



CÂMARA DOS DEPUTADOS

COMISSÃO EXTERNA DESTINADA A ANALISAR *IN LOCO* OS EFEITOS DAS
POLÍTICAS SOBRE DROGAS INSTITUÍDAS EM PORTUGAL, HOLANDA,
ITÁLIA E BRASIL

RELATÓRIO FINAL
(Aprovado em 15/12/2010)



Encontro dos membros da Comissão Externa com o Presidente da Assembleia da República de Portugal, Deputado Jaime Gama, no Palácio de São Bento em Lisboa, em 18 de maio de 2010.

DEPUTADOS FEDERAIS PARTICIPANTES DA COMISSÃO EXTERNA

Viera da Cunha (Coordenador)

Germano Bonow (Relator)

Alceni Guerra

Geraldo Resende

Sueli Vidigal

Bel Mesquita

Antônio Carlos Chamariz

Raimundo Gomes de Matos

Givaldo Carimbão

Dr. Paulo Cesar

Padre José Linhares

Osmar Terra

Marcelo Ortiz

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| I - RELATÓRIO | 6 |
| 1 – APRESENTAÇÃO..... | 6 |
| 2 – MISSÃO OFICIAL EM PORTUGAL..... | 7 |
| 2.1 – LISBOA, 17/5: INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA - IDT | 7 |
| 2.2 – LISBOA, 17/5: VISITA DA COMISSÃO EXTERNA À RESIDÊNCIA OFICIAL DA EMBAIXADA BRASILEIRA..... | 9 |
| 2.3 – LISBOA, 17/5: COMISSÃO DE DISSUAÇÃO DE LISBOA..... | 10 |
| 2.4 – LISBOA, 18/5: OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA | 11 |
| 2.5 – LISBOA, 18/5: ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA..... | 14 |
| 3 – MISSÃO OFICIAL NOS PAÍSES BAIXOS..... | 14 |
| 3.1 – HAIA, 20/5: MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS ESTRANGEIROS DOS PAÍSES BAIXOS - MINBUZA | 15 |
| 3.2 – ROTTERDAM, 20/5: INSTITUTO DE PESQUISA SOBRE A TOXICODEPENDÊNCIA – IVO | 18 |
| 3.3 – HAIA, 21/5: MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS ESTRANGEIROS DOS PAÍSES BAIXOS - MINBUZA | 18 |
| 3.4 – HAIA, 21/5: VISITA DA COMISSÃO EXTERNA AO PARLAMENTO HOLANDÊS | 20 |
| 3.5 – HAIA, 21/5: EMBAIXADA BRASILEIRA NOS PAÍSES BAIXOS | 20 |
| 3.6 – AMSTERDAM, 21/5: TRANSNATIONAL INSTITUTE - TNI e visita a um COFFEESHOP | 21 |
| 4 – MISSÃO OFICIAL NA ITÁLIA..... | 21 |
| 4.1 – ROMA, 24/5: FUNDAÇÃO VILA MARAINNI | 21 |
| 4.2 – ROMA, 24/5: EMBAIXADA BRASILEIRA EM ROMA..... | 23 |
| 4.3 – ROMA, 24/5: DIREÇÃO CENTRAL DO SERVIÇO ANTIDROGAS DO MINISTÉRIO DO INTERIOR..... | 24 |
| 4.4 – ROMA, 24/5: CENTRO MÉDICO DE TRATAMENTO DE TOXICODEPENDENTES – SERT | 24 |
| 4.5 – ROMA, 25/5: NÚCLEO OPERATIVO PER LE TOSSICODEPENDENZE - NOT | 24 |
| 4.6 – ROMA, 25/5: FEDERAÇÃO ITALIANA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS - FICT..... | 26 |
| 4.7 – ROMA, 25/5: PARLAMENTO ITALIANO..... | 28 |
| 5 – SEMINÁRIO INTERNACIONAL POLÍTICAS SOBRE DROGAS | 28 |
| 5.1 – PALESTRA DO MINISTRO JORGE ARMANDO FELIX | 29 |
| 5.2 – PALESTRA DA DRA. PAULINA DUARTE | 32 |

| | |
|--|-----|
| 5.3 – PALESTRA DA DRA. THEREZA DE LAMARE FRANCO | 37 |
| 5.4 – PALESTRA DA DRA. MARIA LUIZA AMARAL RIZZOTTI | 37 |
| 5.5 – PALESTRA DO DR. EDUARDO KALINA..... | 39 |
| 5.6 – PALESTRA DO DR. MASSIMO BARRA..... | 40 |
| 5.7 – PALESTRA DO FREI HANZ STAPEL..... | 45 |
| 5.8 – PALESTRA DO DR. GREGOR BURKHART..... | 46 |
| 5.9 – PALESTRA DO DR. JOÃO GOULÃO | 51 |
| 5.10 – PALESTRA DO DR. MARCEL DE KORT | 68 |
| 5.11 – PALESTRA DO DRA. RAFAELA DE QUADROS RIGONI | 76 |
| 5.12 – PALESTRA DO DEPUTADO FEDERAL OSMAR TERRA | 82 |
| 5.13 – PALESTRA DO DEPUTADO FEDERAL ALCENI GUERRA | 86 |
| 5.14 – PALESTRA DO GENERAL PAULO ROBERTO YOG DE MIRANDA UCHOA | 89 |
| 5.15 – PALESTRA DO DR. PEDRO GABRIEL DELGADO..... | 97 |
| 6 – MISSÃO OFICIAL NO BRASIL..... | 98 |
| 6.1 – FORTALEZA, 29/11: ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO CEARÁ . | 98 |
| 6.2 – FORTALEZA, 29/11: DESAFIO JOVEM CEARÁ..... | 101 |
| 6.3 – MACEIÓ, 30/11: ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE ALAGOAS . | 102 |
| 6.4 – MACEIÓ, 30/11: SECRETARIA ESPECIAL DE PROMOÇÃO DA PAZ DO ESTADO DE ALAGOAS | 103 |
| 6.5 – MACEIÓ, 30/11: DESAFIO JOVEM ALAGOAS | 105 |
| 6.6 – MACEIÓ, 30/11: CENTRO DE TRIAGEM DA SECRETARIA ESPECIAL DE PROMOÇÃO DA PAZ DO ESTADO DE ALAGOAS | 105 |
| 6.7 – PORTO ALEGRE, 6/12:..... | 106 |
| 6.8 – GUARATINGUETÁ, 9/12: FAZENDA DA ESPERANÇA..... | 112 |
| 6.9 – RIO DE JANEIRO, 10/12: Centro de Tratamento e Reabilitação de Adictos – CAPS-AD – CENTRA-RIO..... | 114 |
| 6.10 – RIO DE JANEIRO, 10/12: ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO | 115 |
| 6.11 – RIO DE JANEIRO, 10/12: UPP DO MORRO SANTA MARTA..... | 116 |
| II - VOTO..... | 118 |
| 7 – CONCLUSÕES | 134 |
| 7.1 – TRATAMENTO | 134 |
| 7.2 – PREVENÇÃO..... | 135 |
| 7.3 – REINSERÇÃO SOCIAL | 137 |
| 7.4 – REPRESSÃO..... | 137 |
| 7.5 – REDUÇÃO DE DANOS..... | 138 |
| 7.6 – TRATAMENTO COMPULSÓRIO..... | 139 |
| 7.7 – MENORES DE DEZOITO ANOS E MULHERES | 139 |
| 8 – RECOMENDAÇÕES | 140 |
| III – ANEXO..... | 144 |

| | |
|--|-----|
| 1 - INTRODUÇÃO | 144 |
| 2 - DROGAS PERTURBADORAS..... | 144 |
| 2.1 - CANNABIS: MACONHA E HAXIXE | 145 |
| 2.2 - AYAHUASCA | 145 |
| 2.3 - ANTICOLINÉRGICOS..... | 145 |
| 2.4 - ÁCIDO O LSD – ou ácido lisérgico | 146 |
| 3 - DROGAS DEPRESSORAS..... | 146 |
| 3.1 - TRANQUILIZANTES | 146 |
| 3.2 - SOLVENTES..... | 147 |
| 3.3 - ÁLCOOL..... | 147 |
| 3.4 - OPIÁCEOS..... | 147 |
| 4 - DROGAS ESTIMULANTES | 148 |
| 4.1 - COCAÍNA | 148 |
| 4.2 - ANTIDEPRESSIVOS..... | 148 |
| 4.3 - TABACO..... | 149 |
| 4.4 - ECSTASY..... | 149 |
| 4.5 - ICE | 149 |
| 4.6 - ANABOLIZANTES..... | 149 |
| 4.7 - ANFETAMINAS E ANOREXÍGENOS..... | 150 |
| 5 - UM OUTRO ÂNGULO..... | 150 |
| 5.1 - PREVENÇÃO NO TRABALHO | 150 |
| 5.2 - USE CULTURA: ABRA AS PORTAS DA PERCEPÇÃO | 151 |

I - RELATÓRIO

1 – APRESENTAÇÃO

Não obstante os esforços empreendidos na prevenção e repressão do uso de drogas ilícitas, o que se observa, ano após ano, é o crescimento inexorável do número de usuários e de crimes relacionados ao tráfico de entorpecentes. Ademais, além da cocaína e da maconha – substâncias psicotrópicas presentes em todo o território nacional, nota-se o crescimento do consumo de outro tóxico com alto potencial de dependência: o crack.

Essa droga, por ser um subproduto da fabricação da cocaína, pode ser comprada por preços relativamente baixos, o que a torna potencialmente perigosa aos jovens de todas as classes sociais, produzindo efeitos devastadores nas famílias brasileiras.

Além disso, é notória a falta de estrutura estatal voltada ao tratamento da toxicodependência, uma vez que o modelo brasileiro de combate às drogas foi, por décadas, centrado na repressão. Por outro lado, o narcotráfico é mazela dotada de características transnacionais e, como tal, deve ser combatido, buscando-se subsídios e analisando-se experiências desenvolvidas em países com diversas óticas nesse campo.

Assim, com o intuito de melhor estudar o tema e oferecer novas perspectivas para a prevenção do consumo de drogas e o tratamento de dependentes químicos no Brasil, a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados aprovou requerimento¹ voltado à criação de Comissão Externa destinada a

¹ REQ 349/2010 CSSF, dos SRS. VIEIRA DA CUNHA E GERMANO BONOW, aprovado em 7/4/2010.

analisar *in loco* os efeitos das políticas sobre drogas instituídas em Portugal, Holanda e Itália, bem como a realização de Seminário Internacional para debater o tema.

Dessa forma, foi criada pelo Presidente Michel Temer, em 15 de abril de 2010, a referida Comissão Externa, que cumpriu missão oficial naqueles países no período de 15 a 27 de maio de 2010.

Nesse período, os Deputados Federais Vieira da Cunha (Coordenador), Germano Bonow (Relator), Alcení Guerra, Bel Mesquita, Geraldo Resende, Sueli Vidigal Antonio Carlos Chamariz e Antônio Sérgio Vidigal – Prefeito de Serra/ES, que viajou como convidado, sem ônus para a Câmara dos Deputados -, puderam conhecer as políticas sobre drogas instituídas em Portugal, Holanda e Itália.

Posteriormente, nos dias 5 e 6 de julho, a Comissão Externa realizou o Seminário Internacional Políticas Sobre Drogas, que contou com especialistas europeus e latino-americanos, no qual se pôde aprofundar o tema do uso de drogas, os caminhos da prevenção, do tratamento e da reinserção social de dependentes químicos.

Numa última etapa, representantes da Comissão Externa percorreram cinco cidades brasileiras: Fortaleza, Maceió, Porto Alegre, Guaratinguetá e Rio de Janeiro, a fim de retratar a questão da dependência no crack numa perspectiva nacional.

2 – MISSÃO OFICIAL EM PORTUGAL

2.1 – LISBOA, 17/5: INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA - IDT

Inicialmente, em Lisboa, no dia 17 de maio, na sede do Instituto da Droga e da Toxicodependência – IDT, os Parlamentares foram informados pelo **Dr. MANUEL CARDOSO**, Vogal do Conselho Diretivo, que o povo português não vê o

toxicodependente como um criminoso, mas sim como um doente crônico que precisa de tratamento para controlar seus momentos de crise e para livrar-se do vício.

Essa visão levou a Assembleia da República a descriminalizar o uso de drogas no ano de 2001. Após essa reforma, e obedecidas certas condições, o usuário de drogas apanhado em flagrante deixou de ser interpelado pela justiça criminal e passou a ser objeto de controle de instâncias administrativas.

Uma das vantagens, segundo o palestrante, é que o agente estatal que entra em contato com o toxicodependente não tem mais a obrigação legal de delatar o crime. Uma vez apanhado pela polícia, o usuário de drogas não será encaminhado para a delegacia, mas para a *comissão de dissuasão* de sua região, que, se for o caso, oferecerá o tratamento específico e monitorará o toxicodependente, **por meio da ação de agentes capacitados para a tarefa.**

Como a toxicodependência é vista como assunto de saúde pública, o Ministério da Saúde é a mão do Estado que coordena as ações relativas à prevenção e tratamento. No entanto, ressaltou-se que praticamente todos os Ministérios do Governo participam, **de forma integrada**, no manejo dessa questão.

Em relação à prevenção, esclareceu-se que, nas escolas portuguesas, o tema da toxicodependência é matéria curricular, cujos conteúdos são apresentados por professores capacitados e de forma não alarmista. Veja-se que essa estratégia é sucedânea das tradicionais campanhas contra drogas, como as promovidas por policiais, bombeiros ou agentes de trânsito. Esse método, segundo o IDT, facilita a apreensão pelos jovens e evita a apresentação de informações desconexas, assistemáticas e/ou contraditórias.

Ademais, a política sobre drogas de Portugal não permite a produção de campanhas generalistas e/ou exibidas em veículos de massa. É que, segundo dados estatísticos produzidos pelo *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* – EMCDDA (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência), esse tipo de campanha, além de não ter eficácia entre toxicodependentes, pode ter como consequência um aumento no consumo de experimentação.

Sobre o tratamento de usuários, dependentes e seus familiares, esclareceu-se que **uma das metas do IDT é ter leitos de internação disponíveis para todos os dependentes que precisem de tratamento.**

O resultado dessa política pode ser observado em números; no início da atuação do IDT, havia cerca de treze mil dependentes nas ruas sem tratamento. Hoje, o número diminuiu para oito mil. A diferença, cinco mil, está contabilizada como toxicodependentes que têm seu tratamento monitorado pelo Estado.

Além disso, as características dos tratamentos são peculiares ao País: em Portugal, apenas 10% dos toxicodependentes correspondem a usuários de cocaína e seus derivados. A maior parte corresponde a usuários de heroína, cujo tratamento pode ser feito pela prescrição e administração de metadona – opiáceo disponível para a substituição da droga e que comprovadamente proporciona bons resultados, complementada por psicoterapia.

Para os casos que necessitem de internação, que constituem a minoria, esclareceu-se que são efetuadas em unidades de terapia psiquiátrica, afastadas dos hospitais gerais, de forma a evitar-se a estigmatização do toxicodependente. **Por suas características peculiares, há, também, instalações específicas para mulheres grávidas ou com filhos pequenos.**

Concluindo, o Dr. Manoel Cardoso salientou que, para ele, o diferencial positivo da política portuguesa sobre drogas é o fato de que **todos os centros ou comunidades terapêuticas**, de qualquer natureza, **detêm profissionais da área de saúde qualificados e treinados especificamente para enfrentar o problema e seu funcionamento somente é autorizado após certificação do IDT.**

2.2 – LISBOA, 17/5: VISITA DA COMISSÃO EXTERNA À RESIDÊNCIA OFICIAL DA EMBAIXADA BRASILEIRA

Após o encontro no IDT, os membros da Comissão Externa visitaram a Residência Oficial da Embaixada Brasileira em Portugal, onde foram recebidos pelo Embaixador Celso Marcos Vieira de Souza.

2.3 – LISBOA, 17/5: COMISSÃO DE DISSUAÇÃO DE LISBOA

Após a visita ao Embaixador Celso Marcos Vieira de Souza, a missão oficial dirigiu-se à Comissão de Dissuasão de Lisboa, onde foi recebida pelo Dr. VASCO GOMES, Psicólogo-clínico responsável pelo órgão, e pela Dra. NÁDIA SIMÕES, Advogada.

Inicialmente, o Dr. Vasco esclareceu que, via de regra, os toxicodependentes são trazidos às comissões de dissuasão pela polícia que, após o flagrante, avalia se o caso configura tráfico de drogas ou consumo recreativo. Havendo tráfico, o agente será encaminhado ao Ministério Público, que dará início ao processo criminal.

Não sendo caso de tráfico e havendo adesão do usuário ao programa de tratamento prescrito pelo corpo técnico da comissão, o processo criminal será suspenso para, após cinco anos, ser definitivamente apagado – e não arquivado, como frisou o Dr. Vasco -, desde que haja cooperação e boa conduta.

Enfatizou-se que, havendo outras infrações penais em concorrência com o consumo de drogas, os conteúdos serão tratados separadamente, ficando a comissão de dissuasão unicamente incumbida da questão relativa ao uso de drogas.

Havendo reincidência, a legislação portuguesa prevê penalidades de multas e de trabalhos comunitários com características pedagógicas, além de outras penas restritivas de direito, como a proibição de frequentar determinados recintos, dentre outras.

Então, comprovada a toxicodependência, iniciam-se entrevistas entre o usuário e os profissionais de saúde, chamadas de *diligências de motivação*. Esse procedimento tem como objetivo fortalecer a motivação do usuário. Dentro desse espírito, são feitas inclusive incursões nas redes sociais do toxicodependente.

Indagado sobre a existência de um monitoramento posterior ao tratamento, a fim de se averiguar a existência de recaídas, o palestrante informou que, de fato, não há essa preocupação, uma vez que não há um critério objetivo capaz de

cientificar a eficácia do tratamento: se há tratamento, há, também, a possibilidade de recaídas.

Para ilustrar a dificuldade existente, o Dr. Vasco idealizou uma situação hipotética com dois protagonistas - o primeiro, toxicodependente que, tendo abandonado as drogas há cinco anos, sofreu recaída recente; o segundo, toxicodependente que se encontra em tratamento há um ano, sem recaídas: em qual deles se pode afirmar que o tratamento foi mais ou menos efetivo?

Como se vê, a questão é de difícil equacionamento e a avaliação qualitativa não é trivial. Em face disso, as *comissões de dissuasão* não controlam aqueles usuários e dependentes de drogas que sofrem recaídas. As comissões só se preocupam em controlar aqueles que estão em efetivo tratamento.

Enfatizaram também que, **na legislação portuguesa, não há previsão de internação ou tratamento compulsórios**. A única possibilidade é para o caso de doença mental associada ao consumo de drogas, desde que haja perigo para a ordem pública e mandado judicial.

Finalmente, instado a sugerir alterações na legislação portuguesa a fim de aumentar a eficácia das comissões de dissuasão, revelou o palestrante que uma das idéias é aumentar a quantidade máxima que distingue o usuário do traficante, utilizada para determinar a competência das comissões (atualmente, esse limite é fixado por lei e equivale à quantia suficiente para dez dias de consumo, a depender da interpretação do juiz).

Essa medida poderia proporcionar o acesso ao tratamento a mais pessoas, diminuindo a possibilidade de que doentes entrassem em contato com criminosos perigosos, dentro das penitenciárias.

2.4 – LISBOA, 18/5: OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA

No dia 18 de maio, os Parlamentares da Comissão Externa foram recebidos na sede do *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* – o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência.

Na oportunidade, iniciou a apresentação o Dr. GONÇALO FELGUEIRAS, informando que o Observatório se trata de uma agência “descentralizada” da União Européia, pelo fato de sua sede não se localizar em Bruxelas ou Estrasburgo, onde se encontram o Conselho Europeu e o Parlamento Europeu, respectivamente.

Sua finalidade consiste em entender qual é a natureza do fenômeno das drogas; oferecer possíveis respostas para a resolução das questões relacionadas; identificar que tipo de intervenções produzem resultados positivos e, por consequência, obter-se as intervenções que são contra-producentes e avaliar as pesquisas sob um ponto de vista científico, sem julgamentos de ordem moral.

A agência procura classificar dados relativos a drogas ilícitas. Assim, coordena e analisa pesquisas nacionais e transnacionais, com ênfase na coleta de dados, na divulgação das análises, por meio da edição de relatórios periódicos, e na cooperação internacional, não somente no âmbito da Europa, mas com países de outros continentes e organismos internacionais, como a UNODC, a agência das Nações Unidas para o combate às drogas do ponto de vista da repressão e do crime associado ao tráfico.

A coleta de dados, em cada país, se dá nos chamados pontos focais. Em Portugal, o ponto focal é o Instituto de Drogas e Toxicodependência – IDT. Para o Dr. Felgueiras, o diferencial da OEDT é proporcionar conhecimentos cientificamente obtidos a respeito da problemática das drogas em cada país membro da UE. Assim, todos os países tem acesso a informações que os capacitam a oferecer respostas e determinar tendências, concentrando esforços e otimizando recursos.

Apesar de a prática ser comum, a eficácia das medidas variam de país à país, em face de disparidades que existem entre os membros da comunidade europeia e em virtude das diferentes abordagens das respectivas legislações.

Afirmou que, atualmente na Europa, percebe-se certa estabilidade no número de toxicodependentes de opiáceos, enquanto cresce o número de usuários de cocaína e ecstasy. Em números absolutos, a droga mais utilizada é a *Cannabis sativa*.

A seguir, o Dr. GREGOR BURKHART argumentou que o Observatório Europeu tem como objetivo promover a análise científica dos dados relativos ao problema do uso e consumo de drogas. Assim, patrocina pesquisas nas áreas de produção, distribuição, consumo, prevenção e tratamento de usuários de toxicodependentes, promovem o intercâmbio de pesquisadores e mantém redes de informação e programas de monitoramento de drogas.

Segundo os profissionais do Observatório Europeu, a melhor estratégia é entender a toxicodependência como um problema de saúde [pública. Com](#) esse enfoque, os estudos do OEDT, desde 2006, buscam resposta relativas à prevenção, ao tratamento, políticas públicas e custos.

Para justificar esse modo de encarar a questão das drogas, o Dr. Burkhart lembrou que, além dos problemas de saúde que o uso de drogas traz ao usuário, há uma série de transtornos psicossociais associados.

Outra faceta da estratégia pregada pelo Observatório Europeu pode ser comprovada pelo fato de que o tratamento de dependentes de heroína, por meio da prescrição e administração de metadona, aumentou nove vezes nos últimos dez anos, o que trouxe, como consequência, uma diminuição nos casos de contaminação por HIV e hepatite.

A respeito da legislação sobre drogas na Europa, informou que não há uniformidade entre os países da Comunidade, mas se pode observar uma **tendência no sentido de oferecer facilidades para transformar penas privativas de liberdade por outras restritivas de direito para aqueles que aderem voluntariamente aos tratamentos disponíveis**. Para eles, tratam-se de medidas positivas, pois afastam usuários de drogas menos experientes da influência deletéria de criminosos condenados.

Informou que gastos de vulto em campanhas de prevenção veiculadas na grande mídia não obtêm o retorno esperado. Ao contrário, dados

estatísticos comprovam que, associadas às campanhas, sobrevém um aumento do consumo de experimentação.

A prevenção, pois, deve se dar de forma seletiva. Como exemplo, citou dados que mostram que a Europa observa um aumento no uso de cocaína entre jovens provenientes de minorias étnicas que, normalmente, são mais vulneráveis do ponto de vista de colocação no mercado de trabalho.

Assim, para ele, as campanhas deveriam ser focadas somente em públicos específicos, a exemplo do acima citado. Além desses, outros grupos vulneráveis seriam os estudantes, moradores de rua, pessoas sem laços sociais, etc.

Em conclusão, afirmou ser necessário mapear territórios, reconhecer vulnerabilidades, de forma a otimizar a aplicação de recursos e, principalmente, inverter a mensagem, mostrando não apenas o aspecto doentio associado ao consumo de drogas, mas como é normal e muito melhor levar um estilo de vida saudável.

2.5 – LISBOA, 18/5: ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

À tarde, os membros da Comissão Externa visitaram a Assembleia da República, no Palácio de São Bento, onde foram recebidos pela Deputada LUISA SALGUEIRO, Vice-Presidente da Comissão de Saúde, parlamentar dotada de vasta experiência no campo do tratamento de dependentes químicos. Posteriormente, foram recebidos pelo Presidente da Assembleia, Deputado Jaime Gama.

3 – MISSÃO OFICIAL NOS PAÍSES BAIXOS

3.1 – HAIA, 20/5: MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS ESTRANGEIROS DOS PAÍSES BAIXOS - MINBUZA

No dia 20 de maio, a Comissão Externa foi recebida em Haia, na Sede do Ministério dos Negócios Estrangeiros dos Países Baixos – MINBUZA, onde ouviu-se o Sr. Bob Keizer, representante do *Trimbos Institute (Netherlands Institute of Mental Health and Addiction)*.

Antes de entrar especificamente no assunto da Comissão Externa, o palestrante apresentou um resumo de características dos Países Baixos que considerava importantes para a compreensão da política holandesa sobre drogas. Explicou que os Países Baixos detêm um pequeno território densamente povoado, onde convivem mais de cem nacionalidades; sua população tem grande tradição de tolerância, humanismo, consenso e privilégio às liberdades individuais; são um dos principais pontos de entrada da Europa; mantém separação de fato e de direito entre o Estado e as religiões e possui fronteiras abertas.

Posteriormente, esclareceu que a atual legislação sobre drogas data de 1976 e que, por pressão dos demais países da Comunidade Europeia, iniciou-se, em 2008, um grande debate nacional coordenado pelo Ministério da Saúde, no qual participaram o Ministério do Interior (forças de segurança, serviços de inteligência), Ministério da Justiça e representantes da sociedade civil. O objetivo era saber se a política em vigor deveria ou não ser atualizada.

Dentre os pontos mais discutidos, estavam a existência dos *coffeeshops*, locais onde é permitida a compra de até cinco gramas por dia de *Cannabis sativa* e a abordagem pragmática do Governo holandês em relação à questão da toxicodependência. Até o momento, não há indicações que a legislação ira sofrer alterações.

Especificamente sobre a legislação holandesa sobre drogas, falou, em seguida, o Sr. Jean Luc Luisjl, Representante do Ministério da Justiça. Inicialmente, explicou que o Governo adota uma postura pragmática na área de combate ao uso de

drogas. Para eles, curar seria, numa visão ideal, o melhor que poderia acontecer aos toxicodependentes.

Porém, como o tratamento e a recuperação de usuários e dependentes de drogas é questão complexa, de difícil resolução, que ultrapassa os limites do poder de polícia do Estado, numa visão prática pode ser mais desejável e eficiente levar a cabo uma política de redução de danos, afinal, “**resolver metade do problema é melhor do que não resolver nada**”.

Nessa ótica, toleram a venda de maconha em pequenas quantidades em recintos comerciais denominados coffeeshops, cuja finalidade principal seria separar o consumidor de *Cannabis*, considerada uma droga com menor poder de ameaçar a saúde pública, dos traficantes de heroína.

Assim, os coffeeshops são considerados como parte de uma política de redução de danos. Possivelmente, em face das cobranças internacionais, poderão restringir o acesso a residentes, de forma a desestimular uma espécie de turismo ligado à *Cannabis*, principalmente nas regiões que fazem fronteira com a Bélgica e a França

Essa medida, contudo, não é consenso no Governo, uma vez que iria de encontro à tradição de tolerância do País, além de ser contrária aos ideais que embasaram a criação da União Europeia relativas à livre circulação de pessoas e bens.

Finalmente, ressaltou que os holandeses consideram sua política sobre drogas bastante rígida, uma vez que, com exceção da *Cannabis*, todas as outras drogas são expressamente proibidas e reprimidas com eficiência; há previsão de penas que podem chegar a doze anos de prisão e multas de até 45 mil euros; a média de consumo de drogas é inferior à do restante do continente, segundo dados do Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência; os Países Baixos agem de forma coordenada com outras países e organismos internacionais; oferecem tratamento e recuperação para todos os dependentes que buscam ajuda, dentro de uma política de *welfare state* e sua política de redução de danos é efetivamente comprovada.

A seguir, apresentou-se a Sra. Palestrante Johanna Spreeuwenberg, Representante do Departamento de Políticas de Segurança do MINBUZA. Ao falar sobre a **política de redução de danos** dos Países Baixos, informou que o conceito de

política de redução de danos não é uniforme no continente, sofrendo variações importantes de acordo com fatores ideológicos, dentre outros.

Em geral, a expressão denota políticas e estratégias levadas a cabo pelo Estado para diminuir os efeitos deletérios que o uso de drogas pode causar ao indivíduo, quando esses riscos não podem ser eliminados.

Prosseguiu afirmando que, em várias regiões do mundo, o uso de drogas injetáveis é o maior vetor de disseminação do vírus HIV. Para ela, o uso de drogas injetáveis e o vírus da AIDS formam uma combinação explosiva, de alto poder epidemiológico, capaz de causar um problema de saúde pública catastrófico e de proporções imprevisíveis.

A primeira medida no sentido de conter os limites do problema se dirige ao público mais jovem, por meio de medidas que os estimulem a participar de programas de tratamento. Entretanto, faz-se necessário, também, cuidar do lado da oferta de drogas, por meio de um trabalho articulado pelas forças de segurança do Estado.

A prevenção de transmissão da AIDS é uma das medidas mais importantes adotadas pelo Governo holandês. Para eles, controlar a epidemia de AIDS junto aos usuários de drogas injetáveis e seus parceiros é altamente eficaz, seja do ponto de vista econômico, seja sob o aspecto da saúde pública.

Segundo ela, de fato, comprovaram-se reduções sistemáticas na disseminação do vírus HIV entre os usuários de drogas injetáveis, os quais compõem quase 90 % por dependentes de heroína.

Para a palestrante, um fator negativo na contenção dessa terrível doença é o fato de que, na maioria dos países, o uso de drogas é ilegal. Isso constituiria barreira para um controle da disseminação do vírus HIV, na medida em que a população de toxicod dependentes, temendo sofrer persecução criminal, sentir-se-ia desestimulada a procurar tratamento e ajuda.

Ademais, não é só o tratamento que irá proporcionar condições de recuperação dos dependentes de drogas. É preciso que o Estado forneça condições de reinserção social, por meio de programas de emprego e renda, que criem

oportunidades educacionais e profissionais, importantes condições para uma política de êxito.

Com essa ótica, o Governo holandês promove um pacote de medidas que vão desde a prestação de informações de saúde, troca de seringas usadas, tratamento aos portadores do vírus HIV e de outras doenças transmissíveis, cuidados de saúde, assistência legal, além de combater à exclusão social.

3.2 – ROTTERDAM, 20/5: INSTITUTO DE PESQUISA SOBRE A TOXICODEPENDÊNCIA – IVO

No final da tarde, os parlamentares da Comissão Externa visitaram a sede do Instituto de Pesquisa sobre a Toxicoddependência - IVO, onde foram recebidos pela pesquisadora Miranda Audenaerdt.

3.3 – HAIA, 21/5: MINISTÉRIO DOS NEGÓCIOS ESTRANGEIROS DOS PAÍSES BAIXOS - MINBUZA

No dia 21 de maio, a Comissão foi novamente à Sede do Minbuza, onde ouviu o Representante do Ministério da Saúde, Sr. Marcel de Kort. O Palestrante complementou as informações relativas à política de redução de danos dos Países Baixos. Segundo ele, o Governo holandês vê o problema das drogas como uma questão de saúde pública.

Para eles, **a toxicoddependência causa desordens bio-psico-sociais, sendo uma doença crônica cujo portador em tratamento apresenta um elevado número de recaídas (*high relapsed rate*) e de desistências.**

Com isso em mente, **justificam sua abordagem pragmática: é bom buscar a abstinência, mas isso é utópico. Então, busca-se a redução de danos que o uso de drogas causa no organismo humano.**

Além disso, as políticas e os tipos de assistência são elaboradas com a efetiva participação da sociedade civil, sob supervisão técnica dos órgãos governamentais. Na prática, há uma grande **integração de todas as instâncias**.

Sua experiência no campo do tratamento e recuperação de toxicodependentes mostra que as estratégias mais efetivas são aquelas que incluem uma abordagem integrada, que leve em conta todas as necessidades do ser humano, sejam de ordem social, econômica ou legal.

A seguir, falou o Sr. Jan van Amsterdam, Representante do *Laboratory for Health Protection Research – RIVM* que, conjuntamente com a *Academic Medical Center University of Amsterdam* e com o *Department of Psychiatry e Amsterdam Institute for Addiction Research*, realizou estudos visando classificar as drogas do ponto de vista de seu potencial destrutivo.

Assim, para esses institutos, em ordem decrescente de potencial destrutivo estão o crack, a heroína, o tabaco, o álcool, as meta-anfetaminas, a cocaína, a metadona, as anfetaminas, o GHB (espécie de ecstasy), a benzodiazepina, a bupronorfina, a *Cannabis sativa*, a ketamina, o ecstasy, o metilphenidate, os anabolizantes esteróides, o KHAT (espécie de cogumelo), o LSD e os cogumelos “mágicos”.

Finalmente, falou a Dra. Rafaela Rigoni, pesquisadora brasileira, doutoranda do *International Institute of Social Studies*, cujo tema de estudo é a perspectiva comparativa entre as políticas sobre drogas do Brasil e dos Países Baixos.

Ao explicar sobre a existência das salas de utilização de heroína, que existem na Holanda, (assim como na Espanha, onde são conhecidas como salas de pico, ou salas de chuto), afirmou que essas não são ambientes de livre acesso, onde qualquer um pode comprar e utilizar drogas livremente.

Ao contrário, são ambientes mantidos pelo Estado onde dependentes cadastrados que já passaram sem sucesso por tratamentos, podem usar heroína sob supervisão de profissionais de saúde. Nesses recintos, o toxicod dependente, além de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de seguridade social e outros, pode também alimentar-se e fazer sua higiene pessoal.

Para a doutoranda, outro ponto positivo dessa política é que, ao concentrar todos os serviços em um só local, evita-se que o toxicodependente use um comportamento conhecido como *shopping around*, ou seja, o usuário de drogas não pode contar histórias diferentes aos diversos órgãos, o que poderia lhe dar vantagens no acesso a drogas ou benefícios sociais. Ao concentrar os serviços, o Estado tem uma visão e um cadastro único.

3.4 – HAIA, 21/5: VISITA DA COMISSÃO EXTERNA AO PARLAMENTO HOLANDÊS

Acompanhados de servidores da Casa, os membros da Comissão Externa visitaram as dependências internas e externas do Parlamento Holandês, onde receberam informações relativas à distribuição dos poderes nos Países Baixos, sobre peculiaridades do sistema monárquico-parlamentarista vigente, o papel do Parlamento e sobre questões do processo eleitoral holandês.

3.5 – HAIA, 21/5: EMBAIXADA BRASILEIRA NOS PAÍSES BAIXOS

Às 14hs do dia 21 de maio, os membros da Comissão Externa foram recebidos pelo Embaixador José Artur Denot Medeiros, na sede da Embaixada brasileira, na Paaulaan Straat, nº 6, em Haia.

3.6 – AMSTERDAM, 21/5: TRANSNATIONAL INSTITUTE - TNI e visita a um COFFEESHOP

Ao final do dia, à convite do *Transnational Institute*, organização não governamental destinada à prevenção do uso de drogas, a Comissão Externa visitou o coffeeshop Dampkring (Haarlemmer Straat, 61), no centro de Amsterdam. Ali, ouviu-se do proprietário que cada estabelecimento somente pode manter no máximo meio quilo de *Cannabis* em seu estoque.

