

---

**ARTIGO ORIGINAL**

---

***Drogas: Políticas de Prevenção, Controle e Recuperação<sup>1</sup>*****Walter F. de Oliveira<sup>2</sup>****Resumo**

Este artigo aborda as políticas públicas voltadas para os transtornos causados por substâncias, contextualizando-as em termos históricos, sociais e culturais. Ilustra, com dados epidemiológicos, a magnitude do problema, e convida a uma reflexão sobre as repercussões sociais do uso de substâncias e o papel da mídia e de outras instituições sociais, inclusive do Estado, inquirindo quanto à necessidade e suficiência de sua presença nas comunidades socialmente vulneráveis. Examina particularmente a Política Nacional Antidrogas, sobretudo no que concerne à prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social.

**Descritores:** 1. *Drogas;*  
2. *Substâncias psicoativas;*  
3. *Políticas públicas.*

**Introdução**

O tema “drogas” é de importância fundamental para os profissionais de Saúde. Entretanto, o termo – drogas - não explicita de que exatamente estamos falando, a que estamos nos referindo. Mas é a forma como as pessoas, de um modo geral, se expressam quando tratam de uma série de assuntos inter-relacionados e multidimensionais como é o caso do uso e do abuso (uso indevido) de substâncias lícitas e ilícitas com a intenção de produzir estados alterados de consciência. Associam-se a este fenômeno, de natureza universal, algumas situações particulares e extremamente preocupantes, como a dependência química, a violência relacionada com o consumo e com o tráfico, e ainda uma

**Abstract**

This article aims to introduce public policy measures applied to the problem caused by the use of substances, contextualizing these policies in historical, social and cultural terms. It illustrates, on an epidemiological basis, the magnitude of the problem, and invites a reflection on the social implications of substance use and the role of media and other social institutions, including the State as a whole, inquiring upon the need and property of its presence, especially in socially vulnerable communities. Also, the article examines the Antidrug National Policy, particularly regarding prevention, treatment, rehabilitation and social reinsertion.

**Keywords:** 1. *Drugs;*  
2. *Psychoactive substances;*  
3. *public policy.*

série de outros temas mais diretamente ligados à área da saúde como são as diversas modalidades terapêuticas, uso abusivo de medicações, custo social, prejuízos trabalhistas, acidentes de trânsito, criminalização, violência doméstica, etc. Por isso, até hoje, embora já haja termos específicos para os muitos assuntos relacionados ao uso de substâncias, o termo “drogas” continua sendo usado como uma forma simplificada de se referir a este conjunto de fenômenos biopsíquicos e sócio-culturais. Por isto o utilizamos, da mesma forma, neste texto, conscientes do perigo da simplificação, enquanto, ao mesmo tempo, utilizaremos termos específicos quando estes se mostrarem mais adequados à compreensão.

Ainda em relação à terminologia, a quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatísticas de Transtornos Mentais (DSM-IV) deixa de referir-se, como fazia na sua terceira edição (DSM-III) a *transtornos causados por substâncias psico-ativas*, passando a utilizar *transtornos causados por substâncias*. Apesar desta modificação, os órgãos públicos que tratam do fenômeno das drogas no

---

1. Trabalho desenvolvido na Disciplina de Bioética do Mestrado em Ciências Médicas da Universidade Federal de Santa Catarina.  
2. Médico psiquiatra, Ph.D. e Mestre em Saúde Pública. Professor do Departamento de Saúde Pública e chefe do Serviço de Saúde Pública do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professor do Mestrado em Ciências Médicas da UFSC.

Brasil continuam utilizando a antiga terminologia. Neste texto utilizaremos ora o conceito mais atual, do DSM-IV ora, onde julgemos necessário, o termo substâncias psico-ativas, abreviando-o com a sigla SPA.

Uma das intenções do texto é servir como uma introdução às políticas voltadas para os transtornos causados por substâncias. Neste sentido, necessita-se referir alguns aspectos históricos relativos a este fenômeno, para melhor contextualizá-lo. Isto porque historicamente se vê que, em todas as civilizações conhecidas as pessoas se utilizam de substâncias de vários tipos para buscar estados psíquicos diferentes do “normal”, geralmente em conexão com atividades religiosas ou expressão artística. Os gregos da idade clássica promoviam, à chegada da primavera, o festival de Dionisos, deus que anunciava a volta das colheitas, por isso identificado com a uva e com o vinho. Nestas festas nasceu o teatro grego, uma das maiores expressões de nossa civilização até os tempos atuais. Em Roma, Dionisos continuou a ser celebrado com o nome de Baco e em seus festivais - as bacanais - o vinho corria prodigamente. Em todos os períodos da história ocidental perdurou o costume de se celebrar com vinho e outras bebidas os momentos de alegria, congratamento e as grandes festas culturais e religiosas.

Entre os povos indígenas da América, de Norte a Sul, se encontra uma série de ritos, festas e celebrações cuja participação inclui o uso de substâncias. O antropólogo Carlos Castañeda escreveu uma série de livros que marcaram época, na década de 1970, sobre os costumes de povos mexicanos que utilizavam o peyote, derivado de um cactus, para fins de revelações e alterações do estado de consciência. Indígenas dos Estados Unidos e do Brasil se utilizam, entre outros costumes, de ritos como as “tendas de suor”, onde usam, como substância ativadora, um fumo especial. No oriente, ficaram famosas as casas de ópio, na China, e na África muitos ritos lembram os dos povos indígenas do novo mundo.

