



Secretaria de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude
Secretaria Executiva de Assistência Social
Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente
Fundação Apolônio Salles



CURSO

ACOLHIMENTO EM POLÍTICAS SOBRE DROGAS NO SUAS

Módulo II

Facilitador(a): REGINA MARÇAL



O Curso



O curso introdutório de vinte horas que pretende dialogar a concepção de usuários atendidos nos serviços descritos na Tipificação da Rede Socioassistencial, (relação e detalhamento dos destinatários a quem se destinam as atenções.) Os sujeitos (usuários) não são os objetos, não são coisificáveis. Drogas: Não determinam quem é o sujeito. O papel do SUAS de Segurança de acolhida, tipificação aos processos relacionais. Recorte sobre função do tratamento no acolhimento. A Redução de Danos e Plano Individual de acompanhamento, Cuidados de Pessoas com necessidades relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas.



Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011: Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Demais políticas intersetoriais. Lei nº 14.561, de 26 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do poder executivo, a Política Estadual sobre Drogas, e dá outras providências. (Diretriz do Controle Social). Conselho Estadual e municipal de Políticas sobre Drogas. Problematicar a tríade na geografia das desigualdades (raça, classe e gênero), na lógica da criminalização e genocídio da juventude negra. A guerra às drogas é contra a população Preta.



Objetivo Geral



Fazer um recorte sobre a concepção dos usuários e famílias de usuários de drogas na Rede socioassistencial (SUAS) para melhor acolher de forma interdisciplinar e multidisciplinar com aporte histórico-cultural da Política de Drogas no Brasil com o surgimento da SENAD (Secretária Nacional de Políticas Sobre Drogas), formação dos Conselhos de Políticas sobre Drogas, as práticas de Redução de Danos e a problematização da geografia das desigualdades envolvendo a guerra às drogas.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Conhecer a concepção dos serviços e atendimento socioassistencial (SUAS) e tipificação dos serviços.
2. Debater sobre a subjetividade dos sujeitos, os usuários dos serviços “Olhar o outro com o olhar do outro” os sujeitos outros.
3. Saber o contexto sociocultural e histórico das drogas para compreender as relações ao longo da história dos sujeitos com as drogas.
4. Entender a importância do trabalho de Redução de Danos com os usuários de drogas, a importância do trabalho interdisciplinar, transdisciplinar e multidisciplinar em rede SUAS, SUS.
5. Compreender a importância dos Conselhos Estaduais e Municipais sobre Política de Drogas.
6. Refletir sobre Drogas e a geografia das desigualdades no viés de raça, classe e gênero.
7. Dialogar sobre a importância do acolhimento e acompanhamento das famílias (mulheres mães de usuários dependentes de drogas) pelo SUAS.



HISTÓRIA DAS DROGAS

TRÍADE PARA ANÁLISE



HISTÓRIA DAS DROGAS

O homem sempre se relacionou com a natureza em busca de alimentos e, dessa forma, foi conhecendo outras propriedades das plantas que iam além da saciedade. O uso de substâncias psicoativas pelo homem remonta à Antiguidade.

As adversidades do ambiente estimulavam o consumo de algumas plantas com propriedades psicoativas para aliviar o cansaço e a fome, por exemplo. Muitas plantas também eram utilizadas em alguns rituais religiosos como forma de cura.

O alimento utilizado durante as cerimônias de comunhão era chamado de *phármakon*. Atualmente, esse termo está presente na terminologia médica (fármaco, medicamento).





DROGAS

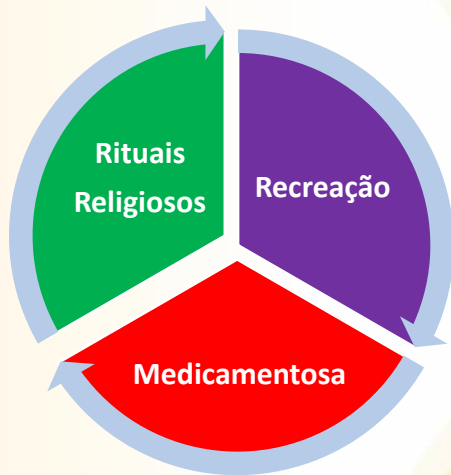


A cerca de 5 mil anos, uma tribo de pigmeus do centro da África, saiu para caçar. Alguns deles notaram o estranho comportamento de javalis que comiam uma certa planta. Os animais ficavam mansos ou andavam desorientados.

