

# CONDIÇÕES PARA A BUSCA DE RECONHECIMENTO LEGAL DOS PROGRAMAS DE REDUÇÃO DE DANOS E DISTRIBUIÇÃO DE CACHIMBOS PARA DEPENDENTES DE CRACK

Alan Indio Serrano<sup>1</sup>  
Jamille Zapelini Secchi<sup>2</sup>

**SUMÁRIO:** 1. Introdução: a epidemia mundial de drogas ilícitas; 1.1 AIDS: um caroço indigesto para a Saúde Pública; 1.2 Vasos e agulhas comunicantes; 2. A tentativa de construção da presença do estado entre dependentes de derivados de coca; 2.1 Há legalidade na distribuição da parafernália pelo ente estatal?; 2.2 Jogando no prazer imediato e apostando a vida; 2.3 O dependente ficou sem seringas? Aproveite para incluí-lo no SUS!; 2.4 Crack: marginal pedra de fumar, mãe do deterioro; 2.5. O fornecimento estatal de parafernália oficial para fumar crack; 2.6 Caberia ao poder público fornecer bombas de chimarrão?; 2.7. Um caso exemplar, de Balneário Camboriú, para reflexão; 3 Os programas podem ser aprimorados; Referências.

**RESUMO:** O conceito de redução de danos reconhece, pragmaticamente, que a eficácia do estado é limitada para coibir comportamentos individuais e grupais arriscados, assim como para impedir a produção, a distribuição e o uso de drogas ilícitas. O estado brasileiro, como o canadense, organizou programas em algumas cidades, assumindo a tarefa de fornecer a parafernália para injeção endovenosa de cocaína e cachimbos para fumar crack. Seria legal a distribuição, pelo ente estatal, destes materiais? Este artigo mostra a existência de uma lógica nestes casos, semelhante à que justifica a legalização de jogos de azar. Não havendo, porém, provas claras de que o compartilhamento de cachimbos para crack possa gerar o risco de epidemias, instalam-se dúvidas sobre a validade de sua distribuição. Os objetivos sanitários de um programa precisam ser claramente especificados e os órgãos envolvidos precisam dar qualidade à sua implementação, através de planejamento, programação, captura de informações relevantes, registros adequados e acurados, monitoramento e processo contínuo de avaliação. O reconhecimento ou a contestação da própria legalidade da distribuição de estoques contendo os insumos para uso de drogas ilegais, nos municípios, vincula-se à qualidade do programa e às evidências científicas de seu desempenho.

**PALAVRAS-CHAVE:** Redução do Dano; Direito Sanitário; Gestão em Saúde.

**ABSTRACT:** The harm reduction concept pragmatically recognizes the limitations of State effectiveness to restrain risky individual and group behaviors, as it is limited to hinder illicit drugs production, distribution and use. Brazilian state, as the Canadian one, organized programs in some cities in order to supply

equipment for intravenous cocaine injection and pipes to smoke crack. Would the distribution of these materials, when done by State organisms, be legal? This article shows a similar logic, in these cases, to that used to justify legalization for games of chance. As there are no clear proofs that sharing pipes to smoke crack can widespread epidemic diseases doubts about the value of pipes distribution is installed. Sanitary objectives of a program ought to be clear. The involved agencies ought to search quality along its development, through planning, programming, excellent information search, precise and adequate registry, monitoring and a continuous process of evaluation. Recognition, pleading or contestation of proper legality over distribution of paraphernalia kits to employ illegal drugs, relies upon quality of the programs and upon the scientific evidences linked to its performance.

**KEY WORDS:** Harm reduction; Health Law; Health Management.

## 1 Introdução: a epidemia mundial de drogas ilícitas

Mostrando uma faceta complexa da globalização, o consumo de substâncias psicoativas ilegais tem atraído esforços de pesquisas interdisciplinares em todo o planeta. Algumas destas substâncias são naturais, facilmente extraídas de plantas. Outras são sintetizadas em laboratórios ilegais, por meio de técnicas sofisticadas e caras. Nas últimas duas décadas, o mundo enfrenta um elevado consumo de derivados da planta andina denominada coca, assim como de outras drogas psicoativas. O pó de cocaína pode ser aspirado pelo nariz. Se diluído em água, pode ser injetado. O crack é um subproduto cristalizado, obtido ao se cozinhar a pasta impura da cocaína com bicarbonato de sódio ou com amônia. Estes cristais, ao serem esquentados, liberam uma fumaça que pode ser fumada, causando um efeito mais intenso, mais rápido, mais passageiro e mais causador de dependência do que a cocaína em pó.