Em épocas diferentes, no mundo ocidental, o uso de substâncias foi incentivado ou proibido. Na Europa do século XIX e até o primeiro quarto do século XX, por exemplo, era considerado elegante usar cocaína, que era inalada em clubes freqüentados pela elite econômica e intelectual. Por esta época a cocaína era ainda utilizada como medicamento excitante/anti-depressivo e como anestésico local, principalmente pelos dentistas. Já na década de 1920 instalou-se, nos Estados Unidos, um forte esquema de repressão ao uso de álcool, que ficou conhecido como a lei seca. A política anti-álcool da lei seca acabou sendo considerada um grande desastre na

medida em que incentivou o comércio clandestino, fortalecendo o tráfico e o crime organizado, além de não ter alcançado sucesso na diminuição do consumo.

A década de 1960 foi pródiga em rebeldia contra o status quo no mundo ocidental e as discussões sobre drogas foram intensas. As experiências com substâncias marcaram os trabalhos de acadêmicos como Timothy Leary, e escritores como Aldous Huxley, que teve seu famoso livro sobre a mescalina, “O céu e o inferno”, revisitado e nesta época intensamente promovido. Trouxeram à tona a discussão mundial sobre drogas também artistas como os Beatles e os Rolling Stones, e vários filmes correram o mundo levando a bandeira da experimentação, entre eles o clássico “Sem destino”. Promoveram-se, ainda, festivais de massa com esmagadora presença de jovens, como o de Woodstock, onde circulavam livremente substâncias de todas as espécies.

Na época atual, o uso de substâncias como álcool e tabaco é socialmente tolerado e culturalmente objeto de grandes controvérsias. Na arena política há posições que favorecem o controle destas substâncias, mas há também interesses que facilitam grandemente a propaganda de seu uso nos veículos de comunicação. O uso de substâncias ilícitas, como a cocaína e a heroína, é de tal monta que sua produção e tráfico estão entre as atividades econômicas mais rendosas do planeta. Há, como contraponto, um esquema internacional de formulação e implementação de políticas visando conter a produção, distribuição, tráfico e consumo destas drogas ilícitas. Uma outra questão controvertida é a do uso legal (com receita médica), porém excessivo (e, portanto, indevido) de medicamentos. Isto propicia um outro conjunto de políticas de saúde com sentido de regulamentar o uso das substâncias utilizadas como medicamentos.

Este texto foca, portanto, algumas das políticas, no Brasil, voltadas para a prevenção, tratamento e recuperação de estados patológicos produzidos pelo uso de substâncias. Ressalve-se que este assunto é muito extenso para ser esgotado aqui e, portanto, a intenção é proporcionar uma visão panorâmica que forneça uma base para posterior aprofundamento. Para isso há que, inicialmente, categorizar estas substâncias, e verificar aspectos sociais e culturais relacionados com seu uso e com seu abuso. Com isso, espera-se contribuir para uma maior compreensão do papel do profissional de saúde frente às políticas públicas voltadas para os problemas suscitados pelas drogas.

### **Categorização das Substâncias Psico-ativas (SPAs)**

Define-se como SPA qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em alterações psíquicas incidentes sobre o comporta-

mento. Tendo em vista esta definição, classifica-se as SPAs em três grupos, de acordo com sua ação sobre o sistema nervoso central (SNC):

- I. **Depressores do SNC:** álcool, barbitúricos (Gardenal), benzodiazepínicos (diazepam, ansiolíticos), narcóticos, opiáceos (morfina, heroína, codeína, etc) e inalantes ou solventes (colas, tintas, removedores, esmalte, benzeno, etc);
- II. **Estimulantes do SNC:** Anorexígenos (anfetaminas, fenproporex, etc); cocaína;
- III. **Perturbadores da atividade do SNC ou alucinógenos. Estas podem ser de origem vegetal:** Tetrahidrocannabinol (princípio ativo da maconha), mescalina, psilocibina (de certos cogumelos), lírio (trombeteira, etc). **Ou de origem sintética:** LSD, “êxtase”, anticolinérgicos (Artane, Bently).

Não se inclui nesta classificação o tabaco, com seu princípio ativo, a nicotina, dada a complexidade de seus efeitos no organismo.