Um pigmeu, então, resolveu provar aquele arbusto. Comeu e gostou tanto que recomendou para outros na tribo, que também adoraram a sensação de entorpecimento.

Logo, um curandeiro avisou: havia uma divindade dentro da planta. E os nativos passaram a venerar o arbusto.

Começaram a fazer rituais que se espalharam por outras tribos. E são feitos até hoje. A árvore Tabernanthe iboga, conhecida por iboga, é usada para fins lisérgicos em cerimônias com adeptos no Gabão, Angola, Guiné e Camarões.



Há milênios o homem conhece plantas como a iboga, uma droga vegetal. O historiador grego Heródoto anotou, em 450 a.C., que a Cannabis sativa, planta da maconha, era queimada em saunas para dar barato em frequentadores. “O banho de vapor dava um gozo tão intenso que arrancava gritos de alegria.” No fim do século 19, muitos desses produtos viraram, em laboratórios, drogas sintetizadas. Foram estudadas por cientistas e médicos, como Sigmund Freud.

LINHA DO TEMPO DA HISTÓRIA DAS DROGAS

Século 11	Hassan Bin Sabah funda a Ordem dos Haximxim, uma horda de guerreiros que recebia, em sua iniciação, uma grande quantidade de haxixe, a resina da Cannabis;
1492	O navegador Cristóvão Colombo descobre os índios usando tabaco, durante suas viagens ao Caribe;
Século 16	Américo Vespúcio faz na Europa os primeiros relatos sobre o uso da cocaína. Com a conquista das Américas, os espanhóis passam a taxar as plantações;
Século 16	Durante a expansão marítima para o Oriente, os portugueses adotam a prática de fumar ópio;
1550	Jean Nicot, embaixador francês em Portugal, envia sementes de tabaco para Paris
Século 17	O gim é inventado na Holanda, e sua popularização na Inglaterra no Século 18 cria um grave problema social de alcoolismo;
Século 18	O cânhamo volta a ser usado no Ocidente, como planta medicinal. Alguns médicos passam a usá-lo no tratamento da asma, tosse e doenças nervosas;
Século 19	Surgem os charutos e cigarros. Até então, o tabaco era fumado principalmente em cachimbos e aspirado na forma de rapé;



ESTIGMA E PRECONCEITO: DE MERCADORIA À PROIBIÇÃO

A natureza farmacológica das substâncias foi aos poucos se misturando aos valores sociais, culturais e morais de cada sociedade. Esses, por sua vez, vêm determinando, o relacionamento entre o homem e suas drogas.

Aproximadamente, da metade do Século XIX ao início do Século XX, as drogas como a cocaína e outras derivadas do ópio eram amplamente consumidas por todo planeta. As indústrias farmacêuticas europeias e o monopólio britânico de ópio formavam pontos geograficamente estratégicos de domínio econômico e político, que se mantinham no comércio legal desses bens.

No entanto, a partir do Século XX, iniciou-se uma discussão acerca da nocividade dessas substâncias. A Conferência de Xangai sobre o Ópio, em 1909, não estabeleceu interdições, mas realizou o primeiro debate sobre o controle do mercado de psicoativos (RODRIGUES, 2005).



PROIBIÇÃO DAS DROGAS

A questão da proibição das drogas foi uma iniciativa dos Estados Unidos e se consolidou no clima da política do presidente Roosevelt, Big Stic, que colocava ao país a missão “caridosa” de interferir nos países latino-americanos, ajudando-os a manter autonomia frente ao domínio europeu (SCHILLING, 2002).

Para o sociólogo estadunidense Howard Becker (1977), os princípios da proibição de psicotrópicos na cultura dos Estados Unidos poderiam se explicar em três razões principais:

RELIGIÃO
PROTESTANTE

UTILITARISMO

HUMANITARISMO



PROIBICIONISMO NOS ESTADOS UNIDOS

Além das características culturais e religiosas, a xenofobia e o controle social no interior do país contribuíram para que a população dos Estados Unidos vinculasse determinadas drogas a grupos étnicos específicos. Assim, associava-se o álcool aos irlandeses, a maconha aos mexicanos, a cocaína aos negros e o ópio aos chineses (ESCOHOTADO, 1996; FIORE, 2005).