Nada impede, porém, que se vendam vários meios quilos no mesmo dia. Alíás, informou que o seu próprio coffeeshop chega a vender até 4 quilos por dia. Assim, considerando-se que o preço médio é de 10 euros por grama, chega-se a um faturamento diário de quarenta mil euros. A taxaçoão é semelhante ao cigarro: cerca de 50%. Informou, ainda, que o Governo holandês não fornece novas licenças de funcionamento e que, em 80% dos municípios da Holanda não há coffeeshops.

4 – MISSÃO OFICIAL NA ITÁLIA

4.1 – ROMA, 24/5: FUNDAÇÃO VILA MARAINNI

No dia 24 de maio, a Comissão Externa visitou a Fundação Vila Marainni e foi recebida pelo Dr. Massimo Barra, médico e fundador dessa Instituição associada à Cruz Vermelha italiana. Trata-se de um centro para tratamento e recuperação de toxicodependentes que já dispensou cuidados médicos a mais de 30 mil pessoas desde 1976, sendo o único que funciona 24 horas por dia na Itália.

O Dr. Barra explicou que se trata de um **centro unicompreensivo, ou seja, fornece o tratamento e os medicamentos necessários, trabalhando em conjunto com outros órgãos governamentais, como os responsáveis por assistência social, seguridade**, etc.

O sentido também comporta o fato de que o centro oferece todas as terapias existentes. Entretanto, o Dr. Massimo revelou-se descrente quanto à possibilidade de cura quando a droga é a cocaína, uma vez que, para essa substância, não há terapia de substituição existente. O máximo que se usa são antidepressivos.

Para ele, o consumo de drogas é como um casamento. No caso dos usuários de heroína, após 12 ou 15 anos, o amor acaba e vem uma necessidade de procurar ajuda: *el tiempo disminuye el amor*.

De acordo com sua experiência, a maioria dos toxicodependentes constitui-se de gente desesperada. A toxicodependência é um problema crescente e que não tem resposta generalizada. A solução deveria ser buscada indivíduo a indivíduo.

Esclareceu que o Centro Vila Marainni atende cerca de 70 pessoas por dia, oferecendo atividades em suas dependências e também nas ruas. O médico ressaltou que nas ruas estão os usuários e dependentes que ainda não querem se tratar.

Para esse tipo de atividade, há veículos especialmente equipados que chegam até os locais mais freqüentados pelos dependentes de drogas que, além de promoverem trocas de seringas, dispensam alimentação e materiais de higiene pessoal. Também há pessoal equipado para recolher seringas usadas e abandonadas. Essas unidades também estão preparadas para proporcionar atendimento médico de urgência, em caso de overdose, cirrose ou para portadores do vírus HIV. Segundo o Dr. Barra, é dever do Estado evitar mortes e a disseminação de doenças transmissíveis.

Para o Palestrante, o Estado tem o dever de conhecer todas as pessoas nessa situação. Entretanto, suas iniciativas são, na maioria, de cunho repressivo. Isso faz com que se veja “unicamente a ponta do iceberg”. Para ele, o maior problema está na base do iceberg. São pessoas que ainda não estão motivadas o suficiente para aderir a um tratamento.

Outras medidas seriam aquelas destinadas a **coordenar esforços** entre as unidades de saúde de repressão policial. Na Itália, quando policiais encontram um dependente de drogas, eles o trazem para os centros de tratamento, ao invés de levá-los à Delegacia.

Em sua visão, esse é o melhor caminho a trilhar pois, caso contrário, um simples dependente de drogas - um doente, portanto -, seria levado a ter contato com criminosos condenados e eventualmente sairia de uma cadeia com um grande aprendizado sobre o crime. Para ele, os toxicodependentes são apenas pobres de espírito.

Defendeu, pois, a descriminalização do uso, uma vez que a conduta oposta, a criminalização somente geraria, em sua opinião, violência e estigmatização, o que não melhoraria em nada a situação do ser humano dependente de drogas. De fato, é importante combater o tráfico mas, ao mesmo tempo, proporcionar condições humanitárias para o tratamento e a recuperação dos doentes.

Informou que há cerca de 170 centros de tratamento médico na Itália e que compartilha das mesmas opiniões dos técnicos do Observatório Europeu a respeito das campanhas de prevenção de cunho geral e indiscriminado. Para ele, via de regra veiculam-se campanhas banais cujo efeito principal é o de estimular o consumo de experimentação em populações que não tiveram contato com drogas.

Sobre os dependentes em tratamento, informou que há 12 mil em instituições privadas e 120 mil em órgãos públicos e, em nenhum deles, há instituições religiosas envolvidas.

4.2 – ROMA, 24/5: EMBAIXADA BRASILEIRA EM ROMA

Os parlamentares da Comissão foram recebidos pelo Embaixador José Viegas Filho, na embaixada brasileira em Roma, localizada no Palazzo Pamphili, na Piazza Navona, Em Roma.

4.3 – ROMA, 24/5: DIREÇÃO CENTRAL DO SERVIÇO ANTIDROGAS DO MINISTÉRIO DO INTERIOR

Após o encontro na Embaixada brasileira, os parlamentares dirigiram-se à sede da Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, órgão vinculado ao Ministério do Interior e responsável pela repressão ao narcotráfico na Itália.

Na ocasião, foram informados das atuais medidas empregadas pelo Governo italiano no combate ao uso de entorpecentes e das ações de inteligência adotadas para a repressão ao tráfico de drogas na Itália.

4.4 – ROMA, 24/5: CENTRO MÉDICO DE TRATAMENTO DE TOXICODEPENDENTES – SERT

No Centro Médico de Tratamento de Toxicodependentes – SERT (sigla em italiano), os parlamentares conheceram as instalações físicas, os equipamentos e a composição dos servidores da área de saúde disponíveis num centro de tratamento estatal padrão .

4.5 – ROMA, 25/5: NÚCLEO OPERATIVO PER LE TOSSICODEPENDENZE - NOT

Em 25 de maio, a missão oficial dirigiu-se ao Núcleo Operativo per le Tossicodependenze – NOT, onde foi recebida pela Dra. Paola Parisi, que iniciou sua palestra esclarecendo que, diferentemente do que ocorre no Brasil, o instituto da prefeitura, na Itália, não configura o Poder Executivo municipal. É, na verdade, um órgão interno do Executivo provincial e o coordenador, ou prefeito, é um servidor

público de carreira, detentor de alta qualificação, que ocupa o cargo por indicação do presidente da província, após avaliação de mérito.

Além disso, explicou que na Itália, as prefeituras detêm competência para as ações de segurança pública e, nesse órgão, funcionam os NOTs, escritórios voltados ao tratamento e à recuperação de toxicodependentes, baseados no trabalho de assistentes sociais e profissionais da área de saúde.

A palestrante informou, ainda, que a partir da edição da Lei nº 635, de 1975, que deixou de penalizar os usuários de drogas, houve uma explosão nacional do uso de heroína injetável, até que, em 1990, por conta do Decreto Presidencial nº 309/90, foram criados os NOTs e as Comunidades Terapêuticas. Esse diploma legal também tratou de alterar a situação do usuário de drogas.

Pela atual legislação, **objetivos** dos NOTs são: **prevenir o consumo de experimentação por parte de populações que ainda não tiveram contato com drogas; impedir ou reduzir o uso de drogas por toxicodependentes; proporcionar condições para que o toxicodependente possa obter o necessário tratamento, com vistas a sua recuperação e sancionar as condutas ilícitas.**

Alertou para o fato de que hoje, na Itália, a lei confere discricionariedade ao juiz criminal para avaliar sobre a conveniência de encaminhar o usuário ao tratamento, não só em função da quantidade de droga apreendida, mas principalmente em relação à qualidade e à pureza da substância, avaliadas por exames periciais.

Caso a quantidade e a pureza da droga estejam abaixo do limite legal, e o usuário não seja reincidente, será diretamente encaminhado ao Núcleo Operativo, oportunidade em que será estimulado a aderir voluntariamente a um dos tratamentos disponíveis, em substituição a um processo no âmbito penal.

Também poderá haver outras penalidades administrativas, como a proibição do direito de dirigir veículos ou de se reunir em determinados recintos, prisão domiciliar ou outras penas restritivas de direitos. Essas sanções poderão ser revogadas, na medida da progressão do tratamento ou, em caso de reincidência, poderão ser agravadas gradualmente.

Explicou também sobre as funções do questor – autoridade pública encarregada da coordenação de todas as polícias italianas (carabinieri, polícia de fronteira, etc.) e do juiz de paz, que constitui a última instância administrativa.

4.6 – ROMA, 25/5: FEDERAÇÃO ITALIANA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS - FICT

Posteriormente, a Comissão externa foi à Sede Operativa da Federação Italiana de Comunidades Terapêuticas, onde o Palestrante, Sr. Luciano Squillaci, esclareceu que a Federação Italiana de Comunidades Terapêuticas existe há mais de 25 anos e conta com mais de oitocentas entidades associadas, sendo uma dentre várias que tratam do assunto na Itália.

Alertou para o fato de que todo o trabalho desenvolvido baseia-se numa **abordagem humanitária**, com estrito **respeito à individualidade** de cada um. Para a FICT, o principal objetivo é a reinserção social do toxicodependente.

Esclareceu também que a Federação, e suas associadas, oferecem tratamento para todos os tipos de dependência, tanto em relação a drogas ou álcool, como tratamentos relacionados a distúrbios alimentares ou ligados a jogos de azar, que também são vistos como doenças crônicas.

Questionado sobre quais as formas de financiamento existentes, respondeu dizendo que a maior parte das despesas da Federação são bancadas pelo Estado, em um regime denominado de “acreditamento”.

Por esse regime, o Governo italiano paga pelos tratamentos disponibilizados de acordo com critérios pré-estabelecidos, baseados em índices de qualidade. Além disso, a Federação também obtém rendimentos pela venda de sua produção intelectual, gerada em pesquisas voltadas ao tratamento e à recuperação de toxicodependentes.

Informou que as atividades da Federação estão centradas no chamado “Projeto Homem”, o qual entende que o indivíduo deve ser o ponto de convergência de

atividades multidisciplinares. Assim, deve-se aceitar suas fragilidades e seus dilemas existenciais. É, antes de tudo, um programa educativo que convida à reflexão sobre comportamentos sociais, com vistas a um aprofundamento da consciência individual.

Essa proposta viabiliza um percurso de reabilitação dentro de um ambiente saudável e estimulante para o usuário e seus familiares, garantido por operadores devidamente qualificados e que acompanham o indivíduo em tratamento domiciliar ou nas dependências das comunidades terapêuticas.

Em resumo, descreveu os principais pontos que definiriam uma abordagem centrada no humanismo. Para eles, qualquer política sobre drogas deve levar em conta que: **o problema da droga é uma realidade humana vinculada a questões de saúde pública; é necessário promover ações que levem o dependente de drogas a adotar um estilo de vida saudável**, o que trará, como consequência, melhorias na sociedade como um todo; é necessário agir com racionalidade, compaixão e sem estigmatizar o toxicodependente e a questão da produção e uso de drogas tem componentes que se originam de vulnerabilidades sociais e não estão somente ligadas ao crime organizado.

Para as comunidades terapêuticas italianas, uma política humanitária deve proporcionar condições para uma vida saudável e equilibrada, que permita minimizar, tanto para os indivíduos como para a sociedade, os danos causados por substâncias como drogas, álcool e tabaco.

Nessa ótica, o uso de substâncias estupefacientes, combinado com a estigmatização social que surge como consequência, reduz as possibilidades de que os toxicodependentes levem uma vida normal e sã. Para ele, deixar de ir ao trabalho, à escola e de frequentar a família são comportamentos que frequentemente induzem o uso de drogas, assim como a pobreza, a má nutrição e a insegurança psicológica.

4.7 – ROMA, 25/5: PARLAMENTO ITALIANO

Ao final da missão oficial na Europa, a Comissão Externa foi recebida pelo Presidente da *Commissione di Affari Sociali* da *Camara dei Deputati* da Itália, onde ouviram a descrição das principais iniciativas da Casa no campo da saúde pública e no tratamento e recuperação de dependentes químicos.

5 – SEMINÁRIO INTERNACIONAL POLÍTICAS SOBRE DROGAS

Com o objetivo de aprofundar os debates e trazer subsídios para os demais Parlamentares do Congresso Nacional, a Comissão de Seguridade Social e Família realizou, nos dias 5 e 6 de julho, no Auditório Nereu Ramos da Câmara dos Deputados, o Seminário Internacional Políticas sobre Drogas.

No evento, participaram o General Jorge Armando Felix, Ministro de Estado de Segurança Institucional, o General Paulo Roberto Yog de Miranda Uchoa, Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas, a Sra. Paulina Duarte, Secretária Adjunta da Secretaria Nacional de Políticas Antidrogas da Presidência, a Sra. Thereza de Lamare Franco Netto, Diretora do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas do Ministério da Saúde, a Sra. Maria Luiza Amaral Rizzotti, Secretária Nacional de Assistência Social, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, o Sr. Pedro Gabriel Godinho Delgado, Coordenador do Programa de Saúde Mental, Álcool e Drogas do Ministério da Saúde e o Sr. Ronaldo Teixeira Da Silva, Secretário-Executivo do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania — PRONASCI, além dos especialistas que receberam a Comissão Externa em sua missão oficial, o Dr. Massimo Barra, da Fundação Vila Maraini, o Dr. Gregor Burkhardt, do Observatório Europeu da Droga e da Drogadição, o Dr. João Goulão, Presidente do Observatório Europeu e do Instituto da Droga e da Toxicodependência, o Dr. Marcel de

Kort, do Ministério da Saúde dos Países BAixos e a Dra. Rafaela Rigoni, doutoranda da *International Institute os Social Studies*, além do Dr. Eduardo Kalina, da Associação Psiquiátrica Americana e Parlamentares da Comissão Externa e Membros da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados.

Na abertura dos trabalhos, o Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família e Coordenador da Comissão Externa, Deputado Vieira da Cunha, ressaltou aos presentes que o consumo de *crack* adquiriu uma dimensão tal que são necessárias providências urgentes e inadiáveis. Segundo o Parlamentar, estima-se que hoje, no Brasil, haja mais de um milhão de usuários da droga, em sua maioria jovens, cujo futuro já estaria comprometido em razão da dependência.

Para o Deputado Vieira da Cunha, o drama da toxicodependência se manifesta em famílias de todos os níveis sociais, situação que atinge o desespero em face das reconhecidas carências que o Estado brasileiro apresenta ao lidar com o problema.

Após essas considerações preliminares, passou a palavra ao Ministro Jorge Armando Felix, que procurou mostrar de que maneira a política de combate às drogas foi imaginada e elaborada pelo Governo Federal, destacando aspectos de maior ou menor sucesso de sua implementação.

5.1 – PALESTRA DO MINISTRO JORGE ARMANDO FELIX

Em seguida, o General JORGE ARMANDO FELIX apresentou o arcabouço do Direito Internacional Público que, após ser internalizado ao ordenamento jurídico brasileiro, passou a reger a matéria a partir de 1961, com o advento da Convenção Única de Entorpecentes. Informou que dez anos depois foi a vez da Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas; em 1972, o Protocolo de Emendas à Convenção de 1961, e, em 1988, a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas. Logo após a sua discussão e aprovação pelas Nações

Unidas, a de 1961 em 1964, a de 1971 em 1977, a de 1972 em 1975, e a de 1988 em 1991, todas foram incorporadas ao ordenamento jurídico brasileiro.

Destacou, ainda, que as declarações da Nações Unidas emanadas em junho de 1998 e revisadas em Viena em março de 2009, mesmo sem serem instrumentos jurídicos, representam um compromisso moral para a comunidade internacional, uma vez que há adesão voluntária de todos os países a essas declarações.

Sobre o posicionamento político em relação a essas declarações, afirmou que se trata de um modelo de responsabilidades compartilhadas. Em vez da classificação antiga de países produtores, consumidores e de trânsito, hoje, considera-se, no âmbito da ONU, que a responsabilidade é de todos os países. Enfatizou que urge reduzir-se a demanda por drogas no mundo inteiro, devendo os governos focar em políticas de prevenção, por meio da correta aplicação de recursos, o que, na prática, não tem sido seguido. Outra medida necessária ao combate de drogas diz respeito à cooperação internacional, consubstanciada no compartilhamento de dados, inclusive sobre lavagem de dinheiro que, como se sabe, não respeita fronteiras.

Além disso, o Ministro Félix enfatizou que é preciso descentralizar a ação no âmbito municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda devidamente adaptadas à realidade de cada município. É preciso entender o tamanho do País, as diferenças regionais, econômicas, sociais e culturais. De modo que não se pode pretender que, a partir de Brasília, numa ação centralizada, resolva-se da mesma maneira o problema de um município da Amazônia, de um município do Rio Grande do Sul ou do oeste brasileiro.

Nessa visão, cada comunidade, cada município é que conhece melhor o seu problema e sabe qual é a maneira mais eficiente de enfrentá-lo. Essa é uma idéia importante num país do tamanho do Brasil. Para isso, é preciso fortalecer as estruturas do Sistema Nacional Antidrogas, especialmente as estaduais, que são os grandes braços dos sistemas federal, estadual e municipal.

Finalmente, descreveu que, após a realização de um fórum nacional, destinado a definir as estratégias de combate às drogas, estabeleceu-se que a política de prevenção ficaria a cargo do Ministério da Educação, o tratamento, recuperação e

redução de danos sociais e à saúde ficaria a cargo do Ministério da Saúde, a reinserção social ficaria com o Ministério do Desenvolvimento Social. A parte de redução do tráfico seria incumbência do Ministério da Justiça e os estudos, pesquisas e avaliações seriam conduzidos pelo Ministério da Ciência e Tecnologia.

Desse fórum, surgiu a nova política de combate ao uso de drogas a ser implementado pelo Governo brasileiro, orientado pelo princípio da responsabilidade compartilhada, adotando-se como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo e iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos, no sentido de ampliar a consciência para a importância — isso vale até hoje e vai valer em qualquer área do Governo — “da integração setorial” — Ministérios e instituições trabalhando juntas — “e descentralização das ações”, ou seja, levar a solução para a ponta da linha.

O Ministro ressaltou que a atual política sobre drogas do Governo Federal é humanística, na medida em que reconhece a diferença entre usuário ou dependente de drogas e traficante; evita a discriminação do indivíduo pelo fato de ser usuário ou dependente de drogas; considera a dependência como uma doença, um problema da área de saúde e garante ao dependente de drogas acesso aos meios de tratamento e reinserção social; é realística ao priorizar a prevenção e por considerá-la a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade e, ao buscar conscientizar o usuário e a sociedade de que o uso de drogas ilícitas alimenta as atividades e organizações criminosas, que têm no narcotráfico a sua principal fonte de recursos;

Para ele, a atual política “Também é realística ao reconhecer a corrupção e a lavagem de dinheiro como as principais vulnerabilidades a serem alvo das ações repressivas, visando ao desmantelamento do crime organizado, em particular do relacionado com as drogas. É pragmática porque recomenda, sem preconceitos, pesquisa, experimentação e implementação de novos programas, projetos e ações, visando prevenção, tratamento, reinserção social, redução da demanda/oferta e redução de danos, mas sempre com fundamento em resultados científicos comprovados. Pragmática, ainda, ao recomendar sem preconceitos a responsabilidade compartilhada como indispensável para a coordenação de esforços entre os diversos segmentos do governo e da sociedade, em todos os níveis.

Finalmente, sobre a atual lei sobre drogas, afirmou que está perfeitamente alinhada com a política e em consonância com os compromissos internacionais do País. Para o Ministro, instituiu-se legalmente o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, que existia, mas de uma maneira informal. A lei sobre drogas separa usuário ou dependente, em definitivo, da figura do traficante, colocando-os em capítulos e foros diferentes de julgamento. A lei não descriminalizou nem despenalizou qualquer tipo de droga, pois uso e porte continuam sendo crime.

Não obstante, possibilita-se ao juiz uma maior liberdade na imputação. Sobre aqueles agentes que forem enquadrados como traficantes, houve endurecimento das penas, que começavam com 3 anos e que passaram a ter um limite mínimo de 5 anos; houve ainda a tipificação do crime de financiador do tráfico, que não existia na nossa legislação, com pena maior ainda; a lei ainda estabelece circunstâncias agravantes e atenuantes.

A lei estabelece ainda normas para repressão à produção não autorizada, ao tráfico ilícito de drogas e define crimes. O sistema articula, integra, organiza e coordena todas as atividades relacionadas com prevenção e repressão.”

Sobre a redução da demanda, foi explicado que o Gabinete de Segurança Institucional age principalmente por meio da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, ficando a repressão a cargo do Ministério da Justiça, por meio da Polícia Federal. Trata-se de trabalho de médio e longo prazos, entretanto, o órgão entende que não outro caminho melhor do que esse. Outro foco de trabalho tem sido desenvolvido junto ao Conselho Nacional de Justiça, destinado a preparar, orientar e dar um suporte técnico aos juízes e demais operadores do direito.

5.2 – PALESTRA DA DRA. PAULINA DUARTE

Em seguida, para explicar o funcionamento do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas do Governo Federal, apresentou-se a Sra. PAULINA DUARTE, da SENAD, que iniciou sua palestra informando que a iniciativa

surgiu do próprio Presidente da República, motivado pela necessidade de se integrar às diferentes políticas que já vinham sendo levadas adiante pelo Governo brasileiro em parceria com muitas organizações sociais.

Afirmou que o Plano nasceu em razão da observação do crescente consumo do *crack* em nosso País. Embora não se possa ainda falar com clareza sobre a extensão do consumo de *crack* no Brasil, é evidente que há um aumento de consumo. Sobre isso, deve-se mencionar a existência de dois indicadores:

“O primeiro baseia-se no aumento das apreensões desse tipo de droga e de pasta base de cocaína feitas pela Polícia Federal. O segundo indicador procura obter dados da rede pública e das organizações não governamentais dedicadas ao tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas.”

Ademais, disse que a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas estabeleceu parceria com a Fundação Oswaldo Cruz para que se pudessem obter números aptos a justificar as ações: “Foi, então, que, a partir do desenho de uma pesquisa, buscarem-se informações epidemiológicas e etnográficas sobre a extensão do consumo dessa droga.” Para a Secretaria, contudo, ouviu-se muito na imprensa, e às vezes mesmo em alguns órgãos de Governo, informações absolutamente alarmistas e sem qualquer fundamentação em estudos epidemiológicos ou etnográficos.

Então, com isso em mente, afirmou que “não há, entre nós, um conhecimento real e específico sobre a extensão do consumo do *crack* no Brasil. Tudo o que se ouve, por meio da imprensa, pode-se afirmar categoricamente, é especulação. Não há nenhum estudo de âmbito nacional finalizado.”

A Secretária explicou que, neste momento, realizam-se dois grandes estudos: um estudo epidemiológico e um estudo etnográfico, de abrangência nacional, incluídas aí as zonas rurais. O *crack*, até então considerado como uma droga consumida nas periferias das grandes cidades, começou também, a aparecer nos municípios de pequeno porte e até mesmo naqueles de zona rural.

Atualmente, afirmou que a ação governamental se dá nos termos Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, que coordena as ações federais de prevenção, tratamento, reinserção social do usuário do *crack* e outras drogas, e também o

enfrentamento do tráfico em parceria com Estados, Distrito Federal, Municípios e a sociedade civil.

Nesse Plano, o Presidente da República criou um comitê gestor, composto por órgãos da Administração Pública Federal e dos Ministérios, cujas iniciativas deverão ser apresentadas no final do ano de 2010, além de um conjunto de ações estruturantes, de caráter estratégico de médio e longo prazo, para que possam ser articuladas e desenhadas entre todos os Ministérios.

Como se disse inicialmente, o Plano vem com o objetivo de estruturar, integrar, articular e ampliar as ações voltadas à prevenção do uso, tratamento e à reinserção social de usuários de *crack* e outras drogas que contemplem a participação de familiares e a atenção aos públicos vulneráveis.

A Secretária afirmou que, embora também tenhamos ouvido que o *crack* de forma alarmista, ele continua, sim, sendo uma droga de populações vulneráveis, não significando efetivamente que não haja em classes, cujas necessidades sociais básicas sejam cumpridas, vulnerabilidades também para o consumo desse tipo de droga: “Com isso em mente, o Plano ainda visa a estruturar, ampliar e fortalecer as redes de saúde e assistência social para usuários de *crack* e outras drogas; promover e ampliar a participação comunitária nas políticas e ações de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de *crack* e outras drogas; além de fortalecer ações de enfrentamento ao tráfico.”

Sobre as ações centradas nas fronteiras, explicou que há ações voltadas para a capacitação de agentes da Força Nacional de Segurança Pública, que são deslocados para esse municípios para apoio das atividades da Polícia Federal, da Polícia Rodoviária Federal, e agora também com o apoio estratégico das Forças Armadas.

Sobre a ampliação de recursos para o Sistema Único de Saúde, visando ao aumento da oferta de leitos para tratamento de dependentes do *crack* e outras drogas, afirmou que se trata de questão importante, a ser detalhada pelo Ministério da Saúde. Entretanto, afirmou que haverá imediata duplicação dos leitos para internação desse tipo de pacientes.

Em relação à **ampliação da rede de assistência social, voltada para o acompanhamento sócio-familiar dos usuários de crack e outras drogas**, informou que foram destinados 100 milhões de reais ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome para ampliação dos serviços de assistência social de maior complexidade nos municípios brasileiros.

Quanto ao lançamento de um edital de chamamento público para ampliação da rede de atenção à saúde e assistência social para usuários de *crack* e outras drogas — questão evidentemente já conversada pelo Presidente da República com o Ministro Temporão e demais componentes —, disse que o Ministério da Saúde vai fazer uma análise da possibilidade de ampliação dentro da rede em conjunto com a SENAD e o Ministério de Assistência Social, que trabalham num edital público de chamamento também para leitos não apenas em hospitais públicos, mas também em clínicas especializadas e em comunidades terapêuticas, como apoio aos trabalhos da rede pública de saúde.

Disse também que é do conhecimento do Governo que a assistência social é questão fundamental e que se sabe que a questão das drogas pode ser encaminhada de forma mais efetiva se houver intervenção e diagnóstico precoces, utilizando-se daquilo que a ciência já apontou como técnicas e metodologias de bons resultados. A esse respeito, salientou que é preciso ampliar o nível de capacitação dos nossos profissionais, especialmente aqueles que estão na rede básica de saúde. Para ela, teríamos muito menos pessoas buscando internamento caso tivéssemos feito um trabalho nas próprias unidades de saúde e nos serviços de atenção básica, com técnicas de intervenção breve, aconselhamento motivacional, diagnóstico precoce etc.

Nesse mister, explicou a Sra. Paulina que a SENAD desenvolve estreita parceria com o Ministério da Educação e, desde 2004, vem capacitando educadores, pois, para ela, está provado que a prevenção deve ser feita na escola, valorizando a figura do educador como modelo de identificação positiva para o aluno e considerando que o sujeito dessa prevenção é o aluno, que deve ter o protagonismo reforçado de forma reconhecida em todo e qualquer programa de prevenção.

Esse programa de capacitação implantado nas escolas do Brasil, desde o ano passado, passaria a fazer parte de programa que já vinha sendo implementado

numa parceria do Ministério da Educação e Ministério da Saúde, chamado Saúde na Escola, em que eram trabalhados **no âmbito da escola diferentes aspectos de promoção da saúde, e a questão das drogas veio como mais um dos elementos de promoção da saúde dos alunos e de toda a comunidade escolar.**

Assim, o grande diferencial se daria a partir do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas lançado pelo Presidente da República, com a adesão do Ministério da Ciência e Tecnologia, por meio do seu Conselho Nacional para Pesquisa — CNPq, que criará bolsas de iniciação científica júnior para alunos do ensino médio trabalhem diretamente ligados aos educadores na escola, intensificando de forma definitiva o protagonismo juvenil nos programas de prevenção.

Destacou, ainda, que a SENAD está trabalhando com o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania — PRONASCI, por meio do programa Mulheres da Paz e Programa de Proteção a Jovens em Territórios de Vulnerabilidade — PROTEJO. Explicou que o PRONASCI trabalha com a lógica de que em territórios vulneráveis é preciso que o Estado se faça presente, e que se faça presente não apenas com forças repressoras, mas com forças de prevenção, de desenvolvimento e de descobertas das potencialidades da própria comunidade.

Nesse sentido, tanto o Programa Mulheres da Paz quanto o PROTEJO estariam apresentando resultados excepcionais em curtíssimo prazo e, a partir do lançamento do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, estariam designados a receber uma capacitação específica para, além da prevenção, fazerem a abordagem e o encaminhamento adequados de usuários e de familiares aos serviços sociais e de saúde existentes nessas comunidades.

O Plano prevê, ainda, a ampliação do horário do atendimento do Viva Voz para 24 horas. A Sra. Paulina explicou que o serviço telefônico usa técnicas de telemedicina, faz um atendimento direto e gratuito para o Brasil inteiro, usa técnicas de intervenção breve e aconselhamento motivacional para uma orientação inicial de usuários, de familiares ou profissionais, além de disponibilizar banco de dados com mais de 10 mil instituições no Brasil inteiro que trabalham na questão de drogas.

Estas seriam, então, as principais ações da SENAD a serem desenvolvidas com vistas à diminuição do uso do crack e de outras drogas no Brasil.

5.3 – PALESTRA DA DRA. THEREZA DE LAMARE FRANCO

Ato contínuo, apresentou-se a Sra. THEREZA DE LAMARE FRANCO NETTO, representando o Ministério da Saúde, que iniciou sua apresentação explicando o conteúdo de um plano emergencial desenvolvido pelo órgão para a questão do consumo de álcool e outras drogas, tendo como foco principal a população jovem em situação de vulnerabilidade social.

Explicou que esse plano foi a contribuição do órgão à determinação do Presidente da República em relação ao plano de combate ao uso do *crack*, que pretende, nos últimos meses de 2010, ampliar o número de leitos em hospitais gerais, abrindo mais 2 mil vagas.

O Ministério iria também trabalhar em outros dispositivos que possam atender essa população, como, por exemplo, o Consultório de Rua que, para ela, é experiência positiva com relação ao atendimento à população mais vulnerável, aquela que está na rua, como o próprio dispositivo estabelece; Além disso, haverá a criação de Casas de Passagem e pontos de acolhimento, tendo em vista a importância do atendimento a essa população ser feito nos locais onde se encontra, onde necessita da atuação e de serviços de saúde governamentais.

5.4 – PALESTRA DA DRA. MARIA LUIZA AMARAL RIZZOTTI

Em seguida, apresentou-se a Sra. MARIA LUIZA AMARAL RIZZOTTI, Secretária Nacional de Assistência Social, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. A Secretária iniciou sua explanação afirmando que, a partir de 2004, uma rede de serviços calcada na proteção básica e especial foi criada com base nos

Centros de Referência de Assistência Social, os CRAS, alocados nos territórios de maior vulnerabilidade, cujo objetivo é garantir proteção e prevenção à vulnerabilidade das famílias, fazendo gestão de benefícios, acompanhando as famílias — atenção sociofamiliar —, fazendo a articulação da rede, tratando de forma mais coletiva as vulnerabilidades que o território apresenta.

“Também foram instituídos, no campo da proteção especial, os Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS, cujo objetivo seria atender famílias e indivíduos que perderam vínculos familiares e comunitários ou estão com risco de perder esses vínculos e que têm agravos no sentido de perder direitos e estão em risco social.”

Nessa linha, houve abertura de financiamentos no Brasil voltados à ampliação dessa rede de CRAS e CREAS, a fim de que se pudesse deter uma rede maior e atender mais prontamente essas famílias. Para ela, a proposição do Governo é realizar uma ampliação de aproximadamente 1.200 CREAS e 1.835 CRAS em todo o Brasil.

Essa ampliação se daria nos Municípios que têm mais de 20 mil habitantes e para os outros Municípios que, mesmo tendo menos de 20 mil habitantes, apresentem situação de agravos da vulnerabilidade. Assim, já teriam sido oferecidos aos Municípios a ampliação de 1.024 CREAS.

Para o Ministério, outro ponto central na discussão é a capacidade desses serviços articularem a rede, para discutir com a educação e com outros serviços da rede não governamental, quais seriam as estratégias específicas para a realidade de cada território.

Finalizou afirmando que compõe a preocupação do órgão a atenção à juventude, pois entendem que a vulnerabilidade da juventude ao uso da droga é mais grave do que em outras faixas etárias. Nessa linha, desenvolveriam programas como o PROJOVEM — onde há a previsão de ampliação de vagas parte do MDS —, onde a atenção específica nos grupos da juventude para o tema da droga é central.

5.5 – PALESTRA DO DR. EDUARDO KALINA

A seguir, apresentou-se o Dr. EDUARDO KALINA, para quem a drogadição é a busca compulsiva por substâncias que não têm utilidade e que são consumidas não obstante causarem danos à saúde. Nessa ótica, todos os toxicodependentes seriam escravos e, portanto, todos os tratamentos que visem à recuperação de toxicodependentes deveriam ser especializados e terem como foco a libertação das drogas.

Ademais, em sua visão, políticas de redução de danos são permissivas e favorecem a disseminação de toxicodependências, vez que aqueles que procuram ajuda não teriam a intenção de libertar-se das drogas, mas tão somente aprimorar-se no vício – saber o que fazer para evitar uma overdose, o que fazer em caso de overdose, etc.

Para o médico argentino, a especialização do tratamento, aplicado por equipe multidisciplinar é o modelo mais adequado e eficaz para abordar a complexa problemática da toxicodependência, que podem ir desde uma abordagem ambulatorial até modelos de assistência psicoterápica.

Propõe ainda que, tendo-se em vista o estado de desgoverno pessoal a que podem chegar toxicodependentes, há que se alterar as legislações no sentido de que venham a permitir o tratamento compulsório, ou não voluntário, naqueles casos em que, baseado em mandado judicial, possa-se recolher o cidadão que não mais controla suas faculdades mentais para submetê-lo ao necessário tratamento.

Para ele, há que se acrescentar que necessitamos urgentemente da Medicina e da Psiquiatria, pois ninguém detém todo o conhecimento. Hoje em dia, haveria a necessidade de comunidades de todos os tipos, tratamentos ambulatoriais e tratamentos especializados psiquiátricos para os que têm duplo diagnóstico, porque o esquizofrênico e muitos bipolares precisam de tratamentos superespecializados. Só depois podiam entrar bem na ressocialização.

Desse ponto de vista, afirma que toda pessoa que consome droga precisa, primeiro, de um bom diagnóstico, e esse diagnóstico não deve ser apenas

psiquiátrico, médico, mas também um diagnóstico de sua estrutura social, educacional, do ambiente em que vive, pois uma pessoa que está sem código é uma pessoa que sofre uma tragédia. A esquizofrenia é uma doença horrível. Eles deliram e sentem que delírio é lindo.

Então, o primeiro trabalho seria conseguir que os toxicodependentes tenham a consciência da doença e conseguir tratá-los e colocá-los em condições de entrar em um tratamento de reabilitação. Afirmou que há que se dispor do dinheiro todos os que necessitam de tratamento ambulatorial, que geralmente se prolongam por muitos meses ou anos.

Sobre o crack, explicou que na Argentina ocorre o mesmo fenômeno, onde meninos de rua e de favelas encontram na droga uma forma de viver, de ganhar dinheiro. É um cenário trágico, uma vez que a cocaína é uma droga suja, que provoca danos neurovasculares e, especialmente, lesões na região pré-frontal do cérebro.

Por seus efeitos danosos, o Dra. Kalina classifica a cocaína como a droga dos torturadores, ou droga dos delinquentes. Explicou que na Argentina morrem muitas crianças por dia. E a imagem dessas crianças mortas em razão do uso de *crack* é uma coisa horrível. Para ele, esses usuários não têm capacidade de introspecção.