### A Magnitude do Problema

As pesquisas corroboram a afirmação de que as drogas se constituem em fenômeno social e internacional de grande amplitude. Nos Estados Unidos, a estimativa de prevalência, durante a vida, de abuso ou dependência de substâncias entre a população com mais de 18 anos é de 16,7%. A prevalência, durante a vida, de abuso de álcool é de 13,8% e de outras substâncias, 6,2%. O abuso de substâncias como álcool, tabaco, maconha e cocaína, que são as quatro mais prevalentes, teve um pico na década de 1980, seguido de diminuição, mas os indicativos são, atualmente, de aumento entre crianças e adolescentes com menos de 18 anos. Do ponto de vista demográfico, a maior prevalência ocorre no sexo masculino, idade entre 18 e 25 anos, com maior presença estatística da raça negra e de habitantes de regiões metropolitanas. A co-morbidade (diagnóstico de dois ou mais transtornos psiquiátricos em uma pessoa) é comum, geralmente envolvendo uso de álcool e outra substância, e 76% dos homens e 65% das mulheres que abusam ou são dependentes de substâncias têm um diagnóstico psiquiátrico associado. Os diagnósticos psiquiátricos mais comuns associados ao abuso ou dependência de substâncias são os transtornos da personalidade anti-social, fobias e outros transtornos de ansiedade, transtorno depressivo maior e transtorno distímico. A co-morbidade dos transtornos psiquiátricos é mais comum para o uso de substâncias potentes e perigosas como os opiáceos e a cocaína do que para o uso de drogas consideradas mais leves como a maconha (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997).

No Brasil, levantamento do CEBRID, em dez capitais em 1997, sobre o uso de drogas entre 15.503 estudantes de primeiro e segundo grau, aponta o aumento de consumo, do uso freqüente e do uso pesado (diário) de substâncias entre crianças e adolescentes e registra que 51,2% dos menores entre 10 e 12 anos já consumiram bebida alcoólica, 11% já usaram tabaco, 7,8% solventes, 2% ansiolíticos e 1,8% anfetaminas. O consumo se inicia entre nove e 14 anos. Nesta amostra, 24,6% já haviam usado algum tipo de SPA e 3,3% usavam alguma substância ilícita freqüentemente. Destas, 1,3% usavam solventes, 1,1% maconha, 0,7% ansiolíticos, 0,7% anfetaminas e 0,4% cocaína. O relato de uso freqüente de tabaco foi de 6,2% e de álcool 15% (Carlini, Galduróz e Noto, 1997).

Um levantamento domiciliar sobre uso de drogas no Brasil, também conduzido pelo CEBRID em 2001, em 107 cidades com mais de 200.000 habitantes e com um total de 8.589 entrevistados entre 12 e 65 anos, mostrou que 6,9% já haviam usado maconha, 5,8% solventes, 2,3% cocaína e 1,5% estimulantes. Mais importante: 11,2% eram dependentes de álcool, 9% de tabaco, 1,1% de benzodiazepínicos (todas substâncias lícitas); e 1% eram dependentes de maconha, 0,8% de solventes e 0,4% de anfetaminas. O levantamento mostrou ainda que a maior concentração de consumidores de álcool é na região Sul, onde 20% dos entrevistados já havia usado maconha (Carlini, Noto e Galduróz, 2001).

A situação do uso de drogas é especialmente grave no caso de crianças em situação de rua. Levantamento realizado em seis capitais brasileiras em 1997 demonstrou que, em média, 88% dessa população já usou SPAs (Carlini, Noto e Galduróz, 2001). Os dados não mostram grandes alterações em relação a pesquisa conduzida por este autor em 1989 em duas cidades, São Paulo e Curitiba (Oliveira, 1989). Aumentou também assustadoramente o percentual de usuários de drogas injetáveis no total de casos de AIDS notificados ao Ministério da Saúde, de 4,1%, em 1986, para 21,7% em 1999 (Ministério da Saúde, 2000).

O uso entre adultos, particularmente a população economicamente ativa, além dos transtornos biopsíquicos, afeta a segurança do trabalhador e a produtividade econômica. Estudo realizado pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo – FIESP, em 1993, aponta um total de 10 a 15% dos empregados com problemas de dependência e um envolvimento do uso de substâncias em 15 a 30% dos acidentes de trabalho e em 50% das ocorrências de absenteísmo e licenças médicas (Senad, 2003).

Entre estudantes da UFSC, o uso, segundo pesquisa conduzida em 1997, atingia 34% dos entrevistados.

Dezoito por cento acusaram uso progressivo, 7% uso diário (dependentes) e 9% em dias alternados (também dependentes). Onze por cento relataram uso eventual nos fins de semana e 36,6% usavam SPAs raramente.

Estes dados estão longe de fornecer um quadro absolutamente correto do consumo de drogas no exterior ou no país, mas servem para ilustrar, através de pesquisas epidemiológicas, que o problema atinge grande parte, senão toda a população ocidental. Considere, por exemplo, que num país como o Brasil, com cerca de 160 milhões de habitantes, 1% (mais ou menos o total estimado de dependentes de benzodiazepínicos e de maconha) representa 1.600.000 pessoas. Que 11,2% de dependentes de álcool significam um total de 17.920.000 pessoas e 9% dependentes de tabaco perfazem um total de 14.400.000 habitantes. É realmente um problema social de grandes proporções e que atinge a todos nós.

Por outro lado, os dados apresentados, se tomados como estimativas realistas, e a observação sistemática da realidade, transmitida diariamente na mídia ou nas situações e relatos com que nos deparamos no cotidiano, nos permitem algumas reflexões:

1. O maior problema de dependência não está relacionado às substâncias ilícitas, mas ao álcool, ao tabaco e aos benzodiazepínicos (estes em grande parte obtidos por receitas médicas).
2. Em relação às drogas ilícitas há um problema de proporções incontroláveis que é o do tráfico. Este é um fator preponderante na definição da qualidade de vida no meio urbano e particularmente em comunidades onde o poder de Estado encontra-se enfraquecido.
3. O profissional de saúde encontra-se numa posição delicada em relação ao esquema de violência, pois muitas vezes temos que trabalhar em meio hostil, controlado por traficantes.
4. Entretanto, muitas vezes o profissional de saúde é a última esperança de ajuda para uma pessoa dependente que quer se libertar de seu vício e do ciclo de violência a que está submetido(a).

