
- Armazenamento do material.
- Atuação como contato entre o PRD, a comunidade e os UD.

Eventualmente, são os colaboradores que, efetivamente, viabilizam os trabalhos do PRD junto à comunidade por terem conhecimento da área ou por conhecerem pessoas influentes da mesma.

Muitas vezes, a casa de um colaborador é utilizada para o atendimento aos UD, fora dos horários e dias normais de atividades do PRD.

Por seu lado, os colaboradores podem obter uma série de vantagens de sua parceria com o PRD. Na maioria das vezes, passam a ser bem considerados e prestigiados na comunidade por desenvolverem diversas ações de interesse coletivo, principalmente na área de saúde e de defesa da cidadania.

Na abertura de novas áreas de atuação, deve-se buscar introduzir o projeto nas redes que os UD estabelecem com outros atores e grupos sociais. Dessa forma, deve ser valorizado qualquer contato positivo com um UD e a essas redes. Uma vez estabelecida a ligação com uma rede de usuários, o próximo passo é manter a estratégia funcionando.

VII. SUPERVISÃO

A supervisão é uma atividade essencial para o bom andamento dos trabalhos e a adequada integração da equipe.

Supervisionar nem sempre é uma tarefa fácil. Por vezes o supervisor é percebido como fiscal ou crítico, o que pode ser prejudicial ao trabalho. Deve-se buscar o máximo possível ter uma visão abrangente, perceptiva, coerente e não crítica.

O ideal é manter dois tipos de supervisão: Uma que atenda a demanda por apoio de parte da equipe e outra voltada para as necessidades operacionais do trabalho de campo.

A supervisão do trabalho de campo avalia os seguintes aspectos:

- A cobertura, em termos geográficos, das ações dos redutores de danos em campo.
- O relacionamento dos redutores de danos com a comunidade.
- A abordagem feita pelos redutores de danos.
- A postura dos redutores na cena de uso de drogas e com os UD.
- Os encaminhamentos de UD a serviços de saúde e o acompanhamento dessa ação e de seus resultados pelos redutores de danos.
- A qualidade do preenchimento dos instrumentos de coleta de dados.
- O significado dos dados coletados.

A supervisão da equipe avalia e trata de:

- Questões individuais e conflitos grupais decorrentes do trabalho.
- A coesão da equipe.
- Desgaste físico ou emocional da equipe.

VIII. INSUMOS

A disponibilização permanente de materiais de prevenção tais como preservativos e equipamentos para consumo seguro de drogas, além de sua função em relação aos objetivos do PRD, é uma questão fundamental para a credibilidade e aceitação do projeto pela comunidade, e para que a população reconheça os redutores de danos como agentes de saúde.

Os materiais e insumos utilizados nos diversos PRD não diferem muito quanto à natureza, embora as quantidades e especificações variem.

Tradicionalmente os PRD utilizam-se dos seguintes tipos de materiais:

- Insumos para os kits de redução de danos.
- Equipamentos de proteção individual (botas, luvas)

- Outros equipamentos usados em campo (pinça, lanterna, caixa coletora, mochila, capa de chuva)
- Materiais educativos e de informação (folders, cartazes, álbuns-seriados, fitas de vídeo)

Os PRD com componentes de vacinação contra a hepatite B incluem entre seus insumos vacinas, materiais de injeção, meios para conservação e transporte de vacinas, no entanto, em geral, é mais prático e produtivo referenciar as pessoas a serem vacinadas para um posto ou centro de saúde do que promover vacinações em campo.

IX. KITS

Os kits de redução de danos são de vários tipos:

- Injetáveis- Podem ser de 3 conformações diferentes, de acordo com o caso, podendo ser para UDI, para usuários de anabolizantes e para “bombadeiras” de silicone. São compostos de um estojo com seringas, agulhas, frascos de água destilada, recipientes para diluição, compressas com álcool para assepsia (swab), garrote, folder com conteúdo informativo e educativo e preservativos.
- Aspiradas – Composto de preservativo, de canudo de silicone e de material informativo e educativo.
- Crack- Composto de um cachimbo, piteiras de silicone individuais, protetor labial e preservativos.

Considerando o risco de transmissão sexual do HIV e das Hepatites, e da elevada prevalência dessas infecções entre UD, é muito importante facilitar o acesso a preservativos e favorecer seu uso, razão pela qual os preservativos são componentes que não podem faltar no kit.

Tradicionalmente os kits contêm apenas preservativos masculinos, contudo, a crescente disponibilização de preservativos femininos em alguns serviços de saúde e no comércio nacionais indicam sua inclusão no kit, especialmente quando o PRD atua com populações de mulheres.

Considerando a elevada taxa de analfabetismo real e funcional entre as populações de UD, os materiais educativos devem priorizar textos simples e com ilustrações.

Um material indicado é um folheto/folder contendo informações sobre transmissão e prevenção das DST/HIV/AIDS, e Hepatites, descrevendo técnicas seguras de consumo e orientações de como proceder para prestar e obter socorro qualificado em caso de “overdose”.

Ele deve trazer, ainda, endereços e telefones úteis para este segmento populacional, como o do disque-aids, disque-saúde (sistemas de informações via telefone) e de serviços que oferecem testagem e aconselhamento, tratamento da dependência química, assistência e tratamento a portadores de DST/HIV/AIDS, atendimento de emergência e de outros postos de RD.

Os kits são fornecidos a cada UD no primeiro contato. Após a sua vinculação ao PRD, os materiais serão disponibilizados de acordo com a necessidade, não necessariamente compondo um kit a cada visita.