5.6 – PALESTRA DO DR. MASSIMO BARRA

Na sequência, ouviu-se a palestra do Dr. MASSIMO BARRA, médico há 36 anos e fundador do Centro Villa Marainni, vinculado à Cruz Vermelha italiana. Para ele, a patologia conhecida como drogadição deve ser tratada com psicoterapia, aliada, obrigatoriamente, a uma estrutura terapêutica especializada, capaz de agir em todos os campos de forma profissional e desprovida de preconceitos e avaliações de ordem moral.

Segundo o médico, estratégias baseadas em campanhas publicitárias têm pouca utilidade prática no combate ao uso de consumo de drogas, afinal, os

mecanismos teriam sido idealizados para dinâmicas de consumo e não de abstinência. Dessa forma, a motivação e a participação espontânea do agente seria indispensável em qualquer processo terapêutico, que deve ser flexível e adaptável, de forma a abranger o maior número de pessoas.

Defendeu, ainda, a promoção de uma política de redução de danos, baseada na troca e distribuição de seringas esterilizadas e a utilização dos medicamentos *Naloxone*, utilizado na Europa em caso de *overdose* de opiáceos, e de metadona e buprenorfina, que permitem o tratamento de substituição de heroína.

Para o Dr. Barra, o objetivo primeiro e fundamental da terapia é evitar que o consumo de droga comporte consequências irreversíveis: a morte aguda ou uma condição patológica que o levará à morte com o decorrer do tempo. É clássica, é muito difusa entre os consumidores de droga por via endovenosa, a infecção de AIDS e a infecção de hepatite C.

O mesmo resultado útil poderia ser obtido através da difusão e do fácil acesso a uma terapia substitutiva, como a metadona sobretudo, mas também a buprenorfina, em que o consumo regular permite ao toxicômano de opiáceos evitar a droga por via endovenosa e as recaídas, positiva não só para a saúde dele, como também da sociedade.

Explicou que os toxicômanos, de fato, não são uma categoria epidemiologicamente fechada. Cada sujeito tem potencialmente contatos sexuais múltiplos que podem difundir com facilidade a infecção a uma grande quantidade de pessoas, não consumidoras de droga. Então, a difusão da terapia farmacológica substitutiva ou do antídoto para a *overdose* e a distribuição de seringa esterilizada seriam, portanto, medidas de saúde pública que cada país deveria disponibilizar com facilidades.

Para o médico italiano, mais controverso, pelos aspectos morais e políticos que comporta, é o fornecimento de espaços públicos, ditos “narcossalas” ou *injecting rooms*, onde os sujeitos dependentes podem consumir droga ilegal, comprada no mercado negro, num ambiente esterilizado e protegido. “As “narcossalas” são proibidas por lei na Itália, mas a poucos quilômetros da fronteira, na calvinista Genebra, próximo da estação ferroviária, existe uma que acolhe 850 toxicômanos por dia, que

podem, assim, consumir substâncias num local acolhedor e com assistência de enfermagem, em vez de frequentarem clandestinamente as favelas das cidades, onde muitas vezes ninguém se apercebe se uma pessoa está a morrer por *overdose* e ninguém sabe ou quer intervir para salvá-la. Além disso, as “narcossalas” foram ativas na católica Espanha, assim como na Alemanha, na Holanda, no Canadá, entre outros países.”

Para ele, num ambiente social em que a droga é o diabo, os toxicodependentes, criminosos ou pecadores, viciados sem redenção, pode haver políticas nas quais se justifique a violação dos direitos humanos fundamentais com o objetivo de ajudar uma pessoa a abandonar a droga. Familiares, amigos e terapeutas se esforçam para piorar a qualidade de vida do toxicodependente, para acelerar o momento em que ele se arrependerá dos seus pecados e aceitará cada tipo de punição com o objetivo de reencontrar uma nova vida sem drogas. E os políticos que falam de guerra à droga investem tudo em polícia, alfândegas e repressão.

“De outro lado, aqueles que consideram os toxicodependentes como doentes e não como criminosos, que pensam que o mundo sem droga é irreal e ilusório, privilegiam uma aproximação pragmática de saúde pública, baseada em evidências científicas; que pensam o proibicionismo duro e puro como fonte de estigmatização e discriminação, sabendo que o estigma mata mais que a própria substância. São conscientes do custo elevado do proibicionismo, em termos de criminalização do fenómeno e de corrupção.”

“Haveria outros, ainda, que de maneira mais extremista, rogam a abolição da proibição, devido ao seu elevado custo para os indivíduos e para a sociedade, a liberalização de cada substância e a abolição de tratados internacionais, até a plena liberdade individual de consumir cada tipo de droga.”

Explicou aos presentes que não partilha a fixação radicalmente antiproibicionista, que poderia funcionar só num mundo de ensaios, capaz de distinguir a diferença entre o bem e o mal, o conveniente do inconveniente, um mundo que, na prática, não existe. Para ele, a proibição tem os seus terríveis efeitos colaterais. Contudo, a prevenção do consumo de droga não é um bem para a humanidade, é para o sujeito. Não é por acaso que as drogas legais são as drogas que matam mais

peças, como o álcool e a nicotina. E esse é um bom motivo para não ser antiproibicionista.

Afirmou que é preciso muita atenção para evitar os efeitos colaterais danosos da proibição, evitando estratégias de guerra à droga que se transformam em guerra aos toxicod dependentes. E, uma vez que se declara uma guerra, deve-se sempre pensar que a guerra pode ser perdida. O que tem acontecido nos últimos 50 anos demonstra que a *war on drugs*, do tipo norte-americano, perdeu-se e que é preciso encontrar uma estratégia menos violenta.

“Entre a vertente proibicionista grosseira e arrogante e o antiproibicionismo ilusório existe uma terceira via: a política humanitária no confronto dos consumidores de drogas. Política humanitária significa considerar a ajuda ao toxicod dependente como uma prioridade para os governos e a sociedade. Um toxicod dependente sinalizado e curado é sempre uma pessoa problemática e perigosa, para si e para os outros. No entanto, um toxicod dependente desconhecido e abandonado é duplamente perigoso, para si e para os outros, uma vez que se torna um vendedor e propagandista da droga, para satisfazer as suas necessidades.”

Para ele, uma política humanitária significa igualmente ser pragmático e realista, sem nunca confundir o toxicod dependente acompanhado e a terapia com juízos ou prejuízos de ordem moral. “O toxicod dependente não é um criminoso só pelo simples fato de usar substâncias proibidas. A criminalização do fenômeno é um efeito colateral danoso do proibicionismo, além de ser também um (*ininteligível*) para as autoridades e a sociedade em geral. Tratar com agressividade um toxicod dependente promove uma espiral de violência. E violência cria mais violência. Assim, colocar um dependente de drogas na prisão é o mesmo que inscrevê-lo na universidade da criminalidade. Um dos grandes problemas da humanidade que permanece não resolvido refere-se ao fato de não se sentir evolução nas instituições prisionais, desde a Idade Média até a Era Moderna. Nesse sentido, a prisão põe sempre à mão mais criminalidade. Em termos gerais, um consumidor de drogas é mais prejudicial a si próprio do que aos outros. Na prisão, sofrerá do fascínio pelos mais [criminosos](#). Com efeito, muitas vezes, entrará como toxicod dependente e de lá sairá tendo aprendido a ser criminoso.”

“Nessa ótica, uma solução aparente poderia ser um acompanhamento forçado do sujeito na comunidade, que sempre é melhor que uma sanção com pena de prisão. Mas isso, ao nível da intervenção, comporta dificuldades para a instituição terapêutica, uma vez que a motivação varia muito de indivíduo para indivíduo. Uma pena de prisão atenuada, particular, gerida por uma comunidade terapêutica, em que há maior prevalência de assistentes sociais e psicólogos, relativamente a policiais e carcereiros, pode ser uma solução para os jovens desviados e criminosos que consomem drogas. No entanto, será contraproducente para os toxicômanos, obrigados a tomar substâncias, devido ao efeito objetivo tóxico que essas substâncias provocam no seu cérebro.

Não se pode esquecer que o bem-estar é sempre relativo ao indivíduo. E nenhum sistema terapêutico é capaz de obrigar uma pessoa a estar bem na sua própria pele, sem ou contra a sua vontade.

A relação entre liberdade e coerção é um ponto crucial, tanto para quem faz as leis quanto para quem as aplica. Breves períodos de privação da própria liberdade, como internamentos numa estrutura terapêutica não punitiva, podem ser úteis para promover o afastamento da substância numa pessoa fortemente dependente e condicionada à substância, que se encontra num círculo vicioso de um *feedback* positivo, em que uma droga pede obrigatoriamente a outra droga. Penso sobretudo na coca, nas suas diversas formas, em que o excitação dado pela substância obriga automaticamente o consumo de outra substância. Na cocaína, contrariamente à heroína, em que temos a arma poderosa, eficaz, da metadona, a terapia farmacológica não serve de nada. Por isso, deve-se recorrer a outras estratégias, como a psicoterapia, o controle *antidoping* do catabolismo urinário e, por vezes, a limitação da liberdade pessoal. Tudo com uma atitude terapêutica e não de julgamento.”

Por fim, o Dr. Barra concluiu seu raciocínio afirmando que ações terapêuticas voltadas aos toxicodependentes devem ser focadas em critérios eminentemente técnicos, desprovidas de quaisquer julgamentos de cunho moral ou religioso e disponibilizadas enquanto forem necessárias.

5.7 – PALESTRA DO FREI HANZ STAPEL

O próximo palestrante foi o Frei HANZ STAPEL, criador e coordenador das comunidades terapêuticas conhecidas como Fazenda Esperança. Explicou que iniciou suas atividades de forma modesta, alugando uma casa onde jovens recuperados traziam colegas, num movimento crescente que acabou por se tornar internacional.

Disse que, nos casos daqueles que procuravam tratamento já com problemas sérios de saúde, providenciavam-se serviços médicos e acompanhamento psicológico, pois em nenhum momento desejaram o monopólio na desintoxicação e tratamento de toxicod dependentes. Afirmou que a intenção é atender os jovens carentes e doentes, dos quais não se pode falar que sejam pecadores, mas sim rejeitados.

A respeito da falta de apoio governamental, Frei Hanz afirmou que, caso houvesse, suas fazendas teriam condições de multiplicar o atendimento à comunidade, o que, de fato, não ocorre por falta de interesse político.

Disse que, no início, pensava que sua missão religiosa deveria ser voltada a ajudar pessoas com problemas de abuso de drogas. Entretanto, logo entendeu que não só eles precisam de ajuda. A ajuda deve ser integral, pensando-se também nas famílias, que acabam por se desestruturar em face do vício.

Disse que também foca seus trabalhos na prevenção, e que muito pode ser feito com base na criatividade do povo brasileiro.

Após o Frei Hanz, o Deputado ALCENI GUERRA fez breve intervenção na qual destacou aos presentes as palavras do Frei Hans Stapel em encontro com a Comissão Externa em Roma. Afirmou o Parlamentar que na Itália a reabilitação de ex-usuários é paga por recursos públicos. Disse que o dinheiro vem das regiões italianas, que repassam os recursos às unidades terapêuticas, as quais são dotadas médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, ou seja, são serviços de saúde que detêm todos os profissionais necessários.

A esse respeito, o Deputado Alcení perguntou ao Frei Hanz quanto seria necessário para fazer o mesmo trabalho na Fazenda Esperança: “ -Perguntei ao Frei Hans quanto custaria, no Brasil, a reabilitação de cada ex-usuário”. Ele me disse: “-

Somos autossustentáveis, nós precisamos de dinheiro somente para ampliação e edificação”.

Segundo o Deputado, essas considerações deveriam ser levadas muito a sério por todo o Parlamento, principalmente considerando-se a proximidade da apreciação da Lei Orçamentária Anual.

5.8 – PALESTRA DO DR. GREGOR BURKHART

Em seguida, ocupou a tribuna o Dr. GREGOR BURKHART, que iniciou sua explanação dizendo que seu lugar de trabalho é em Lisboa. Disse que lá, no Observatório Europeu da Droga e da Drogadição, recolhem-se informações dos 27 Estados-membros da União Europeia, da Noruega, da Croácia e da Turquia com o objetivo de comparar e estabelecer objetivos que constituam uma prática comum.

Sobre a política de redução de danos praticada na Europa, afirmou que a idéia central é minimizar os efeitos do consumo de substâncias sobre a saúde, principalmente nos casos de VIH/SIDA, hepatites C e B, e melhorar as condições de segurança pública, e se apresenta por meio do tratamento de substituição, troca de seringas, salas de venopunção, análise de comprimidos vendidos como ecstasy mas que não contêm ecstasy, intervenções nas prisões e prescrição de heroína, que é feita em poucos países.

Argumentou que, numa perspectiva de saúde pública, é importante que a população, grande ou não, seja coberta e que a distribuição seja fácil e feita por médicos que estejam em todos os lugares, que não precisam ser especialistas, não precisam ser centros especializados; que o médico generalista, no último quinto da França, consiga dar atendimento ao toxicodependente local.

Em sua visão, para a saúde pública, a grande ameaça não é só o consumo de drogas, mas o que veio como companheiro. “Isso mostra basicamente que aqueles países que não fizeram tratamento de substituição, como Ucrânia e Rússia, ou

onde há muito poucos em tratamento de substituição, apresentam absurdos números de VIH, e nós italianos, europeus, que alcançamos importantes números de tratamento de substituição de opiáceos temos muitíssimo menos SIDA do que os canadenses e os americanos, que sempre nos criticam por termos uma política, digamos, tão laxista ou legitimista.”

“Basicamente, os números dizem que hoje o UIV entre os toxicodependentes na Europa não é mais a primeira ameaça. Hoje em dia o UIV está em primeiro lugar entre os heterossexuais, porque diminuiu entre os homossexuais, que tomaram muita consciência do perigo que correm os toxicodependentes nessas trocas de seringas e por causa do tratamento de substituição. Hoje em dia quem tem SIDA com maior probabilidade é o heterossexual.

A segunda questão é a legislação sobre drogas ilícitas. Para ele, a grande pergunta é: essa questão de passar mensagem exerce alguma influência sobre o consumo em geral? A grande batalha é sempre pelas substâncias, ou seja, saber qual é o dano dessas substâncias e dessas drogas para a saúde pública. Há um artigo publicado no *Lancet*, um dos jornais mais importantes na Medicina, que comparou o risco e a problemática de várias substâncias para a saúde pública. Há os candidatos clássicos: a heroína, obviamente, em primeiro lugar, e vemos a *cannabis* e o *ecstasy* bem mais à direita, quer dizer, relativamente menos perigoso, porque há no meio drogas como o álcool e o tabaco.

A análise dos danos e dos perigos que essas substâncias significam para a saúde pública, segundo o último relatório do Organismo Internacional de Controle de Entorpecentes, é a de que é lamentável a situação entre os sul-americanos, principalmente Brasil, Argentina e Colômbia, onde a mensagem enviada aos cidadãos pelos governos erra no foco.”

Alertou para o que denominou de policonsumo de drogas que poderia levar à conclusão que as políticas sobre álcool têm papel crucial. E há a questão das normas sociais, que ninguém fala a respeito, posto que não têm necessariamente algo a ver com a política de drogas ilícitas. **“Sobre isso, detectou-se que, nos países em que há muito consumo de álcool e cigarro, há consumo paralelo de *cannabis* e de *ecstasy*.** Outro achado do estudo é que o consumidor de *cannabis*, na Suécia, é

socialmente muito mais problemático, tem muito mais variáveis de exclusão social, de temperamento difícil, de outros fatores de risco, que um consumidor na Inglaterra, onde todos consomem *cannabis*. Basicamente, é um efeito de diluição.”

“Imagine-se um mundo onde o problema seja água, e não drogas. Haveria esse mar de água, com icebergs no meio. Imaginemos uma política que reduza o nível de água. A água sairia, mas os icebergs, aqueles que não se reduzem, ficariam muito mais visíveis. Isso é o efeito de um consumidor de *cannabis* na Suécia.”

“Sobre a ineficácia das campanhas de prevenção clássicas, ressalta a do Governo dos Estados Unidos. Era uma campanha bem feita, mas que não teve efeito nenhum. Foi totalmente ineficaz, e o pior é que resultou no aumento do consumo em certos subgrupos. Depois de o Governo ter tentado esconder esses achados, concluiu-se que a teoria era “será que essa campanha manda a mensagem para os consumidores que todo mundo está fazendo isso? Será que manda uma mensagem que isso é a norma descritiva que todo mundo faz?”

“Porque já há teoria sobre isso, no sentido de que, quanto mais alguém acha que um comportamento é frequente na minha população de referência, tanto mais eu vou fazê-lo, apesar de todas as informações que alguém me der. Sobretudo para condutas problemáticas em adolescentes, porque eles se distinguem de nós sobretudo porque o que os outros fazem é mil vezes mais importante que informação ou meus próprios impulsos.

Nesse sentido, observou-se que o efeito das campanhas, sobretudo nos inocentes, foi o de levar ao consumo de experimentação. E pior, outro estudo mostrou bem recentemente que, diante da informação de que há “uma coisa que o Governo acha perigoso”, os irmãos mais velhos passaram a apresentar as drogas para os irmãos menores, que nem tinham visto a campanha.”

“Em relação às políticas de prevenção, vemos que a ideia básica é alcançar e cobrir grandes populações e proporcionar-lhes uma conscientização protetora. Isso seria o ideal.”

Disse que no portal do Observatório Europeu existe um conteúdo relativo a melhores práticas, o qual tem, por exemplo, provas de eficácia. “Ele compila, pela primeira vez, o que funciona e o que não funciona. Isso é essencial para a

prevenção, porque a prevenção sempre usufruiu de demasiada atenção política, por se permitir tudo, sem nunca ser questionado o que funciona e o que não funciona.

Segundo esse portal, por exemplo, o que é eficaz são modelos interativos baseados em modelo de influência social e habilidades para a vida, traduzindo também, na prática, o que o Frei Hans Stapel está fazendo: em vez de falar sobre o perigo das substâncias, simplesmente promover a capacidade de se respeitar mutuamente, de poder interagir com outras pessoas”

“Então, percebe-se que a prevenção universal funcionaria assim, se fosse feita como se deve. Na Europa, há o mesmo problema para criar standards. Por isso, trabalha-se muito para criar standards que basicamente evitem que as escolas façam essas coisas que sabemos que não funcionam ou que são contraproducentes: só dar informação às crianças sem lhes dar o que fazer com essa informação, sem apontar como não consumir, como resistir, como conviver com outros que talvez consumam, sem querer consumir só por isso. É disso que se trata.”

“Um tema que não posso deixar de abordar quando me dirijo a políticos é a questão da *mass mídia*. Alguns países, como por exemplo a Espanha, fazem campanhas dramáticas que comparam o consumo da cocaína com a morte. Há algumas coisas verdadeiramente desastrosas em vários Estados membros. Esse tipo de campanha é comum na União Europeia. Também na campanha americana, apesar de ser a mais bem avaliada de todo o mundo, vimos um efeito desastroso. Mas o fato é que aumentaram na Espanha e na Itália com seus últimos governos. Na França está sendo moderada, mas ainda é muito frequente.

Alguns países só a fazem sobre aspectos específicos, sobre alguma substância específica, somente sobre a *cannabis*, sobre crenças normativas ou só em âmbitos recreativos. Alguns países louváveis, como Portugal, República Tcheca e Áustria, não a fazem de jeito nenhum.

Cito como exemplo a campanha escocesa contra a cocaína, a única outra avaliada: 30% conseguiram reduzir o consumo, 56% não sentiram nenhum efeito, 11% tiveram aumentada a vontade de provar cocaína. Pergunto: se os senhores trabalhassem no Ministério da Saúde, autorizariam o uso de uma vacina que em 8% dos casos faz a doença se desenvolver? Ninguém faria isso. Há um público inocente

que vê televisão depois do jantar e que foi exposto a essa campanha, feita pelo governo, que basicamente instiga 11% da população a consumir cocaína.

Vejamos os resultados da campanha americana, que foi uma boa campanha, uma das melhores entre as que foram estudadas nos Estados Unidos. Nenhum efeito global, um efeito bumerangue em alguns grupos reavaliados 2 vezes com métodos perfeitos. Realmente houve esse efeito em pessoas que nunca tinham pensado sobre a *cannabis*, que não a conheciam nem nunca tinham falado com ninguém sobre ela.

Há as campanhas nativas, como a campanha holandesa sobre a *cannabis*, que fez justamente aquilo que mencionei no início: enfocou somente normas sociais. O mote da campanha era: “Você não é careta se você não fuma *cannabis*, porque a maioria dos outros também não o fazem. Basta!” E contava histórias de jovens reais que tinham uma vida normal, que não fumavam *cannabis*, mostrando que não fumar é normal. E as estatísticas também mostram que não consumir qualquer substância é totalmente normal.

Portanto, nada de alarmismo, nada de dizer que as drogas são superperigosas, nada de imagens de pessoas consumindo-as, como fazia a campanha americana. A avaliação mostrou um forte efeito sobre normas sociais negativas reforçadas e nenhum efeito sobre a intenção de consumo. Mas, nesse âmbito, não obter nenhum efeito numa coisa tão perigosa como campanha de *mass midia* já é um progresso.

A segunda alternativa é usada nas antigas campanhas alemãs: não mostrar a droga, não mostrar seu consumo, mas mostrar coisas que surpreendem. Perguntar, por exemplo, como um ovo estrelado pode proteger as pessoas das drogas e da dependência e, depois, explicar que você, como pai, deveria se ocupar mais de seu filho, deveria ensinar a ele a ter autonomia, fazendo seu primeiro ovo estrelado, sua primeira comida feita sozinho, enfim, deveria ensinar seu filho a pescar, em vez de dar-lhe o peixe. A campanha, portanto, não mostra drogas, não diz nada aos filhos, dirige-se somente aos pais, alertando-os para seu papel clássico: falar com os filhos, ensinar-lhes coisas. Isso é o que ela faz, em vez de grande alarmismo sobre as substâncias.

Falando cientificamente, sabemos os aspectos problemáticos das campanhas: estar informado, por exemplo, não tem nenhum efeito sobre o comportamento. Sabemos que os médicos são dos profissionais que mais fumam. Não seria assim se informação trouxesse proteção. Isso, obviamente, porque o alvo comportamental é muito difícil. Além disso, há uma coisa para a qual os criadores de campanhas nunca atentam: o efeito colateral, ou melhor, que a maioria das mensagens sai pela culatra. É aquela coisa: dá-se a mensagem, e todo mundo faz o contrário, sobretudo os rebeldes e os vanguardistas.”

5.9 – PALESTRA DO DR. JOÃO GOULÃO

O Dr. João Goulão, após agradecer o convite e elogiar a iniciativa da Câmara dos Deputados, abordou aspectos do combate às drogas em Portugal.

Disse que, ao contrário do que se especulou inicialmente, a descriminalização do consumo de drogas em Portugal não equivale a uma liberalização ou à uma legalização. É importante destacar que o consumo de drogas em Portugal continua proibido. Ele apenas mudou da esfera do Direito Penal para a esfera do Direito Administrativo. Portanto, o Estado português continua a dar um sinal claro de desaprovação ao consumo dessas substâncias.

Lembrou que há trinta e poucos anos atrás a questão do consumo de drogas não tinha relevância em Portugal. Então, por dos movimentos estudantis da França, do movimento hippie e principalmente por conta da Revolução de 25 de abril de 1974, houve uma explosão de liberdade no País, que se traduziu no consumo de drogas que, em sua fase inicial, foi muito associado à idéia de liberdade.

“Em simultâneo, receberam-se milhares de soldados que regressam das colônias d’África — Angola, Moçambique, Guiné, São Tomé e Príncipe —, com hábitos de consumo sobretudo de *Cannabis*. De repente, no território de Portugal continental, há milhares de pessoas com esses hábitos de consumo e há toneladas de

substâncias. Associado a tal ideia de liberdade, houve um verdadeiro boom de experimentação. Parecia verdadeiramente fogo na palha. Espalhou-se o desejo de experimentar, espalhou se muito rapidamente.

Hoje, vemos que nossa sociedade estava completamente despreparada relativamente a qualquer intervenção ou informação acerca das substâncias. A primeira resposta que surgiu, em 1975, 1976, foi uma campanha lançada pelo Governo — uma das tais campanhas aterrorizadoras —, cujo lema era Droga, Loucura, Morte. Obviamente, só atraiu mais pessoas para experimentarem. Se o Governo diz isso, é por que é bom.

Digamos que esse movimento de experimentação foi colonizado — podemos chamar assim — por redes de tráfico, que descobriram um novo mercado emergente para outras substâncias. Rapidamente entrou em nosso mercado a heroína, que fez verdadeiros estragos, causou uma verdadeira epidemia. Disparou de forma extremamente rápida o consumo na sociedade, de tal forma que, no final dos anos 80, portanto, mais de uma década depois disso, havia 1% da população — 100 mil pessoas — dependente de heroína. Elevadíssima porcentagem dessas pessoas a consumiam por via injetável e sem qualquer tipo de precaução, porque a informação era ainda escassa.

A SIDA entrou nessa altura, e houve um verdadeiro desastre, ocasionado pela difusão e partilha de material de injeção, etc. Práticas que em alguns outros países já não ocorriam, porque as pessoas tinham muito mais informação do que nós.

Portugal sempre foi dos países da Europa com menor prevalência de consumo de substâncias ilícitas, no caso da população em geral. Mas a distância, o gap que às tantas tivemos entre a prevalência total e a de consumos problemáticos era muito estreito. Era como se quase todos os utilizadores de drogas tivessem se metido à bruta no consumo.

Foi, de facto, uma questão que atingiu muito duramente a nossa população e que veio a transformar o problema. *Cannabis*, naturalmente, em todos os países europeus, foi a substância mais consumida. A heroína foi a principal droga que veio a causar consumos problemáticos. A cocaína circulava em algum meios mais

abastados. Mas começa a haver certa democratização da cocaína a partir de meados dos anos 90 — 1995, 1996, 1997 —, em contextos recreativos. Entra o ecstasy, que felizmente nunca teve o boom que chegamos a rezear. Ficou contido em níveis não demasiado agressivos. Começa a haver o aparecimento de consumos simultâneos ou em alternância de heroína e cocaína. Isso importa dizer que o tal espalhar dos consumos de heroína rapidamente derivou para o lumpen, para as camadas mais desorganizadas da nossa população. Portanto, a epidemia de heroína grassou sobretudo entre os ambientes de marginalidade e de exclusão.

Depois, em meados dos anos 90, apareceram outros consumos mais associados aos contextos festivos e recreativos. Agora assistimos ao aparecimento desses consumos simultâneos ou em alternância de heroína e cocaína novamente nos contextos de marginalidade. Portanto, neste momento coexistem estes 2 tipos de consumo: em ambientes de marginalidade e em ambientes festivos.

O fato é que chegamos à conclusão, em 1995, em inquéritos de opinião, que o consumo de substâncias, a droga e a toxicodependência eram a primeira preocupação dos portugueses. Quando inquiridas na rua, em qualquer inquérito, por jornalistas ou por institutos de opinião, as pessoas referiam espontaneamente como a grande preocupação e o grande receio em relação ao futuro de seus filhos os problemas da droga e da toxicodependência.

Isso está associado a um importantíssimo problema de saúde pública, ocasionado pela difusão da SIDA, associado a um enorme problema da pequena criminalidade aquisitiva. De facto, isso veio a se transformar num problema político e de saúde e num problema social de primeira grandeza. Foi encarado como tal. Por volta de 1995, essa era a primeira preocupação. Em 1997, 1998, isso foi abordado de forma consequente pelo Governo português.

Devo referir, com toda a justiça, que, em 1997, o responsável pelas políticas de juventude em Portugal era o nosso atual Primeiro Ministro, José Sócrates. O Primeiro Ministro era António Guterres, e o Ministro responsável pela área de juventude era José Sócrates. Decidiu abordar a questão de frente. Lembro-me de que, a essa altura, eu já trabalhava num serviço do Ministério da Saúde, de que falarei um pouco adiante. Era o responsável por esse serviço, o Serviço de Prevenção e

Tratamento da Toxicodependência — SPTT. José Sócrates, àquela altura, chamou-me e tivemos algumas discussões acerca de como orientar a resposta para esse problema. Posso dizer que não chegamos a um consenso quanto às formas de fazer. E ele decidiu nomear um grupo de peritos de diversas áreas, de juízes a psiquiatras, enfim, um grupo de 9 pessoas, ao qual encomendou a elaboração de um levantamento sobre a situação do país em matéria de drogas e propostas estratégicas para lhes fazer frente.

Posso dizer que, ainda hoje, considero que a experiência profissional mais estimulante que vivi foi a de participar desse grupo. De fato foi um trabalho riquíssimo. Apresentamos um conjunto de propostas que tinham a ver com o aperfeiçoamento e com determinada estratégia no âmbito da redução da oferta, da atividade das forças policiais e aduaneiras, etc., mas incidia sobretudo na área da redução da procura, com propostas muito concretas, no âmbito do tratamento, em caráter de prioridade absoluta. Portanto — isso já foi falado aqui em algumas intervenções —, o tratamento é a forma superior de prevenção.

Em muitos aspectos, a toxicodependência comporta-se como uma doença contagiosa. Se nós não tratamos os vetores, as pessoas infetadas, logo, infetantes, as estratégias estão, à partida, condenadas ao fracasso. A prioridade absoluta é oferecer a todos aqueles que se querem tratar a capacidade de fazê-lo, de forma gratuita, universal, fácil, com acesso o mais ágil possível.

Depois, vi propostas no âmbito da prevenção, propostas nomeadamente tendentes ao abandono das grandes campanhas altamente consumidoras de recursos, e com retorno, senão negativo, pelo menos muito duvidoso. Hoje, não fazemos campanhas de televisão, etc. Usamos um ou outro slogan, um ou outro contexto, para fazer alguma ação de sensibilização mais do que de prevenção.

Saíram agora, por altura da Copa do Mundo, encartes em algumas revistas esportivas, que diziam assim: Não vou à bola com as drogas — “Ir à bola” não sei se em Português brasileiro também soa. Mas, coisas dessas.

Uma realização que já exportamos aqui para o Brasil, que já acontece também em São Paulo, que é o *bike tour*: um passeio de bicicleta com milhares de pessoas. Iniciamos em Lisboa. Não é uma coisa em que consumamos recursos, mas é

uma mobilização enorme. Aconteceu agora, no dia 27 de junho, e envolveu cerca de 10 mil pessoas para a travessia de uma das pontes de Lisboa, a Ponte Vasco da Gama, sob este slogan: Pedalada só com a tua energia.

Utilizamos algumas frases desse tipo, mas nós, por um lado, não consumimos recursos nisso — sai praticamente de graça — e, por outro lado, não insistimos muito nesse tipo de slogan. Atualmente, de fato, privilegiamos as estratégias de prevenção seletiva ou indicada, como foram definidas pelo Gregor.

Sucessivas estruturas e respostas foram sendo criadas em Portugal para fazer face a esse fenômeno. Primeiro, em 1976, os Centros de Estudos e Profilaxia da Droga. Eram três: Lisboa, Porto e Coimbra. Havia um gabinete coordenador. Curiosamente, as primeiras respostas eram enquadradas no Ministério da Justiça. Isso indicia desde logo uma postura perante a forma como o Estado encarava essa questão. O Estado acabava de sair de uma revolução, se bem se lembram. Mesmo assim, as coisas estavam muito ligadas à Justiça.

Em 1987, é criado o chamado Projeto Vida, que era um chapéu interministerial. Foi a primeira tentativa de mobilizar a intervenção de diversos Ministérios que, direta ou indiretamente, poderiam ter alguma coisa a ver com a problemática da droga: o Ministério da Educação, o Ministério da Justiça, o Ministério da Solidariedade Social, o Ministério da Saúde. Todos eles tinham estrutura de coordenação para que as ações fossem sendo discutidas em conjunto e os financiamentos, alocados a cada um dos Ministérios e respectivos organismos que tinham obrigação de as cumprir.

A primeira resposta criada no âmbito do Ministério foi o Centro das Taipas, que alguns dos presentes conhecem certamente. Posso dizer que o Centro das Taipas foi criado em 1987. Logo a seguir, eu trabalhava no Algarve. Eu sou médico de clínica geral, trabalhava no Algarve, no sul do país. Fui convidado pela equipe dirigente do Centro das Taipas para fazer um estágio de formação lá. Depois fui devolvido ao Algarve, onde abri o primeiro centro de resposta nessa região.

Isso foi acontecendo assim em diversas outras zonas do país. Chegamos a 1999, e havia já uns 6 ou 7 centros no Ministério da Saúde. Eles foram

fundidos com os do Ministério da Justiça e deram origem ao Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência — SPTT.

O SPTT foi criado em 1990. Eu vim a ser nomeado Presidente do SPTT em 1997. Em 1999, é criado o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência — IPDT, que sucede ao Projeto Vida. Em 2002, então, todas as estruturas existentes estão fundidas no atual IDT. Juntando-se ainda, em 2007, competência na área do álcool. Portanto, hoje em dia, tudo tem a ver com a intervenção na área das dependências. Em Portugal, há muita dependência das ilícitas e do álcool. Não temos propriamente um mandato em relação ao tabaco nem em relação a dependências sem substância, em relação a jogo, etc. Mas todo o resto da temática é tratado pelo IDT.

Entretanto houve alguns pontos fundamentais no desenvolvimento das nossas políticas inovadoras em termos da redução de danos e da saúde pública. E logo assumiram que o toxicodependente é um doente e não um criminoso.

Em 1993, foi criado o Programa Nacional de Troca de Seringas. Teve uma inovação curiosa, não sei se conhecem. Teve como base as farmácias comunitárias. Os próprios farmacêuticos procediam à troca de seringas. O toxicodependente que precisa de uma seringa recebia um kit que, além da seringa, trazia preservativos e foi sendo enriquecido cada vez com mais elementos da parafernália utilizada por eles, seja o recipiente para fazer o caldo, seja um filtro, seja ácido cítrico. Enfim, o kit foi sendo aperfeiçoado, desde 1993.

Criou-se, desde logo, uma rede de respostas integradas com parcerias público-privadas. Eu posso dizer que houve um momento em que floresceram inúmeras respostas privadas, quer no setor privado com fins lucrativos, quer nas associações de toxicodependentes em recuperação. Houve algumas multinacionais que apareceram em Portugal, ganharam enorme território e tiveram um papel imprescindível nas respostas que puderam ser oferecidas à população.

No entanto, quando os serviços estatais ganharam alguma solidez, reivindicaram também a capacidade de, de alguma forma, disciplinar esse mercado, introduzindo, portanto, um efeito regulador que foi atribuído, àquela altura, ao SPTT. O SPTT foi criando algumas regras, às quais as entidades privadas tinham de se adequar para verem a sua atividade reconhecida, nomeadamente a contratação e a participação

de profissionais. As comunidades terapêuticas passaram a ter que ter um psiquiatra responsável, médicos de clínica geral ou de medicina interna responsáveis pela saúde física dos internados. Enfim, passou a haver a participação de outros profissionais, como psicólogos, assistentes sociais, etc.

Por outro lado, foram introduzidas algumas regras que têm a ver com hotelaria, relativamente a instalações, onde funcionavam as comunidades terapêuticas. Isso correspondeu a um elevar da qualidade média dessas respostas, sem comprometer, no entanto, o seu ecletismo. Temos ainda hoje variadíssimos modelos que coexistem pacificamente, com os quais articulamos e com os quais contratualizamos a compra de serviços. Nós pagamos algumas camas às comunidades terapêuticas. Temos disponíveis cerca de 1.600 camas em unidades terapêuticas de unidades privadas e suportamos os custos do internamento. De facto, sentimos isso como uma complementaridade e não como uma disputa ou uma concorrência, digamos assim, entre os 2 setores. Mas existem inúmeros modelos, todos eles são aceites, desde que sejam responsabilizados pelo seu funcionamento um médico psiquiatra e um internista.