### **As SPAs como Fenômeno Social e Cultural**

A droga é um fenômeno socialmente mediado e muitas vezes determinado por condições sociais, considerando-se entre estas condições a presença do aparelho de Estado, o acesso a serviços como educação e assistência social, o esquema de seguridade social, que inclui a proteção aos direitos do trabalhador e à saúde, a forma de valorização das comunidades através da proteção do meio ambiente e da disponibilidade de serviços de segurança, e a oferta de

empregos dignos para uma determinada população. Neste contexto afirmam-se ou desconstróem-se sistemas como a família e a comunidade, permitindo-se, de maneira mais ou menos clara, que se instalem sistemas de valorização ou desvalorização da vida e da auto-estima de um povo, de uma comunidade, de seus grupos sociais.

Outro aspecto fundamental na mediação social do fenômeno das drogas é a influência dos meios de comunicação de massa e dos sistemas informais de comunicação. Apenas para ilustrar a influência dos meios de comunicação de massa, citamos uma pesquisa do CEBRID, em 1997, com 400 estudantes de primeiro e segundo grau, que inquiriu sobre como estas crianças e adolescentes se informam sobre as drogas e com quem conversam sobre o assunto. Os resultados mostraram que 69% se informam através da televisão, 52% em revistas, 40% em jornais, 34% através da leitura de livros e 30% na internet. Apenas 28% dos entrevistados conversam sobre drogas com professores, 39% com irmãos, 51% com pais e 80% com amigos.

As drogas constituem, assim, um problema de extensa magnitude e de características multidimensionais e, como tal, afetam profundamente o tecido social e cultural, apresentando uma série de dilemas aos cidadãos, ao Estado e às organizações da sociedade civil. Estes dilemas nem sempre são resolvidos satisfatoriamente e alguns continuam e continuarão a permear o desenvolvimento das ações individuais e coletivas de prevenção, recuperação e repressão. As dúvidas são muitas, sobre, por exemplo, se deve-se concentrar esforços no sentido de diminuir a oferta ou a demanda. Se deve-se priorizar a prevenção ou o tratamento. Decidir quais os melhores modelos de intervenção. Como lidar com os obstáculos impostos pelas novas leis que controlam a administração do Estado, particularmente a chamada lei de "Responsabilidade fiscal", que limita os quadros disponíveis no serviço público, tendo em vista a necessidade cada vez maior de pessoal atuando no combate às drogas, seja no âmbito da saúde, da segurança, da educação ou do judiciário. Há dúvidas ainda sobre as reais necessidades relativas ao aparelhamento policial. E quanto à infra-estrutura dos órgãos públicos, inclusive das Universidades. Da mesma forma, problematiza-se a importância, do ponto de vista do combate às drogas, da motivação dos profissionais de saúde e segurança lotados no serviço público, e a influência das políticas de cargos e salários destes funcionários, bem como suas condições de trabalho, cronicamente deficientes. Outro conjunto de questões refere-se ao papel do Estado, à necessidade e suficiência de sua presença nas comunidades socialmente vulneráveis, onde o tráfico se instala como

poder paralelo e substituto, apoiado por um arsenal bélico mais potente e uma estrutura econômica e administrativa mais ágil, mais eficiente e mais eficaz que a do Estado. E, finalmente, há dúvidas sobre como melhorar as estruturas de produção de conhecimento, cuja tradicional compartimentação prejudica a compreensão da integralidade dos fenômenos sociais.

Estas, entre outras, são questões essenciais para que o profissional de saúde possa se posicionar em relação às políticas públicas para o combate às drogas. O profissional de saúde há que atentar, sobretudo, para seu dever, sua responsabilidade social, seu potencial de influência na formação e nos projetos de vida das pessoas; mas também para seus limites, pois em meio à falência dos mecanismos de Estado para lidar com o problema há a tendência de se responsabilizar o profissional de saúde por ações sobre as quais não tem ingerência nem possibilidades de resolver. Quando o profissional tenta resolver o que é impróprio para sua competência, a tendência é, obviamente o fracasso e a conseqüente assunção de uma culpa indevida, que acaba trazendo a desesperança. E quando se trata de drogas, uma das maiores contribuições terapêuticas vem da manutenção da esperança por parte do usuário, pois este tende, invariavelmente, a recair e, portanto, a desesperançar-se; e por parte do profissional, que muitas vezes se vê à beira da frustração total que o leva ao abandono do campo. É importante que o profissional se mantenha motivado, porém realista, que não desconheça as estruturas e influências políticas, sociais e culturais determinantes dos vários processos envolvidos no esquema nacional de prevenção, controle, repressão, recuperação e ressocialização, para poder avaliar bem onde tem competência e responsabilidade, onde pode atuar e onde não pode, onde pode atribuir a si o fracasso ou ter a humildade de reconhecer que seu trabalho, por melhor que seja, nem sempre pode garantir a vitória total. Só assim o profissional pode ter a tranquilidade necessária para oferecer a ajuda, a solidariedade, a continência, o afeto e a escuta, àqueles que tanto necessitam de sua ajuda, de seu cuidado e de sua compreensão.