XI. BIOSSEGURANÇA

Medidas de biossegurança são procedimentos e condutas que se destinam a minimizar o risco de transmissão de doenças, como a AIDS e as Hepatites Virais, nos trabalhadores de saúde – principalmente os redutores de danos – e para quem recebe atendimento (UD e suas redes de interação social).

A exposição ocupacional a material biológico durante a execução das atividades do PRD é freqüente. Considerando que um número expressivo de pessoas atendidas são portadoras do HIV, do HBV e do HCV, atividades como recolher e contar seringas e agulhas usadas, transportar este material e descartá-lo – ainda que contando com a utilização de pinças e caixas coletoras adequadas – expõe os trabalhadores de saúde que as realizam a risco de infecção por aqueles agentes.

É recomendada a elaboração e implementação de protocolos específicos, apropriados às atividades desenvolvidas no âmbito do PRD e dirigidos aos redutores de danos para minimizar riscos pessoais e ambientais. Tais protocolos deverão contemplar,

prioritariamente, a adaptação das precauções universais às condições de cada instituição e projeto.

A importância da biossegurança decorre do fato de que o trabalho é feito na maioria das vezes, em condições precárias, com pouca luminosidade e em locais sujos. Nos locais de uso (salas, mocós e bretes), as agulhas e seringas usadas são, com frequência, abandonadas no chão, e, por isso, é essencial o cuidado com a segurança.

Por essa razão, não iniciamos o trabalho de campo sem o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e, também, para que não haja estranhamento posterior, pois é importante os UD se acostumarem com a presença do redutor assim paramentado para entenderem e aceitarem seu papel de agente de saúde, que zela não só pela sua saúde como pela dos UD.

Tal ação torna-se mais difícil de ser realizada quando o redutor é morador da área onde atua, porque certamente causará estranheza o fato de uma pessoa - que sempre foi vista usando drogas sem precauções - de repente, começar a usar luvas para manusear seringas usadas.

Para minimizar este problema, no treinamento dos redutores que são UD ou ex-UD, essa situação deve ser dramatizada ou de alguma forma trazida a discussão, e esse argumento - que com toda certeza será apresentado pelo treinando para justificar o não uso dos EPI - deve ser desconstruído.

O contra-argumento para justificar o uso de pinças e luvas na manipulação de seringas e agulhas é simples: “Quando vocês não acreditavam na AIDS não usavam camisinha, quando começaram a acreditar, passaram a se prevenir. Da mesma forma antes de chegarmos aqui, vocês não sabiam da existência das hepatites, agora já sabem. È por isso que se devem usar luvas na manipulação de seringas.”

Recomendações de acordo com as normas de precauções universais:

- Não ir a locais de uso de drogas usando chinelos e sandálias. É preferível calçar botas ou tênis com solado grosso, uma vez que se pode pisar em seringas e agulhas abandonadas ao chão.

- A lanterna é fundamental para o trabalho de campo noturno, contudo, é preciso avisar aos UD e à comunidade a sua utilização pelos redutores de danos, já que eles podem confundir a aproximação da equipe com uma batida policial.
- Usar pinças para recolher seringas e agulhas usadas. Recomendam-se as pinças do tipo Pean ou Cheron (usadas em cirurgias), que são de fácil manipulação e limpeza. O uso de pinças não dispensa as luvas.
- Não reencapar agulhas.
- Utilizar luvas de procedimento. Luvas cirúrgicas são muito mais caras e desnecessárias nesse caso, uma vez que não há necessidade que sejam estéreis.
- As caixas coletoras recomendadas – para o descarte em campo de seringas, agulhas e outros materiais contaminados – são as de três litros, porque têm capacidade adequada e cabem numa sacola de plástico, o que facilita o transporte. Em postos fixos de troca, as caixas coletoras podem variar de acordo com a quantidade de seringas circulantes na localidade. Não se deve encher a caixa coletora além de dois terços de sua capacidade. O descarte deverá ser feito em serviços de saúde.
- Imunizar toda a equipe contra a hepatite B.

A utilização de caixas coletoras improvisadas para seringas e agulhas usadas é contra-indicada em razão do risco elevado de acidentes, em decorrência de agulhas perfurarem facilmente esses materiais. O uso de garrafas plásticas de refrigerante como caixa coletoras, na ausência de caixas apropriadas, tem se tornado freqüente e, com ele, o número de acidentes. Na falta de caixas apropriadas, especialmente produzidas para esta finalidade, devem ser utilizados recipientes com paredes de metal e com tampa, como por exemplo, latas de leite em pó.

XII. PROCEDIMENTOS EM CASO DE EXPOSIÇÃO ACIDENTAL OU OCUPACIONAL A MATERIAL BIOLÓGICO POSSIVELMENTE INFECTADO.

O PRD deve adotar um protocolo para o manejo de acidentes de trabalho com

exposição a material biológico possivelmente infectado pelo HIV ou pelos HBV/HCV, no qual é necessário definir pelo menos:

- Para onde encaminhar a pessoa que sofreu a exposição.
- Quem (profissional/serviço) vai prescrever a quimioprofilaxia e como será fornecida a medicação.
- Em qual serviço a pessoa acidentada irá realizar seus acompanhamentos e retorno.

Nessas situações, dispõe-se de curto período de tempo para iniciar a quimioprofilaxia com anti-retroviral (em geral utilizam-se combinações de anti-retrovirais) que reduz o risco de infecção em pelo menos 80%. A quimioprofilaxia, no entanto, deve ser iniciada preferencialmente entre uma a duas horas após a exposição de risco e mantida por um período de quatro semanas para que seja efetiva.

Sempre que possível, deverá ser feito teste sorológico de detecção de anti-corpos do paciente-fonte do material biológico, caso ele seja conhecido, com o seu consentimento informado (natureza do teste, significado e implicações do seu resultado para ele e para o trabalhador de saúde envolvido no acidente).