Grande parte da população portadora do vírus HIV, causador da síndrome de imunodeficiência humana adquirida (AIDS), contaminou-se ao injetar cocaína nas veias, usando seringas compartilhadas com pessoas infectadas.

### 1.1 AIDS: um carço indigesto para a Saúde Pública

A descoberta desta relação entre a AIDS e as seringas compartilhadas acendeu o debate sobre os projetos de redução de danos. A AIDS já vinha se apresentando como um carço duro e de difícil digestão no universo das políticas sanitárias: a implantação de políticas preventivas, terapêuticas e assistenciais esbarrou, desde a colocação do problema, no início dos anos 80, em questões de cunho antropológico, religioso, ideológico e econômico.

Entre estas questões, por exemplo, estavam:

- (1) o reconhecimento de que determinadas práticas homossexuais e a promiscuidade sexual abrem portas para a contração e a transmissão sequencial da doença. Discutir este tema cria o risco de associar os esforços de informação preventiva à discriminação de determinados grupos minoritários e de pessoas em particular (homossexuais, prostitutas, michês).
- (2) a demanda de discussões públicas sobre o uso de preservativos, a fim de proteger os corpos sadios do contato com o esperma contaminado. Isto criou aborrecimentos a algumas tradições religiosas vigentes, em especial ao Catolicismo.
- (3) o reconhecimento de que nem todas as pessoas responderão adequadamente a prescrições e atos dos serviços de Saúde Pública para se diminuírem as condições que levam à doença.
- (4) o reconhecimento de que vários cidadãos negar-se-ão a mudar seus estilos de vida e seus comportamentos arriscados. Isto estabelece conflitos insolúveis do interesse individual *versus* o esforço coletivo por melhor saúde.
- (5) o custo elevado dos tratamentos para AIDS e para dependências químicas. Estes tratamentos implicam a criação de redes institucionais de serviços, contratação e formação de recursos huma-

nos especializados e gastos com remédios, para uma população que comporta vastas fatias rebeldes à profilaxia e ao tratamento. Os investimentos neste setor arriscam-se, se mal conduzidos, a gerar pouco retorno frente às metas idealizadas pela Saúde Pública.

## 1.2 Vasos e agulhas comunicantes

A transmissão de doenças infecto-contagiosas – como a AIDS e as hepatites virais – em grupos de usuários de drogas ilegais trouxe à baila a discussão sobre a parafernália utilizada para seu consumo: agulhas, seringas, manguitos de borracha, álcool para desinfecção, algodão, água para diluição da droga, cachimbos para fumar crack, e outros materiais. O trabalho da polícia é proibir o uso ilícito desta parafernália. Na sua impossibilidade, restou à Saúde Pública aproveitar o conceito de redução de danos: a idéia de transformar a parafernália em objeto de uso estritamente pessoal, evitando sua transformação em veículo comunicante de doenças.

A sociedade e os órgãos estatais conseguem legislar e prescrever sobre os comportamentos de indivíduos e de grupos. Mas sua eficácia é limitada. O conceito de redução de danos baseia-se num pragmatismo que reconhece impotências e limites nos poderes organizados.

Se as sociedades contemporâneas tiverem que conviver, sempre, com várias pessoas envolvidas em comportamentos de risco, como as relações sexuais promíscuas e o abuso de drogas, o estado precisará de abordagens e de políticas públicas que cheguem, de alguma forma, a dialogar com os estilos de vida perigosos. Tais estilos de vida incluem padrões de relacionamento, alimentação, consumo, diversão, moda e expressão da sexualidade e podem refletir tanto atitudes meramente individuais quanto valores globalizados.

Em todo o mundo, os programas de redução de danos para usuários de drogas geralmente voltam-se à educação dos consumidores sobre os riscos implicados no uso de cada droga ilegal, informações sobre formas mais seguras de usar tais substâncias, informações sobre os riscos da overdose e da transmissão de doenças. Indicam oportunidades de tratamento e encaminham aos serviços especializados. Permitem a compra de seringas e trocam as seringas usadas por seringas novas, diminuindo o risco de contaminação. Em países onde o poder público não tem obrigações de prover o acesso universal a serviços de saúde, a discussão enveredou, historicamente, para a legalidade de o médico prescrever seringas a dependentes de substâncias injetáveis que se negassem a parar de injetar a droga e para a legalidade da venda das seringas, nas farmácias, para este fim (Cf. BURRIS et al., 2000; COFFIN et al., 2000). No Brasil, a tarefa de fornecimento da parafernália que propicia a injeção endovenosa da droga foi assumida pelo estado, em moldes semelhantes aos do Canadá (Cf. GARMAISE, 2005).

