

**CURSO DE
PREVENÇÃO DOS PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE DROGAS
CAPACITAÇÃO PARA CONSELHEIROS E LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS**
6ª EDIÇÃO





www.conselheiros6.nute.ufsc.br

**CURSO DE
PREVENÇÃO DOS PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE DROGAS
CAPACITAÇÃO PARA CONSELHEIROS E LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS**

6ª EDIÇÃO

**MINISTRO DA JUSTIÇA E PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL
DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS**

José Eduardo Cardozo

SECRETÁRIO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS

Vitore André Zílio Maximiano

Revisão de Conteúdo

Equipe Técnica – SENAD

Diretoria de Articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC)

Reitora

Prof.^a Roselane Neckel

Vice-Reitora

Prof.^a Lúcia Helena Martins Pacheco

Pró-Reitor de Graduação

Prof. Julian Borba

**NÚCLEO MULTIPROJETOS DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (NUTE-UFSC)**

Coordenação Geral

Daniel Francisco Miranda

**Coordenação do Projeto *Curso de Prevenção dos problemas relacionados
ao uso de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias***

Prof.^a Roseli Zen Cerny

Daniel Francisco Miranda

Prof.^a Daniela Ribeiro Schneider

Consultoria Técnico-Científica

Prof.^a Daniela Ribeiro Schneider

Prof.^a Patricia Maia Von Flach

Prof.^a Tânia Maris Grigolo

Equipe de Desenvolvimento de Materiais

Supervisão da Equipe

Claudia Annies Lima

Jaqueline de Ávila

Design Educacional

João Vicente Alfaya dos Santos

Patrícia Ilha

Rafaela Elaine Barbosa

Raquel Barbosa

Design Gráfico e Editorial

Camila Scaramella

Carolline Müller

Cristiane Amaral

Evelyn Henkel

Gabriel Young

João Paulo Battisti de Abreu

Talita Ávila Nunes

Webdesign e Hipermissão

Leandro da Silva Marques

Raíssa Esther da Silva Pereira

Audiovisual

Delmar dos Santos Gularte

Francisco José Pereira Filho

Gabriel Rocha Mialchi

Heloisa Dutra

Maiara Fernanda Nogueira

Matheus Moreira Moraes

Mauro Freitas Flores

Pedro Barrionuevo Nascimento

Revisão Textual e Ortográfica

Cleusa Iracema Pereira Raimundo

Maria Luiza Rosa Barbosa

Controle de Impressão e Distribuição de Materiais

Thiara Borges de Sousa Batista

Waldoir Valentim Gomes Júnior

Supervisão da Equipe de Mediação da Aprendizagem

Deidvid de Abreu

Patrícia Dias

Talita Simões

Equipe de Tecnologia da Informação

Coordenação

Wilton José Pimentel Filho

Tecnologia da Informação

Lucas Gustavo da Silva

Marcelo Henrique Hoffmann Ecker

Osvaldo Miguel Júnior

Ricardo Maurici Ferreira

Rosemeri Maria Pereira

William Magagnin Kair

Yuri Matelli Calazans Luz

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA (FAPEU)

DIRETORIA EXECUTIVA

Superintendente

Prof. Gilberto Vieira ngelo

Superintendente Adjunta

Prof.^a Elizabete Simão Flausino

Diretor Executivo

Prof. Cleo Nunes de Souza

Diretor Financeiro

Prof. Oswaldo Momm

Este material não pode ser reproduzido para fins comerciais. Permite-se, todavia, que seja copiado e redistribuído, sem modificações no seu conteúdo e na sua estrutura, com a finalidade de disseminação do conhecimento, desde que se atribuam os devidos créditos à SENAD-MJ.

DIREITOS EXCLUSIVOS PARA ESTA EDIÇÃO
Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
Esplanada dos Ministérios
Ministério da Justiça
Bloco T, Edifício Sede, 2º Andar, Sala 208
Brasília-DF, CEP: 70.064.900

Tiragem: 41.000 exemplares

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

B823p Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre
 Drogas
 Prevenção dos problemas relacionados ao uso de
drogas : capacitação para conselheiros e
lideranças comunitárias / Ministério da Justiça,
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. -
6. ed. - Brasília, DF : SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014.
312 p.; il., gráfs., tabs.

Inclui bibliografia.
ISBN: 978-85-85820-78-7

1. Drogas - prevenção. 2. Promoção da saúde.
3. Liderança comunitária. I. Título.

CDU: 364.272

Prefácio

Prezado(a) Cursista:

É com grande satisfação que a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD-MJ) promove, em parceria com o Núcleo Multiprojetos de Tecnologia Educacional da Universidade Federal de Santa Catarina, a sexta edição do *Curso de Prevenção dos Problemas Relacionados ao Uso de Drogas – Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*.

A oferta desta capacitação é parte do programa *Crack, é possível vencer*. Realizado a distância, o *Curso* tem por objetivo capacitar quarenta mil conselheiros municipais e lideranças comunitárias para atuarem na prevenção dos problemas relacionados ao uso prejudicial de drogas, com foco tanto na defesa quanto na promoção da saúde e dos direitos humanos, na articulação e no fortalecimento das redes locais e na redução de danos.

A experiência mostra que um trabalho articulado entre diferentes Conselhos, nos estados e municípios brasileiros, integrando em rede as diversas áreas, como Educação, Saúde, Direitos Humanos, Assistência Social, Infância e Adolescência e Segurança, dentre outras, permite conhecer melhor, por meio da troca de saberes, a realidade local e planejar ações intersetoriais. Essa articulação efetiva garante, com efeito, a verdadeira intervenção com vistas a prevenir os problemas relacionados ao uso de drogas, e fortalece a comunidade, que tem, assim, a possibilidade de transformar a sua realidade.

Ao longo deste *Curso*, esperamos que você compreenda como a sua atuação no município é importante para implementar e manter políticas públicas exitosas em âmbito local. Dessa forma, o conteúdo desta capacitação reúne informações técnico-científicas atualizadas e convergentes com a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), a Política Nacional sobre o Alcool (PNA) e a Política Nacional de Saúde Mental.

A SENAD acredita que, após esta capacitação, vocês, Conselheiros e Lideranças Comunitárias, terão ampliado, efetivamente, seus conhecimentos, tendo, assim, subsídios para atuarem de forma a consolidar uma ampla e integrada rede de proteção e garantia de direitos, implementando políticas e ações estratégicas para a promoção da saúde e de fatores de proteção relacionados aos problemas do uso de drogas para toda a população, em especial para nossas crianças, adolescentes e jovens.

Bom Curso a todos(as)!

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)

Sumário

Introdução

INTRODUÇÃO AO CONTEÚDO DO LIVRO
P. 15

1

Módulo 1

SUJEITOS, CONTEXTOS
E DROGAS P. 25

Capítulo 1

A história e os contextos socioculturais do
uso de drogas p. 27

Capítulo 2

O sujeito, os contextos e a abordagem
psicossocial no uso de drogas p. 45

Capítulo 3

Classificação das substâncias psicoativas
e seus efeitos p. 67

Capítulo 4

Padrões de uso de drogas p. 87

Capítulo 5

Epidemiologia do uso de drogas no Brasil
p. 105

2

Módulo 2

REDES PARA PROMOÇÃO, PREVENÇÃO,
REDUÇÃO DE DANOS E TRATAMENTO P. 123

Capítulo 6

Usos e usuários de substâncias psicoativas:
considerações bioéticas p. 125

Capítulo 7

Promoção de saúde e prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas. **p. 143**

Capítulo 8

O cuidado ao usuário na perspectiva da atenção psicossocial. **p. 171**

Capítulo 9

O trabalho comunitário e a construção de redes de cuidado e proteção. **p. 195**

3

Módulo 3

POLÍTICAS PÚBLICAS
E LEGISLAÇÃO SOBRE DROGAS **P. 209**

Capítulo 10

Os instrumentos legais e as políticas sobre drogas no Brasil. **p. 211**

Capítulo 11

Intersetorialidade nas Políticas Públicas: compromisso de todos. **p. 227**

Capítulo 12

Política Nacional de Saúde Mental e a rede de atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde. **p. 245**

Capítulo 13

Legislações e Políticas para crianças e adolescentes. **p. 269**

Capítulo 14

Conselhos e movimentos sociais: espaços de participação. **p. 295**

Daniela Ribeiro Schneider

Psicóloga, Mestre em Educação (UFSC), Doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP), Pós-Doutora (Univ. Valencia), Professora da Graduação e Pós Graduação em Psicologia na UFSC. Coordenadora do Curso de Prevenção ao Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas (SENAD/MEC/UFSC). Consultora Técnico-Científica do Curso de Prevenção aos Problemas Relacionados ao Uso de Drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias, da SENAD/UFSC.

Patricia Maia Von Flach

Psicóloga, assistente social, mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC-UFBA), coordenadora do Ponto de Cidadania - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETA-D-UFBA/SJCDH), tutora da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do ISC-UFBA, e consultora técnico-científica do Curso Prevenção aos Problemas Relacionados ao Uso de Drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias, ofertado pela SENAD-MJ e executado pelo NUTE-UFSC.

Introdução

O consumo de substâncias psicoativas é um fenômeno que acompanha a civilização; ou seja, sempre existiu, em todas as culturas humanas, o uso de produtos que alteram os estados de consciência. Desde épocas remotas, as drogas são utilizadas em rituais religiosos ou místicos; ou ainda, mais recentemente, em movimentos socioculturais. O padrão de uso será sempre expressão do contexto cultural.

As características do consumo de drogas modificaram-se significativamente, nas últimas décadas, o que contribuiu para o aumento do padrão de uso problemático. Tendo se despregado de movimentos culturais ou religiosos, tornou-se mais um dos fatores estressantes a espelhar o sistema econômico contemporâneo e seu ciclo da *sociedade de consumo*¹.

O final do século XX e o início do século XXI foram marcados por transformações profundas nos processos de trabalho e de produção de mercadorias, nos mercados financeiros, nos hábitos de consumo, nos poderes e práticas do Estado, nas configurações geopolíticas do mundo, processo denominado de *Globalização*².

Neste contexto contemporâneo, a ênfase está nos valores da instantaneidade – alimentos que já vêm prontos, refeições *fast-food*, prazeres imediatos – e da descartabilidade de itens, tais como copos, pratos, guardanapos, celulares, computadores, etc. Isso cria uma cultura do aqui e agora e do descartável, em que todas as experiências da vida são perce-

¹ Sociedade de Consumo:

A sociedade de consumo é caracterizada pelo consumo massivo de bens e de serviços. O consumo de massa se particulariza pela ação de consumir para estar na moda e obter, assim, integração social.

² Globalização:

A Globalização é um processo caracterizado pela crescente internacionalização da produção e finanças, vasto movimento migratório de populações, objetivando-se como processo de padronização econômica, social, cultural, no qual as economias nacionais são forçadas a seguir economias internacionais.

bidas sob essa ótica. Significa mais do que viver intensamente o instante para, em seguida, jogar fora não só os bens consumidos, mas também descartar valores, estilos de vida, relacionamentos, apego a lugares, pessoas e modos adquiridos de agir e de ser.

Esse contexto sócio-histórico tem impacto na vida cotidiana das cidades, das famílias, dos sujeitos, levando, inclusive, a alterações nas relações psicossociais, ao gerar uma falta de perspectivas futuras e o gradual esvaziamento do desejo de ser das pessoas, o que acarreta dificuldades na constituição de projetos e perspectivas de vida.

As drogas, conceituadas como substâncias psicoativas, à medida que alteram as funções do Sistema Nervoso Central, no que se refere às sensações, ao grau de consciência ou ao estado emocional, respondem, de certa maneira, às exigências do contexto sociocultural anteriormente descrito, pois oferecem, em seus efeitos, uma resposta imediata e muito intensa a quem as consome, produzindo sensações de prazer e modificando a relação do sujeito com o mundo, ainda que, em pouco tempo, cessem seus efeitos, o que desencadeia a procura por novas doses, gerando uma nova necessidade de consumo. Elas respondem, assim, à compulsão do consumo da contemporaneidade. Da mesma forma, preenchem, por alguns instantes, o vazio existencial produzido por essa falta de perspectivas de vida, ainda que seja uma falsa doação de sentido, pois este fica na dependência do consumo da substância.

Imaginário Social:

O imaginário social ocorre nas relações entre grupos sociais, como memória psicossocial de dada cultura, através do imaginário compartilhado por seus grupos. Produção coletiva, é a base de processos identitários dos sujeitos e das comunidades.

Dessa forma, com a modificação no padrão de consumo, as drogas passam a ocupar, na atualidade, um papel preponderante no *imaginário social*. Esse papel relaciona-se com as diferentes concepções sobre as drogas, formadas a partir da mídia, dos profissionais que trabalham na área da saúde pública e da educação; enfim, dos formadores de opinião pública, consolidando uma forma de compreender o fenômeno do consumo de substâncias psicoativas que se torna hegemônica. Note-mos que uma concepção ou racionalidade torna-se hegemônica quando se converte em senso comum, sendo, assim, naturalizada, uma vez que esconde os determinantes de sua origem.

Atualmente, a compreensão dominante sobre o fenômeno do uso de drogas e sobre os problemas daí decorrentes realiza uma mescla de di-

ferentes concepções: a) uma *visão jurídico-moral*, que pressupõe serem as drogas o “grande mal” da sociedade atual – como se elas fossem, em si mesmas, o problema –, compreendendo que as pessoas “perderam seus valores morais”, sendo que esse “mal” deve ser reprimido através do combate às drogas e da repressão e da culpabilização do usuário; b) uma *visão biomédica*, que pressupõe ser a droga um agente químico que provoca uma doença recorrente e incurável, geralmente provocada por uma tendência genética. Essas duas concepções – em parte reducionistas, à medida que desconsideram outros aspectos envolvidos na complexidade do problema, como, por exemplo, sua dimensão psicossocial – mesclam-se e formam o imaginário social predominante sobre as drogas, gerando *atividades de prevenção* baseadas no que se costuma chamar de “pedagogia do terror” e na “repressão ao uso de drogas”, bem como *atividades de cuidado* que centram seu modelo na abstinência e na segregação dos dependentes, entendidos ora como delinquentes, ora como doentes crônicos, operando preponderantemente dispositivos médico-terapêuticos e/ou penais. Essa concepção dominante torna-se senso comum e constitui a forma cotidiana de as pessoas pensarem e lidarem com a questão do uso de drogas.

Efetivamente, nas alterações socioculturais da contemporaneidade, as drogas – sejam as lícitas, sejam as ilícitas – ocupam um papel central na dinâmica social, presente em vários cenários sociais e em distintas classes, estando relacionadas às primeiras *causas mortis* evitáveis no mundo e ao atuante cenário da violência urbana, de conflitos psicossociais, das faltas ao trabalho. Importa, no entanto, o entendimento de que os vários aspectos implicados na constituição da situação do uso de drogas exigem um olhar mais abrangente.

Daí a importância deste *Curso* que aborda o tema *drogas* na perspectiva da realização de um trabalho de prevenção dos problemas relacionados ao seu uso, buscando construir uma visão ampliada do fenômeno em pauta. As atividades de prevenção devem ser prioritárias nas políticas públicas sobre drogas, pois almejam intervir no contexto social para evitar que o consumo problemático de drogas se converta em um problema social de grande magnitude, baixando o custo social decorrente.

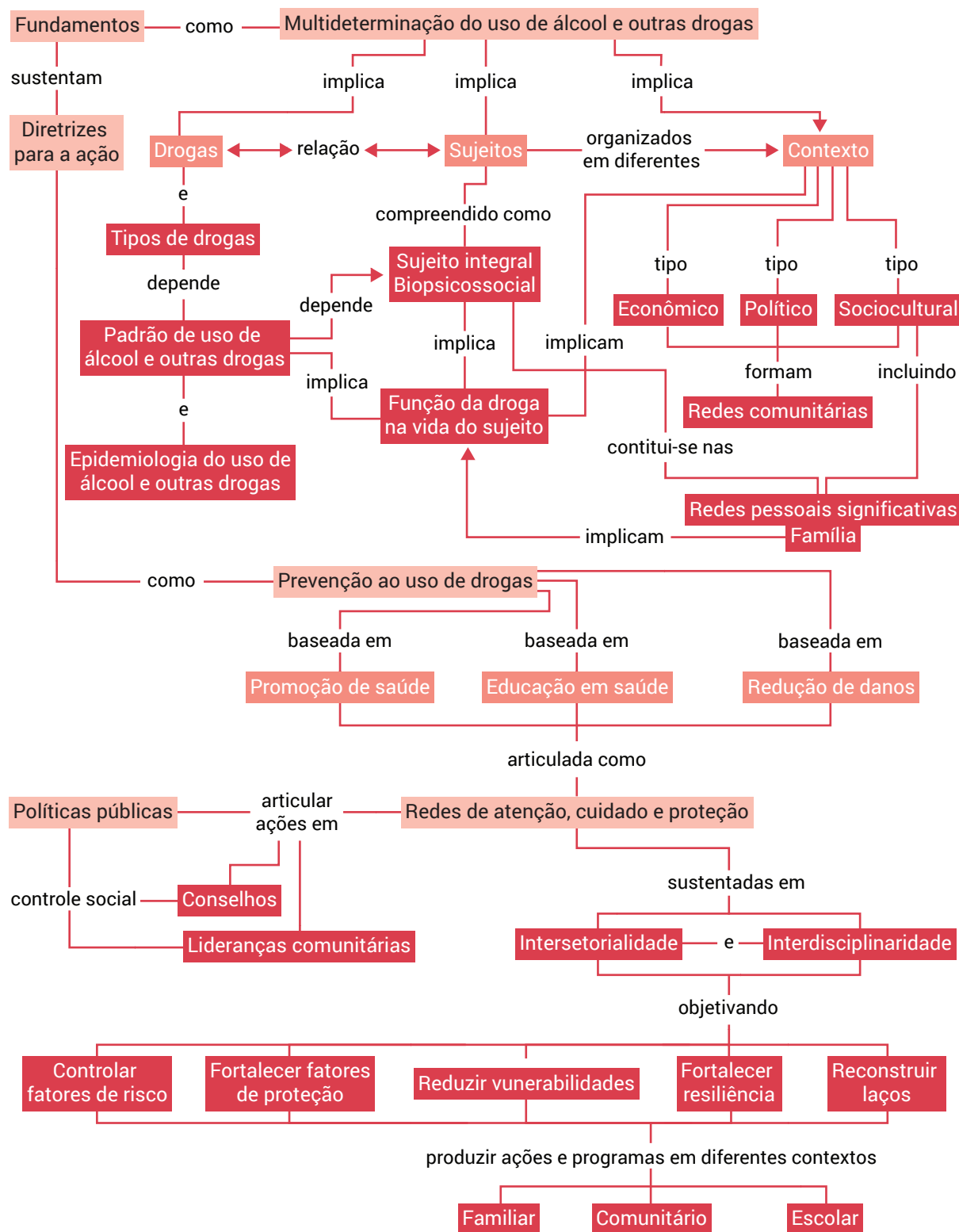
Os conselheiros municipais e as lideranças comunitárias, que exercem a importante função de ajudar no controle da execução de políticas públicas em nosso país, devem buscar a formação desse olhar ampliado sobre o fenômeno do uso de drogas e as possibilidades de intervenção e prevenção que se coloquem em sintonia com os princípios do Sistema Único de Saúde, Sistema Único de Assistência Social, da Educação Integral, da Justiça Integral, dos Direitos Humanos e dos Direitos à Saúde, que definem os contornos das políticas e ações sobre drogas.

Os fundamentos conceituais do *Curso* e a apresentação dos módulos

A matriz teórica deste *Curso* apoia-se na análise da diversidade das situações que envolvem o uso de drogas em nosso País, pautada em um olhar sistêmico e integral do fenômeno em questão e comprometida com a transformação da realidade social, e não com uma abordagem que culpabiliza, de forma unilateral, a droga e/ou os seus usuários.

Apresentamos, a seguir, a Matriz Conceitual do Curso (Figura 1) que demonstra, graficamente, os fundamentos teóricos que consubstanciaram a construção do material didático desta formação.

Figura 1: Matriz Conceitual do Curso



Fonte: Schneider e Flach (2013, p. 5), adaptado por NUTE-UFSC.

Multideterminação:

A multideterminação é uma postura conceitual que rompe com o reducionismo, que entende e propõe intervenções sobre o fenômeno a partir de somente um dos elementos que o compõe. Sustenta-se numa visão da complexidade do fenômeno, considerando os seus múltiplos elementos constitutivos.

A partir dessa matriz, estruturamos os eixos fundamentais que conformam os três módulos do livro e seus respectivos Capítulos.

Partimos da compreensão da *multideterminação* do fenômeno do uso de drogas, implicando a relação entre os seus três elementos centrais: os contextos, os sujeitos e as drogas. Para tanto, faz-se necessário esmiuçá-los em seus mais diferentes detalhes, buscando uma visão abrangente do fenômeno, o que será feito ao longo do *Curso*.

Na dimensão do contexto, é necessária a compreensão dos aspectos socioculturais envolvidos no uso de drogas. Como vimos anteriormente, nos diferentes tempos e espaços, as pessoas sempre recorreram ao uso de drogas, com as mais variadas finalidades, sendo que elas nem sempre foram proibidas – o proibicionismo de muitas delas data do século XX. Com raras exceções, esse uso vinha sendo mediado por normas e valores sociais, específicos aos modos de vida e à cultura de cada sociedade. Na atualidade, fragilizam-se os antigos controles sociais e comunitários sobre os sujeitos, tão presentes nos rituais de uso de drogas, ocasionando mudanças na forma como esses sujeitos se relacionam consigo mesmos e com o mundo, sendo as relações sociais atravessadas pelas leis da sociedade de consumo. O humano do presente busca o preenchimento para seu vazio existencial consumindo compulsivamente, mas sendo consumido por sua própria voracidade!

Importante, também, considerar as dimensões econômicas e políticas presentes nos diferentes cenários de uso e de comercialização de drogas. As questões que envolvem a produção, o comércio ou tráfico e sua relação com o uso de drogas são internacionalizadas com a ação do narcotráfico e fazem girar a roda do dinheiro, constituindo-se, muitas vezes, como um poder paralelo. Para esse mercado, o seu lucro vale muito mais do que a vida dos consumidores, principalmente de jovens empobrecidos e marginalizados com a insígnia de “crackeiros”. Esses jogos de interesses acabam por respaldar a intervenção de países poderosos na política interna de países em desenvolvimento, interferindo nas diretrizes das políticas implementadas nesse campo. Um exemplo dessa lógica pode ser verificado quando constatamos que os maiores problemas de saúde relacionados ao uso de drogas advêm, na verdade, das drogas lícitas.

Na dimensão do sujeito, é importante construir a concepção da integralidade, compreendendo-o em suas múltiplas determinações biopsicossociais e suas mútuas implicações. O olhar *histórico-dialético* vai compreender esse sujeito em sua vida, no contexto das relações, tendo nas redes sociais significativas o alicerce de formulação de seu projeto de ser; ou seja, nas inter-relações que estabelecem as amarras do tecido psicossocial próximo, o qual fornece o suporte afetivo, emocional, cognitivo, o estabelecimento de valores e de racionalidade dessa pessoa. Essas mediações, como a família, as amizades, os grupos da escola, do trabalho, as redes comunitárias, são elementos centrais na compreensão da função do uso de drogas na vida desses sujeitos. Esses sujeitos estão inscritos em territórios, os quais se constituem em espaços da convivência social, da mediação afetiva, cultural e material.

Na dimensão da droga, faz-se necessário compreender as características das diversas substâncias psicoativas na interação com os sujeitos. As drogas, com seus diferentes mecanismos de ação no sistema nervoso central, levam a distintos efeitos: estimulantes, depressoras ou perturbadoras, sendo que sua intensidade depende da interação com fatores, tais como a quantidade e qualidade da droga, via e padrão de consumo, condições ambientais e psicossociais, além das expectativas daquele que dela faz uso.

Dessas relações se desdobram os padrões de uso de drogas e sua distribuição nos territórios ao longo das épocas, fornecendo a base para estudos epidemiológicos, que dão sustentação para a formulação de políticas públicas dirigidas aos problemas concretos de saúde da população.

Esses conceitos mencionados nos parágrafos anteriores constituem o **Módulo 1** do *Curso*, intitulado “Sujeitos, Contextos e Drogas”, que é composto por cinco Capítulos, os quais destacam sempre um dos três elementos, sem perder de vista, porém, a inter-relação entre eles.

O **Módulo 2** – intitulado “Redes para promoção, prevenção, redução de danos e tratamento”, com quatro Capítulos – trata das ações em saúde e das práticas preventivas, pautadas na problematização bioética e sustentadas na compreensão sistêmica sobre o fenômeno do uso de drogas. De modo geral, considera que as práticas de saúde voltadas para os usuários

Histórico-dialético:

A visão histórico-dialética é a compreensão da realidade como um processo histórico sempre em curso, no qual as contradições são elementos constituintes. Concebe que o sujeito se faz e é feito nas relações sociais; ou seja, ao mesmo tempo em que é determinado por elas, ele contribui na produção destas.

de substâncias psicoativas devem ter como objetivo diminuir vulnerabilidades psicossociais, ao controlar fatores de risco e fortalecer fatores de proteção relacionados aos contextos do uso de drogas, a fim de possibilitar a reconstrução de laços sociais, colocando-se como base da formulação de ações de promoção de saúde e prevenção de riscos no âmbito dos problemas relacionados ao uso de drogas. Importa o entendimento de que os modos de cuidado devem ter como princípio a redução de danos, que se sustenta no respeito à diversidade dos contextos e de atores implicados, pondo em relevo a questão da cidadania que envolve os sujeitos nas diferentes situações do uso de drogas.

O **Módulo 3** – intitulado “Políticas Públicas e Legislação sobre Drogas” e organizado em cinco Capítulos – discute as políticas e leis sobre drogas à luz dos Direitos Humanos e na perspectiva do fortalecimento das *redes intersetoriais*.

Durante todo o processo de formação, você, cursista, receberá subsídios para a formulação de um Projeto de Intervenção (PI) no campo da prevenção aos problemas relacionados ao uso de álcool e de outras drogas no seu território de inserção. Para tanto, você receberá um guia de orientação para construção de projetos, denominado *Caderno do Projeto de Intervenção*, cuja elaboração ficou sob a responsabilidade das professoras Daniela Ribeiro Schneider, da Universidade Federal de Santa Catarina, e Patrícia Maia von Flach, do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (CETAD-UFBA), consultoras técnicas de nosso Curso. Esse guia é teórico-prático e deverá ser desenvolvido durante todo o *Curso*, de forma transversal aos módulos. Ao realizar essa atividade, você estará articulando a sua vivência aos conteúdos teóricos aqui estudados, (re)pensando e transformando a realidade na qual está inserido.

Enfatizamos que o *Curso de Prevenção dos Problemas Relacionados ao Uso de Drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias* propõe uma formação crítica, que respeite a multiplicidade de concepções teóricas e metodológicas no campo do uso de substâncias psicoativas, mas que consolide o compromisso com práticas comprometidas com a transformação da realidade social, calcadas na defesa dos Direitos Humanos e da cidadania dos usuários de álcool e de outras drogas, formando cidadãos capazes de colaborar para o desenvolvimento da sociedade na qual estão inseridos.

Referências

- BECOÑA, E. I. **Bases Científicas de la prevención de las drogodependencias**. Madrid: Ministerio del Interior; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2002.
- BRAVO, O. Discurso sobre drogas nas instituições públicas do DF. **Temas em Psicologia da SBP**, Ribeirão Preto (SP), v. 10, n.1, 2002.
- BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- _____. **Drogas e sociedade nos tempos de Aids**. Brasília: EdUNB, 1996.
- ESCOHOTADO, A. **Las drogas, de las orígenes a la prohibición**. Madrid: Alianza, 1989.
- CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- HARVEY, D. **A condição Pós-Moderna**. São Paulo: Loyola, 1998.
- IANNI, O. **A sociedade global**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1993.
- JAMESON, F. **Pós-modernismo: a lógica cultural do capitalismo tardio**. São Paulo: Ática. 1996.
- REZENDE, M. M. Modelos de Análise do uso de drogas e de intervenção terapêuticas. **Biociências**, Taubaté (SP), v. 6, n. 1, p. 49-55, jan./jul. 2000. Disponível em: <http://periodicos.unitau.br/ojs-2.2/index.php/biociencias/article/viewFile/30/13>. Acesso em: 10 mar. 2014.
- SCHNEIDER, D. R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 687-698, 2010.
- SCHNEIDER, D. R.; FLACH, P. M. V. Matriz Conceitual. In: UNIVERSIDADE Federal de Santa Catarina (UFSC). Núcleo Multiprojetos de Tecnologia Educacional (NUTE). **Parecer sobre as próximas edições do curso: “Prevenção do uso de drogas – capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias”**. Florianópolis: NUTE, 2013.
- SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 637-644, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a05.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2014.

An abstract graphic featuring several overlapping, semi-transparent blue geometric shapes, including triangles and polygons, set against a solid light blue background. The shapes create a sense of depth and movement, with some appearing to rise from a white diagonal line at the bottom.

Módulo 1: Sujeitos, Contextos e Drogas

Módulo 2: Redes para Promoção, Prevenção, Redução de Danos e Tratamento

Módulo 3: Políticas Públicas e Legislação sobre Drogas

MÓDULO



Edward MacRae

Doutor em Antropologia pela Universidade de São Paulo, Professor Associado do Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal da Bahia e Pesquisador Associado do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD-UFBA). É autor de livros, coletâneas e artigos científicos sobre temas diversos, como prevenção à AIDS entre usuários de drogas injetáveis, redução de danos, *Cannabis*, crack, uso religioso da *ayahuasca*, movimentos sociais e sexualidade.

CAPÍTULO

1

A história e os contextos socioculturais do uso de drogas

Edward MacRae

A história e os contextos socioculturais do uso de drogas

Breve apresentação

Você sabia que, desde a Pré-História, o ser humano vem usando substâncias que alteram o sistema nervoso central, seja para se medicar, seja para ter experiências espirituais, seja para simplesmente se divertir? Sabia que esse uso raramente foi visto como ameaça à sociedade ou ao sujeito? Isso se deve ao fato de que os efeitos, tanto sociais quanto subjetivos do uso de drogas, são fortemente relacionados aos seus contextos sociais e aos controles sociais formais e informais vigentes, como as leis e os costumes. Neste Capítulo, faremos um rápido recuo histórico com o objetivo de entendermos que, longe de ter uma natureza genérica, a *droga* assume distintos significados em diferentes ocasiões. Leis e costumes, que funcionam como controles sociais formais e informais de seu uso, são impostos ou reforçados por diferentes agentes culturais. Esses agentes podem ser líderes políticos ou religiosos, familiares, empregadores, vizinhos, médicos, membros de órgãos de repressão, dentre outros.

Dessa forma, o uso de drogas se adapta, geralmente, às características de cada contexto. Notemos que cada um desses contextos traz seu próprio sistema de valores e regras que afetam os modos e as finalidades do uso, produzindo diferentes efeitos, tanto subjetivos quanto sociais.

O uso terapêutico, espiritual e lúdico de drogas, por exemplo, é limitado por rituais coletivos ou orientado por objetivos reconhecidos pela própria sociedade como expressão de seus valores. Por essa razão, raramente foi percebido como ameaça à saúde ou à ordem constituída.

Cabe lembrar, ainda, que uma das poucas ocasiões em que o uso de drogas foi visto como ameaça à sociedade foi na Idade Média, quando membros do clero consideravam-no como pecaminoso e relacionado à bruxaria. Na contemporaneidade, essa prática também passou a ser concebida como causadora de doença e criminalidade.

Veremos, também, como as políticas de drogas têm servido para reforçar as estruturas socioculturais vigentes. Essas políticas têm, igualmente, ajudado no controle de grupos vistos como ameaçadores à ordem instituída, como ocorreu no Brasil.

Esperamos que, ao final deste Capítulo, você esteja apto a listar diferentes drogas usadas por distintas sociedades ao longo do tempo. Deverá, também, ser capaz de explicar diferentes formas de conceber a produção e o uso dessas substâncias, levando em conta seus contextos socioculturais e os diferentes significados das drogas ao longo da história. Isso deve possibilitar que, ao se deparar com questões relativas ao uso de drogas, você tenha subsídios tanto para avaliar o impacto do contexto sociocultural específico na produção de problemas quanto para auxiliar na resolução das problemáticas subjacentes ao tema. Além disso, poderá aplicar seus conhecimentos na análise de situações e no planejamento de ações apropriadas.

◀ O uso de drogas na História



Lembre-se

O ser humano sempre fez uso das mais diversas substâncias para provocar alterações nas suas funções físicas, psíquicas e comportamentais.

Alguns cientistas consideram que um impulso biológico para a intoxicação seria compartilhado pelos humanos com inúmeras outras espé-

cies. Seria tão importante e imperativo quanto os impulsos para satisfazer as necessidades da fome, da sede e do sexo. Dessa forma, vemos que, desde a Pré-História, os membros das diferentes culturas humanas têm utilizado plantas e algumas substâncias de origem animal com finalidades artesanais, terapêuticas, espirituais e de diversão. Além de sua capacidade de afetar o metabolismo, seus poderes de alterar a consciência têm sido muito apreciados. Com o tempo, conhecimentos a respeito dessas substâncias, desenvolvidos em determinadas regiões, tendiam a se difundir por grandes distâncias.

O uso de drogas era geralmente feito de acordo com uma série de princípios, leis, regras de conduta e de rituais religiosos e profanos que determinava quem, como e com que finalidade a droga era usada. Era comum haver restrições de idade, gênero e classe social para diferentes substâncias e distintos modos de uso. Cada cultura desenvolvia as suas regras e seus costumes, de acordo com sua forma de entender o mundo e se organizar. O cumprimento dessas normas era imposto e fiscalizado de maneira formal, segundo leis preestabelecidas; ou, informalmente, pela pressão e vigilância de familiares, vizinhos, sacerdotes, empregadores e outros agentes sociais, percebidos pelos sujeitos como importantes em suas vidas. Constituíam-se, assim, os chamados controles sociais formais e informais.

O ópio, produzido a partir da seiva da papoula, vem sendo usado há mais cinco mil anos. Originário da Ásia Menor e da Europa, seu uso se espalhou até a China. Apesar de ser, atualmente, considerado muito pernicioso, foi considerado, até o século XIX, uma dádiva divina para aliviar inúmeras mazelas do ser humano, especialmente a dor.

Já a *Cannabis* – maconha ou cânhamo – provém da China, segundo atestam restos de sua fibra encontrados em uma cerâmica chinesa, datada de 4000 a.C. Depois de se difundir pela Ásia, espalhou-se pelo mundo, chegando até a África. Usada, ao longo da história da humanidade, para uma grande variedade de funções, suas fibras servem, por exemplo, para fazer cordas e tecidos, muito aproveitados na nave-

gação. Era, também, utilizada como medicamento em tratamentos oftalmológicos, contra a febre, insônia, tosse seca e disenteria. Além disso, foi usada para uma série de finalidades espirituais, seja para auxiliar a meditação, seja como incenso. Suas propriedades de alterar a consciência, provocando relaxamento e devaneios, tornaram-na muito procurada para finalidades lúdicas, ou seja, para simples diversão.

Cerca de 15% dos, aproximadamente, oitocentos diferentes medicamentos egípcios antigos incluíam cervejas ou vinhos em sua composição.

O uso de bebidas alcoólicas remonta à Pré-História e seu emprego como medicamento já era mencionado em documentos do Oriente Médio, datados de 2200 a.C.

São, também, numerosas as referências ao vinho no Antigo Testamento. Essa bebida alcoólica, assim como a cerveja, poderia ser misturada a outras drogas, produzindo bebidas de grande potência numa época em que ainda se desconhecia a destilação.

Estimulantes – como a coca, o guaraná, o mate, o café, o chá, a noz-de-cola, dentre outros – foram utilizados em diferentes continentes para produzir incrementos de energia e diminuir a fome. Eram usados, de maneira profana e de forma regular, várias vezes ao dia.

O uso de psicoativos tem, também, sido feito com propósitos espirituais em diferentes momentos históricos e em diferentes culturas.

Nos contextos religiosos, costuma-se encontrar regras bastante rígidas a respeito de quem, como e para que se poderia fazer esse tipo de uso.

Acreditamos que certas plantas, com efeitos alucinógenos ou visionários, desempenhavam importante papel nos rituais de cultos antigos que envolviam estados de consciência alterada ou transe em países como Grécia, Roma e Índia, assim como entre feiticeiros da Sibéria, de regiões do norte da Europa e da América indígena.

Durante séculos, o ser humano pôde conviver com essas substâncias de forma bastante tranquila. Embora existam registros muito antigos sobre

problemas relacionados ao abuso de bebidas alcoólicas, não há, efetivamente, menção a problemas relacionados, por exemplo, à degradação de caráter ou a sérios desvios comportamentais debitados ao uso de outras drogas, incluindo o ópio, de uso tão difundido na Antiguidade.

No século IV, a cristianização do Império Romano levou, todavia, ao colapso as antigas noções pagãs sobre o uso de drogas, as quais passaram a ser estigmatizadas não só por sua associação a cultos mágicos e religiosos, mas também por seus usos terapêuticos para aliviar o sofrimento. Em grande parte, isso se deu porque a dor e a mortificação da carne eram concebidas pelos cristãos no poder como formas de aproximação a Deus. Assim, no século X, o emprego de drogas para fins terapêuticos tornara-se sinônimo de bruxaria ou heresia a ser punida, tanto por católicos como por protestantes, com torturas e morte. As acusações serviam, evidentemente, a fins políticos e econômicos. Ajudavam, também, a estigmatizar grupos, como o das mulheres, dos camponeses e dos pensadores que punham em questão os dogmas eclesiásticos.

No mundo islâmico, persistiu, contudo, uma maior tolerância em relação ao uso de drogas. Embora o principal livro sagrado islâmico, o *Corão*, proibisse o uso do álcool, outras drogas que não mencionava, como o ópio, a *Cannabis* e o café, eram usadas para fins medicinais e de diversão. Com a decadência do poderio islâmico, a partir do século XIV, movimentos fundamentalistas e intolerantes passaram, todavia, a queimar livros, a perseguir dissidentes e a punir usuários de álcool e de *Cannabis*.

Os muçulmanos creem que o *Corão*, ou *Alcorão*, seja a palavra literal de Deus (Alá) revelada ao profeta Maomé (570-632) ao longo de um período de vinte e três anos, começando em 610 d.C. O *Corão* descreve as origens do Universo, do Homem e as suas relações entre si e o Criador. Define leis para a sociedade, moralidade, economia e muitos outros assuntos.

Na América, populações indígenas usavam, para finalidades espirituais, terapêuticas ou de diversão, inúmeros produtos botânicos de efeitos psicoativos, como o tabaco e a folha da coca. Esses costumes persistem até o presente; e, no Brasil, por exemplo, grupos indígenas e algumas religiões

afro-brasileiras do Nordeste realizam cerimônias em que consomem uma bebida feita com as raízes de uma árvore da região: a jurema, com efeitos visionários. Outra bebida sagrada utilizada entre nós é a *ayahuasca*, resultado do cozimento de duas plantas amazônicas: o mariri e a chacrona, de forte teor psicoativo. Na Jamaica, seguidores da religião rastafári utilizam a *Cannabis*, chamada de “ganja”, como auxiliar para a meditação.

O uso da *ayahuasca* foi oficialmente regulamentado em 2006, para rituais de religiões como o Santo Daime, a Barquinha e a União do Vegetal. Essas são religiões sincretistas, com fortes componentes indígenas, católicos, esotéricos e africanos. Originalmente desenvolvidas no Acre e em Rondônia, em 1930, 1946 e 1961, respectivamente, essas religiões usam a *ayahuasca* como um sacramento religioso. Em vista disso, as experiências de alteração de consciência resultantes não são consideradas alucinações e, sim, viagens ao mundo dos espíritos, também chamado de ‘astral’. Por essa razão, rechaçam o termo ‘alucinógeno’ para suas plantas sacramentais, preferindo a expressão *enteógeno*, cujo sentido é estado xamânico ou êxtase.

A partir do século XIV, a Europa passou por uma retomada do pensamento crítico e racionalista. Nesse período, também começaram as Grandes Navegações e a colonização da América e da Ásia. Assim, o contato com culturas orientais e americanas permitiu uma recuperação do conhecimento perdido na Idade Média e a ampliação do repertório de substâncias a serem usadas como *drogas*.

O ópio, por exemplo, voltou a ser usado na forma de uma tintura, conhecida como láudano, que foi amplamente empregado por reis, nobres, plebeus, soldados, prelados e artistas durante dois séculos, sem oposição ou conflito. Igualmente, plantas americanas, como o tabaco, cacau e mate, foram introduzidas na Europa, para fins medicinais, alimentares e lúdicos, com grande sucesso comercial.

No século XIX, o ópio tornou-se a principal mercadoria de exportação das potências europeias para o mercado chinês, criando sérios

problemas para a economia daquele império. Ao tentar proibir esse comércio, a China sofreu derrota em duas guerras contra a Inglaterra. Esse país, apesar de receber pesadas indenizações do governo chinês, foi duramente atacado pelos americanos, que competiam com os ingleses pelo mercado asiático e criticavam seu comércio de uma substância que faria mal à saúde do povo chinês. Começava, assim, o uso político de acusações de narcotráfico.

Também durante o século XIX, cientistas conseguiram isolar os princípios ativos de várias plantas. Dessa maneira, puderam produzir fármacos mais puros e de manejo mais fácil que as plantas das quais eram extraídos, já que suas dosagens podiam ser calculadas com maior exatidão.

No século XIX, foram isolados a morfina (1806), a codeína (1832), a atropina (1833), a cafeína (1841), a cocaína (1860), a heroína (1883), a mescalina (1896) e os barbitúricos (1903). Desenvolveram-se, ainda, os usos anestésicos do éter, do clorofórmio e do óxido nitroso.

Cabe destacar que as traumáticas mudanças sociais e guerras que marcaram o século XIX provocaram muito sofrimento e levaram ao alastramento do abuso de álcool e de outras drogas.

Nos Estados Unidos, o uso e o abuso dessas drogas, com suas implicações para a saúde, economia e política, começaram a ser concebidos como questão de importância racial e social. Surgiram campanhas populares antidrogas, chamadas “de temperança” ou proibicionistas.

Essas campanhas, apesar de seu cunho religioso, tinham como finalidade política estigmatizar certos grupos minoritários, já vistos com preconceito. Acusavam esses grupos de fazerem usos perigosos de determinadas substâncias. Imigrantes, chineses e irlandeses, assim como os negros, eram considerados grandes consumidores de ópio, bebidas alcoólicas e cocaína, respectivamente.

Embora encontrassem resistência da parte de setores da sociedade, o apoio popular a essas campanhas, de forte cunho moralista e racista, era grande entre o eleitorado americano e acabou prevalecendo.



Saiba mais

O conjunto de ideias e leis antidrogas ficou conhecido como proibicionismo. Dizia-se que as drogas e o álcool seriam os principais males da civilização. Para os proibicionistas, o uso de drogas seria um problema de vício e de degradação pessoal que levaria à formação de um perigoso mercado ilícito global. Acreditavam ser possível erradicar, permanentemente, costumes sociais milenares, relacionados ao uso de drogas, por meio de leis e da repressão policial e militar.

Atendendo às reivindicações das campanhas proibicionistas e a interesses políticos e econômicos, foram aprovadas leis controlando a produção e a comercialização, nos EUA, de derivados de ópio e da cocaína em 1914; e, em 1919, a Lei Seca, proibindo o consumo de bebidas alcoólicas. Essa lei, que vigorou entre 1920 e 1932, não conseguiu conter o hábito de beber e promoveu um violento comércio de bebidas ilícitas, produzidas sem qualquer cuidado ou supervisão. Mesmo revogada a proibição de bebidas alcoólicas, as outras drogas continuaram proibidas. Na década de 1930, a *Cannabis* foi incluída nessa lista. Visava-se, então, aos imigrantes mexicanos.

A campanha americana **antidrogas** continuou em âmbito internacional e, em 1961 e 1971, foram assinados, pela quase totalidade dos países do mundo, a Convenção Única de Viena e o Convênio Sobre Substâncias Psicotrópicas, respectivamente. Com esses acordos, pretendia-se resolver os problemas apresentados pela produção, comércio e uso de drogas em geral, através da sua proibição e erradicação em curto ou médio prazo.

Para saber mais sobre a criminalização das drogas, acesse: <http://rhbn.com.br/secao/reportagem/historico-da-criminalizacao-de-drogas>.

Não foi levada em conta a profunda heterogeneidade dos modos de consumo, ou das razões, crenças, valores, ritos, estilos de vida e visões de mundo que sustentam o uso de psicoativos. Recorreu-se, em vez disso, a chavões generalizantes, moralistas e preconceituosos como o de “combate às drogas”. Isso tornou inviável a adoção de medidas realmente eficazes para fazer prevenção ou lidar com suas consequências mais nocivas.

◀ No Brasil: os vícios elegantes e o ópio do pobre

A atribuição de uma série de características negativas às drogas ilícitas e a seus usuários tem tido papel importante na ordenação da sociedade brasileira com todas as suas desigualdades. Assim, o usuário é geralmente concebido, de maneira estereotipada, como irresponsável e incapaz de gerir adequadamente a sua vida. Dessa forma, problemas estruturais da sociedade, como a má distribuição de renda, as deficiências dos sistemas de educação, saúde e segurança pública não são levados em conta. Formadores de opinião, como políticos, líderes religiosos, jornalistas e policiais, elegem um inimigo imaginário: o “drogado” ou “viciado”, para servir de bode expiatório. É ele o responsabilizado por todos os problemas que afligem a sociedade. Sob o pretexto de combatê-lo e ao tráfico que lhe sustenta, são propostas medidas repressivas que, de fato, servem, primordialmente, para a manutenção do sistema político-econômico.

Isso fica claro, por exemplo, no caso da proibição da maconha no Brasil. Apesar de esforços malsucedidos da elite brasileira, colonial e imperial, em estabelecer uma produção industrial de cânhamo no Brasil, tradicionalmente, o uso dessa planta para diversão era visto como proveniente da África e associado quase exclusivamente à população pobre, negra e indígena, principalmente das regiões Nordeste e Norte do País.

Após a Abolição, esses contingentes populacionais, mal integrados à vida socioeconômica do país, causavam temor às elites. Nessa época, desenvolveu-se um discurso voltado para a “melhoria da raça brasileira”, buscando uma maior integração com a cultura europeia e um “embranquecimento” da população. Essas ideias faziam parte de uma política higienista, que visava à exclusão de setores indigentes e negros, sustentada numa suposta ciência conhecida como “eugenia”.

Para saber mais sobre a eugenia, acesse: <http://anpuh.org/anais/wp-content/uploads/mp/pdf/ANPUH.S23.1587.pdf>.

O movimento pró-higiene mental era uma orientação teórica e prática baseada na noção de que o sujeito e a hereditariedade seriam os fundamentos de uma nação saudável. Advogava que a grande chaga da nação seriam os sujeitos considerados degenerados, menos evoluídos, anormais ou inferiores. Uma das suas propostas para corrigir esse problema foi a de submeter o país a um intenso processo de “depuração social”, que consistia na separação de sujeitos superiores e inferiores, em termos de habilidades mentais e aptidões.