O uso de testes rápidos para determinar o estado sorológico do paciente-fonte está justificado nesses casos, em vista de se dispor de um período de tempo muito curto para decidir sobre iniciar ou não a quimioprofilaxia com anti-retroviral. Um resultado não-reagente evita o início ou a manutenção desnecessária da quimioprofilaxia anti-retroviral para a pessoa acidentada.

As medidas sugeridas devem ser estendidas a todos os trabalhadores de saúde que atuam no projeto, especialmente os redutores de danos, amigos do projeto, UD atendidos e suas parcerias.

É importante ter em mente que a legislação exige a determinação de vínculo causal, para comprovar a aquisição ocupacional do HIV e a caracterização ou não de acidente de trabalho.

Além da elaboração do protocolo, é primordial o treinamento da equipe, já que existem questões teóricas com as quais a maioria dos trabalhadores de saúde não está familiarizada.

Os treinamentos devem ser planejados e realizados periodicamente com objetivo de promover condutas homogêneas de todos os membros da equipe frente a situações semelhantes. Reciclagem, avaliação de relatórios e criação de oportunidades para elucidação de dúvidas surgidas durante a supervisão em campo fornecem subsídios para formulação de alternativas seguras e viáveis de atuação, pois o ideal nem sempre é possível.

Discutir, elaborar e avaliar condutas de biossegurança com a participação de todos – técnicos, redutores e UD – favorecem a adoção e a adesão às medidas preconizadas.

XIII. UNIDADES MÓVEIS

A utilização de veículos como unidades móveis é recomendável para apoio às atividades de campo. Essas unidades servem para o transporte de redutores, de material e para otimização do tempo da equipe em campo, podendo ainda ser utilizadas como postos móveis de troca de seringas e de atendimento à comunidade.

Na escolha do veículo é importante observar que aqueles que têm capacidade para transportar mais de 10 passageiros exigem habilitação profissional do motorista. As unidades móveis que funcionam como postos móveis precisam sofrer adaptações. Sendo assim, esses veículos devem ser identificados com os nomes e as logomarcas do PRD e das instituições que o sediam e o apóiam.

O tipo de trabalho realizado por unidades móveis varia entre os vários PRD que dispõem desse recurso. Por vezes, são feitas visitas domiciliares a pessoas que, por algum motivo, não podem ir ao veículo. Entre esses motivos está a preservação da privacidade da condição de usuário de drogas.

COMPARTILHAMENTO DE SERINGAS, AGULHAS E CANUDOS COM SANGUE INFECTADO PELOS VÍRUS B E C DAS HEPATITES

Cristiane Silveira da Cunha*

Jamison Menezes de Souza**

Roberto Gomes do Nascimento***

FATORES DE RISCO NATURAIS E BIOLÓGICOS

Desde os primórdios, o homem está submetido aos fatores naturais como elementos de risco à sua sobrevivência. Fatores climáticos e outros riscos, como os animais selvagens convivendo no mesmo ambiente, levavam ao homem perigos à sua vida.

Atualmente, com o advento do desenvolvimento tecnológico e o objetivo cada vez maior de o homem dominar a natureza, os fatores de risco ganharam uma dimensão assustadora.

Além dos riscos naturais, existem também os riscos de natureza biológica. Organismos como fungos, bactérias, vírus e protozoários podem ser veiculados por variados modos de introdução e responsáveis por diversas patologias que acometem o homem.

INSTRUMENTOS DE VEICULAÇÃO

O surgimento de um instrumento de veiculação por via injetável, a seringa de vidro – tecnologia que veio propiciar o tratamento dos pacientes pela via de administração endovenosa – tornou-se, quando este não é esterilizado a contento e é inquinado com microrganismos, outro fator de risco como elemento veiculador de patógenos. A melhora da tecnologia desse instrumento de introdução de medicamentos para a forma plástica

* Médica Hematologista – Assessoria DST/Aids – SESDEC-RJ

** Médico Hematologista – Assessoria DST/Aids – SESDEC-RJ

*** Farmacêutico – Assessoria DST/Aids – SESDEC

descartável, a seringa de plástico, diminuiu os riscos de o homem se infectar pelos microrganismos. Todavia, com a prática de compartilhamento de seringas entre os usuários de drogas injetáveis, a veiculação de agentes contaminantes, como os microrganismos causadores de doenças infecciosas, tornou-se fator de risco considerável para esse grupo de pessoas adquirir diversas doenças, entre elas as hepatites B e C.

FATORES DE RISCO PARA AS INFECÇÕES PELOS VÍRUS DA HEPATITE B (HBV) E HEPATITE C (HCV)

Além dos fatores de risco para a infecção pelo HBV e pelo HCV associada ao uso de drogas, seja por via injetável ou inalante (absorção pela mucosa nasal), não podemos esquecer dos outros fatores de transmissão, como as relações sexuais sem proteção com preservativos, a transmissão vertical (da mãe para o concepto), a hemodiálise, a recepção de sangue, seus componentes e/ou derivados e a exposição freqüente ao sangue e demais líquidos orgânicos, principalmente pelos profissionais de saúde nas áreas de hemoterapia, laboratório, hemodiálise, cirurgia e odontologia.

Convém, entretanto, mencionar que todos os fatores de risco na transmissão dos vírus C e B necessitam que os líquidos biológicos estejam contaminados por partículas virais B e C, porque a infecção somente é possível com a presença dos agentes etiológicos agressores nos componentes biológicos.