A preocupação com a parafernália para consumo de drogas ilícitas, elevada à condição de insumo para o exercício da prevenção da saúde, tem aspectos sanitários, filosóficos, sociológicos e jurídicos.

## 2 A tentativa de construção da presença do estado entre dependentes de derivados de coca

O Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e de AIDS, do Ministério da Saúde, incentiva ações de redução de danos dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, desde 1994, em conjunto com o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP). Em 1995, em Salvador, Bahia, foi inaugurado o primeiro projeto oficial brasileiro nesta área. Tais projetos objetivam reduzir os danos naqueles usuários de derivados da coca que “não podem, não querem ou não conseguem parar de usar drogas injetáveis, e, portanto, compartilham a seringa e se expõem à infecção pelo HIV, hepatites e outras doenças de transmissão parenteral” (BRASIL, 2007). A justificativa destes projetos é a alta prevalência de pessoas infectadas, ou seja, da sorologia positiva para HIV e para hepatite C. A partir de vários estudos localizados, em diferentes regiões, pode-se estimar que um quarto dos casos de AIDS no Brasil se relaciona direta ou indiretamente com o compartilhamento de seringas.

A política nacional de AIDS fornece alguns insumos à população abordada, com a finalidade de conter o avanço da epidemia. Estes insumos são: (1) preservativos masculinos e femininos para relações sexuais; (2) agulhas e seringas descartáveis para dependentes de drogas injetáveis. A

troca de seringas é uma estratégia de sanitária iniciada em regiões da Europa onde o uso de heroína era grande: o órgão público recolhe as seringas usadas e entrega, em câmbio, igual número de seringas novas. No Brasil quase não há heroína. Mas há cocaína injetável. As agulhas e seringas são adquiridas pelas Secretarias Estaduais e por algumas Secretarias Municipais de Saúde e distribuídas por programas de redução de danos organizados, capazes de contatar os usuários de cocaína injetável na rua, em ambientes públicos ou nas suas casas. Os programas disponibilizam pequenos estojos ou pacotes, conhecidos como "kits", contendo seringas, agulhas, garrotes, lenços anti-sépticos, preservativos, copo de plástico e água destilada para a mistura da droga. Em alguns municípios o Sistema Único de Saúde brasileiro distribui, para os dependentes de crack, cachimbos artesanais, para uso individual e não compartilhado, visando prevenir a transmissão de doenças pela saliva ou por sangue da boca.

## 2.1 Há legalidade na distribuição da parafernália pelo ente estatal?

Do ponto de vista da transmissão de doenças, considera-se que as ações de redução de danos são mais eficientes do que a prisão efêmera dos usuários. Mas as ações sanitárias de redução de danos seriam legais? Algumas são indiscutivelmente legais: a busca dos usuários, a educação a eles prestada, o encaminhamento a serviços de tratamento. Outras são polêmicas: a distribuição dos kits e dos cachimbos para fumantes de crack, por exemplo. Para os defensores da redução de danos, as leis e a sua interpretação precisariam ser adaptadas a estas novas circunstâncias da modernidade tardia. Em vários países a troca de seringas opera sob legislações locais excepcionais, sob o signo da emergência (NEW MEXICO, 2006). Isto requer diálogo, entendimentos e cooperação entre os juízes, os promotores públicos, a polícia e os técnicos em saúde coletiva.