Práticas culturais de origem africana, como o candomblé, a capoeira e o uso da maconha, eram sistematicamente desqualificadas e, muitas vezes, até consideradas causadoras de doença mental.

Em 1916, o médico Rodrigues Dória referia-se à questão do uso da maconha no Brasil pelos negros como “a vingança dos vencidos” e propunha a proibição do comércio da planta e novas formas de vigilância sobre seus usuários.

As primeiras leis promulgadas para tratar de temas relacionados às “substâncias venenosas”, à embriaguez e à venda de bebidas alcoólicas só se voltavam para os chamados “vícios elegantes”, incluindo o ópio, a morfina e a cocaína, usados geralmente

por jovens brancos das classes altas, em locais de boemia, como bares e bordéis. Os problemas que o “ópio do pobre”, a maconha, poderia trazer para a saúde da população negra não interessavam aos médicos e legisladores. Quando o governo ditatorial de Getúlio Vargas sentiu, no entanto, a necessidade de controlar mais rigidamente essa população, a *Cannabis* foi acrescentada à lista de entorpecentes banidos. Isso ocorreu em 1932, antes mesmo de os americanos proibirem o uso da planta.

Criou-se, então, um aparato legal, que tomava a maconha como objeto privilegiado. Em decorrência, foram desenvolvidas ações de repressão, voltadas aos locais de ajuntamento, trabalho e divertimento popular, afetando principalmente a população negra e mestiça das regiões Norte e Nordeste.

Dessa maneira, naquele momento, a repressão ao uso da maconha serviu para fortalecer discriminações e preconceitos, raciais e de classe, adequando-se muito bem aos planos de intervenção disciplinar no modo de vida das populações pobres do Brasil.

Durante o regime militar (1964-85), após a derrota da luta armada, travada em grande parte por estudantes, outro grupo social passou a ser visto como pertencendo às “classes perigosas”: os jovens de classe média. Assim, uma nova legislação de entorpecentes foi adotada, em 1976, para facilitar sua aplicação contra essa “juventude rebelde”. A lei não atentava para as diferenças entre as várias substâncias ilícitas, tampouco dava importância à distinção entre uso e tráfico de drogas. Até manifestações públicas contra o proibicionismo passaram a ser consideradas como incitação ao crime.

Em tempos mais recentes, após a redemocratização do país, os padrões excludentes da economia brasileira vêm levando a juventude pobre a conceber o ingresso no narcotráfico como uma das suas únicas possibilidades de conquista de *status*. A natureza ilícita dessa atividade instaura entre eles um clima de desonestidade e violência. O clima de insegurança que passa a reinar na sociedade costuma ser, no entanto, atribuído simplesmente às “guerras de traficantes”, quando seria, de fato, decorrência do modelo socioeconômico vigente e de uma série de falhas nos sistemas públicos de segurança, saúde e educação. Já os jovens usuários de classe média não são mais vistos como ameaça ao sistema, mesmo que cresça entre eles o consumo de drogas.

Para atender a essa nova situação, foi sancionada, em 2006, a Lei n.º 11.343/2006, considerada mais adequada aos novos tempos uma vez que focalizou, por exemplo, medidas para a prevenção do uso de drogas, tanto quanto de atenção e reinserção social de usuários e dependentes (BRASIL, 2006).



Para refletir

Para podermos discutir com mais propriedade a questão, recomendamos que você tome conhecimento do texto completo das duas leis e considere suas diferentes implicações jurídicas, culturais e políticas. A Lei n.º 6.368, de 21 de outubro de 1976, pode ser acessada em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm e a Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006, em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm.

A nova lei apresentava avanços, como o tratamento diferenciado a ser dispensado a usuários e traficante, eliminando a pena de prisão para os primeiros e aumentando o rigor punitivo contra os últimos.

Para aprofundar esse tema, veja o Capítulo 10: “Os Instrumentos legais e as Políticas sobre Drogas no Brasil”.

Na prática, ela acabou, todavia, por ter como efeito o fortalecimento de uma verdadeira guerra – às vezes, considerada de extermínio – contra os pobres, geralmente jovens rapazes negros, acusados de serem traficantes. Esses jovens agora mantêm o sistema carcerário permanentemente superlotado, enquanto os grandes mandantes e financiadores do tráfico têm ficado livres, assim como os criminosos de “colarinho branco”, em geral.

Ocorre, assim, uma seletividade do sistema penal que permite que a política de drogas acabe, mais uma vez, servindo para a manutenção da tradição brasileira de criminalizar a pobreza e a negritude.

Dessa forma, constatamos que, a partir do século XX, a questão do uso de álcool e de outras drogas tornou-se foco de muita preocupação. Isso decorre de motivos de ordem política que influenciaram as legislações sobre drogas, tanto no Brasil quanto no mundo, deixando de atentar, devidamente, para o papel do sujeito e dos controles sociais informais

exercidos pela sua comunidade; ou seja, não se têm levado em conta os variados contextos psicossociais e culturais em que ocorre o uso de drogas, nem a importância das redes sociais significativas para o usuário, que seriam capazes de impor controles sociais informais mais efetivos que as leis atuais.

Resumo

Vimos que, ao longo da história da humanidade, diferentes substâncias de propriedade psicoativa têm sido usadas para finalidades industriais, espirituais, medicinais e de diversão. Seu uso raramente foi visto como ameaçador à sociedade ou aos sujeitos e, em muitos casos, sua produção e sua distribuição foram regulamentadas oficialmente. Assim, a droga foi assumindo diferentes significados em distintas ocasiões. Dessa forma, caracterizamos o uso da droga conforme o contexto histórico-cultural, os impactos, os problemas e as soluções apontadas nesses contextos específicos. Identificamos, ainda, que leis e costumes, que funcionam como controles sociais formais e informais do uso de drogas, foram sendo impostos ou reforçados por diferentes agentes culturais; em determinados momentos e em certas regiões, algumas substâncias foram, inclusive, sendo banidas e seus usuários perseguidos. No Brasil, por exemplo, a proibição da maconha serviu, inicialmente, para justificar a intervenção das forças de repressão em relação à população negra e, mais recentemente, prestou-se à repressão de grupos que faziam oposição cultural à ditadura. Com isso, as políticas de drogas acabaram, em muitas ocasiões, servindo para reforçar as estruturas socioculturais vigentes e para o controle de grupos vistos como ameaçadores à ordem instituída. No próximo Capítulo, abordaremos o uso de drogas a partir de uma perspectiva psicossocial, cujo foco incide sobre a importância de entendermos os sujeitos envolvidos como seres sociais e historicamente construídos, levando em conta os contextos em que se encontram.

Referências

ADIALA, J. C. **O Problema da Maconha no Brasil**: ensaio sobre racismo e drogas. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1986. Série Estudos, n. 52. p. 1-25. Mimeo.

BOITEUX, L. (Coord.). **Tráfico e Constituição**: um estudo sobre a atuação da justiça criminal do Rio de Janeiro e de Brasília no crime de tráfico de drogas. Revista Jurídica da Presidência, Brasília (DF), v. 11, n. 94, p. 1-29, jun./set. 2009. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/main.asp?>. Acesso em: 23 dez. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Ministério da Justiça. Lei n.º 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília (DF), p. 14839, 22 out. 1976. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6368.htm. Acesso em: 10 fev. 2014.

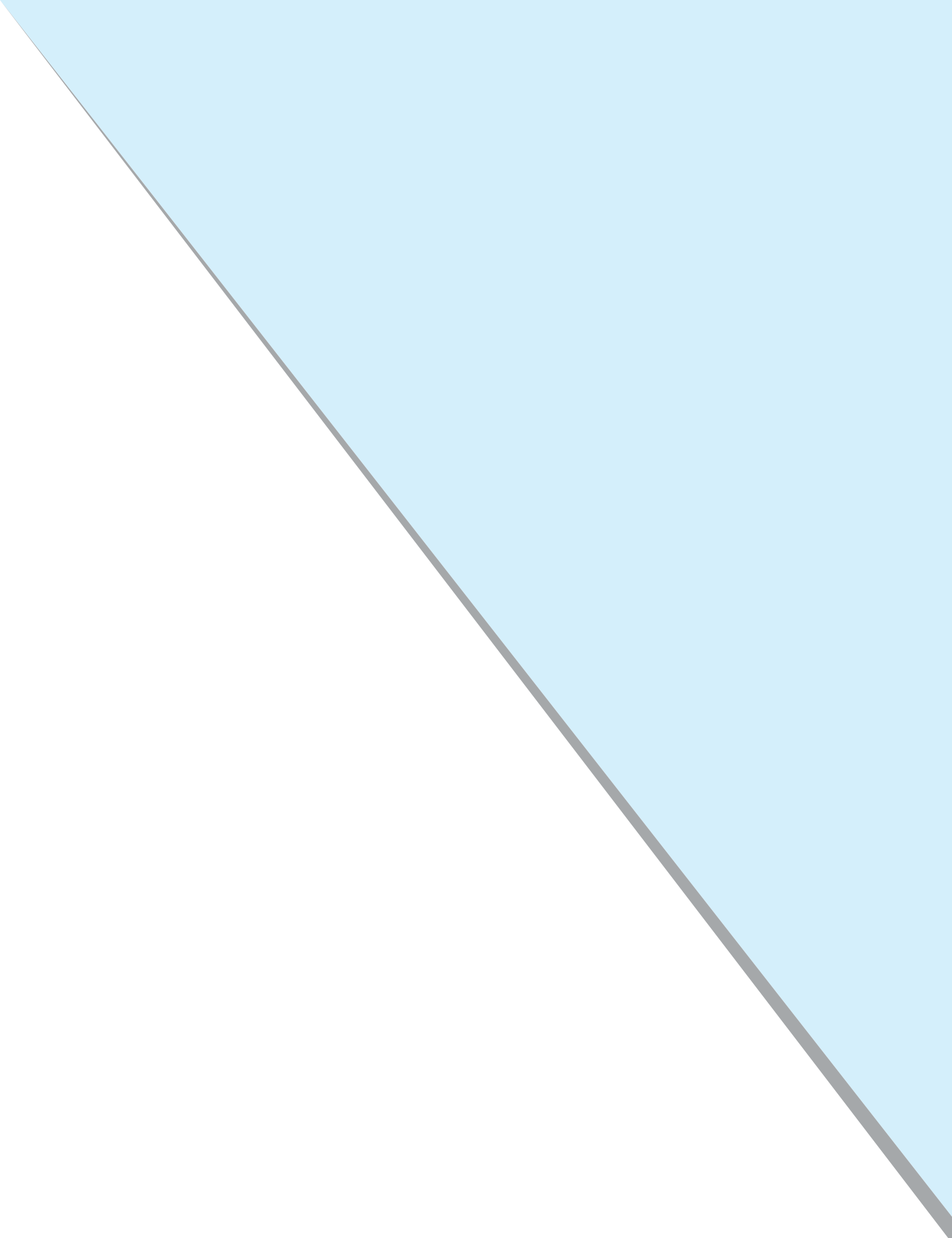
_____. Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad); prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), p. 2, 24 ago. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm. Acesso em: 10 fev. 2014.

DAVENPORT-HINES, R. **The pursuit of oblivion**: a global history of narcotics. New York: WWNorton, 2002.

ESCOHOTADO, A. **Las drogas**: de los orígenes a la prohibición. Madrid: Alianza, 1994

SEIGEL, R. K. **Intoxication** – life in pursuit of artificial paradise. New York: E.P. Dutton, 1989.

SOUZA, J.E.L. **Sonhos da Diamba, controles do cotidiano** – uma história da criminalização da maconha no Brasil republicano. 2012. 194 f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.



Ilêno Izídio da Costa

Professor Adjunto do Departamento de Psicologia Clínica, Ex-Vice-Diretor do Instituto de Psicologia da UnB e do Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (Clínica-escola). Atual Coordenador de Projetos Especiais do Instituto de Psicologia da UnB, do Grupo Personna (Estudos e Pesquisas sobre violência e criminalidade), do Grupo de Intervenção Precoce nas Psicoses (GIPSI) e do Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (*Lato Sensu*), em parceria com o Ministério da Saúde. Presidente da Associação de Saúde Mental do Cerrado (ASCER).

CAPÍTULO

2

O sujeito, os contextos e a abordagem psicossocial no uso de drogas

Ileno Izídio da Costa

O sujeito, os contextos e a abordagem psicossocial no uso de drogas

Breve apresentação

No Capítulo 1, apresentamos a história e os contextos sociais do uso de álcool e outras drogas. No Capítulo atual, pretendemos discutir, a partir do sujeito que usa (abusa de) essas substâncias, quais são os principais aspectos psicossociais que devemos considerar para complexificar sua abordagem. Assim, pretendemos caracterizar a noção de sujeito como um ser social e historicamente construído, identificar os principais componentes da abordagem psicossocial do uso de substâncias psicoativas, enfatizar a importância da família como protagonista dessa realidade, apresentar alguns meios de como abordá-la como fator fundamental para essa compreensão, situar, de forma geral, os impactos na família diante do uso abusivo dessas substâncias e caracterizar o que seja rede social significativa e o papel da comunidade nessa realidade, além de enfatizar a importância da reinserção social dos sujeitos que fazem uso de álcool e de outras drogas.

◀ O que é sujeito

O conceito de sujeito é amplo. Podemos dizer que sujeito faz referência à pessoa em relação com o mundo, ou seja, é um ser que tem consciência e experiências únicas, a partir de seu relacionamento com outros seres que existem fora de si mesmo; isto é, somos sujeitos em relação aos outros e às coisas existentes no mundo, e aí se encontra o sentido de nossa existência.

Um aspecto importante do sujeito é a sua relação com o seu próprio corpo, que tem uma dimensão biológica dada, mas que, ao mesmo tempo, se organiza socialmente sobre a base das emoções experimentadas pelo sujeito em seus diferentes sistemas de relações. Assim, o corpo é também um histórico de relações do sujeito, sendo, portanto, composto por aspectos sociais e culturais, e cultiva emoções que contemplam as relações de sua realidade. Essa visão de sujeito histórico-social-cultural remete a diversos momentos da vida do sujeito, pois, ao pertencer a um determinado espaço social, ele também está construindo sua própria condição existencial.

Dessa maneira, sabe-se que, à medida que o sujeito se insere na sociedade, acrescenta um pouco mais à sua história pessoal e constitui-se cada vez mais sujeito atuante e participante de sua própria subjetividade.

◀ Sujeito e subjetividade

Sujeito e subjetividade são temas que não se separam. A subjetividade caracteriza-se pela possibilidade de os sujeitos, através das várias formas de expressão, concretizarem sua condição humana, através das experiências vividas, seus significados e sentidos, definidos dentro do espaço psicossocial em que se constituem.

O sujeito, então, é um agregado de relações sociais. A conversão das relações sociais em sujeito social se faz por meio da diferenciação

e apropriação que ele realiza do que foi partilhado com os outros, tornando-se um ser singular, ao mesmo tempo que troca experiências comuns com os outros. Assim, também podemos falar em subjetividade social.

A subjetividade, então, é compreendida como um processo de produção no qual existem múltiplos componentes, resultantes da apreensão que o ser humano realiza, permanentemente, a partir de uma heterogeneidade de elementos do contexto social. Nesse sentido, valores, ideias e significados ganham um registro singular, tornando-se matéria-prima para a expressão dos afetos vividos e base para os relacionamentos interpessoais e vínculos de redes psicossociais.

O sujeito, a partir das relações que vivencia no mundo, produz significações que lhe permitem singularizar os objetos coletivos. Assim, todo processo de construção do sujeito é realizado na relação com os grupos e redes sociais. Inserido nesse cenário de múltiplas singularidades que se entrecruzam, o sujeito, ao realizar sua história, também realiza a dos outros, na mesma medida em que é realizado por essa mesma história, sendo, por isso, produto e produtor da sociedade e participante ativo de seu tempo histórico.

O ser humano, assim, é um ser social e histórico que passa por diversas mudanças e processos no decorrer do tempo, devido à cultura e às condições sociais produzidas pela humanidade. A internalização desses processos sociais acontece mediada por sistemas simbólicos. O ser humano e seu projeto de vida possuem uma origem e uma finalidade, e a sociedade apresenta os limites e possibilidades de elaboração e construção, baseando-se nos modos culturalmente construídos para ordenar a realidade.

O projeto de vida deve considerar as expectativas do sujeito em relação ao seu futuro e as suas possibilidades reais, enfatizando as escolhas pessoais na definição das estratégias para atingir esse futuro e assumindo a responsabilidade pelas decisões e comportamentos adotados.



Saiba mais

Projeto de vida é um fenômeno psicológico, mas que se constitui mediado pelas relações pessoais significativas; seus aspectos constituintes emergem de três dimensões articuladas entre si:

- a. sociocognitiva: estabelecimento de processos reflexivos, da produção de ideias sobre si mesmo na relação com o mundo que o cerca. Resulta na racionalidade subjetiva, que implica a mediação do sujeito com o mundo exterior e o desenvolvimento de processos simbólicos, de significação das coisas, pessoas e situações;
- b. socioafetiva: definições da ação humana enquanto capacidade de ser afetada pelos outros e pelas coisas, resultando na constituição dos afetos, das paixões, da ética, na mediação entre o sofrimento e a felicidade, entre o prazer e o desprazer;
- c. espaço-temporal: o cotidiano é a interface entre o passado, o presente e o futuro nas duas esferas da vida cotidiana: o público e a intimidade. O passado se refere à história e à memória; o presente, à ordem da experiência como superação do passado pela mediação do presente, sendo o futuro um aspecto central no projeto de vida.

Por uma abordagem psicossocial

A abordagem psicossocial compreende que a nossa história de vida é marcada pelas relações em rede, cujas estruturas social e familiar, bem como as experiências culturais, se manifestam no dia a dia, constituindo o sujeito em sua totalidade, que afeta e é afetado no mundo, enfatizando a interação e a interdependência dos fenômenos biopsicossociais e buscando pesquisar a natureza dos processos dinâmicos do homem em sua vivência cotidiana.

Contempla, portanto, articulações entre o que está na ordem da sociedade e o que faz parte da subjetividade, do psíquico, concebendo o sujeito

na multidimensionalidade da vida, na qual estão envolvidos aspectos de interação entre o físico, o psicológico, o meio ambiente natural e o social.

Nessa perspectiva, as relações do sujeito com sua rede familiar e comunitária passam a ocupar um lugar privilegiado, convocando-se os atores sociais envolvidos a participarem da compreensão dos processos em que estão implicados e a se responsabilizarem pela transformação do seu entorno.

Sendo assim, uma ação psicossocial, portanto, tenta compreender a complexidade do ser humano em seus processos de troca e no desenvolvimento de ligações baseadas nas experiências construídas individual e coletivamente. Essa prática, que se volta para o sofrimento ou problemas decorrentes da dimensão psicossocial, ressalta ações dirigidas para a atenção ao usuário, em uma perspectiva integral, o que requer o questionamento de posições reducionistas, voltadas somente para as intervenções bioquímicas e direcionadas para as perspectivas fisiopatológicas do usuário.

Assim, o cuidado essencial com o ser humano deve fundamentar-se em uma visão que supere as dicotomias corpo/mente, sujeito/objeto, saúde/doença, individual/social, e outras tantas cisões, configurando-se como uma prática apoiada em perspectivas em que a interdisciplinaridade seja um desafio constante.

Para que possamos especificar melhor a complexidade envolvida na abordagem psicossocial, destaquemos três dimensões fundantes: a família, a comunidade e a rede social.

A família e suas transformações

O termo ‘família’ é derivado do latim *famulus*, que significa “escravo doméstico”. Esse termo foi criado na Roma Antiga para designar um novo grupo social que surgiu entre as tribos latinas, ao serem introduzidas na agricultura e também na escravidão legalizada. Latim *famulus* = que serve, lugar em função de. Latim *fa-ama* = casa; *famulo* = do verbo *facere*, a indicar que faz, que serve.

A família é unidade básica da sociedade formada por sujeitos com ancestrais em comum ou ligados por laços afetivos. É a primeira referência da pessoa. Mediadora entre o sujeito e a sociedade, é onde aprendemos a perceber o mundo e a nos situarmos nele. É um dos grupos responsáveis por nossa formação pessoal.

A partir da década de 1960, a família sofreu muitas modificações: cresceu o número de separações e divórcios; a religião foi perdendo sua força, não mais conseguindo segurar casamentos com relações insatisfatórias; a igualdade passou a ser um pressuposto em muitas relações matrimoniais.

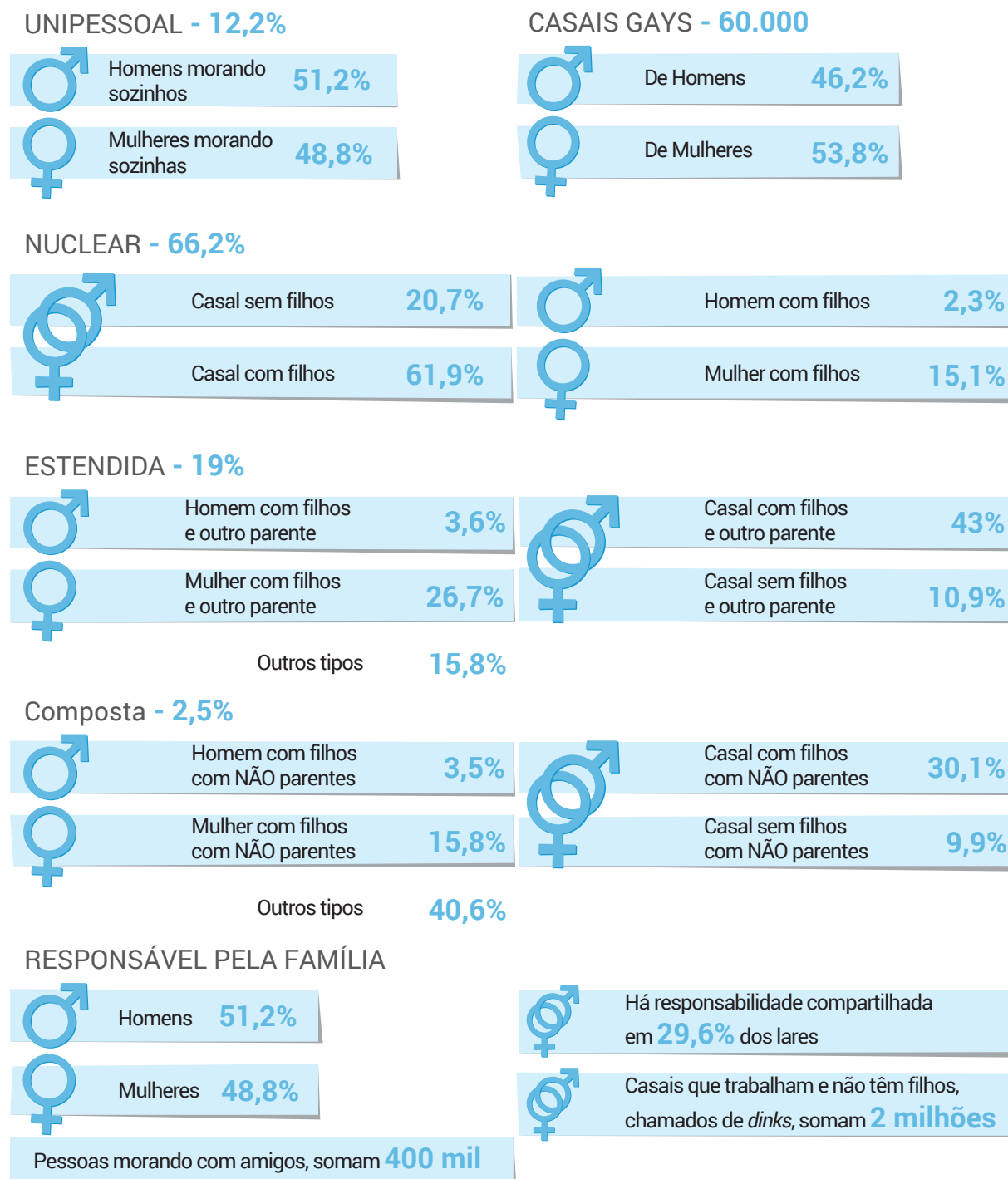
No século XXI, costuma-se falar da “crise da instituição família”. Não se trata, porém, propriamente do enfraquecimento da instituição família, mas de inúmeras transformações que ela vem sofrendo em sua interioridade, em função de mudanças socioculturais contemporâneas: novas relações entre os sexos, mediante o maior controle da natalidade e a inserção massiva da mulher no mercado de trabalho; ao mesmo tempo, o homem aprendeu a ser mais cuidadoso nas relações familiares e nos trabalhos domésticos (ver Figura 1). Também houve mudanças nos preconceitos em relação à homossexualidade. Isso levou a diferentes configurações familiares, como podemos ver no Quadro 1.

Quadro 1: A família na contemporaneidade

Tipos de Família	Características
Família nuclear	Pai e mãe estão presentes, morando na mesma casa, e todas as crianças são filhos deste casal.
Família monoparental	Apenas a mãe (ou o pai) está presente, vivendo com seus filhos e, eventualmente, com outros menores de idade sob sua responsabilidade, sem nenhuma pessoa maior de 18 anos, que não seja filho, morando na casa.
Família recasada	Pai e/ou mãe vivendo em nova união, legal ou consensualmente, e podem ter seus filhos vivendo ou não juntos na mesma casa, sejam deles próprios, sejam de casamentos anteriores.
Família não convencional	Grupo mais amplo que consiste na família nuclear (pai, mãe, filhos) mais os parentes diretos de ambos os lados, existindo uma extensão das relações entre pais e filhos para pais, avós e netos.
Família homoafetiva	Casais do mesmo sexo adotam filhos ou um deles faz inseminação artificial ou via barriga de aluguel.
Família de pais separados	Família dissolvida, porém os ex-cônjuges ficam com a guarda compartilhada dos filhos.
Família de filhos adotivos	Devido a algum problema de infertilidade, o casal adota filhos ou, além de terem filhos biológicos, optam pela adoção também.
Família uniparental	É assim definida quando o ônus da criação do filho é de apenas do marido ou da mulher, seja por viuvez, seja por maus tratos, etc.
Família sem filhos	Resulta da combinação de mudanças na maternidade (muitos casais esperam mais tempo para ter filhos ou excluem a gestação de seus planos) ou, na evolução da educação e da renda, permitem que os filhos saiam de casa para estudar e trabalhar.

Figura 1: A nova família brasileira (Censo Demográfico 2010/IBGE)

São cerca de **57 milhões** de lares brasileiros

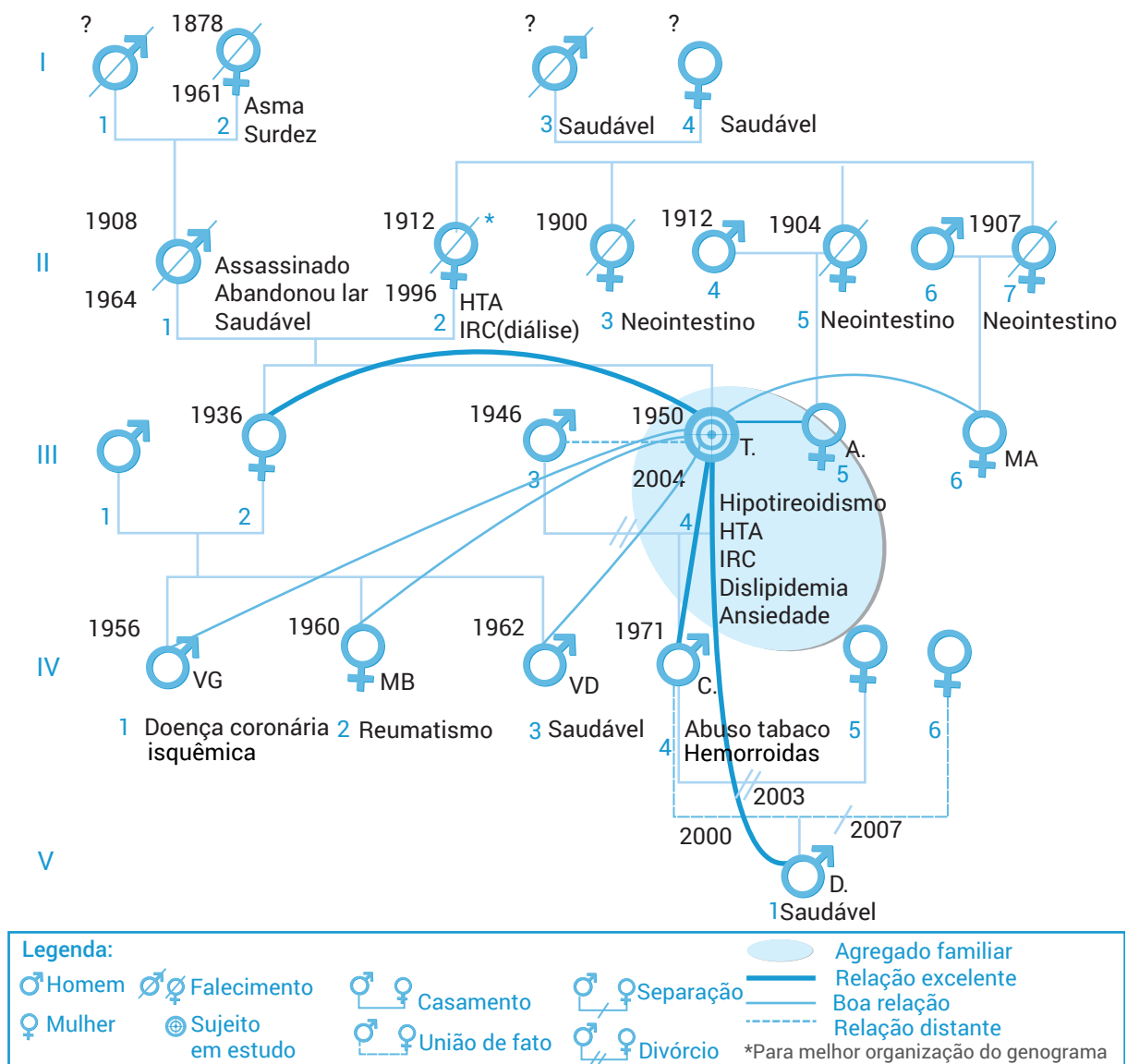


Fonte: UNIGRANRIO (2012), adaptado por NUTE-UFSC.

Formas de conhecer (mapear) a família

Genograma: representação gráfica da família, na qual são apresentados os diferentes membros da família, de diferentes gerações, o padrão de relacionamento entre eles e seus principais relacionamentos (ver Figura 2). Representa a estrutura familiar. Por estrutura entende-se a organização ou disposição de componentes que se inter-relacionam de maneira particular e recorrente. Desse modo, a estrutura familiar compõe-se de um conjunto de sujeitos com condições, posições e uma interação particular.

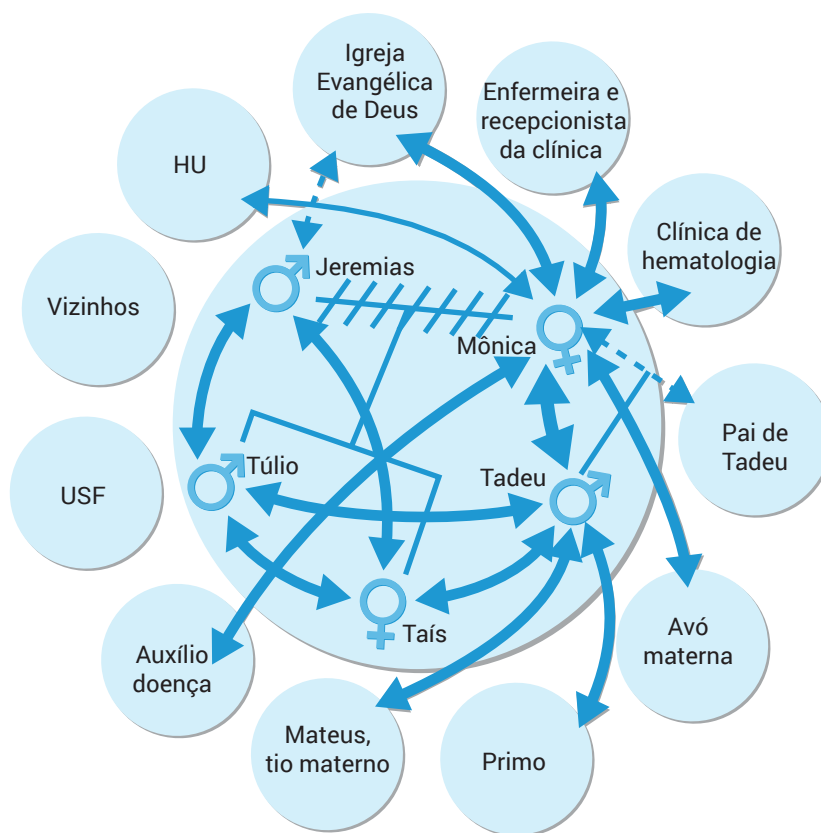
Figura 2: Exemplo de genograma



Fonte: Pessoa e Sérgio (2012), adaptado por NUTE-UFSC.

Ecomapa: diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família. Avalia força, impacto e qualidade de ligação entre a família e a comunidade ou rede, como veremos adiante. O ecomapa fornece uma visão ampliada da família, desenhando a estrutura de sustentação e retratando a ligação da família com o mundo (ver Figura 3). Esse instrumento demonstra, portanto, a conexão das circunstâncias do meio ambiente e mostra o vínculo entre os membros da família e os recursos comunitários.

Figura 3: Exemplo de ecomapa



Legenda:

Intensidade das relações

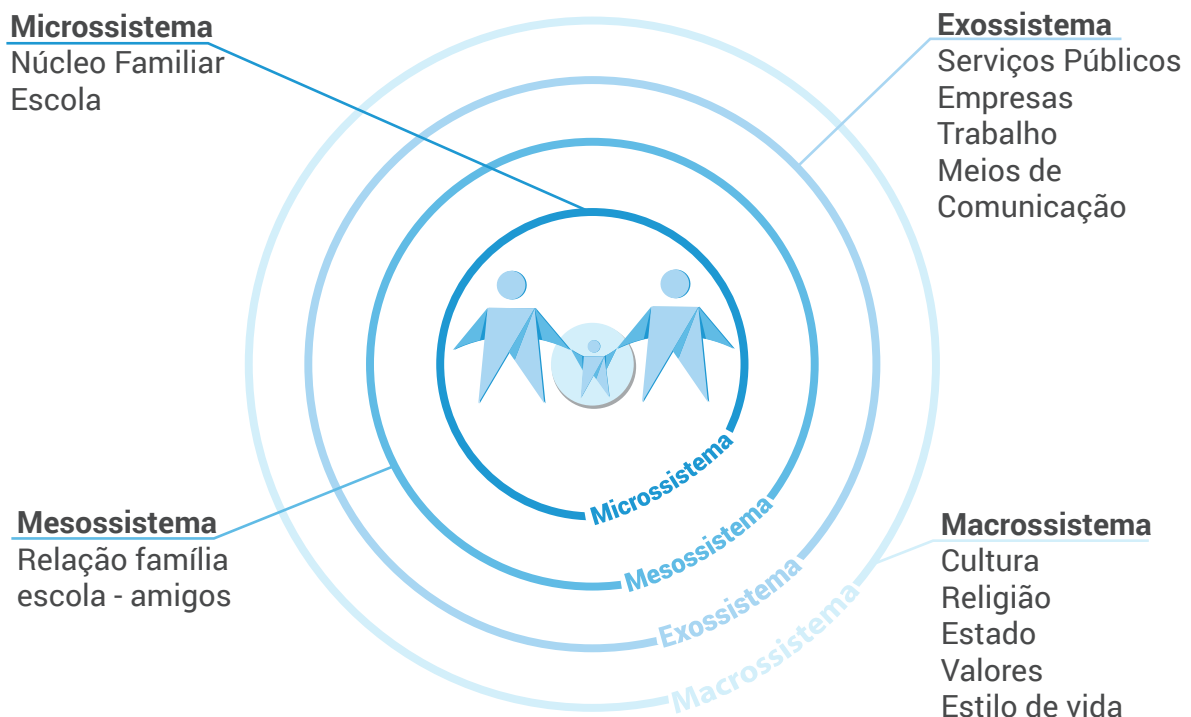
	Apoio forte		Fluxo de energia
	Apoio normal		Conflituosa
	Apoio fraco		Ausência de apoio

Fonte: Nóbrega, Collet, Silva e Coutinho (2010), adaptado por NUTE-UFSC.

Mapa de Rede: campo relacional total do sujeito. A rede social integra todos aqueles que o sujeito reconhece e qualifica como significativos.

O mapa de redes expressa, de forma gráfica, as relações de proximidade e distância entre as redes sociais significativas do sujeito, expressando a presença ou ausência do apoio social (ver Figura 4). Pode ser um ótimo instrumento para a intervenção no diagnóstico de situações e de intervenções no campo psicossocial, em especial nos problemas relacionados ao uso de álcool e de outras drogas.

Figura 4: Sistemas Ecológicos Familiares e Mapa Mínimo de Rede



Fonte: Menéndez (2013), adaptado por NUTE-UFSC.

Esses instrumentos fazem parte da abordagem sistêmica. Nela, defende-se que alguém que faz uso problemático de álcool e outras drogas, por exemplo, exerce uma importante função na família, que se organiza de

modo a atingir um equilíbrio dentro do sistema, mesmo que para isso inclua a codependência em seu funcionamento.

Sabemos que a família desempenha papel fundamental não só na relação com seus membros, mas também na relação com o Estado, na perspectiva de instituição social decisiva ao desenvolvimento do processo de integração/inclusão social de seus membros.

Assim, a família, através da construção da autonomia e independência de seus membros, deve favorecer a formação de um sujeito capaz de organizar sua própria vida e responsabilizar-se por suas relações sociais, fortalecendo a manutenção de laços afetivos já existentes, bem como formando novos laços.

A inclusão da família é muito importante na construção de qualquer processo de compreensão e intervenção com o usuário, devendo ser incluída desde o começo em todas as ações em saúde, o que torna fundamental conhecê-la, em suas potencialidades e fraquezas, suas redes e suas determinações para as possibilidades (ou não) de mudanças. Assim, a família deveria ser protagonista de todo o processo de acompanhamento do sujeito.

É através da consideração familiar que os membros passam a receber atenção não só para suas angústias, mas também começam a receber informações fundamentais para a melhor compreensão do sofrimento que o sujeito e ela vivenciam. Saber abordar, avaliar, acompanhar e tratar a família torna-se, portanto, imperioso.

A família e o contexto de uso e abuso de substâncias psicoativas

O impacto que a família sofre com o uso problemático de álcool e outras drogas por um de seus membros é correspondente às reações que vão ocorrendo com o sujeito que as utiliza. Podemos resumir esse impacto através de quatro estágios pelos quais a família progressivamente passa sob a influência das drogas e do álcool.

1. Na primeira etapa, é preponderantemente o mecanismo de negação. Ocorre tensão e desentendimento, e as pessoas deixam de falar sobre o que realmente pensam e sentem.

2. Em um segundo momento, a família demonstra muita preocupação com essa questão, tentando controlar o uso da substância, bem como as suas consequências físicas, emocionais, no campo do trabalho e no convívio social. Mentiras e cumplicidades relativas ao uso problemático de álcool e outras drogas instauram um clima de segredo familiar. A regra é não falar do assunto, mantendo a ilusão de que as drogas e o álcool não estão causando problemas na família.
3. Na terceira fase, a desorganização da família começa a ocorrer. Seus membros assumem papéis rígidos e previsíveis. As famílias assumem responsabilidades de atos que não são seus. Assim, o usuário problemático perde a oportunidade, muitas vezes, de perceber as consequências do abuso de álcool e de outras drogas. É comum ocorrer uma inversão de papéis e funções; por exemplo, a esposa que passa a assumir todas as responsabilidades da casa em decorrência do alcoolismo do marido, ou a filha mais velha passa a cuidar dos irmãos em consequência do uso de álcool e outras drogas por parte da mãe.
4. O quarto estágio é caracterizado pela exaustão emocional, podendo surgir graves distúrbios de comportamento e de saúde em vários de seus membros. A situação fica insustentável, levando ao afastamento dos membros e gerando rupturas familiares.

Dados esses processos, é fundamental que as famílias sejam incluídas em programas de **prevenção**¹ e de **tratamento**² e incentivadas em seu protagonismo.

¹ Veja no
Capítulo 7.

² Veja no
Capítulo 8.



Lembre-se

Embora tais estágios definam um padrão da evolução do impacto das substâncias, não se pode afirmar que em todas as famílias o processo será o mesmo, mas indubitavelmente existe uma tendência de os familiares se sentirem culpados e envergonhados por terem um de seus membros nessa situação. Muitas vezes, devido a sentimentos, a família demora muito tempo para admitir o problema e procurar ajuda externa e profissional, o que corrobora para agravar o desfecho do caso.

¹ Veja no Capítulo 1.

A família e o **contexto cultural**¹ são fatores importantes na determinação do padrão do consumo de álcool e de outras drogas. Há várias evidências de que os padrões culturais têm papel significativo no desenvolvimento dos problemas relacionados ao uso dessas substâncias. Culturas, por exemplo, que seguem rituais estabelecidos de onde, quando e como beber têm menores taxas de uso abusivo de álcool, se comparadas a culturas que simplesmente proíbem seu uso. O que é ou não socialmente aceitável depende das características da família e da comunidade em questão – seus valores, sua cultura (o álcool não é socialmente aceitável em comunidades muçulmanas, por exemplo) – e não do risco que a droga representa em si.

Comunidade: uma abordagem necessária

² Veja o aprofundamento do tema da comunidade no Capítulo 9: “O trabalho comunitário e a construção de redes de cuidado e proteção”.

A palavra ‘comunidade’ vem do latim *communitas*, de *cum* mais *unitas*, pode ser definida em função dos laços de parentesco, localização geográfica, constituição territorial, interesses políticos, crença religiosa, composição étnica, características físicas ou problemas de saúde ou de saúde mental compartilhados por uma coletividade. O conceito de **comunidade**² engloba não somente o conjunto de pessoas que a formam, mas também as complexas relações sociais que existem entre seus membros, o sistema de crenças que professam e as normas sociais que a regem. Por isso, a apreciação da singular complexidade de cada comunidade é essencial para a compreensão dos sujeitos que nela se inscrevem e, em decorrência, de como as pessoas tomam decisões que afetam a saúde e o seu bem-estar.

Redes sociais significativas

O homem, como ser social, estabelece sua primeira rede de relação no momento em que vem ao mundo. A interação com a família, como vimos, confere-lhe o aprendizado e a socialização, que se estendem para outras redes sociais. É pela convivência com grupos e pessoas que se moldarão muitas das características pessoais determinantes da sua identidade social. Surgem, nesse contexto, o reconhecimento e a influência dos grupos como elementos decisivos para a manutenção do sentimento de pertinência e de valorização pessoal.

Todo sujeito carece de aceitação, e é na vida em grupo que ele irá externar e suprir essa necessidade. Os vínculos estabelecidos tornam-se intencionais, definidos por afinidades e interesses comuns. O grupo passa, então, a influenciar comportamentos e atitudes, funcionando como ponto em uma rede de referências composta por outros grupos, pessoas ou instituições, cada qual com uma função específica na vida da pessoa.

Rede social significativa é o conjunto de relações interpessoais concretas que vinculam sujeitos a outros sujeitos, tecendo laços de reciprocidade e cooperação. Esse conceito vem se ampliando dia a dia, à medida que se percebe o poder da cooperação como atitude que enfatiza pontos comuns em um grupo para gerar solidariedade e parceria.

O termo ‘apoio social’ nos remete à ideia de solidariedade, acolhimento, pertencimento, entre outros conceitos que emergem da reciprocidade e interação entre os sujeitos frente a determinadas situações. Os conceitos “rede social”, “suporte social”, “rede de apoio”, “rede de pertencimento”, entre outros, aparecem em muitos estudos para definir as mesmas perspectivas sobre apoio social.

Na análise de redes sociais, a função do *apoio e/ou suporte social* é central para se pensar processos de intervenção psicossocial, pois descreve o conjunto de pessoas que oferecem ajuda e apoio de forma real e duradoura ao sujeito ou à família.

Assim sendo, pensar em *apoio social* remete às relações pessoais significativas, constituídas em forma de redes: (a) primárias: aquelas relações escolhidas e definidas pelo sujeito no decorrer de toda sua existência, não só pelo âmbito familiar, mas também dos amigos, dos vizinhos e dos companheiros de trabalho (família e comunidade); e (b) secundárias: relações organizadas de maneira específica, nas quais seus integrantes possuem papéis predeterminados e definidos de acordo com os lugares que ocupam em determinadas instituições (instituições sociais).

Suporte social é uma forma de relacionamento interpessoal, grupal ou comunitário que fornece ao sujeito um sentimento de proteção e apoio capaz de propiciar redução do estresse e bem-estar psicológico.

Reinserção social

Para entendermos o processo de reinserção, ou reintegração social, é necessário que nos reportemos ao conceito de exclusão, como já citado anteriormente, que é o ato pelo qual alguém é privado ou excluído de determinadas funções. A exclusão social implica, pois, numa dinâmica de privação por falta de acesso aos sistemas sociais básicos, como família, moradia, trabalho formal ou informal, saúde, entre outros.

A reinserção assume o caráter de reconstrução das perdas, e seu objetivo é a capacitação da pessoa para exercer em plenitude o seu direito à cidadania. O exercício da cidadania para o sujeito em tratamento significa o estabelecimento ou resgate de uma rede social inexistente ou comprometida pelo período do uso problemático da droga. Nesse cenário, focar somente na abstinência da droga para o sujeito deixa de ser o objetivo maior do tratamento, pois, para o dependente, a sua maior dificuldade é justamente não conseguir interromper o uso, geralmente relacionado à sua situação de vulnerabilidade, decorrente da fragilidade de seus vínculos sociais. Assim, a reinserção social torna-se, neste milênio, o grande desafio para o profissional que se dedica à área do uso problemático de álcool e outras drogas.

O processo de reinserção começa com a avaliação social, momento em que se mapeia a vida do sujeito em aspectos significativos que darão suporte à retomada de seu projeto originário ou à construção de um novo projeto de vida. Por isso, faz-se necessário assumir uma postura de acolhimento do sujeito, no qual a atitude solidária e a crença na capacidade de ele construir e/ou restabelecer sua rede social irão determinar o estabelecimento de um vínculo positivo entre ambos. É uma parceria na qual a porta para a ajuda estará sempre aberta, desde que o trânsito seja de mão dupla.

Assim, devemos entender a reinserção social como um processo longo e gradativo que implica, inicialmente, a superação dos próprios preconceitos, nem sempre explícitos.

Os assuntos individuais e sociais de maior relevância no contexto do sujeito devem ser discutidos abertamente, com o objetivo de estimular uma consciência social e humana mais participativa, resgatando a sua autoestima.

Recomendamos ler: Tratamento – Reinserção Social: definição do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11437&rastr=TRATAMENTO%2FReinser%C3%A7%C3%A3o+Social/Defini%C3%A7%C3%A3o.