FATORES DE RISCO PARA A TRANSMISSÃO DO HBV E HCV PELOS USUÁRIOS DE DROGAS, POR VIA INJETÁVEL OU POR ASPIRAÇÃO

Para os usuários de drogas, a vigilância epidemiológica deve enfatizar, por meio de informação adequada, o aconselhamento, que concerne aos riscos associados com essa prática. Entretanto, se a real consciência não for despertada, a abordagem como o escopo de informação não será suficiente. São os órgãos que lidam com a vigilância epidemiológica que devem criar mecanismos para a tomada de consciência.

A distribuição de seringas descartáveis e a sua posterior devolução, além do controle por órgãos estaduais e municipais, desenvolvendo ações de saúde pública que diminuam esse fator de risco, parecem ser um bom mecanismo para acompanhar o andamento do processo de aconselhamento e conscientização.

Do mesmo modo, essas medidas valem para as pessoas que inoculam drogas pela via nasal. Sabe-se que os objetos usados para aspirar drogas (canudos confeccionados com materiais diversos) podem causar lesão na mucosa nasal e esta, friável, facilita o sangramento, podendo propagar a contaminação. Esse material contendo sangue, pode, uma vez compartilhado, ser veículo de transmissão de infecções, incluindo as hepatites B e C, caso o sangue contenha as partículas virais HBV e HCV.

Essas vias de introdução de agentes etiológicos representam um sério problema de saúde pública e devem merecer atenção das autoridades sanitárias, com o objetivo de se criar políticas públicas de saúde que diminuam os riscos de transmissão dos vírus das hepatites B e C.

INTERVENÇÕES PARA REDUÇÃO DO RISCO DE CONTRAIR OS VÍRUS DAS HEPATITES B E C

As intervenções do tipo redução de risco consistem em: conscientizar os usuários quanto às conseqüências para a saúde e os riscos decorrentes do uso compartilhado de drogas injetáveis e por aspiração; estabelecer contato com a população alvo, fornecendo meios para a mudança, através de aconselhamento e melhorias no acesso à ajuda/orientação; melhorar o acesso ao sistema de saúde e a qualidade do tratamento; fornecer seringas e agulhas estéreis e instrumentos para a aspiração. Acreditamos que esse conjunto de ações e políticas públicas diminua os riscos de infecção entre os usuários de drogas. Pensamos que se trata de um esforço continuado que deve ser levado com profunda seriedade para ajudar pessoas que precisam essencialmente de acolhimento sincero para seus dramas nesta jornada de suas vidas.

ENTREVISTA

Realizada em julho de 2006, no Rio de Janeiro.

A entrevista com L., agente redutor de danos da Associação Carioca de Redução de Danos (ACRD), que apresentamos a seguir, foi realizada em conjunto com representantes da área da Prevenção da Assessoria de DST/Aids da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil – RJ e da ACRD, com o objetivo de registrar a experiência de quem atua diretamente no trabalho de campo. A edição do depoimento de L. foi feita de modo a preservar, sobretudo, suas opiniões e impressões a cerca do trabalho que realiza junto a grupos de usuários de drogas em municípios da Região Metropolitana II. Preservamos também as expressões que caracterizam sua fala, buscando reproduzir o mais fielmente possível seu modo de retratar a realidade e, de certo modo, torná-la mais próxima do leitor. Obviamente, trata-se da visão pessoal de L. sobre a questão. As opiniões, conceitos e interpretações aqui expostos não são necessariamente compartilhados pelos responsáveis por esta publicação.

Como começou a sua relação com as drogas?

Conheci a maconha no carnaval de 1977, estava com duas meninas que me ofereceram e gostei. Depois, conheci o A. e a J., comecei a cheirar, mas ainda não tinha provado a aplicação. Tinha um taxista envolvido que morava no Rio e levava a rapaziada de Niterói, onde eu morava, meio em comboio com um monte de taxistas muito malucos, pro apartamento dele perto de uma favela. Quando começavam a soltar os fogos,, o pessoal já começava a sentir ânsia de vômito e passava mal. Até então, eu nunca tinha visto droga injetável e achei aquilo um ritual tão diferente que tive uma tonteira e desmaiei.

Por que você chama isso de um ritual?

Ah, você puxa o sangue, mistura a água, mistura o pó, cara... A gente sempre falava: - Vai ter ritual onde hoje?

As pessoas usavam seringas e agulhas diferentes?

Eu lembro perfeitamente, todos que freqüentavam ali tinham uma certa condição e, na época, não existia essa cocaína de hoje em dia. A minha rapaziada, hoje, só se aplica quando sabe da veracidade da cocaína. Eles falam: - Que adianta eu aplicar na minha veia pó Royal, caco de vidro ralado...

Na minha época, não era nem chamada de cocaína, era chamado de “brilho”. Você tinha que esquentar no prato para cheirar, hoje em dia, vai até no dedo, enfiando no nariz. Lá, naquela época, com o taxista, eu via que todos eles tinham sua seringa, seu material, chegavam a ter nojo mesmo... Agora, é diferente, estou de frente nos trabalhos, sou enfermeiro deles e, quando não estou lá, eles ficam no aperto para arrumar agulhas e seringas pra cada um.

Mas na hora do “barato” mesmo da coisa, quando o cara está naquela doideira toda, há condição da pessoa se cuidar?

Para você ver como é importante esse trabalho de redução de danos. Até então, a gente não tinha conhecimento sobre essa parte. Quando eu tomei conhecimento, já tinha me afastado da rapaziada e das drogas também. Mas, de vez em quando, eu dou um tequinho também, não vou mentir pra vocês, não. Senão, seria hipocrisia minha. Inclusive a minha mulher sabe, e só me diz: - Não vai se perder, não! E geralmente a pessoa se perde... A doideira... você não consegue segurar a doideira!