## 2.2 Jogando no prazer imediato e apostando a vida

Nossa posição é também pragmática. A metáfora aplicável, no registro do simbólico, é a do jogo, pois também este causa dependência. Entendemos o abuso de drogas como um jogo tanático interior, no psiquismo do sujeito, onde as pulsões de morte ganham peso, em conflito com as forças que visam manter e multiplicar a vida. Este jogo é realizado de forma individual ou grupal. Assume características semelhantes às dos jogos de azar porque suas conseqüências não podem ser plenamente controladas pelo jogador e nem dependem de suas habilidades ou de seu treinamento pessoal. O jogador coloca-se nas mãos do acaso e poderá enfrentar conseqüências gravíssimas, aleatórias, independentes de sua vontade. O prazer de apostar e as possibilidades de ganho, mesmo que estaticamente diminutas, fazem o jogador desprezar as precauções e se aventurar. Injetar cocaína e fumar crack é uma roleta russa, envolvendo a morte e a vida sobre um lastro de prazer, na qual é impossível anular um intenso e perene fator de azar.

Os jogos de azar têm sofrido, ao longo da história, condenações morais pelos saldos sociais deletérios e pelas seqüelas individuais que deixa. Assim as leis de contravenções penais, historicamente, não apenas proibem a exploração dos jogos de azar, como também penalizam os apostadores flagrados no ato. É o caso da legislação brasileira, que tradicionalmente prevê multa ao participante de jogo de azar (BRASIL, 1941). Por que, então, há jogos de azar legalizados, com os nomes de loterias e senas, mesmo na falta de casas de bingos e cassinos? A legalização de um jogo de azar se dá quando ele possa apresentar algum valor social. Os pesados impostos que recaem sobre as loterias e outros jogos legais têm utilidade social. Ao financiar setores esportivos e educacionais, sua natureza social maléfica recebe indulgências que justificam a legalização: já que não se pode obrigar o povo a parar de apostar, o estado vai regular o jogo e dar-lhe uma finalidade social. Lógica semelhante se aplicada à formulação de políticas de redução de danos. Para aceitar esta lógica, o cidadão precisa cumprir o luto pela morte de uma ilusão: a de que o estado teria capacidade de proibir definitivamente a produção, a oferta, a demanda e o uso ilícito de substâncias psicoativas.

## 2.3 O dependente ficou sem seringas? Aproveite para incluí-lo no SUS!

No caso da AIDS, temos uma epidemia mundial parcialmente nascida do compartilhamento de seringas (leve-se em conta que outra parte da epidemia se transmite pelo sexo não seguro e uma

parte, ainda menor, por transmissão vertical, da grávida ao feto). Para combater esta parte da epidemia, o arsenal tem incluído as ações de prevenção e de educação, a disponibilidade de equipamentos de injeção esterilizados e as terapias medicamentosas. O mais controvertido destes pontos, sem dúvidas, tem sido o da distribuição e troca de seringas. Desde os primeiros estudos realizados com usuários já se descobriu que o compartilhamento não é apenas um hábito ou uma resposta social aprendida, mas é o resultado da falta de seringas descartáveis (GOSTIN, 1991).

Há indícios de que, em vez de distribuir indiscriminadamente as seringas, é melhor fazer com que os dependentes procurem um médico ou outro técnico de saúde para pegarem o material, fazendo-os aderir aos serviços. Porém, em função da natureza ilícita do uso das drogas, há sempre uma mescla de temor, por parte do usuário, de tocar no assunto com os funcionários de serviços de saúde. Para os funcionários, abordar o tema seria uma forma de recolher esta população para dentro do sistema de saúde, deixando-a mais permeável ao diálogo, à educação e à adoção de cuidados (Cf. RICH et al., 2001). Daí o valor estratégico das técnicas de busca de toxicômanos na rua, de visitas domiciliares e de acolhimento a tais pacientes.

Parece tranqüila a aceitação de que facilitar o acesso dos usuários de drogas injetáveis a seringas contribuiu para a queda da transmissão da AIDS, inclusive nos Estados Unidos onde, apesar da ambigüidade de alguns farmacêuticos, os usuários reconhecem a validade desta estratégia para evitar a contaminação pelo vírus HIV (TAUSSIG et al., 2000; REICH et al., 2002).

## 2.4 Crack: marginal pedra de fumar, mãe do deterioro

O problema é mais complexo quando se trata do crack. Substância sólida, em forma de pequenas pedras cristalinas, que ao ser queimado em cachimbo libera, em meio a uma fumaça tóxica capaz de gerar a pneumonite, o princípio ativo da coca, gerando alterações psíquicas fortes, por poucos minutos. Este efeito breve, mas impressionante, gera uma ânsia por se drogar novamente, assim que as alterações mentais se dissipam. O nome crack vem do barulho que a pedra faz ao ser aquecida no cachimbo.