Resumo

Vimos, neste Capítulo, temas complexos tais como o sujeito, a subjetividade, a família, a rede, e a comunidade em suas relações com o fenômeno do álcool e outras drogas, seja por uso ou por abuso. Assim, objetivamos compreender a complexidade dos fatores que levam o ser humano a consumir essas substâncias, que podem ir do prazer ao sofrimento. De fatores pessoais, mais profundos, até os sociais, cotidianos, havemos de compreender que o consumo de álcool e outras drogas entra na vida de cada um de forma diferente, de acordo com sua personalidade, suas relações familiares e suas interações com o mundo; porém, esse fenômeno não se reduz ao sujeito e suas relações, mas inclui o que chamamos de “a outra ponta da drogadição”, que são as substâncias, ou os produtos, e seus efeitos. É o que veremos no próximo Capítulo.

Referências

BUCHELE, F.; MARQUES, A. C. P. R.; CARVALHO, D. B. B. Importância da identificação da cultura e de hábitos relacionados ao álcool e outras drogas. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Atualização de Conhecimentos sobre Redução da Demanda de Drogas**. 1. ed. Brasília: Ministério da Justiça, 2004. v. 1, p. 223-233.

CAMPOS, E. P. **Quem cuida do Cuidador:** uma proposta para os profissionais da saúde. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

COHEN, H. De la desinstitucionalización a la atención en la comunidad. In: RODRIGUEZ, J. J. **Salud mental en la comunidad.** Washignton (DC). Organización Panamericana de la Salud, 2009.

ELKAÏM, M. **Panorama das Terapias Familiares.** São Paulo: Summus, 1998.

ENRIQUEZ, E. *et al.* **Psicossociologia:** análise social e intervenção. Petrópolis: Vozes, 1994.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito.** São Paulo: Martins Fontes, 2004.

GIONGO, C. D. Tecendo relações: o trabalho com famílias na perspectiva de redes sociais. In: SCHEUNEMANN, A. V.; HOCH, L. C. (Orgs.). **Redes de apoio na crise.** São Leopoldo: Escola Superior de Teologia, 2003.

MENÉNDEZ, S. **Intervención familiar bajo um modelo ecossistêmico,** 2013. Disponível em: <http://mujeresnelmundo.blogspot.com.es/2013/08/intervencion-familiar-bajo-un-modelo.html#more>. Acesso em 25 de maio 2014.

MILANESE, E. **Tratamento Comunitário:** Manual de Trabalho I. 2. ed. São Paulo: Instituto Empodera; SENAD, 2012.

MOLON, S. **Subjetividade e constituição do sujeito em Vygotsky.** Petrópolis: Vozes, 2003

NÓBREGA, V. M.; COLLET, N.; SILVA, K. L.; COUTINHO, S. E. D. Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. **Rev. Eletr. Enf.,** Goiana, v. 12, n. 3, p. 431-440, 2010.

PEREIRA, A. P. S.; TEIXEIRA, G. M.; BRESSAN, C. A. B.; MARTINI, J. G. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 62, n. 3, p. 407-416 maio/jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/12.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

PESSOA, M.; SÉRGIO, C. Uma causa rara de hipertensão arterial secundária. **Rev Port Med Geral Fam,** v. 28, n. 2, Lisboa, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S2182-51732012000200008&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 25 maio 2014.

REY, F. G. **Sujeito e subjetividade**. São Paulo: Pioneira, 2003.

RODRIGUEZ, J. J. **Salud mental en la comunidad**. Washington (DC): Organizacion Panamericana de la Salud, 2009.

SILVEIRA, D. X. **Um guia para a família**. Brasília: Presidência da República; Casa Militar; Secretaria Nacional Antidrogas, 1999. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0240.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2013.

SLUZKI, C. **Redes Sociais**: alternativa na prática terapêutica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SUDBRACK, M. F. O. O trabalho comunitário e a construção de redes sociais. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 5. ed. Brasília: Senad, 2013.

UNIGRANRIO. **A nova família brasileira**. 2012. Disponível em: <http://blogs.unigranrio.com.br/formacao geral/2012/08/31/a-nova-familia-brasileira/>. Acesso em: 15 maio 2014.

Dartiu Xavier da Silveira

Médico psiquiatra, Professor Livre-Docente do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, coordenador do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) da Escola Paulista de Medicina.

Evelyn Doering-Silveira

Psicóloga Clínica, mestre em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, fundadora do setor de Neuropsicologia do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) da Escola Paulista de Medicina.

CAPÍTULO

3

Classificação das substâncias psicoativas e seus efeitos

Dartiu Xavier da Silveira
Evelyn Doering-Silveira

Classificação das substâncias psicoativas e seus efeitos

Breve apresentação

No Capítulo 2, nosso estudo focou a seguinte pergunta: quem é o sujeito que faz uso de substâncias psicoativas/drogas? Vimos que a noção de sujeito como um ser social e historicamente construído é complexa. Buscamos compreender, também, a importância de redes sociais significativas para o tratamento dos usuários, enfocando, principalmente, a família e a comunidade.

Neste Capítulo, apresentamos uma definição para substâncias psicoativas (drogas), focalizando aquelas que são mais utilizadas. Buscamos, ainda, caracterizá-las conforme a ação que exercem no organismo. Ao final do Capítulo, você terá noções gerais a respeito dos efeitos das substâncias psicoativas, conceitos e definições relacionadas a essas drogas. Com base nessas informações, você terá subsídios para refletir acerca dos problemas relacionados ao consumo dessas substâncias.

◀ O que são drogas?

Drogas são substâncias psicoativas utilizadas para produzir alterações nas sensações, no grau de consciência ou no estado emocional.

As alterações causadas por essas substâncias variam de acordo com as características da pessoa que as usa, de qual droga é utilizada e em que quantidade, do efeito que se espera da droga e das circunstâncias em que é consumida.

Geralmente, achamos que existem apenas algumas poucas substâncias extremamente perigosas: são essas que chamamos de drogas. Consideramos, também, que drogas são apenas produtos ilegais como a maconha, a cocaína e o crack; porém, do ponto de vista da saúde, muitas substâncias legalizadas podem ser igualmente perigosas, como o álcool, que também é considerado uma droga como as demais.

No que se refere à terminologia, existe grande grau de imprecisão nos termos habitualmente utilizados: “tóxicos” se referem à toxicidade, porém uma mesma substância psicoativa pode ser um medicamento, se usada em baixa dosagem; e, ao mesmo tempo, um tóxico, se usada em quantidades maiores; “narcóticos”, terminologia adotada da língua inglesa, se refere apenas a alguns subtipos de substâncias psicoativas, usadas tanto como medicamentos quanto como drogas de abuso; e “psicotrópicos”, termo excessivamente genérico que se refere apenas ao fato de essas substâncias exercerem ação no cérebro.

Quais os tipos de drogas que existem e que efeitos elas provocam?

As drogas atuam no cérebro afetando a atividade mental, sendo, por essa razão, denominadas psicoativas. Basicamente, elas são de três tipos, os quais particularizamos a seguir.

- *Drogas que diminuem a atividade mental, também chamadas de depressoras. Afetam o cérebro, fazendo com ele que funcione de*

forma mais lenta. Essas drogas diminuem a atenção, a concentração, a tensão emocional e a capacidade intelectual. Exemplos: ansiolíticos (tranquilizantes), álcool, inalantes (cola), narcóticos (morfina, heroína).

- *Drogas que aumentam a atividade mental são chamadas de estimulantes. Afetam o cérebro, fazendo com que ele funcione de forma mais acelerada. Exemplos: cafeína, tabaco, anfetaminas, cocaína e crack. As anfetaminas, assim como os outros estimulantes, costumam ser utilizadas para se obter um estado de euforia, para se manter acordado por longos períodos de tempo ou para diminuir o apetite. Podem ser utilizadas, ainda, como medicação para algumas doenças (déficit de atenção e outras doenças neurológicas).*
- *Drogas que alteram a percepção são chamadas de substâncias alucinógenas (ou psicodislépticas), provocando alterações no funcionamento do cérebro. Exemplos: LSD, *ecstasy*, maconha e outras substâncias derivadas de plantas ou cogumelos (*ayahuasca*, ibogaína, sálvia, mescalina, psilocibina, por exemplo).*

Muitas dessas substâncias psicodislépticas são utilizadas em ritual religioso, e seus usuários lhes atribuem propriedades específicas de facilitação de contato com a dimensão religiosa (sendo, por isso, denominadas substâncias enteógenas). Essas mesmas alterações da consciência são valorizadas por pessoas que as utilizam em contexto recreacional. Embora possam ser prejudiciais quando utilizadas por pessoas com problemas mentais, tais como psicoses, essas substâncias raramente causam dependência. Diversas pesquisas científicas têm identificado potencial terapêutico dos psicodislépticos para muitas doenças.

O efeito de uma droga é o mesmo para qualquer pessoa?

Não, os efeitos de uma droga dependem basicamente de três fatores:

- da droga;
- do usuário;
- do meio ambiente.

Cada tipo de droga, com suas características químicas, tende a produzir efeitos diferentes no organismo. A forma como uma substância é utilizada, assim como a quantidade consumida e o seu grau de pureza também terão influência no efeito.

Cada usuário, com suas características biológicas (físicas) e psicológicas, tende a apresentar reações diversas sob a ação de drogas. São extremamente importantes o estado emocional do usuário e suas expectativas com relação à droga no momento do uso. O meio ambiente também influencia o tipo de reação que a droga pode produzir. Dessa maneira, o local, as pessoas e o contexto no qual o uso acontece podem interferir nos efeitos que a droga vai produzir.

Por exemplo, uma pessoa ansiosa (usuário) que consome grande quantidade de maconha (droga) em um lugar público (meio ambiente) terá grande chance de se sentir perseguida (“paranoia”). Por outro lado, um sujeito que consome maconha quando está tranquilamente em sua casa, na companhia de amigos, terá menor probabilidade de apresentar reações desagradáveis.

Aspectos referentes à classificação das drogas

Nesta seção, pretendemos abordar algumas questões que normalmente são mal compreendidas em relação às drogas e ao seu uso. Talvez você já tenha se deparado com muitas dessas questões na sua vida. Pretendemos, aqui, refinar um pouco mais o conhecimento que você já dispõe sobre o assunto.

Existem drogas leves e drogas pesadas?

Rigorosamente, não deveríamos falar em drogas leves e pesadas, mas, sim, em uso leve e uso pesado de drogas. Tomando-se o álcool como exemplo, os dependentes nunca conseguem beber moderadamente; ao mesmo tempo, a maioria dos que utilizam o álcool são usuários ocasio-

nais que jamais se tornarão dependentes. Para os primeiros, o álcool é uma droga extremamente perigosa (droga pesada), enquanto para os últimos o álcool é um produto relativamente inofensivo (droga leve).

As drogas proibidas são mais perigosas?

Do ponto de vista da lei, não há diferença entre drogas leves e pesadas, mas apenas entre drogas legais e ilegais (lícitas e ilícitas). Fumar maconha ou injetar cocaína, por exemplo, as duas atitudes infringem igualmente a lei. Na prática, porém, o uso de maconha raramente chega a ter as mesmas consequências perigosas à saúde que se observa com o uso de cocaína.

Além disso, sabemos que os riscos relacionados ao consumo de drogas dependem mais da maneira e das circunstâncias em que elas são usadas do que do tipo de droga utilizada. Mesmo para os dependentes, os riscos parecem estar mais relacionados ao grau de dependência do que ao tipo de droga ou ao fato de ela ser lícita ou ilícita. A morfina, substância legalizada cujos efeitos são muito semelhantes aos da heroína, costuma ser frequentemente utilizada sem que necessariamente seus usuários se tornem dependentes (como no caso do seu uso medicinal).

Existem drogas seguras e inofensivas, que não causam nenhum problema?

Mesmo as drogas consideradas leves, como a maconha ou os calmantes, podem causar danos para algumas pessoas. Tudo depende de quem as usa e da maneira como a droga é consumida.

As substâncias ilegais são mais perigosas do que as legalizadas?

Nem sempre isso acontece. Os perigos relacionados ao uso de drogas dependem de diversos fatores, como já vimos: que droga é utilizada, em quais condições se dá o seu uso e quem é o usuário. **O fato de uma substância ser legal ou ilegal não tem uma relação direta com o risco que ela oferece.** Temos a tendência a achar que substâncias como o álcool,

¹ Acesse o seguinte sítio, que contém informações sobre o oxi: <http://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2011/06/08/estudo-da-pf-diz-que-oxi-nao-e-nova-droga-mas-derivacao-da-cocaina.htm>.

² A Lei Seca, ao contrário do que muitos pensam, não é uma medida nova. Veja mais informações em: <http://www.dw.de/1917-apresentado-o-projeto-da-lei-seca-nos-eua/a-319341>.

por serem legalizadas, não são tão problemáticas e prejudiciais quanto as drogas ilegais, o que é um engano. Assim, observamos que na nossa cultura somos demasiadamente tolerantes com relação às drogas legalizadas (álcool, medicamentos, tabaco, entre outras).

Outro fator que influencia de forma considerável os riscos e prejuízos relacionados ao consumo de drogas é a pureza do que está sendo consumido. Nesse sentido, dentro do contexto proibicionista, as substâncias ilícitas são adulteradas pela adição de vários produtos que frequentemente oferecem muito mais riscos à saúde do que a droga em si. No caso da cocaína, geralmente o produto oferecido aos usuários contém pó de giz, cimento, cal, querosene (como no caso do “oxi”¹), dentre outros. Na época da **Lei Seca Americana**² em que o álcool era proibido, estima-se que milhares de usuários de álcool tenham ficado cegos por consumir álcool adulterado (álcool metílico usado como produto de limpeza, por exemplo).

As drogas naturais são menos perigosas do que as drogas químicas?

Contrariamente ao que se fala, um produto de origem natural nem sempre oferece menos risco do que um produto sintético. Substâncias obtidas a partir de plantas, como a cocaína, podem ser tão ou até mesmo mais perigosas do que as drogas produzidas em laboratórios, como o LSD.

Existem maneiras menos prejudiciais de consumir drogas?

Embora o uso de qualquer substância psicoativa possa oferecer algum risco em potencial, existem maneiras menos prejudiciais de se consumir drogas. Tomando-se como exemplo a cocaína, sabe-se que, na região dos Andes, o hábito secular de mascar folhas de coca não acarreta consequências danosas e não leva à dependência. Por sua vez, o pó de cocaína (cloridrato de cocaína), usado de forma aspirada, representa um

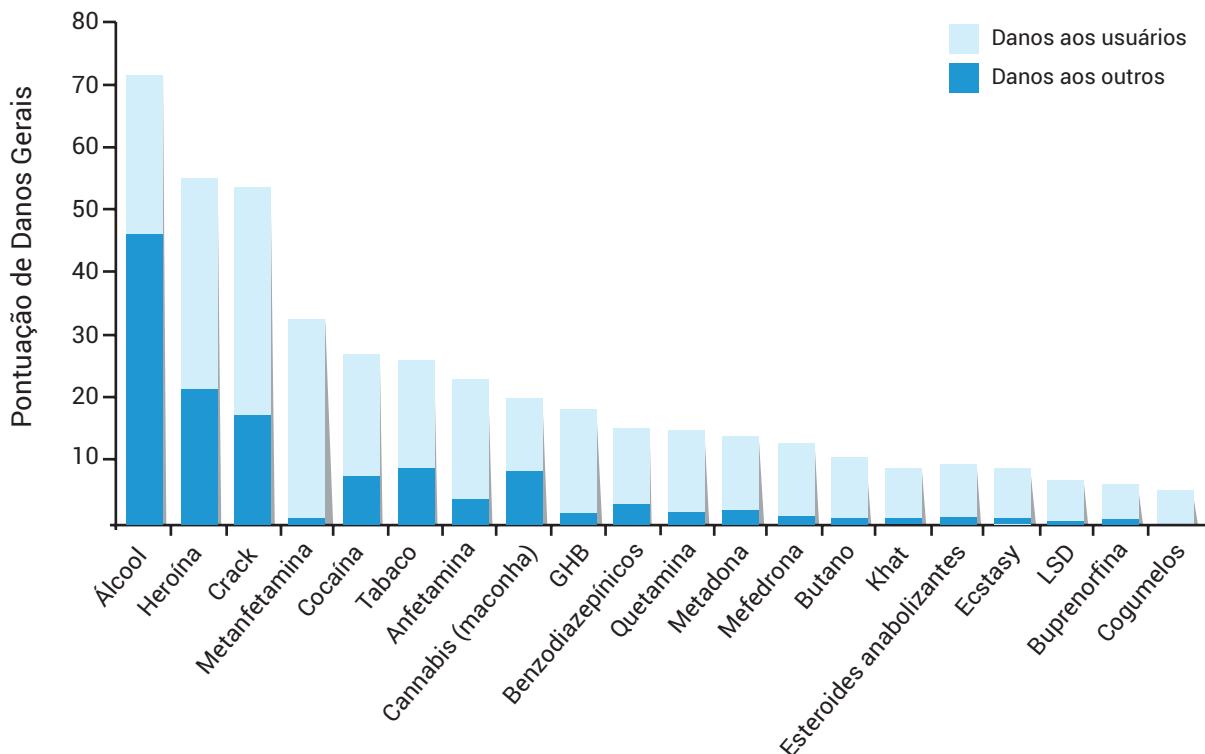
risco consideravelmente maior. Se esse mesmo pó for diluído e injetado nas veias, sua toxicidade aumenta ainda mais. Fumar crack (cristais de cocaína) chega a ser tão perigoso quanto usar a cocaína injetável. Isso se deve basicamente à grande quantidade da substância que atinge o organismo quando a droga é fumada ou injetada.

Nesses exemplos, o princípio ativo (a substância química que produz os efeitos no organismo) é o mesmo em todos os casos. O que torna a droga mais ou menos perigosa é a quantidade maior do princípio ativo que vai agir sobre o organismo.

As classificações das substâncias psicoativas refletem os riscos relacionados ao consumo?

Frequentemente não. Em 2010, foi publicado na *Lancet*, revista médica de maior prestígio no mundo, um artigo do professor de neuropsicofarmacologia no *Imperial College*, em Londres, David Nutt, que reuniu um grupo de cientistas para desenvolver uma pesquisa e avaliar os riscos relacionados ao uso de diferentes drogas, lícitas e ilícitas. O estudo encontra-se disponível na internet e classifica vinte drogas segundo o potencial de dano que cada uma possa causar. Utilizando uma abordagem que leva em conta múltiplos critérios, o estudo define que, em uma escala de zero a cem, os danos causados pelo álcool chegam a 72; heroína, 55; crack, 54; cocaína, 27; tabaco, 26; maconha, 20; *ecstasy*, 9; e LSD, 7 (Figura 1). Os critérios de classificação das drogas foram avaliados conforme os danos, causados tanto ao próprio usuário (exemplo: um câncer de pulmão provocado pelo cigarro) quanto aos outros sujeitos (exemplo: causar acidentes por dirigir embriagado), através de uma análise multidimensional, que engloba fatores biológicos, psicológicos e sociais, atribuindo-se notas de zero a cem para os danos relacionados ao consumo das diversas substâncias.

Figura 1: Danos causados por drogas



Fonte: Nutt, Leslie e King (2010), adaptado por NUTE-UFSC.

Efeitos do uso das principais substâncias psicoativas e quadros clínicos mais frequentemente relacionados ao uso

Os efeitos produzidos pelo uso de uma substância psicoativa dependem de diversos fatores: tipo e quantidade da substância utilizada; via de utilização da substância; características biopsicológicas do usuário; condições ambientais onde se dá o uso da substância. Listamos, entretanto, apenas como diretrizes gerais, os efeitos que mais se associam à utilização de algumas substâncias psicoativas, assim como os quadros clínicos mais frequentemente observados.

- Álcool

1. Efeitos: euforia e relaxamento, acompanhados de desinibição. Com o aumento da dose, aparecem dificuldades ao executar tare-

fas e diminuição dos reflexos, dificuldade de manutenção do equilíbrio e incoordenação motora, seguidos de sonolência.

2. Intoxicação: A intoxicação aguda pelo álcool pode acompanhar-se de transtornos graves dos sentidos, consciência reduzida dos estímulos externos, alterações intensas da coordenação, fala incoerente, diplopia (visão dupla), acompanhados de náuseas e vômitos. Um estado de sedação pode evoluir para perda de consciência, coma e morte.
 3. Outros problemas associados: muitos usuários crônicos de álcool têm sobrevida diminuída em decorrência de lesões no aparelho digestivo (estômago, fígado e pâncreas), cérebro e coração. As lesões hepáticas frequentemente evoluem para cirrose. Hemorragias digestivas e pancreatites são causas de morte frequentes. Muitos apresentam quadros degenerativos cerebrais (demência alcoólica). Além disso, sujeitos desnutridos ou que tenham deficiência de vitamina B1 podem apresentar Síndrome de Wernicke-Korsakoff, caracterizada fundamentalmente pela perda da capacidade de reter informações (memorizar), frequentemente irreversível. Alterações neuropsicológicas são comuns em usuários crônicos.
 4. Problemas clínicos adicionais: arritmias cardíacas; fraqueza muscular, por destruição das fibras musculares; neuropatias periféricas; impotência sexual. Além disso, o uso de álcool durante a gravidez está associado ao aparecimento da Síndrome do Alcoolismo Fetal.
 5. Abstinência: a Síndrome de Abstinência do Álcool ocorre quando o sujeito interrompe o uso ou diminui de forma abrupta a quantidade habitualmente utilizada. Pode apresentar-se através de manifestações leves, com tremores, taquicardia e sudorese, ou evoluir para quadros cerebrais graves, acompanhados de confusão mental, ilusões e alucinações (*delirium tremens*), que, se não forem prontamente tratados, podem evoluir para a morte.
- Solventes (lança-perfume, “loló”, cola, gasolina, acetona, tiner, aguarrás, éter, benzina, esmalte e tintas)
1. Efeitos: euforia seguida de sonolência e de alterações da sensopercepção.
 2. Intoxicação: a intoxicação aguda por solventes em geral é breve (15 a 45 minutos) e pode estar acompanhada de uma série de sin-

tomas, que incluem irritação ocular, fotofobia (hipersensibilidade à luz), diplopia (visão dupla), zumbido, irritação de mucosas da faringe, levando a sintomas como tosse e coriza. Náuseas, vômitos e diarreia também são comuns. O uso de hidrocarbonetos fluorados pode levar a arritmias cardíacas. Usualmente, nos quadros de intoxicação, pode-se observar lentificação de ondas cerebrais no eletroencefalograma. Os quadros de superdosagem habitualmente se iniciam de forma abrupta e se caracterizam por depressão respiratória e arritmias cardíacas, seguidas de perda da consciência e, em alguns casos, morte súbita. Parece que exercícios físicos intensos aumentam o risco de morte súbita associada ao uso de solventes.

3. Outros problemas associados: Síndrome Cerebral Orgânica (quadro de confusão mental, rebaixamento de consciência e desorientação no tempo e no espaço, associados a sofrimento cerebral). Além disso, em sujeitos que apresentam predisposição, o uso de solventes pode exacerbar ou desencadear quadros psiquiátricos como a depressão. Alterações neuropsicológicas são comuns em usuários crônicos.
4. Problemas clínicos adicionais: arritmias cardíacas, principalmente com a inalação de aerossóis (hidrocarbonetos fluorados); hepatite tóxica, com possível evolução para insuficiência hepática; insuficiência renal, principalmente entre os que abusam de benzeno e tolueno; insuficiência pulmonar transitória após a inalação; transtornos gastrintestinais leves e transitórios; anemia aplástica (diminuição da produção das células que compõem o sangue); fraqueza muscular, por destruição das fibras musculares; neuropatias periféricas, em geral induzidas por nafta e chumbo presentes na gasolina. Além disso, a facilidade da passagem placentária dos solventes está associada a malformações (efeito teratogênico).
5. Abstinência: a interrupção do uso de solventes não está associada a nenhum quadro de abstinência clinicamente relevante.
6. Atenção: o uso de solventes em geral é ocasional. O uso frequente e problemático geralmente ocorre em pessoas com problemas psiquiátricos graves ou em situações de exclusão social. Vem crescendo o relato de uso abusivo entre universitários, especialmente entre estudantes de Medicina.

- Canabinoides (maconha, haxixe, “skank”)

1. Efeitos: excitação seguida de relaxamento; euforia; distorções na avaliação de tempo e espaço, logorreia (falar exageradamente), hiperfagia (aumento da fome), alucinações, sobretudo visuais, palidez, taquicardia, hiperemia conjuntival (olhos avermelhados), midríase (pupilas dilatadas), boca seca.
2. Intoxicação: podem causar com desorientação (altera-se a noção de tempo), crises de pânico, leve grau de desconfiança ou ideias paranoides, com alguma perda da capacidade de avaliação de situações (juízo crítico). O uso de doses altas pode desencadear alucinações, habitualmente visuais. Também pode estar acompanhada de alterações como tremores finos, discreta queda da temperatura corporal, redução na força e no equilíbrio, baixo nível de coordenação motora, boca seca e conjuntivas hiperemiadas (olhos avermelhados).
3. Outros quadros associados: síndrome amotivacional (apatia, pensamento lento e falta de iniciativa) e transtorno psicótico induzido. A presença de déficits cognitivos permanentes, associados ao uso da **maconha**¹ aparentemente, ocorre apenas em usuários mais jovens (adolescentes), quando a consomem com frequência.
4. Problemas clínicos adicionais: a possibilidade de aparecimento de complicações clínicas sérias com o uso de canabinois é remota. O uso de maconha fumada pode produzir quadros de bronquite por um efeito irritante das vias respiratórias. A administração aguda de maconha pode levar à dilatação das vias respiratórias, mas o uso crônico está associado à **broncoconstrição**² e consequente aparecimento de quadro asmático. O aumento do ritmo cardíaco e a redução da capacidade de contração do coração são complicadores entre os cardiopatas, podendo levar a irrigação deficiente do músculo cardíaco (angina). O uso exagerado de maconha pode levar à redução da produção de esperma e à diminuição do número de espermatozoides, a uma diminuição da próstata e dos testículos, e ao bloqueio da ovulação. Todas essas alterações tendem a ser reversíveis com a interrupção do uso.
5. Abstinência: a interrupção do uso frequente de *Cannabis* pode causar fadiga, irritabilidade, insônia e diminuição de apetite. Em geral, esses sintomas são de curta duração e de pequena intensidade.

¹ Você pode conhecer mais sobre o histórico e os efeitos da maconha visitando o site http://www.cebrid.epm.br/folhetos/maconha_.htm.

² **Broncoconstrição:**

Constrição das vias respiratórias.

Estimulantes (cocaína, anfetaminas e drogas correlatas)

- Cocaína (cocaína, “pó”, “brilho”, crack, pasta-base)
- 1. Efeitos: excitação, euforia, diminuição do cansaço, irritabilidade, insônia, perda do apetite, hipervigilância, logorreia (falar exageradamente), agitação psicomotora, exacerbação simpatomimética (coração acelerado, febre, pupilas dilatadas, suor, hipertensão arterial).
- 2. Intoxicação: pode ocasionar crise de pânico, crise hipertensiva, convulsões, hipertermia (febre) e choque cardiovascular. Os usuários crônicos podem tolerar doses muito mais altas do que sujeitos pouco habituados ao consumo, de forma que a dose letal é variável e imprevisível. As causas de morte nas intoxicações estão mais frequentemente associadas a quadros vasculares do Sistema Nervoso Central (acidente vascular encefálico) e a eventos cardiovasculares (arritmias, isquemias e infarto).
- 3. Outros quadros associados: transtorno psicótico induzido por substâncias, com *alucinações e delírios*, transtornos neuropsiquiátricos (em usuários crônicos é importante realizar avaliação das funções cognitivas e, se necessário, exames de neuroimagem). As funções cognitivas são avaliadas através de exames neuropsicológicos que frequentemente incluem testes padronizados.
- 4. Problemas clínicos adicionais: quadros relacionados ao uso de agulhas contaminadas (endocardite, tétano, abscessos, hepatites virais, êmbolos, infecção pelo HIV, etc.); comprometimento do septo nasal nos sujeitos que fazem uso por aspiração (forma inalada); o abuso durante a gravidez pode desencadear abortos espontâneos, trabalho de parto prematuro e placenta prévia (placenta em localização inadequada dentro do útero, facilitando hemorragias e abortamento).
- 5. Abstinência: sintomas inespecíficos, cuja remissão ocorre em horas ou dias após a interrupção do uso. Podem ocorrer reações depressivas importantes, além de fissura intensa.

Alucinações e delírios:

Alucinação se refere a uma percepção de algo que não existe, por exemplo, ter visões ou ouvir vozes. *Delírio*, por sua vez, refere-se a um pensamento que corresponde a uma interpretação errônea da realidade, por exemplo, uma pessoa pensar que está sendo perseguida.

- Anfetaminas e substâncias análogas (*anorexígenos*¹, metanfetamina, *ice*², *MDMA*³ ou *ecstasy*).

1. Efeitos: semelhantes aos da cocaína.
 2. Intoxicação: efeitos cérebro-vasculares, cardíacos e gastrointestinais estão entre os sintomas mais sérios associados com o abuso de doses altas de anfetaminas. Um *continuum* de sintomas neurológicos está associado a doses gradativamente maiores de anfetamina, desde câibras até convulsões, coma e morte. Os efeitos psíquicos incluem inquietação, disforia, insônia e confusão mental. Substâncias como *MDMA* e *ecstasy* podem acarretar síndrome hipertérmica (aumento da temperatura corporal), que pode ser fatal; insuficiência hepática causada por hepatite tóxica, que pode ser irreversível; e morte relacionada a problemas cardíacos, como fibrilação ventricular (arritmia).
 3. Outros quadros associados: semelhantes aos quadros descritos para a cocaína.
 4. Problemas clínicos adicionais: emagrecimento; o uso durante a gravidez pode causar abortos espontâneos e baixo peso ao nascer.
 5. Abstinência: sintomas inespecíficos, como irritabilidade, hipersonia (excesso de sono) e fadiga.
- Ópio e derivados (opioides e opiáceos). O ópio é obtido a partir de um tipo de papoula originária do Oriente. Substâncias derivadas do ópio são denominadas opiáceos (morfina, codeína e heroína), enquanto substâncias sintetizadas em laboratório semelhantes aos opiáceos são denominadas opioides (meperidina, metadona). Embora os derivados do ópio sejam medicamentos muito utilizados na medicina, existe grande potencial de abuso e dependência.
1. Efeitos: sensação de prazer extremo, seguida de sonolência e estupor; miose (pupilas contraídas).
 2. Intoxicação: depressão do SNC, diminuição do funcionamento global do cérebro (depressão respiratória, hipotensão, sonolência e coma).

¹ Anorexígenos:

Inibidores do apetite.

² Ice:

O *ice* é o único tipo de metanfetamina que pode ser fumado, tendo o aspecto de uma pedra de gelo (daí o seu nome).

³ MDMA:

MDMA é a sigla para metilenodioximetanfetamina, sendo o nome técnico do *ecstasy*, mas muitos usuários usam a própria sigla para denominá-lo.

Os casos de superdosagem, que podem ocorrer acidentalmente ou em tentativas de suicídio, representam situações de alto risco.

3. Outros quadros associados: depressão. Em geral o ópio e seus derivados não desencadeiam quadros psicóticos, ao contrário da maioria das outras drogas.
4. Problemas clínicos adicionais: arritmias cardíacas, úlceras gástricas, anemias, alterações das concentrações plasmáticas de elementos químicos (sobretudo de potássio), pneumonias, tuberculose, broncoespasmos e sibilos (especialmente após a inalação da fumaça de um **opiáceo**), anormalidades do funcionamento sexual, causadas pela diminuição de testosterona, observada durante o uso crônico de opiáceos, podendo persistir por até um mês após a interrupção do uso. Apesar de ainda ser raramente observado em nosso meio, o uso endovenoso de heroína pode levar a problemas clínicos sérios, relacionados aos adulterantes encontrados nas misturas de **opiáceos** ou a práticas de higiene deficientes, relacionadas ao uso de agulhas (infecção pelo HIV, abscesso e outras infecções de pele e músculos; tétano, hepatites, endocardite, infecções dos ossos e articulações, alterações de fundo de olho, relacionadas a êmbolos ocasionados pelos adulterantes; insuficiência renal, relacionada a infecções ou adulterantes; flebites e abscessos pulmonares).
5. Abstinência: os **derivados do ópio** estão entre as substâncias cuja interrupção do uso habitual pode desencadear síndrome de abstinência típica e grave. Embora seja um quadro clinicamente dramático, a abstinência desses produtos raramente leva à morte, a menos que o usuário apresente uma doença preexistente grave, como doença cardíaca, por exemplo. O início e duração do quadro dependem da meia-vida da substância, que seria o tempo que o organismo demora para eliminar a substância do sangue. Os sintomas mais frequentes incluem fissura, irritabilidade, insônia, anorexia (inapetência), fadiga, lacrimejamento, coriza, fotofobia (sensibilidade exagerada à luz), bocejos, sudorese, midríase (pupilas dilatadas), piloereção (pelos levantados), tremor, calafrios, disfunção da regulação da temperatura, perturbações gastrointestinais (diarreia intensa, dores abdominais, náuseas e vômitos), espasmo e dores musculares, retardo psicomotor (lentificação). Sintomas residuais, como insônia, bradicardia (pulsção baixa), fissura e disfunção da regulação térmica, podem persistir durante meses.

- Alucinógenos (LSD, cogumelos, mescalina)
 1. Efeitos: similares aos da *Cannabis*, porém com fenômenos, sobretudo, alucinatórios intensos e, às vezes, delirantes.
 2. Intoxicação: habitualmente se caracteriza por um quadro de início rápido, em que o sujeito experimenta perda de contato com a realidade. É observada mais frequentemente em usuários habituais que fizeram uso de doses maiores que as usuais. O exame do estado mental revela alucinações e ilusões francas, ansiedade intensa, despersonalização (perda da identidade), ideias paranoídes e confusão mental. Palpitações, aumento da pressão arterial, hipertermia, sudorese, taquicardia, borramento visual podem estar presentes. Os sintomas tendem a apresentar curso flutuante, com períodos alternados de piora e melhora clínica, que podem durar até 24 horas.
 3. Outros quadros associados: transtorno psicótico induzido; episódios de “*flashbacks*”, que seria um quadro autolimitado que pode recorrer periodicamente por dias ou semanas após a ingestão da droga, nos quais o sujeito vivencia sensação de euforia e de desligamento da realidade, frequentemente associada à presença de ilusões e alucinações visuais, com duração que pode variar de minutos a horas.
 4. Problemas clínicos adicionais: a avaliação clínica de usuários crônicos raramente demonstra alguma alteração que possa ser atribuída diretamente ao uso da droga. O uso durante a gestação aumenta o risco de anomalias congênitas e de abortos espontâneos.
 5. Abstinência: nunca foi descrito nenhum quadro clinicamente significativo de abstinência de alucinógenos.

Uso inadequado de fármacos vendidos sob prescrição médica

- Anticolinérgicos (biperideno–Akineton, trihexafenidil–Artane)
 1. Efeitos: sensação de bem-estar, aumento da sociabilidade.

2. Intoxicação: pode acompanhar-se de agitação, taquicardia e outros sinais anticolinérgicos, como boca seca, dificuldade de engolir, distensão abdominal, hipertensão arterial, retenção urinária, fotofobia (hipersensibilidade à luz), além de *rash* (vermelhidão) cobrindo a face e parte superior do pescoço. O usuário pode apresentar sinais de um quadro confusional que, associado à síndrome anticolinérgica, estabelece o diagnóstico.

- Barbitúricos (Optalidon, Fiorinal, Gardenal, Tonopan, Nembutal, Comital, Pentotal)

1. Efeitos: calma, relaxamento e sonolência.
2. Intoxicação: sensação de embriaguez alcoólica, desinteresse, miíase (pupilas dilatadas), depressão respiratória, coma.
3. Síndrome de Abstinência: presente, caracterizada por sinais de hiperexcitabilidade, como taquicardia, sudorese, hipertensão, aumento da frequência respiratória, ansiedade.
4. Atenção: são substâncias extremamente perigosas se ingeridas em doses excessivas ou em associação com álcool. Seu uso deve se dar com indicações precisas e de forma cautelosa.

- Benzodiazepínicos (Diazepan, Diempax, Valium, Librium, Lorax, Rohypnol, Lexotan) .

1. Efeitos: relaxamento e sedação.
2. Intoxicação: fala pastosa, diminuição da coordenação motora, marcha instável, confusão mental, bradicardia (pulso lento), dispnéia (falta de ar).
3. Síndrome de Abstinência: presente, caracterizada por sinais de hiperexcitabilidade, como taquicardia, sudorese, hipertensão, aumento da frequência respiratória, ansiedade.
4. Atenção: são drogas relativamente seguras em casos de superdosagem, ao contrário dos barbitúricos.

Resumo

Como você pôde observar, existe uma grande variedade de substâncias psicoativas (drogas) utilizadas. Em linhas gerais, elas poderiam ser divididas em três grandes grupos: depressoras, estimulantes e perturbadoras, segundo sua ação no cérebro. Essa classificação tem, no entanto, limitações, uma vez que o efeito final de uma droga depende não somente de suas características farmacológicas, mas também de quem é o usuário e do contexto em que se dá esse uso.

Abordamos, igualmente, algumas questões que normalmente dão margem a mal-entendidos quando se fala de drogas: legais ou ilegais; naturais ou sintéticas; leves ou pesadas; seguras ou inofensivas.

Listamos, ainda, as classes de drogas de maior interesse clínico, descrevendo os efeitos do uso, sinais de intoxicação, problemas associados ao consumo e complicações médicas, tentando, assim, dar uma visão panorâmica das drogas. O entendimento acerca dessas questões, certamente, dará a você subsídios para identificar os diversos padrões de uso dessas substâncias, tema do próximo Capítulo.

Referências

JULIÃO, A.; GONÇALVES, F.; FIDALGO, T. M.; SILVEIRA, D. X. Transtornos relacionados ao uso de drogas. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J. A.; VALLE, J. R. **Atualização Terapêutica: diagnóstico e tratamento**. 24. ed. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

NUTT, D. J.; KING, L. A.; PHILLIPS, L. D. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. **The Lancet**, v. 376, n. 9752, p. 1558-1565, nov. 2010.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Manual de Farmacologia Psiquiátrica**. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2002.

SILVEIRA, D. X.; DOERING-SILVEIRA, E. **Um guia para a família**. Brasília: SENAD, 1999.

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.

Dartiu Xavier da Silveira

Médico psiquiatra, Professor Livre-Docente do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, coordenador do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) da Escola Paulista de Medicina.

Evelyn Doering-Silveira

Psicóloga Clínica, mestre em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, fundadora do setor de Neuropsicologia do Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) da Escola Paulista de Medicina.

CAPÍTULO

4

Padrões de uso de drogas

Dartiu Xavier da Silveira
Evelyn Doering-Silveira

Padrões de uso de drogas

Breve apresentação

No Capítulo anterior, buscamos definir o que são drogas, de que forma agem no organismo, como se classificam conforme as suas formas de atuação e quais as consequências relacionadas ao seu consumo. No presente Capítulo, nosso foco recairá sobre os padrões de uso dessas substâncias e seus respectivos efeitos no organismo, buscando problematizar o que é *dependência*. Esse enfoque dará a você subsídios para identificar os quadros relacionados ao uso das drogas e a sintomatologia causada pelo seu consumo.

Ambiente, substâncias e sujeitos

O uso de substâncias psicoativas acompanha o ser humano desde os tempos mais remotos, apresentando características e significados diversos de acordo com as peculiaridades daquela população e com o momento histórico. O fenômeno da dependência, por sua vez, é extremamente complexo e multifatorial. De uma forma geral, estão incluídas sob a terminologia “dependentes de drogas” realidades individuais extremamente diversas.

Torna-se importante lembrarmos que a dependência de drogas (ou fármaco-dependência) é a organização processual de um sintoma cuja gênese é tridimensional: a *substância psicoativa* com suas propriedades farmacológicas específicas; o *sujeito*, com suas características de personalidade e sua singularidade biológica; e, finalmente, o *contexto sociocultural* no qual se realiza esse encontro entre sujeito e droga.

Assim, nessa tríade temos o meio ambiente, a substância e o sujeito, os quais particularizamos a seguir.

O meio ambiente: conforme visto no Capítulo 1, é o cenário onde se desenrola o encontro do sujeito com a droga, caracterizado pelo contexto em que ocorre esse uso. Nesse caso, torna-se importante compreendermos a existência de diferentes significados desses usos. Uma droga pode ser utilizada com diferentes finalidades, configurando diferentes propósitos: uso recreacional, uso em contextos rituais (religioso, por exemplo), uso terapêutico, ou uso como fuga de uma realidade insuportável. Tomando como exemplo diferentes contextos e finalidades no consumo de álcool, uma pessoa pode consumir álcool socialmente em um encontro com amigos, em contexto ritual (o vinho, na qualidade de símbolo do “sangue de Cristo”, na liturgia cristã), como tentativa de relaxar ou diminuir a ansiedade ao final de um dia difícil ou para não pensar em problemas pessoais de difícil resolução (fuga de uma realidade). São exemplos de diferentes contextos em que o mesmo sujeito pode fazer usos completamente distintos de um mesmo produto (no caso, o álcool).

A substância: conforme estudamos no Capítulo anterior, devemos considerar sua forma de apresentação, acessibilidade e custo; diferentes modos de uso (ingerida, inalada, fumada, injetada); suas características farmacológicas, incluindo o potencial para gerar dependência e seus efeitos fisiológicos. Rápido início de ação e efeito intenso estão relacionados a maior potencial de dependência. Substâncias que são eliminadas rapidamente do sangue desencadeiam síndromes de abstinência mais intensas (por essa razão, por exemplo, uma substância fumada

ou injetada tem maior risco de induzir dependência do que um produto ingerido ou aspirado).

O sujeito: como tratamos no Capítulo 2, certamente o mais complexo dos três elementos, que pode ou não vir a se tornar dependente de acordo com a relação que estabelece com a droga. A maior parte dos usuários de substâncias, lícitas ou ilícitas, não se torna dependente. A relação com a droga será influenciada diretamente por diversos fatores: sociais, biológicos e psicológicos.

- Fatores biológicos: entre os fatores biológicos, destacamos inicialmente os aspectos genéticos: vários estudos envolvendo famílias com casos de dependência de drogas vêm evidenciando a importância do fator genético no desenvolvimento do quadro. Todos os estudos, no entanto, são unânimes em apontar que apenas parte do fenômeno pode ser explicada pelos genes em si, sendo que outros fatores são determinantes de sua expressão (ou não). Em alguns casos, os dependentes químicos possuem menor número de receptores de dopamina, algo que parece ser geneticamente determinado. Assim, para compensar esse menor funcionamento nesse sistema dopaminérgico, esses sujeitos procurariam formas de estimular tal sistema através do uso de drogas. Cabe ressaltar, no entanto, que a influência de fatores genéticos não deve ser entendida como uma fatalidade que vai necessariamente fazer com que um sujeito se torne dependente em decorrência dessa herança genética. Entendemos que a presença de determinadas configurações geneticamente herdadas poderiam apenas predispor um sujeito a se tornar dependente, porém sob a influência de outros fatores que poderão ou não contribuir para o aparecimento de uma dependência.
- Independentemente da existência ou não de uma predisposição genética, outros aspectos biológicos desempenham um papel importante no aparecimento de uma dependência: todas as substâncias com potencial de gerar uso abusivo e dependência agem em diversos locais do cérebro, promovendo interações complexas entre as várias vias de neurotransmissão (sistemas de comunicação das células nervosas); entretanto, a ativação da via de recompensa cerebral é o elemento comum a todas elas, gerando reforço positivo (sensação agradável e prazerosa), que leva à inten-

sificação do consumo. Esse sistema de recompensa é chamado de via mesolímbica, sendo relacionada a impulsos, instintos e emoções. Essa via está ligada às sensações subjetivas e motivacionais do uso da substância. Além disso, também é ativada a comunicação com a região frontal do cérebro (sistema este denominado via mesocortical), responsável pela experiência consciente dos efeitos da droga e a capacidade de controlar o seu uso, relacionando-se, assim, com a compulsão ao consumo da substância (o descontrole se manifesta na incapacidade de gerenciar a “fissura” ou, dito de outra forma, de controlar o impulso de consumir a droga).

- Fatores psicológicos: o processo de desenvolvimento psicológico de um sujeito decorre da interação entre fatores pessoais e o meio ambiente. Nesse processo, sempre vão existir aspectos da personalidade menos ou mais desenvolvidos, dificultando ou facilitando sua adaptação ao contexto. Diante das dificuldades inerentes ao desenvolvimento da personalidade, o sujeito se transforma continuamente (o que se denomina processo de individuação). Face a situações vivenciais muito dramáticas que não conseguem ser elaboradas e transformadas, muitos sujeitos procuram as drogas para fugir dessas dificuldades, o que os coloca em risco de se tornarem dependentes, já que a sensação de profundo bem-estar ocasionado pela droga tende a levar ao impulso de consumi-las reiteradamente. Diferentemente do usuário ocasional ou recreacional de uma droga, o dependente perdeu a capacidade de controlar o consumo da droga.

▶ Padrões de uso de drogas

Descreveremos a seguir, de forma geral, os principais quadros que podem estar relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

- **Uso:** é inegável que existem padrões diversos de relacionamento com as substâncias psicoativas, de forma que não seria correto considerar que todo uso seja patológico ou problemático. Essa constatação é válida para o uso de qualquer substância psicoativa, seja ela lícita, seja ilícita; contudo, mesmo o uso ocasional não é isento de riscos, como podemos verificar, por exemplo, através dos numerosos casos de acidentes de trânsito ocasionados por motoristas sob efeito do álcool. Cabe ainda destacar que a maior

parte dos usuários de substâncias psicoativas, sejam elas lícitas, sejam ilícitas, não chega a desenvolver quadro de dependência. Exemplificando, a proporção de usuários de drogas que desenvolvem dependência após um período de dez anos de uso é: 12 a 13 % para o álcool, 15 a 16 % para a cocaína e 8 % para a maconha.

- **Abuso (uso nocivo) e dependência:** para efeitos de diagnóstico, a *Classificação Internacional de Doenças* (CID-10) propõe critérios diagnósticos que permitem diferenciar o abuso (uso nocivo) e a dependência, os quais detalhamos a seguir

Síndrome de dependência

Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido apresentados durante a maior parte do tempo, no período de um ano:

1. forte desejo ou compulsão para consumir a substância;
2. dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos do seu início, término ou níveis (quantidade) de consumo;
3. estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar esses sintomas de abstinência;
4. evidência de tolerância, em que quantidades crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar os efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
5. abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa; aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou consumir a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
6. persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente danosas.

Uso nocivo

Seria um padrão de uso de substância psicoativa que esteja causando dano à saúde. Esse dano pode ser físico ou mental. As diretrizes diagnósticas requerem que um dano real tenha sido causado à saúde física ou mental do usuário e que, ao mesmo tempo, esse sujeito **não** preencha os critérios diagnósticos para dependência, para transtorno psicótico induzido por drogas ou para outro transtorno relacionado ao uso de drogas.