Neste sentido o profissional de saúde deve entender seu trabalho como parte de um processo que se baseia essencialmente na interdisciplinaridade e na cooperação. O fenômeno das drogas não pode se dissociar, em momento algum, de seu significado econômico. Esta é uma atividade que significa ganhos de capital para muitas pessoas no mundo inteiro e que, em meio às comunidades socialmente mais vulneráveis, produz atividade de renda para um contingente enorme de pessoas excluídas do sistema social de produção. As drogas, lícitas e ilícitas são,

ainda, tradicionais mediadores culturais. Brinda-se com álcool na maioria das celebrações de nossa sociedade assim como fuma-se maconha em muitas festinhas de jovens e cheira-se cocaína em reuniões promovidas por pessoas de diferentes camadas sócio-econômicas.

As drogas apresentam, ainda, significados outros em nossa cultura. A mídia nos apresenta diariamente, através das pessoas consideradas as mais belas e, portanto, com forte apelo, a elegância de fumar cigarros e a alegria de beber cerveja, propagandeando estas atividades como essenciais para o sucesso social. Mesmo o nosso atual governo resolveu, neste ano que se encerra, derrubar uma decisão anterior de proibir a propaganda de cigarros e álcool em eventos esportivos. Esta decisão atinge exatamente o público mais vulnerável a esta propaganda, os jovens, cuja vinculação aos ídolos do esporte potencializa sua vinculação com o que estes ídolos representam e anunciam. O profissional de saúde deve entender esta simbologia psico-social representada pela droga e compreender os interesses políticos e econômicos por trás da veiculação das propagandas de álcool e cigarros, entendendo assim a complexidade do assunto e das políticas sociais com ele envolvidas.

### **Políticas Públicas de Combate às Drogas**

Antes de entrarmos num estudo mais detalhado da política nacional de drogas no Brasil, vale a pena citar uma das mais polêmicas proposições em política pública atualmente em discussão no cenário internacional, que é o da descriminalização. Entenda-se primeiro o que se entende por descriminalização, para não haver confusões desnecessárias sobre o termo:

Descriminalização é tirar o ônus de crime de uma determinada atividade. No caso das drogas, o que se propõe, em geral, é que se descriminalize o uso, deixando-se o ônus com o tráfico, o que gera outro problema, que é o de definir tráfico, já que este é definido de acordo com quantidades transportadas. Os defensores desta política de descriminalização argumentam que, se a droga não é criminalizada haverá queda do lucro e também diminuição da corrupção.

Esta política ganhou substancial apoio na década de 1990, quando houve a adesão da então chefe do serviço de saúde pública dos Estados Unidos. Esta justificou sua posição com base na observação estatística da queda dos índices de criminalidade sem necessariamente haver aumento dos índices de uso de drogas nos países onde as drogas ilícitas foram descriminalizadas. Ela declarou que também nos EUA se reduziria acentuadamente a taxa de crimes se as drogas fossem legalizadas.

No Brasil, a lei mais recente sobre drogas já dá um grande passo na direção da descriminalização do uso, enquanto mantém a proposta de criminalização do tráfico.

### A Política Nacional Antidrogas

Em 1988 a Convenção das Nações Unidas Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas enunciou um conjunto de medidas visando a redução da demanda por drogas. Para concretizar a execução destas medidas o governo brasileiro aderiu, em 1998, aos “Princípios Diretivos de Redução da Demanda por Drogas” estabelecidos pela ONU e que reforçam o permanente compromisso político, social, sanitário e educacional no investimento em programas de redução da demanda. A medida provisória 1.669, de 19/6/1998, criou a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) com a missão de articular, coordenar e integrar os setores públicos e privado e a sociedade civil para o combate às drogas, e em novembro daquele ano realizou-se o I Fórum Nacional Antidrogas, onde se apresentou o projeto básico para uma Política Nacional Antidrogas.

A partir daí o governo reestruturou o Sistema Nacional Antidrogas - SISNAD, criado em 1976 pela lei 6.368, regulamentando-o através do decreto nº. 3.696, de 21/12/2000 e pela medida provisória 2.225 de 4/9/2001. Ainda em 13/6/2001 foi aprovada a estrutura do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República na parte referente à organização da SENAD. O projeto da PNAD foi então apresentado no II Fórum Nacional Antidrogas, que se realizou em dezembro de 2001. A política de governo em relação às drogas assumiu como princípio básico, a partir deste processo, a *responsabilidade compartilhada* entre Estado e Sociedade, adotando como estratégia a *cooperação mútua* e a *articulação de esforços entre Governo, iniciativa privada e cidadãos*, considerados individualmente ou em suas livres associações. A estratégia visa ampliar a consciência social para a gravidade do problema e comprometer as instituições e os cidadãos para com atividades antidrogas no país.