Na minha época, meu amigo, a gente não tomava só nos cano não. Tomava chá de trombeta, comia cogumelo, tudo que dava onda a gente tava. Cheirinho-da-loló, a gente apanhava uma receita e fazia em casa. Lança-perfume... eram caixas e mais caixas. Não era como hoje em dia. Eu fumava maconha no meio da rua, namorando minha mulher. Eu acendia um charutão e saía fumando. Nego olhava pra trás, só pra saber que cheiro era aquele... Não tinha esse negócio de violência. É aquilo... cada um faz o que quer, certo? A gente faz o quê? A gente tem que ajudar...

Já tive diversos amigos com problemas, aids, hepatite. Perdemos um amigo - que era tudo pra gente - que morreu de hepatite. Isso foi o quê? Foi doideira, ninguém sabia de nada...

Quais são, em sua opinião, os danos ou os problemas que decorrem do uso de drogas?

Eu, por exemplo, quando fui doar sangue pra um amigo que estava precisando, já faz uns 12 anos, foi constatado que eu e minha mulher tínhamos hepatite B. Devo ter pego numa dessas carpadas. São tantas situações que é até difícil recordar; muito lance de praia e de cachoeira, compartilhando seringa, alguém pode ter transmitido para mim. Eu e minha esposa, por acaso, tivemos a chance de fazer um tratamento, mas muitos morreram sem saber que estavam doentes, tenho certeza. No nosso meio não tem só o cara que é UDI, não. Tem muita parte de inalação, tem os alcoólicos, que são os que estão mais em risco. Você se perde com a bebida, meu amigo. A cerveja nem tanto, mas se for um viciado em cachaça, você se perde. Pega uma mulher na rua que você nunca viu na sua vida, de repente, tá transando sem camisinha... Pode tá com o bolso cheio de camisinha que, na hora H, vai transar sem camisinha.

Com relação ao sexo seguro, você acha que é só com a bebida que se perde o cuidado?

Na parte das relações sexuais, geralmente os caras que se aplicam não têm disposição para isso. Mentira aquele que diz: - Me aplico e vou pra dentro! Isso é lenda. O cara fica naquela onda, naquela ansiedade... Pra o pessoal que se aplica, eu nem dou tanta camisinha, porque eu sei que a parte deles é mais a precaução com a seringa.

Até cheirando o cara perde um pouco a vontade... Porque a cocaína te deixa num estado que tu não fica preocupado em sexo.

Quando fui chamado para atuar em Niterói, não vi usuário de droga nenhum, vi uns caras lá falando que eram, mas eu bato o olho e conheço de longe. Vi muito alcoólatra. Mas sei que existe usuário de droga, a gente vê seringa espalhada. Mas eles estão tão entocados... Não sei se vocês já ouviram falar em neuróticos anônimos, narcóticos anônimos, alcoólicos anônimos, eles têm uma coisa que... Não abrem o anonimato, tá entendendo? O anonimato pra eles é muito importante, pra apanhar a confiança deles foi um trabalho de meses, cara. Lá, se faltar o material que você deu sua palavra, já olham diferente. Já levei uma média de dezesseis pessoas pra reunião, que não têm condições de comprar uma seringa, meu amigo.

Muitos deles fazem avião, o usuário que não quer subir o morro fica lá embaixo e fala o seguinte: - Meu irmão pega cinco papel, fica um pra você. Pra não ter que se arriscar a ir lá dentro, lá não vai policinha, não, vai Caveirão, tudo com metralhadora na mão e escopeta. No campo que eu abri em Niterói, o cara é um gentleman, faz restauração de quadros, tem uma situação. Quando detectei ele, ele me disse: - Aqui a gente não precisa, a rapaziada faz avião pra mim, eu digo onde está a boca, dou um dinheiro na mão deles, eles trazem na minha mão e ninguém vai nem saber. Eu falei que a gente queria fazer um trabalho de redução. Começamos a fazer e o trabalho ficou bonito; aí, começou a aparecer esse problema de material.

Mas você acha que, na hora da onda mesmo, o cara sabendo que pode usar o material que você levou e deixou com ele, dá pra ele se cuidar em relação à seringa?

Se ele tiver o material, com certeza, ele se vira. Agora, se não tiver, vão apanhar o que estiver ali, vão de água da bica. Ferve a agulha, esquentam com o isqueiro, entope a veia... E também quando a cocaína é merda, meu amigo...

Este trabalho de redução de danos, eu me apaixonei por ele. Já tive várias vezes pra largar, não vou mentir pra vocês, não... Quando eu soube desse trabalho, fiquei super interessado, porque na minha época não tive isso.

Quando iniciei esse trabalho, dei a minha palavra que não ia deixar o pessoal sem material. Não sabia que havia esta polêmica de governo. Não sabia que ia passar por esta falta de material. Não é nem dinheiro... que a gente tá duro hoje, mas não sabe o dia de amanhã. O lance é manter a palavra com uma pessoa. Numa reunião, outro dia, alguém me disse que se preocupa com a parte social desse trabalho. Em casa fiquei pensando: - Engraçado, na minha época não tinha isso. É meu nome que tá em jogo, a minha palavra, meu amigo. Eu cheguei pra eles e disse que não tinha nada a ver com política, que ninguém ia molestar eles, ninguém ia pedir para pararem. Ao contrário, que eu estava ali para dar um auxílio para eles, levar material, seringa, água destilada...

Nesse trabalho, você já conheceu alguém que faz, vamos dizer assim, um uso não prejudicial da droga, porque já conhece as maneiras de se cuidar melhor, de fazer um uso que não afete tanto à saúde?