A cobertura nacional foi decidida em 1997, já com o Ministro José Sócrates. Foi decidido que, em cada capital de distrito, haveria pelo menos 1 centro de tratamento a toxicodependentes. Depois avançamos para a tal estratégia de 1999, que foi proposta pela comissão de que falei. Foi apresentada ao Governo, que adotou a estratégia com medidas no âmbito do tratamento, da prevenção, da redução de danos, da reinserção social. Consagrou-a enquanto resolução do Conselho de Ministros. Mas tudo isso era proposto pela Comissão de Estratégia num quadro de descriminalização dos consumos.

Ora, o Governo não tinha competência para aprovar por si só a descriminalização. Essa proposta foi apresentada à Assembleia da República, onde acabou por ser discutida no ano 2000 e aprovada, enfim, após enorme debate pela sociedade portuguesa.

Devo dizer que foi um debate particularmente vivo no Parlamento, em que vi alguns tomarem posições. Alguns partidos diziam que Portugal se transformaria num paraíso dos drogados de todo o mundo. Chegariam aviões a Lisboa com

drogados. Nossa população, nossos jovens utilizariam drogas muito mais precocemente.

Realmente, na sociedade em geral, o terreno estava preparado de forma muito pacífica para a adoção dessa medida. Isso porque o fenômeno da toxicodependência era completamente transversal na sociedade portuguesa. Em determinado momento, não havia classe social que não fosse afetada. Inicialmente o problema atingiu os marginais, as classes mais desfavorecidas, mas depois atingiu a classe média e mesmo a classe alta. Houve o momento com o tal de 1% de pessoas dependentes da heroína. Era praticamente impossível encontrar uma família que não tivesse no seu seio 1 toxicodependente. E as pessoas tinham obsessão. O João, ou o Manoel, ou o Joaquim, não é bandido, é um doente que precisa de ajuda.

Enfim, o terreno para uma aceitação social dessa idéia da descriminalização estava criado, por essa proximidade. E passou a funcionar este slogan: **O Estado português persegue a doença, mas não os doentes.** Isso foi muito interiorizado e muito bem aceito. De tal forma que, na sequência do debate da descriminalização na Assembleia da República, houve enorme regozijo por camadas muito importantes da população.

A descriminalização, como já disse, não consiste na liberalização ou despenalização, é a retirada do âmbito da lei penal do consumo ou da posse para consumo individual, entendendo-se como tal a possibilidade de a pessoa transportar consigo substâncias, quaisquer que sejam, das drogas ditas leves e das ditas pesadas. Portanto, a descriminalização funciona para a Cannabis, mas também para a heroína, para a cocaína, seja o que for.

A pessoa poderá ter consigo substância para consumo individual para até 10 dias. Há uma tabela que define qual é a quantidade admissível para Cannabis, haxixe, heroína, cocaína, etc. Se a pessoa for interceptada pela Polícia com mais do que essa quantidade, vai para o Direito Penal, como ia anteriormente, porque há a presunção e a forte suspeita de que se dedicará ao tráfico.

Voltarei, um pouco adiante, à explicação de como isso funciona, como é feita essa triagem. Em termos ainda de fatos inovadores na nossa política, a definição, em 2006, de novo plano estratégico, novo ciclo estratégico, que assume a abordagem a

respostas integradas. Nós fizemos diagnósticos locais tão precisos quanto possível, com a participação de todos os parceiros dos setores público e privado que operam num determinado território; utilizamos uma metodologia para a qual fomos treinados por técnicos do Observatório.

É uma metodologia disponibilizada pela Organização Mundial da Saúde, o *Rapid Assessment and Response* — RAR. Trata-se de instrumento que permite fazer diagnósticos, não de grande rigor, ter uma figura, um *snapshot*, da situação e, em função disso, decidir que tipo de recursos e prioridades necessitamos estabelecer em cada um dos territórios.

Posso dizer, abreviando e deixando já mais ou menos explicado seu funcionamento, que assentamos nossa atividade atualmente no chamado Plano Operacional de Respostas Integradas. Temos como que uma semaforização de todos os territórios. Zonas verdes: relativamente poucos problemas. Zonas amarelas: necessidade de atenção redobrada numa ou noutra vertente. Zonas vermelhas: problemas de alguma intensidade.

Assumimos que há um determinado problema em uma determinada comunidade. Como dizia, apesar de Portugal ser um país pequeno, há grandes diferenças entre territórios, entre o interior e o litoral, entre o norte e o sul. Em uns locais temos mais necessidade de intervir, por exemplo, sobre o abuso do álcool; em outros, teremos mais necessidade de intervir junto de bolsas de consumo de cocaína, por exemplo, e também junto de grupos populacionais específicos.

Vamos imaginar que, em determinado território, até se tenha uma resposta de tratamento, alguma intervenção ao nível de prevenção, de reinserção social. Mas, de repente, percebo que há uma escola em que, por questões circunstanciais várias, há um abandono precoce do ambiente escolar por um grupo de 12 meninos. Saíram, abandonaram. Preciso intervir rapidamente, antes que haja o desenvolvimento de comportamentos mais ou menos desviantes. Alguém que deixa de estar enquadrado com maior probabilidade será objeto de algum aliciamento para outro tipo de comportamento.

Então, é preciso que alguém rapidamente intervenha junto a esses jovens. Ou tenho nos serviços do Estado e dos seus parceiros alguém disponível para

intervir rapidamente, ou, se não tenho, elaboro rapidamente um caderno de encargos com a participação de todos e faço um desafio à sociedade civil para que alguém se apresente, alguma organização não governamental, e diga: tenho capacidade de intervir junto àqueles meninos, tenho esses e aqueles técnicos para fazer e cobro tanto para fazer. Temos agilidade neste momento com esse programa para comprar rapidamente, em resposta a um concurso público, intervenções que sejam julgadas pertinentes.

Esse é um programa que temos em funcionamento há três anos e com o qual estamos extremamente satisfeitos, embora estejamos ainda em processo de aperfeiçoamento. Mas a tal metodologia dos diagnósticos e respostas rápidas permite-nos, de fato, intervir num fenómeno que está em permanente mutação. É importante que tenhamos consciência disso. As coisas são muito, muito mutáveis em todos os territórios.

Temos uma estrutura de coordenação que funciona também bastante bem. Temos uma estrutura de coordenação nacional, temos uma estratégia, um plano nacional, e temos uma entidade, o IDT, que, digamos, promove a centralização. Embora estejamos no Ministério da Saúde, temos a capacidade de articular com todos os Ministérios, e todos os serviços têm alguma coisa a ver com a intervenção nessa área.

A estrutura de coordenação nacional — não vos quero maçar muito — foi criada em 2003 para os problemas das drogas e das toxicodependências. Agora, muito recentemente, no dia 28 de abril passado, foi alargada para uso nocivo do álcool também. Portanto, neste momento, o Presidente do IDT, que no caso sou eu, é por inerência o coordenador nacional para as questões da droga, da toxicodependência e do abuso do álcool.

Temos um conselho interministerial e um conselho nacional consultivo. O conselho interministerial engloba 12 Ministros, que se reúnem 1 ou 2 vezes por ano, mas delega, numa comissão técnica constituída por dirigentes de todos os Ministérios, a representantes diretos do Ministro. Encontramo-nos numa comissão técnica que o coordenador nacional convoca e coordena. É no seio dessa comissão técnica que são

elaborados os planos estratégicos, os planos de ação e as grandes medidas no âmbito das políticas de droga.

Essa comissão técnica está ainda dividida em subcomissões para prevenção, para tratamento, para reinserção social, para redução da oferta — esta subcomissão é coordenada pela Polícia Judiciária. Temos um grupo de 12 subcomissões.

Há o coordenador nacional e o conselho nacional, que é um conselho consultivo, onde têm assento as centrais sindicais, as centrais patronais, as federações das associações de pais, sindicatos de jornalistas, enfim, uma série de parceiros, como as federações de Instituições Privadas de Solidariedade Social — IPSS. Enfim, é um grupo com cerca de 60 entidades, entre as quais, com a inclusão do mandato do álcool, também as de produtores e distribuidores de bebidas alcóolicas, com quem discutimos também as políticas a implementar na área do álcool.

Neste momento, o plano estratégico nacional tem várias peças: prevenção, tratamento, reinserção, redução de danos, tudo isso tornado harmónico e coerente pela presença da dissuasão, assunto que tratarei um pouco mais adiante.

Vou abreviar um pouco. Penso que estamos todos já um bocado cansados. Vejo muito gente já a pender. Mas há alguns resultados que gostaria de apresentar, em termos de vivência. **Os princípios em que se assenta nossa estratégia: o pragmatismo, o fato de não precisarmos de inventar a roda a todo o tempo — há muitas experiências por esse mundo afora que podem ser aproveitadas, enriquecidas e adequadas a nossa realidade; o humanismo, a assunção de que o toxicodependente é um doente; o assumir aquilo que subjaz às políticas de redução de danos; a assunção clara por parte do Estado português de que, mesmo quando o indivíduo não tem condições para parar o consumo, não tem vontade dentro de si para fazê-lo, continua a ser merecedor do investimento do Estado no sentido de uma melhora expressa de vida, de uma melhor qualidade de vida.**

Estamos a fazer um esforço muito intenso nos últimos tempos no sentido da melhoria da qualidade das nossas respostas. Estamos a certificar, por meio das normas ISO, de normas internacionais, as nossas unidades. Isso se tem traduzido

na melhoria de eficácia e eficiência e no aumento da qualidade técnica dos nossos profissionais.

Já falei sobre o Plano Operacional de Respostas Integradas — PORI, que traz diagnósticos e procura suprir algumas faltas; o Programa de Intervenção Focalizada — PIF, constituído sobretudo por programas no âmbito da prevenção seletiva ou indicada.

Temos alguns alvos preferenciais, exatamente os filhos de toxicodependentes, os jovens institucionalizados e com abandono escolar precoce — os grandes grupos. Depois, um grande grupo de intervenção está relacionado aos ambientes de diversão noturna, os grandes festivais, as grandes manifestações estudantis, onde pretendemos intervir cada vez mais através de estratégias de bola de neve, através da formação de pares, que depois vão influenciando o comportamento dos seus pares, tentando alterar o *mainstream*, que em alguns casos é o abuso de substâncias, nomeadamente o álcool, por exemplo.

O IDT é a entidade especializada para dar resposta à coordenação nacional e às necessidades da área da redução da procura.

Articulamos naturalmente com o sistema nacional de saúde — cuidados primários, cuidados hospitalares, cuidados continuados — e com entidades privadas que operam nessa área.

Quanto à avaliação, estava a vos dar conta de alguns dados que temos, isso porque, tendo a descriminalização sido decidida em 2000, entrado em vigor em 2001, podem imaginar que houve um enorme interesse, até internacional, pela nossa experiência. Fomos visitados, na altura, por imensa gente. Inúmeros países quiseram saber como é que tínhamos feito.

Depois, saíram alguns comentários pouco favoráveis, nomeadamente das Nações Unidas, em relação à nossa experiência, mas depois o interesse acabou por decair. E só agora, 10 anos depois, praticamente, é que, na sequência da apresentação do novo relatório do *Cato Institute*, um investigador americano chamado Glenn Greenwald, que esteve em Portugal, recolheu toda a informação disponível sobre a evolução da situação portuguesa em matéria de drogas e elaborou um relatório que

se chama Descriminalização da droga em Portugal: lições para criar políticas justas e bem sucedidas sobre as drogas.

Logo aqui, podem imaginar, a partir da apresentação deste relatório em Washington, na administração Obama, no dia seguinte, começaram a chover manifestações de interesse. No próprio dia, tive uma entrevista na Time Magazine; depois, *The Economist*, BBC. Foi algo impressionante, a partir daí, a partir de abril do ano passado. Depois, teve sequência no interesse de muitos políticos de vários países, entre os quais, esta Comissão se destaca. Querem saber, de facto, como fizemos e o que temos a mostrar. Agora, já temos alguma coisa a mostrar.

O que eu estava a vos dizer, com toda a clareza, é que temos uma evolução globalmente positiva no fenómeno da droga e da toxicodependência em Portugal, de 2001 até agora. Pessoalmente, atribuo essa evolução às respostas que foi possível dar, sobretudo ao nível do tratamento, mas também ao nível da redução de danos, da reinserção social, da prevenção, e tudo isso foi tornado mais harmónico no quadro de descriminalização.

Não estabeleço uma relação de causa e efeito entre a descriminalização e esta evolução positiva, isto é, se num qualquer país, se vierem a fazer assim, vamos descriminalizar isso por artes mágicas, vai evoluir favoravelmente. Eu não acredito que essa evolução seja favorável. Acredito na bondade da descriminalização enquanto torna mais coerentes todas as políticas. Mas ela, por si só, se não se faz mais nada, não conduz a lado nenhum.

Aliás, o que eu posso dizer com segurança é que a descriminalização não afetou negativamente a evolução do fenómeno em Portugal. Não posso dizer que tenha afetado positivamente. Mas estamos em linha com a evolução, que se está a constatar na maioria dos países da Europa Ocidental, onde há decréscimo em relação à heroína, à Cannabis. Estamos a ver em vários países. Portugal acompanha essas tendências. Penso que podemos afirmar, de facto, que a descriminalização não atrapalhou essa evolução.

Essa é uma avaliação do processo, mas o que nos interessa, sobretudo, é a avaliação do impacto. Entre 2001 e 2007, nós fizemos a avaliação da nossa política.

Prevalências de consumo na população jovem, entre 15 e 24 anos. A prevalência era de 8,3% em 2001 e de 7% em 2007.

Taxas de continuidade de consumo para qualquer droga, exceto heroína. Na população em geral, baixou de 44% para 31%; na população jovem ou adulta, dos 15 aos 34 anos, baixou de 52% para 40%; na população jovem, entre os 15 e os 24 anos, baixou de 67% para 45%.

Aqui temos as prevalências de consumo de drogas na população em geral, entre os 15 e os 104 anos. De 2001 para 2007, as prevalências sobem. Podem ver que sobem sobretudo nos grupos etários mais velhos. Estamos a falar de prevalências. Qualquer experimentação de cigarro de maconha conta para as prevalências. Encontramos um aumento sobretudo nos grupos mais velhos. Nossa interpretação é de que isso tem a ver com o efeito de coorte. Ou seja, não são os mais velhos que estão a consumir mais, são os consumidores que estão a envelhecer.

Isso é particularmente verdade se olharmos para o grupo dos 15 aos 24 anos. Houve ali uma subida na primeira coluna, dos 15 aos 24 anos, mas, se decomposermos a coluna dos 15 aos 24 nas colunas dos 15 aos 19 e dos 20 aos 24, veremos que a camada mais jovem — é quase uma incidência — da população portuguesa está a consumir menos qualquer tipo de droga. Isso, para nós, é naturalmente um dos dados mais interessantes e mais estimulantes da nossa experiência.

Depois há uma redução quantificável em prevalências ao longo da vida na população escolar. No terceiro ciclo do ensino básico havia a experimentação: 14,2% em 2001, e 8,4% em 2006. No secundário baixou de 27,9% para 19,9%. São vários os estudos. O ESPAD — penso que conhecem — estuda os alunos que fazem 16 anos num determinado ano. Em 1995, 8% de experimentadores; em 1999, 12%; em 2003, 18%, e em 2007 começa a baixar novamente.

Enfim, todos esses estudos em meio estudantil revelam de fato uma tendência de descida depois de um pico situado à volta do ano 2000, 2002.

Outros dados positivos. Isso é uma amostra das pessoas que nos pedem ajuda em nossos centros. A prática do consumo endovenoso nos 30 dias anteriores à primeira consulta na rede pública foi de 25% em 2004 e de 17% em 2007.

Quando eles aparecem e nos pedem ajuda, faz-se a pergunta se consumiram ou não droga por via endovenosa nos últimos 30 dias. Esse número tem vindo a descer muito acentuadamente.

Porcentagem para o total dos números da SIDA. Em 2004, 34% do total dos números da SIDA em Portugal eram relacionados a toxicodependentes; em 2007, 21,6%. A cor laranja indica as percentagens da SIDA em toxicodependentes — soropositividade ou SIDA declarada.

Aumento de processos do controle de coordenação. Os tais processos desencadeados pelas instituições de dissuasão.

Penso que estou mesmo a abusar do vosso tempo. Gostaria de concluir, explicando um pouco como funciona a dissuasão.

Essas são as quantidades apreendidas. Isso também é importante. Apreensões e quantidades apreendidas. Não os vou a maçar com números, mas, depois da descriminalização, de forma geral, o número de apreensões diminuiu, e as quantidades são muito, muito maiores. Significa que a Polícia, em vez de fazer muitas apreensões de gramas ou quilogramas, faz menos apreensões, mas apanha toneladas. O que isso significa? Nos primeiros tempos, após a descriminalização, as nossas Polícias queixavam-se de que tinham perdido forma de, através do peixinho pequeno, ir subindo na escala do tráfico. Andaram um pouco perdidas durante 2, 3 anos. Não sabiam muito bem o que haviam de fazer.

De fato, a Polícia Judiciária, por exemplo, consumia imenso tempo em investigar crimes de pequeníssima importância, consumia imensos recursos em instauração de processos, com as pessoas na cadeia. Havia um gasto incrível de energias e de dinheiro com coisas muito pouco interessantes e com muito pouco retorno. O que aconteceu foi que a Polícia precisou melhorar a sua colaboração. As várias forças policiais aumentaram a sua colaboração com as alfândegas, internamente, e também com as suas congêneres internacionais.

Então, o que assistimos hoje é que há muito menos apreensões, mas há quantidades muito maiores envolvidas, com golpes rudes nas redes de tráfico. Temos agora um dispositivo também instalado em Lisboa que tem sido muito importante. Trata-se de agência de cooperação entre as autoridades marítimas de 7

Estados da Europa, que tem propiciado apreensões muito significativas de carregamentos de drogas.

Vou falar da dissuasão. Nós temos 18 distritos em Portugal continental e 2 regiões autônomas, os Açores e a Madeira. Têm autonomia quase completa em relação ao Governo central. Em cada um dos distritos foi criado um órgão administrativo que aplica as penalidades previstas na lei. Torna se conhecida a descriminalização, mas há penalidades previstas. Cada uma dessas comissões é constituída por 3 elementos. Isso é o ideal, mas na pratica é mais ou menos assim: 1 jurista, 1 psicólogo e 1 assistente social. E há o staff técnico de suporte.

Vamos imaginar a seguinte situação: um indivíduo é interceptado pela Polícia na rua, no jardim, a consumir uma substância qualquer. A Polícia intercepta o, leva o para a estação, para a esquadra, e apreende a substância que ele tem consigo. Se a quantidade da substância for inferior à referente aos tais 10 dias de consumo próprio, ele é intimado, recebe um papel, para se apresentar na comissão de dissuasão de sua área de residência no prazo de 3 dias, 72 horas. Entretanto a Polícia notifica a comissão que aquele senhor se vai apresentar. Ele apresenta-se na comissão e é primeiro avaliado pela equipe técnica, que faz uma história do consumo, uma história social, e tenta realizar uma primeira triagem, para perceber se se trata de toxicodependente ou de um utilizador ocasional ou recreativo.

Depois, o indiciado é apresentado à comissão, que tem a capacidade de julgar ou de atribuir penalidades. Se se tratar de um toxicodependente, a primeira instância é convidá-lo a tratar-se. Na maior parte dos casos, hoje, os nossos toxicodependentes já tiveram, em algum momento, contacto com uma estrutura de tratamento. Então, trata-se de abrir uma passadeira vermelha e de convidá-lo a retomar o tratamento. A própria comissão pode ligar para um centro de tratamento e dizer: “Está aqui Fulano. Precisamos de uma consulta para amanhã ou para depois”. Isso é muito ágil e se consegue retomar tratamentos que, às vezes, tinham sido interrompidos.

Se o indiciado aceitar a indicação para o tratamento, o processo fica aberto, mas em suspenso, durante um período. A comissão decide: 6 meses, 1 ano. Se não houver reincidência, se, durante esse período, ele não voltar a ser interceptado, no final desse prazo o processo é encerrado. E não fica registro criminal, não fica

nenhuma história dessa ocorrência, a não ser em nossos registros, só para percebermos se mais tarde haverá reincidência.

No caso de a avaliação ser de um utilizador recreativo ocasional, vamos imaginar um miúdo de 16 anos que é flagrado também a fumar um cigarro de maconha é conduzido à Comissão. Isso pode funcionar como um cartão amarelo, do árbitro, em um jogo de futebol. É um alerta. É como uma segunda linha de intervenção preventiva.

A prevenção pretende atuar no sentido de que as coisas não aconteçam. Mas se acontecer um consumo, uma intercessão dessas pode corresponder à interrupção de uma carreira, o que pode conduzir aquela pessoa à dependência.

Se identificado, é avaliado também. Vamos imaginar o tal miúdo de 16 anos. A equipe técnica vai perceber, por um lado, os tipos de consumos que ele tem, se são ou não problemáticos, mas sobretudo o que subjaz daquela experimentação. Se há algum problema que coexista na relação consigo próprio, na relação com a família, na relação com os colegas, na relação com sua sexualidade, enfim, seja o que for.

Caso seja identificado algum tipo de problema que possa ter uma resposta, não uma resposta de tratamento toxicodependência, mas uma resposta de intervenção preventiva indicada para aquele indivíduo.

Ele é, então, encaminhado para esse tipo de respostas. Não são nossas, não são apenas nossas, do IDT. São do Instituto da Juventude ou do Centro de Saúde da sua área ou, enfim, dar as respostas inespecíficas, mas podem dar respostas típicas do problema.

É isso que acontece na prática, portanto. A dissuasão funciona para isso. Hospitalizações podem ser aplicadas, de fato. Vamos imaginar que esse miúdo, que é enviado para uma determinada resposta, fica com o processo em aberto durante 6 meses, mas é novamente flagrado Aparece, novamente, conduzido pela polícia, perante a Comissão de Dissuasão.

Neste caso, pode ser aplicada uma penalização que pode ser uma multa, por exemplo, mas pode também ser uma proibição de frequentar determinado local. Pode ser proibido de frequentar um bar, um café, uma discoteca ou um bairro,

seja o que for. Pode ser condenado a trabalho em favor da comunidade. Limpar grafites, por exemplo, trabalhar num lar de idosos, coisas desse gênero.

Essas são as penalidades aplicadas, sendo que em nenhum caso a pessoa é enviada para a prisão nem fica com algum tipo de cadastro.

Passou a ser possível identificar consumidores e toxicodependentes para outros serviços, como se falava há pouco, de respostas inespecíficas para jovens. E funcionar, de fato, em rede com a administração pública.”

5.10 – PALESTRA DO DR. MARCEL DE KORT

Após o Dr. Goulão, falou o Dr. Marcel de Kort, representante da Coroa dos Países Baixos, que explicou que a política de drogas praticada em seu País é um pouco mais liberal do que outras políticas. Afirmou que algumas coisas são únicas na Holanda; não existem em outros países. Mas acredito que essas qualificações, esses adjetivos devem ser refutados. “É meu trabalho esta tarde convencê-los de que há um mal-entendido quanto à política de drogas holandesa.

O que é a política de drogas da Holanda? Não é uma panaceia, não é uma bala de prata, não é uma solução completa para o problema de drogas. É uma política pragmática, flexível, inovadora, com abordagem de baixo para cima, é tanto quanto possível baseada em evidências e, o mais importante — pessoalmente, a que prefiro —, é uma política humana.

Com essas características, tento dar-lhes uma explicação sobre a política de drogas holandesa e alguns exemplos mais concretos. O conteúdo da minha apresentação são alguns princípios básicos da nossa abordagem, os objetivos, o fato de o problema das drogas mudar constantemente e inovações. Falarei rapidamente sobre prevenção, tratamento, redução de danos e sobre alguns resultados.

Gostei muito de ouvir as questões que foram abordadas, coisas de que iria falar, e não vou precisar mencionar, portanto. Gostaria de falar uma coisa de que os

senhores devem ter ouvido falar, dos famosos, ou não tão famosos, dos infames coffee shops da Holanda.

Senhoras e senhores, a UNODC, agora chamada United Nations Office on Drugs and Crime, diz que podemos conseguir... Mas será um objetivo realista um mundo sem drogas? A ideia é incrível. É bom ser ambicioso, é bom ter visão de futuro. Um mundo livre de drogas pode ser algo que se espera, mas sentimos que não é tão realista. Vemos como utopia. É uma ideia incrível, mas não é tão factível que possamos chegar a isso num futuro próximo. E o mais importante: não resolve os problemas atuais que enfrentamos no dia a dia, como mortalidade de usuários de drogas, doenças infecciosas e assim por diante. Temos que ter objetivos diferentes para tanto.

O nosso objetivo é prevenir o uso de drogas e limitar o risco de uso de drogas para o indivíduo, para o seu ambiente e a sociedade como um todo. É um objetivo um pouco mais complexo do que tentar diminuir o uso de drogas. Nós tentamos prevenir o uso de drogas, mas também queremos salvar a vida dos usuários de drogas. Esse é um objetivo um pouco complexo para nós.

Às vezes, as políticas de drogas podem conter dilemas ou paradoxos. Por exemplo, se a polícia tem uma boa estratégia para reduzir o uso de drogas nas ruas e vizinhanças pode ser muito bom quanto à ética. Nós tentamos achar ética na Holanda sobre a parte de saúde, a parte de segurança, mas não é possível que as questões de saúde prevalecessem. Nós achamos que o problema de drogas, na verdade, é um problema de saúde, antes de mais nada.

Gostaríamos de trabalhar baseados em evidências, o que acontece e o que não acontece. Se nós achamos que uma intervenção não está acontecendo ou é contraprodutiva, nós paramos. Nós não estamos moralizando, nós não temos uma ideia moral sobre como as políticas devem ser e o que fazer, mas nós achamos que deve ser pragmática, ou ela funciona ou ela não funciona.

Rapidamente, temos uma distinção em 1976 entre Cannabis e as drogas inaceitáveis. Devo enfatizar que nós diferenciamos isso, mas achamos que a maconha oferece menos riscos do que outras drogas. Isso deve estar refletido nas políticas e na nossa legislação. É por isso que fizemos uma distinção entre maconha e outras drogas, e, claro, é o caso em vários países.

Nós fazemos uma distinção entre posse, tráfico e produção. A produção, o tráfico e as penalidades para esses crimes são muito mais altas, mas o uso de drogas não é proibido. Ainda que tecnicamente proibido portar drogas para uso pessoal, nós não processamos a pessoa por drogas suaves, ou soft, e drogas hard, como dizem lá na Holanda.

Acho que um aspecto muito importante quanto ao problema das drogas é estar sempre mudando. Nós temos drogas no mercado, temos novos grupos de usuários, novos riscos, é um problema dinâmico da nossa política, temos que reconhecer isso. Nós temos que ter uma política factível e flexível, prática e flexível, e uma outra abordagem é importante. O que é relevante hoje pode não ser relevante amanhã, e o que não foi relevante ontem pode ser relevante hoje.

Então, nós não temos que nos ligar a preconceitos ou ideias sobre políticas diretas para o resto da vida, nós temos que ser flexíveis porque o problema das drogas está sempre mudando.

Acho que é muito específico para a política de drogas da Holanda. Nós achamos que o problema das drogas é primariamente local e deve ter solução local. **As políticas de drogas são descentralizadas na Holanda.** Isso é algo bom, porque se você tem uma abordagem de baixo para cima e uma abordagem inovadora, pessoas como eu, que não são tão capazes de aparecer com respostas concretas ou respostas políticas para o problema, e estão sentadas em um ótimo e lindo prédio, no décimo oitavo andar, e não têm como ouvir o que falam nas esquinas, o que os viciados falam. Nós precisamos ouvir as pessoas que estão nas ruas e sabem o que está acontecendo e ver as respostas. O meu trabalho é abrir espaço para as ideias deles. Se funciona, tentar desenvolver políticas mais regulares e, se não funciona, então, nos livrarmos disso. Acho que é muito importante ter uma abordagem de baixo para cima.

Só alguns exemplos dessa abordagem de baixo para cima, inovadora e de que somos flexíveis. Metadona, nós começamos a fazer em 1960. Muito cedo nós vimos que havia um crescimento muito amplo de uso de heroína. Daí a pouco, não houve heroína no mercado; tivemos vários problemas de abstinência e um médico começou a prescrever metadona. Agora, a política é oficial.

Salas de uso são formas muito controversas na Holanda, foram muito controversas, mas tivemos a primeira nos anos de 1970 e agora temos 40 salas de consumo na Holanda. Internacionalmente, é altamente controverso. Na Holanda, nós discutimos muito. Achemos que é um instrumento muito bom para ter um contato maior com o viciado mais problemático, que pode passar doenças transmissíveis. Tomamos então esse cuidado com os usuários — e isso é bom para a vizinhança, pois diminui o número de usuários nas ruas.

Aqui é sobre troca de seringas. Nós começamos a fazer troca de seringas nos anos 1980, mesmo antes de sabermos sobre a AIDS. Então era mais devido à transmissão da hepatite, nessa época.

Ainda há alguns programas na Holanda. Hoje, já não há muitas seringas para trocar, porque os usuários de heroína não injetam mais; eles fumam a heroína. Também não há mais tantos usuários de heroína por lá. Esse número está caindo, e isto é algo muito positivo para nós.

A imagem aqui é sobre uma intervenção mais recente. Pessoas que vão a festas, boates, e que lá usam o ecstasy. Isso ficou muito popular no início dos anos 1990. O usuário não sabe o que tem na pílula; é algo que pode ser muito arriscado, até letal. Então nós demos uma oportunidade aos usuários de ecstasy e às pessoas que usam drogas sintéticas: que as pílulas fossem testadas nos laboratórios para que eles soubessem do conteúdo e da força dessas pílulas, a fim de impedir a ocorrência de overdose.

Nós não fazemos simplesmente a prevenção com relação a esse usuário. “Se você não quer ter o problema, não a use; se a pílula for muito concentrada, não tome duas, porque, se você tomar duas, isso vai matá-lo”. Então, essa é a vantagem do teste para nós.

Outra vantagem é que nós sabemos quais as substâncias que estão no mercado. Porque, às vezes, encontramos substâncias letais nessas pílulas. E nós sabemos que, no mercado, rapidamente podemos fazer uma campanha de aviso. Essa foi a outra abordagem inovadora e mais recente que tivemos.

A prescrição de heroína é bem controversa e já foi debatida por 25 anos. Há mais de 10 anos, começamos a experiência de prescrever heroína aos

viciados mais problemáticos. Eu não discutirei isso tão fortemente, mas houve muito sucesso no que toca ao status de saúde do paciente, que aumentou, e no que toca ao número de crimes, que diminuiu quase a zero. Então, basicamente, esses usuários estão vivos. Acho que é um pouco rude dizer isso, mas nós os mantivemos vivos. E acho que isso é um sucesso que devemos reconhecer.

Vocês podem até achar que isso é muito liberal. Não é assim. O caso foi muito debatido há alguns anos. Isso foi feito juntamente com medidas mais repressivas. E cito o tratamento por ordem judicial, o tratamento compulsório para criminosos dependentes de drogas, por até 2 anos, em instalações seguras, designadas pelo Governo. Isso significa que há usuários de drogas que são criminosos. E os crimes que esses cometem, na maior parte dos casos, são de invasão de propriedades, roubos etc. E são vários crimes seguidos. Às vezes, eles têm 50 condenações por crimes pequenos. Eles saem da prisão e voltam a ser criminosos, voltam à vida do crime. Então, temos uma política agora para prendê-los por 2 anos. E esses 2 anos são basicamente de tratamento. Começa na instituição fechada, e, nos meses seguintes, eles já começam a trabalhar.

Então, não são medidas liberais o que nós estamos trazendo como inovação. Podemos considerar isso até como uma intervenção um pouco mais repressora.

Agora algo sobre prevenção, tratamento e redução de danos. Nós mantemos os princípios fundamentais: **prevenir é melhor do que curar; curar é melhor do que apenas reduzir danos; e reduzir danos é melhor do que não fazer nada.**

Eu acho que, em apresentações prévias, sentimos talvez uma atenção entre a redução de danos e as abordagens mais baseadas em abstinência. Mas nós sentimos que elas são complementares — uma não pode ocorrer sem a outra.

Vou começar com “prevenir é melhor que curar”. Eu acho que já foi discutido nesta tarde. Então, não vou discutir de novo. Mas estou muito feliz por ele ter dado o exemplo da nossa campanha, em que nós obtivemos 80% de não usuários. O que é típico nas campanhas na Holanda é que elas não são focadas na detenção, elas não exacerbam o risco da substância. Nós sabemos que nós não vamos mudar o

comportamento com essas campanhas de mídia de massa; mas nós queremos que as pessoas estejam informadas. Levar a mensagem para aquela parcela da população que não usa drogas é algo bem normal. É esse o tipo de abordagem. E, claro, nós temos a educação sobre drogas nas escolas; e acho que, no futuro, não se vai focar somente as drogas, o álcool e o tabaco; vai se focar um pouco mais na educação, no estilo de vida, abordando-se fumo, bebida, educação sexual, educação alimentar, para se saber qual é a alimentação mais saudável. É algo mais focado no estilo de vida, ou na qualidade de vida, do que na repressão.

Prevenção — já discutimos um pouco sobre isso. **Nós focamos mais os grupos de risco, as pessoas que estão mais vulneráveis ao uso de drogas ou que já estão usando drogas. Nós já fizemos campanha de prevenção para visitantes dos nossos coffee shops, porque lá você encontra usuários da cannabis à sua frente. Nós não dizemos “vocês não devem usar”, porque eles vão usar; mas nós tentamos informá-los sobre os riscos, e lhes dizemos que, se tiverem problemas, eles podem ir a um centro de tratamento.**

Uma outra questão, por exemplo, são os *clubbers*, pessoas em festas. Temos também a prevenção entre os grupos. Pessoas que já são informadas, quando vão para essas boates, podem informar os seus pares, os seus amigos. A prevenção é uma panaceia ou uma bala de prata? Bem, nós não vamos resolver o problema das drogas só com prevenção. Então o que nós precisamos é de tratamento. Curar é melhor do que reduzir danos. E isso já é um pouco mais difícil. Nós acreditamos que não haja simplesmente uma maneira perfeita para se tratar das drogas. Nós temos que adotar uma diversidade de intervenções, e deve haver um modelo de para cada passo. Nós começamos com a abordagem do usuário de drogas; depois, ele vai para um local de tratamento. E, aí, nós tentamos adotar uma intervenção para aquele indivíduo, customizada para ele, uma intervenção bem leve. Eu sei que o dinheiro é importante, mas não se está enviando um usuário de *cannabis*, que a está usando há 1 ano — e pode estar usando diariamente. Não se manda o usuário simplesmente para uma comunidade terapêutica, onde se gasta dinheiro e o tratamento não faz sentido. Então, quanto mais severo é o problema, mais intensa é a intervenção que promovemos, o que significa que temos vários e diferentes tipos de intervenção na Holanda.

A maior parte das pessoas faz um tratamento *outpatient*. Temos 35% para drogas ilícitas, 20% para álcool. Ocorrem 3 mil mortes, sendo 50% de usuários de álcool, 50% de usuários de drogas. Temos mais ou menos 300 lugares para tratamento de jovens abaixo dos 19 anos de idade. Mas, além disso, nós temos uma grande diversidade de locais e de tipos de intervenção.

Vemos aqui uma lista. Posso ilustrar melhor com o próximo slide. Desculpem-me, porque esse está em inglês. É um pouco difícil para nós traduzir e colocar tudo na ordem. Bom, parece um pouco caótico, mas a ilustração faz sentido, juro. No eixo vertical, vemos o voluntário e o compulsório. Nós temos intervenções, mas a maior parte delas é voluntária. temos também algumas compulsórias, em que os usuários ou vão para a prisão, por causa do comportamento criminoso, ou vão para um centro de tratamento. E o exemplo que eu dei para vocês da prisão dessas pessoas por 2 anos é a forma mais extrema de compulsório.