As leis proibicionistas, que contrariavam a ideologia do liberalismo – altamente difundido na política norte-americana, alcançaram o clímax do puritanismo, em 1919, com a aprovação da 18ª Emenda e do Ato Volstead, mais conhecido como Lei Seca, pela qual foi proibida a fabricação, a importação, a comercialização e o uso de bebidas alcoólicas no país (BECKER, 1977; RODRIGUES, 2005).

Outra ação semelhante foi o Ato Harisson, que vetou o uso de ópio e de derivados, excetuando-se aqueles para fins médicos (como a morfina). Para esses opiáceos destinados à medicina, eram somadas altas taxas na margem de preços dos fornecedores autorizados (BECKER, 1977).



GUERRA ÀS DROGAS

No início da década de 1970, o então presidente dos Estados Unidos, Richard Nixon, declarou que o uso de drogas ilegais deveria ser considerado o principal inimigo público da democracia. Esta célebre declaração marca o início deste fenômeno que chamamos de Guerra às Drogas. Com o apoio e incentivo norte-americano, foram estabelecidas intervenções em todo o mundo - especialmente na América Latina - para reprimir o uso, cultivo e venda de entorpecentes ilegais.



O narcotráfico internacional se constitui como um negócio altamente rentável, possivelmente o mais lucrativo entre todos . Como qualquer comércio, ele inclui uma cadeia ampla de atores econômicos. Na ponta temos o consumidor, que compra a droga do varejo. Ao falar em varejo nos referimos aqui a toda a estrutura ligada àquilo que comumente se chama de “biqueira” ou “boca-de-fumo”. Essa estrutura pode envolver um dono, gerentes, seguranças e pequenos atravessadores, responsáveis por levar a droga até o usuário final. Seja por contato direto ou pelas representações na mídia, essa é a parte do tráfico que estamos mais familiarizados e a que chega a empregar milhares de crianças e adolescentes na periferia. Entretanto, o narcotráfico abrange também uma rede complexa que é anterior a essa, envolvendo produtores, financiadores e traficantes internacionais. Por sua ilegalidade, esse comércio também demanda esquemas internacionais de lavagem de dinheiro e corrupção de agentes públicos, além de ter como efeito colateral o desenvolvimento de outro poderoso tráfico: o de armas. Em teoria, combater as drogas passaria por uma atuação em todos os elos desta complexa cadeia.



Em 2006 o Brasil aprovou a Lei 11.343, conhecida como a Lei das Drogas. Seu objetivo era instituir penas mais leves para o usuário - que passou a ser visto como assunto de saúde pública - e endurecer a penalidade para os narcotraficantes.

No entanto, a lei não define a diferença entre consumo pessoal e tráfico em termos da quantidade de droga portada. O enquadramento é dado segundo as circunstâncias da apreensão, como o local e a conduta do agente.

O efeito da lei nos últimos anos foi o aumento da população carcerária e, em especial, da população carcerária feminina. Os movimentos sociais, sobretudo o movimento negro, têm denunciado a política de drogas como uma forma de racismo estrutural, uma vez que o enquadramento como traficante tem sido muito mais frequente entre negros que sequer tinham antecedentes criminais.

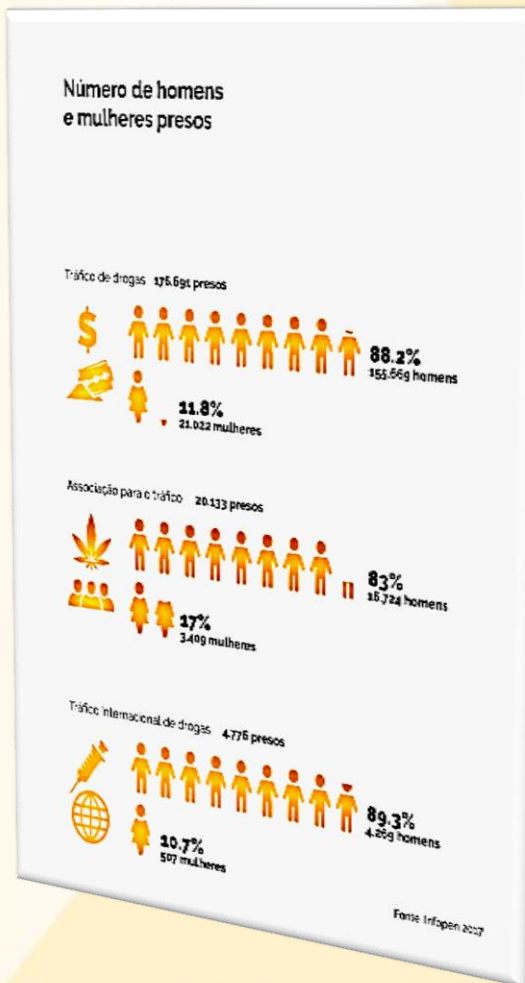


Lei nº 11.343/2006

Lei nº 11.343/2006 trouxe algumas notáveis alterações na legislação penal pertinente ao usuário de droga, dentre elas a proibição de encarceramento, embora tenha o legislador mantido a proibição do uso, restringindo a punição às penas restritivas de direito e multa.