Vou te dar uma idéia aqui. Este pessoal que tá nessas drogas, são uns caras ansiosos. A gente tá aqui falando de drogas. Se tem um aqui, por exemplo, já fica com ânsia de vômito, já fica pensando: - Vou lá em tal boca. Então, é muito difícil lidar com esse pessoal num clima de saúde. Às vezes, nego tá se aplicando e já tá pensando em se aplicar de novo... Já tá pensando em pegar mais droga e voltar se aplicando, mesmo com risco de acidente, de polícia.

Como é essa questão envolvendo a polícia?

Uma vez me pararam numa blitz. Eles viram as seringas usadas e as que iam pra uso, mais as camisinhas e falaram pra mim: - Perdeu! Aí, mostrei a carteira da Associação Carioca. Sou redutor de danos, este é o trabalho que eu faço. Ele falou: - Meu amigo isso é flagrante, perdeu! Tem quanto pra perder? Eu sem uma prata no bolso e o cara insistindo. Eu falei: - O que eu tenho é um saco de camisinha. Você acredita que o cara aceitou? Chegou no camburão onde tava o comandante, jogou em cima do banco e disse: - Aí, o cara lá não tem dinheiro, mas tem isso!

Além da polícia, que outro tipo de dificuldade você encontra para realizar teu trabalho?

É dinheiro pra passagem, pra ir lá e ver como que o pessoal tá. É material que andou faltando... Agora que já tô no metiê fica mais fácil, mas tem uns caras que ficam até meio piroca mesmo, surtam mesmo legal. Na época que a gente tomava trombeta e cogumelo, às vezes, tinha que amarrar nego no poste, meu amigo.

O que você acha que uma pessoa precisa, quais as características precisa ter para ser um redutor de danos?

Vou te dar uma idéia, uma pessoa que nunca esteve nesse meio de droga, pra conseguir

usuário de droga injetável é a mesma coisa que impossível. Porque ele não quer abrir o anonimato, eles acham que é muito mais fora da margem do que quem cheira, do que quem bebe...

A sociedade discrimina?

Muito. Na minha época, a gente ia pra fazenda de um cabeleireiro muito famoso em Ipanema, tinha uns cogumelozinhos pra rapaziada mastigar, tinha uns cantos pra se aplicar, ele dava a maior liberdade... Mas quando vinha a rapaziada da elite dele, falavam logo: - Você deixa, eles fazerem isso na sua casa?

E quando precisa de algum serviço de saúde e percebem que a pessoa é usuária de drogas, como é isso?

O serviço de saúde de Niterói, não é dos piores, é dos melhores. Mas, uma vez, fui apresentado a uma cidadã em um posto de saúde, que me tratou super mal, como se eu fosse um drogado, como se um cara que trabalha com redução de danos tivesse uma doença. Quando fui fazer a entrega do material usado, levei na caixa coletora direitinho. Os funcionários tinham saído para o almoço, me deixaram ali no asfalto esperando um tempão. E você sabe, se a polícia chega, até provar que focinho de porco não é tomada, já viu... Quando os funcionários chegaram, não quiseram nem meter a mão na caixa... Sabe o que ela falou? Aí, põe ali debaixo daquele tanque que fulano ou beltrano vem depois pra pegar. .

Isso como redutor de danos, mas uma pessoa usuária de drogas, que está com problemas de saúde, com uma hepatite, ou está na doideira e quer ir num hospital, teve um surto ou precisa de assistência, como é que faz? Um alcoolista, por exemplo, tem discriminação do pessoal do serviço?

Eu nunca passei por isso. Também, se eu chegar lá como estou aqui, vou ser dez mil vezes mais bem tratado do que um cara bêbado pedindo pra tomar uma glicose na veia.

Você acha que os serviços de saúde não estão preparados para lidar com uma pessoa que faz uso de drogas?

Na parte de UDI, estão despreparados. Porque não encontram pessoas que chegam até eles. Eles não sentem firmeza, porque nunca tiveram nada. E, outra coisa, esses garotos novos que estão entrando agora nessas ondas não agüentam, não... Eles preferem mais cheirar, só quando estão naquela empolgação é que se aplicam. Não é o ritual dos cascudos da minha época, que foram acostumados...

E quando há uma suspeita de hepatite, HIV, como é quando ele vai parar num centro de saúde? E com os parceiros, como é que é?

A gente conversa com eles que quando estiver com um parceiro tem que usar camisinha, se faltar seringa pede a fulano, pede a beltrano, sempre sobra de um ou de outro, mas não compartilha e nem guarda de um dia pro outro. Se precisar a gente leva para o posto de saúde, eu já levei dois e foram bem tratados, falei que eram usuários de drogas.

Você já encontrou algum que manifestou vontade de parar de usar, de querer fazer um tratamento?

Muitos deles... Eles procuram os evangélicos... Eu com toda a minha experiência, eu não fui pra lugar nenhum não, botei na cabeça que não ia mais e não fui.

Você acha que todo mundo consegue isso?

Não, não, tem gente que faz tratamento em clínica particular caríssima. Eles falam: - Eu vou parar! Mas esse “eu vou parar” deles é hoje, mas, depois da rebordosa, no dia seguinte, escuta falar de droga e já se ouriça de novo.

Por que, em sua opinião, o posto de saúde, os profissionais de saúde não fazem esse serviço que você está fazendo?

Todo trabalho tem o bom profissional e o péssimo profissional, depende da sorte que você dá.

Mas a gente não vê muitos profissionais de saúde fazendo isso lá no campo, por quê?
De jeito nenhum, eles nunca vão, quem tem c... tem medo. Medo de que? De fazer o trabalho que eu faço, de chegar lá na boca de fumo...