É comum, no Brasil, que adolescentes muito pobres, nos centros e periferias das cidades, improvisem cachimbos com latas vazias de cerveja, feitas de alumínio. Já foram encontrados níveis de alumínio maiores do que os normais no soro de fumantes de crack, em pesquisa realizada em Porto Alegre (PECHANSKY et al., 2007). Os dependentes de crack terminam por constituir uma população cognitivamente deteriorada, socialmente alienada e pouco capaz para montar vínculos afetivos e vínculos sociais produtivos. Desde os anos 90 esta população tem apresentado muito mais doenças, mais problemas sociais e mais envolvimento com o crime do que os usuários de cocaína cheirada (FERRI; GOSSOP, 1999). Pesquisas têm demonstrado neles uma capacidade muito pequena – menor do que em usuários de outras drogas, inclusive de cocaína injetável – para responder a intervenções educativas empreendidas por instituições de saúde (Cf. STERK; THEALL; ELIFSON, 2003).

## 2.5 O fornecimento estatal de parafernália oficial para fumar crack

Uma recente discussão no Canadá tem levantado a possibilidade de haver melhores resultados no tratamento desta população a partir do estabelecimento de casas ou de salas próprias para o uso da droga, supervisionadas por técnicos, com alguns padrões de segurança (COLLINS et al., 2005; SHANNON et al., 2006). No Canadá argumenta-se que o kit especial para fumantes da pedra, um estojo dito “para o uso seguro de crack” contendo o cachimbo, seria uma forma de atrair fumantes clandestinos e marginalizados, colocando-os em contato com as instituições de saúde (HAYDON; FISCHER, 2005). Não há, porém, provas de que o compartilhamento de cachimbos para crack possa gerar o risco de epidemias. Mesmo assim, a resistência dos serviços públicos e das autoridades a estes estojos é comparada por seus defensores à resistência apresentada nos anos 90 aos programas de troca de seringas (Id., *ibid.*). Em que pesem as semelhanças, é importante que se observem também as diferenças entre os dois casos. Os cachimbos compartilhados para fumar crack não transmitem AIDS, a menos que haja lesões sangrentas nos lábios dos fumantes. Há suspeitas de que possam transmitir outras doenças, em especial a hepatite C. Efetivamente não se pode dizer que não haja uma probabilidade remota de transmissão de doenças das mais varia-

das, como a tuberculose, a leptospirose, o herpes e a candidíase ao se compartilhar um cachimbo, da mesma forma que um beijo poderia ter o mesmo efeito. Deve-se levar em conta, porém, que o calor da fumaça deveria funcionar, quase sempre, como anti-séptico, matando os micróbios que pudessem se alojar no bocal do cachimbo.

## 2.6 Caberia ao poder público fornecer bombas de chimarrão?

Por outro lado, na Região Sul do Brasil, onde é costume tradicional o uso de chimarrão com bombas compartilhadas (para sugar o líquido contido na cuia), a preocupação com o uso, estatisticamente pequeno, de cachimbos para crack se torna contestável. Reivindicar o direito de proteger os dependentes através de cachimbos doados pelo estado pode ser visto como uma incoerência, numa região em que milhões não recebem benefício semelhante ao compartilharem bombas de chimarrão.

O argumento para a distribuição do kit com cachimbo precisa se embasar em evidências científicas, a partir de análises bacteriológicas, clínicas e epidemiológicas convincentes. Uma política neste sentido será racional apenas na medida em que se evidenciem riscos de epidemia de doenças transmitidas pela parafernália usada e haja capacidade de avaliação, por parte dos governos (especialmente o de nível municipal), sobre o desenvolvimento dos processos e dos resultados de projetos pilotos.

## 2.7 Um caso exemplar, de Balneário Camboriú, para reflexão

A região da Foz do Rio Itajaí, em Santa Catarina, é tida como uma das áreas de maior prevalência de AIDS no Brasil. O município de Balneário Camboriú foi um dos primeiros do país a implantar um programa de redução de danos, no ano de 2001. O programa nasceu voltado para a troca de seringas com os usuários de cocaína injetável.