- **Intoxicação Aguda:** quadro clínico transitório subsequente ao consumo excessivo de uma substância psicoativa. Manifesta-se por alterações de consciência, funções cognitivas, sensopercepção e comportamento, frequentemente acompanhado de sinais neurovegetativos (como sudorese e taquicardia).
- **Transtorno Psicótico Induzido:** por Transtorno Psicótico Induzido compreende-se um conjunto de sintomas psicóticos que acompanham ou sucedem o uso de substâncias psicoativas, caracterizado por alucinações (sobretudo auditivas), ideação delirante (frequentemente de perseguição) e afetos anômalos (medo injustificado, euforia, êxtase). Esse quadro geralmente apresenta curta duração e não se manifesta novamente desde que se suspenda o uso da droga. O acompanhamento desses usuários deve ser cuidadoso, e é particularmente importante estar atento ao diagnóstico diferencial entre o transtorno psicótico induzido e outros transtornos psiquiátricos, como a esquizofrenia e a mania psicótica do transtorno afetivo bipolar, cujos quadros iniciais podem coincidir com o uso da substância. Supõe-se que, em sujeitos predispostos, o uso de substâncias psicoativas possa desencadear o aparecimento de transtornos psiquiátricos latentes.
- **Transtornos Neuropsiquiátricos:** o uso abusivo de substâncias pode ocasionar distúrbios relacionados à disfunção de áreas cerebrais específicas, cuja manifestação clínica vai depender da localização e do tipo de comprometimento cerebral ocasionado pela droga. Existe uma grande diversidade de quadros neuropsiquiátricos, que vão desde os mais brandos, como o Transtorno de Déficit de Atenção, até transtornos muito graves e irreversíveis, como a Demência Alcoólica ou a Síndrome de Korsakof Alcoólica (perda da memória de fixação, ou seja, o sujeito nunca mais consegue registrar nenhum novo evento em sua memória, passando assim a viver apenas no passado).

- **Síndrome de Abstinência:** o conceito de “Síndrome de Abstinência”, se aplicado de forma rigorosa, refere-se a um conjunto de sinais e sintomas *característicos para cada tipo de substância*, que são desencadeados após a redução abrupta da quantidade de droga ou suspensão do uso. Tais quadros clínicos são decorrentes da perda do equilíbrio homeostático do organismo. Podemos falar em síndrome de abstinência relacionada ao uso de álcool, calmantes (benzodiazepínicos e barbitúricos) e opioides (Dolantina, Meperidina, Demerol, Algafan; Belacodid; heroína; morfina; ópio e outros medicamentos à base de codeína). Para as outras substâncias, a interrupção do uso pode levar ao aparecimento de sinais e sintomas inespecíficos (ansiedade, irritação, nervosismo, tristeza) que não devem ser confundidos com uma síndrome de abstinência clínica verdadeira. Essas reações inespecíficas não oferecem o risco de complicações clínicas (que incluem risco de vida) como ocorre nas síndromes de abstinência verdadeiras, embora acarretem muito sofrimento e sejam responsáveis pelas recaídas.
- **Comorbidade psiquiátrica:** refere-se à ocorrência de mais de um diagnóstico psiquiátrico no mesmo sujeito. No tocante à dependência, é particularmente importante se estar atento a essa questão, pois 70 a 90% dos dependentes químicos apresentam outro transtorno mental associado ao diagnóstico da dependência. O diagnóstico apropriado dessas condições associadas é de fundamental importância, uma vez que tem implicações na evolução do usuário e no tratamento a ser instituído. Entre os quadros mais frequentes, destacam-se a depressão, os quadros do espectro bipolar, os transtornos ansiosos, o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e os transtornos de personalidade.

Muitas vezes o transtorno mental associado é o que faz com que o dependente químico não consiga abandonar o uso. Assim, se esse transtorno não for identificado e tratado, o dependente sempre vai apresentar recaídas. Em muitos casos, a própria razão que levou o sujeito a se tornar dependente de uma droga foi uma tentativa de alívio dos sintomas daquele transtorno mental associado. Os quadros mais frequentemente associados ao uso abusivo de drogas são os transtornos afetivos (sobretudo depressão), transtornos de ansiedade (incluindo pânico e fobia social), transtornos cognitivos (sobretudo o transtorno do déficit de atenção) e as psicoses.

- **Síndrome Cerebral Orgânica (SCO):** é um quadro que se caracteriza por confusão mental (*delirium*), sem evidências de síndrome de abstinência e com sinais vitais estáveis. A confusão mental é uma síndrome (conjunto de sinais e sintomas) cujo principal sintoma é o rebaixamento do nível de consciência, de início abrupto, habitualmente associado ao comprometimento de outras funções cognitivas (atenção, orientação, memória, por exemplo). Os quadros de intoxicação aguda por álcool, sedativos, brometos, analgésicos, anticolinérgicos, alucinógenos, estimulantes e solventes podem cursar com uma SCO. É fundamental realizar o diagnóstico diferencial com patologias de diversas etiologias que também podem desencadear SCO, como desequilíbrios hidroeletrólíticos, encefalopatia hepática, quadros infecciosos, hipertireoidismo, entre outros.

◀ O que é dependência?

Dependência é o impulso que leva a pessoa a usar uma droga de forma contínua (sempre) ou periódica para obter prazer.

Alguns sujeitos podem também fazer uso constante de uma droga para aliviar tensões, ansiedades, medos, sensações físicas desagradáveis, entre outras justificativas. O dependente caracteriza-se por não conseguir controlar o consumo de drogas, agindo de forma impulsiva e repetitiva.

Para compreendermos melhor a dependência, vamos analisar as duas formas principais em que ela se apresenta: a física e a psicológica. A dependência física se evidencia pela presença de sintomas ou sinais físicos que aparecem quando o sujeito interrompe o uso da droga ou diminui bruscamente a quantidade utilizada: é a síndrome de abstinência. Os sinais e sintomas de abstinência dependem do tipo de substância utilizada e aparecem algumas horas ou dias depois que ela foi consumida pela última vez. No caso dos dependentes de álcool, por exemplo, a abstinência pode ocasionar desde um simples tremor nas mãos a náuseas, vômitos e até um quadro de abstinência mais grave, denominado *delirium tremens*, com risco de morte.

A crise de abstinência apresenta múltiplos fatores, que vão desde a substância utilizada ao contexto de uso. No vídeo disponível no *link* a seguir, são mostrados os sintomas da abstinência em usuários de crack: <https://www.youtube.com/watch?v=SHxJlrXQlpA>. Também é possível saber mais sobre os sintomas do álcool no organismo, assistindo ao vídeo disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=YoPeTMRLNgY>.

Já a dependência psicológica corresponde a um estado de mal-estar e desconforto que surge quando o dependente interrompe o uso de uma droga. Os sintomas mais comuns são ansiedade, sensação de vazio e dificuldade de concentração, mas podem variar de pessoa para pessoa.

Com os medicamentos existentes atualmente, a maioria dos casos relacionados à dependência física podem ser tratados. Por outro lado, o que quase sempre faz com que uma pessoa volte a usar drogas é a dependência psicológica, de difícil tratamento e que habitualmente não pode ser resolvida de forma relativamente rápida e simples como a dependência física.

Todo usuário de drogas vai se tornar um dependente?

A maioria das pessoas que consomem bebidas alcoólicas não se torna alcoólatra (dependente de álcool). Isso também é válido para grande parte das outras drogas. De maneira geral, as pessoas que experimentam drogas o fazem por curiosidade e as utilizam apenas uma vez ou outra (uso experimental). Muitas passam a usá-las de vez em quando, de maneira esporádica (uso ocasional), sem maiores consequências na maioria dos casos. Apenas um grupo menor passa a usar drogas de forma intensa, em geral quase todos os dias, com consequências danosas (dependência). O grande problema é que não dá para saber, entre as pessoas que começam a usar drogas, quais serão apenas usuários experimentais, quais serão ocasionais e quais se tornarão dependentes. É importante lembrar, porém, que o uso, ainda que experimental, pode vir a produzir danos à saúde da pessoa.

Por que muitos têm dificuldade para reconhecer que o uso de drogas pode ser nocivo e perigoso?

Muitos dos que consomem bebidas alcoólicas frequentemente têm dificuldade para admitir que o álcool pode vir a se tornar um hábito nocivo e perigoso; o mesmo ocorre com aqueles que experimentam ou usam drogas ilegais: trata-se do mesmo problema. Em grande parte, isso se deve ao fato de que a maioria dos consumidores de drogas, legais ou ilegais, conhece muitos usuários ocasionais, mas poucas pessoas que se tornaram dependentes ou tiveram problemas com o uso de drogas. Por outro lado, o prazer momentâneo obtido com a droga não favorece maiores preocupações com os riscos envolvidos no seu uso.

O tratamento de um dependente de drogas com medicações pode fazer com que ele se torne dependente de remédios?

No tratamento da dependência, tenta-se sempre evitar o uso de medicações que possam ocasionar esse problema. A maioria dos remédios receitados pelo médico nesses casos não causam dependência. Alguns deles, como benzodiazepínicos, barbitúricos e metadona, podem vir a causar dependência, mas, ainda assim, podem ser usados, desde que sob controle médico, por determinados períodos de tempo e em doses adequadas.

Classificação de padrões de uso de drogas

O uso de substâncias capazes de alterar o estado mental, conhecidas como substâncias psicoativas (SPA), ocorre há milhares de anos, seja por razões culturais ou religiosas, seja por recreação ou meio de socialização.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os padrões de uso podem ser definidos segundo a frequência de consumo da droga.

- Uso na vida: o uso de droga pelo menos uma vez na vida.
- Uso no ano: o uso de droga pelo menos uma vez nos últimos doze meses.

- Uso recente ou no mês: o uso de droga pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.
- Uso frequente: uso de droga seis ou mais vezes nos últimos 30 dias.

Ainda quanto à frequência do uso de drogas, segundo a OMS, os usuários podem ser classificados em:

- não usuário: não utiliza drogas;
- usuário leve: utilizou drogas no último mês, mas o consumo foi menos que uma vez por semana;
- usuário moderado: utilizou drogas semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês;
- usuário pesado: utilizou drogas diariamente durante o último mês.

Os padrões de consumo baseados apenas na frequência de consumo não implicam necessariamente em padrões menos ou mais nocivos de consumo. Além disso, a frequência de uso não nos informa se o usuário é dependente. São referências meramente descritivas, utilizadas habitualmente em levantamentos epidemiológicos.

A OMS considera, assim, que o abuso de drogas não pode ser definido apenas em função da quantidade e da frequência de uso. Por exemplo, uma pessoa somente será considerada dependente se o seu padrão de uso resultar em pelo menos três dos seguintes sintomas ou sinais, ao longo dos últimos doze meses:

- forte desejo ou compulsão de consumir drogas;
- dificuldades em controlar o uso, seja em termos de início, término, seja no nível de consumo;
- uso de substâncias psicoativas para atenuar sintomas de abstinência, com plena consciência dessa prática;
- estado fisiológico de abstinência;

- evidência de tolerância, quando o sujeito necessita de doses maiores da substância para alcançar os efeitos obtidos, anteriormente, com doses menores;
- estreitamento do repertório pessoal de consumo, quando o sujeito passa, por exemplo, a consumir drogas em ambientes inadequados, a qualquer hora, sem nenhum motivo especial;
- falta de interesse progressivo por outros prazeres e interesses em favor do uso de drogas;
- insistência no uso da substância, apesar de manifestações danosas comprovadamente decorrentes desse uso;
- evidência de que o retorno ao uso da substância, após um período de abstinência, leva a uma rápida reinstalação do padrão de consumo anterior.

Na dependência, o usuário utiliza a droga geralmente de forma frequente e excessiva, com prejuízos dos vínculos afetivos e sociais. Não consegue parar quando quer.

Quando se instala a dependência, a pessoa não consegue largar a droga por duas possíveis razões:

- a. porque o organismo acostumou-se com a substância, e sua ausência provoca sintomas físicos (quadro conhecido como síndrome da abstinência); e/ou
- b. porque a pessoa se habituou a viver sob os efeitos da droga, sentindo um grande impulso a usá-la com frequência (em geral descrito como “fissura”).

Outros conceitos

Outros padrões de autoadministração de substâncias psicoativas são aceitos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), apesar de não possuírem necessariamente correspondência com os padrões de classificação de transtornos e doenças.

Baseiam-se na forma de uso e na relação que o sujeito estabelece com a substância e suas eventuais consequências.

Uso **experimental**: refere-se à pessoa que experimenta a droga, levada geralmente por curiosidade. São aqueles que provam a droga uma ou algumas vezes e em seguida perdem o interesse em repetir a experiência.

Uso **ocasional**: utilização de uma ou várias drogas apenas quando disponíveis ou em ambiente favorável, sem rupturas (distúrbios) afetiva, social ou profissional.

Uso **habitual**: uso frequente da substância, porém sem que haja ruptura afetiva, social ou profissional, nem perda de controle quanto ao consumo.

Uso **recreativo**: uso de uma droga, geralmente em circunstâncias sociais, sem implicações com dependência ou outros problemas relacionados.

Uso **controlado**: refere-se à manutenção de um uso regular, porém não compulsivo e que não interfere no funcionamento habitual do sujeito.

Uso **social**: pode ser compreendido como o uso em companhia de outras pessoas e de maneira socialmente aceitável.

Uso **nocivo**: a definição de uso nocivo baseia-se nos critérios elencados a seguir.

1. evidência clara de que o uso pode ser responsabilizado (ou contribuiu consideravelmente) por algum dano físico ou psicológico, incluindo capacidade de julgamento comprometida ou disfunção de comportamento.
2. a natureza do dano é claramente identificável.
3. o padrão de uso tem persistido por pelo menos um mês ou então tem ocorrido repetidamente dentro de um período de doze meses.
4. não satisfaz critérios para qualquer outro transtorno relacionado à mesma substância no mesmo período (exceto intoxicação aguda).

Uso em **“binge”**: o usuário consome grandes quantidades da substância em um curto período de tempo, ainda que a frequência desse tipo de consumo possa ser esporádica (por exemplo, pessoas que ingerem grandes quantidades de bebidas alcoólicas durante algumas horas, embora isso ocorra apenas uma vez por semana).

Escalada: é quando a pessoa passa do uso de drogas consideradas “leves” para as mais “pesadas”, ou quando, com uma mesma droga, passa de consumo ocasional (esporádico) para consumo intenso (frequente).

Tolerância: quando o organismo se acostuma com a droga e passa a haver a necessidade de doses maiores para se obterem os mesmos efeitos.

Poliusuário: pessoa que utiliza combinação de várias drogas simultaneamente, ou dentro de um curto período de tempo, ainda que tenha predileção por determinada droga.

Overdose: dose excessiva de uma droga, com graves implicações físicas e psíquicas, podendo levar à morte, geralmente por parada respiratória e/ou cardíaca.

Resumo

Como podemos observar, grande parte dos padrões de consumo de uma substância aqui apresentados são apenas descritivos, tendo em vista a grande diversidade de possibilidades de relações que podem ser estabelecidas entre um sujeito e um produto. Assim, os padrões anteriormente descritos devem ser considerados em função de cada pessoa e com base no contexto em que se dá esse uso.

Dessa forma, se o consumo de uma droga com relativa frequência (uso habitual) pode ser, para um determinado sujeito, considerado seguro, esse mesmo padrão de uso pode, para outra pessoa, configurar uso nocivo, levando a consequências danosas.

De forma similar, o uso frequente de uma droga pode estar associado à dependência, embora a mesma frequência de consumo, para outros sujeitos, pode estar inscrita em um contexto de uso social ou ocasional – exemplo dessa situação seria o consumo diário de álcool em pequenas quantidades, observado com frequência em diversos países europeus, sobretudo mediterrâneos.

A compreensão da grande diversidade de padrões possíveis de utilização de uma droga deve ser levada em conta ao interpretarmos tanto questões clínicas quanto dados epidemiológicos a respeito do uso de substâncias nos diversos grupos populacionais.

No próximo Capítulo, trataremos do consumo de drogas por um viés estatístico. Em outras palavras, veremos os padrões epidemiológicos do consumo de drogas no Brasil.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2005.

KHANTZIAN, E. J. The self-medication hipotesis of addict disorders: focus on heroin and cocaine dependence. **American J Psychiatry**, n. 142, p. 1259-1264, 1985.

MARLATT, G. A. **Redução de danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

OLIEVENSTEIN, C. **La clinique dutoxicomane**. Bagedis: Universitaires, 1987.

REGIER, D. A.; FARMER M. E.; ERA D. S.; LOCKE B. Z.; KEITH S. J.; JUDD L. L. et col. Comorbidity of mental disorder with alcohol and other drug abuse. Results from epidemiologic catchment area study. **Journal Am. Med. Association**, v. 264, n. 19, p. 2511-2518, 1990

SADOCK, B. J.; SADOCK V. A. **Manual de farmacologia psiquiátrica**. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2002.

SILVEIRA, D. X.; DOERING-SILVEIRA, E. **Um guia para a família**. Brasília: SENAD, 1999.

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.

SILVEIRA, D. X. **Drogas**: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

WAGNER, F. A; ANTHONY, A. C. From first use to drug dependence: developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. **Neuropsychopharmacology**, n. 26, p. 479-488, 2002.

Francisco Inácio Bastos

Médico, doutor em Saúde Pública, é Pesquisador Titular da do Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde na Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/FIOCRUZ), e desenvolve pesquisas voltadas especialmente para a epidemiologia e prevenção do abuso de drogas e do HIV/AIDS.

Neilane Bertoni dos Reis

Estatística, doutora em Epidemiologia em Saúde Pública, atua como Pesquisadora Associada no Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde na Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/FIOCRUZ), com experiência em pesquisas sobre a epidemiologia do consumo de drogas, e em metodologias estatísticas para estimação de populações de difícil acesso.

CAPÍTULO

5

Epidemiologia do uso de drogas no Brasil

Francisco Inácio Bastos
Neilane Bertoni dos Reis

Epidemiologia do uso de drogas no Brasil

Breve apresentação

Abordamos, no quarto Capítulo, os padrões dos usos de drogas e a influência da cultura nos seus diferentes usos. Agora, apresentaremos dados epidemiológicos sobre o consumo de drogas no Brasil, como eles foram desenvolvidos ao longo do tempo e quais seus resultados principais e mais atuais.

Esperamos que, de posse dessas informações, você possa consultar as publicações originais, as quais atualmente estão integralmente disponíveis na internet (ao menos, com relação aos levantamentos mais recentes), e interpretar informações sobre o consumo de álcool e de outras drogas veiculadas pelos meios de comunicação, órgãos governamentais e institutos de pesquisa. Esperamos, também, que você perceba, ao término deste Capítulo, a diferença entre levantamentos epidemiológicos e indicadores epidemiológicos, compreenda como se dá a distribuição do uso de drogas no Brasil e entenda como as informações epidemiológicas podem ser utilizadas para gerar políticas públicas.

Levantamentos epidemiológicos

Para estudarmos a epidemiologia do uso de drogas no Brasil, precisamos primeiramente entender o que é epidemiologia. Diferentemente da sua formulação original, histórica, a epidemiologia não estuda apenas as grandes epidemias. **Epidemiologia**, em seu sentido amplo, é a ciência que estuda a frequência e os fatores relacionados à ocorrência de agravos, doenças e/ou comportamentos relacionados à saúde da população.

Epidemia:

Tecnicamente, epidemia é definida como um aumento do número de casos (ou ocorrências), que ocorre num período de tempo curto, em uma determinada unidade geográfica, que varia de um único local a um país. Esse aumento deve sempre ser analisado em comparação com os registros ao longo de um período dilatado de tempo (o que é denominado série histórica).

Assim, falar em epidemiologia do uso de drogas não significa necessariamente que exista uma *epidemia* desse comportamento no Brasil, significa que estamos interessados em entender como esse fenômeno acontece, qual é a distribuição dele no espaço e como as suas possíveis alterações ocorrem ao longo do tempo. Em se tratando de um mercado ilícito – não regulado, portanto, por regras de natureza similar às aquelas aplicadas à produção industrial, ao comércio e aos serviços –, é bastante improvável que esses fenômenos sejam estáveis, no tempo e/ou no espaço; por conseguinte, o monitoramento de tendências é, nesse campo de estudo, uma tarefa permanente.

Para isso, são realizadas pesquisas com as populações-alvo para saber qual é a frequência e quais são as características das variáveis de interesse nesse grupo; por exemplo, se, na última década, determinada substância foi mais frequentemente consumida por homens ou mulheres, adolescentes, adultos ou idosos. Essas informações coletadas são denominadas **dados epidemiológicos**, e os estudos realizados para tal fim são os levantamentos epidemiológicos, capazes de subsidiar a elaboração de indicadores epidemiológicos, os quais se mostram essenciais na formulação e avaliação de políticas públicas consistentes, afinadas com os problemas mais relevantes, apontados pelos dados empíricos.

Os **levantamentos epidemiológicos** que buscam retratar a natureza do consumo de drogas no país devem ser realizados com um grande contingente de pessoas e em diferentes cidades e regiões, pois as pessoas entrevistadas devem corresponder à opinião e aos comportamentos das demais que não foram entrevistadas. Dizemos que esses sujeitos entrevis-

tados fazem parte de uma amostra da população-alvo. Todas as pesquisas nessa área do conhecimento analisam dados referentes a amostras, uma vez que não existem censos de drogas nos moldes dos censos que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realiza a cada dez anos, no país. Censos são estudos que dizem respeito a TODA uma população.

Os levantamentos, em geral, são realizados nos domicílios, nas escolas e em universidades, além da população em situação de rua. Há ainda estudos com populações específicas, como profissionais do sexo, policiais, entre outros.

Uma abordagem complementar quando se deseja estudar o consumo de drogas da população é a análise de **indicadores epidemiológicos**. Nesse tipo de estudo, as pessoas não são entrevistadas diretamente. Os dados são coletados a partir de informações já existentes, como o número de: (a) internações hospitalares por dependência de drogas, (b) atendimentos em serviços de saúde de emergência por *overdose*, (c) apreensões de drogas feitas pela Polícia Federal, (d) prisões por tráfico, etc.

Overdose:

exposição do organismo a grandes doses de uma (ou mais) substância(s) química(s), podendo levar a quadros graves de saúde.

As duas abordagens são válidas e complementares. A decisão por utilizar uma delas ou ambas vai depender não só de qual pergunta deve ser respondida, mas também dos aspectos logísticos e operacionais, como o tempo e o orçamento disponíveis para a coleta das informações e resposta à pergunta.

Os levantamentos e indicadores epidemiológicos são importantes, pois traçam um diagnóstico da situação do consumo de droga no país e permitem que as políticas públicas sejam desenvolvidas e/ou reformuladas, baseadas em evidências científicas atualizadas. Assim, o monitoramento dessas informações faz-se necessário, visto que essa é uma questão dinâmica; ou seja, além de novas drogas surgirem com o passar do tempo, o consumo de drogas também é modulado por questões socioculturais, pelas políticas referentes ao seu controle e pela atuação dos órgãos de segurança pública.

A seguir, veremos o histórico dos levantamentos epidemiológicos no país, como/onde eles foram realizados e os principais resultados desses estudos que nos ajudam a compreender a situação do uso de drogas no país.

Histórico dos levantamentos epidemiológicos no país

Os dados epidemiológicos disponíveis no Brasil ainda são escassos e insuficientes para responder de forma satisfatória a grande parte das perguntas relativas a um tema complexo e polêmico como o consumo de drogas; todavia, novos estudos têm sido desenvolvidos, à medida que os governantes e os formuladores de políticas públicas passam a entender a importância de se ter em mãos tais informações.

O primeiro levantamento epidemiológico realizado no país sobre o consumo de drogas data do final da década de 1980. Nesse período, emergiu a política norte-americana de “**guerra às drogas**”¹, que acabou por fomentar um sentimento de pânico, devido ao fato de as mídias disseminarem notícias alarmistas acerca do tráfico e do consumo de drogas em todo o Brasil, principalmente entre estudantes. Tais informações, porém, eram basicamente fruto de suposições, uma vez que não existiam estudos à época que comprovassem isso.

Então, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (**CEBRID**)² lançou o primeiro levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes, o qual abrangeu dez capitais brasileiras e foi repetido em anos posteriores, sendo possível, assim, estabelecer comparações de padrões de consumo de drogas desses jovens brasileiros, ao longo do tempo.

Cabe observar que os resultados obtidos nos primeiros levantamentos epidemiológicos sobre drogas no Brasil não diziam respeito ao país em sua totalidade; ou seja, o primeiro levantamento sobre o consumo de drogas no país foi realizado com estudantes do Ensino Fundamental e Médio, portanto, jovens pertencentes a uma determinada faixa etária e que frequentavam regularmente a escola (o que, no Brasil, correspondia, e ainda corresponde, a uma parcela das crianças e adolescentes em idade escolar. Segundo os padrões internacionais de ensino referendados pela Organização das Nações Unidas e suas agências, toda criança deveria, pelo menos, completar o Ensino Fundamental).

Existia, então, a necessidade de se estudar o que acontecia com outros grupos populacionais, como as crianças e os adolescentes que não estavam nas escolas. Assim, surgiram os primeiros estudos com jovens em situação de rua, inicialmente de forma bastante “tímida”, uma vez

¹ Como exemplo, recomendamos o vídeo de Drauzio Varella, disponível em: http://www.youtube.com/watch?v=leir_YfygqY, e o artigo de Hakim e Covington (2013), disponível em: http://www.thedialogue.org/PublicationFiles/015PE2104_art015_HakimCovington_cropped.pdf.

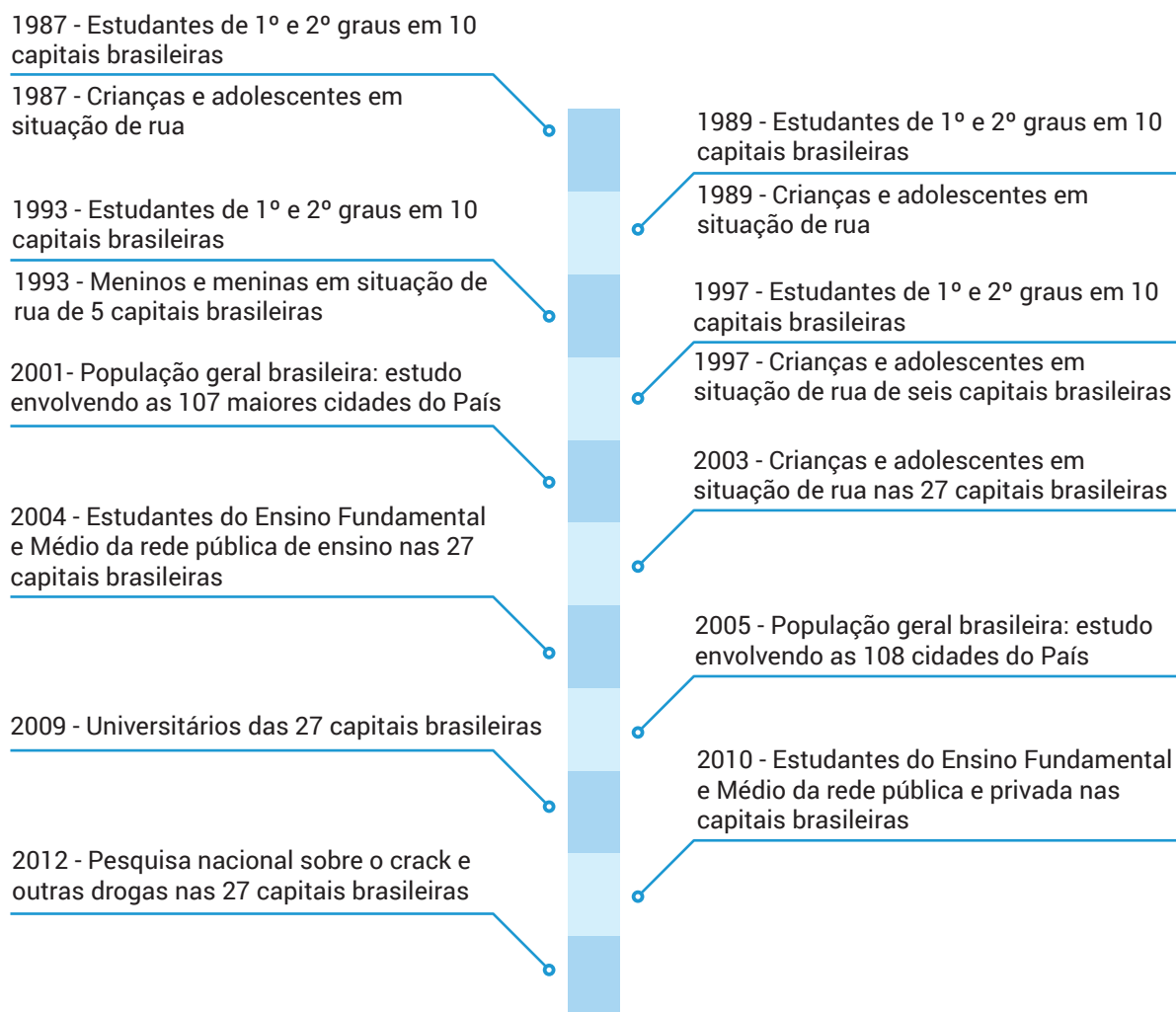
² Visite o site do CEBRID, disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/index.php>.

que foram realizados, nas suas quatro primeiras edições, em apenas seis capitais brasileiras.

Apenas em 2001, foi realizado o primeiro levantamento epidemiológico de base domiciliar, com abrangência nacional, envolvendo a população geral brasileira.

A seguir, veremos como cada um desses levantamentos foi feito, o que eles informam e o que podemos inferir a partir deles.

Figura 1: Linha do tempo das populações estudadas nos levantamentos epidemiológicos sobre drogas no Brasil



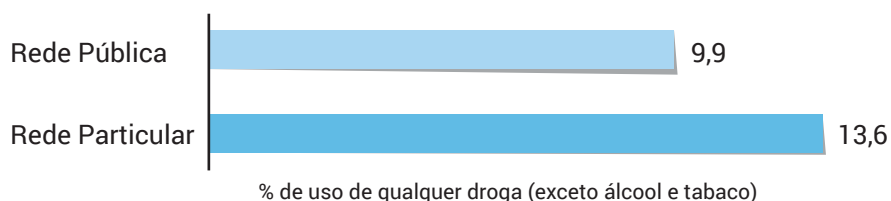
Fonte: Elaborado pela Autora, com base nos dados do OBID e CEBRID, adaptado por NUTE-UFSC.

Uso de drogas entre escolares brasileiros

Os levantamentos epidemiológicos sobre o consumo de drogas entre estudantes dos Ensinos Fundamental e Médio constituem o painel de dados mais amplo e sistemático sobre o tema de que dispomos no Brasil, com estudos realizados em 1987, 1989, 1993, 1997, 2004 e 2010.

O levantamento mais recente apontou que o consumo de qualquer droga (exceto álcool e tabaco), no último ano, foi mais elevado entre alunos da rede particular do que os da rede pública (13,6% *versus* 9,9%).

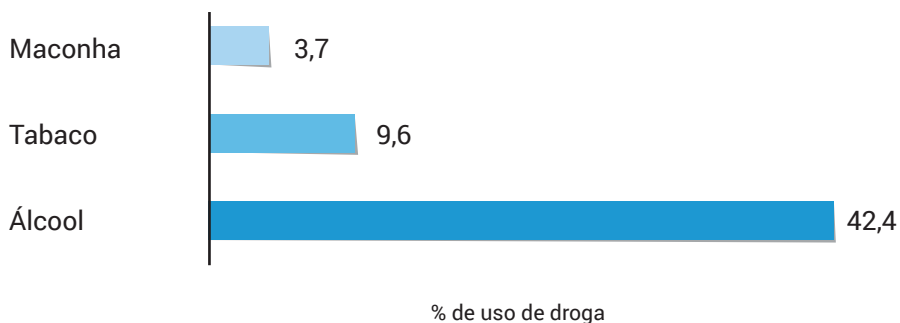
Figura 2: Proporção de uso de qualquer droga (exceto álcool e tabaco) entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio das escolas brasileiras



Fonte: SENAD e CEBRID (2010), adaptado por NUTE-UFSC.

As drogas mais frequentemente usadas pelos estudantes, no último ano, foram as bebidas alcoólicas e o tabaco, com proporções de 42,4% e 9,6%, respectivamente. Dentre as drogas ilícitas, a proporção mais elevada de consumo foi referente à maconha (3,7%).

Figura 3: Proporção de uso de drogas psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio das escolas brasileiras

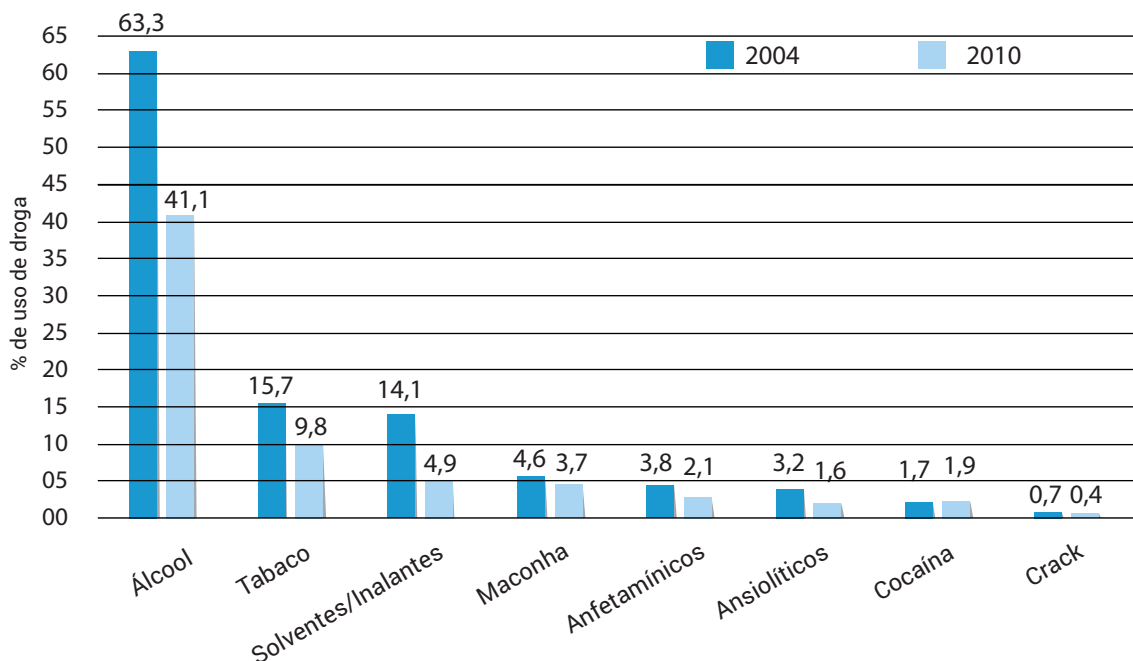


Fonte: SENAD e CEBRID (2010), adaptado por NUTE-UFSC.

Entre as meninas, foram registradas, no último ano, proporções mais elevadas de uso de álcool, anfetamínicos (sob a forma de remédios para emagrecer) e ansiolíticos (calmantes), se comparadas às utilizadas pelos meninos.

Como apenas a última edição do levantamento (2010) incluiu também instituições privadas, a comparação com os anos anteriores não pode ser feita de forma direta. Ao selecionar somente o grupo de escolas públicas da edição de 2010 e compará-lo com os dados da edição de 2004, observa-se redução do consumo de várias drogas, como álcool (63,3% para 41,1%), tabaco (15,7% para 9,8%), solventes/inalantes (14,1% para 4,9%), maconha (4,6% para 3,7%), anfetamínicos (3,2% para 1,6%), ansiolíticos (3,8% para 2,1%) e crack (0,7% para 0,4%). Observou-se, contudo, aumento do número de alunos que relatou ter consumido cocaína (1,7% em 2004; 1,9% em 2010). Ressalte-se, porém, que o consumo de drogas e as mudanças ao longo do tempo não foram uniformes nas 27 capitais, o que mostra que ele tem uma clara dimensão local e regional.

Figura 4: Comparação do uso de drogas psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio das escolas públicas brasileiras



Fonte: SENAD e CEBRID (2004 e 2010), adaptado por NUTE-UFSC.

Uso de drogas entre universitários brasileiros

O primeiro (e único, até o momento) levantamento nacional sobre drogas referente a universitários brasileiros de instituições públicas e privadas foi realizado em 2009, em todas as 27 capitais do país.

Binge:

consumo, em uma dada ocasião, de cinco ou mais doses-padrão de bebidas alcoólicas, para homens, e quatro ou mais doses, para mulheres. Existem, hoje, definições internacionalmente aceitas de doses-padrão para as mais diferentes bebidas alcoólicas, destiladas e fermentadas.

Esse estudo revelou que o álcool foi a substância mais frequentemente consumida pelos universitários nos 12 meses que antecederam a entrevista (72%). Um em cada três universitários referiu pelo menos uma ocasião de consumo do álcool em *binge*, no último ano. Destaca-se, ainda, que, entre os universitários menores de 18 anos, quase 80% disse já ter consumido algum tipo de bebida alcoólica na vida.

No último ano, o tabaco foi consumido por 28% dos universitários, sendo a proporção de uso mais elevada entre os alunos de instituições privadas do que os das públicas (30% *versus* 20%).

O consumo de drogas ilícitas foi relatado por 36% dos universitários, sendo a maconha a droga ilícita mais frequentemente consumida pelos entrevistados (14% referiram o uso), destacando-se também o uso de drogas sintéticas, como o *ecstasy*, por parte de 3,1% dos alunos. O consumo de drogas ilícitas foi mais frequente nas regiões Sul e Sudeste, e menos frequente nas regiões Norte e Nordeste.

A despeito da frequência relativamente elevada de consumo de algumas drogas pelos universitários, o estudo constatou que apenas 20% das universidades possuíam, à época, algum programa/projeto referente à prevenção, orientação e/ou assistência aos discentes em relação ao uso de álcool, tabaco e outras drogas.

Uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua

Realizada inicialmente em seis capitais brasileiras, a pesquisa sobre o consumo de drogas entre a população jovem em situação de rua ganha uma dimensão nacional na sua edição de 2003, abrangendo as 27 capitais do país. Apesar da importância do estudo, vale ressaltar que a amostra, mesmo a da última edição, não foi representativa de todas as crianças e adolescentes em situação de rua no Brasil.

Esse levantamento mais recente mostrou que cerca de um terço desses jovens relataram uso diário do tabaco. Os solventes e a maconha foram consumidos, de forma regular (consumo diário), por 16% e 11% deles, respectivamente.

O álcool, embora tenha sido experimentado pela grande maioria deles (76%), é usado diariamente por apenas 3% desses sujeitos. [A maior parte dos entrevistados referiu, porém, ter iniciado o consumo de álcool antes de se encontrar em situação de rua.](#)

Aproximadamente 40% das crianças e adolescentes entrevistados não frequentavam a escola. Assim, o trabalho de prevenção realizado exclusivamente nas escolas não alcança tais sujeitos. Tal limitação fala a favor de duas questões complementares:

- a) a implementação, nas escolas, de políticas de inclusão de todas as crianças e adolescentes em idade escolar, o que constitui uma meta factível, plenamente realizada nos países europeus e da América do Norte;
- b) a formulação e implementação de políticas de prevenção fora do contexto escolar, que deverão ser desenvolvidas em comunidades, associações recreativas e esportivas, programas de saúde da família, etc.

Uso de drogas na população geral brasileira (inquéritos domiciliares)

Contamos, até o momento, com duas edições do levantamento domiciliar sobre drogas (2001 e 2005), as quais objetivaram estimar o consumo de drogas pela população geral brasileira. Em 2005, esse estudo foi realizado em 107 municípios brasileiros com mais de 200 mil habitantes, além da cidade de Palmas (que foi incluída na amostra devido à sua relevância regional, embora tivesse, à época, menos de 200 mil habitantes).

As proporções de uso de álcool e tabaco na última pesquisa foram as mais elevadas: metade dos entrevistados disse ter consumido álcool, e quase 1/5 deles relatou ter usado tabaco. As proporções mais elevadas de quadros de dependência foram observadas no consumo de drogas: 12,3% para o álcool e 10,1% para o tabaco. Apesar disso, apenas 10% dos entrevistados afirmaram já terem buscado tratamento para álcool e/ou outras drogas.

Dentre as drogas ilícitas, a maior proporção de uso é referente à maconha (2,6%), enquanto o consumo da cocaína, no último ano, foi relatado por 0,7% dos sujeitos, e o do crack por 0,1% deles.

Chama a atenção a prevalência do uso, no último ano, de orexígenos (medicamentos utilizados para estimular o apetite), que foi de 3,8%.

Diferentemente dos escolares e universitários, na população geral, não se observa um consumo relevante de solventes, tendo sido utilizados por 1,2% da amostra da população geral dessas cidades.

Grande parte (65,1%) dos entrevistados desse inquérito, referente à população geral, disse que era muito fácil conseguir maconha, caso desejasse, e essa proporção foi ainda mais elevada entre os sujeitos com idades entre 18-24 anos – 74,2% deles disseram conseguir a droga com facilidade. A cocaína foi definida como uma droga a que se tem acesso relativamente fácil por mais da metade dos entrevistados (51,1% dos entrevistados), enquanto o acesso ao crack seria mais restrito (43,9% dos entrevistados).

Nenhum dos sujeitos entrevistados disse ter usado heroína no último ano, porém 1/3 deles afirmou que conseguiria a droga de forma fácil, caso quisesse, resultado que se mostra surpreendente, uma vez que a heroína não é uma droga de rua no Brasil.

Quase a totalidade da amostra considera um risco grave à saúde o consumo diário de álcool, maconha e/ou cocaína.

Comparando os resultados do ano de 2001 e 2005, destaca-se o aumento no consumo, no último ano, de maconha (de 1,0% para 2,6%) e cocaína (0,4% para 0,7%). Com relação ao álcool e ao tabaco, essas proporções se mantiveram relativamente estáveis em 2005, em comparação a 2001.

Esses achados, relativos à população geral, mostram-se distintos daqueles referentes aos escolares, o que induz que sejam analisados, sempre e de forma integrada, os dados provenientes de diferentes populações. Tendências referentes aos padrões de consumo são específicas de cada segmento da população, e não devem ser extrapoladas, de forma simplista, de um determinado segmento – definido em função da idade, classe social, gênero, profissão, etc. – para outros. Um exemplo dessas inadequações, o qual vem sendo abordado apenas em anos recentes, é a inadequação de políticas sintonizadas com as necessidades e os padrões de uso de drogas por adolescentes e adultos jovens à população idosa, que tem características, hábitos e necessidades específicas, os quais devem ser levados em conta em qualquer política pública.

O aumento do número de sujeitos que consumiram essas drogas pode ser consequência de sua maior disseminação, mas deve-se destacar erros associados a problemas metodológicos, frequentes em pesquisas domiciliares. Nesses estudos, alguns sujeitos tendem a omitir ou referir apenas parcialmente seu efetivo consumo de drogas por medo de discriminação ou estigmatização. Com o passar do tempo, pode haver uma maior “tolerância” da sociedade em relação ao consumo de algumas substâncias ou a demonização de uma única substância (como o crack, em anos recentes), reduzindo o estigma anteriormente associado a outras substâncias. Em todo o mundo, como foi verificado por pesquisas de opinião norte-americanas e europeias recentes, está em curso uma mudança profunda em relação a como a população geral avalia o consumo de maconha, por exemplo.

Por conta disso, a metodologia utilizada em estudos sobre drogas influencia diretamente os resultados obtidos, podendo tanto subestimar (avaliar para menos) como superestimar (avaliar para mais) tais padrões de consumo.

Um exemplo disso é o que veremos no estudo sobre crack, descrito a seguir.

Uso de crack nas capitais do Brasil

¹ Acesse o livreto com as informações principais da pesquisa, disponível no sítio do OBID: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/noticia/ler_noticia.php?id_noticia=107294.

² Uso regular:

segundo a Organização Mundial de Saúde, o critério CODAR define uso regular como sendo o uso, durante pelo menos 25 dias, nos últimos seis meses.

³ Inquérito domiciliar no qual as perguntas não são sobre o comportamento do respondente, mas sobre sua rede de contatos. Só deve ser utilizada para estimar comportamentos ditos “raros”. Para mais informações, acesse: <http://nersp.osg.ufl.edu/~ufruss/scale-up.htm>.

Em anos recentes, a mídia vem divulgando informações a respeito da disseminação do crack em nossa sociedade, o que se traduz, para muitos, na ideia de ser essa a droga mais consumida no país. Fato esse que não foi confirmado por uma pesquisa recente, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), que investigou a prevalência do consumo de **crack e/ou similares**¹ nas capitais do país, em 2012.

Esse estudo revelou que 0,8% da população desses municípios consumiu essas drogas de forma **regular**² nos últimos seis meses. Estimou também que o número de usuários regulares de drogas ilícitas (com exceção da maconha) correspondia a 2,3% da população das capitais. Assim, o crack e/ou similares foi consumido por um terço dos usuários de drogas ilícitas (com exceção da maconha), o que se contrapõe às formulações que circulam pelos meios de comunicação.

Esse estudo trouxe um ganho importante para a pesquisa sobre drogas no país por utilizar uma metodologia diferente das demais para estimar o número de pessoas que consomem tais substâncias. Com a metodologia de estimação indireta **Network Scale-up**³ foi possível estimar 370 mil usuários regulares de crack e/ou similares nas capitais. Caso a metodologia tradicional direta fosse utilizada, essa estimativa seria de 48 mil usuários.

Concluimos que ter dados sobre o consumo de drogas no país continua a ser um desafio, e a forma de coletar e analisar tais informações é crucial quando pretendemos utilizá-las para subsidiar políticas públicas.

Indicadores epidemiológicos

O *Relatório Brasileiro sobre Drogas*, publicado em 2009, traz diversos indicadores epidemiológicos que podem servir para dimensionar o cenário nacional sobre o consumo de drogas, como análises das internações decorrentes do uso de drogas no SUS, mortalidade e afastamentos/aposentadorias decorrentes do consumo de drogas, crimes por posse e tráfico de drogas, e apreensões de drogas pela Polícia Federal, entre outros.

A maioria dessas informações podem ser obtidas a nível municipal, o que pode ajudar o gestor local na tomada de decisões; contudo, elas devem ser cuidadosamente interpretadas.

Segundo o *Relatório*, observa-se uma tendência de aumento na apreensão de cocaína no Brasil no período de 2001 a 2007. O ano de 2007 também foi aquele em que foram registradas mais apreensões de drogas, como o *crack*, pasta base, maconha, *haxixe* e *ecstasy*. **Esse aumento, no entanto, não pode ser interpretado exclusivamente como um reflexo do maior consumo e circulação de drogas no país, mas também como decorrente de um incremento na quantidade e na eficácia das operações policiais de apreensão de drogas.**

O *Relatório* traz ainda a informação de que, no Brasil, 1,2% de todas as internações que têm lugar no SUS está diretamente associado ao consumo de drogas. No ano de 2007, houve 138.585 internações cujo diagnóstico principal foi algum transtorno mental e comportamental causado pelo uso de drogas. O álcool foi a principal droga associada a essas internações (69%), e a cocaína está associada a 5% delas. Notemos, contudo, que esse indicador, da forma como está apresentado, não contabiliza outros tipos de atendimentos no SUS, como emergências e/ou consultas médicas derivadas de problemas de saúde física causados pelo consumo de drogas, o que acaba por subestimar, de forma pronunciada, o real impacto que as drogas causam no sistema de saúde brasileiro. Além disso, os atendimentos nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) não constam desses registros de informações.