Por que você faz e eles não fazem?

Devido à experiência que eu tive na minha vida... de não ter alguém como eu sou hoje pra eles... me faz tentar isso...

Você acha que o profissional de saúde do governo deveria fazer isso também?

Claro, mas eles não têm peito pra isso, você já viu alguém do Ministério da Saúde fazer trabalho de campo, chegar na boca de fumo e falar: - Meu amigo, eu não tenho nada contra você fazer isso, mas você tá se prevenindo? Duvido cara... Primeiro, ele vai achar que vai ser assaltado lá!

E por que o usuário não vai lá ao posto de saúde?

É a mesma resposta, quem tem c... tem medo, ele sai do cantinho dele, chega lá toma um grampo, aí, no mínimo, você tem que gastar é cinco mil reais, pra não ficar lá dentro...

Você acha que se a droga fosse liberada acabava isso?

Com certeza, você ia ter um lugarzinho, igual nesses países aí. Olha só, meu amigo, cada um faz o que quer, eu penso assim... Contanto que não prejudique a terceiros, como é o caso de usuário de droga que tá se aplicando inadequadamente, jogando a seringa na beira da rua, pra uma criança jogando futebol, ou uma idosa andando tropeçar, furar o dedo e acabar se contaminando... Havendo isso, você não prejudicaria os outros, cada um faz o que quer, cara. E, já que a pessoa faz, por que não fazer com segurança? Em outros países você tem um canto, com enfermeiros e tudo que fazem a aplicação. O país que tem mais esse tipo de problema é os Estados Unidos, por causa da repressão, você vê que eles lá são tudo desgovernado, é onde tem mais doideira...

Mas onde não é proibido, pouca gente vai ao serviço de saúde procurar...

É por causa da fama do serviço de saúde, se você chegar numa sala de Alcoólicos Anônimos, todo mundo respeita o outro, se chegar doidão, fedendo a urina, todos eles, no final da reunião, vão te abraçar.

Isso não aconteceria no serviço de saúde, por quê?

De jeito nenhum, quem é que gosta de abraçar uma pessoa fedendo, não vamos ser hipócritas... Mas dentro de uma sala de AA, você tá vendo que poderia estar na mesma situação dele, é uma forma de você mostrar que ele tem com quem contar. Já é diferente de um lugar desses que você tá falando, de um posto de saúde, quem é que vai encostar num cara cagado, com cheiro de mijó, nem vão tocar com a mãozinha assim, de leve... Que isso, cara!

Você não acha que mesmo se esses profissionais fossem treinados, capacitados, eles não poderiam fazer isso?

Com certeza, com certeza... O certo não é um redutor fazer o trabalho com oito, dez, doze, os caras tinham que ter acompanhamento, no máximo, dois, três. Os caras saem pra apanhar a droga no Rio, depois de se aplicar na ponte, jogam a seringa pra dentro do mar, plim! Se você tá ali, se você é um cara da área da saúde, um redutor de danos, num tá envolvido na situação, e diz: - Não faz não, meu irmão, me dá aqui. Põe na garrafa de pet, e pronto, não tem risco pra ninguém.

Qual é a droga que você acha que é mais usada nessa região?

Estou preocupado que o crack já chegou no meio da rapaziada... A mais usada é a cocaína, o pó. A maconha é mais light... Fumando na hora de dormir é um remedinho.

É mais comum o cara que usa só um tipo, ou o cara que traça todas?

Isso depende do momento, da ocasião, você tá no meio de muito doidão, tá ali com a cocaína, acabou a cocaína e tem ali um pezinho de trombeta. Repara que o cara já tá na onda ali, vai querer fazer um chá e tomar. Se ele vê um cogumelozinho lá, vai apanhar e comer.

Mas dizem algumas pessoas que o cara que começa com um levezinho vai para outras mais pesadas, isso é fato mesmo?

Tudo é o momento. Eu por exemplo, comecei com a maconha porque me foi oferecido na hora ali. Se me tivessem me oferecido cocaína, teria cheirado primeiro... Isso é muito relativo.

E a onda mesmo, na hora que o cara tá ali na onda...

Vou te dizer, das ondas todinhas, a que mais me preocupa mesmo, não vou mentir, é a onda da cachaça. O cara que toma cachaça, meu amigo, se ele não tiver preparado, ele faz qualquer merda, o cara sai de si completamente. Não é qualquer malandro que segura a onda da cachaça não, a cachaça te vira de cabeça pra baixo.

Mas a onda é sempre uma coisa boa, ou o cara, chega uma hora, que ele nem sente tanto prazer assim?

Isso também é muito relativo, tem casos. Tem uns que têm que fazer sempre, tem outros que fazem por fazer. Tem vezes que falam: - Não tô afim mais, não! E chega no fim da festa, tá querendo mais e vai pegar de outro cara, entendeu?

Se abrisse um concurso público para contratar redutores de danos, quais as exigências que você, se estivesse em uma comissão de seleção, faria?

Ter um passado nisso. Mas é importante ter boa vontade também, tudo é boa vontade. A pessoa, quando tem motivação por uma coisa, vai à luta, não tem que ficar se escondendo, ficar encima do muro, isso aí é ridículo. Não adianta dizer que as pessoas que lidam com isso são tapadas. São tapados, vai lá e tira a tampa deles, tem que ver que isso é uma realidade, cara! E tem mais, estava olhando as estatísticas que eu tenho acesso, em termos de contaminação por Aids, em Niterói e São Gonçalo. Caiu bastante depois desse trabalho que a gente fez. Isso se espalha, se espalha rápido. Tanto é que, quando eu chego, todo mundo fala: - Aí, chegou o homem do sorrisal! Porque eu botei o apelido das camisinhas de sorrisal. Eu falo pra eles: - Contra azia, má digestão e dor na cabeça do pau, coloque sorrisal!