A implantação do programa coincidiu, porém, com uma mudança dos padrões de comércio e de consumo dos derivados da coca na região: na mesma época o crack foi introduzido, em grande quantidade e preços mais baixos. Sua efetividade na adulteração do psiquismo, assim como a diminuição da parafernália para injetar (evitando a picada da agulha e a procura, muitas vezes difícil, da veia), promoveu uma migração dos consumidores para a nova droga. Ela é de fácil acesso, barata, com aplicação mais prática e indolor. O número de seringas distribuídas pelo projeto municipal despencou. Os números de seringas achadas e de seringas devolvidas por usuários também caíram. Pego de surpresa, o projeto de redução de danos viu o número de usuários de drogas injetáveis diminuir e o número de fumantes de crack crescer abruptamente.

A partir de 2003, tendo uma demanda muito reduzida de seringas, o programa passou a focar os usuários de crack. Os estoques de insumos para dependentes de crack passaram a conter, além de preservativos e material educativo impresso, um cachimbo artesanal fabricado por funcionários do programa. O número de cachimbos chegou a mais de 1.200 no ano de 2004, ou seja, o equivalente a um cachimbo para cada 75 habitantes do município, por ano (SECCHI, 2006). Este número chegou a pouco mais de 900 em 2005. Ou seja: um cachimbo para cada cem habitantes, por ano. Este esforço de distribuição de vários cachimbos para cada dependente, ao longo do ano, não foi acompanhado de uma avaliação mais acurada dentro do serviço, a partir de estudos sobre o perfil dos usuários, sua adesão ao programa e sua evolução ao longo do tempo.

O risco de um programa deste tipo é o de cair num ativismo que perca de vista os objetivos sanitários que o fundam. Segundo os dados colhidos por Secchi (Ibid.), o programa municipal teve dificuldades para distinguir, em seus registros, quando a abordagem do paciente estava sendo feita pela primeira vez e quantos atendimentos eram dados à mesma pessoa. Não constava entre seus objetivos organizar um mapa do número de pessoas atendidas, mas apenas um mapa do número de atendimentos prestados pelos funcionários. Desta forma, fica difícil ter uma idéia, mesmo que aproximada, ao longo do tempo, de quantos usuários se mantiveram em contato com o programa, quantos o abandonaram, quantos estiveram em tratamento para a dependência, quantos usam só um cachimbo por ano, quantos consomem vários cachimbos por mês.

### 3 Concluindo: os programas podem ser aprimorados

Os objetivos sanitários podem ser atingidos ou não por um programa. Caso o programa não os atinja, ele deve ser reformulado ou extinto. Um programa público que trabalhe com dependentes de crack deve visar o encaminhamento de um grande número destes dependentes ao tratamento. Ao reconhecer a impossibilidade de encaminhar os dependentes não permeáveis à proposta, aplica ações de redução de danos, casos estas se façam possíveis. Para que um programa demonstre eficácia (capacidade de realizar objetivos conforme o programado), eficiência (utilização produtiva dos recursos) e efetividade (realização das ações certas para transformar a situação) ele precisa não apenas ter recursos, mas precisa de definições conceituais, planejamento, estabelecimento de metas, gerenciamento, registros acurados e adequados, monitoramento dos dados e espírito de avaliação freqüente, se não permanente. A medição do grau de desempenho e dos impactos causados pelo programa depende de anotações claras. Estas anotações são numéricas, principalmente.

Num programa de redução de danos é difícil fazer anotações do seguimento de cada um dos pacientes, em prontuários semelhantes aos utilizados por outros serviços de saúde. A razão desta dificuldade está no grau de sigilo exigido pelos usuários e do temor que estes têm de os prontuários caírem nas mãos da polícia. Contudo, é fundamental que as Secretarias Municipais de Saúde organizem sistemas locais de monitoramento, sigilosos e éticos, capazes de capturar as informações relevantes, de modo preciso e sintético, para alimentar um processo contínuo de avaliação. Para tanto, são indispensáveis as condições técnicas e informacionais (funcionários treinados e estrutura material). É indispensável também o exercício da obrigatoriedade do registro e do processamento das informações mais relevantes.

Uma forma simplificada de avaliar um programa seria simplesmente se perguntar se ele deu resultados, se atingiu seus objetivos e se seus idealizadores e seus usuários estão satisfeitos. Contudo, a administração pública precisa de parâmetros mais específicos e sistematizados do que estes, de forma que os impactos sociais se façam conhecer. Contando com determinados recursos, formulam-se objetivos e estratégias. Passa-se à ação, que precisará ser avaliada. Conhecidos os resultados, pode-se pensar em manter os recursos ou alocá-los de outra forma.