Mais informações sobre esses indicadores podem ser encontradas no *Relatório*, que está disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/328379.pdf>.

Resumo

O álcool e o tabaco são as drogas mais consumidas no Brasil. Mesmo sendo lícitas, não significa que essas drogas não tragam prejuízos à saúde. Pelo contrário! Na verdade, entre as drogas consumidas, estão as que determinam um maior impacto sobre os serviços de saúde do país, decorrentes do seu uso abusivo ou do seu consumo a longo prazo, que está associado, por exemplo, à ocorrência de várias doenças, incluindo algumas potencialmente letais; mesmo assim, tais drogas não são frequentemente abordadas nos meios de comunicação.

É muito importante que se tenha em mente que nem tudo o que é dito sobre as drogas e/ou sobre o consumo de drogas no país deve ser considerado relevante ou servir de base para desenvolvimento de ações para essa temática. É sempre importante verificar a fonte da informação, entender como ela foi coletada e o que de fato essa informação representa.

Como visto neste Capítulo, os levantamentos e os indicadores epidemiológicos constituem fontes de informações essenciais, que ajudam a traçar um panorama do consumo de drogas no país e podem subsidiar a elaboração de políticas públicas baseadas em dados com efetiva base epidemiológica e estatística. Para a interpretação desse panorama, é necessário compreendermos a diferença entre levantamentos epidemiológicos, em que as pessoas são entrevistadas diretamente, e indicadores epidemiológicos, em que os dados coletados são obtidos por meio de informações já existentes, como internações hospitalares, por exemplo.

É fundamental que você se refira a publicações originais e estimule sua apreciação crítica, uma vez que os meios de comunicação divulgam, de forma praticamente contínua, informações que provêm de estudos com base metodológica inadequada, além de observações assistemáticas divulgadas a título de “pesquisas”.

Os dados epidemiológicos sobre consumo de drogas no Brasil documentam, tendo por base os grupos enfocados nas pesquisas, que as drogas mais frequentemente consumidas são o álcool e o tabaco (drogas lícitas).

A prevenção do consumo abusivo de drogas deve ser iniciada desde os primeiros anos da escola, contribuindo para que os sujeitos não venham a consumir drogas que possam lhes trazer danos e riscos e, caso esse consumo ocorra, que o seu início seja postergado e da forma menos danosa possível, reduzindo, assim, os problemas derivados do abuso de drogas na infância, adolescência e juventude. Pensando nesse contexto, no próximo Capítulo iremos abordar as considerações bioéticas que envolvem os usos e usuários de substâncias psicoativas.

Referências

ANDRADE, A. G.; DUARTE, P.C.A.V.; OLIVEIRA, L.G. **I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, OBID; GREA/IPQ-HCFMUSP, 2010.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. Brasília: SENAD, 2009.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A. R.; CARLINI, C. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005**. São Paulo: Páginas & Letras, 2007.

CARLINI, E. A.; NOTO, A. R.; SANCHEZ, Z. M. **VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes de ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras-2010**. São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2003.

NOTO, A. R.; BAPTISTA, M.C.; FARIA, S.T.; NAPPO, S.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; CARLINI, E.A. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 69-79, fev. 2003.

NOTO, A. R.; GALDURÓZ, J.C.F.; NAPPO, S.A.; CARLINI, C.M.A.; MOURA, Y.G.; FONSECA, A.M. et al. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2003.



Módulo 1: Sujeitos, Contextos e Drogas

Módulo 2: Redes para Promoção, Prevenção, Redução de Danos e Tratamento

Módulo 3: Políticas Públicas e Legislação sobre Drogas



MÓDULO



Antonio Nery Filho

Médico. Psiquiatra. Doutor em Sociologia e Ciências Sociais pela Universidade Lumière – Lyon 2, França. Professor Associado IV do Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Bahia/ Núcleo de Bioética, Ética Médica e Conhecimento Humanístico – UFBA. Professor da Faculdade Ruy Barbosa. Fundador e Coordenador Geral do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD/UFBA.

Cláudio Lorenzo

Médico. Diplomado pela Universidade Federal da Bahia. Mestre em Medicina pela Universidade Federal da Bahia. Doutor em Bioética pela Universidade de Sherbrooke. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB). Professor do Programa de Pós-Graduação em Bioética da UnB. Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UnB. Membro do Conselho Diretor da RedBioética para a América Latina e Caribe da UNESCO. Ex-Presidente da Sociedade Brasileira de Bioética.

Fátima Diz

Enfermeira. Pós-Graduação em Enfermagem Neonatológica pela Universidade Federal da Bahia. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Professora Assistente do Departamento de Medicina Preventiva e Social – Núcleo de Bioética, Ética Médica e Conhecimento Humanístico da UFBA.

CAPÍTULO

6

Usos e usuários de substâncias
psicoativas: considerações bioéticas

Antonio Nery Filho
Cláudio Lorenzo
Fátima Diz

Usos e usuários de substâncias psicoativas: considerações bioéticas

Breve apresentação

No Capítulo 5, foram apresentados aspectos relacionados à epidemiologia do uso de substâncias psicoativas, suas tendências e desafios no Brasil. Neste Capítulo, apresentaremos os aspectos relacionados ao surgimento da Bioética diante dos avanços tecnocientíficos, distinguindo ética fundamental de ética aplicada, assim como ética de moral. Trataremos da definição e do desenvolvimento da Bioética, em particular na América Latina, tendo por base as novas escolas voltadas para os menos desenvolvidos e mais vulneráveis, denominadas, no Brasil, “Bioética de Intervenção” e “Bioética de Proteção”. Abordaremos, também, o consumo e consumidores de substâncias psicoativas pela ótica da Bioética, em contraposição à moralidade e ao senso comum, geralmente vigentes na sociedade. Identificaremos, ainda, as tomadas de decisão relacionadas às substâncias psicoativas, salientando a necessidade da inclusão mais efetiva dessa discussão no campo Bioético.

▶ Bioética: contexto e origem

A Bioética é uma ética aplicada às Ciências da Vida. Talvez essa seja a forma mais consensual de definir esse novo campo do conhecimento. Aparentemente simples, e clara, em verdade a compreensão desse conceito depende, primariamente, do que vem a ser *ética* e *ética aplicada*, e da delimitação do universo de saber considerado como constituinte das Ciências da Vida.

Em geral, nas áreas de saúde, a palavra *ética* leva a pensar em *ética profissional*, também conhecida como ‘deontologia’, do grego *deontos* – dever – que significa o conjunto de deveres que uma determinada classe profissional deve ter e se expressa nos diversos códigos de conduta das diversas profissões. Mas, obviamente, *ética* tem sentidos muito mais amplos e nem sempre consensuais entre os diversos estudiosos do tema. Uma das vertentes teóricas possível refere-se à *Ética aplicada* e *Bioética*.

Considerando-se a origem da palavra *ética*, constata-se que *ethos*, no grego, assume tanto o significado social de *costumes*, como regras de conduta de um determinado povo ou de um determinado período, quanto o significado pessoal de *caráter*, representando o conjunto de atributos psíquicos individuais que podem ser considerados como vícios ou virtudes. Sua correspondente em latim é a palavra *mores*, que significa *modos*, indicando, portanto, os comportamentos tradicionais de uma determinada sociedade aceitos como corretos, aproximando-se do primeiro sentido de *ethos* em grego. Por essa razão, em alguns contextos, as palavras *ética* e *moral* são tomadas como sinônimas, e alguns autores chegam mesmo a considerá-las invariavelmente como tal.

Neste trabalho, *ética* e *moral* serão considerados conceitos distintos. É verdade que ambos os conceitos têm como semelhança primordial o fato de serem inseparáveis da vida cultural e relacionarem-se com os valores a partir dos quais são conduzidas as interações sociais e discernimento do que é certo ou errado, em relação aos atos de uns e de outros.

Dessa forma, *moral* representa, aqui, o conjunto de valores vigentes através dos quais as condutas se orientam e são julgadas, enquanto *ética* consiste na atividade de investigação, interpretação, questionamento

e problematização dos valores, seja para reafirmá-los como bons, seja para negá-los ou combatê-los, propondo valores substitutivos. Assim, por exemplo, tomando-se a questão da dependência de drogas (ou toxicodependência), a moral seria o conjunto de valores sob os quais a sociedade tradicionalmente tem avaliado a relação dos humanos com substâncias psicoativas, julgado o comportamento dos usuários de substâncias ilícitas e produzido suas comunicações de massa e suas políticas de repressão, prevenção ou tratamento, enquanto a ética seria o questionamento e interpretação desses valores, e a investigação dos interesses ou motivações que os sustentam, com vistas a uma nova proposição de valores para abordar a questão. A reflexão intelectual, metodologicamente orientada sobre os valores morais vigentes, constituiu-se como um campo de saber especializado, que passou a ser denominado ética fundamental ou filosofia moral, que se tornou um dos ramos mais desenvolvidos da Filosofia, estudado desde autores da antiguidade como Aristóteles, passando por autores modernos como Kant, Hegel e Nietzsche, até os contemporâneos como Habermas, Ricoeur, Morin, Hans Jonas ou Levinas.

A Ética Aplicada surge propondo uma transformação na maneira como a ética fundamental constrói seus saberes e suas proposições. Em vez de investigar e fundamentar inicialmente valores e teorias morais, para depois justificar sua aplicação em situações práticas, ela propunha soluções eticamente justificáveis e fundamentadas a partir de um dado problema real. O *Dicionário de Ética e Filosofia Moral* considera a Bioética como o ramo mais desenvolvido da ética aplicada. As Ciências da Vida, às quais ela se direciona, são compreendidas como o conjunto formado pelas Ciências da Natureza e da Saúde, especialmente quando suas técnicas ou saberes trazem impactos para o equilíbrio do ecossistema, conservação do ambiente, bem-estar de pessoas e animais, e integridade das gerações futuras.

Apoia-se, portanto, a Bioética em dois componentes epistemológicos principais: um componente analítico, a partir do qual um conflito ou desvio ético envolvendo as Ciências da Vida é investigado, e um componente propositivo, através do qual uma ação ou norma visando à resolução do conflito é proposta e justificada. O componente analítico caracteriza-se por sua natureza interdisciplinar, uma vez que os conflitos éticos, enquanto fenômenos sociais, necessitam ser abordados por uma conjunção de diversas

áreas acadêmicas, técnicas e profissionais que ultrapassam as perspectivas particulares de disciplinas isoladas. Já o componente propositivo se liga a duas características principais das éticas modernas: seu compromisso com uma reflexão baseada apenas nos fenômenos reais, ou seja, buscar na vida terrena, e não em valores transcendentais ou religiosos, os valores que orientarão as decisões humanas; e seu caráter dialógico, ou seja, baseado na troca de ideias em espaços de discussão nos quais estão representados todos os implicados em uma determinada situação a ser regulada.

Enquanto conceito disciplinar, a Bioética surge entre os anos 1970 e 1971, a partir dos trabalhos do bioquímico e oncologista estadunidense Van Rensselaer Potter, nos quais ele propõe uma nova disciplina científica que reestabeleça os vínculos secularmente perdidos entre as Ciências e a ética, e reconstrua os elos entre o desenvolvimento e a proteção ambiental, considerando quatro grandes “bioproblemas”: a multiplicação das doenças e epidemias, a fome, a explosão demográfica e a degradação ambiental.

Em 1974, os autores Tom L. Beauchamp e James F. Childress, propuseram modelo teórico de bioética, apoiado em quatro princípios fundamentais, de igual valor, orientado para a solução de conflitos éticos no campo da saúde: Respeito à Autonomia; Beneficência; Não Maleficência e Justiça (Princípios de Ética Biomédica).

Pode-se considerar, então, a história recente da Bioética em quatro fases. A primeira, de fundação e consolidação da disciplina nos anos 1970; a segunda, nos anos 1980, de expansão mundial, tendo o principialismo de **Beauchamp e Childress** como principal referência, o qual influenciou inclusive o desenvolvimento da Bioética no Brasil; a terceira, nos anos 1990, caracterizada pela crítica ao principialismo, busca de novos referenciais e sua ampliação teórica e prática; e, finalmente, a quarta e última fase, na qual nos encontramos, tendo seu início na virada do século XXI, e caracterizada por uma repolitização no sentido de enfrentar as questões sociais e sanitárias, e de garantir a universalidade do acesso de sujeitos e comunidades aos benefícios do desenvolvimento científico e tecnológico. Essa fase tem sido marcada por uma especial atuação de autores latino-americanos no desenvolvimento de modelos teóricos para a Bioética melhor adequados ao contexto político, socioeconômico e cultural de seus países.

O *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, uma publicação da UNESCO disponível gratuitamente on-line, traz os principais autores do Brasil e da América Latina e suas respectivas abordagens teóricas das questões bioéticas. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001618/161848s.pdf>.

Modelos de atuação da bioética

Em que pese a diversidade de abordagens a bioética brasileira reconhece a existência de consensos que podem ser resumidos em três eixos principais: *a proteção dos mais frágeis e o papel do Estado nessa tarefa; a pluralidade moral aliada a uma Bioética laica, sem pressupostos religiosos; e o respeito à dignidade da pessoa humana, embasada nos direitos humanos, como limites inegociáveis para práticas sociais*. Considerando os limites do presente trabalho e a importância particular para as questões relacionadas com o uso e usuários de substâncias psicoativas, consideraremos, ainda que brevemente, duas escolas ou orientações principais no campo: **A Bioética de Intervenção e a Bioética de Proteção**.

Para saber mais sobre essas escolas, ver o artigo *Perspectivas epistemológicas da Bioética brasileira a partir da teoria de Thomas Kuhn*. OLIVEIRA, Aline Albuquerque S. de et al. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 1, n. 4, p. 363-385, 2005. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/217638375/perspectivas-epistemologicas-da-bioetica-brasileira-a-partir-da-teoria-de-thomas-kuhn>.

Bioética de intervenção: também chamada, inicialmente, de “Bioética Dura”, emergiu no final do século XX, inserindo-se numa perspectiva crítica e demarcando-se da Bioética oriunda de países centrais, em particular da América do Norte. Diante das desigualdades socioeconômicas e culturais vivenciadas no Hemisfério Sul, mais especificamente na América Latina, autores desse continente formularam uma **bioética das situações emergentes**, considerando os dilemas bioéticos surgidos em decorrência dos avanços biotecnológicos, tais como o **Projeto Genoma Humano**¹ e todas as situações relacionadas à **engenharia genética**², inclusive a **medicina preditiva**³; as novas tecnologias reprodutivas; clonagem; as doações e transplantes de órgãos e tecidos humanos, refletindo-se na vida e na morte das pessoas; e uma **bioética das situações persistentes**, relacionada com as situações há muito presentes e discutidas no campo da ética, tais como qualidade de vida, discriminação étnica e de gênero, pobreza e exclusão social,

¹ O genoma humano é o conjunto de todo o material genético contido nos cromossomos (genes), presente em todas as nossas células. Conheça mais sobre o genoma humano no sítio: <http://www.nee.ueg.br/seer/index.php/movimenta/article/view/463>.

² Engenharia genética e modificação genética são expressões utilizadas para designar os processos de manipulação dos genes num organismo. Exemplo muito conhecido é o da soja transgênica. Veja mais no sítio: http://pt.wikipedia.org/wiki/Engenharia_gen%C3%A9tica.

³ A Medicina Preditiva tem como essência a capacidade de se fazer predições sobre a possibilidade de o paciente vir a desenvolver algum tipo de doença. Veja mais em: http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=3122 e <http://www.bioetica.ufrgs.br/prediti.htm>.

aborto, eutanásia, atenção às crianças e idosos, alocação de recursos na saúde, direitos humanos e democracia.

Bioética de proteção: tem como principal objetivo instrumentalizar e proteger os sujeitos e populações em situação de exclusão dos processos globalizantes, mais vulneráveis às ameaças à vida diante de situações de risco e adoecimento, e incapazes de enfrentar as adversidades em razão da pobreza e desamparo. Reforçando essa ideia, alguns autores defendem que a Bioética de Proteção, embora seja pensada em nível coletivo, não se restringe às ações epidemiológicas preventivas; compreende, além disso, medidas sanitárias pautadas na vulnerabilidade, suscetibilidade, pobreza e necessidade, propondo ações que favoreçam a autonomia do sujeito e a qualidade de vida.

Entendemos por autonomia, a liberdade que o ser humano tem de manifestar sua vontade em relação às questões de sua vida, seja no campo biológico, físico, psíquico ou social. Para tanto, é necessário estar livre de constrangimentos internos ou externos de relevância que o impeçam de exercer suas escolhas. A pessoa ainda deve ter capacidade para decidir de forma racional, optando entre alternativas que lhe são apresentadas, e compreender as consequências de suas deliberações.

Vale lembrar, ainda, a possibilidade de situações de vulnerabilidade (entendida aqui como capacidade inerente aos seres vivos de serem feridos), agravada por circunstâncias especiais, transitórias ou não, caracterizando a situação de vulnerados, nas quais a capacidade de entendimento e determinação e, conseqüentemente, o exercício da autonomia estão reduzidos ou inteiramente suprimidos, exigindo a presença de terceiros no exercício da proteção desses sujeitos. A autonomia reduzida, contudo, não significa desrespeito às possibilidades de cada sujeito dentro das suas condições de vida e saúde. É ponto de convergência entre os autores que as populações vulneráveis devam ser consultadas mesmo que o consentimento ou a decisão seja da responsabilidade de terceiros.

Lembremos aqui que a **Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos**, publicada pela UNESCO em 2005, reafirma e recompõe a perspectiva global acima mencionada, uma vez que seus princípios consideram as questões sociais e sanitárias como questões fundamentais,

Acesse o sítio da declaração, disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>.

exigem distribuição justa de benefícios do desenvolvimento tecnológico, atribuem às condições socioeconômicas e à exclusão em saúde a geração de muitos conflitos éticos nas Ciências da Vida, e reivindicam responsabilidade social para com a diversidade cultural, a preservação ambiental e o bem-estar das futuras gerações.

Usos e usuários de substâncias psicoativas: uma aproximação bioética

A tendência de a Bioética brasileira associar-se às questões de saúde pública não a tem levado, entretanto, a considerar as diversas questões relacionadas com o uso/abuso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, sendo esse um dos temas, lamentavelmente, negligenciado.

Pensar bioeticamente as questões relacionadas com as substâncias psicoativas no mundo contemporâneo não é pensá-la unicamente na dimensão estreita das relações familiares, nem concebê-la como causa direta de mal-estar social, mas antes pensá-la analiticamente como consequência de contextos socioeconômicos e políticos. Da mesma forma, a ausência ou inadequações de políticas e programas adequados à prevenção, redução de danos ou tratamentos de usuários devem ser investigadas como resultados também de uma moralidade estigmatizante e imobilizadora que se infiltra advertida ou inadvertidamente nas estruturas sociais.

Frequentemente, atribui-se o consumo de psicoativos à desorganização familiar, seja pela separação dos pais, seja pela violência intrafamiliar; não raro, se atribui aos produtos ilícitos, mais comumente a maconha, a cocaína ou o crack, a responsabilidade por inúmeras situações danosas, tais como violência dos usuários na busca pelas substâncias ou a luta entre traficantes para domínio de territórios, conflito este regulado, exclusivamente, pela violência e morte. Por outro lado, as intervenções públicas nesse campo são, prioritariamente, representadas por ações policiais armadas, também violentas, alimentando um ciclo interminável, na ausên-

cia de diálogo eficaz entre a segurança pública, a saúde, as instâncias públicas responsáveis pelo desenvolvimento social e os segmentos sociais organizados, a exemplo das associações de bairro, de pessoas vivendo nas ruas e de usuários de substâncias psicoativas. O uso de produtos lícitos e ilícitos, numa perspectiva populacional, coletiva, não deve ser considerado causa de problemas e sim, muito mais, consequência da insuportável desigualdade social, considerada nos níveis de moradia, de saneamento, de educação, de saúde, de transporte, entre outros, e suas repercussões sobre a geografia das oportunidades, excluindo a maioria das pessoas, sobretudo nas regiões menos desenvolvidas ou em desenvolvimento. Nesse sentido, a prevenção do consumo, em particular do consumo disfuncional (abusivo, nocivo ou prejudicial), não se fará através de intervenções circunstanciais, mas através do desenvolvimento de políticas públicas que atendam às necessidades das populações em suas diversidades geográfica e cultural. As estratégias de acolhimento integral aos consumidores de substâncias psicoativas, já consolidadas (Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, Consultório de Rua, Práticas redutoras de riscos e danos), devem substituir as intervenções orientadas pelo preconceito, exclusão ou simplesmente apoiadas na ideia de um mal demoníaco.



Saiba Mais

Há trabalhos interessantes disponíveis na *internet* sobre essas questões. Deixamos, como sugestão, os seguintes trabalhos: *Os tempos e os espaços das drogas*, de Gey Espinheira, disponível em: http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Socioantropologia/Os_tempos_e_os_espa%EBos_das_drogas.pdf; e *Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais*, de Sérgio Trad, disponível em: [http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/ReducaoRiscosDanos/\(Controle_do_uso_de_drogas_e_preven%EB%EB3o_no_Brasil.doc\).pdf](http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/ReducaoRiscosDanos/(Controle_do_uso_de_drogas_e_preven%EB%EB3o_no_Brasil.doc).pdf).

Historicamente, desde que o consumo de substâncias psicoativas deixou de ser considerado, essencialmente, como inerente à condição humana e relacionado com o reconhecimento da finitude e da morte, essa prática foi rápida e progressivamente associada à violência, tornando-se a

causa dos mais diversos danos sociais e à saúde. A partir o início do século XX, as substâncias psicoativas ilícitas ocuparam a cena em detrimento da compreensão envolvendo o contexto social e, sobretudo, a capacidade dos humanos de fazerem escolhas e assumirem as inerentes

consequências de suas decisões. Drogas, como foram denominados popularmente os psicoativos ilícitos, tornaram-se um problema policial e, portanto de segurança pública, merecendo, como principal ação do Estado, a repressão. As leis nacionais e os acordos internacionais voltaram-se todos para esta direção: reduzir a oferta e, se possível, extinguir a presença desses produtos nas sociedades.

Somente a partir dos anos 1980, particularmente na França com o Dr. Claude Olievenstein, o consumo de substâncias psicoativas ilícitas passou a ser considerado através de equação envolvendo, de modo indissociável, os produtos, os humanos e o contexto sociocultural. No Brasil, a partir desse período, diversos serviços foram inaugurados, em particular em algumas universidades, trazendo à discussão menos as drogas e mais os humanos, suas vicissitudes e suas circunstâncias sociais, regionais e culturais. Indiscutivelmente, a partir de então, uma nova clínica surge no Brasil, tomando como um dos eixos principais o que se denominou genericamente de “aceitação voluntária de tratamento”, em oposição às intervenções que descuidavam completamente da participação do usuário, desconsiderando sua autonomia e capacidade de escolha. Tudo se passava, até então, como se o usuário de substâncias psicoativas ilícitas fosse “tomado pela droga”, sem qualquer alternativa, senão a da intervenção autoritária e paternalista, exercida pela família e contando com a cooperação ingênua, ou não, da psiquiatria. O consumo de drogas ilícitas ganhou foro de doença mental e, portanto, de domínio médico sem maiores críticas. Paralelamente a essa dimensão médica, o consumo de produtos modificadores da consciência nunca deixou de ser objeto de diversos campos de interesse, fortemente marcados por tonalidade moralizante e, progressivamente, criminalizada, passando, ao longo do tempo, da ordem

Assista ao documentário Grass, sobre a criminalização da maconha, disponível no sítio <https://www.youtube.com/watch?v=E3T8nQakYQE>. O documentário está dividido em oito partes. Se você preferir, poderá baixá-lo pelo sítio: <http://www.bestdocs.com.br/2009/10/grass-a-historia-da-maconha.html>.

antropológico-cultural para a ordem capitalista, beneficiada pela repressão ao tráfico, numa associação tão eficaz quanto danosa.

¹ Analgesia:

Analgesia: supressão ou redução da dor, em geral através de produtos farmacológicos (analgésicos), cuja ação principal ocorre sobre o Sistema Nervoso Central (SNC). Veja o Capítulo sobre as substâncias psicoativas e seus efeitos.

Curiosamente, como acima mencionado, a Bioética, em qualquer das suas vertentes de atuação, muito raramente voltou, de modo explícito, sua atenção para os diversos fenômenos envolvendo os consumidores de psicoativos inseridos no mundo das coisas e suas significações sociais. Nesse sentido, a saúde mental, em particular, e a saúde coletiva, mantiveram-se distantes da interlocução necessária com a Bioética para a abordagem dos diversos aspectos que envolvem os humanos e o consumo de psicoativos. Talvez possamos considerar que a Bioética, ao alertar sobre a exclusão, a fome ou a miséria, indicava o sofrimento que as desigualdades impunham e o consequente consumo de psicoativos como alternativa possível. Ao tratar da vulnerabilidade humana substantiva, isto é, a possibilidade de todos os humanos serem feridos, a Bioética estaria, mais uma vez, alertando sobre a dor de existir, sobre o desamparo que marca a trajetória dos humanos e a necessidade fundamental de sua *analgesia*¹.

Quando trata da vulnerabilidade adjetiva, circunstancial, provocada por fenômenos de diversas naturezas, a exemplo das doenças infecciosas, do trabalho ou do tempo, que leva ao envelhecimento, indiscutivelmente, a Bioética sinaliza para a necessidade de se compreender as diversas alternativas oferecidas aos humanos, entre elas o consumo de psicoativos, sem caráter moralizante nem, necessariamente, causadoras de dano e morte. Pelo contrário, em muitas circunstâncias, o uso de uma droga, lícita ou ilícita, atende à necessidade de suportar o insuportável e de viver, pura e simplesmente, a vida. É o caso de muitas crianças e adolescentes pelas ruas das grandes cidades brasileiras ou de moradores e moradoras de rua. Mencionemos, ainda, o consumo de psicoativos relacionados com as condições de trabalho ou com o envelhecimento. Nessas circunstâncias, como em outras, o uso de um produto psicoativo pode ser compreendido enquanto busca de solução, mais do que como problema. Certamente as substâncias psicoativas podem *vulnerabilizar*² por seus efeitos intoxicantes.

² O conceito de vulnerabilidade será abordado no Capítulo 7.

Como um deus de dupla face, os psicoativos podem aliviar a dor tanto quanto causá-las. A palavra grega *pharmakon* vem lembrar que os produtos químicos podem curar ou matar segundo seu uso. Nesse sen-

tido, não se pode dizer que a Bioética tem abordado, como deveria, o consumo de psicoativos. Por outro lado, constatamos também que os profissionais da saúde têm dado mais atenção aos efeitos farmacológicos dos produtos, isto é, à capacidade de produzirem intoxicações, doenças e morte, do que às razões que levam ao seu consumo. É verdade que a intoxicação aguda por uma droga pode levar à morte, mas é necessário ter sempre em mente que a decisão do consumo pertence aos humanos, e não aos produtos. A autonomia como princípio bioético nos orienta quanto às disposições para avançar ou recuar, *usar ou não, eis a questão*. Discutir o uso de substâncias psicoativas à luz da autonomia e da liberdade parece mais justo do que impor, autoritária e paternalisticamente, este ou aquele tratamento, considerando, supostamente, o bem-estar do outro. *Primum non nocere*: antes de tudo, não ferir (ou fazer mal). Mas de que lado é feita essa afirmação: do lado do usuário ou do terapeuta, do juiz ou do delegado, do familiar ou do educador, do publicitário ou do jornalista? Vale lembrar aqui a internação compulsória, definida na lei como uma **internação de exceção**, submetida ao princípio da sacralidade da vida e da proteção social: somente diante da possibilidade de causar a própria morte ou causar danos graves aos circunstantes, alguém poderá ser internado por ordem judicial, sem o acordo do paciente, sempre que possível em consonância com o profissional da saúde (médico), sendo a internação interrompida – ou tornada voluntária – tão logo cessem as causas que a determinaram.

O texto da referida lei está disponível na *internet*, no sítio http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.

Evidentemente, as situações de risco impostas pela alienação – compreendida como perda da capacidade de entendimento e de se conduzir de acordo com a lei – tanto quanto inúmeras outras condições de doença (clínicas), poderão dar lugar a uma intervenção que não leve em consideração a vontade do paciente sendo, portanto, involuntária. Contudo, esta circunstância é de natureza e responsabilidade exclusivamente médica. Mas, o que tem sido dito pela Bioética a esse respeito? No espaço deste trabalho, não cabe a abordagem dos inúmeros e complexos aspectos relacionados com os usuários de substâncias psicoativas enquanto sujeitos constituídos a partir da ordem biológica, inseridos em dado contexto social, e cuja consequência primordial é a capacidade de simbolizar e falar (dimensão psíquica), reconhecendo as três instâncias do tempo – passado, presente e futuro – e, conseqüentemente, o reconhecimento de sua finitude.

Também não cabe aqui aprofundar a discussão centrada nas substâncias quanto aos seus aspectos estritamente farmacológicos, seus efeitos sobre o sistema nervoso central e suas possibilidades intoxicantes, nem fazer uma abordagem sociocultural, restrita ou ampliada, que caracterize regiões geográficas específicas, nações e continentes. Contudo, ultrapassados esses limites, fica evidente a urgente necessidade da construção de pontes entre os diversos campos do conhecimento e o consumo, pelos humanos, de substâncias psicoativas, longe das discussões dogmatizadas, sem diálogo, autoritárias, descontextualizadas, marcadas pelo medo e a ignorância, ou por interesses econômicos, voltados para a dominação de uns sobre outros. Cabe à Bioética, enquanto campo interdisciplinar, promover os encontros necessários para a reflexão sobre os usos e usuários de substâncias psicoativas enquanto paradigma da condição humana.

Resumo

Neste Capítulo, buscamos definir e diferenciar alguns conceitos fundamentais para Bioética. Começamos distinguindo ética de moral, diferenciando a ética fundamental da ética aplicada. Identificamos as principais características de Bioética de intervenção e Bioética de proteção. Distinguímos Bioética de Ética Fundamental e dos códigos de conduta profissionais, e buscamos compreendê-la como um instrumento de análise ética das práticas de saúde e das Ciências da Vida, que contribui para as tomadas de decisão e para a formulação de programas e políticas de saúde. Nessa perspectiva, a questão do consumo de substâncias psicoativas – em particular as ilícitas – foi considerada como objeto de reflexão Bioética, esperando que tenha sido possível compreendê-la como processo mais consistente de análise dos valores envolvidos nos conflitos éticos, contrapondo-se ao senso comum e à moralidade com que são, geralmente, abordadas algumas práticas individuais ou coletivas.

No próximo Capítulo, estudaremos sobre a promoção da saúde e a prevenção ao uso de drogas.

Referências

- ALMEIDA, L. D. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 18, n 3, p. 537-548, 2010.
- ANDORNO, R. Human dignity and human rights as a common ground of global bioethics. **Journal of Medicine and Philosophy**, v. 34, n.3, p. 223-240, 2009.
- ATLAN, H. **Questões da Vida**. Paris: Instituto Piaget, 1996.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of Biomedical Ethics**. 7. ed. New York: Oxford, 2003.
- BUCHELE, F.; COELHO, E. B. S.; RIBEIRO, C. Redução de danos e suas características: um enfoque na bioética. In: HELLMANN, F.; VERDI, M.; GABRIELLI, R.; CAPONI, S. **Bioética e saúde coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos**. Curitiba: Prismas, 2013.
- BUCHER, R. A toxicomania, paradigma da dependência humana. **Humanidades**, n. 10, p. 61-68, 1986.
- BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1992. 323p.
- CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. 5. ed. São Paulo: Ática, 1995. 440p.
- CLOTET, J.; FEIJÓ, A. G. S.; OLIVEIRA, M. G. **Bioética: uma visão panorâmica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.
- COSTA, N.F. Subsídios para a discussão da política das toxicodependências. In: BAPTISTA, M. ; INEM, C. **Toxicomanias: abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: NEPAD/UERJ; Sette Letras. 1997. p. 195-212.
- ESCOHOTADO, A. **Historia de las drogas**. Madrid: Alianza Editorial, 1995 [1989]. v. 3.
- FERRY, L. Tradition ou argumentation? Des comités de sages aux comités de délibération. **Pouvoirs**, n. 56, p. 5-21, 1991.
- GARRAFA, V.; PORTO, D. Bioética de Intervención – verbete. In: TEALDI, J. C. (Org.). **Diccionario Latino-Americano de Bioética**. Bogotá, Unibiblios/Unesco, 2007.
- GARRAFA, V. **Bioética e saúde coletiva: perspectivas e desafios contemporâneos**. Florianópolis: DIOESC, 2012. p.36-51.

GARRAFA, V. Bioética. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBAT, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO A.I. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 853-68.

GARRAFA, V. **Esboço da declaração universal sobre bioética e direitos humanos**. SHS/EST/CONF.204/3REV.2005. Disponível em: www.mct.gov.br/upd_blob/8685.pdf. Acesso em: 14 fev. 2014.

KOTTOW, M. H. Comentários sobre bioética, vulnerabilidade e proteção. In: GARRAFA, V.; PESSINI, L. **Bioética: poder e injustiça**. Brasília: Loyola, 2003.

LABATE, B. C.; GOULART, S.; FIORE, M.; MACRAE, E.; CARNEIRO, H. (Orgs.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. 440 p.

LORENZO, C. Teoria crítica e bioética: um exercício de fundamentação. In: PORTO, D.; GARRAFA, V.; MARTINS, G.Z.; BARBOSA, S.N. **Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois**. Brasília: CFM/Cátedra UNESCO de Bioética/SBB. 2012, p.173-189.

MEDINA, M. G.; NERY FILHO, A.; FLACH, P. M. Políticas de prevenção e cuidado do usuário de substâncias psicoativas. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: MedBooks, 2014. p. 479-497.

MENDES, T. P. L. **As interfaces entre a bioética e a saúde coletiva nas publicações brasileiras indexadas**. 2014. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

MUÑOZ, D. R.; FORTES, P. A. C. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: COSTA, Sérgio I. F.; OSELKA, G.; GARRAFA, V. (Orgs.). **Iniciação à bioética**. Brasília: CFM, 1998. p. 53-70.

NERY FILHO, A. Por que os humanos usam drogas? In: NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A.L.R. (Org.). **Módulo para capacitação dos profissionais do Projeto Consultório de Rua**. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD. 2010. p. 11-16.

NICORY DO PRADO, D. **Crítica ao controle penal das drogas ilícitas**. Salvador: Podium, 2013. 144p.

OLIEVENSTEIN, C. **Il n'y a pas de droguésheureux**. Paris: Laffont; Le Livre de Poche, 1977. 413p.

OLIEVENSTEIN, C. **La drogue ou la vie**. Paris: Laffont; Le Livre de Poche, 1983. 349 p.

OLIVEIRA, A. A. **Bioética e Direitos Humanos**. 1. ed. São Paulo: Loyola, 2011.

OLIVEIRA, A. A. S. de; VILAPOUCA, K. C.; BARROSO, W. Perspectivas epistemológicas da Bioética Brasileira a partir da Teoria de Thomas Kuhn. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 1, n. 4, p. 363-385, 2005.

PARIZEAU, M. Ética Aplicada. In: SAINT-SPERBER, M. (Org.). **Dicionário de Ética e Filosofia Moral**. 2005. p. 565-8.

PEREIRA, L. C.; JESUS, I. S. de; BARBUDA, A. de S.; SENA, E. L. da S.; YARID, S. D. Legalização de drogas sob a ótica da bioética de proteção. **Rev. bioét.**, v. 21, n. 2, p. 365-74, 2013.

PORTO, D.; GARRAFA, V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. **Revista Bioética**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 111-123, 2005.

POTTER, V. R. Bioethics, science of survival. **Persp Biol Med**, v. 14, n. p. 27-153, 1970.

_____. **Bioethics: bridge to the future**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. 1971.

POTTER, V. R.; POTTER, L. Global bioethics: converting sustainable development to global survival. **Med Glob Surviv**, v. 2, n 3, p. 185-91, 1995.

REICH, W. T. The word 'bioethics: its birth and the legacies of those who shaped it. **Kennedy Inst. Ethics Journ**, v. 5, 1, p. 19-34, 1995.

ROCHER, G. La Bioéthique comme processus de régulation sociale: Le point de vue de la sociologie. In: **Bioéthique: Méthodes et Fondements**. Montreal: Association Canadien-Française pour l'avancement de la Science, 1989.

SCHRAM, F. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. **Revista Bioética**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 11- 23, 2008.

SCHRAMM, F. R. A bioética da proteção em saúde pública. In: FORTES, P.A.C; ZOBOLI, E.L.P. **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo/Loyola, 2003.

SINGER, P. **Ética Prática**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

UNESCO, 2005. **Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos**. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf> . Acesso em: 10 fev. 2014.

Zila van der Meer Sanchez

É professora do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo e pesquisadora do Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. É conselheira representante do meio acadêmico-científico no Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas de São Paulo. Suas principais linhas de pesquisa contemplam epidemiologia do uso e abuso de drogas e prevenção ao uso de drogas entre escolares e entre jovens no cenário de lazer noturno.

CAPÍTULO

7

Promoção de saúde e prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas

Zila van der Meer Sanchez

Promoção de saúde e prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas

Breve apresentação

No Capítulo anterior, estudamos sobre a Bioética como forma de abordar o consumo de substâncias psicoativas e, dessa forma, refletir sobre esse consumo como um processo em que se envolvem conflitos éticos que, muitas vezes, opõem-se ao senso comum e moralizante de certas práticas individuais ou coletivas.

Agora, neste Capítulo, enfocamos mais objetivamente o tema central deste *Curso*: a prevenção dos problemas associados ao uso de drogas. Apesar da imensa polêmica existente, hoje, sobre a real eficácia de programas de prevenção, é importante que você consiga notar a existência de evidências científicas, as quais mostram que prevenção funciona!

Você compreenderá que o modelo mais aceito, hoje, é o de prevenção baseada em promoção de saúde; ou seja, um modelo que prevê a redução dos fatores de risco e aumento dos fatores de proteção, por meio da capacitação das pessoas e das comunidades para que elas mesmas modifiquem os determinantes da saúde em benefício de sua qualidade de vida. Notará, também, que esse é um trabalho interseto-

rial, e que o setor da saúde é o mediador das ações, exigindo atividade coordenada de governos, organizações não governamentais, meios de comunicação e de outros setores sociais e econômicos, como empresas, escolas, igrejas e associações das mais diversas.

Esperamos que, ao término deste Capítulo, você possa identificar os fatores de risco; conceituar corretamente risco e vulnerabilidade; e identificar tanto os níveis quanto os modelos de prevenção.

A promoção de saúde como eixo norteador na atenção ao uso de drogas

Não há uma resposta objetiva para a pergunta presente na mente de milhares de pais de adolescentes por todo o mundo: “por que os jovens se envolvem com drogas?”. As razões são muitas e variadas! Felizmente, ao longo da última década, a nossa base de conhecimento no campo do abuso e dependência de drogas tornou-se mais sólida e está nos movendo para uma compreensão mais socioecológica dos fenômenos e menos moral. Por muito tempo, os programas de prevenção ao uso de drogas foram demasiadamente concentrados no fornecimento de informações sobre os malefícios do consumo dessas substâncias. Hoje, a abordagem de promoção da saúde é considerada a mais próxima do ideal, como discutiremos à frente.

As duas abordagens são válidas e complementares. A decisão por utilizar uma delas ou ambas vai depender não só de qual pergunta deve ser respondida, mas também dos aspectos logísticos e operacionais, como o tempo e o orçamento disponíveis para a coleta das informações e resposta à pergunta.

Determinantes em saúde e no uso de drogas

Saúde pode ser definida como a capacidade de adaptação e autogestão em face de desafios sociais, físicos e emocionais. Essa é uma definição mais aceitável do que a mundialmente difundida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que afirma ser *saúde* “[...] o completo

bem-estar físico, social e mental”. Diante do exposto, indagamos: você conhece alguém com completo bem-estar físico, social e mental? Seguindo esse conceito da OMS, é possível afirmarmos que a maioria absoluta da população não teria saúde.

Assim, conceituar *saúde*, como observamos, não é uma tarefa simples, uma vez que um conceito absoluto e irrefutável do termo *saúde* não existe. Notemos, pois, que o conceito de saúde reflete uma estrutura política, cultural, econômica e social de um grupo em uma determinada época e, por esse motivo, a saúde não representa o mesmo para todas as pessoas. Aliás, afirmação semelhante pode ser feita em relação ao entendimento do que é *doença*: por exemplo, a dependência de ópio é considerada, no Afeganistão, um comportamento normal e não patológico, enquanto esse mesmo comportamento é, em quase todos os outros países do mundo, interpretado como uma doença que deve ser tratada.

Um conceito interessante para analisar **determinantes de saúde** foi formulado, na década de 1970, por Marc Lalonde, Ministro da Saúde do Canadá de 1972 a 1977. De acordo com esse conceito, a saúde depende de quatro alicerces que a determinam: (i) a *biologia humana*: os fatores genéticos e os processos fisiológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento; (ii) o *meio*, que inclui os recursos naturais e humanos do meio; ou seja, o solo, a água, o ar, o local de trabalho, os locais de lazer e de moradia; (iii) o *estilo de vida*: o que se come, o quanto se estressa, o quanto se dorme, o quanto se exercita, fumar ou não fumar, beber ou não; e, por fim, (iv) a *organização da assistência à saúde*, que compreende aquilo que é ofertado ao sujeito em termos de assistência médica, da prevenção, do diagnóstico e tratamento.

Determinantes de saúde: fatores que favorecem a manutenção da saúde ou o desenvolvimento das doenças.

É muito complicado sabermos qual desses determinantes é mais importante na manutenção da saúde, e costumamos dizer que a soma e a interação entre eles irão definir nosso perfil de saúde. Por exemplo, em algumas situações, é mais benéfico para a saúde ter água potável e alimentos saudáveis do que dispor de medicamentos; no entanto, quando a pessoa já se encontra infectada por uma bactéria há semanas, certamente a água potável e o alimento serão apenas coadjuvantes de uma saúde que só será mantida à base de medicação específica.

A questão é que a saúde e a doença, bem como o uso e não uso de drogas, distribuem-se de maneira desigual nas populações, ou seja, algumas pessoas têm mais chance de adoecer do que outras. No caso do uso, abuso e dependência de drogas, sabemos que existem alguns fatores, que inadequadamente são chamados de “determinantes”, alicerçados em eixos, como os propostos por Lalonde (1974), que vão sugerir o nível de risco que as pessoas têm para iniciar esse comportamento. Esses ditos “determinantes” – também compreendidos como fatores de risco, os quais serão abordados, em detalhes, na próxima seção – apontam a chance do uso, do abuso e da dependência de drogas ocorrer para cada sujeito, apesar de não determinarem que esses padrões vão realmente se estabelecer.

Conceitos de risco e vulnerabilidade

Se os agravos – como a dependência e o abuso de drogas – não se distribuem aleatoriamente na população, isso significa que é possível identificarmos grupos de maior risco para que esses eventos ocorram.

O termo “risco” é, por essência, neutro e significa, simplesmente, maior chance ou maior probabilidade de um evento ocorrer. Assim, afirmar que jovens de alta renda praticam mais episódios de consumo excessivo de álcool – conhecido como *binge drinking* nos estudos internacionais (vede quadro-destaque à frente) – do que jovens de baixa renda é dizer, de maneira bem simplista, que um jovem de maior renda tem maior risco do que um jovem de baixa renda. Nesse caso, a renda pode ser vista como um risco para a prática de consumo excessivo de álcool; ou seja, a renda alta aumenta a vulnerabilidade desse grupo, ampliando a chance desse comportamento ser praticado por jovens ricos. É importante, no entanto, destacarmos que um fator de risco nunca determina um comportamento nem é sua causa; aponta, apenas, que há maior chance de que o comportamento ocorra em um grupo. É, por conseguinte, uma operação matemática de comparação de probabilidades. Notemos, porém, que a maior probabilidade de praticar consumo excessivo de álcool não é determinista, ou seja, não necessariamente implica a ocorrência efetiva do comportamento.

Binge drinking é um termo norte-americano, sem um similar adequado no português, que define o episódio de beber pesado em uma ocasião de cerca de duas horas. Objetivamente, esse beber pesado é definido como o consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas para homens e quatro ou mais doses para mulheres. Primeiramente descrito no início dos anos 2000, nos Estados Unidos, esse comportamento, no Brasil, ainda não tem uma tradução adequada; de modo geral, aqui, tem sido denominado de “beber pesado episódico” e “consumo excessivo de álcool” e está associado à renda. Assim, conforme indicam estudos recentes, os jovens mais ricos tendem a praticar esse comportamento em maior proporção que os jovens pobres.

O conceito de risco costuma ser usado erroneamente como sinônimo de perigo. O risco sugere, no entanto, mais uma vulnerabilidade do que a certeza de que um prejuízo ou dano vá ocorrer. Na epidemiologia, ciência que estuda a distribuição das doenças na população e os fatores que favorecem que essas doenças ocorram, o cálculo do risco permite que se identifiquem os grupos com mais chance de se exporem a um determinado dano. Em outras palavras, é possível determinar o nível de vulnerabilidade de um grupo a um determinado comportamento.

Podemos, então, compreender *vulnerabilidade* como o conjunto de fatores que pode aumentar os riscos aos quais estamos expostos em todas as situações de nossa vida. Essa vulnerabilidade pode variar por diversos motivos, como gênero, faixa etária (criança, adolescente ou adulto), classe socioeconômica, nível de escolaridade, local de moradia, condições sociais, autoestima, projeto de vida, condições biológicas e psicológicas (saúde física e mental), dentre outros.

Cabe destacar, ainda, que temos dois tipos de vulnerabilidades: as diretas e as indiretas. Para fins didáticos, consideramos vulnerabilidades diretas aquelas que podem acarretar um dano imediato. Um exemplo seria a embriaguez. Adolescentes que se embriagam estão expostos, diretamente, à possibilidade de coma alcoólico e, ainda, à diminuição da percepção de risco, em razão do efeito farmacológico do álcool. Uma

vulnerabilidade indireta seria, em contrapartida, aquela que pode influenciar numa decisão que leve a uma vulnerabilidade direta, como os aspectos sociais aos quais o sujeito está exposto que aumentem a chance de se expor a um risco. Uma criança que convive, por exemplo, em uma sociedade em que a venda de bebida alcoólica é permitida a menores de idade terá mais acessibilidade ao álcool e, conseqüentemente, mais chance de iniciar o consumo prematuramente. Dessa forma, as vulnerabilidades indiretas também são conhecidas como fatores de risco, pois não são, individualmente, causas de “ferimentos” (vulnerabilidades), mas favorecem o aparecimento dessas vulnerabilidades.



Para refletir

Para ilustrar as flutuações da vulnerabilidade durante os ciclos da vida, tomemos como exemplo uma criança de dois anos e um adolescente de quinze anos. Ambos estão diante de uma janela aberta no 15.º andar de um prédio. O bebê é, nesse contexto, mais vulnerável que o adolescente a se debruçar na janela e precipitar-se, visto que ainda não aprendeu a respeito do que coloca sua vida em risco e como esses riscos agem. A vulnerabilidade, nesse caso, decorre do desconhecimento do risco. O adolescente é, no entanto, mais vulnerável que o bebê ao uso de drogas, uma vez que está mais exposto à pressão do grupo, à curiosidade em relação aos efeitos da droga, tendo autonomia para a compra e consumo dessa substância.