Você acha que a droga atrapalhou alguma vez o seu trabalho?

Eu tive muitas oportunidades na minha vida, não vou mentir pra você não. A droga inibe nesse lado social, porque você acha que tá todo mundo olhando, percebendo... Mas, graças a Deus, nessa parte emocional, nunca deixei me atrapalhar, sempre tive bons empregos. Não estou tendo agora, com essa idade toda, que fui cair num meio que eu gosto, eu amo dirigir, sou caminhoneiro... Mas se eu for procurar uma coisinha melhor, eu acho. Mas eu não sou muito desse negócio de ficar preso num computador, não sei nem mexer. Sou mais de liberdade... Trabalhei num hotel cinco estrelas em Ipanema, doideira braba, pegava às dez da noite e largava às seis da manhã, era mensageiro... Cheirei muito...

Qual foi o maior prazer que uma onda, uma droga trouxe pra você?

Cada um tem o seu útil e o prazer. Tem cara que tá fazendo sexo, pega a mulher, não dá uma caprichada, já vai pra dentro, igual àquele Jack Estuprador, cada um tem um jeito... Eu, por exemplo, quando gostava de usar droga, achava que estava abafando, delicioso, maravilhoso... Mas tinha outros que ficavam cabisbaixos, melancólicos, ou eufóricos, tem vários tipos de comemoração. A mesma coisa é o alcoólatra, o cara bebe porque o time dele ganhou, bebe porque o time perdeu, tudo é motivo pra quem gosta de beber.

E qual é, ou qual foi a maior sensação de prazer que você teve sem droga?

Quer ver um lugar que eu me sinto alucinado, mais do que quando parece que tô drogado, é quando tô dentro de um bingo. Quando tô estourando uma pedra então, parece que vou meter a mão naquela tela e botar o número pra fora.

Mas você falou que tem o maior amor por esse trabalho que faz...

Lógico, gosto muito desse trabalho de redução de danos, porque tô no meio de pessoas que têm consideração comigo, me acham uma pessoa que não tá ali pra prejudicar eles, que tá ali pra ajudar. No meio deles, tô no meio de gente que gosta de mim, bebida à vontade, comida eles não comem porque estão tudo mastigando, comida sobrando, eu de careta ali, pra tirar

o gosto aquela carninha passadinha, no ponto... Eu gosto desse trabalho, se não já tinha largado. Na parte financeira, quase não tive retorno nenhum.

Mas o que você acha que faz você...

Continuar nesse trabalho? É por causa do que eu tô te falando, na minha época não tinha nada disso, não tinha uma pessoa que me desse um toque.

Mas qual é o papo que você dá nos caras?

Eu falo: - Rapaziada, olha só, a maioria de vocês estão me conhecendo agora... mas os cascudos aqui já me conhecem há mais tempo. Eles já passaram alguma coisa pra vocês sobre a experiência que eu tive no passado. A gente não tinha ninguém pra conversar, pra dizer que se você não usar uma camisinha tá arriscado a pegar uma aids, porque quem vê cara não vê aids. Falo sobre o uso contínuo de seringa nova, que não sabem quem tá se aplicando, não sabem qual a doença que o cara tem.

Fala pra os caras pararem de usar drogas?

Nada, não falo nada disso. Vou falar pra quê, se a onda deles é essa? Não tenho nada contra isso não, eu quero é que eles se previnam. Então, fazer um trabalho de prevenção, você fica feliz. Porque o cara só vai entrar nessa se for um tapado. Porque na hora da doideira, se não tiver um monitor... Eles pensam que uma seringa tá limpa, mas nem sempre...

Como você orienta quando não tem material?

Muitas vezes tirei do meu bolso. Tô quebrado agora, mas nunca fui de andar duro não... Uma coisa que não falta pra mim é meu cigarro, minha cerveja. Quando não tenho dinheiro, tem uma birosca lá, onde o cara me serve, é de lei... Quantas vezes botei a mão no bolso, fui lá e comprei uma seringa. Mas tem a rapaziada que quando compra, compra caixa, mas fala pra mim: - Se falar pra eles que eu tô dando as minhas seringas pra eles, vai quebrar você, porque não vão sentir mais firmeza, o bonito é fazer como você faz, chegar com o material aqui, ter se comprometido com uma situação e continuar. O material é que não pode faltar.

O que você acha que uma pessoa de fora pensa quando se diz que fulano é drogado?

Geralmente, quem não tem conhecimento sobre tóxico, leva logo pra marginalidade: - Pô, se ele faz isso, ele é capaz de roubar, é capaz de matar, é capaz de dar uma volta em mim... A massa careta, mal sabe que tem filhos adolescentes, tem parentes, e pode acontecer com eles...

Qual mensagem você deixaria para uma pessoa que ler essa entrevista?

Pra ela refletir bastante sobre isso. Estou falando de uma coisa real, não é um surrealismo, é o que acontece no dia-a-dia. O que você prefere, salvar uma vida ou deixar essa vida se deteriorar mais ainda? Às vezes, as pessoas pensam que estão numa boa, mas essa onda muitas vezes não tem volta. Já que ele está nessa onda, tudo que a gente puder fazer pra melhorar a vida dele, pra ajudar, acho que é mais que obrigação. É um semelhante teu, Deus mesmo falou “amai ao teu próximo como a ti mesmo”, se cada um fizer isso, acabaram os problemas, meu amigo. A gente tem que ajudar mesmo...