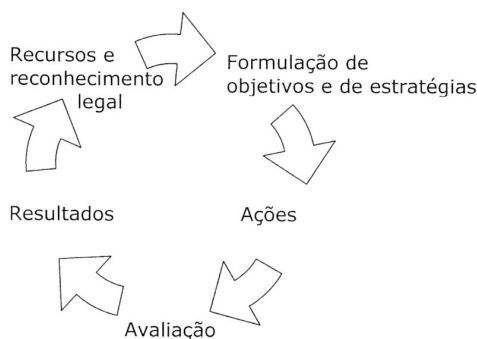


Fig. 1. Passos para a qualidade da gestão de um programa de redução de danos.

A gestão de programas polêmicos, voltados a setores sociais de difícil acesso, precisa buscar aprimoramento e qualidade técnica, a fim de atingir objetivos válidos e de justificar sua existência. Esta será, na medida em que a sociedade cobre qualidade e evidência técnica, a condição essencial para que os programas de redução de danos possam garantir seu respeito no âmbito social e jurídico.

O reconhecimento ou a contestação da própria legalidade da distribuição de estojos contendo os insumos para uso de drogas ilegais, num determinado município, dependerá do desempenho do programa naquele município específico e de sua demonstração. Por que de sua demonstração? Boa parte das ações de saúde não só precisa ser baseada em evidências, mas precisa evidenciar sua efetividade. Em um jogo metonímico pode-se comparar a situação com a que gerou o aforismo de Cícero: "a mulher de César precisa não só estar livre de conduta indecorosa, mas livre de comentários indecorosos" (PLUTARCO, 2007, p. 157). Aos serviços sanitários, a possibilidade de demonstrar o desempenho fica na dependência da adoção de uma metodologia de registros capaz de propiciar o monitoramento e a avaliação do programa.

O jogo de saúde e doença, de vida e morte, representado pelo abuso de drogas ilícitas, é acolhido nos serviços de saúde pública, à falta de mecanismos sociais e técnicos mais aperfeiçoados, que pudessem abolir sua existência. Ele pode se conformar, na ótica da redução de danos, a uma finalidade coletiva, desde que o poder estatal consiga abordá-lo, o regule parcialmente e o faça levar em conta necessidades sociais. O grande benefício social possível é o de um controle parcial sobre a transmissão da AIDS e a obstaculização do processo epidêmico. Na verdade, não há como extrair benefícios da existência da síndrome de dependência química, mas trabalhando-se com ela, é possível diminuir os malefícios que o jogo tanático, impossível de interromper por completo, causa.

## Referências

**BRASIL. Ministério da Saúde.** Prevenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/final/prevencao/udi.htm>> . Acesso: 9 abr 2007.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto Lei 3.688 de 3 de outubro de 1941. Cap.VII Das Contravenções Relativas à Polícia de Costumes. Lei das Contravenções Penais. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Decreto-Lei/Del3688.htm>> . Acesso: 7 mar 2007.

BURRIS, Scott; LURIE, Peter; ABRAHAMSON, Daniel; RICH, Josiah D Physician Prescribing of Sterile Injection Equipment To Prevent HIV Infection: Time for Action. **Annals of Internal Medicine**, v. 133 n. 3, 1 ago 2000, pp. 218-226. Disponível em: <<http://www.annals.org/cgi/content/full/133/3/218>>. Acesso: 12 abr 2007.

COFFIN, P.O.; LINAS, B.P.; FACTOR, S.H.; VLAHOV, D. New York City pharmacists' attitudes toward sale of needles/syringes to injection drug users before implementation of law expanding syringe access. **Journal of Urban Health**, v. 77, n. 4, dez 2000, pp. 781-793.

COLLINS, C.L.; KERR, T.; TYNDALL, M.W.; MARSH, D.C.; KRETZ, P.S.; MONTANER, J.S.; WOOD, E. Rationale to evaluate medically supervised safer smoking facilities for non-injection illicit drug users. **Canadian Journal of Public Health**, v. 96, n. 5, set-out 2005, pp. 344-347.

FERRI, C.P.; GOSSOP, M. Route of cocaine administration: patterns of use and problems among a Brazilian sample. **Addict Behavior**, v. 24, n. 6, nov-dez 1999 pp. 815-821

GARMAISE, D. Ottawa: City Council approves distribution of crack kits. **HIV AIDS Policy Law & Review**, v. 10, n. 2, ago 2005, pp. 16-17.