Além de haver diferenças de vulnerabilidade nos ciclos de vida, existem diferenças da vulnerabilidade num mesmo momento da vida: por exemplo, no Réveillon; em fevereiro, na participação de festas de carnaval; em épocas de provas estressantes; após o término de um namoro; após divórcio dos pais; ou próximo ao vestibular.

Para intervirmos em situações de vulnerabilidade, é necessário o desenvolvimento de ações integrais, ou seja, que envolvam a participação ativa da população por meio do uso do conhecimento e de práticas.

Dentre as concepções idealizadas até o momento, a promoção da saúde é a que melhor abarca a redução de vulnerabilidades em diferentes domínios, tendo em conta os alicerces da saúde propostos por Lalonde (1974).

O conceito de promoção de saúde

A promoção de saúde consiste em proporcionar aos sujeitos formas de exercerem mais controle sobre sua saúde, identificando sua relação com uma ampla gama de fatores políticos, econômicos, ambientais e socioculturais, além dos biológicos. Alicerça-se na capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, cujo princípio geral orientador é a necessidade de encorajar a ajuda recíproca – cada um a cuidar de si próprio, do outro, da comunidade e do meio ambiente natural.

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa (Canadá), em 1986, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), definiu a promoção à saúde como “[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde [...]”. Essa conferência culminou na promulgação da *Carta de Ottawa*, documento no qual se defende a promoção da saúde como fator fundamental para a melhoria da qualidade de vida das populações. O referido documento salienta, ainda, a intersectorialidade desse processo, por entender que a promoção da saúde deve ser uma responsabilidade compartilhada por diversos setores sociais e não exclusiva do setor da saúde.

Promoção de saúde implica o fortalecimento da capacidade individual e coletiva de lidar com a multiplicidade dos **determinantes e condicionantes** de saúde, buscando **redução de riscos** ou **vulnerabilidade** e fortalecimentos da proteção integral.

A saúde promocional foge do âmbito da medicina e do **biologicismo**, que tem caráter predominantemente individualista, e é voltada ao corpo e às questões meramente fisiológicas, atingindo outras dimensões que se preocupam com a qualidade de vida, embasada em hábitos, conhecimento e ação, tais como saneamento básico, educação em saúde, nutrição, extinção da miséria, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, e oferta de medicamentos

Biologicismo:

concepção de que as doenças só dependem dos fatores biológicos do organismo.

Empoderamento:

Empoderamento ou *empowerment*, em inglês, significa uma ação coletiva desenvolvida pelos sujeitos quando participam de espaços privilegiados de decisões, de consciência social dos direitos sociais. Essa consciência ultrapassa a tomada de iniciativa individual de conhecimento e superação de uma realidade em que se encontra.

essenciais. Além disso, ela precisa atingir toda a população e não apenas aqueles considerados “de risco”, *emponderando-os* por meio de oferecimento de alternativas para uma vida digna e saudável.

As estratégias de promoção de saúde devem:

- promover a qualidade de vida;
- reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde;
- favorecer a preservação do meio ambiente;
- prevenir as doenças e os agravos à saúde;
- ser intersetoriais (escola, saúde, grupo religioso, espaços de lazer, espaços comunitários);
- articular redes corresponsáveis no compromisso da melhora da qualidade de vida.

A promoção da qualidade de vida contempla a mesma base de ações da promoção de saúde e se confunde com esse conceito, sugerindo que a *promover a saúde* nada mais é que a promoção de qualidade de vida, sendo a saúde parte integrante e também reflexo dessa dimensão de vida.



Para refletir

Você sabia que existe uma ampla discussão entre acadêmicos e cientistas sobre a inserção da saúde na qualidade de vida? Seria a qualidade de vida um domínio ou dimensão da saúde, ou a saúde seria uma dimensão ou domínio da qualidade de vida? E você, o que acha sobre essa relação?

Estratégias de intervenção em promoção da saúde

É importante preparar as pessoas para aprenderem ao longo de toda a existência, capacitando-as para as diversas fases da vida, incluindo a proteção às

causas externas, como violência e acidentes de trânsito, e prevenção de doenças crônicas, o que contribui para o aumento de seu tempo de vida saudável.

Na perspectiva da Política Nacional de Promoção de Saúde,

[...] a promoção de saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.

Necessitamos, pois, de ações intersetoriais para que a promoção de saúde seja incorporada ao cotidiano das pessoas, tendo o setor sanitário público um papel de mediador das ações, exigindo ação coordenada de governos, organizações não governamentais, meios de comunicação e outros setores sociais e econômicos, como empresas, escolas, igrejas e associações das mais diversas.

Importa o registro de que é estimulada a introdução de alguns temas nas grades curriculares das diversas séries escolares e na formação ou na educação permanente dos profissionais da saúde, da educação e da assistência, além de campanhas frequentes na mídia e implantação de políticas públicas que visem agir na promoção da saúde, como foi, por exemplo, o caso das leis antitabaco brasileiras, hoje consideradas modelo internacional de política bem-sucedida, por terem contribuído para a redução do consumo de tabaco pela população.

É importante ressaltarmos que a atuação em promoção de saúde depende de participação comunitária, por meio da responsabilização pelas ações. Cabe lembrar que diferentes ações têm sido pensadas no sentido de estimular a autonomia das pessoas para as escolhas de uma vida saudável. Nesse sentido, essas ações têm como focos a criação de ambientes favoráveis ao desenvolvimento de habilidades pessoais e empoderamento, a mobilização e a participação social, eixos nos quais são

desenvolvidas as ações da área. Além disso, como parte das intervenções em promoção de saúde, destacamos o foco na redução da pobreza para contemplar o direito à alimentação e à vida digna, como forma de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis; dentre elas, a hipertensão arterial, o câncer, o infarto do miocárdio, o diabetes, as doenças crônicas do pulmão e os transtornos mentais, que levam à morte ou à incapacidade, gerando altos custos à sociedade.

Definidas na Política Nacional de Promoção de Saúde, as ações de promoção de saúde são:

1. alimentação saudável;
2. práticas corporais e atividades físicas;
3. prevenção ao uso de tabaco, álcool e outras drogas;
4. acidentes de trânsito;
5. cultura de Paz;
6. desenvolvimento sustentável.

Uma das principais formas de disseminação dos conceitos de promoção de saúde tem ocorrido através das escolas, após a OMS desenvolver o conceito das Escolas Promotoras de Saúde. Cabe lembrar que, para a escola tornar-se promotora de saúde, é necessário: construir uma política escolar de promoção de saúde; adequar o ambiente físico e social da escola; promover vínculo e parceria com a comunidade; desenvolver habilidades pessoais de promoção da saúde em todos os atores escolares (professor, funcionários, alunos e comunidade); promover vínculo e parceria com os serviços de saúde de referência das escolas.

O Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, vem desenvolvendo, desde 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE) que objetiva a melhoria da qualidade de vida da população na perspectiva da promoção da saúde e da prevenção de agravos e doenças nas áreas adstritas do Programa Saúde da Família (PSF). O PSE sugere uma série de

ações para serem desenvolvidas, na escola, pela equipe de saúde; dentre elas, está incluída a prevenção do uso de álcool e de outras drogas.

Assim, integra-se a prevenção do uso de drogas, pautada na lógica da promoção de saúde como política educacional. Notemos que a prevenção do uso de drogas que se baseia em promoção de saúde deve se concentrar na criação de ambientes saudáveis, bem como em sujeitos saudáveis, por meio do uso de estratégias personalizadas para diferentes fases do ciclo de vida, reconhecendo as diferenças culturais dos grupos. Nesse contexto, os resultados positivos não apenas reduzirão os problemas associados ao uso de drogas, mas também outros riscos, como o suicídio de jovens, gravidez na adolescência, transtornos alimentares, o crime e a violência.



Saiba mais

Você pode conhecer mais sobre o Programa Saúde na Escola visitando a página do programa, disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16796&Itemid=1127.

Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas

Problemas relacionados ao uso de drogas são preveníveis! Hoje, mais do que nunca, a Ciência fornece ferramentas para melhor adaptar as ações de prevenção, estimulando a implantação de programas baseados em evidências científicas, tanto nas escolas quanto nas famílias e nas comunidades.

O conceito de prevenção

Apesar de andarem juntas, promoção de saúde e prevenção de doenças não são sinônimas. A prevenção do uso de álcool, tabaco e de outras drogas como um dos eixos da promoção de saúde é base das políticas nacionais de saúde. Assim, é possível, por meio de técnicas de promoção, prevenir o início do consumo de drogas ou sua manutenção. **Prevenir** é chegar antes e impedir que algo ocorra. Isso requer uma ação antecipada,

baseada no conhecimento da história natural da doença para reduzir a chance de que ela ocorra.

A **promoção** impulsiona, cria, gera! Refere-se a medidas que não se dirigem a doenças específicas, mas visam aumentar a saúde e o bem-estar dos sujeitos. Implica o fortalecimento individual e coletivo para lidar com os múltiplos determinantes e condicionantes da saúde.

A base da prevenção a ser tratada neste texto é a redução da incidência e a prevalência do uso de drogas pela redução ou eliminação dos fatores de risco e aumento dos fatores de proteção, ou seja, prevenção baseada em promoção de saúde. Em outras palavras, nosso foco, neste Capítulo, é a prevenção primária e secundária do uso de drogas, como particularizaremos à frente.

Níveis de prevenção

Existem duas classificações bem estabelecidas sobre os níveis de prevenção atingidos por um determinado programa ou atividade de prevenção. A primeira classificação foi proposta na década de 1970 e definiu **três** níveis de prevenção, de acordo com a fase de consumo. Nessa classificação, as estratégias de prevenção podem ser primárias, secundárias ou terciárias.

- **Prevenção primária:** objetiva evitar a experimentação inicial de drogas e é destinada a sujeitos que ainda não as experimentaram.
- **Prevenção secundária:** destinada a sujeitos que já experimentaram e que fazem um uso ocasional de drogas, para evitar que esse uso se torne abusivo e problemático, reduzindo as chances de que o abuso se transforme em dependência.
- **Prevenção terciária:** destinada a usuários que já apresentam uso problemático; e, nesse caso, a intervenção preventiva é a indicação de tratamento a profissionais especializados para redução dos danos associados ao abuso.

A segunda classificação de níveis de prevenção, mais recente, não exclui a anterior, mas a complementa e se baseia na diferenciação de grupos por nível de risco de exposição às drogas. Nessa classificação, um programa de prevenção pode ser universal, seletivo ou indicado.

A **prevenção universal** é dirigida à população geral, sem qualquer estratificação de grupos por fatores de risco. Um exemplo é a divulgação pela mídia de programas que apresentem os danos decorrentes do consumo de drogas. Nas escolas, as estratégias universais são realizadas com todos os alunos de uma determinada série (ou diversas séries), sem a preocupação de selecionar apenas alunos com maior vulnerabilidade para o consumo de drogas.

A **prevenção seletiva** é voltada para populações com alguns fatores de risco já identificados para o uso de drogas, ou seja, é destinada a sujeitos de maior risco para o consumo. Programas seletivos não são, necessariamente, destinados a pessoas que já consomem drogas, mas àquelas que têm mais chance de fazê-lo. Um exemplo seria um programa realizado em uma escola de uma região de alta criminalidade e oferta de drogas (fatores de risco aqui são a alta criminalidade da região e a oferta da droga).

A **prevenção indicada** engloba intervenções destinadas a sujeitos identificados como usuários ou com comportamentos de risco relacionados, direta ou indiretamente, ao uso de substâncias, em programas que visem reduzir não só o consumo de álcool e de outras drogas, mas também a melhora de aspectos da vida do sujeito, como a reinserção social.

A redução de danos faz parte de programas de prevenção terciários e indicados. Detalhes sobre essa forma de prevenção, que se mistura com tratamento e intervenção, serão abordados no Capítulo 8.

Entenda:

Um programa escolar destinado a todos os alunos do 8º ano do Ensino Fundamental II de uma determinada escola, sem separá-los por quantidade de fatores de risco aos quais estão expostos, é um **programa universal**. Esse mesmo programa será **primário** ou **secundário** de acordo com a população da sala de aula: será primário para aqueles que nunca usaram drogas; e secundário, para aqueles que já fazem uso recreacional delas. Assim, um mesmo programa pode reduzir a chance da iniciação do uso de drogas entre adolescentes que ainda não experimentaram e reduzir o consumo entre aqueles que já o consomem.

Em contrapartida, um programa de prevenção desenvolvido em uma organização não governamental, que acolhe filhos de dependentes de crack, será um **programa seletivo**. Poderá ser **primário**, **secundário** ou **terciário**, dependendo do *status* de consumo desses jovens.

A prevenção como intervenção em fatores de risco e proteção ao uso de drogas

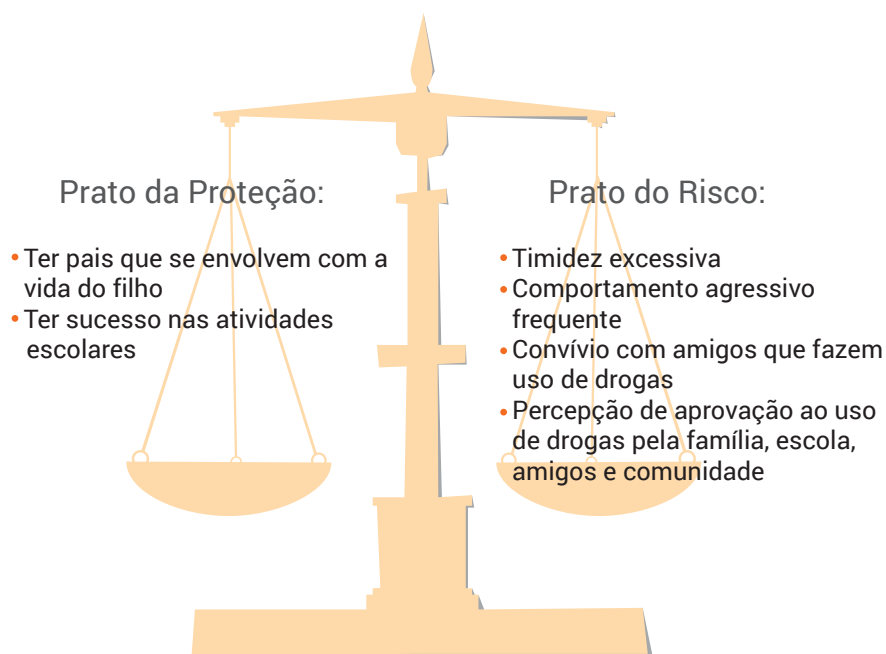
A adolescência é considerada a fase de maior risco para o início do consumo de drogas. Notemos, porém, que nem todos os jovens usam ou abusam de drogas. Não existe, evidentemente, uma regra que defina quem irá se tornar consumidor ou dependente de drogas, mas há fatores de ordem biológica, psicológica e social que aumentam ou diminuem a chance de que isso venha acontecer.

Há consenso no meio científico de que o uso e abuso de substâncias psicotrópicas é multifatorial e que os principais fatores envolvidos são a curiosidade, obtenção de prazer, influência do grupo, pressão social, baixa autoestima e dinâmica familiar. Nesse contexto, as escolhas feitas por nós estarão sujeitas a inúmeros fatores externos e internos que, no balanço final, irão gerar uma atitude diante da decisão de consumir ou não drogas.

No âmbito da prevenção primária, fatores de risco são aqueles que aumentam a chance do início do uso de drogas ocorrer. Os fatores de proteção são, por sua vez, aqueles que reduzem o risco desse uso ocorrer.

É possível compreendermos a dinâmica desses conceitos por meio de uma balança de dois pratos, representando a relação do ‘peso’ de risco contra o ‘peso’ de proteção, inferindo-se que a determinação do consumo seria norteadora pelo lado mais pesado da balança (Figura 1).

Figura 1: A balança dos fatores de risco e proteção: qual prato pesa mais?



Fonte: Elaborado pela Autora, adaptado por NUTE-UFSC.



Para refletir

Um fator de risco ou de proteção não determina o uso ou não uso de drogas. Esse uso depende de qual prato da balança pesa mais e como cada fator afeta determinado sujeito. Além disso, um fator de risco é identificado por intermédio de cálculos matemáticos que evidenciam o que esse fator representa para a maioria dos casos. Há, no entanto, fatores que certamente são de risco para algumas pessoas e de proteção para outras.

Um exemplo: em geral, o consumo de tabaco pelos pais é um fator de risco para a iniciação do consumo de tabaco na adolescência. Isso significa que, para a maioria dos adolescentes que têm pais que fumam, esse é um

dos fatores que contribuem para o início de seu próprio consumo. Alguns adolescentes são, contudo, protegidos por esse fator, por se sentirem, por exemplo, enjoados com o cheiro do cigarro fumado pelos pais.

Fatores de risco e de proteção dependem da cultura, da faixa etária e do gênero. Por exemplo, o que é fator de risco para adolescentes meninas do Afeganistão pode não ser fator de risco para adolescentes meninos canadenses. O que é fator de proteção para os adolescentes pode não ser protetor para os adultos.

Problemas relativos ao ambiente familiar, como a falta de envolvimento afetivo entre pais e filhos, relacionamento familiar de baixa qualidade, educação negligente e falta de autoridade dos pais, são os fatores de risco mais descritos na literatura. Outros fatores de risco bem descritos na literatura são:

- pais que abusam de substâncias ou sofrem de problemas de saúde mental;
- falta de regras claras de conduta;
- baixo rendimento escolar;
- vínculo com colegas que apresentem comportamento socialmente inadequado;
- violência doméstica;
- traumas na infância.

Já os fatores protetores são:

- envolvimento familiar positivo, num lar em que haja estímulo dos pais para o desenvolvimento de habilidades sociais dos filhos;
- autocontrole e autoeficácia;

- companhia de amigos que não usam drogas;
- vínculo com organização religiosa;
- adoção de normas convencionais quanto ao uso de drogas.

Os fatores de risco e de proteção costumam ser divididos em domínios, ou seja, são agrupados em algumas categorias que serão pauta de intervenção preventiva. Os principais domínios da prevenção são a família, a sociedade/comunidade, a escola e o sujeito. No âmbito do **sujeito**, são exemplos de fatores de risco: insegurança, busca descontrolada de prazer, insatisfação com a vida e genética. Nesse mesmo domínio, são fatores de proteção: habilidades sociais, autonomia, autoestima desenvolvida, capacidade de resolução de problemas, etc.



Para refletir

Vamos pensar juntos: quais seriam os fatores de risco e de proteção nos outros domínios de prevenção (família, comunidade e escola)?

Em geral, programas que abordam apenas um domínio não são eficazes na prevenção, pois o comportamento de risco é resultado de uma combinação de diversos fatores e das mais variadas interações sociais, não se resumindo somente a um aspecto isolado da vida do sujeito. As intervenções preventivas mais promissoras abordam, portanto, vários domínios de prevenção.

Modelos de prevenção baseados em evidências

O campo da prevenção da dependência de drogas muito avançou em experiência e conhecimento nas últimas décadas. Por esse motivo, hoje dispomos de informações sobre programas adequados que reduzem as chances do início do consumo de drogas ou que retardam esse início.

Apesar da existência de diversos estudos científicos que avaliam o impacto, aceitabilidade e eficácia de diversos programas de prevenção, a transferência do conhecimento científico para a prática tem sido muito

limitada. Atualmente, podemos dividir os programas de prevenção em doze categorias, de acordo com a teoria central que alicerça sua estrutura, conforme detalhamos no Quadro 1.

Quadro 1 - Programas de prevenção: categorias e base teórica

Modelo	Base teórica
Informação	Oferece conhecimentos sobre as consequências de risco de usar drogas.
Tomada de decisões	Trabalha o processo para tomar decisões racionais sobre o consumo de drogas.
Compromisso	Trabalha a adoção de um compromisso pessoal de não usar drogas.
Clarificação de valores	Examina a relação entre os próprios valores e as consequências da conduta. Procura demonstrar que os valores pessoais sensatos são incompatíveis com o uso de drogas.
Estabelecimento de metas	Ensina habilidades para a situação e como ater-se aos objetivos, encorajando a adoção de uma orientação de sucesso.
Manejo do stress	Ensina habilidades de enfrentamento para conduzir situações de estresse, especialmente em situações psicologicamente difíceis.
Autoestima	Desenvolve sentimentos individuais de autoconfiança e valia.
Treinamento em habilidades de resistência	Treina para a resistência à pressão assertivamente e às influências dos colegas, irmãos, pais, adultos e meios de comunicação, para que consumam drogas.
Treinamento em habilidades para a vida	Desenvolve amplo conjunto de habilidades sociais e pessoais, incluindo habilidades de comunicação, de relações humanas, e para resolver conflitos interpessoais.
Crenças normativas	Estabelece normas conservadoras a respeito do uso, corrigindo as percepções errôneas da prevalência e acessibilidade às substâncias de abuso e estabelecendo normas conservadoras.

Assistência	Oferece intervenção terapêutica para enfrentamento dos problemas da vida.
Alternativas no tempo livre	Proporciona experiências em atividades extracurriculares que são incompatíveis com o uso de drogas.

Mas qual desses modelos é mais eficaz?

Em geral, os programas preventivos são pautados em apenas um desses princípios, o que os limita em sua capacidade de atingir a diferentes perfis psicossociais de alunos. As táticas de amedrontamento, palestras com informação científica sobre drogas e seus efeitos, a elevação da autoestima e a tomada de decisão responsável, quando aplicadas de forma isolada, não demonstraram ser particularmente eficazes na prevenção do álcool, do tabaco e de outras drogas. A mesma falta de eficácia é identificada em programas de treinamento para a resistência, base do tão disseminado programa *Drug Abuse Resistance Education* (DARE), desenvolvido nos Estados Unidos da América e que foi adaptado em outros países.

O ideal é mapear o perfil do grupo que receberá a intervenção e, assim, estruturar um programa que abarque o máximo possível de abordagens. O que importa é oferecer ao grupo um programa que tenha capacidade de mudar o comportamento de maneira contínua e que englobe diversos domínios de prevenção. Cabe lembrar que a prevenção será tanto mais eficaz quanto melhor planejada esteja e quanto mais agentes preventivos implicados no processo.

De acordo com os principais estudos sobre eficácia de programas de prevenção do uso de drogas, os programas alicerçados em habilidades de vida costumam mostrar melhores resultados, pois são embasados em conceitos de promoção de saúde.

Um programa potencialmente eficaz de prevenção deve:

- 1) permitir o amadurecimento emocional de crianças e de jovens;
- 2) estimular a conscientização da criança e do jovem no processo de tomada de decisões;
- 3) desenvolver valores que correspondam a uma vida saudável, tanto física quanto moralmente;
- 4) desenvolver a autonomia e a crítica;
- 5) proporcionar habilidades necessárias para manter relacionamentos saudáveis;
- 6) desenvolver a autoaceitação, trabalhando pela construção de uma autoimagem positiva e real, permitindo, assim, o desenvolvimento da autoestima.

Vale destacar que, de acordo com o *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), há princípios básicos que alicerçam os projetos eficazes de prevenção ao consumo de drogas, os quais elencamos a seguir.

1. Aprimorar os fatores de proteção dos alunos e reduzir os fatores de risco.
2. Ter como objetivo focar todas as formas de abuso de drogas, incluindo o consumo de tabaco e de álcool.
3. Incluir estratégias para resistir ao oferecimento de drogas e aumentar a competência social (exemplo: na comunicação e relação com os pares, autoeficácia e assertividade).
4. Quando dirigidos aos adolescentes, incluir métodos interativos, tais como grupos de discussão de colegas, e não apenas oferecer informação no modelo de “aulas expositivas”.
5. Incluir atividades com pais, gerando oportunidades para discutir na família o uso de drogas.

6. Ser de longo prazo (contínuo), com repetidas intervenções para reforçar as metas originais.
7. Os esforços de prevenção centrados na família têm maior impacto que as estratégias que se centram unicamente nos professores.
8. Quanto maior o nível de risco da população-alvo, o esforço preventivo deverá ser mais intensivo e começar antes.
9. Os programas de prevenção devem ser específicos para a idade dos sujeitos aos quais é dirigido e apropriado ao nível de desenvolvimento intelectual e emocional da população-alvo.
10. Trabalhar o ajuste familiar e treinar os pais no enfrentamento diário da educação dos filhos.

Alerta!

Não é por que um programa visa à prevenção do uso de drogas que ele efetivamente reduzirá o consumo! Em alguns casos, os programas são inócuos; e, em outros, são iatrogênicos, ou seja, o próprio programa estimula o uso de drogas.

A literatura científica apresenta diversos casos de iatrogenia em programas de prevenção. O mais famoso deles é o da *Life Education*, programa australiano escolar para prevenção do uso de drogas, que foi difundido no país inteiro antes de evidenciar eficácia. Quando foi adequadamente testado, mostrou que alunos que passaram pelo programa haviam consumido mais drogas do que aqueles que não haviam participado do programa.

O trabalho de prevenção em rede

A prevenção será tanto mais eficaz quanto mais setores sociais envolver em sua estrutura básica. Dentre os programas de prevenção recomendados pelo Escritório para Drogas e Crimes da Organização das

Conheça mais sobre o Programa #tamojunto no seguinte sítio: http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/0nu_20131113071829.pdf.

Nações Unidas (UNODC), o Ministério da Saúde elegeu recentemente o *Unplugged*, conhecido no Brasil como **#tamojunto**, para adaptar e implantar como política pública de prevenção do uso de drogas por meio do PSE. Tal ação é um exemplo de sucesso de intersetorialidade da prevenção.

O Programa *#tamojunto* é um instrumento utilizado para se trabalharem as relações sociais, habilidades de vida e prevenção do uso de drogas, sendo desenvolvido em doze aulas, as quais foram planejadas para serem aplicadas durante um ano escolar. Essas doze aulas têm por objetivo reduzir o número de adolescentes que experimentam drogas e/ou retardar a passagem do uso eventual ao consumo regular.

Além de trabalhar com os estudantes, o programa apresenta conteúdos direcionados aos pais, com o objetivo de complementar o conteúdo desenvolvido na escola. Em sua implantação brasileira, caracterizou-se como um programa intersetorial, pois integra a escola, o serviço de saúde, por intermédio da Unidade Básica de Saúde do bairro no qual a escola se localiza; e os pais, por meio de três reuniões presenciais de integração. Assim, professores mesclam suas funções preventivas com ações na família e com o suporte técnico do sistema de saúde, que oferece tratamento especializado para adolescentes e famílias necessitadas, identificadas durante o programa.

O *#tamojunto* teve sua efetividade comprovada por meio de estudos em oito países europeus: Bélgica, Alemanha, Espanha, Grécia, Itália, Áustria, Suécia e República Tcheca. A base desse programa é o Modelo de Influência Social Global, em que habilidades sociais, emocionais e pessoais são desenvolvidas, integrando elementos do cotidiano dos adolescentes de doze a quatorze anos – idade média do início do consumo de álcool, tabaco e maconha. Nesses estudos, adolescentes que receberam o *#tamojunto* apresentaram menores prevalências de embriaguez, uso diário e pesado de tabaco e uso na vida de maconha.

As habilidades para a vida trabalhadas nesse programa compreendem o desenvolvimento de pensamento crítico, a tomada de decisões, a solução de problemas, o pensamento criativo, a comunicação eficaz, a habilidade interpessoal, a autopercepção, a empatia e o manejo de emoções.

É importante destacarmos que esse programa está, ainda, sendo adaptado à cultura brasileira e sua eficácia avaliada em nosso contexto.

Resumo

Abordamos a prevenção do uso de drogas alicerçada na teoria da promoção de saúde, na qual a redução dos fatores de risco e o aumento dos fatores de proteção relacionados ao consumo de drogas, baseados no desenvolvimento de habilidades para a vida, fundamentam a construção de ações que visam à redução do consumo. Discutimos, também, a estrutura dos programas de prevenção eficazes e a necessidade de articulação intersetorial para a implementação de práticas de prevenção. Diferenciamos risco de vulnerabilidade. O primeiro se refere à probabilidade de um fator acontecer; e o segundo, ao conjunto de fatores que pode aumentar os riscos a que estamos expostos. Sobre os níveis de prevenção, vimos que eles podem ser categorizados conforme a classificação adotada. Há classificação que propõe níveis de acordo com o padrão de uso (primária, secundária e terciária) e outra que se baseia na diferenciação, tendo como base os níveis de risco da população-alvo (universal, seletiva e indicada). Observamos, ainda, que existem diferentes modelos pautados por distintos princípios teóricos. Modelos de prevenção que abarquem mais de um domínio de prevenção são mais eficazes, sendo que o trabalho envolvendo habilidades de vida é, hoje, considerado o que melhor se adequa à lógica da promoção de saúde e empoderamento dos jovens. Agora, você verá como deve ser feito o cuidado do usuário de drogas, com maior foco no tratamento.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde na escola. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: Portaria n.º 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. Série B – Textos

Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006. v. 7. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_sau-de_3ed.pdf. Acesso em: 26 maio 2014.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro (RJ), v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v. 15, n. 4, p. 701-710, out./dez.1999.

FAGGIANO, F.; VIGNA-TAGLIANTI, F. D.; VERSINO, E.; ZAMBON, A.; BORRACCINO, A.; LEMMA, P. School-based prevention for illicit drugs' use. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Hoboken, New Jersey (USA), v. 2, p. 83, abr. 2005.

FOXCROFT, D.R. Can prevention classification be improved by considering the function of prevention? **Prevention Science** [on-line], New York (USA), v. 15, n. 436, p. mar. 2014. Disponível em: <http://link.springer.com/search?query=foxcroft&facet-journal-id=11121&sortOrder=newestFirst&facet-content-type=Article#page-1>. Acesso em: 10 abr. 2014.

FOXCROFT, D. R.; TSERTSVADZE, A. Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: cochrane systematic reviews. **Perspectives in Public Health**, London (UK), v. 132, n. 3, p. 128-134, May 2012.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa (CAN): Government of Canada, 1974.

NATION, M.; CRUSTO, C.; WANDERSMAN, A.; KUMPFER, K. L.; SEYBOLT, D.; MORRISSEY-KANE, E.; DAVINO, K. What works in prevention principles of effective prevention program. **American Psychologist**, Washington, District of Columbia (USA), v. 58, n. 6-7, p. 449-456, jun./jul. 2003.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). **Preventing drug use among children and adolescent: a research-based guide**. 2. ed. Bethesda, Maryland (USA): NIH Publications, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa (CAN): OMS; OPAS, 1986. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 26 maio 2014.

_____. **Constituição da Organização Mundial da Saúde: documento base**. Genebra (SUI): WHO, 1946. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mun->

dial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html. Acesso em: 27 abr. 2014.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro (RJ), v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

TOBLER, N. Drug prevention programs can work: research findings. **Journal of Addictive Disease**, London (UK), v. 11, p. 1-28, 1992.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 635-667.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promoting schools: a framework for action**. Geneva (SUI): WHO, 2009.

Marcelo Santos Cruz

Médico, doutor em Psiquiatria, coordenador do PROJAD-IPUB/UFRJ, Vice-presidente da ABRAMD, Membro do Conselho Editorial Nacional do *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* e do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

CAPÍTULO

8

O cuidado ao usuário de drogas na perspectiva da atenção psicossocial

Marcelo Santos Cruz

O cuidado ao usuário de drogas na perspectiva da atenção psicossocial

Breve apresentação

No Capítulo 7, apresentamos a promoção da saúde e a prevenção ao uso de álcool e de outras drogas, assim como estratégias voltadas à promoção da saúde e à educação em saúde. No Capítulo atual, descrevemos as formas de cuidado em rede para pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e de outras drogas na perspectiva psicossocial. Ao final deste Capítulo, esperamos que você possa reconhecer os princípios que fundamentam, numa perspectiva psicossocial, o atendimento em rede das pessoas que usam substâncias psicoativas. Também terá subsídios para identificar os princípios das *Estratégias de Redução de Danos*, práticas e desafios em múltiplos contextos.

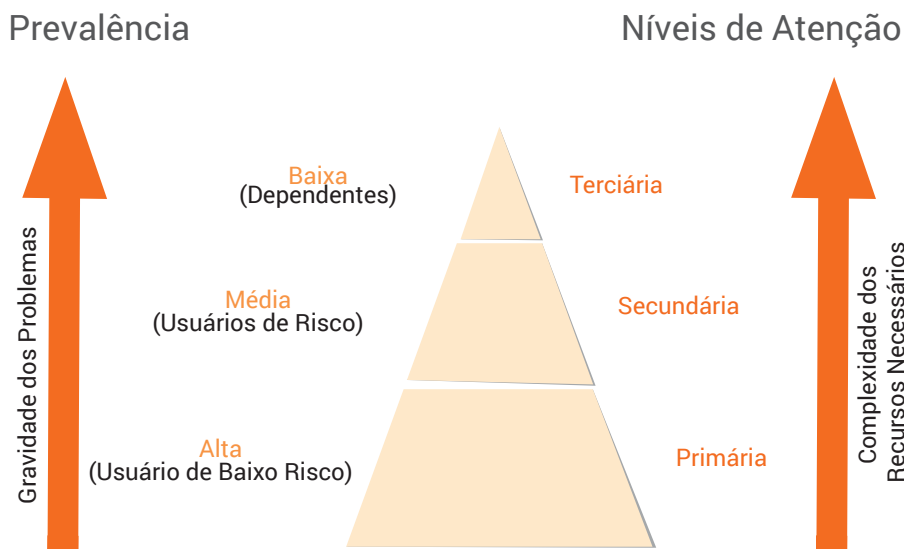
Princípios da abordagem integral

Um dos aspectos fundamentais para desenvolver ações dirigidas para as pessoas que usam álcool e outras drogas é considerar a sua diversidade. Embora muitas vezes possamos perceber que pessoas que têm graves problemas com drogas podem ter certas características e comportamentos semelhantes entre si, cada uma delas é diferente. Essa diversidade é ainda mais evidente quando consideramos

todas as pessoas que usam ou já usaram qualquer tipo de droga, de formas diferentes. Essas distintas formas de uso de álcool são um bom exemplo disso. Há pessoas que têm problemas gravíssimos com o álcool, não conseguem controlar esse uso e podem perder tudo, até a vida. Outras – a maioria – usam o álcool sem problemas; muitas, durante uma vida longa em que esse uso é apenas um elemento de celebração e sociabilidade. Notemos, todavia, que não apenas a forma de usar droga é diferente, mas também cada pessoa tem características biológicas distintas, uma história de vida que é só dela e vive em grupos de familiares, amigos, vizinhos, ou seja, em meios sociais e culturais diferentes. Mesmo as pessoas que são dependentes de uma substância, muitas vezes, têm formas de usar e trajetórias muito diferentes.

Desconhecer essa diversidade pode provocar visões equivocadas em que se generaliza uma experiência particular para o coletivo de todas as pessoas que usam drogas. Talvez seja esse um dos motivos para a existência de formas tão discordantes de compreender e propor ações para os problemas com as drogas. As experiências de quem (profissionais, familiares) convive com pessoas imersas em quadros graves de dependência de drogas são muito diferentes daquelas vivenciadas por pessoas que convivem socialmente ou que trabalham com quem faz uso não problemático delas. **Cada grupo conhece parte do problema e pode pensar que conhece o todo.** No esquema abaixo (Figura 1), mostramos uma representação da distribuição de pessoas da população de acordo com a gravidade dos problemas que elas apresentam.

Figura 1: Distribuição dos problemas relacionados ao uso de álcool e de outras drogas e a complexidade de recursos necessários.



Fonte: Elaborado pelo Autor, adaptado por NUTE-UFSC.

O que a figura anterior nos mostra é que a quantidade de pessoas que usa drogas (lícitas ou ilícitas) sem ou com poucos problemas é sempre maior do que a quantidade de pessoas que usa drogas com alguns riscos e problemas. Notemos, ainda, que o número de pessoas que usa drogas com grandes riscos e problemas e não consegue parar é ainda menor. Para compreender melhor, pense novamente nas pessoas que usam álcool sem problemas: estariam na parte de baixo da pirâmide; as que usam têm alguns problemas e controlam ou param de usar: estariam na parte média da pirâmide; e as que têm problemas graves e dependência: estariam na parte superior da pirâmide. Em vista disso, cabe destacar que os recursos de prevenção e tratamento devem ser disponibilizados de acordo com essa distribuição; ou seja, mais ações de prevenção para quem não tem problemas ou tem poucos problemas, e recursos mais complexos de tratamento para quem tem problemas mais graves.

Em resumo, cada pessoa que usa drogas é diferente das demais.

Este Capítulo vai apresentar, portanto, dois aspectos da atenção a usuários de drogas que levam em consideração a diversidade das pessoas que usam drogas: a rede de atenção e cuidados e as *Estratégias de Redução de Danos*.

O cuidado integral às pessoas que usam drogas

¹ Veremos a descrição da Rede de Atenção Psicossocial no Capítulo 12.

A política brasileira sobre drogas e a **rede**¹ em construção no Brasil contempla a diversidade das pessoas que usam drogas criando serviços diferentes. Assim, cada diferente tipo de serviço pode ser adequado para usuários distintos, ou para um mesmo usuário em momentos diferentes. Dessa forma, cada modalidade de serviço tem características próprias no que tange a objetivos, instalações, recursos terapêuticos, perfil de equipe profissional mínima, intensividade e duração do atendimento. É importante, por isso, que você conheça as características de cada tipo de serviço para que cada usuário(a) possa receber o atendimento adequado a ele(a) no momento oportuno.

² Você pode acessar as páginas dos Alcoólicos Anônimos e dos Narcóticos Anônimos, disponíveis em <http://www.alcoolicosanonimos.org.br/> e <http://www.na.org.br/>, respectivamente.

Além dos serviços da rede descritos no Capítulo 12, muitas pessoas que têm problemas com álcool ou outras drogas se beneficiam da frequência aos grupos anônimos ou de mútua ajuda, como os **Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA)**². Esses grupos reúnem pessoas que têm problemas em comum e se encontram para apoio mútuo e compartilhamento de experiências com a finalidade de modificar o comportamento que lhes traz problemas. Ademais, esses grupos têm como proposta o seguimento de Doze Passos para atingir a abstinência e propõem práticas pragmáticas de apoio recíproco, com ênfase na religiosidade. Desenvolvem, ainda, reuniões regulares – alguns grupos realizam várias reuniões diárias – e estão difundidos em cerca de seis mil grupos por todo o Brasil. Muitas pessoas que são atendidas nos serviços da rede de atenção a problemas com drogas frequentam, também, grupos de AA ou NA.

A construção do cuidado em rede

A construção do cuidado em rede não significa apenas construir e adaptar instalações físicas e capacitar profissionais, mas também articular os elementos da rede e coordenar as ações.

Além disso, o atendimento às pessoas que usam drogas deve ser feito na perspectiva da atenção psicossocial, sustentando-se sobre o tripé: acolhimento, vínculo e corresponsabilização, como condição para o cuidado.

O cuidado deve considerar a clínica ampliada e a construção de planos terapêuticos singulares e intersetoriais. A clínica ampliada visa não apenas ao sujeito e à doença, mas também à família e ao contexto social, tendo como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade.

▪ Acolhimento

O **acolhimento** é uma forma de atuação dos profissionais que recebem usuários desde a sua chegada a um serviço e que visa facilitar o estabelecimento de um vínculo terapêutico. Isso inclui, com efeito, aspectos objetivos e subjetivos. Dentre os aspectos objetivos, está a existência de espaço adequado e acolhedor, os horários disponíveis e as práticas de registro. O mais importante é que todas as atividades de acolhimento incluam, efetivamente, os aspectos subjetivos indispensáveis, como a disponibilidade dos profissionais e a escuta atenta e empática. Importa destacar que, por *empatia*, entendemos a capacidade de se colocar no lugar do outro e levar em consideração os seus sentimentos. No acolhimento, devemos escutar a pessoa que vem ao serviço sem julgá-la, ou seja, sem ter preconceitos morais, quer seja pelo fato de ser usuário(a) de drogas, quer seja por apresentar outros comportamentos. Ao acolher, os profissionais devem se preocupar em ouvir as demandas das pessoas que chegam. Além disso, devem propor caminhos que aliviem, na medida do possível e do necessário, os sofrimentos descritos, sempre privilegiando o oferecimento do

Acolhimento:

Segundo o *Glossário do Humaniza SUS*, o acolhimento é a recepção do usuário, o que requer ouvir suas queixas e demandas, responsabilizando-se por uma atenção que resolva suas preocupações na medida do possível e/ou articule com outros serviços para sua assistência quando necessário.

tratamento e da oportunidade de que o usuário fale de suas dificuldades e de suas necessidades.

Muitos usuários chegam aos serviços trazendo muito desespero e buscando soluções urgentes. As demandas frequentemente envolvem, por exemplo, múltiplos aspectos como o sofrimento físico e emocional, conflitos familiares, problemas e carências sociais, envolvimento com questões legais e outros. Faz-se necessário, por isso, que o acolhimento conte com equipe multiprofissional. Na avaliação das demandas, é fundamental definir quais as prioridades, pois acolher as demandas não significa que a equipe tem de tentar solucionar imediatamente todos os pedidos do usuário e da família. É importante que o usuário e seus familiares percebam que essas demandas são, efetivamente, levadas em consideração e que o serviço e seus profissionais constituem um espaço privilegiado para encontrar soluções. Importa, seguramente, deixar claro o que é oferecido pela instituição e o que não é. É primordial explicar os limites do serviço e dos profissionais desde o primeiro atendimento.

Durante o acolhimento, a execução das atividades objetivas não é dissociada de seu aspecto subjetivo. Assim, aspectos objetivos, como avaliar se aquele serviço é o mais adequado para atender aquele usuário, encaminhamentos para diferentes dispositivos dentro da instituição (intrainstitucionais) ou em outras instituições (interinstitucionais) e registro dos novos usuários, não devem ser feitos de forma impessoal. Ao contrário, essas atividades são realizadas por meio da escuta empática e cuidadosa. O acolhimento envolve, também, outras ações fundamentais, como acolher os familiares e definir o projeto terapêutico individualizado.

Quando realizado de forma cuidadosa e não impessoal, o acolhimento é o primeiro passo para a construção do vínculo terapêutico.

- Vínculo

Vínculo é uma forma de se relacionar por meio da qual ocorre a aproximação entre o usuário e o profissional (e a instituição). Esse vínculo é construído pela existência de objetivos comuns (por exemplo, a busca da saúde) em uma convivência de ajuda e respeito mútuos. Vincular-se é um processo que requer o desenvolvimento de confiança, compro-

misso e respeito ao longo do qual o usuário constrói a convicção de que pode contar com a atenção e empenho do profissional. Esse processo atua ou une por meio de uma ligação afetiva e ética a pessoa que usa o serviço e o profissional (e equipe e a instituição) que presta o serviço. Não significa, todavia, que o profissional vai se tornar “amigo” do usuário, mas que este percebe que pode contar com o interesse e empenho do profissional.

▪ Projeto Terapêutico Singular

Durante o acolhimento, a equipe e o usuário definem o projeto terapêutico singular. Nesse processo, há a necessidade de identificar as demandas do usuário e as indicações da equipe, pois nem sempre elas são idênticas. Por exemplo, um usuário com um grave quadro de dependência do álcool pode vir ao serviço pedindo uma medicação que o ajude a continuar bebendo da mesma forma sem ter complicações clínicas. A formulação do projeto terapêutico deve, então, passar por uma negociação entre usuário e equipe para se encontrar o caminho que seja viável; ou seja, a formulação de um projeto terapêutico envolve a **contratualidade**¹. A construção do projeto terapêutico implica, também, a ideia de **corresponsabilização**²; ou seja, o contrato do projeto terapêutico pressupõe que tanto o usuário quanto a equipe se propõem a cumprir cada um a sua parte. Em outras palavras, tanto o usuário quanto os profissionais têm responsabilidades pelo tratamento e seus resultados. Além disso, é importante que o projeto seja individualizado: ao invés de pacotes fixos dentro dos quais todos os usuários devem se encaixar, a equipe e o usuário devem encontrar um projeto que seja o melhor para aquela pessoa. Esse projeto pode incluir a utilização de vários recursos terapêuticos, como o atendimento médico e a prescrição de medicamentos, a psicoterapia individual ou em grupo, a frequência a oficinas terapêuticas, o atendimento de família, etc. Ademais, os projetos terapêuticos devem, em muitos casos, ser intersetoriais porque os problemas relacionados ao uso de álcool e de outras drogas não envolvem apenas aspectos da saúde. Muitas vezes, quando atendemos pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, há problemas sociais, com a escola e justiça, por exemplo. Esses setores também devem ser contatados para fazerem parte do projeto terapêutico.

¹ Contratualidade:

Contratualidade é estabelecer um contrato que seja possível de ser cumprido pelo usuário, que faça sentido para ele. Com usuários muito graves, contratos rígidos e com alta exigência podem levá-los a abandonar o tratamento.

² Corresponsabilização:

A corresponsabilização é o compartilhamento da responsabilidade no processo de busca da saúde. É saber que, embora o usuário e o profissional (e a equipe e instituição) tenham saberes e capacidades diferentes, ambos são responsáveis por ações necessárias para o melhor resultado do tratamento.

Caso 1

Joana tem 32 anos, é solteira e já teve muitas ocupações, como guardadora de carro e vendedora de balas nas ruas, e já trabalhou no tráfico. Joana usava crack e frequentava uma área de concentração de pessoas que usam crack na rua (chamada também de cracolândia). Após meses de contato com uma redutora de danos que atuava em um Consultório na Rua na área em que ela vivia, Joana passou a confiar na profissional e um dia pediu a ela que lhe indicasse um serviço que a ajudasse a parar de usar crack. Joana foi, então, encaminhada a um CAPS AD. Ao chegar ao acolhimento, ela contou sua história com muito sofrimento e pediu uma internação urgente. A assistente social (vamos chamá-la de Ceres) que fazia parte da equipe de acolhimento observou que Joana contara que havia se mudado recentemente para a casa da madrinha que era muito exigente, mas muito amorosa e gostava muito dela. Ceres propôs, então, que Joana experimentasse vir algumas vezes ao serviço antes de decidir pela internação. Diante da relutância de Joana que dizia temer não resistir e voltar para as ruas, Ceres propôs que Joana voltasse diariamente ao serviço e se ofereceu para apresentá-la pessoalmente ao seu médico, à terapeuta e à coordenadora de oficinas terapêuticas. Joana concordou em vir, mas disse que não queria vir todo dia, pois não teria paciência e nem dinheiro para a passagem. Ceres se dispôs a ajudá-la a conseguir um passe de gratuidade, mas reafirmou que era muito importante que Joana viesse diariamente. E assim foi feito.

Joana passou a frequentar o serviço diariamente. Não usou drogas nos primeiros dois meses. Depois de uma discussão com a madrinha, Joana teve uma recaída com o crack. Voltou ao serviço dias depois muito envergonhada e dizendo que “não valia nada, mesmo” e que ia voltar para as ruas. Só não tinha voltado para as ruas porque queria dizer isso antes para Ceres. Ceres atendeu Joana em uma longa consulta em que o contrato foi refeito. Dessa vez, seria oferecido o atendimento também para a madrinha.