No eixo horizontal, você tem a abstinência orientada e a indução de danos a outrem. Nós temos uma grande variação de tratamento.

Redução de danos. Temos algumas abordagens. Basicamente, o que tentamos fazer é analisar esse problema de drogas e encontrar a intervenção correta nesse eixo de abstinência orientada, redução de danos, voluntária e compulsória, o que dá um belo leque de intervenções, eu acredito.

Eu acredito, e os números mostram, que, se houver uma política mais liberal ou mais em direção aos usuários — e nós estamos falando apenas dos usuários —, não há efeito. Porque são tantos os fatores que afetam o consumidor de drogas, que a política não pode ser uma só.

O uso recente, no ano passado, de cocaína está aumentado. Esse já é um problema. Mas, comparativamente a muitos outros países, não estamos nos saindo tão mal. A política não é responsável por isso. E a situação não é tão ruim assim.

O ecstasy é mais popular na Holanda. Nós temos uma pontuação bem alta, comparada com a de outros países. Mas vimos recentemente que o número de usuários está se reduzindo. E isso é muito bom.

Vocês podem nos perguntar sobre se essa política não tem efeito na prevalência de consumo. Se não, por que há essa política? Porque o nosso objetivo

não é uma sociedade livre de drogas. Nós achamos que a prevalência é importante, sim. Mas também há usuários de drogas problemáticos, com doenças infecciosas. Há o problema comum do estado de saúde entre os usuários, há morbidade, mortalidade. E nós achamos que esses indicadores também são importantes para a nossa política. Eu estou convencido de que a política pode ter grandes impactos nestes indicadores de mortalidade e morbidade, que é um dos mais baixos da União Europeia. E esses dados estão um pouco desatualizados porque a Holanda agora está bem mais abaixo desses índices para cada mil habitantes.

Sim, temos usuários problemáticos. A demanda para tratamento tem subido nos últimos anos. Mas acho que está bom: quanto mais pessoas em tratamento, melhor. Porque o tratamento pode fazer algo por essas pessoas. Então, quanto mais pessoas em tratamento tivermos, melhor para nós. Acho que essa não é uma situação ruim.

Este quadro mostra que a idade dos usuários de ópio está aumentando. A heroína já não é um problema da juventude na Holanda. Esse problema atinge mais gente acima de 40 anos; dificilmente encontramos usuários jovens. E o número de usuários de heroína tem caído em 40% desde 1992, o que é uma boa coisa.

Mortalidade por overdose entre os usuários: temos também uma pontuação bem baixa. Não temos muito uso de drogas injetáveis na Holanda, que é uma maneira muito perigosa de se drogar. Mas temos muita metadona e um programa de manutenção. A metadona reduz o risco de overdose. Acho que isso é importante.

Já chegamos à conclusão? Acho que **a conclusão é esta: que o problema das drogas é dinâmico e requer uma política flexível e pragmática.** E a Holanda encara esse problema de forma muito séria.

Acho que uma sociedade livre de drogas é uma utopia. Nós não devemos lutar por isso porque não podemos atingir isso. Mas nos esforçamos para ter medidas efetivas. E uma atitude inovadora é importante para mostrar essa nossa disposição.

Estamos aqui para dizer que a nossa abordagem não é uma panacéia, não é uma solução completa para todos os países do mundo, porque as culturas

diferem. O que pode funcionar na Holanda pode não funcionar no Brasil, e o contrário também é verdadeiro.

Estamos convencidos de que a nossa política pode fazer diferença, e que, acima de tudo, o uso de drogas não é um desastre.”

5.11 – PALESTRA DO DRA. RAFAELA DE QUADROS RIGONI

Seguiu-se à apresentação do Dr. De Kort a palestra da pesquisadora brasileira RAFAELA DE QUADROS RIGONI, que explicou aos presentes que faz, na Holanda, doutorado destinado a estudar a perspectiva brasileira sobre o tema das drogas em comparação com a política holandesa.

Esclareceu que a política para drogas como a maconha, ou para drogas sintéticas ou drogas pesadas, é bastante diferenciada porque se entende que o público que usa essas drogas é diferente. O cenário de uso, a forma como se usa, os motivos por que se usa, os problemas ligados a esse uso e as estratégias são itens diferenciados; então, para eles, as estratégias também têm que ser diferenciadas. Vou focar mais a política das drogas pesadas, como crack, heroína e cocaína.

Outro ponto de vista diz respeito a visão dos trabalhadores da área de saúde, a visão de como as pessoas que estão lidando com isso na prática percebem essa política de drogas; ou seja, o que elas estão fazendo, qual o entendimento que elas têm acerca dessa política, como também algumas dificuldades que elas têm ao lidar com esse processo de implementação da política na prática.

“Os atores principais que estão focados nessa política de drogas pesadas na Holanda são os trabalhadores sociais de saúde e os agentes de repressão. Como trabalho social podemos entender os albergues, as pensões sociais, os programas de benefícios sociais e os programas de atividades diárias ou de trabalho, de encaminhar a pessoa, o dependente, para algum tipo de trabalho.

Na questão da saúde, temos as salas de uso, como já foi falado aqui, programas de prescrição de metadona, heroína, troca de seringas, programas de desintoxicação, clínicas de abstinência. O que é muito interessante, na Holanda é que não se vê que a redução de danos seja contrária à abstinência, mas que os programas complementares precisam existir porque há necessidades diferentes. Ao lado disso, há o trabalho dos agentes de repressão, como policiais e agentes de justiça.

Outro ponto interessante é que há uma abordagem integral na Holanda. Então os diferentes atores, por mais que tenham objetivos diferenciados, há um trabalho comum. Esse sistema trabalha em conjunto, centrado no usuário.

Para o trabalhador do sistema social o mais importante seria a reinserção social, a pessoa ter um trabalho, uma renda, um benefício. O pessoal da saúde tem seu objetivo focado na saúde mental e física, enquanto para o policial o que interessa é a diminuição da criminalidade, o aumento da sensação de segurança na comunidade.

Podemos pensar que isso pareça tão diferente. Como se fez para juntar isso? A Holanda, de 8 a 10 anos para cá, incentiva essa abordagem integral. Antes, o que se tinha, que é um pouco da realidade do nosso País, é que cada um desses atores trabalhava no seu próprio cantinho, com o seu próprio objetivo, e muitas vezes eles atendiam a mesma pessoa. Ou seja, a pessoa que estava no albergue podia estar também num programa de redução de danos, ser procurada pela Polícia por algum crime que tivesse cometido, e nenhum dos profissionais que a atendiam sabiam o que os outros estavam fazendo. Todos estavam focados na mesma pessoa, mas não sabiam o que os outros estavam fazendo. Isso acabava gerando um sistema ineficiente, uma vez que esses profissionais podiam estar fazendo trabalhos idênticos ou trabalhos opostos, com isso gastando recursos desnecessariamente.

Em determinado momento, esses diferentes atores resolveram fazer um plano para trabalhar conjuntamente, porque perceberam que seria a forma mais eficiente de lidar com a questão. Mas alguns princípios pontos seriam necessários para que essa integração acontecesse.

O primeiro ponto é negociação. Para lidar com objetivos, trabalhos e sistemas diferentes, tem de haver muita negociação. Os trabalhadores dos diferentes

sistemas têm de sentir que estão lucrando com a negociação, que eles não estão tendo mais trabalho por terem outros contatos ou por conhecerem outros programas, que os resultados alcançados estão revertendo positivamente para o seu trabalho.

Um exemplo que considero muito interessante, aqui já muito citado, refere-se à sala de uso. A sala de uso é percebida como positiva por diferentes pessoas. Para o trabalhador das áreas de saúde e social, a sala de uso é muito interessante, porque ela vai proporcionar ao usuário um ambiente seguro, um ambiente protegido, onde poderá ser atendido. Em caso de necessidade, ele poderá contar com o serviço de assistência social lá disponível. Também para a área policial, a sala de uso é interessante, porque ajudar a evitar que as pessoas que fazem uso de droga na rua cometam crimes, pois lá estarão num sistema protegido. Em consequência, a sala de uso vai ajudar a diminuir a criminalidade e assegurar que a comunidade se sinta mais segura.

Outro princípio de abordagem integral é que ela é centrada na pessoa. Como já foi dito aqui, pessoas diferentes têm necessidades diferentes; então, busca-se respeitar as necessidades dessa pessoa e as suas possibilidades.

Existe um projeto no qual trabalham no mesmo lugar o médico, a enfermeira, a assistente social, o funcionário do Ministério da Justiça que está vigiando alguém no cumprimento de alguma pena. Essas pessoas vão se juntar, semanal ou quinzenalmente, para discutir a situação dos pacientes. Muitas vezes, elas convidam o próprio usuário para ele responder a questões simples, como, por exemplo, se tem uma casa, se dorme em albergue, se tem algum benefício, se já fez algum tipo de tratamento, o que deu certo, o que deu errado, qual é sua ficha corrida, se tem de ir para a prisão ou não, coisas assim. Então, todos esses profissionais se juntam para discutir com o usuário um plano através do qual ele possa lidar com todas as situações de modo integral. Isso acaba resultando em condutas mais eficazes.

Uma conclusão quando as pessoas não trabalham assim é a de que, por exemplo, se o usuário está em tratamento, mas não tem onde morar, será difícil sua adesão ao tratamento. Ele é encaminhado a um albergue, procura vaga e não encontra, volta outra hora, não encontra novamente, e fica num verdadeiro pingue-pongue. Mas, quando tudo é decidido num só lugar, quando ele conhece os recursos existentes,

todas as ações são acertadas em conjunto, ficam amarradas e resolvidas. Dessa forma, o paciente pode se empenhar para cumprir aquele plano.

O pragmatismo é outro princípio. O programa se adapta ao trabalhador e o trabalhador se adapta ao usuário, em vez de esperar que o usuário se adapte ao programa.

Vou citar um exemplo que considero muito interessante: os abrigos do Exército da Salvação, uma instituição católica existente em várias partes do mundo, inclusive no Brasil. Eles se responsabilizam por acolher pessoas que não têm moradia e lhes dão um lugar para ficar.

No início, quando chegava a um desses lugares, o usuário de drogas tinha de obedecer a uma série de regras: não podia usar drogas dentro da instituição, não podia entrar sob o efeito de nenhuma substância, entre outras. Era muito difícil para o usuário cumprir tudo aquilo. Muitas vezes, se chegava drogado, ele era expulso, desistia, não voltava mais.

Então, o que se fez? O Exército da Salvação criou um programa chamado Domus, específico para usuários de drogas. Eles são então atendidos nessas casas e nelas há um local, uma sala de uso, ou é permitido o consumo de drogas no quarto. Essa permissão facilitou o acesso dos usuários, pois, dessa forma, eles conseguem cumprir as regras mais facilmente. Ou seja, as regras se adaptaram a eles, são mais flexíveis. Como resultado, a grande maioria dos usuários de drogas que antes morava na rua agora tem lugar para ficar. E, não ficando mais na rua, aumentou sua qualidade de vida.

Como já foi dito aqui, a redução de danos é o princípio maior dessa política. E é que se entende por redução de danos? Significa o aumento de qualidade de vida do usuário e a redução de danos não só para ele, como também para a comunidade. Conseqüentemente, aumento da qualidade de vida de todos.

Segundo a visão do conjunto desses trabalhadores, se o usuário não tinha boas condições sociais, se não tinha boas condições financeiras, se não tinha tratamento e agora tem tudo isso, ele não vai mais ficar na rua, não vai mais cometer crimes, o que aumentará sua segurança e melhorará a qualidade de vida da sua comunidade.

Alguns ganhos foram obtidos com essa política, a começar pelo acesso. A partir do momento em que trabalhadores das diferentes áreas têm conhecimento dos programas que o usuário pode acessar, a partir do momento em que os programas são adaptados aos usuários e não há mais estigmas, preconceitos, fica muito mais fácil ele se tratar.

Um ponto importante é que essa política poupa recursos e diminui os casos de trabalhos repetidos ou opostos. Alguns servidores de salas de uso dizem que antigamente, quando não existia esse trabalho conjunto, muitas vezes o usuário comprava a droga no mercado ilegal e ia usá-la na sala de uso. É bom repetir que existe uma série de regras para a utilização de uma sala de usos, não basta simplesmente qualquer um chegar e usar: de início, a pessoa tem de ser cadastrada. Ela foi criada para pessoas que não tinham um lugar, que não tinham uma casa, para que não consumisse a droga na rua. Antes desse trabalho integrado, muitas vezes o usuário comprava a droga para usar na sala de uso, mas, antes de chegar lá, um policial o pegava e apreendia a droga. Isso fazia com que ele não voltasse à sala de uso, pois sabia que um policial o estaria esperando na porta e ele levaria multa, teria problemas. Mas, a partir do momento em que entendeu que a sala de uso é positiva, o policial não precisa fazer plantão. Ele vai lá conhecer, reunir-se com a equipe, debater os casos, pode até mesmo discutir a possibilidade de pessoas que têm problemas entrar ou não nessas salas, mas não vai mais trabalhar contrariamente.

Outro fato importante é que diminui o número de prisões. Os policiais consideraram boa a medida. Antes de a saúde pública ser a questão central, eles prendiam o usuário, ele ficava 2 ou 3 semanas na cadeia, saía, repetia o crime, era preso novamente, e isso frustrava essas pessoas que acabavam não vendo um bom resultado no seu trabalho.

Outro ganho muito citado pelos trabalhadores com essa política de integração é que, a partir do momento em que todos sabem o que está sendo oferecido para determinado usuário, os tipos de tratamento que foram tentados e como ele está reagindo, isso evita a manipulação do sistema, evita que o usuário vá ao albergue e conte uma história, vá ao centro de tratamento e conte outra e vá à polícia e conte outra

história diferente. A partir do momento em que todos sabem o que está sendo feito, o controle é maior e se evita a manipulação.

No entanto, alguns cuidados são necessários para essa abordagem integrada. Um deles é o balanço de forças. Como já foi dito aqui, a saúde vem em primeiro lugar. A saúde é que coordena esse trabalho integrado, mas tem de haver muito cuidado para que nem a saúde, nem a repressão, nem a assistência social dominem mais e acabem não permitindo que as outras áreas façam o seu trabalho.

Considero importante citar uma característica muito diferente do que a que temos aqui, porque se está tratando da integração entre a repressão e o cuidado. A Polícia na Holanda é comunitária, bem diferente da brasileira, que é militarizada.

A Polícia holandesa tem orgulho em dizer que está lá para servir a comunidade e não para ser temida. Os policiais comunitários recebem treinamento para isso. Faz parte da sua função conhecer os diferentes serviços que pode realizar na comunidade, praticar esses serviços e atender as pessoas de maneira não repressiva. Os agentes policiais trabalhem com essa perspectiva.

Outro cuidado é a constante existência de investimentos nesse setor. O que me foi passado é que, para esse tipo de abordagem, foi preciso mudar a forma de pensar. Como as pessoas estavam acostumadas a trabalhar separadamente, teriam de entender que iria ser diferente, que teriam de conhecer o sistema. Para isso, os trabalhadores precisam de educação continuada, de investimento em treinamento e de recursos estáveis, para que os programas serem desenvolvidos, terem um planejamento contínuo no tempo e na construção de diretrizes.

E, por fim, o que também já foi destacado, as avaliações são importantes. Tanto quanto for possível, todas as políticas e projetos tentados têm de passar por uma avaliação, por estudos. Eles são bastante pragmáticos: se a coisa é boa e funciona, eles vão fazer; se não funciona, eles vão modificar. Baseada nessas informações, a política é bastante flexível.”

5.12 – PALESTRA DO DEPUTADO FEDERAL OSMAR TERRA

No segundo dia do Seminário, o Deputado OSMAR TERRA assumiu a tribuna e relatou que, no Rio Grande do Sul, em 2007, o Governo do Estado criou o Programa de Prevenção da Violência. Por meio dele, iniciou-se o mapeamento dos bairros mais violentos das cidades, com maior número de ocorrências policiais e médicas. Começamos a verificar, durante a implantação do programa, que a maior causa de violência nessas comunidades era o crack. Há 12 anos, não havia relato no Rio Grande do Sul, não existia ocorrência, policial ou médica, a respeito do crack. Hoje é, sem dúvida, a maior causa de violência no Estado. Isto nos preocupou muito, o avanço do crack.

Relatou que, em 2002, na urgência do Hospital São Pedro, que é um hospital psiquiátrico no Rio Grande do Sul, na área de álcool e drogas, 80% dos atendimentos eram relacionados ao álcool. Em 2006, 80% já eram relacionados ao crack. Então, o crack assume uma proporção avassaladora no Rio Grande do Sul. Não deve ser diferente no Brasil, tendo em vista que o Rio Grande do Sul foi o último Estado brasileiro em que o crack entrou. Imagino que, no restante do Brasil, a situação seja igual ou pior.

Segundo o Parlamentar, não há registro adequado de pesquisa ou estatística. Algumas Secretarias Municipais têm cadastro, outras não têm. Mas, pelo levantamento que fizemos, pelo número de ocorrências, estimamos que hoje, no Rio Grande do Sul, haja cerca de cem mil usuários de crack.

Em relação a essa droga, o Brasil, a América do Sul como um todo — e até os Estados Unidos — tem uma característica diferente da Europa: estamos ao lado dos maiores produtores de cocaína do mundo, que são Bolívia, Peru e Colômbia. Portanto, somos passagem do grosso do tráfico de pasta básica de cocaína, matéria prima do *crack*.

Com base nesse levantamento, podemos inferir que, mantidas as proporções observadas no Rio Grande do Sul, deve haver mais de dois milhões de usuários de crack no Brasil. E isso vem crescendo rapidamente, multiplicando-se a

cada ano, de maneira muito acelerada. Então, acho que a situação é um pouco diferente da situação da Europa.

O que fizemos no Rio Grande do Sul? Quando vimos que esse era o problema, nós, dentro do Programa de Prevenção da Violência, criamos um programa de enfrentamento ao *crack*. Um pouco como a nossa doutora falou, capacitamos todas as Equipes de Saúde da Família, os agentes comunitários de saúde, para que, ao trabalharem nas comunidades, detectassem precocemente sinais de dependência.

Começamos a pagar às comunidades terapêuticas, que nunca tiveram ajuda. As comunidades terapêuticas no Brasil foram uma forma de a sociedade enfrentar o problema da droga sem apoio nenhum, quando havia omissão total do Estado. Elas têm que ser consideradas, não se pode ter preconceito em relação às comunidades terapêuticas. Há inclusive preconceitos ideológicos em relação às comunidades terapêuticas, o que sentimos até nas políticas de enfrentamento de saúde mental no Brasil.

Então, no Rio Grande do Sul, se seguirem determinados protocolos, as comunidades terapêuticas recebem mil reais por vaga/mês para ajudar a mantê-las.

Há também os Centros de Atenção Psicossocial, que são importantíssimos e foram um grande avanço do Governo Federal, multiplicam-se muito lentamente, muito lentamente. É certo que precisávamos ter pelo menos três vezes mais Centros para Álcool e Drogas no Rio Grande do Sul. Se tivermos, têm de ser por conta do Estado, porque o dinheiro federal vem devagar.

Parece que agora o Governo Federal lançou um grande programa. Esses meninos — digo meninos porque a grande maioria são homens jovens, muito jovens — têm de ter um programa de reinserção social nas Prefeituras, com capacitação técnica e tal. Há muitas recaídas. Então, tem de haver um sistema de acompanhamento para as recaídas dos meninos dependentes do *crack*.

Acho que temos de trabalhar um pouco com as evidências científicas nessa questão, não podemos ficar no achismo, nas questões ideológicas em relação ao tratamento do usuário da droga. Estamos trabalhando com substâncias que mudam o centro de recompensa cerebral, que é um centro básico de sobrevivência, comanda a nossa sobrevivência. Por isso é tão difícil abandonar a dependência química. Na

verdade, funciona na cabeça do dependente como se fosse algo muito importante para a sua sobrevivência. É um prazer extremo que conduz a uma sensação importante, que, no fundo, é de sobrevivência.

Acredito que o programa que o Governo Federal criou é muito acanhado, muito acanhado. E não é culpa do general Uchôa, nem do Ministro Temporão. O Governo Federal não colocou recursos adequados, não há recurso novo para o enfrentamento, a SENAD ainda está pouco equipada, no Ministério da Saúde não tem sequer um centavo novo para o programa, o Ministro Paulo Bernardo não abriu as portas para colocar mais recursos. Não. São recursos remanejados, tirados de outra política de atendimento hospitalar ou de alguma outra coisa para a política de atendimento ao dependente do crack.

E o crack é uma questão vital no Brasil. Temos de separar, não podemos trabalhar a questão da maconha ou a questão do álcool como a questão do crack, que está assumindo proporções extremamente graves.

Vou mostrar só um dado aos nossos palestrantes. No Rio Grande do Sul, morrem de quatro a cinco pessoas por dia vítimas de homicídio. É um Estado com 11 milhões de habitantes. Em média, 40% desses homicídios são por crack. No dia 10 de junho, aconteceu um fato inédito: morreram 5 pessoas por homicídio no Rio Grande do Sul, todos vinculados ao tráfico do crack. Fora os que morrem de problemas orgânicos. Estamos estimando que, hoje, em torno de seis pessoas morrem por dia no Rio Grande do Sul em função do crack.

Para mim, é o mais grave problema de saúde pública que temos no País hoje. O crack. Não é nem a droga. É o crack.

Acho que está faltando uma resposta adequada a essa questão. A nossa Polícia Federal tem de ter mais recursos, o SENAD tem de ter muito mais recursos, temos de ter uma estrutura grande porque estamos enxugando gelo, temos uma fronteira que vai da Colômbia até a Bolívia por onde passa droga à vontade. Está se prendendo muito mais traficante hoje, está se apreendendo muito mais droga e cada vez há mais droga dentro do Estado. Então, há a outra parte, a da repressão, que tem de ser [incrementada. Com](#) esses recursos que colocou, o Governo não vai incrementar

nada. E não vai resolver o problema, talvez seja só uma resposta eleitoral ao problema, que vai continuar cada vez mais grave.

Só queria fazer essas colocações porque acho que tudo o que se está falando aqui tem sentido. Quanto à questão da mídia, acho que ela tem de valorizar a vida e não ficar só batendo na questão dos malefícios da droga. Mas, se não tivermos uma ação conjunta e tratarmos isso como um dos grandes problemas do Brasil de forma organizada, em pouco tempo estaremos com milhões de usuários. Os Estados Unidos já têm 8 milhões de usuários de crack. Nós vamos chegar lá. E com um problema de segurança, de crimes, de homicídios gravíssimo, incontrolável. Incontrolável.

Então, eu queria fazer essas colocações e dizer que lá estamos tentando. Criamos um programa. Precisamos de mais apoio do Governo Federal? Sim, precisamos. E temos de trabalhar com protocolos científicos. Os Centros de Atenção para Álcool e Drogas, os CAPS Álcool e Drogas, trabalham cada um de um jeito. Tenho discutido isso com o Pedro Gabriel. O Ministério está preocupado em organizar isso.

Já ouvi uma psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial de novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, dizer: “Ah, o crack não é um problema tão grave! Desde que a pessoa esteja de bem com a vida e tenha planos para o futuro, ela pode fumar uma pedrinha de vez em quando. Não tem problema”. Como se fumar uma pedrinha de crack de vez em quando fosse possível. Quem é dependente do crack é dependente do crack em vinte, trinta pedras por dia. A fissura é brutal porque ele é oito vezes mais potente que a cocaína.

Então, há questões aqui que temos de pontuar se queremos ajudar. Temos inclusive de mexer na legislação para punir com mais rigor o traficante do crack.

Quanto à questão do usuário, o crack cria uma nova estrutura cerebral de conexões, cria uma nova memória. O usuário do crack não tem livre arbítrio e não pode ficar a critério dele se vai ou não se internar. Temos de discutir isso, deixar de lado questões ideológicas e aprofundar as evidências científicas sobre como fazer um tratamento nesse nível. Era isso que queria dizer.

5.13 – PALESTRA DO DEPUTADO FEDERAL ALCENI GUERRA

Após o Deputado Osmar Terra, assumiu a palavra o Deputado ALCENI GUERRA, que relembrou os dados estatísticos apresentados pelo orador que o antecedeu, os quais dão conta de que no Rio Grande do Sul são cem mil usuários de crack e que, no Brasil, esse número deve estar perto de 2 milhões.

Disse o Parlamentar que, “na condução das conversas e das explanações dos nossos amigos europeus que estiveram aqui, percebeu-se que temos um mundo diferente da Europa hoje. Falamos em abordagem do tratamento da heroína, da maconha. A heroína é droga de primeiro nível. Para a maconha, como o Osmar Terra disse, tenta-se passar a imagem de que é uma droga para uma vez a cada quatro, cinco dias, de uso intermitente. São situações diferentes do crack.”

Alertou-se para o fato de que, em oito ou dez segundos, um usuário de crack manda para o seu cérebro uma grande quantidade de cocaína, cujo efeito se potencializa por ser fumada. Assim, a fissura causada dever-se-ia à quantidade de cocaína. A via escolhida é excepcional. Há um efeito terrível no cérebro.

O Deputado Alcení disse que ouviu da Dra. Rafaela que “Há várias maneiras de tratar as drogas. Precisa internar, não precisa; precisa de ambulatório, não precisa”. Sobre isso, acredita o Parlamentar que tirar um usuário de crack do uso sem afastá-lo do ambiente que o levou ao vício, sem afastá-lo da proximidade do traficante e sem substituir a cocaína por drogas lícitas prescritas é impossível.

Explicou que acompanha o assunto em relação aos Municípios do Paraná e vê como uma impossibilidade tentar retirar alguém do vício do crack por meio de atendimento no modelo dos CAPS-AD do Ministério da Saúde. Para ele, essa unidade seria importante num momento posterior à desintoxicação, destinando-se, também a substituir os antigos manicômios, utilizados no tratamento de pessoas com doenças mentais.

Hoje, segundo o Deputado Alcení, há necessidade de internação como condição para iniciar-se qualquer tratamento para usuários de *crack*. Além disso, necessita-se, também, das comunidades terapêuticas baseadas no modelo das

fazendas esperança do Frei Hans. Entretanto, abordar-se um problema de tamanha gravidade sem se dar conta de que é preciso afastar o jovem usuário daquele ambiente do traficante é impossível.

E prossegue o Parlamentar: “E o que estamos falando aqui? Ah, o Governo dobrou o número de leitos. Dobrou para quanto? De 1.250 para 2.500. Osmar Terra acaba de dizer aqui que, no Rio Grande do Sul, um quinto deste País, há mil leitos à disposição.

“Portugal nos falou em 1.300 leitos para tratamento. O que significa isso vezes vinte, em face da população do Brasil? Trinta mil leitos. Esses leitos estão onde? Desativados dos manicômios. Desativamos 100 mil leitos. Graças a Deus, terminamos com os manicômios. Era uma época em que não havia crack. É preciso, que o Governo atente para essa impropriedade do seu programa.

Eu disse, até com um pouquinho de crueldade: esse programa é uma superdosagem do remédio errado. O remédio está errado e está se dando uma superdose, que, com certeza, matará o País.

Esse clamor não tem aqui a alma oposicionista. Tem a alma de uma pessoa apaixonada por saúde pública. Nós temos a unanimidade dos nossos pensadores de saúde dizendo que é a mais grave epidemia que nós já tivemos na História. Será que é a mais grave, mais grave do que a gripe espanhola? Vamos fazer a conta? A gripe espanhola matou 200 mil pessoas no Brasil. É bem verdade que tínhamos menos população. Nós estamos falando em 2 milhões de usuários de crack. Um Secretário de Estado de reconhecida capacidade aventou essa possibilidade aqui. Disse que os Estados Unidos estão perto de 8 milhões.

Nós, sem o seguimento que os americanos têm, estaremos onde daqui a alguns anos — 10 milhões, 20 milhões, 30 milhões? Sem uma política forte de combate, quantos jovens o País matará, vamos dizer assim? Alguém é responsável, às vezes responsável por não ter as políticas adequadas.

Para encerrar, eu vejo pessoas do Ministério da Saúde usarem aqui palavras que usei quando era Ministro da Saúde e me acusavam de irresponsabilidade e de não trabalho efetivo frente à AIDS. Diziam: teremos 10 milhões de mortos pela AIDS, 30 milhões de mortos pela AIDS.

Quando comecei a pagar — fui o primeiro Ministro a pagar tratamento da AIDS no Brasil —, uma Ministra, vou me permitir dizer, chamou-me de louco, dizendo que eu ia quebrar o País.

Nós temos 300 mil portadores de vírus HIV hoje praticamente estabilizados, e gastamos 1 bilhão e 300 milhões de reais por ano para tratá-los. Ficarão vivos com esse remédio. Tirem o remédio, e eles morrerão no primeiro ano. Todos. Mas ficarão vivos pela política nacional de combate à AIDS. A palavra que eu usava na época ouvi a Dra. Theresa usar ontem: alarmismo, alarmistas.

Srs. Deputados, eu os convido a serem alarmistas porque nós ligamos a pior luz de alarme que a história da saúde pública neste País já teve. Nós estamos falando em 2 milhões de usuários de crack, falando em 2.500 leitos à disposição, falando de política anticrack. O Ministério não gosta de usar a palavra anti. Vamos ajudá-lo nisso, mas estamos nos despreparando com uma superdosagem do remédio errado. Remédio errado mata. Vai matar o País. Nós não temos leitos para tratar os usuários de crack. Nós não temos, no Orçamento, remédios para lhes dar depois de saírem do período de uso da desintoxicação. Não temos profissionais nos nossos CAPS. Não temos profissionais nas fazendas de reabilitação. E vi que, na Europa, eles têm psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, médicos generalistas, dentistas, tudo de que precisam, nas unidades de reabilitação. Quem paga? Chamou-me a atenção quem paga na Itália são as regiões. O que são as regiões? Os nossos Estados um pouquinho mais desenvolvidos. Como se a Região Sul do Brasil fosse uma região administrativa, com Governador, e ele pagasse a reabilitação.

No Brasil, o que nós temos? Nada. Nenhum governo investe nada. Então, nós precisamos, sim, ser alarmistas, e eu convido meus colegas Deputados a sermos alarmistas.”

5.14 – PALESTRA DO GENERAL PAULO ROBERTO YOG DE MIRANDA UCHOA

A seguir, falou o General PAULO ROBERTO YOG DE MIRANDA UCHOA que, na condição de Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas, abordou aspectos relativos à política governamental de combate às drogas.

Ressaltou que o Poder Legislativo aprovou, por unanimidade, a atualização da Lei Antidrogas, sancionada pelo Presidente em 2006, uma lei integrada com a política nacional. Para ele, “Graças ao Congresso Nacional, o Governo tem este instrumento importantíssimo para trabalhar: a legislação entrosada com a política nacional. Costumo dizer que a política é o instrumento do Governo, e a lei, o da sociedade. A lei é uma ordem; a política é uma vontade do Governo, o modo como conduzir, no caso, as ações relacionadas à política de drogas, que, como todas as políticas, cada uma no seu campo, tem diretrizes para atingir os seus objetivos. Na área de drogas, temos uma política perfeitamente entrosada, os objetivos e as diretrizes do Governo, com a legislação aprovada pelos Srs. Congressistas.

Disse que, “Por outro lado, o Poder Judiciário, por meio do Conselho Nacional de Justiça, foi o grande ator na abertura da última Semana Nacional de Políticas sobre Drogas, em junho, dando também uma demonstração de parceria fantástica. Estamos capacitando — aliás, isso está no projeto aqui mencionado; vou tocar no assunto logo mais — os juizados especiais, que são aqueles que agora têm a seu cargo o julgamento dos usuários e dependentes de drogas. Os senhores estrangeiros que não conhecem a nossa lei precisam saber que, no Brasil, desde 2006, os traficantes são julgados pelas varas criminais e, os usuários e dependentes, pelos tribunais especiais. Além disso, não há mais pena de prisão no País para os usuários e dependentes drogas.

Como o julgamento dos usuários e dependentes de drogas está a cargo dos tribunais especiais, estes pediram — estamos trabalhando junto ao Conselho Nacional de Justiça e ao Fórum Nacional de Juizados Especiais — a capacitação das

turmas dos operadores de Direito e dos juízes, para que haja homogeneização nesse trabalho.

Os nossos juízes se conscientizaram de que, sendo eles os que vão julgar o usuário e dependente de drogas — porque não deixou de ser crime no Brasil o uso de drogas —, passaram a ser mais um elo no processo de recuperação daquele usuário. Eles estão satisfeitos com isso e querem o desafio.

Então, os Poderes Judiciário e Legislativo estão conosco. Aqui estamos de muito bom grado nessa parceria excelente com o Deputado Vieira da Cunha, o Deputado Bonow e todos que aqui estão.

Com esse introito, gostaria de dizer que não concordo com o que foi dito aqui, ou seja, que esse nosso projeto que está sendo discutido agora tem algum viés político-eleitoral. Eu, que tenho a meu cargo a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas e sou totalmente alheio a essa parte político-eleitoral, estou acompanhando de perto esse programa e sei da seriedade com que ele veio à tona por uma determinação do nosso Presidente da República. E não foi feito da noite para o dia. Veio de uma determinação do Presidente, que primeiro procurou se inteirar do que estava acontecendo neste País em termos de drogas. Não ficou satisfeito com o que estava acontecendo, e inclusive teve de enfrentar muitas críticas que os senhores fizeram aqui. Ele reconheceu, mas também reconheceu que muita coisa estava acontecendo e que ele mesmo não sabia. Determinou então uma integração dos Ministérios e órgãos mais afins ao problema da droga, e determinou à Secretaria Nacional sobre Drogas, ao Gabinete de Segurança Institucional e ao Ministério da Justiça que fizessem a coordenação de todo esse trabalho. Então temos hoje um comitê gestor desse programa com mais de quinze membros. Os mais atuantes — porque a área afeta mais a eles — estão exatamente no Ministério da Saúde, no Ministério da Justiça, na Secretaria Nacional, que tem um papel de coordenação e de articulação, no Ministério do Desenvolvimento Social. Esses órgãos reúnem aquelas pessoas que têm a seu cargo a maior quantidade de ações que devem acontecer ou já estão acontecendo para o desencadeamento desse plano. Tenho acompanhado e vejo a seriedade dessas pessoas que estão trabalhando nisso, dos nossos chefes do

mesmo nível nosso e dos nossos subordinados em termos de estrutura. A seriedade é muito grande, bem como a vontade de acertar. Agora, o problema é muito difícil.

Houve três falas aqui: dos Deputados Bonow, Osmar Terra e Alcení Guerra. Aliás, cumprimento o Deputado Osmar Terra, que foi Secretário de Saúde — sem esquecer que o Deputado Bonow também foi Secretário — e fez um trabalho bonito. Eu me lembro bem porque eu era Secretário Nacional e o senhor Secretário de Saúde. Imagino que o senhor disse se orgulha muito. O Deputado Alcení também foi Ministro. Então, os senhores viveram isso e têm toda razão de ficar na agonia, porque viveram o problema da saúde e suas carreiras culminaram num alto cargo no Executivo, um como Secretário de Estado no Rio Grande do Sul e outro como Ministro de Estado.

Concordo inteiramente com os senhores. Mas sou obrigado a procurar enxergar outros aspectos, que sei que os senhores enxergam também. Não estou criticando, apenas ampliando um pouco, reconhecendo aquilo tudo que os senhores falaram, mas entendendo que precisamos ter um pouco mais de certeza a respeito de quantos são os usuários de crack no Brasil. Acho justo que façamos algumas avaliações, algumas coisas que nos levem à casa dos milhões, mas é preciso que tenhamos um pouco mais de certeza.

Pecamos porque as nossas pesquisas — e temos muitas — falam das drogas e dão o perfil, por exemplo, do consumo de drogas no Brasil. Não há uma ênfase no crack, mas na cocaína. Sabemos que o crack é um derivado, mas não espelha...