Há, portanto, duas premissas fundamentais para se entender a política de governo em relação às drogas:

1. As políticas antidroga encontram-se, do ponto de vista institucional, diretamente ligadas ao presidente da República, através da ação executiva da SENAD no sentido da promoção da PNAD.
2. A PNAD se funda na tomada de consciência de que droga não é problema só de governo, mas de toda a sociedade, isto é, de todos nós.

As estratégias da SENAD se baseiam em duas premissas: *participação social* e *integração das ações* da

sociedade e das diferentes esferas de governo. A Secretaria privilegia a *prevenção do uso indevido*, sobretudo através da *Educação* e, mais particularmente, a formação das atitudes e valores éticos da juventude, dos nove aos 24 anos. Isto deve ocorrer sem prejuízo das ações voltadas para a *redução da oferta*, que deve se concretizar através de atividades de *repressão*.

As ações educativas de prevenção são fortemente vinculadas ao processo de *municipalização*, considerando o município a célula-máter da organização político-administrativa do Estado brasileiro, o local onde vive, estuda e trabalha o jovem. O município é visto como a possibilidade de viabilização de uma capilaridade, necessária para a participação da sociedade civil organizada nas ações antidrogas desenvolvidas no país.

Além das ações educativas, a Secretaria enfatiza a importância da associação do tráfico de drogas ilícitas com a criminalidade e a violência, apontando o tráfico como ameaça à soberania nacional e à estrutura econômica do país, e reconhecendo a necessidade de articulação interna, com a sociedade, e externa, no panorama internacional, para adoção de uma postura firme de combate.

### Pressupostos Básicos da Política Nacional Antidrogas - PNAD

A PNAD estabelece os princípios, diretrizes e prioridades dos órgãos públicos no combate ao uso indevido de drogas, orientando a prevenção, controle, fiscalização e avaliação das ações e promovendo as necessárias parcerias com organizações da sociedade civil. Neste sentido, à PNAD se atribui uma série de responsabilidades, entre as quais listamos algumas abaixo, que interessam particularmente aos médicos:

- Construir uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas;
- Priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser mais eficaz e de menor custo para a sociedade;
- Reconhecer o direito das pessoas com problemas decorrentes do uso indevido de drogas de receber tratamento adequado;
- Orientar a implantação de ações e programas de redução de demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e de danos, levando em conta os determinantes de saúde: renda familiar e nível social; nível educacional; condições ocupacionais ou de emprego; meio ambiente físico; funcionamento orgânico (biológico); herança genética; habilidades sociais; práticas de saúde pessoal; desenvolvimento infantil saudável e acesso ao sistema de saúde;

- Planejar e incentivar o desenvolvimento de estratégias e ações de saúde, educação e segurança pública, integradas intersetorialmente e interdisciplinarmente;
- Reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante, tratando-os de forma diferenciada;
- Evitar a discriminação de indivíduos pelo fato de serem usuários ou dependentes de drogas;
- Conscientizar o usuário de drogas ilícitas sobre seu papel ao alimentar as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros;
- Experimentar, de forma pragmática e sem preconceitos, novos meios de reduzir danos, com fundamento em resultados científicos comprovados.

Com a finalidade de colocar em prática os princípios acima, a PNAD se orienta pelos seguintes OBJETIVOS:

- a) Conscientizar a sociedade brasileira da ameaça representada pelo uso indevido de drogas e suas conseqüências;
- b) Educar, informar, capacitar e formar agentes em todos os segmentos sociais para a redução da demanda, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem sucedidas;
- c) Sistematizar as iniciativas, ações e campanhas de prevenção do uso indevido de drogas em uma rede operativa de medidas preventivas, com a finalidade de ampliar sua abrangência e eficácia;
- d) Implantar e implementar rede de assistência a indivíduos com transtornos decorrentes do consumo de SPAs;
- e) Avaliar as diferentes iniciativas terapêuticas com a finalidade de promover as que obtiverem resultados favoráveis;
- f) Reduzir as conseqüências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para o indivíduo, para a comunidade e para a sociedade em geral;
- g) Coibir os crimes relacionados às drogas, aumentando a segurança do cidadão;
- h) Combater o tráfico e os crimes conexos;
- i) Combater a “lavagem de dinheiro” como forma de estrangular o fluxo de lucro do tráfico;
- j) Levantar dados e conduzir pesquisas sobre uso de drogas pela população, de forma contínua e atualizada, para fundamentar o desenvolvimento de programas e intervenções dirigidas à redução de demanda e de oferta de drogas.

### **A Política de Prevenção**

De acordo com a PNAD, a prevenção se orienta pelo princípio da “responsabilidade compartilhada”, onde

Estado e sociedade colaboram, com representação dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal. O foco das ações é ao nível municipal, com apoio dos Conselhos Estaduais Antidrogas e forte recomendação de que se constitua e fortaleça, em cada município, um Conselho Municipal Antidrogas (COMAD). A prevenção deve, de acordo com o PNAD, se voltar para a valorização do ser humano e da vida, priorizando o incentivo à educação para a vida saudável e o desenvolvimento pleno sem o consumo de drogas. A idéia é promover os valores morais e éticos, da saúde individual, do bem-estar social, da integração sócio-econômica, do aperfeiçoamento do sistema familiar e da implementação de comunidades saudáveis. Enfatiza-se a disseminação das informações através de mensagens claras, cientificamente fundadas e culturalmente adequadas, direcionadas à sociedade através de vários meios de comunicação, e a necessidade da participação ativa da sociedade na multiplicação dessas ações preventivas.