Não bastasse isso, o legislador não estabeleceu critérios objetivos para a distinção entre usuário e traficante, o que, na prática, fomenta a discricionariedade e a discriminação, ressaltando a seletividade do aparato penal, já que o número de pessoas presas por envolvimento com tráfico de drogas é assustador, ficando atrás apenas dos aprisionados pelo crime de roubo.

É nesse contexto que se situa a problemática da criminalização primária e secundária e, conseqüentemente, os reflexos da seletividade penal na Lei nº 11.343/2006, que contribui para o encarceramento de massas e o implemento do controle social.





Aspectos Históricos da Redução de Danos

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

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

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





REDUÇÃO DE DANOS SEGUNDO ANTONIO NERY

Para Nery *“Redução de Danos é mais do que troca de seringas, distribuição de preservativos, curativos nas clínicas de rua. Redução de danos é uma proposta política que propõe aos homens e mulheres da terra o cuidado, o compartilhamento e a vida em comum. Reduzir riscos e reduzir danos é não se expor de determinados perigos. É reconhecer que existe o dano e proteger o sujeito desse dano, cuidando da vida ao mesmo tempo que preserva sua autonomia”*.



Qual a origem do conceito?

Segundo Abrams & Lewis (1999), a RD não chega a ser uma novidade na medicina. Hipócrates já orientava aos jovens médicos: *primum non nocere* (em primeiro lugar, não cause danos). Se entendermos que a RD é a ampliação dos objetivos das intervenções, aceitando metas sub-ótimas quando o objetivo ideal não é acessível, podemos dizer que toda a medicina é baseada na redução de danos, pois a maior parte das doenças não tem cura, apenas tratamentos de controle ou paliativos, como a diabetes, as dislipidemias e a maior parte dos cânceres.

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

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





Qual a origem da RD?

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

Tal prática foi proibida após o fim da primeira grande guerra. Em meados da década de 80, o advento da AIDS trouxe um novo olhar para a questão das drogas.

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



Quando a RD veio para o Brasil?

No município de Santos (SP), em 1983, um dos quatro casos de AIDS registrados tinha como provável origem o uso de drogas injetáveis (Bastos & Mesquita, 2001). Em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos realizou a primeira tentativa de distribuição de equipamentos para uso seguro de droga injetável para os UDI (Piconez e Trigueiros & Haiek, 2006).

Apesar desta população representar aproximadamente 60% dos casos de AIDS notificados (Doneda & Gandolfi, 2006), a ação foi interrompida pelo Ministério Público por ser erroneamente interpretada como incentivo ao uso de drogas.

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





Em 1993, sob a coordenação do IEPAS e com financiamento da Coordenação Nacional de DST e AIDS, do United Nations Drug Control Programme¹ (UNDCP) e do Banco Mundial, deu-se início, no Brasil, ao primeiro projeto oficial envolvendo agentes de saúde na “cena de uso de drogas” (outreach workers). O projeto recrutou e treinou UDI e ex-UDI para trabalharem junto a seus pares em programas de prevenção e educação para saúde (Bastos & Mesquita, 2001).