Hoje digo que, em função desse programa, já estamos em campo com equipes da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ que vão nos dar, em curto tempo, em mais dois ou três meses, dados preliminares, em âmbito nacional, para que possamos ter as certezas que precisamos ter, não de quantos usam, mas por que usam. Os nossos questionários deve, ser um pouco mais amplos e nos dizer não só quantos usam, mas por que usam. Temos de saber onde e como usam. Temos de saber como as famílias recebem o seu querido membro usuário e quais as dificuldades que ela tem tido para encaminhá-lo. Onde estão os problemas? Isso vai nos trazer algumas realidades que não conhecemos ainda, apenas estimamos que existem. Os senhores Deputados que apresentaram suas considerações o fizeram muito bem; já estão um

passo à frente. Os senhores estão preocupados e têm de ser alarmistas, sim, Deputado Alcení. Concordo com V.Exa, o alarme é um aviso, é uma luz vermelha que está acendendo para todos.

Tenho dito para a imprensa que ela tem feito um trabalho excelente, colocando, dia a dia, nos maiores e nos menores jornais do País, essa questão em tom de alarme, dizendo que é preciso ser feita alguma coisa, porque a coisa está assim e assim, que o consumo está aumentando, que o crack mata etc. Isso é importantíssimo. Tenho dito a eles o seguinte: ajudem-nos. São duas coisas que se pede muito: maior quantidade de leitos e um atendimento melhor ao dependente, o que é importantíssimo, ninguém tem dúvida; e maior eficiência, recurso e equipamento para o combate ao tráfico por parte dos nossos órgãos policiais. Esse é o grande foco da imprensa: atendimento, atenção à saúde e combate ao tráfico. E digo: isso tudo está ótimo, mas vamos nos lembrar de que isso tudo é consequência. Só temos de tratar, porque a droga já agiu naquele moço ou naquela moça. Estamos atrás do prejuízo. Quando apanhamos o traficante, a droga já agiu ou está agindo. Então, estamos atrás do prejuízo.

Falaram aqui em 1 milhão de usuários. Talvez não seja 1 milhão. O ímpeto da fala levou a isso, mas talvez não seja 1 milhão, talvez seja bem menos. Mas, com certeza, existe uma centena de milhão de jovens que não entraram na droga. Então, peço à imprensa que, por favor, nos ajude a que essa centena de milhão não entre na droga. Ajudem-nos no trabalho de divulgação da importância dessa questão. Porque, quando dizem para não entrar na droga, é preciso algo mais do que a vontade de recurso. É preciso vontade política dos nossos líderes do Poder Executivo: Presidente da República, Governador de Estado e Prefeito Municipal. Eles devem se engajar. Aqui foi falada muitas vezes a palavra "comunidade". É preciso atingir a comunidade, proporcionando-lhe condições para se articular, para que exista uma vontade de acertar com o apoio dos Governos Municipais, Estaduais e Federal, e possam, aí, sim, ser feitos planejamentos, políticas municipais, estaduais etc. Infelizmente é muito difícil ter aqui — estamos caminhando para isso — aquilo que foi dito que existe na Itália, em Portugal, que é a capacidade de as regiões, o Estados, os departamentos também assumirem esse compromisso e realizarem um trabalho nas

suas áreas. Infelizmente, os senhores sabem que temos 26 Estados e um Distrito Federal e, com certeza, existem três Estados que nem Conselho Estadual possuem. E a lei prevê que exista um Conselho Estadual sobre Drogas. Três Estados não possuem Conselho; uns dois ou três têm, mas não funcionam.

Então essa é uma dificuldade que vemos na hora da descentralização das ações, porque uma política nacional muito boa não resolve nada; uma política estadual muito boa talvez resolva pouca coisa; mas uma política municipal resolve muito. Uma política municipal, com apoio do Prefeito, resolve muito mais do que uma política nacional. Então é essa busca que precisamos fazer. Foi dito aqui que não existe dinheiro novo. Existe dinheiro novo. Um montante de 410 milhões foi designado para este ano. E não está saindo de outra área. Mas vou deixar que nossos outros painelistas entrem em detalhes, porque é área do Ministério da Saúde, do Ministério do Desenvolvimento, do Ministério da Justiça. O que está na nossa esfera é, por exemplo, a parte de capacitação. É preciso formarmos as lideranças que vão atuar. E não serei eu, nem o Sr. Deputado, nem o senhor, Frei — o senhor, sim, o senhor talvez —, não seremos nós, funcionários públicos, que vamos dizer ao jovem como ele deve proceder. Quem vai dizer isso é o pai, a mãe dele, o professor, o educador, no sindicato, no clube de serviço; é o funcionário de saúde básica, o profissional de saúde, os conselheiros tutelares, os conselheiros da infância, os conselheiros municipais.

E essas turmas vêm sendo capacitadas. Já temos mais de 100 mil capacitadas. Mas, às custas já desse programa, vamos começar agora em agosto, porque são as ações que foram ditas aqui ontem, as ações imediatas, as ações estruturantes. Já vamos ter a partir deste ano, começando em agosto e terminando antes do fim do ano, mais 75 mil lideranças comunitárias, entre educadores, profissionais de saúde, conselheiros, religiosos, lideranças religiosas, capacitados para falarmos uma mesma linguagem, para chegarmos àquele grande contingente que eu disse que ainda não entrou na droga e queremos que não entre.

Enfim, existe dinheiro novo que está vindo para essa área e que está sendo aplicado com muito rigor por esses três órgãos pelos quais somos responsáveis — aliás, quatro — o Ministério da Saúde, o Ministério do Desenvolvimento Social, a própria SENAD e o Ministério da Justiça.

Quanto ao que foi falado aqui sobre a Polícia Federal, prefiro deixar que seu representante aqui possa tecer mais considerações. Só expresso a consciência e o conhecimento que tenho de que a Polícia Federal tem feito um belíssimo trabalho. Graças a esse programa, já estamos entrando na utilização de uma tecnologia moderna e muito cara. Mas esses recursos já vão ser utilizados já para poder patrulhar nossos 9 mil quilômetros.

Minha gente, 9 mil quilômetros de fronteira. E não é fronteira com os países vizinhos não; é fronteira com os maiores produtores de cocaína do mundo, que são Colômbia, Peru e Bolívia, e mais um dos maiores produtores de maconha do mundo, que é o Paraguai. Isso dá 9 mil quilômetros. Nove mil quilômetros, só para os senhores terem uma ideia, só para os nossos amigos estrangeiros terem uma ideia, significam mais ou menos Los Angeles-Nova Iorque, somado com Lisboa-Moscou, somado com Brasília-Rio. Isso dá mais ou menos a nossa fronteira com os países produtores de droga.

Isso é inexecutável para qualquer país do mundo, menos para o Brasil. Digo inexecutável, porque ouço falar que o Estados Unidos da América, que têm uma fronteira pequena, de 2.400 quilômetros, com o México, já chegou à conclusão de que a única maneira que eles têm de segurar a droga que entra do México é construindo um muro entre Estados Unidos e México. E olhem que os Estados Unidos têm muito dinheiro e o México não produz a droga que preocupa lá. O México é apenas um trânsito, não produz. O nosso, não; o nosso é o produtor, são os três maiores produtores de cocaína e o segundo maior do mundo. Então é inexecutável para qualquer País do mundo, menos para o Brasil.

Estamos conseguindo agora, inclusive com aumento dos postos de vigilância, graças a esse plano na fronteira, com a utilização de novas tecnologias inclusive para o voo não tripulado de aeronaves com radares para poder localizar muitas coisas que estão sendo realizadas em função já desse programa na área da repressão, porque esse plano abrange duas vertentes, tanto a repressão quanto a prevenção.

Foi falado do problema da quantidade de leitões. Obviamente, isso vai ficar por conta do representante do Ministério da Saúde. Mas, com certeza, Frei Hans, o

senhor, como representante das nossas comunidades e desse segmento da sociedade — que tem, ao longo do tempo, preenchido espaços do Governo, exatamente pelas nossas dimensões, apesar do esforço do Ministério da Saúde —, o senhor é um representante daqueles abnegados que fazem um trabalho belíssimo. O senhor, que já está com 70 fazendas implantadas, das quais eu conheço várias, pode ficar certo de que este plano que está vindo está consciente disso. O próprio Ministério da Saúde — e com certeza, o Dr. Pedro Gabriel vai se referir a isso — está contemplando também esse entendimento e abrindo portas para que haja condições de termos mais recursos para nossas comunidades, através obviamente da orientação e do disciplinamento que o Ministério da Saúde vai fazer.

Já falei aqui a respeito dos Conselhos de Drogas, que são altamente importantes. E os Deputados podem nos ajudar muito — temos Deputados por todos os Estados — para que seus Estados possam engajar mais esses seus Conselhos Estaduais a fim de que possam ter sua política estadual e, assim, fortalecer nosso sistema.

Não vou me alongar muito, porque os outros companheiros vão falar e o tempo já está se esgotando. Existem muitas coisas nessa área que me empolga, mas me empolgo mais quando vejo o interesse de pessoas do nível dos nossos Deputados, que organizaram esse evento, dos nossos palestrantes, dos nossos convidados, participando, trazendo a sua colaboração.

Mas, Deputado Alcení Guerra, sobre o que V.Exa. disse do nosso programa, que ele era uma superdose de um remédio errado, quero dizer que esta é a visão de V.Exa., que respeito. Mas, na minha ótica, diria que, quanto ao crack, especificamente, ninguém conhece o remédio certo. Ninguém. Então não podemos dizer que o remédio está errado. Estamos trabalhando com muita seriedade nas boas práticas que já existem — é um dos temas aqui do programa, o aproveitamento das boas práticas que temos, como o Consultório de Rua, o Lua Nova e uma série de outros, inclusive com o apoio ao PROERD, que é um serviço interessantíssimo. A nossa Polícia Militar, com a capilaridade que tem nos municípios, está participando, e está sendo feito um trabalho de atualização do PROERD para que ele possa realmente cumprir com essa missão básica. Aliás, a missão dele é mais policial, mas dá essa

contribuição. Em suma, há muitas ações em vários campos, com uma abrangência muito grande, com uma responsabilidade enorme para aqueles que estão com a incumbência da execução perante o Presidente da República.

Já falei aqui no início que não tenho a menor vocação, nem política nem eleitoral —aqueles que me conhecem sabem disso —, mas tenho de reconhecer, pois venho do Governo anterior, que o Governo anterior elaborou a política nacional. E o Presidente Lula chegou dizendo que ia mudar todas as políticas do Brasil. E mudou, menos a política de drogas. Mas sabemos por que ele não mudou a política de drogas: porque ele tinha certeza de que a Política Nacional de Drogas não foi elaborada em gabinete, ela foi elaborada por um processo do Governo anterior, e quem elaborou foi a sociedade. Não sei se os senhores estão lembrado da palestra do Ministro Félix. Nós realinhamos a política que foi preparada no Governo passado.

Então temos de reconhecer que a continuidade desse trabalho foi fundamental para que chegássemos ao ponto hoje de termos uma política nacional que é muito pouco criticada, há muito pouco o que se criticar nela. O que temos de criticar, e aí concordo, é a descentralização dessa política. É preciso que ela seja descentralizada, que os Estados tenham sua política. São poucos os que têm, talvez três ou quatro Estados tenham a política estadual. É uma pena. A essa altura, deveríamos já estar conversando com os Governadores e com os Prefeitos para que fortalecessem seus esquemas. Mas eles não tem estrutura nenhuma. Deveriam ter, mas não têm.

E somos culpados? Somos, porque deveríamos já, como responsáveis pela parte Federal, ter feito mais alguma coisa para que os Governadores se motivassem. Mas, infelizmente, até hoje, tivemos pouco êxito. Alguns êxitos, sim, existem, mas não vou nomear esse ou aquele Estado, esse ou aquele Município.

Não vou me alongar mais. Queria dizer que fiquei bastante satisfeito. Se respondi diretamente os Srs. Deputados, a finalidade era essa mesma, porque os senhores apresentaram uma posição, e nós apresentamos uma outra. Em absoluto, pelo contrário, achei que foram todas muito bem colocadas, as observações. Mas vou deixar agora a palavra para meus demais companheiros.”

5.15 – PALESTRA DO DR. PEDRO GABRIEL DELGADO

A seu tempo, o Dr. PEDRO GABRIEL DELGADO, Coordenador da Área de Saúde Mental do Ministério da Saúde, afirmou que a atual Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde foi instituída em 2003, cujas diretrizes seriam a integralidade e a universalidade, o respeito aos direitos humanos, a intersetorialidade e a redução de danos.

A esse respeito, afirmou que não há soluções simples para o problema do uso e consumo de drogas. Nesse sentido, admitiu que, de fato, abstinência seria um resultado positivo que, caso não ocorra, deve-se considerar como igualmente positivas ações que levem a melhoria geral na qualidade de vida com redução do uso.

Para ilustrar a materialização dessa política, citou diversos programas governamentais previstos em 2003, como a ampliação do número de leitos em hospitais gerais, de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD) e CAPS-AD 24 horas, consultórios de rua e outros.

Lembrou que o crack apareceu no mercado de forma avassaladora em função de seu baixo custo em relação à cocaína em pó – usualmente consumida de forma elitizada, e que causa dependência e danos físicos rapidamente.

Apresentou, ainda, os planos do MS para 2009, que envolveriam a ampliação e o acesso à tratamento nos 100 maiores municípios brasileiros, articulação com as áreas de Assistência Social, Educação, Justiça, Cultura e Direitos Humanos.

Finalmente, garantiu que a abrangência desse programa atenderia todos os municípios acima de 250 mil habitantes, atingindo uma população de 79 milhões, com foco prioritário em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social.

Nota importante: as transcrições das palestras proferidas no Seminário Internacional não foram revisadas pelos oradores.

6 – MISSÃO OFICIAL NO BRASIL

Nos meses de novembro e dezembro de 2010, a Comissão Externa deliberou por visitar algumas capitais brasileiras (Fortaleza, Maceió, Porto Alegre, Guaratinguetá e Rio de Janeiro), com o objetivo de compor uma visão global sobre a questão do uso de crack em nosso País.

6.1 – FORTALEZA, 29/11: ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO CEARÁ

Assim, em **Fortaleza**, Ceará, participou de Audiência Pública da Comissão de Seguridade Social e Família da Assembléia Legislativa do Estado do Ceará, no dia 29/11/2010, cujo tema era debater “Questões das Drogas no Estado do Ceará”. Na oportunidade, a Comissão Externa, representada pelo seu coordenador, Deputado Federal Vieira da Cunha, por mim, Germano Bonow, relator da Comissão Externa, além dos Deputados Federais Raimundo Gomes de Matos e Padre José Linhares, foi recebida pelo Deputado Estadual Antônio Granja, Presidente da CSSF da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará.

Participaram, também, o representante do Sindicato dos Médicos do Ceará, Dr. José Maria Pontes, o Secretário Adjunto do Esporte e Juventude do Estado do Ceará, Sr. Luis Gadelha Rocha Neto, o Secretário Executivo do Conselho de Altos Estudos e Assuntos Estratégicos da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará, Sr. Eudoro Santana, o Presidente do Conselho Estadual de políticas sobre drogas do Ceará, Sr. Herman Normando Almeida, e os Deputados Estaduais Fernando Hugo e Edson Silva.

Após os cumprimentos iniciais, a palavra foi franqueada aos membros da Comissão Externa. Relatou-se aos presentes que, nos últimos 10 anos, o sistema de saúde brasileiro reduziu a oferta de leitos destinados a atendimentos psiquiátricos de

135 mil para menos de 35 mil leitos, apenas. Enquanto isso, a população brasileira cresceu cerca de 40 milhões de habitantes, ou seja, o equivalente à população da Argentina.

Alertou-se para a existência de uma verdadeira epidemia ligada ao crack, droga poderosa que avassala todas as camadas sociais da sociedade brasileira. Ressaltou-se que o Poder Público deveria apoiar o trabalho das comunidades terapêuticas de forma mais incisiva. Foi dito que, no Rio Grande do Sul, existem 151 comunidades terapêuticas que trabalham sem qualquer ajuda do Governo Federal.

Além disso, os participantes foram alertados para o fato de que não é recomendável o tratamento de pacientes psiquiátricos em hospitais gerais, vez que, ao mesmo tempo em que os toxicodependentes são estigmatizados – o que é desfavorável do ponto de vista terapêutico –, os demais pacientes sentem-se ameaçados com a presença de pessoas ligadas a históricos de uso e consumo de drogas.

Por sua vez, o Deputado Estadual Fernando Hugo alertou para o fato de que o álcool provoca males maiores que todas as drogas juntas, o que, para ele, seria justificativa suficiente para que o Governo Estadual retirasse a mensagem que encaminhou para a Assembleia do Estado acerca da redução do ICMS devido por ocasião da importação de bebidas como uísque, vodca, etc.

Sobre o problema do tratamento de toxicodependentes, afirmou que, em sua visão, não há amparo do sistema de saúde pública brasileiro para o tratamento de dependentes químicos. Para ele, há que se focar na repressão, pelas forças policiais, e na ressocialização do toxicodependente, sem a qual não há como evitar a penitenciária ou o cemitério. Em sua visão, é mais favorável que o tratamento se dê em centros especializados do que em ambulatórios gerais. Por fim, afirmou que a droga é a morte em vida.

O Deputado Estadual Edson Silva, recém-eleito para a Câmara dos Deputados, afirmou que o Brasil deveria combater a ação das Forças Revolucionárias da Colômbia no Brasil, a qual executaria ações em território brasileiro voltadas ao abastecimento de armas e drogas para os narcotraficantes de nosso País. Ademais, disse que pretende apresentar proposições no Congresso destinadas a possibilitar a

internação compulsória de toxicodependentes e à criação de fundo nacional destinado a combater o uso de drogas e à criminalidade que lhe é inerente.

Posteriormente, fizeram intervenções os Senhores José Maria Pontes, representante do Sindicato dos Médicos do Ceará, Luís Gadelha Rocha Neto, Secretário Adjunto do Esporte e Juventude do Estado do Ceará, Eudoro Santana, Secretário Executivo do Conselho de Altos Estudos e Assuntos Estratégicos da Assembleia Legislativa do Estado do Ceará e Herman Normando Almeida, Presidente do Conselho Estadual de políticas sobre drogas do Ceará, cujos discursos focaram sobre a questão local do ICMS sobre bebidas quentes.

Logo após, passou-se à fase de debates, onde pessoas ligadas a organizações não-governamentais apresentaram sugestões às autoridades ali presentes. Nas palavras dos debatedores, o Poder Público deveria:

- 1) incentivar as ações estaduais realizadas com eficiência e eficácia no tratamento de dependentes químicos;
- 2) aumentar a repressão ao narcotráfico;
- 3) ouvir o público jovem antes de decidir políticas sobre drogas;
- 4) adotar métodos de reinserção social, principalmente por meio da capacitação profissional;
- 5) melhorar a qualidade da capacitação de profissionais envolvidos com o tratamento de dependentes químicos;
- 6) vedar a participação de entidades públicas no patrocínio de eventos e ações que estimulem o consumo de bebidas alcoólicas;
- 7) vedar a publicidade de bebidas alcoólicas;
- 8) reavaliar a responsabilidade dos gestores municipais ligados aos conselhos municipais;
- 9) melhorar a capacitação das pessoas que fazem o tratamento de dependentes químicos em comunidades terapêuticas;
- 10) envolver os agentes do Programa Saúde em Casa na prevenção ao uso e consumo de drogas;
- 11) aumentar o número de leitos destinados a pacientes que necessitem de desintoxicação, em casos agudos.

6.2 – FORTALEZA, 29/11: DESAFIO JOVEM CEARÁ

À tarde, os membros da Comissão Externa dirigiram-se à comunidade terapêutica denominada “Desafio Jovem Ceará”. Ali, os parlamentares foram apresentados à metodologia de tratamento e recuperação adotada. Ficaram sabendo que a instituição é evangélica e sem fins lucrativos que atua na prevenção ao uso de drogas, na recuperação física, psicológica e espiritual do dependente químico e na sua reintegração social, sem distinção de raça, condição social, política ou denominação religiosa.

Da direção da instituição, souberam que o objetivo geral do Desafio Jovem Ceará é prevenir o uso de drogas e tratar usuários e familiares que vivenciam o problema. Seus objetivos específicos são promover a conscientização, favorecer a suspensão do uso indevido de drogas e o despertar de novos interesses, hábitos, valores e princípios, de forma que o recuperando possa assumir a responsabilidade da sua vida e da sua recuperação, além de aumentar a autoestima do dependente químico.

Foram informados, ainda, que a instituição conta com médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, professores e pessoal administrativo, além de cozinheiras e auxiliares de cozinha. A diretoria explicou que, para manutenção dos trabalhos, contam com recursos públicos repassados por meio de convênios que, infelizmente, não são suficientes para cobrir as despesas ao longo do exercício anual. Para completar a verba necessária, realizam bazares – onde comercializam parte do artesanato produzido nas oficinas pelos internos e contam com doações espontâneas dos familiares, de cidadãos e de recursos obtidos em atividade de telemarketing.

Na ocasião, o Deputado Vieira da Cunha, em nome dos membros da Comissão Externa da Câmara dos Deputados e da Comissão de Seguridade Social e Família, recebeu um trabalho artístico realizado em madeira por um jovem egresso do tratamento proporcionado pela instituição e que hoje é um de seus colaboradores.

Finalmente, os membros da Comissão Externa visitaram as instalações do Desafio Jovem Ceará e conheceram parte da rotina de atividades dos internos que, no momento, estudavam língua portuguesa, sob orientação de duas professoras.

6.3 – MACEIÓ, 30/11: ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DE ALAGOAS

No dia 30 de novembro de 2010, a Comissão Externa reuniu-se pela manhã no Plenário da Assembleia Legislativa do Estado de Alagoas, na cidade de **Maceió**, onde se juntou à missão oficial o Deputado Federal Antônio Carlos Chamariz.

Na ocasião, o Deputado Vieira da Cunha relatou aos presentes um resumo das atividades realizadas até então pela Comissão Externa da Câmara dos Deputados. A seguir, ouviu da Sra. Maria Aparecida Silva de Menezes, assistente social ligada à organização não-governamental Associação Alagoana de Prevenção às Drogas, Atenção à Saúde Mental e Ecologia Humana, que o Conselho Estadual de Entorpecentes não atua há dois anos, desde o final do mandato dos últimos conselheiros.

Ela disse que, apesar de terem sido realizadas eleições, o Governo estadual ainda não deu posse aos novos conselheiros e que, por conta disso, toda a política sobre drogas do Estado está comprometida.

Quanto ao Conselho Municipal de Maceió, relatou que funciona, mas que as ONGs contam apenas com pequeno apoio do órgão. Relatou, ainda, que os dependentes químicos que têm crises agudas somente são admitidos para internação no Hospital Psiquiátrico Portugal Ramalho por períodos máximos de 15 dias e que, após esse período, os protocolos de tratamento são descontinuados.

Além disso, os toxicodependentes são tratados no mesmo recinto do pacientes psiquiátricos. Disse que os Recursos da Secretaria Especial de Promoção da Paz, recentemente criada pelo Governo estadual, são insuficientes para encampar

todas as atividades desenvolvidas pelas comunidades terapêuticas, ficando por volta de R\$400,00/mês por interno.

Como consequência, as comunidades terapêuticas ficam obrigadas a angariar contribuições das famílias dos internos, fato esse que constitui um empecilho à adesão de pessoas de baixa renda. Ressaltou que sua Associação trabalha com foco na prevenção do uso de drogas capacitando multiplicadores que atuarão em suas redes sociais. Disse que, no ano de 2009, receberam unicamente dez mil reais para custear a Associação, provenientes de emendas ao orçamento de parlamentares federais do Estado.

A seu tempo, a Sra. Ubiratânia Maria Aurora de Souza Rodrigues Soares, do Conselho Regional de Psicologia e Conselheira eleita do Conselho Estadual de Entorpecentes, cujo mandato ainda não se instalou, relatou que, no “Desafio Jovem Alagoas”, um dependente químico pode se tratar independentemente de contribuições de sua família.

Perguntada se havia crianças consumindo crack em Maceió, respondeu que sim, e que nesses casos não havia previsão de tratamento, vez que as comunidades terapêuticas somente acolhem a partir da idade de 14 anos. Disse que, em regra, aquele que quer se tratar procura o Centro de Triagem do Estado, onde, após passar por exame clínico e laboratorial, será encaminhado a uma das comunidades terapêuticas onde haja vagas.

Entretanto, ressaltou que a demanda supera em muito as vagas do sistema. Reforçou as palavras da palestrante que a antecedeu, dizendo que os casos agudos somente têm tratamento no Hospital Portugal Ramalho, especializado em casos psiquiátricos.

6.4 – MACEIÓ, 30/11: SECRETARIA ESPECIAL DE PROMOÇÃO DA PAZ DO ESTADO DE ALAGOAS

Após a reunião na Assembleia Legislativa, os membros da Comissão Externa dirigiram-se à Secretaria da Paz, onde foram recebidos pela Chefe de Gabinete do Secretário, Dra. Caterine Fragoso. Em sua exposição, explicou que a Secretaria de Estado Especial de Promoção da Paz, criada em meados do ano de 2009, tem, entre suas prioridades, a formação dos “agentes da paz”, pessoas selecionadas em comunidades onde há índices de violência superiores à média estadual.

Segundo ela, essas pessoas atuam inseridas dentro de suas comunidades e espalham noções de não-violência. Assim, independentemente de serem líderes comunitários ou de simples membros das comunidades, as pessoas são convidadas a vivenciar oficinas e workshops destinados a divulgar o conhecimento de hábitos, costumes e iniciativas voltadas à propagação da não-violência.

Disse que, nessas atividades, também são apresentadas palestras proferidas por juízes, médicos, psicólogos, administradores, policiais, além de profissionais de outras áreas, que procuram sensibilizar os participantes sobre os benefícios sociais de uma convivência pacífica, voltada para a realização de objetivos sociais.

Ademais, explicou que, em face dos padrões impostos pela ANVISA para o credenciamento de comunidades terapêuticas, optaram por trabalhar um tipo de instituição denominada “comunidade acolhedora”.

Nesse modelo, é possível ao Estado repassar recursos para entidades que, de outro modo, não teriam qualquer possibilidade de acesso a recursos públicos. Essas comunidades acolhedoras, segundo ela, baseiam seus tratamentos em terapia ocupacional e religiosidade.

A interface com os serviços de saúde se daria, então, no Centro de Triagem, onde o dependente químico é avaliado clinicamente por meio de exames, a fim de pesquisar se a pessoa detém outras moléstias além da dependência química e psicológica.

Em sua opinião, o programa estadual conta com vários diferenciais positivos, como veículos que podem levar a equipe de profissionais até a casa do toxicodependente, quando houver receio ou temor de sua parte, e tem como objetivo proporcionar tratamento para qualquer pessoa que procure ajuda.

Indagada sobre o número de pessoas internadas atualmente, afirmou tratar-se de cerca de setecentos dependentes químicos nas comunidades de acolhimento, cujo tempo médio de tratamento vai até doze meses. Disse que nos casos agudos a pessoa recebe tratamento médico e pode ser encaminhada a uma casa de passagem. Disse também que não há internação de crianças abaixo de quatorze anos.

6.5 – MACEIÓ, 30/11: DESAFIO JOVEM ALAGOAS

Após a visita à Secretaria da Paz, os membros da Comissão Externa conheceram as instalações do Desafio Jovem Alagoas, onde foram recebidos pela Presidente, Sra. Arlete Quiorato. Alí, os parlamentares visitaram o pátio, os dormitórios e a área de lazer e atividades dos internos.

6.6 – MACEIÓ, 30/11: CENTRO DE TRIAGEM DA SECRETARIA ESPECIAL DE PROMOÇÃO DA PAZ DO ESTADO DE ALAGOAS

Mais tarde, a Comissão Externa dirigiu-se ao Centro de Triagem, onde foi recepcionada pela Dra. Mônica Sarmiento Pereira, assistente social que dirige o órgão, a qual iniciou sua apresentação dizendo que a primeira etapa do programa estadual encerra-se no final de dezembro, quando passará por intenso processo de avaliação.

Disse que, desde já, observa a necessidade de reformular a metodologia e as condições físicas de várias comunidades de acolhimento. Sobre o processo de triagem de pessoas que acorrem ao Centro, disse que são avaliadas inicialmente por médico psiquiatra e, depois, por psicólogo.

Se for o caso de toxicodependência, a pessoa será encaminhada para uma bateria de exames laboratoriais e encaminhada a uma comunidade acolhedora, onde a internação média é de nove a doze meses, ou a uma casa de passagem, instituições onde são acolhidas pessoas ameaçadas e/ou com risco de morte por interação com o tráfico de drogas.

Informou que em um ano e meio de funcionamento, o programa já internou 890 pessoas, das quais 500 continuam em tratamento. A diferença refere-se aos casos de alta, desistência ou desligamento compulsório, para casos de descumprimento dos regulamentos internos de funcionamento das comunidades.

Disse que, em média, são atendidas trinta pessoas por dia, das quais dois terços configuram o perfil para internação por toxicodependência. Lembrou que há uma experiência piloto em andamento que interna pessoas de forma involuntária, desde que haja mandado judicial e acompanhamento do Ministério Público. Por fim, enfatizou que a equipe de profissionais da Secretaria Especial de Promoção da Paz tem como objetivo não desistir de nenhuma pessoa que necessite de tratamento.

6.7 – PORTO ALEGRE, 6/12:

Em Porto Alegre, os parlamentares participaram de Audiência Pública da CMSA - Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, no dia 06/12/2010, na sala João Neves da Fontoura (Plenarinho), às 09 horas, convocada para debater “Questões das Drogas no Estado do Rio Grande do Sul”. Na oportunidade, a Comissão Externa, representada pelo coordenador, Deputado Federal Vieira da Cunha, e pelo Relator, Deputado Federal

Germano Bonow, além dos Deputados Federais Osmar Terra, foi recebida pelo Deputado Estadual Gilmar Sossella, Presidente da CSMA da Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul e pelo Deputado Estadual Kalil Sehbe.

Participaram também os Senhores:

- Thiago Duarte, Vereador, representante da Comissão de Saúde e Meio Ambiente da Câmara Municipal de Porto Alegre e Presidente da Frente Parlamentar Anti-Drogas;
- Rejane Luisa Ritcher, Secretária de Estado Adjunta da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul;
- Carolina Santana, Secretária Municipal Adjunta da Saúde do município de Porto Alegre;
- Roberto Leite Pimentel, Diretor do Departamento Estadual de Investigações do Narcotráfico da Polícia Civil – DENARC;
- Rodrigo Schoeller de Moraes, Promotor de Justiça representando o Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul;
- Maria Letícia de Oliveira Garcia, Presidente do Conselho Estadual de Entorpecentes;
- Ricardo Nogueira, do Hospital Mãe de Deus, Paulo Laureano Brasil, da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas – FEBRACT e representante do Programa de Auxílio Comunitário ao Toxicodependente; e
- Edson Tabajara Rangel, Presidente do Conselho Estadual de Entorpecentes.

Após as apresentações iniciais, o Deputado Estadual Gilmar Sossella destacou a apresentação de projeto de lei estadual que propõe a criação de programa destinado a beneficiar pessoas que concluíram tratamento antidrogas em comunidades terapêuticas, centros de atenção psicossocial e demais estabelecimentos de saúde.

A proposta pretende incluir, através do trabalho, homens e mulheres que atualmente estão privados de condições dignas de vida e tem como ideia central o incentivo ao aumento da oferta de vagas de trabalho a serem oferecidas às pessoas

que buscaram tratamento contra drogas, o que, para o parlamentar, promoveria a reinserção social e profissional do cidadão.

Para o Deputado Estadual Kalil Sehbe, o tema é de grande importância em razão de não haver uma política pública integrada que contemple a educação e a justiça terapêutica. Destacou, ainda, a excelência de algumas comunidades terapêuticas do Estado, ao mesmo tempo em que salientou a falta de regulamentação adequada para o funcionamento dessas instituições.

A Dra. Rejane Luisa Ritcher, Secretária de Estado Adjunta da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, trouxe dados sobre o crack e outras drogas. Disse que, até o início da atual Gestão, não havia um programa específico para o enfrentamento da epidemia do álcool e outras drogas, especialmente o crack. Lembrou que, a partir de então, houve a criação de 671 leitos em hospitais gerais para tratamento de álcool e drogas, especialmente o crack, em todas as regiões do Estado do Rio Grande do Sul, que conta com 134 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

Disse ainda que foi editada uma portaria que regulamenta o funcionamento das Comunidades Terapêuticas e que garante equipes mínimas e planos terapêuticos destinados ao acompanhamento dos usuários em recuperação, após a desintoxicação em hospitais.

Afirmou que houve a contratação de 731 vagas em comunidades terapêuticas para a reabilitação de usuários de crack e outras drogas. Disse também que a rede de atenção para o atendimento de usuários de crack e outras drogas é composta por três premissas básicas: prevenção, assistência e reabilitação.

A palestrante explicou que os programas “Estratégia de Saúde da Família, Prevenção Primeira Infância Melhor – PIM” e “Programa de Prevenção a Violência – PPV” são ações de assistência especialmente voltadas para o primeiro atendimento em serviços de saúde, tratamento da abstinência e desintoxicação, feitos em leitos de hospitais gerais, em leitos de hospitais psiquiátricos, ambulatórios especializados e CAPS.

Afirmou que as ações de reabilitação de médio e longo prazo são realizadas por meio das comunidades terapêuticas. Disse, ainda, que a rede de atenção integral conta com os seguintes pontos de atenção: equipes de estratégia de

saúde da família em 443 municípios, programa PIM em 251 municípios e o PPV em 50 municípios mais violentos do Rio Grande do Sul.

As ações de assistência, reabilitação e reinserção social contam com 109 equipes/ambulatórios, 136 CAPS, 875 leitos em Hospital Geral, 810 leitos em Hospital Psiquiátrico, 671 leitos para álcool e drogas, seis municípios com Serviço Residenciais Terapêuticos, 731 vagas em comunidades terapêuticas e Oficinas Terapêuticas na Atenção Básica em 27 municípios.

A seu tempo, a Dra. Carolina Santana, Secretária Municipal Adjunta da Saúde de Porto Alegre, relatou que, no Município, existem 04 CAPS-AD, 04 CAPS – INFANTIL, 243 leitos para psiquiatria, 108 leitos para dependência química, 39 leitos para alcoolismo em entidades públicas e 73 leitos para dependência química em hospitais privados e que há ainda convênio com comunidades terapêuticas que oferecem 40 leitos para dependência química.

O Delegado Roberto Leite Pimentel, Diretor do Departamento Estadual de Investigações do Narcotráfico da Polícia Civil – DENARC, representante da Secretaria de Estado da Segurança Pública, afirmou que o Estado não sabe como lidar com a questão do usuário e que as medidas tomadas hoje em dia não passam de mero paliativo e que isso persistirá até que se descubra algo que resolva a questão do usuário.

O Dr. Rodrigo Schoeller de Moraes, Promotor de Justiça, Representando o Ministério Público do Estado do Rio Grande do Sul, falou a respeito do protocolo assinado pelo Ministério Público do Rio Grande do Sul, pelo Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, pela Defensoria Pública do Estado do Rio Grande do Sul, pela Superintendência Regional da Polícia Federal no Estado do Rio Grande do Sul e pela Federação das Associações de Municípios do Rio Grande do Sul.

Disse que o objetivo do planejamento e gestão sistêmica é fomentar a adoção de metodologia que possibilite alcançar a efetividade, a sustentabilidade e a paz, interna e externa. Para ele, levando-se em consideração que as causas do crescente desrespeito à natureza e à dignidade humana são sistêmicas, ou seja, decorrem de relações interdependentes e interrelacionadas entre diversos componentes do habitat, preconiza a adoção da metodologia de planejamento e de

gestão sistêmicos, a qual possibilitaria, a partir do foco prioritário escolhido, a visão e a integração de recursos multidisciplinares, intersetoriais e transdisciplinares.