Para colocar em prática estas ações, a PNAD estabelece suas diretrizes, entre as quais destacamos:

- Ações no sentido de desencorajar o uso inicial, promover a interrupção do consumo dos usuários ocasionais e reduzir as conseqüências perniciosas, sociais e de saúde;
- Visar especialmente populações em maior faixa de risco para o consumo, como crianças e adolescentes, populações em situação de rua, indígenas, gestantes e pessoas infectadas pelo vírus HIV;
- Estimular a participação dos profissionais das ciências humanas e da saúde, visando atingir todos os membros do corpo social, e o trabalho integrado entre setores e instituições;
- Criação de sistema de informações com fins de ações preventivas, incluindo bases de dados sobre estratégias de prevenção e iniciativas bem sucedidas em outros países;
- Promoção do rigor metodológico e avaliação permanente de ações preventivas, levantando estimativas de benefícios de campanhas e programas;
- Adequar as ações às características regionais, bem como às características especiais dos segmentos populacionais, especialmente nos aspectos de gênero e cultura;
- Capacitação de pais, responsáveis, professores, religiosos e líderes comunitários sobre prevenção do uso indevido de drogas;
- Inclusão no currículo de todos os cursos de nível superior e de Magistério de disciplinas sobre prevenção do uso indevido de drogas, visando capacitação do corpo docente;

- Promover a adequação do currículo escolar do Ensino Fundamental e Médio visando a formação da criança e do adolescente;
- Privilegiar a prevenção e educação em programas de saúde para o trabalhador, considerando a prevenção do uso indevido de drogas no ambiente de trabalho como direito do empregado e obrigação do empregador.

Assim, a PNAD estabelece os mecanismos necessários para a prevenção, embora não defina que formas de prevenção se deva utilizar, deixando esta definição para a sociedade e para os profissionais envolvidos diretamente com esta prevenção. A elaboração, implementação e avaliação de programas e atividades preventivas depende, portanto, de uma política integrada de fomento à pesquisa científica junto a Universidades e outros órgãos habilitados a conduzir estudos voltados para a produção do conhecimento e para programas de avaliação.

### **Políticas Voltadas para Tratamento, Recuperação e Reinserção Social**

No que tange a estes itens, a PNAD busca estimular a responsabilidade ética da sociedade, com o apoio dos órgãos governamentais em todos os níveis. Reconhece que o tratamento, a recuperação e a reinserção social são processos de diferentes etapas e estágios, com necessidade de disponibilizar permanentemente recursos para os usuários que desejam recuperar-se. Destaca como principais focos de recuperação a reinserção social e ocupacional como forma de romper o ciclo vicioso consumo/tratamento, comum a grande parte dos envolvidos, e reconhece a importância da Justiça Terapêutica como canal de retorno do dependente químico para o campo da redução da demanda. Tal como no caso da prevenção, a PNAD não delimita tipos de tratamento, recuperação e reinserção social e ocupacional, mas enfatiza que estas ações devem se vincular a pesquisas científicas pautadas por rigor metodológico e em avaliações de práticas e experiências anteriores. Novamente se vê a necessidade de integração entre as ações propostas pelo governo e o papel das universidades e outras instituições voltadas para a produção do conhecimento e para estudos e programas de avaliação.

No sentido de concretizar os princípios acima enunciados a PNAD estabelece as seguintes diretrizes:

- Incentivar a articulação, em rede nacional de assistência, da grande gama de intervenções para tratamento e recuperação de usuários de drogas e dependentes químicos, incluídas as organizações voltadas para a reinserção social e ocupacional;
- Desenvolver sistema de informações com dados con-

fiáveis para o planejamento e avaliação dos diferentes planos de tratamento e recuperação sob a responsabilidade de órgãos públicos, privados ou organizações não-governamentais;

- Normatizar o funcionamento de instituições dedicadas ao tratamento e à recuperação de dependentes, inclusive as relacionadas à área de reinserção social e ocupacional;
- Estabelecer procedimentos de avaliação para todas as intervenções terapêuticas e de recuperação, com base em parâmetros comuns, de forma a permitir a comparação de resultados entre as instituições;
- Adaptar os programas de intervenção às características específicas dos públicos-alvo, como crianças e adolescentes, pessoas em situação de rua, gestantes e indígenas;
- Priorizar os métodos de tratamento e recuperação que apresentem melhor relação custo-benefício, com prevalência para as intervenções em grupo, em detrimento das abordagens individuais;
- Estimular o trabalho de instituições residenciais de Apoio Provisório, criadas como etapas intermediária na recuperação, dedicadas à reinserção social e ocupacional após o período de intervenção terapêutica aguda, com o apoio da sociedade;
- Incentivar parcerias e convênios em todos os níveis de Estado com fins de atuação de instituições e organizações públicas ou privadas que possam efetivamente contribuir na reinserção social e ocupacional;
- Estabelecer plano geral de recuperação social e ocupacional para pessoas que cometeram delitos em razão do uso indevido de drogas, através de criação de tribunais especiais, penas alternativas e programas para reclusos nas penitenciárias.