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

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



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

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

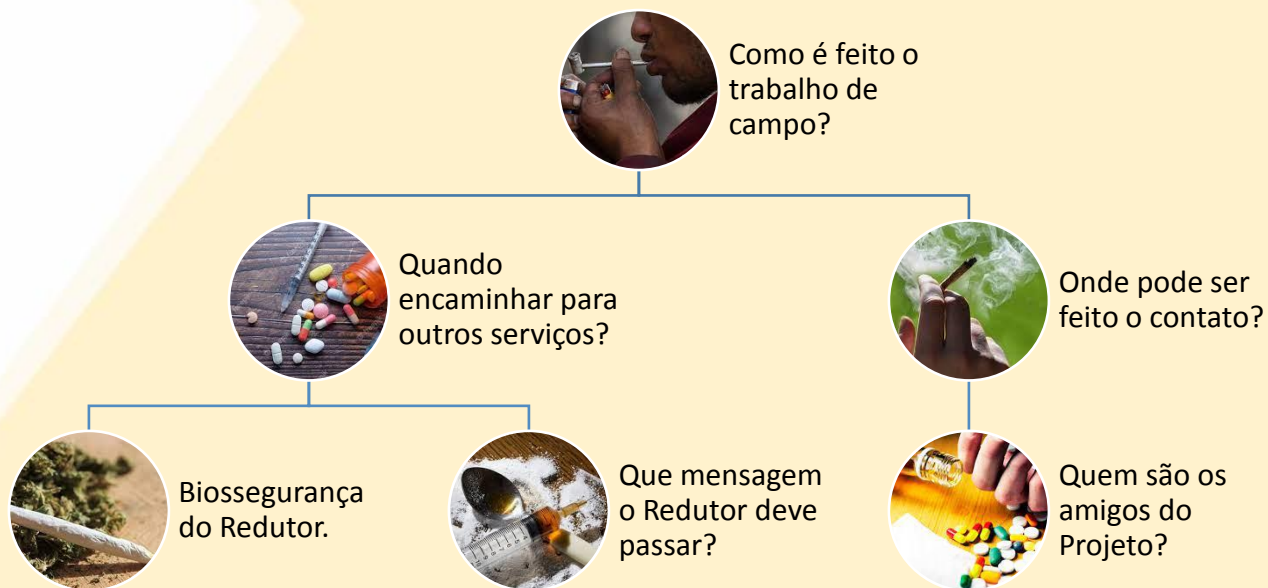
Em dezembro de 2000, o Rio Grande do Sul passou a contar com a Lei nº 11.562 que dispõe sobre as atividades de RD entre usuários de drogas endovenosas, visando a prevenir e reduzir a transmissão de doenças e da AIDS.



Quem é o Redutor de Danos?

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

COMO É FEITO O TRABALHO DOS REDUTORES DE DANOS





Como ele deve abordar o usuário?

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

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

REDUÇÃO DE DANOS



DROGAS INJETÁVEIS



DROGAS INGERIDAS



DROGA
INALADA/ASPIRADAS





ÁLCOOL

TRÂNSITO;
SEXO;
REDUÇÃO DE DANOS

BEBEDEIRAS JUVENIS

DROGAS FUMADAS

MACONHA;
CRACK
TABACO

MESCLADO
FREEBASE





A Redução de Danos e a Legislação Penal

As estratégias de redução de danos têm causado grandes polêmicas desde o início de sua implantação, notadamente em razão das ações objetivas que propõem e que contemplam, apenas a título de exemplo, desde trocas e desinfecção de seringas e agulhas a terapias de substituição (heroína/metadona, crack/cannabis, cocaína/folha de coca etc.) e estabelecimento de locais de uso seguro. Essas práticas foram logo identificadas pelas agências penais estatais como forma de auxílio à drogadicção e seus operadores passaram a ser vítimas de uma perseguição impregnada de um moralismo que se julgava superado no final do século vinte, e que assistiu a revoluções sociais, culturais e políticas que justificavam essa expectativa.



REFERÊNCIA

OLIVEIRA, Nathália e RIBEIRO, Eduardo. O massacre negro brasileiro na guerra às drogas. Sur - Revista Internacional de Direitos Humanos n28 - v.15. pg. 35-43, 2018.

<https://jus.com.br/artigos/80114/seletividade-na-lei-de-drogas-encarceramento-de-massas-e-controle-social>

SOUTHIER, Diane. Drogas no ensino de Sociologia: uma proposta de trabalho didático. Trabalho de Conclusão de Licenciatura. Universidade Federal de Santa Catarina, 2013



Secretaria de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude
Secretaria Executiva de Assistência Social
Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente

www.sigas.pe.gov.br
E-mail: capacitasuas.pe@sdscj.pe.gov.br
Telefone: 81 3183 0715

Fundação Apolônio Salles
Universidade Federal Rural de Pernambuco - UFRPE

E-mail: capacitasuas.ufrpe@ufrpe.br



Secretaria de
Desenvolvimento
Social, Criança
e Juventude



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
MAIS TRABALHO, MAIS FUTURO

MINISTÉRIO DA
CIDADANIA