Assim, poder-se-ia estabelecer o que fazer, como, quem, onde, quando, porque, bem como de que forma mapear e integrar todos esses componentes. Para isso, seria importante a percepção de uma missão comum, a ser concretizada com o atendimento integral das necessidades fisiológicas, psicológicas e de auto-realização, gerando impactos proporcionais nos três eixos da sustentabilidade: econômico, social e ambiental, por meio da cooperação. Desse modo, seriam produzidos efeitos públicos, agregando valor sustentável às atividades desenvolvidas.

Para a Dra. Maria Letícia de Oliveira, Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, as ações sobre drogas não foram devidamente contratadas com os hospitais e que por esta razão o Conselho não tem como avaliar corretamente a questão das drogas.

O Dr. Ricardo Nogueira, do Hospital Mãe de Deus, colocou que o hospital dispõe de 600 leitos, 2.500 funcionários e já realizaram 2 milhões e 400 mil atendimentos. Para ele, o aumento no número de suicídios está relacionado ao uso de álcool e drogas, que atualmente o Rio Grande do Sul está com uma média de 1150 suicídios por ano.

Na visão do Vereador Dr. Thiago Duarte, a toxicodependência se inicia pelas drogas lícitas como álcool e tabaco, e que o futuro das crianças está comprometido por causa dessas drogas. Para ele, uma das formas de prevenção passa pelo planejamento familiar. Ressaltou, ainda, a experiência exitosa da terapia comunitária, coordenada pelo agente público e que não haveria como dissociar a internação, os CAPS e as comunidades.

Destacou, que 50% dos usuários de Maconha utilizam drogas mais pesadas como cocaína e crack, que drogas legais como álcool e cigarro costumam ser as primeiras usadas pelos adolescentes e que os traficantes conquistam o “cliente” com a maconha e depois oferecem drogas mais pesadas. que a idade média de início do uso do álcool é de 12,5 anos, do cigarro de 12,8 anos, da maconha de 13,9 anos e de cocaína e crack de 14,4 anos.

Para o Sr. Paulo Laureano Brasil, da Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas – FEBRACT e membro do Programa de Auxílio Comunitário ao Toxicômano – PACTO, a forma de tratamento seria transformar o homem, fazer com que o dependente químico alcançasse a sobriedade e que o não uso fosse apenas uma parte do processo. Afirmou que a dificuldade das comunidades terapêuticas é a obtenção de recursos e o treinamento de técnicos que trabalham nas comunidades.

O Major Edson Tabajara Rangel, Presidente do Conselho Estadual de Entorpecentes e representante do Programa de Auxílio Comunitário ao Toxicodependente trouxe as seguintes sugestões do Conselho:

1) padronizar nacionalmente os acordos de cooperação, celebrados entre os Estados e a SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas, para acesso ao Fundo Nacional Sobre Drogas – FUNAD);

2) fomentar a criação de Depósitos Legais de Veículos oriundos do narcotráfico;

3) editar a Regulamentação Nacional das Comunidades Terapêuticas; atualmente, as atividades das Comunidades Terapêuticas do Brasil estão orientadas pela Norma n.º 101 da ANVISA, e no RS através da Portaria da SES Nº 430 que trouxe soluções intermediárias entre o ideal e o possível para seu funcionamento;

4) editar a Regulamentação previdenciária de trabalhadores, com dependência, em tratamento nas comunidades terapêuticas;

5) sistematizar o controle nacional de precursores químicos utilizados para o refino de cocaína e derivados (crack e merla), pois o Brasil é o maior fornecedor de precursores químicos para o refino de cocaína e seus derivados aos países vizinhos;

6) fortalecer as Redes Sociais;

7) estabelecer restrições de propaganda de Medicamentos e de bebidas alcoólicas;

8) fortalecer órgãos de corregedorias.

À tarde, os membros da Comissão Externa dirigiram-se ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre e foram recebidos pelo Presidente do Conselho Diretor, Professor Doutor Amarílio Vieira de Macedo Neto e pelo Vice-Presidente, Professor Doutor Sérgio Pinto Ribeiro. Ali, os parlamentares foram apresentados à metodologia

de tratamento e recuperação adotada pelo Hospital, além dos projetos que serão implantados na questão de álcool e drogas.

6.8 – GUARATINGUETÁ, 9/12: FAZENDA DA ESPERANÇA

Em Guaratinguetá/SP, dia 09/12/2010, às 10h30min, iniciou-se visita à Comunidade Terapêutica Fazenda da Esperança – Casa de Apoio Sol Nascente. Na oportunidade, a Comissão Externa, representada pelo coordenador, Deputado Federal Vieira da Cunha e pelo Relator, Deputado Federal Germano Bonow, relator, além dos Deputados Federais Alcení Guerra, Geraldo Rezende, Antônio Carlos Chamariz, Dr. Paulo César, Givaldo Carimbão e Marcelo Ortiz, foi recebida pelos fundadores: Frei Hanz Stapel, Sr. Nelson Giovanelli Rosendo dos Santos, Sra. Iraci da Silva Leite, Sra. Lucilene Rosendo dos Santos e Sra. Ilda Celeste, Gerente de Projetos da Fazenda. Em seguida foi apresentada aos parlamentares presentes uma exposição de trabalhos realizados pelas internas.

A Fazenda da Esperança, em Guratinguetá, conta com três centros de acolhimento, dois masculinos e um feminino. O Centro de Recuperação Feminino recebe atualmente oitenta internas, de idades que variam de 15 a 45 anos, que se ocupam com atividades de limpeza, artesanato e orientação espiritual.

Em exposição feita pelo Frei Hanz Stapel, os parlamentares foram apresentados à metodologia de tratamento e recuperação adotada. Souberam que a instituição é uma associação de fiéis, sem fins lucrativos, reconhecida pela Igreja católica, chamada Família da Esperança e que seu trabalho se dá em diversos campos sociais, sendo que o principal é a recuperação psicológica e espiritual de jovens dependentes químicos. Explicou que o trabalho se sustenta no tripé trabalho, vida em comunidade e espiritualidade.

O religioso explicou que as Fazendas da Esperança acolhem atualmente 2.500 internos, com idades entre 15 e 55 anos, espalhados em 52 comunidades por 23 estados do Brasil e em mais 20 comunidades em 10 países. Nos seus 28 anos de existência, já acolheram mais de 20.000 jovens. Em seguida, algumas internas deram testemunho de suas vidas e da sua vivência na Fazenda Esperança. Usaram da palavra os Deputados Vieira da Cunha, Antônio Carlos Chamariz e Givaldo Carimbão.

No período da tarde, os parlamentares visitaram o primeiro centro de acolhimento masculino, onde conheceram as fábricas de produção de água sanitária e de reciclagem de plástico, que é coordenado pelo Sr. Antônio Eleutério Neto, ex-interno e pelo Sr. Elio Lenza. Em seguida, dirigiram-se ao segundo centro masculino, afastado da cidade, que acolhe cerca de 120 internos com idade entre 15 e 50 anos, os quais se ocupam com atividades de limpeza, trabalho da terra e orientação espiritual.

Durante a visita, foi dito aos parlamentares que o trabalho de recuperação de jovens se dá através da inserção do jovem na comunidade terapêutica, num estilo de vida familiar, pautado no respeito ao outro, na responsabilidade e solidariedade. Além disso, há acompanhamento individualizado, com ações específicas com vista à desintoxicação natural, sem uso de medicamentos, com contato com a natureza por meio do cultivo de plantas, animais, horticultura e jardinagem.

São proporcionados inúmeros momentos de socialização, através do esporte, da cultura e do lazer, com o objetivo de estabelecerem relacionamentos de amizade e confiança e através da vivência da espiritualidade procuram construir valores e dar sentido à vida. Nesse sentido, a participação das famílias seria fundamental no processo de recuperação. Às 18h encerrou-se a visita e os parlamentares seguiram para a cidade do Rio de Janeiro/RJ

6.9 – RIO DE JANEIRO, 10/12: Centro de Tratamento e Reabilitação de Adictos – CAPS-AD – CENTRA-RIO

Na cidade do Rio de Janeiro, no dia 10/12/2010, às 08h, os Deputados Federais Vieira da Cunha (Coordenador), Germano Bonow (relator), Alcení Guerra, Dr. Paulo Cesar e Givaldo Carimbão foram recebidos no Centro de Tratamento e Reabilitação de Adictos – CAPS-AD – CENTRA-RIO, da Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil, pela Diretora Técnica, Dra. Selma de A. Pau Brasil.

A Diretora relatou que o CENTRA-RIO possui 60 funcionários, entre os quais 6 médicos psiquiatras, 1 médico acupunturista, 1 médico homeopata, 3 médicos clínicos, 13 psicólogos, 2 assistentes sociais, 1 nutricionista, 1 farmacêutico, 2 enfermeiras, 1 professor de educação física e 3 técnicos em enfermagem.

Disse que a maior procura é devida ao abuso de álcool e que os casos de crack apareceram de dois anos para cá, mas que recentemente os meninos estão voltando a cheirar cola em razão de estarem vendo os danos causados pelo crack. Falou ainda que o atendimento para qualquer pessoa que procure ajuda é imediata; que todos passam por um processo inicial de entrevista, internação - quando é o caso -, e encaminhamento para a rede de assistência social.

Relatou a dificuldade de internação para pacientes na área da saúde mental, pois há falhas na atenção básica em relação a álcool e drogas. Para ela, as emergências contam com Unidades de Pronto Atendimento – UPA, as quais dispõem de 20 leitos, mas que há três hospitais para emergências de saúde mental que são: Instituto Philippe Pinel - PINEL, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB e o Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro – CPRJ.

Disse que se tem recorrido a três clínicas populares, organizações não governamentais ligadas a instituições religiosas, em convênio com a Secretaria Estadual de Assistência Social e de Direitos Humanos e que oferecem 240 leitos, 80 cada uma, funcionando no modelo de comunidades terapêuticas. Porém, não raro, ocorrem casos de violência entre pacientes que terminam em morte. Por esta razão,

introduziram-se equipes de saúdes para atuarem nestas clínicas populares. Ali, os pacientes costumam ficar até 45 dias e são mantidos pelo Estado.

Para a Dra. Selma, a questão do álcool e das drogas não cabe só na saúde, pois envolve a assistência social, cultura, educação e outros, e que o CENTRA-RIO não é a realidade do município do Rio de Janeiro, que tem um percentual de 30 por cento de recuperação dos pacientes. Terminada a exposição, a Diretora levou a comitiva de parlamentares para conhecer as dependências do CENTRA-RIO, onde conversaram com pacientes.

6.10 – RIO DE JANEIRO, 10/12: ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Na Assembleia do Estado do Rio de Janeiro, às 10h30, a missão oficial composta pelos Parlamentares da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados participou de encontro com a Dra. Viviane Tinoco, representante da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil e Assessora da Área da Saúde Mental e a Dra. Regina Senna, representante da Secretaria Municipal de Saúde e Assessora da Área Técnica de Saúde Mental.

Após os cumprimentos iniciais, o Presidente da missão oficial, Deputado Vieira da Cunha, passou a palavra à Dra. Viviane Tinoco, que descreveu a política sobre drogas adotada pelo Estado do Rio de Janeiro, que tem como principais componentes a atenção básica, a atenção nos CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades extra hospitalares especializadas, a atenção hospitalar de referência e a rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS.

Em relação ao crack, disse que o Estado segue as orientações do Decreto nº 7.179/2010, que Institui o Plano Integra do de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Para tanto foram criados: CAPS-AD II e III; Estratégia de Saúde da

Família – PSF/NASF 3; leitos em hospital geral; estratégias de redução de danos; consultórios de rua; casas de acolhimento transitório – CAT 1 /CAT 2/ CAT – Infanto-Juvenil; pontos de acolhimento; e a supervisão rede AD.

Em seguida, foi passada a palavra à Dra. Regina Senna, que destacou o fato de o Município possuir dois CAPS-AD, além de estar implantando o projeto de consultório de rua, com equipes multidisciplinares. Afirmou, ainda, que, depois da restauração da ordem no “Complexo do Alemão”, os CAPS da região, mesmo não sendo do tipo álcool e drogas, estão recebendo um grande número de pessoas que apresentam crises de abstinência.

A seguir, a Psicóloga Márcia Pasarellles pediu a palavra e ressaltou que o sistema estatal destinado ao tratamento de toxicodependentes ressentem-se da falta de um hospital específico, da implantação de um maior número de comunidades terapêuticas e de normatização específica, destinada a regulamentar-lhes o funcionamento.

Ao final dos debates, o Deputado Vieira da Cunha agradeceu a presença de todos e encerrou a reunião.

6.11 – RIO DE JANEIRO, 10/12: UPP DO MORRO SANTA MARTA

O próximo compromisso da missão oficial se deu no Morro de Santa Marta, onde os parlamentares foram apresentados às instalações de uma Unidade de Polícia Pacificadora – UPP – lá instalada. Às 14h30, os Deputados Federais foram recebidos pelo comandante da unidade, Major Pricilla Azevedo, cuja UPP conta com 120 policiais.

Além da questão da segurança, a iniciativa trouxe outros benefícios para a comunidade, como a construção de casas e creches, saneamento básico, acesso gratuito à internet sem fio, regularização da rede elétrica e implantação de bondinhos que levam os moradores ao topo do morro em aproximadamente dez minutos.

Segundo a Major Pricilla, no início da UPP, uma parcela de moradores do Morro Dona Marta resistiu ao novo projeto, o que, em seu ponto de vista, era compreensível, haja vista que a população da favela ficou por muitos anos sem conviver com a Polícia Militar.

Nesse sentido, o maior problema que encontraram no processo de implantação da UPP foi o fato de que alguns moradores tinham a polícia como inimiga. Hoje, cerca de 98% dos moradores sabem que a Polícia Militar só quer o melhor para a comunidade, o que pode ser comprovado por recente estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Pesquisa Social – IBPS, encomendada pelo jornal “O Globo”, que mostra que as UPPs são amplamente aprovadas em favelas, com índice de aprovação de 92%. Após a exposição da Major Pricilla, a comitiva visitou a favela do Morro Santa Marta.

II - VOTO

“Crack”: a palavra que consome o País.

A “pedra da morte que custa apenas R\$ 5,00 e atrai, indistintamente, ricos e pobres, crianças e adultos, desempregados e trabalhadores...”. Foi dessa forma que o jornal Correio Braziliense iniciou uma série de reportagens (novembro de 2009) sobre a droga que “descobriu o Brasil”.

Antes restrito aos grandes centros urbanos, o crack chega agora às pequenas cidades. Essas reportagens mostraram como a “pedra da morte se tornou a mais recente tragédia nacional.”

Na publicação “*Drogas y Conflicto*”, do *Transnational Institute – TNI* (Holanda, novembro de 2004), analisa-se a questão das drogas e da violência no Brasil. No estudo, cita-se que o Brasil é o segundo país no mundo em consumo de cocaína.

Por sua vez, o Escritório contra Drogas e Crime das Nações Unidas – UNODC vem alertando anualmente para um problema de características mundiais. Em relação ao período de 2005/2006, diz o órgão que há uma tendência de aumento do uso de cocaína na América do Sul, bem como de anfetaminas e maconha. Cita, ainda, a Espanha como principal porta de entrada da cocaína que entra na Europa.

A origem dos carregamentos é a América Latina (Venezuela, Brasil e outros). Os países mais citados que compõem a rota da cocaína – da América do Sul para a Europa -, via África são: Brasil, Peru, Venezuela e Colômbia. Autoridades da Guiné estimam que cerca de 60% da cocaína que chega ao País vem do Brasil.

O Relatório do Escritório da ONU, de 2007, diz que o País é o maior mercado de opiáceos (sintéticos) na América do Sul (600 mil pessoas) e continua sendo rota do tráfico de cocaína para a Europa. Ademais, há aumento das atividades de

gangues de traficantes de cocaína no Sudeste e aumento da exploração do Brasil por grupos do crime organizado internacional.

Quanto à maconha, sabe-se que o Brasil produz grandes quantidades que, porém, não são suficientes para abastecer o mercado nacional. Dessa forma, acabam acontecendo grandes “importações” da droga a partir do Paraguai.

Ainda em relação à maconha, diz o Relatório que o aumento do uso mais importante foi no Brasil, o qual fez importantes apreensões que giraram em torno de 152 toneladas.

Em relação ao consumo de anfetaminas, somos o mercado mais importante da América do Sul, diz o documento. Refere, ainda, uma importante participação brasileira nas reuniões sobre drogas na América do Sul. Sobre isso, há estudos comparativos sobre o uso indevido de drogas que confirmam que a *Cannabis* é a droga ilícita mais utilizada por estudantes secundaristas na América do Sul. Aqui, o Brasil é exceção, em face de a maior prevalência estar ligada ao uso de substâncias inaláveis, que ocupam o primeiro lugar.

Além disso, aumentou no Brasil os laboratórios clandestinos de processamento de pasta de coca em 2006. Aumentou o uso de crack, especialmente entre pessoas de baixa renda das zonas urbanas, o que contribui para agravar ainda mais a violência relacionada com drogas e problemas sanitários.

O Relatório da UNODC de 2009 diz ainda que o Brasil é o maior mercado de cocaína da América do Sul. Em números absolutos, estima-se que aproximadamente 890 mil pessoas façam uso da substância. Ademais, o número de consumidores de substâncias derivadas de anfetaminas dobrou nas áreas urbanas.

Segundo o documento, o número de usuários de maconha passou de 1%, em 2001, para 2,6% em 2005, e houve aumento nas apreensões de ecstasy, que chegaram a 210 mil comprimidos.

A seu tempo, o Relatório da UNODC do ano de 2010 expõe uma grave falta de serviços de tratamento para usuários de drogas em todo o mundo. “Enquanto pessoas de países ricos podem pagar pelo tratamento, pessoas pobres e/ou países pobres estão enfrentando as piores consequências à saúde”, alerta o Sr. Antonio Maria

Costa, diretor-executivo do Escritório das Nações Unidas. Para ele, “a dependência é um problema de saúde tratável, não uma sentença de morte.”

O Brasil continua sendo motivo de preocupação quanto ao consumo de cocaína, maconha, anfetaminas e opiáceos, é o que revela o Relatório ao analisar as taxas de prevalência de uso de várias drogas no Brasil, para o ano de 2005.

Por sua vez, o Relatório Brasileiro sobre Drogas – 2009, do Ministro Jorge Armando Félix, Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República e Presidente do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas disponibiliza dados sobre o consumo de drogas no Brasil.

O objetivo do Relatório é dotar o País de uma fonte unificada de informações voltadas a orientar a resolução de problemas relacionados ao uso de drogas. Por exemplo, no caso do crack, diz o Relatório que, de 2001 a 2005, praticamente não houve aumento no número de usuários. Porém, na segunda metade da década, há evidências de uma associação entre o consumo, os agravos à saúde e à violência.

Os autores do documento pedem cautela na análise dos dados e lembram que os estudos foram feitos a partir de pesquisas. Nesse sentido, afirmam que as primeiras conclusões mostram que as drogas com maior uso na vida, tanto em 2001 como em 2005 são, pela ordem:

- | | | |
|---------------|----------------------|------------------|
| 1 - álcool | 5- benzodiazepínicos | 9- estimulantes |
| 2 - tabaco | 6- orexígenos | 10- barbitúricos |
| 3 - maconha | 7- cocaína | 11- esteroides |
| 4 - solventes | 8- codeína | 12- outros |

O uso na vida do álcool, tabaco, maconha, cocaína e crack foi inferior ao encontrado nos Estados Unidos. A prevalência do uso na vida de qualquer droga, exceto álcool e tabaco, foi maior na Região Nordeste do Brasil, onde 27,6% dos entrevistados afirmou já ter feito uso de alguma droga.

Ademais, o estudo apresenta a constatação de que, nas 108 maiores cidades do Brasil, o uso na vida de álcool foi de 74,6% e a estimativa de dependentes de álcool é de 12,3% da população brasileira.

A pesquisa sobre drogas realizada em 2004 sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino das capitais brasileiras apresentou algumas conclusões perturbadoras. Segundo a pesquisa:

- o uso de drogas não está restrito a determinadas classes sociais;
- os entrevistados do sexo masculino utilizam mais maconha, cocaína, energéticos e esteroides anabolizantes, enquanto que as mulheres utilizam mais anfetaminas e ansiolíticos;
- álcool e tabaco foram as drogas com a menor média de idade para o primeiro caso: 12,5 e 12,8 anos, respectivamente; maconha apresentou uma idade de 13,9 e cocaína, 14,4 anos;
- o uso pesado (20 vezes ou mais por mês) atingiu 2,0% dos estudantes das 27 capitais;
- na faixa de 10 a 12 anos já se observa uso na vida para 12,7%;
- o crack foi utilizado por 0,7% dos estudantes, o que é inferior ao observado nos Estados Unidos, onde 2,6% dos estudantes já experimentaram a droga;
- não houve relato de uso de heroína.

No levantamento feito em 2007, destinada a levantar dados relativos ao consumo de álcool no País, obtiveram-se as seguintes conclusões:

- 48% da população brasileira é abstinência (35% dos homens e 59% das mulheres);
- Para avaliar como os brasileiros bebem, foram utilizadas duas variáveis: frequência e quantidade; baseados nesses critérios, concluiu-se que metade da população não bebe; 9% bebe com um padrão perigoso, 15% classificam-se como bebedores

potencialmente perigosos e 29% bebe com um padrão relativamente seguro;

- A cerveja é a bebida nacional, ingerida por ambos os gêneros e classes sociais.

Esse Relatório estuda as drogas e suas relações com populações indígenas, correlação com AIDS, hepatite, internações hospitalares, mortalidade, afastamentos laborais e aposentadorias, das quais podemos destacar o número de internações associadas a transtornos mentais e comportamentais pelo uso de drogas, de acordo com tabela reproduzida da página 164 do citado Relatório, como se segue:

Tabela 1: número de internações associadas a transtornos mentais e comportamentais pelo uso de drogas. Brasil, 2007.

| Droga | Número de internações | Porcentagem |
|------------------------|-----------------------|-------------|
| Álcool | 95.196 | 68,7 |
| Opiáceos | 2.232 | 1,6 |
| Canabinoides | 1.138 | 0,8 |
| Sedativos e hipnóticos | 737 | 0,5 |
| Cocaína | 6.912 | 5,0 |
| Outros estimulantes | 270 | 0,2 |
| Alucinógenos | 224 | 0,2 |
| Tabaco | 50 | 0,0 |
| Solventes voláteis | 244 | 0,2 |
| Múltiplas drogas | 31.582 | 22,8 |
| Total | 138.585 | 100 |

Fonte: Relatório Brasileiro sobre Drogas – 2009

Observa-se, portanto, que o número de internações ligadas a transtornos devidos ao álcool é de quase 69%, as internações decorrentes de múltiplas drogas 23% e de cocaína, 5%.

A tabela seguinte, transcrita do citado documento, mostra, por sua vez, o número de internações decorrentes do uso de drogas no SUS e o número de leitos psiquiátricos em hospitais especiais do SUS, por ano:

Tabela 2: número de internações decorrentes do uso de drogas no SUS e o número de leitos psiquiátricos em hospitais especiais do SUS, por ano.

| Ano | Internações pelo uso de álcool e drogas | Número de leitos | Leitos em hospitais gerais | Número de CAPS | Número de CAPSAD |
|------|---|------------------|----------------------------|----------------|------------------|
| 2001 | 143.999 | - | - | 295 | - |
| 2002 | 144.673 | 51.393 | - | 424 | 42 |
| 2003 | 145.070 | 48.303 | - | 500 | 57 |
| 2004 | 134.573 | 45.814 | - | 605 | 78 |
| 2005 | 133.510 | 42.076 | - | 738 | 102 |
| 2006 | 129.619 | 39.567 | 2.300 | 1.010 | 138 |
| 2007 | 134.674 | 37.988 | 2.392 | 1.155 | 160 |
| 2010 | - | 35.426 | 2.568 | 1.541 | 242 |

Fonte: Relatório Brasileiro sobre Drogas – 2009 e Saúde Mental em Dados nº 7, junho de 2010/MS

Deve-se ressaltar, portanto, que há uma política de fechamento de leitos psiquiátricos em hospitais especializados em psiquiatria, onde foram desativados mais de 13.000 leitos, enquanto que a abertura de novas vagas em hospitais gerais foi de pouco mais de 2.500 leitos nesta década.

Veja-se, ainda, durante o período estudado, que o número de internações oscila entre quase 144 e 134 mil, enquanto que os leitos disponíveis diminuem em mais de 13 mil em hospitais especializados.

Além disso, entre 2007 e 2008, constata-se uma redução de 2.562 leitos psiquiátricos em hospitais especializados e um aumento de 176 leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Não é de se surpreender que na rede ambulatorial (CAPs, emergências, etc.) não haja leitos a disposição quando necessários.

Deve-se destacar, também, as palavras do Ministro Lincoln Magalhães da Rocha, do Tribunal de Contas da União, proferidas no Acórdão 654/2005, que assim se manifestou: “Também gostaria de ressaltar a relevância social do tema saúde mental dentro da área de atendimento da saúde pública, visto que, conforme informado no Relatório de Auditoria, a Organização Mundial estima que 3% da população mundial sofre com transtornos mentais severos e persistentes, 6% apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas, 12 % necessita de algum atendimento em saúde mental, seja contínuo ou eventual e 24% apresentam algum tipo de transtorno mental.”

Para o Ministro, “estas estatísticas causam preocupação quando avaliamos a situação do atendimento à saúde mental do País, uma vez que, ao longo do relatório, ficou demonstrado que o número de leitos disponíveis vêm, gradativamente, sendo reduzido, alcançando, em 2004, 44.234 (...), número muito pequeno se comparado à população que se estima portadora de distúrbios mentais.”

Ainda sobre o Relatório Brasileiro sobre Drogas – 2009, sabe-se que a mortalidade associada ao uso de drogas no período de 2001 a 2007 relatou 46.888 óbitos, dos quais o álcool foi o responsável por 40.618, ou seja, 86,6%. O número absoluto de óbitos cresceu no período considerado, como se pode observar pelos seguintes dados:

Tabela 3: Óbitos associados a transtornos mentais associados ao uso de drogas no Brasil, de 2001 a 2007

| Ano | Número de mortes |
|--------|------------------|
| 2001 | 5.389 |
| 2002 | 5.738 |
| 2003 | 5.932 |
| 2004 | 6.541 |
| 2005 | 7.247 |
| 2006 | 7.885 |
| 2007 | 7.856 |
| Total: | 46.588 |

Fonte: Relatório Brasileiro sobre Drogas – 2009

A análise dos afastamentos laborais em decorrência do consumo de substâncias psicoativas no Brasil, no período de 2001 a 2006 mostra um total de 43.308, dos quais 56,7% foram devidos ao álcool, 8.691 à cocaína e 4.164 relativos a policonsumo.

No que diz respeito a aposentadorias devidas a acidentes e problemas relacionados ao uso de drogas, no período de 2001 a 2006, 75,3% foram devidos ao consumo de bebidas alcoólicas.

Em relação às ocorrências policiais devidas a crimes de posse e tráfico de drogas, registrados no País entre 2004 a 2007, relata-se a existência de 207.824 casos. No que diz respeito a apreensões de drogas pelo Departamento de Polícia Federal, no período de 2001 a 2007, observa-se uma tendência de aumento da cocaína (78.328 Kg). Há, ainda, um acentuado aumento na apreensão de crack e mais de um milhão de toneladas de maconha. Também foram apreendidas drogas como LSD, ecstasy, haxixe, morfina, heroína, dentre outras.

O mapeamento das instituições de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e drogas registrou 9.038 instituições que realizam atividades de prevenção, tratamento, redução de danos e ensino e/ou pesquisa. A maior parte dessas instituições é de autoajuda (6.367 casos, que correspondem a 70% do total).

Veja-se que essas instituições podem atuar como os programas Alcoólicos Anônimos, Amor Exigente ou Narcóticos Anônimos. Nem todos os Estados detém, contudo, instituições de autoajuda mas, de alguma forma, todos os estados têm alguma instituição com programas de prevenção, tratamento ou redução de danos, embora com cobertura insuficiente.

O Relatório descreve a Política Nacional de Saúde Mental, a qual tem a seguintes diretrizes:

- Reorientação do modelo de cuidado: do cuidado centrado no hospital para o cuidado numa rede aberta e diversificada de serviços;
- desinstitucionalização de pessoas longamente internadas;

- implementação e consolidação da rede aberta de atenção psicossocial;
- construção e inserção de uma política de drogas no campo da saúde pública;
- inclusão social da pessoa com transtornos mentais;
- formação permanente de recursos humanos;
- construção de novos referenciais para a loucura e os cuidados necessários;
- integração com outras políticas públicas;
- estímulo à pesquisa.

A atenção em saúde mental no SUS se dá através de diversos dispositivos articulados em rede:

- CAPS – centros de atenção psicossocial
- SRT – serviços residenciais terapêuticos
- Ambulatórios
- Centros de convivência e cultura
- Leitos de atenção integral
- Serviços hospitalares de referência para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas

Para além desses, compõem a rede as ações de saúde mental na Atenção Básica e as ações de inclusão social pelo trabalho.

- Programa de Volta para Casa

Então, como se sabe, os CAPs constituem a espinha dorsal da Política Nacional de Saúde Mental e são estruturados em equipes dotadas de médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e outros profissionais de saúde mental, além de assistentes sociais. É considerado estratégico para a mudança de modelo.

É função dos CAPs, portanto, prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos, promover a inserção

social, regular a porta de entrada da rede e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica.

Existem CAPs para adultos com transtornos mentais severos e persistentes (CAPs I, II e III – este último dotado da previsão de funcionar ininterruptamente por 24 horas), para crianças e adolescentes com transtornos mentais (CAPs-i) e para pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas (CAPsAD).

A publicação “Saúde Mental em Dados”, ano II, nº 4, do Ministério da Saúde, relata que no fim da década de oitenta existiam no País 10 CAPs. Passados vinte anos, o nº 7, do ano V, da mesma publicação, afirma que existem 1.541 CAPs e o Relatório diz que a cobertura é considerada boa ou muito boa em 17 estados brasileiros, de acordo com o indicador do próprio Ministério da Saúde, que adota a proporção de um CAPs para cada 100 mil habitantes. Sobre isso, veja-se que a publicação Saúde Mental em Dados nº 7, de 2010, afirma que chegou-se a 63% de cobertura.

Em relação aos CAPs, crê-se que cabem algumas considerações:

i – os CAPs tipo I, que não têm psiquiatra em seus quadros, constituem quase a metade do total (deve-se observar, inclusive, que este tipo de unidade é destinado ao tratamento de **pessoas com transtornos mentais severos e persistentes**);

ii – os CAPs tipo III, que funciona nas 24 horas do dia, não está instalado em 14 estados, entre eles o Distrito Federal, Goiás, Rio Grande do Sul, etc.;

iii – os CAPs-i, como os outros, são serviços municipais de saúde; em julho de 2010, havia cinco estados da federação que não dispunham de nenhuma unidade;

iv – CAPsAD, os quais foram originalmente programados para atender durante a semana, fechando à noite, finais de semana e feriados; sabe-se que existem 242 dessas unidades, sendo que o Ministério da Saúde prevê que é necessário um CAPsAD para cada 100 mil habitantes; veja-se ainda que o Plano Emergencial para atenção integral a usuários de álcool e drogas no SUS (PEAD) implantou 26 CAPsAD

entre junho de 2009 e maio de 2010. O PEAD prevê, também, a abertura de CAPsAD com funcionamento ininterrupto.

Além disso, sabe-se que, ao mesmo tempo em que aumenta o número de CAPs, diminui o número de leitos em hospitais psiquiátricos. Na justificativa de um projeto de lei do fim dos anos 80, o autor refere-se à existência de 120 mil leitos psiquiátricos no País. Em Saúde Mental em Dados, nº 7, ano 2010, consta a informação de que o total de leitos disponíveis em hospitais psiquiátricos é de 35.426.

Portanto, conclui-se que fechamos mais de 80 mil leitos nos últimos vinte anos, período em que a população cresceu mais de 40 milhões de pessoas, o equivalente à população da Argentina.

A estratégia seria fechar leitos em hospitais psiquiátricos e abrir leitos em hospitais gerais. Os hospitais psiquiátricos possuem capacidade instalada para ampliar o número de leitos, porém, a estratégia é desativar os leitos existentes.

Os hospitais gerais não têm atendido a orientação da Política Nacional. Veja-se que, em 2010, tínhamos cerca de 2.568 leitos distribuídos em 415 hospitais. Chama a atenção que em alguns estados há 3 leitos em 2 hospitais. É claro que manter uma equipe com vários profissionais de nível superior para atender 1 ou 2 pacientes é muito caro.

Por outro lado, internar em um hospital geral que possua um ou dois leitos para pacientes em síndrome de abstinência transmite a ansiedade para os que lá estão internados para tratamento de outras doenças.

O PEAD prevê a abertura de 2.500 leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Segundo as audiências, tem encontrado dificuldade para concretizar o objetivo.

No SRT – Serviço de Residência Terapêutica, que acolhe os egressos de manicômios e os instala em casas (módulos) com até 8 hóspedes, houve um crescimento significativo nos últimos 8 anos, quando passou-se de 85 para 564 módulos. No entanto, o número de beneficiários é pequeno, ou seja, 3.062, que somados aos beneficiários do Programa de Volta para Casa (3.574), fazem pouco menos de 7 mil pessoas. Temos ainda relatado a existência de 860 ambulatórios de saúde mental.

Sobre o dispositivo conhecido como Centro de Convivência e Cultura, onde o paciente pode usufruir de oficinas de trabalho e lazer, entre outras, sabe-se que estão instaladas somente em apenas 6 estados.

Em síntese, os CAPs são insuficientes e não há perspectiva de que nos próximos anos consiga prestar o atendimento que o cidadão necessita. Os centros de Convivência e Cultura, os Serviços de Residência Terapêutica e o Programa de Volta para Casa estão muito distantes de atingirem suas metas. A velocidade de desativação de leitos em hospitais psiquiátricos (16.000 leitos nos últimos 7 anos) não é compensado com a implantação de leitos em hospitais gerais, que hoje contam com pouco mais de 2.500 leitos.

Ademais, a política de Saúde Mental do País parece ignorar a instituição conhecida como comunidade terapêutica, apesar de existirem até normas para o seu funcionamento (ANVISA – 2001). O Ministério da Saúde não sabe quantas são, onde estão, quem são, o que fazem, como fazem, quantos atendem e como atendem, sendo que as informações oficiais a respeito do tema constituem-se de meras estimativas.

No Rio Grande do Sul, em maio de 2010, havia 151 comunidades terapêuticas listadas, com nome, endereço, identificação dos responsáveis e onde estavam internadas pouco mais de 5 mil pessoas. Alguns estados, como o Rio Grande do Sul, instituíram até mesmo uma bolsa com o objetivo de custear a internação de toxicodependentes em comunidades terapêuticas.

Em São Paulo, a Fazenda da Esperança possui, em Guaratinguetá, sua sede e três outras fazendas destinadas à recuperação de jovens. Essa obra social se estende a 72 outras comunidades, sendo que 52 só em nosso País e 20 distribuídas em outros 10 países. Registre-se, por oportuno, que não há qualquer vínculo desse organismo com a rede de saúde pública.

Em Alagoas, o atendimento da toxicodependência é feito por meio de sistema estadual, cuja porta de entrada é um centro de acolhimento, onde é feita a triagem e as pessoas podem ser encaminhadas para a rede básica de saúde, ou CAPs, hospital ou comunidade terapêutica.