As funções da internação para pessoas com problemas com drogas

A internação não deve, evidentemente, ser vista como recurso único e indispensável para o tratamento. Ao contrário, a maioria das pessoas com problemas relacionados às drogas não tem necessidade desse recurso. Além disso, há diferentes tipos de internação dependendo da sua indicação. Casos graves que não respondem ao tratamento sem internação são indicações possíveis para a internação. Dentre essas indicações, estão o tratamento de casos com complicações psiquiátricas (por exemplo, intensificação de quadro psicótico), clínicas (problemas físicos), por intoxicação ou abstinência. Também pode ser necessária a internação para pessoas que não estão conseguindo interromper o uso compulsivo de drogas e se colocam (ou colocam outras pessoas) frequentemente em risco de vida. É importante, por isso, ter claro o que se espera de cada internação, inclusive porque indicações diferentes de internação podem precisar de recursos, procedimentos e tempo de duração diferente. Por exemplo, uma pessoa com um agravamento de um quadro psicótico que se coloca, continuamente, em risco de vida pode precisar de internação em emergência psiquiátrica enquanto uma pessoa com grave comprometimento físico pode precisar de uma internação em hospital geral. Nos casos das pessoas que apresentam quadros graves de intoxicação ou abstinência, a internação pode ser em alguns diferentes tipos de serviço, como os setores de emergência geral, emergências psiquiátricas ou hospitais gerais. Em casos de intoxicação ou abstinência moderada, os CAPS AD III têm leitos onde esses usuários podem receber o tratamento adequado por alguns dias. As Unidades de Acolhimento (UA) foram criadas para atender os casos em que os usuários apresentam grande dificuldade de interromper o uso compulsivo, colocando-se frequentemente em risco de vida.

Em todos os casos, é necessário que a internação seja feita em ambiente apropriado, com recursos e profissionais treinados. Além disso, quando a internação é indicada, é importante saber que ela é apenas uma etapa do tratamento da dependência e não a sua totalidade; ou seja, a conti-

nuidade do tratamento já descrito nos diversos dispositivos da rede é indispensável após qualquer internação.

- Intersetorialidade

A necessidade da existência de uma rede de serviços distintos que atendem as pessoas que têm problemas com drogas é um reflexo da multiplicidade de dimensões dos problemas relacionados ao uso de drogas. Como as pessoas que usam álcool e outras drogas têm problemas que envolvem questões médicas, psicológicas, sociais, legais e outras, não é possível concentrar todos os recursos em um só tipo de serviço. Além disso, é importante que os diversos tipos de serviços estejam distribuídos pelo território, para que se localizem o mais próximo possível dos locais onde as pessoas moram, trabalham ou circulam.

Dessa forma, cada serviço oferece diferentes abordagens e atende a distintas necessidades das pessoas que têm problemas com drogas (ver o Capítulo 12). Assim, nenhum serviço consegue atender a todas as necessidades de todos os usuários e, frequentemente, um usuário de um serviço precisa utilizar recursos de outro serviço. É, por isso, muito importante que os serviços se relacionem e se articulem, ou seja, que estabeleçam contatos e parcerias.

Para isso, faz-se necessário conhecer a rede; estabelecer contatos pessoais; saber o tipo de atendimento que cada serviço oferece; limites de idade, sexo, etc.; qual é o horário de atendimento, da chegada e a forma de encaminhamento. Visitar os serviços da rede é uma boa forma de ter, por conseguinte, essas informações e estabelecer, também, contatos pessoais entre as equipes.

Na relação entre os serviços, é muito potente a lógica do matriciamento. A necessidade do matriciamento decorre do fato de que cada serviço não possui recursos para cuidar de todas as necessidades inerentes a todos os casos. Ademais, em cada serviço, os profissionais não têm o conhecimento e a experiência para cuidar de todos os aspectos de cada caso. Cabe registrar, no entanto, que os profissionais de um serviço que tenham mais experiência com determinado aspecto podem dar suporte aos de outro serviço com menos experiência. Com isso, evita-se que o

usuário tenha de ser atendido em múltiplos serviços. Por exemplo, um usuário psicótico que esteja bem vinculado a um CAPS geral não necessita ser atendido também em um CAPS AD apenas porque usa drogas. Os profissionais do CAPS geral podem, nesse contexto, discutir o caso com os profissionais do CAPS AD para que estes sugiram estratégias para a abordagem do problema com drogas. Nesse exemplo, a discussão do caso pelos profissionais do CAPS AD e pelos do CAPS geral constitui uma prática de matriciamento.



Saiba Mais

Mais informações sobre o matriciamento podem ser acessadas no texto “O vínculo necessário entre a Saúde Mental e o PSF na construção da Rede de Atenção Integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas”, disponível no sítio <http://pt.scribd.com/doc/219911811/Supera3-Modulo6-Cap04-Revisao-Marcelo>.

Um bom exemplo de uma forma de estabelecer parcerias e articulação entre os serviços é a experiência do Fórum AD do Rio de Janeiro. É uma reunião mensal em que participam profissionais de quaisquer serviços que atendem usuários de drogas no estado do Rio de Janeiro. As reuniões contam com profissionais de CAPS AD, CAPSi, CAPS gerais, hospitais gerais e psiquiátricos, serviços da assistência social, como os CREAS e CRAS, Conselho Tutelar, etc. Além disso, muitas vezes profissionais da justiça, como os promotores, participam do Fórum AD. Geralmente, são discutidos casos que são atendidos por vários serviços. A discussão desses casos ajuda a articular a rede e estabelecer contatos.

Caso 2

João tem 28 anos, nunca trabalhou e, desde o final da adolescência, apresenta sintomas psicóticos, como sentir-se perseguido e ouvir vozes. Além disso, João usava cocaína, álcool e maconha abusivamente. Ele já tinha tido várias internações psiquiátricas quando iniciou seu atendimento no CAPS AD. Após alguns meses vindo regularmente ao atendimento médico, psicoterapia e oficinas terapêuticas, João passou a falar com grande apreen-

são da sua situação familiar. Ele morava com a mãe que trabalha muito, além de cuidar de outra filha que também tem problemas mentais. A mãe exigia que João começasse a trabalhar e ele sentia muito ciúmes da irmã, pois achava que a mãe só cuidava dela. Após repetidas discussões familiares, a mãe colocou João para fora de casa e ele passou a dormir na rua. Ele voltou, então, a usar drogas, interrompeu a medicação e teve grande agravamento de seu quadro psicótico, passando a se colocar continuamente em risco de vida. João foi encaminhado para internação, mas sua mãe não ia visitá-lo. A assistente social e uma psicóloga do CAPS AD fizeram duas visitas domiciliares e conseguiram negociar com a mãe que ela alugasse um quarto para ele após a alta. João foi encaminhado ao CREAS da região de sua moradia para que tirasse seus documentos. Os profissionais do CREAS vieram ao CAPS AD discutir o caso (matriciamento) e, da discussão, foi proposto que ele iniciasse um curso profissionalizante. Além de frequentar o curso e mudar-se para o quarto alugado, João mantém o tratamento no CAPS AD e o contato quase diário com a mãe.

Em resumo, há uma multiplicidade de recursos sociais e de saúde articulados em rede que podem contribuir muito em atividades de promoção, prevenção, tratamento e reinserção social para pessoas que usam álcool e outras drogas. Como os princípios das *Estratégias de Redução de Danos* estão entre os fundamentos das ações de assistência e prevenção em curso no Brasil, na parte seguinte deste Capítulo abordaremos esse tema.

▶ **Redução de Danos**

O que são as Estratégias de Redução de Danos?

Redução de Danos (RD) se constitui num conjunto de princípios e ações para a abordagem dos problemas relacionados ao uso de drogas, que é utilizado internacionalmente e apoiado pelas instituições formuladoras da política sobre drogas no Brasil, como a Secretaria Nacional de Política sobre as Drogas (SENAD) e o Ministério da Saúde.

Esses princípios e ações configuram uma estratégia de abordagem dos problemas com as drogas que não pressupõe que deve haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas, seja no âmbito da sociedade, seja no caso de cada sujeito; seu foco incide, evidentemente, na formulação de práticas que diminuem os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais com que convivem.

Embora, estejamos acostumados a relacionar a proibição à periculosidade oferecida pelas distintas substâncias, o que define quais drogas são legais e quais as ilegais não é a ausência ou presença de riscos. Por exemplo, drogas que são, em nossa sociedade, lícitas podem ter grande potencial de dano. Álcool, nicotina, opioides (como a *morfina, a codeína e a meperidina*¹) e *benzodiazepínicos*² (ver o Capítulo 3 – Classificação de Substâncias) são drogas lícitas, que têm sua produção, distribuição e consumo regulados por leis, mas podem provocar dependência e morte.

Os princípios das *Estratégias de Redução de Danos*

Na década de 1980, na Holanda, usuários de drogas injetáveis exigiram do governo a disponibilização de serviços que diminuíssem seus riscos de contaminação com o vírus da hepatite B. Posteriormente, a preocupação com o risco de contaminação com a AIDS deu grande impulso à implementação das atividades de *Redução de Danos*.

As práticas de *Redução de Danos*, surgidas como uma alternativa para as estratégias proibicionistas do tipo “Guerra às Drogas”, baseiam-se em princípios de *pragmatismo*, tolerância e compreensão da diversidade. São pragmáticas porque compreendem ser imprescindível continuar oferecendo serviços de saúde, visando principalmente à preservação da vida, para todas as pessoas que têm problemas com álcool e outras drogas, incluindo aquelas que continuam usando-as após tratamento. Mesmo que se compreenda que, para muitas pessoas, o ideal seria que não usassem mais drogas, sabemos que isso pode ser muito difícil, demorado ou inalcançável. É, portanto, necessário oferecer serviços, inclusive para aquelas pessoas que não querem ou não

¹ Morfina, codeína e meperidina:

São medicações para o tratamento da dor.

² Benzodiazepínicos:

Benzodiazepínicos incluem diferentes tipos de medicações usadas, principalmente, no tratamento da ansiedade e da insônia.

Pragmatismo:

Pragmatismo é uma postura que privilegia as consequências práticas das ações.

conseguem interromper o uso dessas substâncias. O oferecimento desses serviços pode evitar que se exponham a situações de risco e viabilizar sua aproximação das instituições, abrindo a possibilidade de que peçam ajuda posteriormente. A *Estratégia de Redução de Danos* é tolerante, pois evita a compreensão moral sobre os comportamentos relacionados ao uso de substâncias e às práticas sexuais, evitando intervenções autoritárias e preconceituosas. A diversidade é contemplada ao compreender que cada sujeito estabelece uma relação particular com as substâncias e que a utilização de abordagens padronizadas como pacotes prontos e impostos para todos é ineficaz e excludente – especialmente porque muitos serviços que trabalham com a lógica da exigência da abstinência excluem usuários que não querem ou não conseguem se manter abstinentes.

Redução de Danos como estratégia de prevenção

Com a prática das *Estratégias de Redução de Danos* na década de 1980, visando à diminuição do risco de contaminação com o vírus da hepatite B, iniciou-se a troca de seringas usadas por outras descartáveis e a distribuição de preservativos. Com o surgimento da AIDS, essas ações foram incrementadas em inúmeras cidades e países, difundindo as *Estratégias de Redução de Danos* como práticas de prevenção. Posteriormente, outras práticas de risco se tornaram foco de ações de *Redução de Danos*, incluindo os problemas com drogas não injetáveis, como é o caso do crack nos dias de hoje.

Redução de Risco – Alguns autores usam as expressões *Redução de Danos* e *Redução de Riscos* com o mesmo significado. Outros distinguem *Risco* como a possibilidade de que determinado evento ocorra e *Dano* como o evento em si. Nesse caso, o uso de cinto de segurança por motoristas de automóveis e do capacete por motociclistas seriam formas de *Redução de Riscos*.

Estratégias de Redução de Danos para usuários de drogas injetáveis incluem a troca de seringas usadas por seringas estéreis e descartáveis, a distribuição de preservativos e informações sobre serviços de saúde para a realização de exames e de tratamento para problemas clínicos e para a dependência de drogas. Assim, a atividade de troca de

seringas não é um fim em si mesmo, mas um serviço oferecido junto a muitos outros, que tem o objetivo geral de preservação da saúde.

Segundo o *Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde*, o número de casos notificados de AIDS entre maiores de 13 anos, que teve como categoria de exposição o uso de drogas injetáveis, caiu de 4.092 (29,5% do total), em 1993, para 225 (5% do total) em 2013. Em cidades brasileiras, também se observou que as *Estratégias de Redução de Danos* são eficientes em diminuir danos e riscos de contágio com os vírus da hepatite B e C, diminuir a frequência do uso injetável e o compartilhamento de seringas, e aumentar o uso de preservativos.

Com a ampliação e disseminação dos princípios e das práticas de *Redução de Danos*, esta abordagem se expandiu de ações dirigidas para a prevenção para as atividades assistenciais. Nesse caso, passou-se a falar em tratamento que se baseia em *Redução de Danos* como aquele em que a abstinência pode ser uma meta em muitos casos, mas não é uma exigência ou condição para oferecer tratamento.

Redução de Danos como estratégia de tratamento

No tratamento fundamentado em *Redução de Danos*, a definição de seu objetivo, metas intermediárias e procedimentos são discutidos com o usuário e não impostos. A interrupção do uso de álcool e de outras drogas quase sempre é um dos objetivos, mas outros avanços são valorizados, como evitar colocar-se em risco, melhorar o relacionamento familiar e recuperar a atividade profissional. Assim, sucesso de tratamento não é avaliado apenas pelo critério de parar ou não de usar drogas. Muitas outras dimensões da vida – relacionamento familiar e no trabalho/escola, condições clínicas e psíquicas, relações com a lei, e outros fatores – são usadas também para a avaliação do resultado do tratamento. A participação do usuário nas escolhas das metas e etapas do tratamento valoriza e aumenta a sua motivação e engajamento.

O tratamento que tem a *Redução de Danos* como estratégia não se prende ao consumo da substância como foco. No que se refere ao uso da droga, é comum que diminuições, interrupções e recaídas ocorram, mas, com o estabelecimento do vínculo terapêutico e a implicação (ou engajamento) do usuário no tratamento, as mudanças vão se tornando mais sólidas e consistentes. A evolução flutuante - com avanços e recuos, paradas e recaídas - também ocorrem no tratamento com exigência de abstinência. Uma das diferenças é que, com a *Estratégia de Redução de Danos*, não ocorre a exclusão daqueles que não querem ou não conseguem interromper o uso da substância.

A troca de uma droga por outra que diminua riscos e danos também é um exemplo de uma prática de *Redução de Danos*. É o caso do uso de benzodiazepínicos (BZD), como o clordiazepóxido ou o diazepam no tratamento da abstinência alcoólica, rotina nos serviços médicos no Brasil e no exterior. Muitas pessoas com problemas com o álcool podem interromper esse uso sem precisar utilizar uma medicação, mas em muitos casos, principalmente nos casos mais graves, a substituição pelo BZD pode ser necessária. Com a terapia de substituição, a interrupção do uso de drogas pode ser um objetivo a ser alcançado mais adiante.

▶ Experiências inovadoras de *Redução de Danos*

Na rua *East Hastings*, no Centro de Vancouver, no Canadá, o governo local – em parceria com organizações não governamentais – implantou um projeto de recuperação da área e de cuidado a seus habitantes. Nessa área, até há alguns anos aglomeravam-se dependentes de heroína, vivendo na rua em condições que lembrava as áreas de concentração de usuários de crack. Em 2008, foram iniciadas ações de *Redução de Danos* que incluem oferecimento de habitação, assistência social, alimentação, cuidados de higiene e saúde, treinamento profissional e oferta de trabalho. No local, há múltiplos serviços para os usuários, incluindo o oferecimento de substituição da heroína por metadona. Há também uma sala de uso seguro e, no mesmo prédio, dois andares com serviços de internação para tratamento de dependência. Na sala de uso seguro, usuários podem usar a droga em ambiente seguro e sob a supervisão de enfermagem. Essas inovações

permitiram o reerguimento da área e das condições sociais, de saúde e dignidade dos usuários. Nessa área, já em 2013, florescia o comércio tradicional em meio aos serviços para os usuários de drogas e, por suas ruas, esses usuários e os consumidores não usuários transitam e convivem cotidianamente. Evidentemente, o exemplo não pode ser trazido de forma idêntica para nossa realidade, pois há muitas diferenças sociais e culturais, a começar pelo tipo de droga mais problemática.

Para ver *East Hastings* depois do projeto, acesse: <http://www.youtube.com/watch?v=zLpWFhHKiV4>.

Tratamento compulsório ou involuntário e exigência de abstinência

Como contraste entre a abordagem de *Redução de Danos*, encontramos as situações em que o tratamento é forçado, seja ele compulsório, seja involuntário. Tratamento compulsório é quando é imposto pela Justiça, e tratamento involuntário é quando tem uma indicação médica, por exemplo, em caso de risco de vida imediato. Quando o tratamento (sob internação ou ambulatorial) é forçado (compulsório ou involuntário), os usuários frequentemente assumem uma atitude de oposição – ora mais, ora menos – passiva ao tratamento; ou seja, os usuários não se engajam “de coração” no tratamento, apenas cumprindo burocraticamente o que lhes é imposto (oposição passiva). Ou em franca oposição, não participam do que lhes é proposto, em uma atitude de desafio ao serviço e aos técnicos. Ao final do tratamento realizado contra a vontade do usuário, muitas vezes, ele não modifica sua disposição para voltar a usar drogas.

Há um evidente paralelo entre as políticas de guerra às drogas, que adotam a visão de uma sociedade homogênea e totalmente sem drogas, e a linha da abstinência total como única forma de tratamento, que trata todos os sujeitos da mesma maneira não reconhecendo que nem todos têm problemas com o uso de drogas. As duas abordagens – uma para o coletivo, impondo uma “sociedade livre de drogas”, e outra para os sujeitos, pela exigência de abstinência para cada sujeito – desconhecem a diversidade das pessoas que usam drogas.

Os melhores resultados ocorrem quando os usuários estão fortemente motivados para tratamento. Isso significa que os usuários se encontram francamente dispostos não apenas para participar dos vários procedimentos terapêuticos propostos, mas também para mudanças psíquicas e comportamentais. Ao invés de perceber o tratamento como algo imposto por outro, o sujeito passa a percebê-lo como uma ferramenta sua para encontrar formas mais satisfatórias de viver. As mudanças no comportamento são, por conseguinte, consequências dessas mudanças psíquicas, da melhora do bem-estar emocional e também, mas não somente, da interrupção do uso de drogas.

As equipes experientes no tratamento de dependentes de drogas sabem, no entanto, que a plena implicação do sujeito com o seu tratamento, em geral, não é a regra do que ocorre com os que iniciam um tratamento, nem se produz imediatamente. Esse é um dos motivos pelos quais aprendemos que não podemos ter uma atitude passiva e ficar esperando que o usuário decida se tratar. Assim, as posturas extremas, como impor o tratamento, exigir abstinência e todas as mudanças de conduta ou, por outro lado, simplesmente aguardar que cada usuário tome todas as decisões, são igualmente equivocadas e improdutivas. Então, como sair desse impasse?

Para responder a essa pergunta, estudiosos de diferentes linhas teóricas da Psicologia e de outras disciplinas têm se dedicado a investigar e a propor técnicas para ajudar os usuários que não estão plenamente motivados (ou implicados) para o tratamento a se aproximarem desse estágio.

Desafios

Ainda existem grandes desafios para que os problemas com as drogas encontrem soluções mais satisfatórias. Dentre esses desafios, está a situação em que o sujeito, por conta do seu envolvimento com drogas, está colocando sua vida em risco ou oferecendo risco de vida para os demais e, apesar disso, não percebe a necessidade ou não aceita a necessidade do tratamento. Nessa situação, é importante diferenciar o que é um risco imediato, concreto e grave e o que é um risco suposto, em longo prazo ou menos provável. Por exemplo, pessoas que fumam cigarro de tabaco estão se expondo a um risco de vida em longo prazo. Não se cogita, no entanto, tratamento compulsório para fumantes. Por outro lado, um jovem que usa uma droga e se coloca continuamente em risco, sem perceber a necessidade de tratamento, pode precisar receber alguma forma de controle externo para preservação da sua vida ou dos demais. De uma forma geral, seus entes mais próximos (familiares, amigos, colegas ou chefia de trabalho) podem ajudá-los a restabelecer seu controle da vontade e, para isso, precisam exercer alguma pressão, constituindo um controle externo provisório. Em casos mais graves, ou quando os familiares não conseguem funcionar como essa instância de controle externo, a intervenção dos profissionais da Saúde pode ser necessária. Atualmente, profissionais e entidades da Justiça se capacitam compreendendo a questão das drogas por sua vertente social e de saúde para desenvolverem parcerias com outros profissionais e serviços. Temos, contudo, de considerar a complexidade das questões e a particularidade da situação diversa de cada um dos envolvidos. O que pode funcionar muito bem para um pode ter, evidentemente, resultados desastrosos para outro.

Resumo

Neste Capítulo, você teve acesso a informações que lhe permitem compreender a relevância da diversidade das pessoas que usam drogas e a necessidade de serviços com características diferentes articulados em rede para atendê-las. Também conheceu as *Estratégias de Redução de Danos*, sua potencialidade como prática inclusiva e seus desafios em múltiplos contextos, podendo desenvolver um julgamento crítico sobre essas estratégias. As informações deste Capítulo vão, com efeito, ajudá-lo(a) a entender o próximo Capítulo, no qual abordaremos o trabalho comunitário com usuários de drogas a partir da perspectiva da construção de redes de apoio, cuidado e proteção.

Referências

ANDRADE, T. M. Redução de danos, um novo paradigma? In: BRASIL. Ministério da Saúde. União Europeia. **Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas**. Paris: Editions Scientifiques ACO-DESS, 2002. p. 83-86.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php. Acesso em: 20 fev. 2014.

_____. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 24 fev. 2014.

_____. Portaria n.º 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Álcool, Crack e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), s.1, p. 45, 27 jan. 2011.

_____. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O HumanizaSUS na atenção**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Boletim Epidemiológico: Aids e DST**, Brasília (DF), ano II, n. 1, dez. 2013.

_____. HumanizaSUS. Acolhimento. **Glossário**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/92>. Acesso em: 16 de fev. 2014.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Observatório sobre Drogas. **Comunidades Terapêuticas**. Brasília (DF): SENAD, 2014b. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/comunidades-terapeuticas.html>. Acesso em: 16 fev. 2014.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Centro de Referência Especializado de Assistência Social**. Guia de orientação n.º 1. Brasília (DF): MDS. Disponível em: http://observatorio03.files.wordpress.com/2009/12/guia_creas11.pdf. Acesso em: 18 de fev. de 2014.

_____. **Orientações sobre o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua e Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.** Brasília (DF): MDS, 2011. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/pse-protecao-social-especial/populacao-de-rua/perguntas-e-respostas-centro-pop-rua.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2014.

CRUZ, M. S. Considerações sobre possíveis razões para resistência às estratégias de redução de danos. In: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. (Orgs.). **Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis.** Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 13-24.

_____. A rede de assistência a pessoas com problemas com álcool e outras drogas. In: SEIBEL, S. (Org.). **Dependência de droga.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

KESSLER, F. H. P.; FALLER, S.; FORMIGONI, M. L.; CRUZ, M. S.; BRASILIANO, S.; STOLF, A. R.; PECHANISKY, F. Avaliação multidimensional do usuário de drogas e a escala de gravidade de dependência. **Rev. Psiquiatr. Rio Grande do Sul**, Porto Alegre (RS), v. 32, n. 2, p. 48-56, 2010.

LIMA, R. C. C. **A história da droga e de seu proibicionismo: relações Brasil-EUA e os organismos internacionais.** Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social da UFRJ, Rio de Janeiro, 2009.

MESQUITA, F.; BUENO, R.; KRAL, A.; REINGOLD, A.; LOPES, G.; HADDAD, I.; PICONEZ, D.; SANCHES, M.; ARAUJO, P. J.; BUCHALLA, C. M. AIDS entre usuários de drogas injetáveis na região metropolitana de Santos, na década de 1990. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 11-48.

MILLER, W.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional: preparando as pessoas para mudança de comportamento.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

RODRIGUES, T. Narcotráfico: um esboço histórico. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (Orgs.). **Álcool e drogas na história do Brasil.** São Paulo: EdPUC/Minas, 2005.

Marcos Roberto Vieira Garcia

Graduado em Psicologia (USP), mestre e doutor em Psicologia Social (USP), professor da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR) – Campus Sorocaba–, e coordenador do Centro de Referência em Educação na Atenção ao Usuário de Drogas da região de Sorocaba (CRR-UFSCar-Sorocaba)

CAPÍTULO

9

O trabalho comunitário e a construção de redes de cuidado e proteção

Marcos Roberto Vieira Garcia

O trabalho comunitário e a construção de redes de cuidado e proteção

Breve apresentação

No oitavo Capítulo, apresentamos a perspectiva da atenção ao usuário sob o ponto de vista psicossocial e a atenção integral à saúde. Neste Capítulo, discutiremos o trabalho comunitário com usuários de drogas a partir da perspectiva da construção de redes de apoio, cuidado e proteção. Ao final deste Capítulo, pretendemos que o aluno compreenda a importância do trabalho comunitário e da participação social, incluindo aí seus desafios e possibilidades, e reconheça os elementos necessários para a construção de redes de prevenção ao uso de drogas, cuidado e proteção ao usuário na comunidade.

Conceito de rede e sua construção

Uma conhecida canção brasileira, *O sal da terra*¹, afirma, em um dos seus versos, que “um mais um é sempre mais que dois”. Esse verso sintetiza alguns elementos importantes para refletirmos sobre as maneiras como as pessoas se relacionam entre si. *Algumas teorias*², há quase cem anos, já demonstraram claramente que, ao falarmos de um coletivo de qualquer

¹ A canção *O sal da terra*, de autoria de Beto Guedes, está disponível no seguinte sítio da internet: <https://www.youtube.com/watch?v=Kiok-OT2WHf4>.

² Várias teorias buscam analisar as redes sociais, ainda que não utilizem esse termo. Moreno e Lewin são autores clássicos sobre o tema das relações entre pessoas e grupos e suas principais obras estão listadas ao final deste Capítulo.

tamanho, como é o caso de uma cidade, um bairro, uma comunidade, um grupo, ou mesmo uma família ou um casal, esse coletivo não pode ser descrito apenas a partir de cada uma das pessoas que o compõem. Isso porque as pessoas, ao interagirem entre si, influenciam-se mutuamente e, mais do que isso, produzem novas formas de estarem no mundo, as quais não existiam antes. As situações de interação entre pessoas, de qualquer tipo, frequentemente mobilizam novas maneiras de nos comportarmos, pensarmos e relacionarmos-nos uns com os outros.

O conceito de rede surgiu nas Ciências Humanas a partir da constatação de que “um mais um é sempre mais que dois” não somente ao pensarmos na relação que as pessoas têm entre si, mas também naquela estabelecida entre grupos e entre instituições. Assim como as pessoas se influenciam mutuamente, criando novas realidades, as quais denominamos rede, os grupos também o fazem: ao interagirem entre si, modificam-se e são transformados. Quando analisamos a relação estabelecida entre instituições, o mesmo fenômeno acontece: uma instituição, por mais que seja “fechada” em si mesma, está em relação com outras, que a influenciam e são por ela influenciadas, criando uma realidade maior, que também se configura como uma rede.

O conceito de rede, portanto, supõe o entendimento de que qualquer situação coletiva deve ser vista como uma totalidade, e não a partir somente dos elementos que a compõem de forma isolada.

Estamos inevitavelmente ligados em rede a outras pessoas e instituições. Na metáfora da rede, somos os “nós”, que se articulam aos outros por meio de “laços”, que podem ser em maior ou menor quantidade, mais fortes ou mais fracos, mas sempre existem. Nosso trabalho, portanto, tem maior eficiência se considerarmos a forma como ele afeta e é afetado pela relação que temos com as pessoas e instituições que formam nossa rede. Trabalhar de forma isolada, mesmo com a melhor das boas intenções e esforços, é insuficiente para uma ação, de fato, transformadora.

Por esse motivo, ao pensarmos em rede, o mais apropriado é nos referirmos sempre à necessidade de “formar laços” ou “aprimorar a rede” do

que criá-la, já que ela sempre existe, ainda que esteja muitas vezes desarticulada. Esta percepção vem sendo quase unânime entre os setores governamentais que trabalham na atenção aos usuários de drogas, em seus respectivos campos: a de que existem muitas pessoas e instituições preocupadas com a questão das drogas em seus diversos aspectos, mas que a rede que formam entre si precisa ser aprimorada, para que o próprio funcionamento das instituições também o seja; ou seja, não dá mais para cada um fazer apenas o seu trabalho no seu canto, do seu jeito, pois isso acaba sendo ineficiente em um contexto mais amplo.

Muitas vezes, ao pensarmos sobre a necessidade de aprimorar uma rede, como no caso da rede de atenção a usuários problemáticos de álcool e outras drogas, imediatamente imaginamos que essa rede funcionaria melhor com a criação de novas instituições, novos “nós” a serem a ela acrescentados. Embora isso frequentemente seja necessário, por si só não garantirá o bom funcionamento das redes, se não houver o fortalecimento dos laços que as sustentam. Para aprimorar qualquer rede, portanto, há alguns elementos que são necessários e discutidos amplamente nas teorias que investigam seu funcionamento, os quais podem ser aqui elencados.

Incentivo às relações e lideranças democráticas nas redes

É comum, nas redes das quais fazemos parte, que pessoas – muitas vezes na posição de líderes – tentem impor as formas e maneiras pelas quais essas redes devam funcionar. Embora as relações desse tipo, as quais chamamos autocráticas, sejam produtivas em curto prazo (por exemplo: imaginem um chefe exigindo o cumprimento de uma meta de trabalho por parte de um funcionário, ameaçando-o demiti-lo, caso não o faça), a médio e longo prazo geram uma profunda insatisfação nas pessoas que fazem parte dessa rede, gerando aumento da tensão entre as pessoas, aumento da agressividade e sensação de mal-estar por fazerem parte dela.

As teorias que refletem sobre a atuação comunitária também mostram isso de uma forma clara. Em resposta às críticas ao *assistencialismo* – que foca na tentativa de solução de problemas de uma comunidade em curto prazo, gerando as consequências de acomodação amplamente des-

Assistencialismo:

Refere-se ao conceito e à prática de organizar e prestar assistência a membros ou camadas mais carentes de uma sociedade, ao invés de atuar para a eliminação das causas de sua carência.

critas –, muitas ações passaram a focar nas ações em longo prazo. Tais ações, porém, pouco dialogavam com a comunidade em que ocorriam, reproduzindo um modelo de intervenção “de cima para baixo”, gerando insatisfação e sendo pouco efetivas exatamente por não dialogarem com a comunidade atendida. Na tentativa de superar o modelo assistencialista de “dar o peixe” e o modelo verticalizado do “ensinar a pescar”, muitas pro-

As estratégias de redução de danos utilizadas em vários campos da saúde, como a do uso problemático de drogas, evidenciam essa compreensão da necessidade de uma relação horizontalizada com aqueles a quem as estratégias se direcionam. A tentativa de impor um modelo baseado na abstinência (de cima para baixo) a quem não deseja deixar de usar drogas é ineficiente e gera um afastamento das pessoas a quem se quer atender.

postas surgiram a partir de perspectivas mais críticas, tendo em comum a tentativa de estabelecimento de uma relação horizontal com a comunidade, sem que haja a presunção de que se “sabe” o que é melhor para o outro de antemão. Parafraseando o ditado popular, esse modelo corresponderia a algo como “descobrir junto com a comunidade se pescar é a melhor estratégia e qual é o melhor jeito de fazê-la”.

Aprimoramento dos canais de comunicação nas redes

O conhecido termo “panela”, utilizado para descrever subgrupos fechados dentro de um grupo maior, evidencia esse tipo de situação. Um grupo com muitas “panelas” é um grupo que não se comunica adequadamente, e essa falta de comunicação gera tensão, que, por sua vez, gera um aumento de conflitos dentro do grupo, prejudicando a todos coletivamente. Por vezes, esse tipo de funcionamento gera o fenômeno do “bode expiatório”, pelo qual a agressividade grupal se volta contra uma pessoa ou subgrupo dentro de um grupo maior.

A comunicação direta é indispensável para que os conflitos de qualquer tipo sejam resolvidos. Não conversar faz com que os conflitos continuem existindo, gerando um aumento de tensão na rede, o que é bastante desagregador, pois isso gera um aumento da hostilidade e faz com que os grupos fiquem cada vez mais fechados em si mesmos.

Deve-se prestar especial atenção às barreiras de comunicação, ou seja, ao fato de que, muitas vezes, duas pessoas, dois grupos ou duas instituições

não se comunicarem entre si quando necessário. A barreira de comunicação gera formas clandestinas de comunicação (como a fofoca), as

quais são prejudiciais ao bom funcionamento da rede. Por esse motivo, o incentivo ao desenvolvimento de canais formais de comunicação, reais ou virtuais (como é o caso da utilização de grupos de *e-mails*, redes sociais e outros) é bastante produtivo para seu melhor funcionamento.

Fortalecimento da coesão das redes

A coesão se refere ao quanto as pessoas gostam de fazer parte de um coletivo, sentindo-se parte dele. Um grupo “unido”, portanto, é um grupo que pode ser descrito como bastante coeso. Os elementos descritos anteriormente (a existência de relações democráticas e de canais de comunicação eficientes) por si só já contribuem para uma maior coesão das redes.

A coesão é fruto de uma série de fatores difíceis de serem controlados em uma intervenção com vistas ao aprimoramento de uma rede, já que o “gostar” de alguém é também relativo à história de vida prévia de cada um. Assim, atividades que favoreçam a integração são sempre bem-vindas nesse sentido. Por isso, é importante que os momentos de encontro entre os integrantes de uma rede não sejam apenas formais, mas contemplem momentos informais que estimulem a interação entre todos, o que pode gerar um aumento da coesão. Pequenas estratégias, como lanches coletivos em meio a reuniões de trabalho, por exemplo, podem ser bastante produtivas nesse sentido. No caso de pessoas que trabalham em instituições diferentes, é importante que os momentos de encontro coletivos também não sejam só formais e possibilitem que as pessoas se apresentem e falem um pouco de si e do que fazem fora do ambiente de trabalho. Os grupos em redes sociais também são uma excelente maneira de as pessoas estabelecerem contatos mais pessoais, mesmo estando distantes umas das outras, o que favorece a descoberta de afinidades e o estabelecimento de laços de afetividade.

Participação social e trabalho comunitário

O estímulo à chamada “participação social” é indispensável ao bom funcionamento de qualquer rede que busque a prevenção dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas ou que apoie o usuário proble-

mático de drogas e as pessoas a ele ligadas. Isso porque, embora o papel do poder público seja indispensável na construção dos “nós” das redes que são necessários ao seu funcionamento, como é o caso das instituições ligadas ao cuidado adequado e à proteção dessas pessoas (Unidades Básicas de Saúde, CAPS-AD, CRAS, CREAS, dentre outras), historicamente também foram desenvolvidas estratégias não governamentais para lidar com as necessidades geradas pelo uso problemático de drogas. Os grupos de ajuda mútua, como os Alcoólicos Anônimos e os Narcóticos Anônimos, são exemplos claros de tais estratégias. Se a questão das drogas atravessa toda a sociedade, o estímulo a essa participação se faz indispensável, não somente para ampliar a rede, mas também para fortalecê-la, ao ampliar os laços entre esses nós. Em outras palavras: para construirmos uma boa rede, precisamos não somente dos nós, mas também dos laços bem estabelecidos entre eles, momento em que o protagonismo social é mais relevante.

As diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) – que vêm sendo implantadas progressivamente no Brasil e incluem a atenção aos usuários de drogas – deixam claro que, para essa rede funcionar adequadamente, seus serviços precisam ter base territorial e comunitária e participação e controle social por parte de seus usuários e familiares. Entende-se como uma rede de base comunitária aquela em que os serviços se adequam à comunidade atendida, e não o contrário. Uma ação territorial pressupõe que essa rede interaja com a comunidade na qual se localiza, transformando lugares e relações. Esta, por sua vez, deve exercer o controle social por meio dos mecanismos formais (por exemplo: participação nos Conselhos) e informais existentes. Podemos observar que essas diretrizes pressupõem, portanto, a formação de uma rede, constituída entre organizações governamentais e pela sociedade civil, na qual as primeiras buscam adequar-se e funcionar em consonância com as demandas e necessidades da última.

A construção e o aprimoramento das redes dizem respeito a um determinado território, o que implica, portanto, não somente um espaço geográfico determinado conforme discutimos na Introdução do livro. Quando falamos em território, nos referimos também às relações humanas e de poder que ocorrem em determinados espaços. Por esse motivo, as redes não podem simplesmente ser copiadas e transpostas de

um local a outro, já que os territórios sempre têm particularidades que os tornam únicos. Adotar uma solução que foi adequada para um determinado contexto a um contexto diferente implica nos riscos de se buscar uma solução “de cima para baixo”, tal como foi descrito anteriormente. Por isso, melhor do que apontar modelos, é discutir sobre alguns princípios gerais que podem ajudar no sucesso de uma intervenção comunitária voltada, por exemplo, à prevenção dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Três dos princípios que podem ser aqui referidos são os mesmos que foram elencados quando discutimos sobre os elementos necessários para a constituição adequada das redes, o que não é de se estranhar, uma vez que são princípios que devem ser levados em conta em qualquer trabalho coletivo. São eles: o incentivo às relações e lideranças democráticas nas comunidades, o aprimoramento dos canais de comunicação em seu interior e o fortalecimento de sua coesão. Por já terem sido discutidos anteriormente, não serão aqui detalhados. Há, todavia, alguns outros que merecem ser lembrados:

- a. O estabelecimento de uma relação horizontal com a comunidade com a qual se dialoga ou onde se está intervindo

As intervenções devem partir de uma postura de humildade, que está relacionada ao reconhecimento de que ninguém sabe melhor da própria vida e das dificuldades do que a pessoa que as vivencia. Por esse motivo, quem, em uma intervenção comunitária, aparece como “dono da verdade”, impondo os próprios valores e certezas, acaba por implicitamente desvalorizar os saberes ali existentes, e isso leva não somente ao maior risco de a intervenção ser pouco efetiva, uma vez que a leitura dos pro-

Para entender às diferenças entre territórios e espaços geográficos, imaginemos as diferenças entre dois espaços frequentados por usuários de drogas ilegais, ambos em regiões comerciais, no centro de duas cidades diferentes, mas que são abordados de forma diferente pelo poder público dessas cidades: em uma delas, são rotineiramente perseguidos pela polícia e expulsos desses locais; na outra, há intervenções que tentam buscar uma interação com esses usuários de forma a criar laços que lhes possibilitem lidar, de forma humanizada, com os problemas relacionados ao uso de drogas que apresentam. Enquanto espaços geográficos, esses locais são parecidos, mas, enquanto territórios, são diferentes, pois as configurações de poder existentes os fazem totalmente distintos um do outro.

blemas da comunidade fica prejudicada, mas também a um distanciamento em relação aos membros dessa comunidade, por corresponder a uma postura de arrogância e de desvalorização do outro. No campo das drogas, isso é especialmente arriscado, em especial, por parte de intervenções que exageram no uso do discurso antidrogas baseado no medo. Ao enfatizarmos em demasia os aspectos destrutivos das drogas, deixamos de dialogar com os setores de uma comunidade que as consomem. O diálogo, ao contrário, é mais produtivo e inclui mais pessoas, ao enfatizarmos também o prazer proporcionado pelas drogas e promover uma reflexão sobre ele.

b. O incentivo a ações de curto prazo mescladas a ações de longo prazo

Os objetivos de um trabalho comunitário devem ser sempre de longo prazo, voltados a um empoderamento dos que ali vivem, mas ações pontuais de curto prazo são necessárias também, não somente por serem requeridas em situações emergenciais, mas porque ajudam no fortalecimento da coesão, que, como vimos, é indispensável a qualquer trabalho coletivo. Embora os objetivos de longo prazo devam estar sempre no horizonte, **a caminhada em relação a eles necessita envolver passos sucessivos**¹. Utilizando uma metáfora, seria o equivalente a dizer que o desejável não é somente que cheguemos ao lugar que almejamos, mas também que o caminho até lá seja agradável; mais do que isso: é justamente o caminhar que acaba por determinar o caminho que se percorre, descobrindo novos rumos e ressignificando o que foi proposto anteriormente.

¹ *Para que serve a utopia?*, vídeo de Eduardo Galeano, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9iqi1oaKvzs>.

² Humilhação Social:

Gonçalves Filho define a humilhação social como “uma modalidade de angústia disparada pelo enigma da desigualdade de classes”. O conceito, porém, vem sendo utilizado para descrever os efeitos de outras formas de opressão, para além da de classe.

c. O incentivo à participação ativa da comunidade

Um dos obstáculos à intervenção comunitária, também derivado do aumento da assimetria entre quem intervém e quem sofre a intervenção, é o fenômeno chamado **“humilhação social”**². Esse fenômeno se relaciona ao fato de muitos segmentos sociais serem historicamente vistos sob o signo da inferioridade, por questões de classe, raça/etnia, sexo, orientação sexual, idade. Isso faz com que as pessoas acabem por incorporar essa sensação de valerem menos e se acharem pouco capazes de serem protagonistas nas ações a serem desenvolvidas.

É um fenômeno frequentemente confundido com a acomodação, mas é completamente diferente. A humilhação se aproxima mais de um tipo de tristeza, de baixa autoestima, ainda que sua aparência exterior seja a de acomodação. Ela faz com que as pessoas não participem das ações comunitárias, não por não desejarem fazê-las, mas porque têm a sensação de que não são capazes de exercê-las.

d. O incentivo à troca de papéis, saberes e habilidades

Embora a distinção de papéis seja importante para a organização de um trabalho e permita o reconhecimento das capacidades de cada um, ajudando a romper o circuito da humilhação social descrita, também é importante que esses papéis não sejam enrijecidos. O fato de algumas vezes as pessoas ficarem eternizadas em determinados papéis ou funções as impede de conhecer o todo do processo e que outras pessoas vivenciem as funções daqueles que se eternizaram em uma função. Por esse motivo, o incentivo ao rodízio de funções é indispensável, se quisermos que um trabalho comunitário seja efetivo. Não é adequado, por exemplo, que seja sempre uma mesma pessoa a palestrar sobre o uso prejudicial de drogas em uma escola, enquanto outra assuma sempre a função de arrumar as cadeiras para o evento. Ainda que uma pessoa tenha maior capacidade de se expressar oralmente, é importante que essas funções circulem coletivamente, de forma a empoderar a todos.

e. O incentivo à autonomia crescente da comunidade com a qual se trabalha

O desenvolvimento da autonomia de uma comunidade é frequentemente descrito como meta dos projetos de intervenção comunitária de qualquer tipo. Para além da resolução dos problemas, a autonomia significa que a comunidade criou possibilidades de se autogerir em relação aos problemas que apresenta, ainda que não seja fácil e simples a solução de tais problemas. No caso do uso prejudicial de drogas, por exemplo, essa autonomia não significa que a comunidade vai se “livrar” das drogas, pois essa é uma meta irreal, uma vez que vivemos em uma sociedade na qual a presença das drogas legais e ilegais é muito ampla. Autonomia, nesse caso, implica o aprendizado de quais mecanismos de uma rede de atenção, proteção e cuidado serão acionados em uma dada situação

específica e na luta pela constante ampliação e aprimoramento dessa rede nos aspectos em que ela é insuficiente. Esse processo é uma consequência de todos os elementos descritos anteriormente e se relaciona ao fato de os trabalhos de intervenção comunitária não serem eternos, por motivos de ordem financeira (prazos de projetos que são financiados), contratos de trabalho (saída de profissionais ou voluntários dos projetos) ou mudança de moradores de uma dada comunidade. Por esse motivo, é importante que se estimule a formação de multiplicadores das propostas de intervenção desejadas, sem que isso fique centralizado na figura de um ou poucos membros da comunidade. Podemos dizer que, quanto mais “em rede” se organiza um dado projeto de intervenção, menor o risco de ele se encerrar com o término formal do projeto.

Resumo

No presente Capítulo, buscamos entender o conceito de rede e como ele supõe a compreensão de que as relações que as pessoas e as instituições estabelecem entre si determinam sobremaneira o modo como elas atuam. O desenvolvimento de laços entre os integrantes de uma rede é fundamental para que qualquer política pública seja efetiva, em especial as que demandam o envolvimento de diversos atores, como são aquelas do campo do álcool e outras drogas. Na sequência, abordamos alguns elementos importantes a serem levados em consideração nos trabalhos em rede que envolvem intervenção comunitária e participação social: o incentivo às relações e lideranças democráticas; o aprimoramento dos canais de comunicação e da coesão das redes; o estabelecimento de uma relação horizontal com a comunidade na qual se está intervindo; e o incentivo a ações de curto prazo mescladas a ações de longo prazo, à participação ativa da comunidade, à troca de papéis, saberes e habilidades entre seus membros e à autonomia crescente da comunidade com a qual se trabalha.

O conceito de rede e de como operá-lo em um contexto comunitário é importante para que projetos de intervenção voltados ao uso problemático de álcool e de outras drogas sejam eficazes. Os elementos importantes para funcionamento adequado das redes aqui discutidos

servirão, portanto, de orientação para os projetos a serem elaborados para a conclusão do *Curso*. No próximo Capítulo, discutiremos as principais convenções internacionais sobre o tema *drogas*, e como essas convenções contribuem para a formulação das políticas públicas. Enfatizamos, por fim, que será importante que você faça a comparação entre o conceito de redes de apoio, apresentado neste Capítulo, e como os problemas relacionados ao uso de drogas estão sendo tratados nas políticas nacionais e estrangeiras.

Referências

GONÇALVES FILHO, J. M. **Humilhação social**: um problema político em Psicologia. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 11-67, 1998

LEWIN, K. **Problemas de dinâmica de grupo**. São Paulo: Cultrix, 1989.

MORENO, J. L. **Quem sobreviverá**: fundamentos da sociometria. São Paulo: Daimon, 2008.



Módulo 1: Sujeitos, Contextos e Drogas

Módulo 2: Redes para Promoção, Prevenção, Redução de Danos e Tratamento

Módulo 3: Políticas Públicas e Legislação sobre Drogas

MÓDULO



Vitore André Zílio Maximiano

Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) do Ministério da Justiça. É Defensor Público/SP. Foi Vice-Presidente do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP). Mestre em Direito do Estado pela PUC/SP.

Luiz Guilherme Mendes de Paiva

Diretor de Planejamento e Avaliação de Políticas sobre Drogas da SENAD-MJ. Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental do Ministério do Planejamento. Conselheiro Titular do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária (CNPCP). Mestre e doutorando em Direito Penal pela Universidade de São Paulo.