**GOSTIN, L. The needle-borne HIV epidemic: causes and public health responses.** Behavioral Sciences & the Law, v. 9, n. 3, summer 1991, pp. 287-304.

HAYDON, E.; FISCHER, B. Crack use as a public health problem in Canada: call for an evaluation of 'safer crack use kits'. **Canadian Journal of Public Health**, v. 96, n. 3, mai-jun 2005, pp. 185-188.

**NEW MEXICO. Harm Reduction in Action.** AIDS InfoNet. New Mexico AIDS Education and Training Center. Albuquerque: Infectious Diseases Division / University of New Mexico School of Medicine, 2006. Disponível em: <[http://www.aidsinonet.org/factsheet\\_detail.php?fsnumber=155](http://www.aidsinonet.org/factsheet_detail.php?fsnumber=155)> . Acesso: 12 mar 2007.

REICH, W.; COMPTON, W.M.; HORTON, J.C.; COTTLER, L.B. et al. Pharmacist ambivalence about sale of syringes to injection drug users. **Journal of American Pharmacists Association** (Wash). v. 42, n. 6 Suppl 2, nov - dez 2002, pp. S52-57.

PECHANSKY, F.; KESSLER, F.H.; DIEMEN, L.; BUMAGUIN, D.B.; SURRATT, H.L.; INCIARDI, J.A. Brazilian female crack users show elevated serum aluminum levels. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 29, n. 1, mar 2007, pp. 39-42.

PLUTARCO. The Life of Cicero. C. 29 ver. 8. In **The Parallel Lives**. Vol. VII. Loeb Classical Library, 1919. Cambridge: Harvard University Press, 2007. Disponível em <[http://penelope.uchicago.edu/Thayer/E/Roman/Texts/Plutarch/Lives/Cicero\\*.html](http://penelope.uchicago.edu/Thayer/E/Roman/Texts/Plutarch/Lives/Cicero*.html)>. Acesso: 14 mar 2007.

RICH, J.D.; MACALINO, G.E.; MCKENZIE, M.; TAYLOR, L.E.; BURRIS, S. Syringe prescription to prevent HIV infection in Rhode Island: a case study. **American Journal of Public Health**, v. 91, n. 5, mai 2001, pp. 699-700.

SECCHI, Jamile Zapelini. **Caracterização do Programa de Redução de Danos do Município de Balneário Camboriú.** [Dissertação de Mestrado. Orient.: Alan Indio Serrano]. Itajaí: Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho / CCS / UNIVALI, 2006.

SHANNON, K.; ISHIDA, T.; MORGAN, R.; BEAR, A. OLESON, M.; KERR, T.; TYNDALL, M.W. Potential community and public health impacts of medically supervised safer smoking facilities for crack cocaine users. **Harm Reduction Journal**, v. 3, 10 jan 2006, p. 1, doi: 10.1186/1477-7517-3-1. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1368973>>. Acesso: 4 mar 2007.

STERK, C.E.; THEALL, K.P.; ELIFSON, K.W. Who's getting the message? Intervention response rates among women who inject drugs and/or smoke crack cocaine. **Preventive Medicine**, v. 37, n. 2, 2003, pp. 119-128.



TAUSSIG, J.A.; WEINSTEIN, B.; BURRIS, S.; JONES, T.S. Syringe laws and pharmacy regulations are structural constraints on HIV prevention in the US. *AIDS*, v. 14 Supl 1, jun 2000, pp. S47-51. Disponível em: <<http://www.aidsonline.com/pt/re/aids/fulltext.00002030-200006001-00007.htm;jsessionid=Gd1Dn7hLWr9WNM6g3QGQp8brxPWpBG1KJQLyHVvVQPcrPz7SJc1J!-1547828331!-949856145!8091!-1>>. Acesso: 4 mar 2007.

## Notas

<sup>1</sup> Médico especialista em Psiquiatria, mestre em Psicologia, doutor em Ciências Humanas. Habilitado em Saúde Pública. Docente do Curso de Medicina e do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí. Ex-deputado estadual constituinte do Estado de Santa Catarina.

E-MAIL: indioserrano@globo.com

<sup>2</sup> Psicóloga, mestre em Saúde e Gestão do Trabalho.

Recebido em: 06/07

Avaliado em: 08/07

Aprovado para publicação em: 08/07