Essas comunidades terapêuticas são supervisionadas, avaliadas e recebem a visita periódica de um representante do Programa Saúde da Família (Anjos da Paz). O sistema todo está ligado à Secretaria Especial de Promoção da Paz, cujo titular despacha com o Governador. O trabalho de Alagoas busca ainda a reinserção social dos clientes que necessitem. **Trata-se de modelo único no País, dotado de começo, meio e fim, e que conta com avaliação permanente.**

Por sua vez, o Relatório Brasileiro sobre Drogas – 2009 diz, em suas considerações finais, que a enorme dimensão desses problemas que sobrecarregam toda a sociedade brasileira exige ações que aperfeiçoem sua abordagem, considerando a complexidade da questão, a inserção cultural do uso de substâncias, as diferenças regionais de padrão de consumo, a disponibilidade de recursos e as vulnerabilidades observadas em parcelas da população.

O Relatório utiliza dados de pesquisas e números oficiais. A sociedade brasileira, no entanto, acompanha no seu cotidiano, por meio dos canais de comunicação, a questão do crack. O assunto é tratado na TV, nas rádios, nos jornais e quem circula pelas ruas vê o drama das chamadas cracolândias.

O crack é uma mistura do resíduo da fabricação da cocaína com amônia, bicabornato, gasolina ou outros solventes. Apresenta-se na forma de pequenas “pedras” irregulares e são fumadas em cachimbos improvisados a partir de embalagens vazias encontradas no lixo comum.

Em Porto Alegre, custam em média 10 reais, sendo que um dependente pode chegar a fumar 20 pedras por dia. Sabe-se que os efeitos são similares à cocaína inalada ou injetada, porém, mais rápidos e intensos, pois o crack leva somente 15 segundos para chegar ao cérebro e seu efeito dura por volta de 15 minutos, bem mais rápido e danoso que a cocaína.

Segundo alguns autores, entre eles Solange Nappo, a compulsão para o uso do crack, que os usuários chamam de fissura, é muito mais poderosa que a desenvolvida por usuários de cocaína aspirada ou injetada. O usuário experimenta uma sensação de empolgação, euforia, bem estar, um aumento de sua capacidade intelectual e física. Desenvolve insensibilidade à dor e ao cansaço.

Para Cesar Weber e outros, o crack é, atualmente, a droga que mais causa devastação no organismo do usuário. Os mesmos autores citam Sandra Scivoletto, pesquisadora do Hospital de Clínicas da USP, para quem o aumento da criminalidade entre os usuários é assustadora. Faz-se necessário que haja forte incremento nos meios de tratamento a esses toxicodependentes, por meio de incentivos para a abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, remunerados bem acima da média, e o credenciamento de leitos em fazendas terapêuticas, como fez o Governo do Estado do Rio Grande do Sul, que financia mil vagas nessas instituições.

Em artigo publicado pelo jornal Zero Hora, em 11/6/2009, Cesar Weber afirma que o uso do crack é, sim, queiramos ou não, uma doença de caráter epidêmico e, como tal, demanda tratamento especializado. Assumindo-se como uma questão de saúde pública, o seu enfrentamento passa a desafiar os gestores responsáveis e as perspectivas políticas públicas de combate.

Por sua vez, Rogério da Paz, em um de seus artigos diz que há que se destacar que esta epidemia refluiu, foi reduzida drasticamente em outros países como Estados Unidos e Colômbia, em face de medidas tomadas pelos citados países.

O jornal Folha de S. Paulo de 21/5/2010 diz que “Plano do Governo contra o crack inclui promessa rejeitada”. O projeto de dobrar o total de leitos para dependentes químicos no SUS, anunciado em junho de 2009, não saiu do papel. No mesmo dia, no mesmo jornal: “Governo não sabe tratar craqueiros”, declaração do médico Dráuzio Varella.

O editorial do Correio Braziliense de 26/11/2009 refere-se à tragédia revelada por uma série de reportagens realizada em vários estados brasileiros: “o retrato é avassalador: o crack virou epidemia nas localidades mais remotas do território nacional – invadiu os pequenos municípios, a zona rural e chegou até às aldeias indígenas -; propagase com a rapidez com que vicia; mas, o trabalho não só confirma o fracasso da política antidrogas do governo, admitido pelo próprio Presidente Lula no início do mês, como mostra que a nova reação é pífia diante do problema. O editorial critica o Plano emergencial e diz que é preciso mais, mas muito mais...”

Em 3/7/2010, o mesmo Correio Braziliense transcreveu as palavras do Dr. João Alberto Carvalho, da Associação Brasileira de Psiquiatria, que, em reportagem

sobre a ampliação da rede de CAPs, cujo título é “Mira Distorcida e Passos Bem Lentos”, pergunta: “cadê os hospitais gerais, os ambulatórios psiquiátricos? Esses outros canais de serviço simplesmente não existem.” Impende lembrar que, até dezembro de 2010, não havia um único CAPs tipo III no Distrito Federal, de funcionamento ininterrupto.

Domingo, 5 de dezembro de 2010: “especialistas ouvidos pelo Correio avaliam que a redução do consumo deve passar, necessariamente, por uma outra política: a de saúde pública.” Refere-se a matéria, ainda, que o valor do tratamento destinado à internação de toxicodependentes, que foi de 468 milhões de reais em 1998 diminuiu para 321 milhões em 2007, segundo Daniel Cerqueira do IPEA, enquanto que as mortes por bebida alcoólica aumentaram em 40% e o número de mortes por drogas ilícitas cresceu mais de 150%.

Ainda segundo o Correio Braziliense de 12/12/2010, em matéria de capa, afirma que “quadras do plano viraram cracolândia”². Além disso, caso essas informações todas ainda não bastassem, as imagens levadas aos quatro cantos do mundo em função da ocupação do Complexo do Alemão no Rio de Janeiro, no fim de novembro de 2010 e as apreensões de 39 toneladas de maconha, 235 quilos de cocaína, fuzis, pistolas e granadas, deveriam servir para que as autoridades de saúde pública entendessem que droga é também um problema de saúde.

E mais, estamos atravessando uma epidemia de magnitude desconhecida no que se refere à incidência por área geográfica, sexo e idade, com recursos insuficientes (leitos, CAPs, ambulatórios do SUS) e ignorando uma sociedade ávida por colaborar (Alcoólicos Anônimos, Amor Exigente, Narcóticos Anônimos, comunidades terapêuticas) e por questões ideológicas ou por pura teimosia fazemos de conta que elas não existem.

² Para as pessoas que não são familiarizadas com o traçado urbano de Brasília, “quadra” é uma denominação abreviada de “superquadra”, unidade de vizinhança que se assemelha a um grande quarteirão, composto de edifícios de apartamentos de seis ou três pavimentos e uma via de acesso única; “plano”, por sua vez, refere-se ao Plano Piloto de Brasília, área da capital onde se localizam as superquadras (área residencial) e as áreas administrativas, com edifícios governamentais da União e do Distrito Federal.

O problema das drogas é encarado pelo Ministério da Saúde como se fosse passível de ser solucionado em 26 CAPSAD, 34 consultórios de rua e promessas de leitos em hospitais gerais. Parece claro que há uma cisão entre a realidade e a percepção da realidade, sintoma de esquizofrenia institucional.

O momento não permite sonhar com projetos ideais, a epidemia do crack bate à porta das famílias brasileiras e brasileiras (Correio Braziliense de 12/12/2010). É preciso a união de todos em função de um objetivo comum que é a saúde e o bem estar do povo brasileiro.

As tentativas do Chefe do Poder Executivo, Presidente Lula, tanto em 2009 como em 2010, esbarraram em questões burocráticas, operacionais e administrativas. Os CAPSAD ainda não funcionam 24 horas, os leitos em hospitais gerais são insuficientes, os consultórios de rua são insignificantes, as comunidades terapêuticas seguem à margem e assim por diante.

Estamos diante de uma epidemia, se as forças de segurança pública, sob o aplauso da população, se valerem da Marinha, do Exército e da Aeronáutica para intervir no Complexo do Alemão, como que poderíamos ignorar a sociedade civil organizada para enfrentar a doença? É inconcebível e inaceitável negar tratamento a um toxicod dependente que busca apoio no sistema de saúde pública.

Por oportuno, não se pode deixar de citar matéria veiculada no jornal “O Estado de S. Paulo” de 14 de dezembro de 2010. No periódico, é apresentada pesquisa³ da Confederação Nacional dos Municípios – CNM a qual revela que, **num universo de 3.950 municípios brasileiros, constata-se a presença do crack em 3.871 cidades, o que representa 98% do total.**

De certa forma, a pesquisa apresenta pontos que já haviam sido objeto de discussões no âmbito desta Comissão, como o fato de:

- 1) o problema ter “alcançado uma dimensão nacional”;

³ O inteiro teor da Pesquisa poderá ser consultado em:

http://portal.cnm.org.br/sites/5700/5770/14122010_Mapeamento_do_Crack_nos_municipios_brasil_geral.pdf

- 2) haver uma reduzida execução orçamentária das ações listadas no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, do Governo Federal; e
- 3) haver a necessidade de financiamento estatal para atividades de capacitação e manutenção de comunidades terapêuticas.

Então, considerando-se o acima exposto, as visitas desta Comissão a Portugal, Holanda e Itália, o Seminário Internacional que realizamos em julho em Brasília e as audiências e visitas realizadas em Fortaleza, Maceió, Porto Alegre, Guaratinguetá e Rio de Janeiro, pode-se concluir e recomendar o que se segue.

7 – CONCLUSÕES

Em vista do acima exposto, fica claro que o mais importante ponto a se destacar é que **todo toxicodependente que procure ajuda deverá receber o devido tratamento por parte do sistema de saúde pública**, seja em casa de acolhimento, hospital geral ou psiquiátrico, comunidade terapêutica, CAPs, ambulatório ou em qualquer outra unidade de tratamento de usuários de álcool e drogas do País. Então, dito isso, passa-se a detalhar os demais pontos de destaque.

7.1 – TRATAMENTO

7.1.1 A prioridade absoluta do sistema de saúde pública destinado ao tratamento de toxicodependentes deverá ser oferecer tratamento a todos àqueles que procurem ajuda, de acordo com os princípios da equidade, universalidade e integralidade.

- 7.1.2 No casos em que houver indicação clínica, **deverá o Poder Público garantir condições de desintoxicação ao dependente químico.**
- 7.1.3 **O tratamento será sistêmico**, ou seja, deverá se iniciar numa casa de acolhimento - onde se fará a triagem e o encaminhamento, se necessário, a um hospital geral ou psiquiátrico, CAPsAD, comunidade terapêutica ou qualquer outra instituição de tratamento -; a partir daí, é fundamental que sejam dadas condições para que o recuperando se reintegre à família e ao ambiente laboral.
- 7.1.4 **É preciso garantir o funcionamento das unidades de autoajuda e comunidades terapêuticas**, vez que constituem importantes elos no sistema de tratamento de toxicodependentes no Brasil; como se sabe, o trabalho dessas instituições é fundamental para o funcionamento adequado do sistema de saúde voltado à recuperação de toxicodependentes, **o que será possível com capacitação, financiamento público (segundo os modelos italiano e argentino)** e a convicção de que, com fé, trabalho e convivência, poder-se-á recuperar cidadãos da terrível dependência causada pelo crack.
- 7.1.5 **O Estado deverá proporcionar condições efetivas de acompanhamento e apoio sócio-familiar**, vez que o processo de desestruturação não se dá somente no indivíduo dependente de drogas, mas também em seu núcleo familiar.
- 7.1.6 **É preciso aumentar o número e a carga horária dos CAPsAD.**
- 7.1.7 **O Governo Federal deverá instituir incentivos e transferir recursos aos Municípios que instituem e/ou mantêm projetos nas áreas de tratamento de toxicodependentes, bem como nas áreas de prevenção e reinserção social.**

7.2 – PREVENÇÃO

Crê-se que a prevenção do uso de drogas deve ser efetivada nos moldes preconizados pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, o

qual sugere a adoção de duas estratégias: uma destinada à população em geral, onde devem ser enfatizados os benefícios de um estilo de vida normal e saudável (**prevenção ambiental**) e outra, voltada para ações centradas em regiões e grupos que apresentem maior vulnerabilidade às drogas, como por exemplo, áreas urbanas conhecidas como cracolândias, jovens, desempregados, moradores de rua, etc. (**prevenção específica**).

É de se destacar, contudo, que a prevenção voltada a jovens deve, por certo, contemplar a frequência à escola em tempo integral, método de eficiência reconhecida por todos os especialistas da área. A esse respeito, destaca-se a Proposta de Emenda à Constituição nº 141/2007, do Deputado Alcení Guerra, em tramitação na Câmara dos Deputados, e que “fixa o tempo ininterrupto de oito horas diárias nas escolas públicas”, a ser cumprido por crianças e adolescentes no Brasil.

Então, em complemento, apresentam-se tópicos que merecem maior detalhamento.

- 7.2.1 **É necessário mapear territórios e reconhecer vulnerabilidades**, de forma a otimizar a aplicação de recursos.
- 7.2.2 Deve-se inverter a mensagem das campanhas, que mostrariam não mais o aspecto doentio associado ao consumo de drogas, mas as vantagens de se levar uma vida normal e um estilo de vida saudável.
- 7.2.3 **Deverá haver uma revisão na legislação que trata da publicidade de bebidas alcólicas, a qual deveria ser banida da mídia.**
- 7.2.4 **A legislação deverá proibir a participação de quaisquer entidades públicas no patrocínio de eventos ligados ao consumo de álcool e tabaco.**
- 7.2.5 **Deverão ser ampliados e aperfeiçoados programas de prevenção do uso de bebidas alcoólicas e drogas voltadas para a escola e para a família.**
- 7.2.6 **Os serviços de atendimento telefônico deverão ser prestigiados**, devendo o Estado oferecer a estrutura necessária para que qualquer cidadão que deseje possa receber informações precisas sobre o tema.
- 7.2.7 O Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas deverá ser devidamente estruturado e efetivamente captar, compilar e tornar disponíveis, anualmente,

todos os dados relativos ao combate ao uso de drogas e ao tratamento, recuperação e reinserção social de toxicodependentes, de forma a viabilizar a gestão do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas pelo Poder Executivo e à fiscalização, pelo Poder Legislativo.

7.3 – REINSERÇÃO SOCIAL

Urge ter-se em mente que a reintegração à família e à sociedade deve ser um objetivo constante de qualquer política pública voltada à recuperação de toxicodependentes. Nesse mister, **o Estado deverá prover bolsas destinadas a custear a formação e o aperfeiçoamento profissional do toxicodependente, bem como oferecer estímulos para que empresas possam contratar pessoas egressas dos tratamentos contra dependência química**, pois, como dito, não há como proporcionar condições de recuperação que não contemplem o imediato retorno do recuperando ao mercado de trabalho.

Além disso, mesmo após a inclusão do toxicodependente num programa laboral, é necessário que o Poder Público continue oferecendo a ele condições de acompanhamento de sua saúde física e mental, em face das especificidades do tratamento e da possibilidade de ocorrência de recaídas.

Nesse sentido, ressalta-se o exemplo proveniente da Secretaria da Promoção da Paz do Estado de Alagoas, que oferece estímulos para que empresas prestadoras de serviços terceirizados ao Estado contratem egressos do sistema de tratamento de toxicodependentes do Estado.

7.4 – REPRESSÃO

Como se viu, nos recentes episódios ocorridos na cidade do Rio de Janeiro, **é de fundamental importância que o Poder Público utilize os recursos da**

área de segurança de forma coordenada, ou seja, é vital que o Governo Federal, os Governos Estaduais e do Distrito Federal e as prefeituras adotem ações conjuntas que potencializem os recursos humanos e materiais disponíveis. Além disso, sugere-se a implementação dos seguintes princípios e providências:

7.4.1 o País deverá melhorar as condições legais para a transformação de penas privativas de liberdade para restritivas de direito, a fim de separar o usuário de drogas do criminoso condenado;

7.4.2 a diplomacia brasileira deverá se empenhar para que melhorem as condições de cooperação internacional, seja por meio do compartilhamento de dados, seja pelo combate às facilidades à lavagem de dinheiro do narcotráfico;

7.4.3 **é preciso valorizar e ampliar as ações desenvolvidas pelo PRONASCI, que veem se mostrando bastante efetivas no combate ao uso de drogas no Brasil;**

7.4.4 **é preciso que o Estado prestigie as UPP – Unidades de Polícia Pacificadora**, modelo de instalação policial que tem mostrado eficiência no combate ao uso de drogas e à repressão ao crime no Estado do Rio de Janeiro.

7.4.5 **O Governo Federal deverá destinar mais recursos materiais e humanos para a proteção e defesa de nossas fronteiras, fortalecendo o Exército, a Marinha e a Aeronáutica, a Polícia Federal e a Polícia Rodoviária Federal**, de forma a melhorar as condições de repressão ao tráfico de entorpecentes e ao crime organizado.

7.5 – REDUÇÃO DE DANOS

7.5.1 Deverá haver uma política de redução de danos, ou seja, o Estado deverá desenvolver políticas e estratégias destinadas a diminuir os efeitos deletérios que o uso de drogas pode causar ao indivíduo, quando esses riscos não puderem ser eliminados; essa atitude constitui mais um aspecto da humanização do tratamento de toxicodependentes, pois reconhece as dificuldades do processo e

busca, de forma prática, diminuir os danos que o consumo de drogas provoca no organismo;

- 7.5.2 Então, admitindo-se um enfoque pragmático para a questão, faz sentido que o Poder Público aceite e financie o funcionamento de comunidades terapêuticas cujas estruturas não estejam inteiramente em conformidade com a legislação de regência; não há como negar que essas instituições suprem uma lacuna deixada pela atuação estatal e, em face disso, **não se pode permitir que uma parcela importante de toxicodependentes que busca ajuda fique sem atendimento por falta de vagas.**

7.6 – TRATAMENTO COMPULSÓRIO

- 7.6.1 Sem que se desconsiderem os direitos e garantias fundamentais, inscritos no art. 5º da Constituição Federal, deverá haver um debate sobre a eventual ampliação de instrumentos legais destinados a autorizar a internação compulsória de usuários de crack que se encontrem em situação de desgoverno pessoal.

- 7.6.2 Deverão ser criados CAPsADs com características especiais, dotados de equipe com qualificação específica, de forma a receber pacientes enviados para tratamento compulsório por mandado judicial e acompanhamento do Ministério Público.

7.7 – MENORES DE DEZOITO ANOS E MULHERES

A União, os Estados e o Distrito Federal e os Municípios deverão proporcionar condições de atendimento e instalações específicas para menores de dezoito anos e mulheres, em face de suas características peculiares.

8 – RECOMENDAÇÕES

Finalmente, com base nas experiências adquiridas pela Comissão Externa, sugiro as seguintes medidas:

8.1 - criação, pela Legislatura que se inicia em 2011, de uma nova Comissão Externa da Comissão de Seguridade Social e Família com os mesmos objetivos desta que se encerra, para que se dê continuidade na análise da legislação de outros países e no aprimoramento da discussão sobre a problemática das drogas no âmbito do Poder Legislativo brasileiro.

8.2 - encaminhamento de pedido de Auditoria Operacional e Financeira ao Tribunal de Contas da União, para que fiscalizem, com ênfase nos recursos e ações destinadas ao combate ao uso de drogas e ao tratamento e recuperação de toxicodependentes, eventual morosidade na aplicação de recursos disponibilizados pelo Governo Federal por ocasião do Plano Emergencial de Combate ao Crack de 2010.

8.3 – aprovação de Requerimento de Indicação da Comissão de Seguridade Social e Família ao Poder Executivo destinado a aumentar-lhe substancialmente os recursos orçamentários, fortalecer e subordinar a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD diretamente à Presidência da República, dando status de Ministro de Estado ao atual cargo de Secretário que, assim, deteria iguais condições para coordenar políticas públicas com os demais membros do Primeiro Escalão.

8.4 – criação, em todas as unidades da Federação, de órgãos executivos como Secretarias de Estado ou equivalentes, ligadas diretamente ao Governador do Estado ou do Distrito Federal, com dotação orçamentária própria, nos moldes da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD.

8.5 – execução obrigatória e integral dos orçamentos públicos dos três níveis de governo relativos ao combate ao uso de drogas e ao tratamento e reinserção social de toxicodependentes, vedado o contingenciamento.

Sala das Sessões, de dezembro de 2010.

DEPUTADO FEDERAL GERMANO BONOW
RELATOR

CÂMARA DOS DEPUTADOS

REQUERIMENTO Nº , DE 2010. (DA COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA)

Requer o envio de Indicação ao Poder Executivo, para que eleve a SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas à categoria de Ministério de Estado.

Senhor Presidente,

Nos termos do artigo 113, inciso I e § 1º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requer-se a Vossa Excelência o envio de Indicação aprovada por este Órgão Técnico que sugere a Sua Excelência o Senhor Presidente da República a elevação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD à categoria de Ministério de Estado.

Sala das Sessões, de dezembro de 2010.


Deputado VIEIRA DA CUNHA
Presidente

CÂMARA DOS DEPUTADOS


INDICAÇÃO Nº _____, DE 2010
(DA COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA)

Sugere a Sua Excelência o Senhor Presidente da República a elevação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD à categoria de Ministério de Estado, ligado diretamente à Presidência da República.

Excelentíssimo Senhor Presidente da República,

Considerando-se as conclusões e recomendações expressas no Relatório Final da Comissão Externa destinada a analisar *in loco* os efeitos das políticas sobre drogas de Portugal, Holanda e Espanha, sugere-se a Vossa Excelência a ampliação dos recursos orçamentários, o fortalecimento e a elevação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD à categoria de Ministério de Estado, o que, no entendimento deste Órgão Técnico da Câmara dos Deputados, proporcionaria melhores condições de coordenação dos objetivos do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, entre os componentes do primeiro escalão do Poder Executivo.

Sala das Sessões, _____ de dezembro de 2010.


Deputado Federal VIEIRA DA CUNHA
Presidente

III – ANEXO

Drogas: Você Conhece os Riscos?(adaptado)

Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime

1 - INTRODUÇÃO

O uso de drogas é um fenômeno mundial que precisa ser discutido nacional e internacionalmente. Nada de tabu. Vamos falar sobre drogas. Para nós, do Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime (UNODC, na sigla em inglês), uma das formas mais importantes de prevenir o uso de drogas é a informação. É preciso saber sobre os riscos do abuso dessas substâncias. Por alterar o nível de consciência, o uso pode levar a práticas arriscadas, como sexo sem preservativo ou compartilhamento de seringas e outros materiais que podem transmitir doenças como o HIV/Aids e a hepatite. O uso de drogas lícitas ou ilícitas pode ampliar as vulnerabilidades pessoais. No trânsito, isso é um risco à sua vida e à dos outros. Atos violentos também podem decorrer do abuso de substâncias. Este livreto busca informar sobre os tipos de drogas, seus efeitos e como agem no organismo. Use estas informações de forma responsável e lembre-se: uma vida saudável depende das suas escolhas.

2 - DROGAS PERTURBADORAS

As drogas perturbadoras são aquelas relacionadas à produção de quadros de alucinação, geralmente de natureza visual. Fazem com que o cérebro passe a funcionar de maneira perturbada.

2.1 - CANNABIS: MACONHA E HAXIXE

A *cannabis* é a droga mais consumida no mundo. Apesar de ser tratada muitas vezes como uma droga mais leve, o uso da maconha pode ser bem mais arriscado do que parece. A *cannabis* está cada vez mais potente – e com isso há mais riscos de dependência.

Maconha é o nome dado no Brasil à *cannabis* sativa em erva, também conhecida como marihuana. Da compressão das flores da Cannabis Sativa também se obtém a resina chamada haxixe. Os efeitos são parecidos com os da maconha, só que mais fortes.

O princípio ativo da *cannabis* é o THC, que causa perturbação no funcionamento do cérebro, muda a noção de tempo e do espaço, prejudica a coordenação motora e a capacidade de atenção e memória. Os olhos tendem a ficar vermelhos, a saliva diminui, algumas pessoas sentem angústia, taquicardia, ansiedade e tremedeira.

O uso intenso e contínuo pode provocar falta de motivação. Apesar de muita gente achar que a maconha não vicia, com o aumento da potência da droga ao longo dos anos, novos estudos mostram que está cada vez mais difícil abandonar seu uso.

2.2 - AYAHUASCA

A ayahuasca é uma bebida preparada com duas plantas alucinógenas, caapi e chacrona, normalmente usadas em rituais religiosos como uma “porta” para a transcendência. Entre seus efeitos estão: dilatação das pupilas, suor excessivo, taquicardia, náusea e vômitos. Pode causar acessos de pânico e delírios de grandeza e perseguição.

2.3 - ANTICOLINÉRGICOS

Os anticolinérgicos são drogas que podem ser produzidas em laboratório e usadas como medicamentos no tratamento de algumas doenças, como o Mal de Parkinson. Podem ainda ser provenientes de plantas como a saia branca, a

trombeteira e a zabumba. Entre os efeitos estão alucinações e delírios, sendo comum a sensação de perseguição. A pupila dilata, a boca seca e o coração pode disparar. Há o risco de convulsões, com o aumento da temperatura corporal. Os efeitos são bastante intensos, podendo durar vários dias.

2.4 - ÁCIDO O LSD – ou ácido lisérgico

É uma substância sintética, produzida em laboratório. É usado habitualmente por via oral, em forma de pequenos “selos”, mas também pode ser misturado com tabaco e fumado. Pequenas doses já produzem efeitos intensos, que costumam durar de 4 a 12 horas. Pode causar euforia, excitação, sensação de bem-estar e tranquilidade (“boa viagem”) ou depressão, sensação de pânico, enjôos e tremores (“viagem ruim” ou *bad trip*). Sob o efeito da droga, o usuário pode perder a noção de riscos e cometer atos impulsivos ou envolver-se em atividades perigosas sem perceber o que está fazendo. Delírios de perseguição e grandeza também são comuns. Em alguns casos, o usuário pode voltar a ter alucinações semanas ou meses depois de ter consumido a droga.

3 - DROGAS DEPRESSORAS

São substâncias químicas capazes de diminuir as atividades cerebrais. Possuem propriedade analgésica e seus usuários tornam-se sonolentos e desconcentrados.

3.1 - TRANQUILIZANTES

Os tranquilizantes (benzodiazepínicos, barbitúricos, “calmantes” ou ansiolíticos) são drogas depressoras sintéticas consumidas por via oral ou injetável. São usados como soníferos ou medicamentos para combater a ansiedade e a tensão. Causam sonolência e relaxamento muscular. Dificultam a aprendizagem e a memorização. Se usados em doses elevadas, podem provocar reação tóxica. Levam facilmente à dependência física e quando deixam de ser usados, os efeitos são irritação e ansiedade intensas. O maior perigo é a mistura com álcool ou sedativos, que pode

levar ao estado de coma. Se ingeridos por grávidas, há risco de lesões ou defeitos físicos no feto.

3.2 - SOLVENTES

Os solventes (esmaltes, thinners, tintas, colas) ou inalantes (lança-perfume e “cheirinho-da-loló”) são substâncias depressoras e sintéticas, inaladas pela boca ou pelo nariz. Em um primeiro momento, a pessoa fica eufórica e desinibida. Em seguida, fica deprimida, confusa e desorientada, podendo ter alucinações auditivas e visuais. O uso crônico de solventes destrói os neurônios, causa lesões no fígado, rins, nervos periféricos e medula óssea. Há, ainda, risco de coma e morte. Em alguns casos, favorece surtos psicóticos.

3.3 - ÁLCOOL

O álcool etílico é a mais famosa droga depressora, obtida pela fermentação de açúcares ou carboidratos presentes em vegetais. Vendidas legalmente para maiores de idade, as bebidas alcoólicas são um grave problema em vários países, entre eles, o Brasil. Seus efeitos imediatos são euforia e desinibição. Em um segundo momento, diminuem a vigília, provocam falta de coordenação motora, sedação e sono. Dependendo da pessoa, da bebida usada, da dose e da rapidez com que é consumido, o álcool pode também provocar dor de cabeça, náuseas e vômitos. Quando o consumo é exagerado, ocasiona doenças no fígado, aparelho digestivo, pâncreas e coração, além de má-formação fetal, se usado por grávidas.

3.4 - OPIÁCEOS

São drogas que aliviam a dor e dão sonolência. Derivam do ópio, um suco leitoso extraído da papoula do oriente. Muitos de seus derivados são usados como remédios, caso da codeína, que tem propriedade de deprimir o centro da tosse que existe no cérebro e está presente em alguns xaropes.

Os opiáceos podem ser usados em injeções, fumados ou ingeridos. Em altas doses, podem causar grande depressão respiratória e cardíaca, levando ao

estado de coma e mesmo à morte. A suspensão repentina do uso causa intensas dores físicas, diarréias e vômitos, necessitando de acompanhamento médico.

A principal substância derivada do ópio é a morfina, palavra que vem de Morfeu, o deus dos sonhos. Da modificação química da morfina obtém-se a heroína, que provoca um estado de “semi-sono” ou “sonho acordado”, acompanhado de incapacidade de concentração e diminuição da atividade física. A heroína causa apatia, contração das pupilas e diminuição dos movimentos do estômago e dos intestinos.

4 - DROGAS ESTIMULANTES

São substâncias químicas capazes de aumentar a atividade cerebral. Causam aumento da atenção, aceleração do pensamento e euforia.

4.1 - COCAÍNA

A cocaína é uma droga produzida com um princípio ativo extraído das folhas da *Erythroxylon coca* e outras substâncias químicas. Pode ser cheirada, injetada ou fumada – sob a forma de pedras de crack, que produzem efeitos mais intensos e dependência severa em pouco tempo. Existe ainda a pasta de coca, um produto menos purificado que também pode ser fumado. Misturado a outras substâncias, é comercializado em alguns lugares com o nome de merla.

As sensações provocadas pelo uso da cocaína e seus derivados são euforia, hiperatividade, insônia e falta de apetite. Tira o sono, mas não alivia o cansaço físico. Em doses maiores, causa irritação, agressividade, delírios e alucinações. O efeito imediato da cocaína é estimulante, mas depois o usuário sente depressão. A temperatura e a pressão arterial aumentam, a pupila dilata e o coração acelera, podendo ocorrer parada cardíaca.

4.2 - ANTIDEPRESSIVOS

Os antidepressivos são medicamentos que ajudam no tratamento médico de uma doença chamada depressão. Não costumam ser classificados nem como calmantes, nem como estimulantes. Podem causar sintomas como visão embaçada, taquicardia, retenção urinária, constipação intestinal e secura na boca.

Também podem levar à confusão mental e delírio, especialmente se combinados com tranquilizantes.

4.3 - TABACO

Em forma de charuto, rapé e cigarro, o tabaco é uma das drogas mais consumidas no mundo inteiro. Diminui o apetite e é um estimulante leve, apesar de muitas pessoas se sentirem relaxadas quando fumam. Além da nicotina, a fumaça do cigarro contém várias outras substâncias tóxicas ao organismo, como o alcatrão e o monóxido de carbono. O uso intenso aumenta a probabilidade de câncer. Também aumenta o risco de doenças cardiovasculares e derrames, reduz a fertilidade e causa danos ao desenvolvimento fetal.

4.4 - ECSTASY

O ecstasy é uma substância estimulante sintética, comercializada em comprimidos e conhecida como a “droga do amor”. Causa euforia e hiperatividade, altera a percepção de tempo, diminui a sensação de sede e de medo e provoca alucinações visuais. Pode causar ataques de pânico e até levar à morte pelo aumento de temperatura corporal e desidratação.

4.5 - ICE

O ice, vendido em pedras transparentes semelhantes a cristais, pode ser dissolvido em bebidas, fumado ou até injetado. Provoca excitação, aumenta a atividade cerebral, os batimentos cardíacos e a pressão arterial, podendo provocar parada cardíaca e degeneração das células do cérebro, além de descolamento da retina, depressão, delírio de perseguição e crises de paranóia.

4.6 - ANABOLIZANTES

Os anabolizantes são drogas estimulantes sintéticas relacionadas ao hormônio masculino testosterona. Aumentam os músculos, a força e a resistência, mas têm efeitos colaterais graves. No homem, os testículos diminuem de tamanho e podem ocorrer impotência, infertilidade, calvície, desenvolvimento de mamas, dificuldade ou

dor para urinar e aumento da próstata. Na mulher, é comum o crescimento de pêlos faciais, alterações ou ausência do ciclo menstrual, aumento do clitóris, voz grossa e diminuição dos seios. Se usados por adolescentes, podem levar à maturação esquelética prematura e puberdade acelerada.

4.7 - ANFETAMINAS E ANOREXÍGENOS

O Brasil é um dos campeões mundiais do uso de anfetaminas, que são drogas estimulantes produzidas em laboratório e comercializadas – de forma legal ou ilegal – como moderadores de apetite. As anfetaminas fazem o cérebro trabalhar mais depressa, deixando as pessoas com menos sono, fome e cansaço. Aumentam o batimento cardíaco e a pressão sanguínea e dilatam as pupilas. Em doses altas, causam psicose anfetamínica, um estado com delírios de perseguição, paranóia e alucinações. Podem ocorrer convulsões.

5 - UM OUTRO ÂNGULO

Conheça algumas idéias que fazem a diferença no campo da saúde, cultura e inclusão social.

5.1 - PREVENÇÃO NO TRABALHO

O consumo de drogas causa, anualmente, prejuízos de milhões de dólares na economia de diversos países. Isso sem contar os danos à saúde de quem usa. Os acidentes de trabalho tornam-se mais prováveis, a produtividade do trabalhador diminui e seu desempenho tende a se tornar inconstante. Tudo isso põe em risco a vida do profissional – e seu emprego. O uso de drogas no ambiente de trabalho é um assunto que deve ser abordado de forma discreta, sem discriminar o funcionário. O diálogo franco é fundamental para a solução do problema. A empresa deve desenvolver campanhas e programas, como parte de sua responsabilidade social, para integrar seus empregados e alertar sobre os prejuízos causados pelo consumo de drogas. De

olho no problema, diversas empresas no Brasil já se associaram ao UNODC e ao SESI/RS em programas de prevenção às drogas e apoio aos dependentes químicos.

5.2 - USE CULTURA: ABRA AS PORTAS DA PERCEPÇÃO

Escolhas saudáveis para o corpo e para a mente. Este é um dos melhores caminhos para mostrar aos jovens uma perspectiva mais ampla da vida. A cultura abre horizontes e é um caminho para a prevenção às drogas e à violência. É por uma visão assim que o grupo Nós do Morro [trabalha. Com](#) arte, leva cultura aos jovens do Morro do Vidigal, no Rio de Janeiro. Em mais de duas décadas de trabalho, o grupo vem colhendo cada vez mais sucessos.

Guti Fraga, criador do Nós do Morro, explica que a iniciativa surgiu durante uma viagem a Nova York, ao assistir a peças teatrais em cartaz fora dos grandes teatros. Eram espetáculos que, segundo ele, não tinham características amadoras, e sim experimentais. Ao voltar ao Brasil, colocou o plano em prática.

“Eu já morava no morro e reparava no talento de algumas pessoas da comunidade. Só que elas ficavam pelas esquinas e tinham o universo muito limitado. Assim que retornei ao Brasil, já com a idéia de formar um projeto cultural, procurei cada uma dessas pessoas perguntando se elas topariam.”

O projeto tomou forma e já completou 20 anos de existência. Em 2001, começou a receber o patrocínio de empresas. O grupo passou a ter ainda mais destaque quando muitos de seus integrantes receberam papéis no filme “Cidade de Deus”, o que levou o trabalho de Gutu e seus colaboradores a ser reconhecido internacionalmente.

O Nós do Morro continua ampliando frentes de trabalho. Desenvolveu projeto com 1440 crianças da rede pública de ensino do município de Nova Iguaçu (RJ). O objetivo é tornar a cultura mais acessível às comunidades carentes.⁴

⁴ A brochura do UNODC pode ser obtida na íntegra no endereço eletrônico:
http://www.unodc.org/pdf/brazil/drogas_ebook.pdf