Nota-se aí a necessidade de se considerar os papéis de outras agências governamentais, como é o caso da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), responsável pelo controle de instituições de saúde, e do sistema judiciário, que regula atividades de populações de reclusos em penitenciárias. Estas agências são também território importante do profissional de saúde no contexto do combate aos malefícios produzidos pelas drogas lícitas e ilícitas.

### **Políticas de Redução de Danos Sociais e à Saúde**

Este é um terreno rico em polêmicas e controvérsias, pois algumas das propostas de intervenção contrariam filosofias mais conservadoras, que não admitem tratar dependentes com plena consciência da continuidade do consumo. Do ponto de vista da PNAD o que se preconiza são

estratégias de Saúde Pública para minimizar as consequências adversas do uso indevido de drogas, visando reduzir as situações de risco mais constantes desse uso, com maior prejuízo potencial para o indivíduo, o grupo social ou a comunidade. A título de ilustração, entre os programas mais polêmicos na atualidade estão os de distribuição de seringas para viciados em drogas injetáveis, com o objetivo de diminuir o risco de transmissão do vírus HIV.

No sentido de concretizar as políticas de redução de danos sociais e à saúde, o PNAD estabeleceu, entre outras, as seguintes diretrizes:

- Reconhecer a estratégia de redução de danos sociais e à saúde, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como intervenção preventiva;
- Apoiar atividades, iniciativas e estratégias dirigidas à redução de danos;
- Visar sempre a redução dos problemas de saúde associados ao uso indevido de drogas, com ênfase para as doenças infecciosas;
- Definir a qualidade de vida e o bem-estar individual e comunitário como critério de sucesso e eficácia para escolha das intervenções e ações de redução de danos;
- Apoiar e promover a educação, treinamento e capacitação de profissionais que atuem em atividades relacionadas à redução de danos.

A PNAD contempla ainda a *repressão*, que cuida de aspectos relacionados à promoção da segurança do cidadão, inclusive através da redução dos crimes e da violência relacionados às drogas.

Finalmente, a PNAD discorre sobre os temas *estudos, pesquisa e avaliação*, afirmando a busca do desenvolvimento permanente destas ações para incrementar o conhecimento sobre as drogas, a extensão do consumo e sua evolução, a prevenção do uso indevido, e o tratamento, recuperação e reinserção social e ocupacional dos dependentes. Também aí estabelece diretrizes, enfatizando levantamentos abrangentes e sistemáticos sobre o consumo, em toda a população, mas com atenção especial para as populações mais vulneráveis e atentando para características regionais e sociais. Enfatiza a necessidade de pesquisas básicas, epidemiológicas e sobre intervenções de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social do dependente, coordenadas e apoiadas pelo Estado, disseminando amplamente seus resultados. Especifica a necessidade de implantar e fortalecer o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, responsável pela reunião, manutenção e análise de dados referentes ao fenômeno do consumo de drogas lícitas e ilícitas, com sentido de estabelecer e gerenciar uma rede de informações

epidemiológicas sobre o uso indevido de drogas, oferecendo informações oportunas e confiáveis para o desenvolvimento de programas e campanhas de redução da demanda e para o intercâmbio com instituições estrangeiras e organizações multinacionais similares. Visa ainda apoiar e divulgar pesquisas e inovações tecnológicas voltadas para a prevenção e redução do uso indevido e dependência de drogas, o custo social e sanitário do uso indevido e seus impactos sobre a sociedade.

Em resumo, a PNAD se volta para cinco áreas de ação:

1. Prevenção (prioridade);
2. Tratamento, recuperação e reinserção social e ocupacional;
3. Redução de danos;
4. Repressão;
5. Estudos, pesquisa e avaliação.

#### Referências bibliográficas:

1. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º. e 2º. graus em 10 capitais brasileiras – 1997*. São Paulo: UNIFESP/CEBRID, 1997.
2. Carlini EA, Noto AR, Galduróz JC, Mattei RE, Nappo SIB. *Levantamento sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras – 1997*. São Paulo: UNIFESP/CEBRID, 1997.
3. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria. Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
4. Oliveira W. *Street kids in Brazil: An exploratory study on health status, medical knowledge and the self*. [Dissertação de mestrado]. Universidade de Minnesota, EUA, 1989.

#### Páginas da Internet Consultadas:

- Abead. [www.abead.com.br](http://www.abead.com.br)  
 Cebriid. [www.cebrid.emp.br](http://www.cebrid.emp.br)  
 Ministério da Saúde. [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)  
 Secretaria Nacional Antidrogas. [www.senad.gov.br](http://www.senad.gov.br)  
 Universidade Federal de Santa Catarina. [www.ufsc.br](http://www.ufsc.br)

#### Endereço para correspondência:

Associação Catarinense de Medicina.  
 Rodovia SC 401 Km 04, 3854.  
 Saco Grande - Florianópolis - SC.  
 CEP: 88032-005.  
 Fone: (048) 231-0300.  
 E-mail: [walter@ccs.ufsc.br](mailto:walter@ccs.ufsc.br)