CAPÍTULO

10

Os instrumentos legais e as políticas sobre drogas no Brasil

Vitore André Zílio Maximiano
Luiz Guilherme Mendes de Paiva

Os instrumentos legais e as políticas sobre drogas no Brasil

Breve apresentação

No nono Capítulo, discutimos sobre o trabalho comunitário com usuários de drogas, a partir da perspectiva da construção de redes de apoio, cuidado e proteção. No Capítulo atual, vamos conhecer as principais convenções internacionais sobre o tema *drogas* e compreender como essas convenções influenciaram a formulação de políticas públicas, tanto as nacionais quanto as internacionais. Analisaremos, ainda, as diversas formas como os problemas relacionados ao uso de drogas vêm sendo tratados por outros países e pelo Brasil, avaliando as consequências das políticas atuais, bem como as diferentes estratégias possíveis para o futuro.

¹ A OEA é uma organização internacional que reúne os países das Américas do Norte, Central e do Sul.

Marcos internacionais de políticas sobre drogas e novas abordagens sobre o tema no mundo

A comunidade internacional, por meio da Organização das Nações Unidas (ONU) e de organismos regionais como a **Organização dos Estados Americanos (OEA)**¹, orienta a política dos países em relação à questão das drogas. A ONU possui três *convenções*² sobre o tema, que represen-

² Convenções:

Uma Convenção Internacional é um documento, elaborado em conjunto e aprovado pelos governos dos países-membros de uma organização internacional, a respeito de um tema considerado importante pela organização. Esse documento cria regras, deveres e obrigações para os países envolvidos.

tam ainda hoje os principais documentos internacionais de referência para as leis dos Estados-membros, inclusive no Brasil: a *Convenção Única sobre Entorpecentes*, de 1961; a *Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas*, de 1971; e a *Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas*, de 1988 (vede Quadro 1).

Quadro 1 – Principais assuntos das *Convenções* da ONU

Convenção (ONU)	Ano	Principais assuntos
<i>Convenção Única sobre Entorpecentes</i> (Nova Iorque, EUA)	1961	Definem substâncias que devem ficar sob controle da comunidade internacional, estabelecem regras para garantir a disponibilidade de tais substâncias para uso médico e científico, e para evitar o desvio para o comércio ilícito.
<i>Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas</i> (Viena, Áustria)	1971	
<i>Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas</i> (Viena, Áustria)	1988	Estabelece diretrizes para o controle e punição do tráfico ilícito de entorpecentes e define estratégias de colaboração entre os países.

Cada uma dessas convenções estabelece princípios básicos e determina os caminhos pelos quais as leis dos países participantes devem seguir como resposta ao uso problemático e ao tráfico ilícito de drogas. Em todas elas se reconhece a dependência de drogas como um problema social e de saúde pública, e que a melhor forma de combater tal problema é definir programas e ações integradas e coordenadas entre os países, sendo a principal estratégia dessas três convenções a inibição da produção, circulação, comércio e uso de substâncias consideradas problemáticas por meio de controles rígidos de matérias-primas e do estabelecimento de penas altas para quem comercializa ou faz uso de tais substâncias.

É importante ter em conta que tais proibições e controles envolvem questões muito delicadas no que diz respeito a algumas substâncias. O **ópio**, por exemplo, tem a produção regulada, pois é matéria-prima da

Veja mais sobre o ópio nos sítios:
http://www.cebrid.epm.br/folhetos/opio_.htm e <http://pt.wikipedia.org/wiki/%C3%93pio>.

heroína, uma droga com efeitos muito danosos, mas é também a origem de medicamentos amplamente utilizados para aliviar dores intensas em tratamentos médicos, como a morfina. Assim, não apenas a definição das regras e proibições, mas especialmente a escolha de quais substâncias devem ser permitidas, controladas ou proibidas tem sido objeto de muita discussão e de críticas ao longo dos anos.

Note-se, portanto, que, em razão de suas finalidades terapêuticas, existem drogas comercializadas legalmente, mas de uso e venda controlados, pois o consumo abusivo de tais substâncias pode gerar dependência e todas as consequências dela decorrentes.

Nos últimos anos, alguns países e organizações não governamentais passaram a questionar os resultados atingidos por uma abordagem fundada basicamente na repressão. Outras convenções da ONU, especialmente relacionadas a Direitos Humanos e a Direitos à Saúde, serviram como fonte para novas propostas de abordagem sobre o assunto. Assim, debates sobre políticas alternativas foram realizados, e alguns países têm alterado suas regras locais para colocar em prática novas abordagens voltadas ao usuário, que não se restrinjam apenas a simples punição criminal.

Novo Paradigma para a Dependência de Drogas

As novas experiências internacionais levam em conta que a dependência de drogas é um fenômeno complexo, que envolve questões sociais, familiares, pessoais e culturais, e que qualquer forma de intervenção deve ter como foco a saúde pública, aumentando a oferta de tratamento para a atenção daqueles em sofrimento pelo uso problemático de substâncias psicoativas, ilícitas ou não, bem como o direcionamento de esforços de repressão aos grandes produtores, distribuidores e financiadores do tráfico de drogas.

Do ponto de vista da saúde pública, desde a década de 1970, alguns países europeus experimentaram políticas de *redução de danos*, como forma de minimizar os problemas decorrentes do uso problemático de drogas e de aumentar o índice de sucesso dos tratamentos disponíveis.

No Capítulo 8, já discutimos sobre a *redução de danos* e sua aplicação nas políticas de atendimento no Brasil.

Acesse a lei no
sítio: [http://www.
planalto.gov.br/
ccivil_03/_ato2004-
2006/2006/lei/
l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm).

A própria **Lei n.º 11.343/2006**, que regula o tema no Brasil, estabeleceu, como um de seus princípios nas atividades de atenção e de reinserção social de usuários e dependentes, a redução de riscos e de danos sociais e à saúde, como um instrumento de orientação para a definição de projetos terapêuticos individualizados.

No tocante à repressão criminal, vários arranjos distintos foram desenvolvidos ao longo do tempo em várias partes do mundo. A grande maioria dos países mantém a criminalização, com penas severas, do comércio de drogas ilícitas, mas o uso de drogas tem sido progressivamente objeto de punições criminais mais leves. Alguns países, como o Brasil, mantêm o caráter criminal da punição, mas sem a previsão de pena de prisão – o que se pode definir como *despenalização do uso de drogas*; outros, por sua vez, transformaram o uso de drogas em uma infração administrativa, sem a intervenção da justiça criminal – o que se define como *descriminalização do uso de drogas*. Um terceiro arranjo

A nova lei uruguaia, que entrou em vigor em 2014, prevê que tanto a produção e a comercialização da maconha quanto o seu uso sejam legalizados. Segundo a nova lei, serão permitidos: (a) o cultivo pessoal da planta, com limite de seis plantas por pessoa; (b) o cultivo por associações de 15 a 45 pessoas, com limites proporcionais de plantas; e (c) compra em farmácias, no limite de 40 gramas mensais por pessoa. Para plantar ou adquirir, a pessoa deve ser maior de idade, residente no país e registrar junto ao órgão do governo responsável pela regulação do comércio.

possível é a liberação do *uso medicinal* de alguma substância inicialmente proibida, como ocorre com a morfina e, mais recentemente, com a maconha em alguns países europeus e em algumas regiões dos Estados Unidos. Finalmente, há a experiência bastante recente do Uruguai e de algumas regiões dos Estados Unidos em que o *uso recreativo* da maconha foi permitido. Nesse último caso, é que se pode falar em *legalização* ou *regulação do uso de drogas*.

Cada uma das políticas adotadas pelos países tem diversos argumentos favoráveis e contrários à sua adoção. Para nós, é importante saber que existem vários arranjos possíveis, e que o resultado das experiências internacionais ao longo dos anos tem servido para que o Brasil avalie e construa sua política sobre drogas.

Política Nacional sobre Drogas e os instrumentos normativos sobre drogas no Brasil

Como vimos, os instrumentos internacionais aos quais o Brasil está vinculado impõem algumas obrigações de controle de substâncias e repressão e tráfico ilícito de drogas. Para cumprir tais obrigações, não basta apenas a aprovação de uma lei estabelecendo crimes e penas, é necessário estabelecer uma política nacional envolvendo ações de redução da oferta (por meio da repressão à produção e ao comércio de drogas ilícitas) e ações de redução da demanda (por meio de ações de prevenção e de tratamento do uso problemático de drogas que causem dependência).

Em 2005, o Brasil aprovou sua nova **Política Nacional sobre Drogas**¹, em que foram estabelecidos os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias para que as ações de redução da oferta e da demanda sejam realizadas de forma articulada e planejada. O documento foi escrito em cinco Capítulos: (i) prevenção, (ii) tratamento, recuperação e reinserção social, (iii) redução de danos sociais e à saúde, (iv) redução da oferta, e (v) estudos, pesquisas e avaliações; e parte da premissa de que a política nacional deve buscar a integração das políticas públicas, descentralizando as ações, para que sejam realizadas em conjunto com estados e municípios, e sempre em estreita colaboração com a sociedade e a comunidade científica. Trata-se, portanto, de uma responsabilidade compartilhada.

Como passo fundamental para a implementação da PNAD, foi aprovada em 2006 a Lei n.º 11.343, conhecida como Lei de Drogas. Essa lei substituiu as duas leis anteriores sobre o tema, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e alterou substancialmente os crimes e as penas a usuários e aos agentes que comercializam ilegalmente as drogas, como veremos a seguir.

O SISNAD foi construído para colocar em prática as premissas da PNAD, por meio da centralização das orientações da política na Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e no **Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)**², e da execução descentralizada das

¹ Veja mais sobre a PNAD no sítio: <http://pt.scribd.com/doc/231270386/Politica-Nacional-Sobre-Drogas>.

² Veja mais sobre o CONAD visitando o sítio: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/CONAD/>.

atividades a ela relacionadas. Assim, a concepção e a execução das políticas públicas sobre drogas são de responsabilidade compartilhada entre o governo federal, estados e municípios, e são supervisionadas por um conselho federal e conselhos estaduais e municipais, nos quais estão representados o governo e a sociedade civil.

Em seu aspecto repressivo, a Lei n.º 11.343/2006 trouxe diversas inovações.

A principal delas foi a despenalização do porte para uso de drogas, que significa, em outras palavras, que a conduta permaneceu criminalizada, mas sem previsão de pena de prisão. Tal inovação seguiu a tendência internacional de reconhecer a diferença entre usuários/dependentes e aqueles envolvidos no tráfico de drogas, e oferecer sanções jurídicas que levem em conta tal diferença.

Assim, o artigo 28 da lei prevê que o porte para uso de drogas deverá estar sujeito a penalidades alternativas à prisão e relacionadas ao objetivo de prevenção e ressocialização. São elas:

1. advertência sobre os efeitos das drogas;
2. prestação de serviços à comunidade, preferencialmente em locais públicos ou privados que se ocupem da prevenção do uso ou da recuperação de usuários e dependentes de drogas; e
3. medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

Há, ainda, a previsão de que o Estado coloque gratuitamente à disposição do usuário ou dependente o atendimento em estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado (BRASIL, 2006, não paginado).

A lei de drogas também estabeleceu que, se uma pessoa que for surpreendida portando drogas para seu consumo, não poderá – em qualquer

hipótese – ser presa em flagrante. Nesse caso, a Polícia deverá emitir um documento simplificado relatando a ocorrência, o que se denomina tecnicamente de *termo circunstanciado*, que será encaminhado ao Juizado Especial Criminal (JECRIM). A partir daí, a pessoa poderá firmar um acordo com o Ministério Público (transação penal), sem que se tenha propriamente a existência de um processo criminal.

Importa destacar que não é a lei de drogas que define quais são as substâncias de uso e comércio controlados e aquelas proibidas. Quem estabelece essa classificação, com autorização legal, é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Desde 1998, ainda antes da edição da atual legislação, está em vigor a Portaria nº 344, constantemente atualizada para incluir novas drogas, ante o surgimento de outras substâncias, **especialmente as chamadas drogas sintéticas**.

De um lado, as penas destinadas ao tráfico de drogas foram bastante aumentadas em relação à lei anterior. O artigo 33 prevê pena de 5 a 15 anos de reclusão para as condutas de tráfico, que podem ser ainda aumentadas se ficar comprovada a participação em quadrilha ou organização criminosa; por outro lado, a lei prevê um tratamento diferenciado ao “pequeno traficante”: se ficar demonstrado que o condenado é réu primário, de bons antecedentes, não se dedique às atividades criminosas nem integre organização criminosa, a pena poderá ser reduzida.

Atualmente, a grande discussão em torno da Lei n.º 11.343/2006 se dá em torno da distinção entre usuários/dependentes e traficantes de drogas. Conforme define essa lei, para fazer a diferenciação em cada caso, é necessário analisar qual foi a droga e qual foi a quantidade apreendida, como e em que circunstâncias ocorreu a apreensão, e quais são as circunstâncias sociais e pessoais da pessoa com a qual a droga foi encontrada, assim como sua conduta e seus antecedentes criminais.

Alguns pesquisadores criticam o fato de que a diferenciação atual entre usuário e traficante, definida como *subjetiva*, pode ser muito sutil no momento da aplicação da lei, de forma que usuários podem estar sendo presos como traficantes. Tais pesquisadores defendem que a lei deveria estabelecer critérios claros, *objetivos*, para distinguir entre o traficante e o usuário, como a quantidade de droga apreendida; a apre-

A ANVISA é o órgão responsável por editar e alterar a lista de produtos restritos e de uso proibido no Brasil. Ao ter notícia da circulação de novas substâncias (por meio da ONU, Ministério Público e Polícia Federal, por exemplo), realiza análise técnica e pode incluí-las na lista de substâncias de uso proibido no Brasil. http://www.anvisa.gov.br/hotsite/talidomida/legis/Portaria_344_98.pdf.

ensão abaixo de uma determinada quantidade, ante a falta de qualquer outro critério, seria considerada para uso, enquanto uma quantidade acima do limite seria presumida como tráfico. Por outro lado, há quem seja contrário aos limites objetivos, defendendo a manutenção da lei como é hoje. Para eles, definir uma quantidade a ser considerada como destinada ao uso pessoal criaria limites artificiais, que não levariam em conta as particularidades de cada caso. A principal crítica recai sobre a possibilidade de a distinção objetiva ser usada pelos traficantes, que passariam a andar somente com a quantidade exata para serem enquadrados como usuário.

Há bons argumentos e respeitáveis posições favoráveis e contrárias aos critérios subjetivos, presentes na legislação atual, e à proposta de diferenciação objetiva entre usuários e traficantes. É importante saber que ambas as posições existem, e que há países que adotam cada uma delas – nos Estados Unidos, por exemplo, alguns estados adotam a diferenciação objetiva, enquanto outros adotam a diferenciação subjetiva.

De qualquer forma, é fundamental que as escolhas legislativas sejam sempre avaliadas, para que seja possível analisar seus resultados e, se for o caso, propor alterações e correções de rota. No Brasil, já é possível saber que a lei aprovada em 2006 provocou um grande aumento no número de presos por crimes relacionados ao tráfico de drogas. Constatamos, por exemplo, que esse número – comparando-se os dados de 2006 em relação aos de 2012 – passou de 47.472 prisões por tráfico para 138.198, o que representa um aumento de 191%. A proporção dos presos por tráfico de drogas em relação ao total de presos no País dobrou: em 2012, esse número representava mais de 25% do total, contra apenas 12% em 2006. Assim, nesses sete anos, o tráfico de drogas ultrapassou o crime de roubo qualificado como o tipo penal mais comum nas prisões. Ademais, população carcerária feminina também se avolumou significativamente: em 2006, 5.800 mulheres foram presas por tráfico; no entanto, esse número passou, em 2012, para 14.900. Hoje, a prisão por tráfico responde por 43% de toda a população carcerária feminina.

É importante mencionar, ainda, os grandes planos nacionais destinados a articular as ações do Poder Público com relação ao tema. Em 2007, foi editado o **Decreto n.º 6.117**¹, que instituiu a Política Nacional sobre o Alcool, a qual orienta, dentre outras ações, a realização de pesquisas e diagnósticos sobre o consumo de álcool no país, estabelece mecanismos de tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool, orienta a realização de campanhas de sensibilização e mobilização da opinião pública sobre as consequências do uso e abuso de bebidas alcoólicas e articula ações de prevenção com estados e municípios. A articulação entre os órgãos públicos permitiu a criação de novas propostas de enfrentamento ao problema, como a edição da **Lei n.º 11.705, de 2008**², conhecida como Lei Seca, que impôs regras severas para o condutor que dirigir sob a influência de álcool ou de outras substâncias e proibiu a venda de bebidas alcoólicas em estradas. Não podemos esquecer que a questão do álcool é uma preocupação do legislador há muito tempo. Um exemplo disso é que, desde 1990, o *Estatuto da Criança e do Adolescente* (ECA) proíbe a venda de bebidas alcoólicas a crianças e adolescentes. Além disso, a própria propaganda de bebidas alcoólicas é regulada no país, não sendo permitida nos horários de maior audiência de jovens.

Finalmente, podemos falar do Plano de Enfrentamento ao Crack, instituído pelos Decretos n.º 7.179, de 2010, e n.º 7.637, de 2011. O Plano definiu, no âmbito federal, o **Programa Crack, É Possível Vencer**³, que está estruturado, tal como estabelece a PNAD, em três eixos: prevenção, cuidado e autoridade. Apesar de expressa referência ao crack, é certo que o programa atende usuários e dependentes dessa e de todas as demais drogas, lícitas e ilícitas. O Programa Crack tem como principal objetivo o fortalecimento da rede de atenção às pessoas em sofrimento decorrente do uso de substâncias psicoativas, e importantes recursos foram investidos para aumentar a quantidade e o leque de tratamentos oferecidos à população, incluindo enfermarias especializadas, novos CAPS, unidades de acolhimento voluntário e o apoio a comunidades terapêuticas. Além disso, vários cursos de capacitação presenciais e à distância, como este, foram desenvolvidos e estão sendo disponibilizados para aqueles que estão envolvidos na execução das políticas. Como determina a PNAD, a responsabilidade pelo programa é compartilhada:

¹ Acesse o Decreto no sítio: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm.

² Veja a Lei 11.705 no sítio: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11705.htm.

³ Conheça mais sobre o Programa Crack, É Possível Vencer no sítio: <http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/home>.

além da coordenação federal, existem comitês-gestores nos estados e municípios para articular e monitorar as ações.

Importância da Política sobre Drogas para estabelecer um novo olhar voltado ao usuário: perspectivas políticas sobre drogas no Brasil contemporâneo

Como visto, as convenções da ONU sobre políticas de drogas estão voltadas basicamente para a repressão penal da produção, comércio e uso de drogas. Ao longo dos anos, os países começaram a desenvolver abordagens mais complexas para o problema, retirando o foco somente da repressão e passando a considerar o uso e a dependência de drogas como algo que exige a compreensão dos diversos aspectos familiares, pessoais e sociais envolvidos.

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas tem, entre seus princípios, o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana. Isso demonstra o quanto se caminhou em direção ao reconhecimento de que a prioridade absoluta das políticas sobre drogas deve ser o usuário e o dependente, entendido como sujeito de direitos, a quem se deve tratar com dignidade e respeitar suas particularidades e especificidades, ofertando-se serviços de atenção e cuidado àqueles que desejarem.

Do ponto de vista dos instrumentos legais internacionais, é importante notarmos que o primeiro objetivo mencionado na Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, da ONU, é o de promover a saúde e o bem-estar da humanidade. Diversos instrumentos de direitos humanos reforçam a ideia de que **devem ser garantidos ao usuário/dependente de drogas todos os direitos e garantias previstos na Constituição, especialmente ao se tratar de uma população vulnerável**. O Estado, ao tratar o problema das drogas, não pode adotar medidas que violem tais direitos. A maneira pela qual o PNAD e o SISNAD se estruturaram, colocando o

respeito aos direitos humanos como premissa das políticas nacionais, tem o objetivo de assegurar tais objetivos.

Como perspectiva para a política nacional sobre drogas nos próximos anos, podemos mencionar os debates aqui destacados entre os diversos modelos de abordagem referentes ao porte para uso de drogas, bem como as diversas formas de distinção entre usuários e traficantes. O debate está acontecendo no Congresso Nacional, e é provável que tenhamos novas alterações na legislação nos próximos anos. No cenário internacional, novas experiências surgem a cada momento, de forma que é importante que a lei brasileira e o SISNAD estejam preparados para conhecer, avaliar e, se for o caso, introduzir novas abordagens na política nacional, sempre tendo como objetivo a saúde e o bem-estar da comunidade e das pessoas.

Resumo

Neste Capítulo, falamos sobre as convenções internacionais que tratam sobre o tema das drogas, e como as diferentes formas – a produção, o comércio e o uso de drogas – são tratadas pela lei de diversos países. Discutimos, também, a legislação brasileira e os debates sobre a sua aplicação. Ademais, pudemos conhecer o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e identificar as políticas nacionais sobre drogas, álcool e enfrentamento ao crack. Por fim, analisamos as novas perspectivas e os debates sobre a legislação e as políticas públicas sobre drogas no Brasil e no mundo. No próximo Capítulo iremos abordar a questão da intersetorialidade nas políticas públicas como um compromisso de todos.

Referências

BOITEUX, L. *et al.* **Tráfico de Drogas e Constituição**. Brasília: Ministério da Justiça, 2009. Série Pensando o Direito, v.1. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZT-Svc.asp?DocumentID={75731C36-32DC-419F-A9B6-5170610F9A7B}&ServiceInstUID={0831095E-D6E4-49AB-B405-C0708AAE5DB1}>. Acesso em: 22 fev. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional Antidrogas. Resolução n.º3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional Antidrogas. In: _____. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas**. Brasília (DF): SENAD, 2008. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/327912.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2014.

_____. Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), p. 2, 24 ago. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em: 3 mar. 2014.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Relatório Estatístico Analítico do Departamento Penitenciário Nacional – Dez. 2012**. Brasília: MJ, 2012. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID={DAD9EFE5-FA77-4479-8F56-2BD7A4F0DEB7}&ServiceInstUID={4AB01622-7C49-420B-9F76-15A4137F1CCD}>. Acesso em 5 mar. 2014.

JESUS, M. G. M. *et al.* **Prisão Provisória e Lei de Drogas**: um estudo sobre os flagrantes de tráfico de drogas na cidade de São Paulo. São Paulo: Núcleo de Estudo da Violência, 2011. Disponível em: <http://www.nevusp.org/downloads/down254.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção Única sobre Entorpecentes**. Nova Iorque (USA): ONU, 30 de março de 1961. Disponível em: <http://dai-mre.serpro.gov.br/atos-internacionais/multilaterais/emenda-a-convencao-sobre-entorpecentes-de-1961-como-emendada-pelo-protocolo-de-25-03-1972/>. Acesso em: 6 mar. 2014.

_____. **Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas**. Viena (AUT): ONU, 21 de fevereiro de 1971. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/ONU/329618.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2014.

_____. **Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas**. Viena (AUT): ONU, 20 dezembro de 1988. Disponível em: https://www.iberred.org/sites/default/files/convencin-nnuu-contra-trfco-ilcito-de-estupefacientes-viena-20-dic-1988_0.pdf. Acesso em: 6 mar. 2014.



Roberta Uchôa

Assistente social, professora do Departamento de Serviço Social e pesquisadora-líder do Grupo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas da Universidade Federal de Pernambuco; possui Pós-doutorado em Planejamento em Saúde Mental, doutorado em Sociologia das Drogas, mestrado em Serviço Social e especialização em Saúde Pública; e desenvolve, desde 2009, diversas ações de integração ensino-serviço com a Prefeitura da Cidade do Recife e diversos órgãos públicos de Pernambuco.

CAPÍTULO

11

Intersetorialidade nas políticas
públicas: compromisso de todos

Roberta Uchôa

Intersetorialidade nas políticas públicas: compromisso de todos

Breve apresentação

No Capítulo 10, foram apresentados os instrumentos legais e políticos sobre drogas no País, discutida sua importância e quais as perspectivas políticas da área no Brasil contemporâneo. No Capítulo atual, enfocamos alguns conceitos fundamentais sobre políticas públicas e intersectorialidade. Focalizamos, também, os papéis dos governos, gestores de serviços, profissionais, academia e usuários no desenvolvimento de ações intersectoriais. Além disso, apresentamos alguns exemplos – úteis à sua prática profissional – de ações de políticas sociais e econômicas integradas.

Ressaltamos que o enfoque deste Capítulo, efetivamente, é dar a você, prezado(a) estudante, subsídios para: (a) compreender a intersectorialidade na saúde e no desenvolvimento de ações de atenção integral às pessoas com problemas relacionados às drogas; (b) identificar quais as políticas setoriais (saúde, assistência social, educação, esporte, lazer e outras) disponíveis no seu território/comunidade; e (c) construir ações integradas no seu território/comunidade de atenção integral às pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas.

Breve histórico e conceitos básicos sobre intersectorialidade na saúde

Intersectorialidade é a intervenção coordenada de diversas instituições socioassistenciais e econômicas no desenvolvimento de ações de atenção integral para tratar de problemas de saúde, bem-estar e qualidade de vida da população. Significa transformar ações voluntárias e eventuais em ações socialmente organizadas, orientadas estrategicamente a problemas de saúde, como os relacionados ao uso de álcool e de outras drogas, que dependem, também, de ações de outros setores, como o da assistência social, educação, segurança, lazer, esportes, trabalho, dentre outros.

O debate sobre a intersectorialidade nas políticas públicas não é recente. No que se refere à política de saúde, esse debate remonta ao século passado e está associado à questão das determinações sociais no processo saúde-doença. Em outros termos, isso significa dizer que já faz algum tempo que se reconhece que a saúde das pessoas é resultado das condições sociais e econômicas em que nascem, crescem, trabalham e envelhecem, e que, portanto, ter saúde não depende apenas de serviços de saúde, mas também de escolas, moradia, emprego, transporte, entre outros serviços.

Os cuidados primários em saúde representam o primeiro nível de contato dos sujeitos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem a primeira etapa de um continuado processo de assistência à saúde.

Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS), na sua constituição, inscreveu a saúde como um direito humano fundamental e propôs cobertura universal para atender às necessidades de saúde das populações.

Mas foi somente em 1978, na **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde**, realizada em Alma-Ata, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), que se reconheceu que as necessidades de saúde vão além do setor saúde e que o desenvolvimento social e econômico é condição fundamental para a saúde de todos. Essa conferência contou com a participação de 134 países e 67 organismos internacionais, que se comprometeram com uma grande meta: garantir saúde para todos até o ano 2000. Saúde não apenas como a ausência de enfermidades, mas também como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”.



Saiba Mais

A Organização Mundial de Saúde (OMS) é um organismo internacional de saúde pública com quase um século de experiência, dedicado a melhorar as condições de saúde no mundo. A OMS faz parte da Organização das Nações Unidas (ONU) e exerce um papel fundamental na melhoria de políticas e serviços públicos de saúde, através da transferência de tecnologia e da difusão do conhecimento acumulado por meio de experiências produzidas nos países-membros. A OMS desenvolve trabalho de cooperação internacional em áreas como epidemiologia, saúde e ambiente, recursos humanos, comunicação, serviços, controle de zoonoses, medicamentos e promoção da saúde. Todo esse esforço é direcionado para alcançar metas comuns, como iniciativas sanitárias multilaterais, traçadas pelos governos que fazem parte da OMS, sempre com uma atenção especial aos grupos mais vulneráveis: mães e crianças, trabalhadores, idosos, pobres, refugiados e desabrigados.

A Declaração de Alma-Ata (Art. VII, inciso 4) afirma que os cuidados em saúde envolvem o próprio setor saúde, bem como todos os setores e aspectos relacionados ao desenvolvimento das comunidades e das nações, em particular, agricultura, pecuária, produção de alimentos, indústria, educação, habitação, obras públicas, comunicação e outros setores, que demandam esforços coordenados. Desde a conferência de Alma-Ata, um movimento global em torno dos determinantes sociais em saúde ganhou força, culminando na recomendação da Assembleia da OMS, realizada em 2009, para a redução das desigualdades na saúde através da implementação da estratégia da “Saúde em todas as políticas”.

Nesse sentido, para se garantir a saúde das pessoas, faz-se necessário integrar os serviços de saúde aos demais órgãos públicos, articulando políticas e programas que impactam na saúde. Isso significa que, na área que envolve a prevenção e cuidado aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, os serviços de atenção integral no âmbito do SUS (por exemplo, centros de atenção psicossocial, consultórios de/na rua e leitos de desintoxicação em hospitais gerais) devem estar articulados aos demais serviços e programas existentes na política de saúde, como o Programa Saúde da Família, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, am-

Acesse o sítio do PRONATEC, disponível no endereço <http://pronatec.mec.gov.br/>.

bulatórios especializados, testagem rápida para HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, bem como de outras políticas, como a de assistência social (casas de acolhimento temporário e auxílio moradia, por exemplo), de educação (como creches, elevação de escolaridade e qualificação profissional), de emprego e renda (a exemplo do **PRONATEC**, dentre outras políticas, de forma que os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis sejam potencializados, se evite duplicidade de meios para os mesmos fins e possa se dar atenção às diversas necessidades de saúde e sociais dos usuários de drogas.

Dessa forma, no caso de uma jovem mãe, menor de 18 anos, com baixa escolaridade, sem endereço fixo e usuária de crack em uma comunidade qualquer, a equipe do Consultório de Rua poderia fazer a abordagem inicial e referenciá-la a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e/ou referenciá-la a um dos serviços de acolhimento temporário da Política de Assistência Social. Além disso, poderia ser solicitado apoio ao Conselho Tutelar para localizar uma creche para seu filho(a), bem como sua colocação em uma família acolhedora. Essa jovem poderia também ser inserida em um programa de aceleração de escolaridade e/ou no mercado de trabalho através dos programas que realizam atendimento às empresas para qualificação profissional de jovens aprendizes.

Como os determinantes da saúde e das doenças, individuais e coletivas, decorrem das condições de vida das pessoas (alimentação, escolaridade, habitação, trabalho, capacidade de consumo e acesso a direitos que devem ser garantidos pelo poder público), não é possível planejar e gerir o setor saúde sem desenvolver ações intersetoriais, ou seja, sem integrá-lo às demais políticas sociais (educação, transporte, ação social) e econômicas (trabalho, emprego e renda). Propõe-se que a intersetorialidade seja planejada preservando a autonomia administrativa e política dos demais setores públicos que se articulam ao setor saúde.

Intersetorialidade na saúde do Brasil

No Brasil, desde a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), a saúde passou a ser compreendida como o resultado da forma como as pessoas se alimentam, moram, têm acesso à educação, ao tra-

balho, emprego e renda, ao transporte, ao lazer, à liberdade e à posse da terra e aos serviços de saúde. Esse conceito ampliado de saúde reconhece a necessidade de garantir cuidados para além do setor saúde e aponta para a importância da colaboração intersetorial com outras políticas públicas na cobertura integral e universal de saúde, como está inscrito no Art. 196, da Constituição Federal: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, não paginado).

A implementação de políticas públicas sociais e econômicas que incorpora a dimensão intersetorial demanda uma reflexão acerca do papel do Estado, histórica e geograficamente situado, pois este varia ao longo do tempo e de acordo com a forma de organização da produção da riqueza social em cada sociedade. Em outras palavras, faz-se necessário compreender o desenvolvimento das políticas públicas sociais e econômicas nos marcos do sistema capitalista contemporâneo (**seja no modelo de bem-estar social, seja no neoliberal**). O que se faz (ações), quanto se gasta (financiamento), a quantidade e a qualidade dos serviços oferecidos (cobertura) e quem executa (gestão) expressam decisões ético-políticas tomadas, as quais são resultantes das lutas cotidianas e democráticas das diferentes classes e frações de classe de determinada sociedade por maior participação na riqueza social. As políticas públicas sociais e econômicas são, portanto, intervenções do Estado em resposta às demandas e necessidades da sociedade, integrada por diversos e antagônicos interesses individuais e coletivos.

Conheça mais sobre as diferenças entre os dois modelos nos sites: http://pt.wikipedia.org/wiki/Estado_de_bem-estar_social e <http://pt.wikipedia.org/wiki/Neoliberalismo>.



Lembre-se

As políticas sociais são mais ou menos elásticas e estão permanentemente em disputa na sociedade. Elas são ampliadas ou restringidas de acordo com a correlação de forças na luta política entre os interesses das classes sociais (classe trabalhadora, empresariado, banqueiros, investidores financeiros, ruralistas, entre outros) e seus segmentos existentes na sociedade (mulheres, negros, idosos, crianças e adoles-

centes, LGBT, entre outros). A classe trabalhadora conquista mais direitos (como mais e melhores serviços públicos de saúde, habitação, aposentaria, etc.) em períodos de expansão econômica e maior organização da própria classe em sindicatos e/ou outros movimentos sociais, enquanto, nos períodos de recessão econômica e refluxo dos movimentos dos trabalhadores, as políticas sociais sofrem retração. Os próprios ciclos econômicos são resultado da interação de decisões ético-políticas e econômicas tomadas por homens que produzem e se apropriam da riqueza socialmente produzida de forma desigual. Essa interação (luta política) baliza as possibilidades e limites de mais e melhores políticas sociais públicas.

O Brasil é um país marcado, historicamente, por profundas desigualdades na distribuição da riqueza socialmente produzida, pelo domínio da política econômica sobre a política social e pela interferência de interesses econômicos privados na formulação das políticas públicas sociais.

Nesse cenário brasileiro, a intersetorialidade se transforma em um paradigma essencial no desenvolvimento das políticas públicas sociais e econômicas. Em situações complexas como a de exclusão social brasileira, a intersetorialidade nas políticas públicas é um grande desafio, mas um desafio necessário e urgente, que deve ser assumido como compromisso de todos: governantes, gestores, profissionais, usuários, lideranças e instituições de ensino, no sentido de garantir mais saúde e melhor qualidade de vida à maioria da população brasileira.

Exemplos de práticas intersetoriais na saúde

No que se refere às práticas de saúde, a intersetorialidade passa também a ser um componente e princípio essencial, sobretudo, diante da crescente complexificação dos problemas enfrentados pela humanidade, como os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, bem como pela oferta de novos e melhores conhecimentos e tecnologias. Nesse sentido, os sistemas de saúde, criados e organizados para dar

respostas às necessidades de saúde das populações, exigem estruturas e recursos tão complexos quanto os problemas que pretendem atender.

Considerando que boas condições de saúde são facilitadores e más condições de saúde são obstáculos no desenvolvimento social e econômico, os governos são fundamentais no desenvolvimento e coordenação dessas complexas estruturas, que devem ter objetivos comuns, respostas integradas e distribuição de responsabilidades pelos diferentes setores do governo envolvidos.

No Encontro Internacional sobre Saúde em Todas as Políticas, promovido pela OMS, realizado em Adelaide (Austrália), no ano de 2010, seus participantes recomendaram que a formulação, implementação e avaliação de políticas e serviços, integrando esforços ligados à saúde, ao bem-estar e à equidade, tenham: (a) governos integrados; (b) processos sistemáticos que levem interações multissetoriais em consideração; (c) mediação, levando-se em conta todo o espectro de interesses; (d) responsabilidade, transparência e participação; (e) engajamento com atores extragovernamentais; e (f) iniciativas multissetoriais que construam parcerias e confiança.

Ferramentas e instrumentos úteis aos governos:

- formação de comitês (interministeriais, interdepartamentais e intersecretarias) e equipes de ação multissetoriais;
- integração de orçamentos/contabilidade e das informações/sistemas de avaliação;
- capacitação integrada da força de trabalho; consultas à comunidade e estabelecimento de parcerias;
- realização de estudos de impacto com análise pelo viés da saúde.

A *Declaração de Adelaide sobre Saúde em Todas as Políticas* oferece alguns exemplos de ações governamentais coordenadas, os quais apresentamos no Quadro 1.

Quadro 1 – *Declaração de Adelaide sobre Saúde em Todas as Políticas: exemplos de ações governamentais coordenadas*

Setores e questões	Inter-relações entre saúde e bem-estar
Economia e emprego	▪ Economias sólidas e crescimento econômico são estimulados por uma população saudável. Pessoas saudáveis são capazes de aumentar o nível de poupança do lar, são mais produtivas no trabalho, são capazes de se adaptar mais facilmente a mudanças ocorridas no trabalho e podem continuar trabalhando por mais tempo. ▪ Oportunidades de trabalho e empregos estáveis melhoraram as condições de saúde de todos em diferentes grupos sociais.
Segurança e justiça	▪ Taxas de violência, doenças e acidentes aumentam em populações onde o acesso à alimentação, água, habitação, oportunidades de trabalho e sistema de justiça justo é mais difícil. Como resultado, os sistemas de justiça nas sociedades têm que lidar com as consequências do acesso limitado a essas necessidades básicas. ▪ A prevalência de doenças mentais (e problemas relacionados às drogas e ao álcool) é associada à violência, crime e encarceramento.
Educação e infância	▪ A saúde precária de crianças ou algum membro da família dificulta ganhos educacionais e diminui o potencial de aprendizagem das habilidades necessárias para enfrentar os desafios da vida e buscar oportunidades na vida. ▪ Conquistas educacionais tanto para mulheres como para homens contribuem diretamente com a melhoria da saúde e da habilidade de participar plenamente em uma sociedade produtiva, bem como criam cidadãos engajados.
Agricultura e alimentação	▪ Segurança alimentar aumenta quando a saúde é levada em consideração na produção, processamento, comércio e distribuição dos alimentos através da promoção da confiança do consumidor e assegurando práticas de agricultura sustentável. ▪ Alimentação saudável é fundamental para a saúde das pessoas e boa comida e práticas seguras ajudam a reduzir a transmissão de doenças dos animais para os homens; bem como são estruturantes de práticas de agricultura com impactos positivos na saúde dos trabalhadores da agricultura e de comunidades rurais.

Infraestrutura, planejamento e transporte	▪ O planejamento adequado das estradas, transporte e habitação requer avaliação dos impactos sobre a saúde uma vez que isso pode reduzir os danos ao meio ambiente, e melhorar a capacidade das redes de transporte e sua eficiência na movimentação das pessoas, produtos e serviços. ▪ Melhores oportunidades de transporte, incluindo maior mobilidade às bicicletas e incentivo às pessoas para caminharem, constroem comunidades mais seguras e habitáveis, e reduzem a degradação ambiental, melhorando a saúde.
Meio ambiente e sustentabilidade	▪ O uso mais eficaz dos recursos naturais e a promoção da sustentabilidade podem ser melhores alcançados através de políticas que influenciem os padrões de consumo da população, que por sua vez também traz benefícios à saúde. ▪ Globalmente, um quarto de todas as doenças preveníveis é decorrente das condições de vida das pessoas.
Habitação e serviços comunitários	▪ O desenho arquitetônico e o planejamento da infraestrutura que levam em conta a saúde e o bem-estar (ex. insolação, ventilação, espaços públicos, dejetos e coleta de resíduos) e incluem a participação da comunidade podem melhorar a coesão social e aumentar o apoio para o desenvolvimento de projetos. ▪ Habitações com bons e acessíveis desenhos arquitetônicos, bem como serviços comunitários adequados podem enfrentar alguns dos maiores determinantes da saúde das pessoas e comunidades pobres.
Terra e cultura	▪ Maior acesso à terra pode gerar melhoria da saúde e do bem-estar de populações indígenas, uma vez que a saúde e o bem-estar dessas populações são espiritual e culturalmente ligadas a um profundo sentimento de pertencimento à terra e à região. ▪ Melhorias na saúde de populações indígenas podem fortalecer as comunidades e suas identidades culturais, ampliar a participação dos cidadãos e apoiar a preservação da biodiversidade.

No tocante ao planejamento e execução das políticas sociais, particularmente da política de saúde, em que operam determinações diversas para além do processo saúde-doença, esse complexo de mediações recai sobre o cotidiano dos serviços e, conseqüentemente, sobre os profissionais e usuários da área de saúde. Garantir o direito à saúde em um cenário de políticas compensatórias demanda articulação de saberes profissionais, compartilhamento de experiências, circulação de infor-

¹Apoio matricial:

"[...] metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados [...]. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência" (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 399-400).

mações, cooperação entre serviços e participação social (controle social, com destaque para os conselhos e conferências temáticas). Esse modelo de gestão, baseado nas estratégias de gestão colegiada, **apoio matricial**¹ e clínica ampliada, propicia a cada setor envolvido uma maior capacidade de analisar e modificar seu próprio modelo de gestão a partir da convivência com os demais atores envolvidos.

Em um modelo de gestão colegiada, participativo e centrado no trabalho em equipe e na construção coletiva (planeja quem executa), o saber e o poder são compartilhados, para se analisar, decidir e avaliar. A direção das unidades de saúde define suas diretrizes e apresenta suas propostas aos colegiados, que, por sua vez, analisam, reformulam e pactuam as propostas. Da mesma forma, usuários, familiares e as equipes também têm pedidos e propostas que devem ser consideradas e acordadas. Os colegiados são espaços coletivos deliberativos, que tomam decisões no seu âmbito de governo em conformidade com as diretrizes e contratos definidos. Em uma unidade de saúde, todos os seus membros devem integrar o colegiado gestor, que tem por finalidade elaborar o projeto de ação da instituição, atuar no processo de trabalho da unidade, responsabilizar os envolvidos, acolher os usuários, criar e avaliar os indicadores, sugerir e elaborar propostas.

No apoio matricial, que é uma nova lógica de produção do processo de trabalho, o profissional atua em determinado setor e oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Dessa forma, saberes e fazeres deixam de ser fragmentados, pois, ao mesmo tempo em que o profissional continua pertencendo à sua equipe, setor, ele também apoia outras equipes e se torna referência para elas.

²Adscrição:

Adscrição no sentido de definição/delimitação da população usuária do serviço e do território.

Já na clínica ampliada, o trabalho de acolhimento terapêutico visa o sujeito e a doença, a família e seu contexto de vida. O objetivo passa a ser produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade, utilizando como meios de trabalho: a integração da equipe multiprofissional, a **adscrição**² de clientela e construção de vínculo, a elaboração de projeto terapêutico conforme a vulnerabilidade de cada caso e ampliação dos recursos de intervenção sobre o processo saúde-doença.

Como vimos anteriormente que toda e qualquer política pública é um processo de escolha e tomada de decisões coletivas, envolvendo o Estado e a

sociedade em suas relações antagônicas, os movimentos sociais, partidos políticos, sindicatos, conselhos de direitos, conselhos gestores dos serviços e as demais formas de organização da sociedade ganham ainda mais importância, pois a participação social (coletiva) é imprescindível na reivindicação, cobrança, fiscalização e no controle das ações e serviços prestados pelo Estado, nos diferentes níveis de governo.

A demanda pelo desenvolvimento de políticas públicas sociais e econômicas intersetoriais e a maior restrição dos gastos públicos intensifica a necessidade de formação e capacitação de gestores e profissionais para executarem as políticas. Para assegurar a qualidade dos serviços públicos prestados em condições de trabalho adversas, a integração ensino-serviço passa a ocupar lugar estratégico na agenda das políticas públicas, tanto para qualificação da gestão como dos recursos humanos. Nesse sentido, as instituições de ensino devem contribuir para que os profissionais se tornem elementos propulsores do desenvolvimento efetivo, aprimoramento e consolidação do acesso aos serviços de saúde. Uma universidade socialmente referenciada pode oportunizar novos significados ao próprio trabalho e aos espaços profissionais. Quem executa pode pensar criticamente o cotidiano de sua prática profissional e criar modos criativos e originais de organizar a rede de serviços, garantir acessibilidade e humanização do atendimento. Quem produz conhecimento não é apenas aquele que tem educação de nível superior ou é doutor pesquisador.

Por fim, como afirmamos anteriormente e demonstramos ao longo deste Capítulo, a intersectorialidade nas políticas públicas é tarefa urgente, necessária e de todos: governantes, gestores, profissionais, usuários, lideranças, conselheiros e instituições de ensino. Alianças intersectoriais devem permanentemente ser construídas e para redirecionar as práticas, particularmente, na política sobre drogas, que é transversal a várias políticas sociais. A estratégia intersectorial territorial na atenção psicossocial deve ser a ordenadora da rede. Nesse sentido, os serviços e equipamentos do Sistema Único de Saúde, Sistema Único de Assistência Social, Sistema Público de Educação, Política Nacional do Idoso, Política Nacional de Direitos Humanos, Política Nacional de Segurança Pública, dentre outras políticas, devem estabelecer no território ações intersectoriais de cuidados de atenção integral às pessoas com problemas

relacionados às drogas. Os serviços e/ou dispositivos com perfis diferenciados, mas complementares, devem atuar conforme as realidades locais. Para isso, no território, os atores envolvidos com as diferentes políticas devem, democraticamente, trocar experiências em fóruns locais e/ou eventos organizados especificamente para esse fim.



Saiba Mais

A experiência cubana de intersetorialidade no desenvolvimento da saúde pública do país foi iniciada em 1959 e é prioridade do Governo Revolucionário Cubano até os dias atuais. Em Cuba, a saúde é elemento substancial do desenvolvimento, vinculado a todos os aspectos da vida humana, e não apenas restrito à ausência de doença. O processo cubano priorizou a alfabetização da população para facilitar a participação popular (década de 1960); a criação de órgãos de poder popular e planejamento para viabilizar o acesso aos serviços de saúde (década de 1970); a instituição do movimento dos municípios saudáveis (década de 1980); a produção de material didático com metodologias de apoio aos municípios para promover a intersetorialidade (década de 1990); a constituição do Comitê Nacional de Saúde e Qualidade de Vida, que integra diferentes setores e órgãos na definição de políticas para o cumprimento de várias metas, e a realização de estudos e pesquisas sobre intersetorialidade.

Resumo

Você encerrou mais um Capítulo deste *Curso*. Nele, você conheceu o conceito de intersetorialidade, uma intervenção coordenada que busca articular diversos atores e setores na formulação de políticas públicas voltadas ao tratamento de problemas de saúde, com foco no desenvolvimento de ações de atenção integral. Compreendeu, também, que essa estratégia de articulação de diferentes políticas sociais não é nova e que, desde o final da década de 1970, a OMS recomenda sua implementação como ordenadora da política de saúde em âmbito local, como forma de potencializar os recursos sociais existentes. Aprendeu, ainda, que a intersetorialidade é papel de todos e que a participação social (coletiva) é imprescindível na reivindicação, cobrança, fiscalização e controle das ações e serviços pres-

tados pelo Estado, nos diferentes níveis de governo. Por fim, com base nas questões que abordamos neste Capítulo, você já tem subsídios para identificar quais políticas públicas setoriais existentes em seu território empreendem ações voltadas à atenção integral a usuários com problemas relacionados ao uso de álcool e de outras drogas, tanto quanto construir ações integradas de atenção integral, voltadas especificamente a essa população-alvo. No próximo Capítulo, apresentaremos a Política Nacional de Saúde Mental, assim como descreveremos os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o Sistema Único de Saúde.

Referências

AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. **Orçamento geral da União 2014, 2013 e 2012, 2014**. Brasília: Auditoriacidada.org, 2012. Disponível em: <http://www.auditoriacidada.org.br/e-por-direitos-auditoria-da-divida-ja-confira-o-grafico-do-orcamento-de-2012/>. Acesso: em 18 fev. 2014.

BERING, E. R.. Política social no contexto da crise capitalista. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), p. 1 (anexo), 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao-compilado.htm. Acesso em: 20 abr. 2014.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro (RJ), v. 23, n. 2, p. 399-407, fev.2007.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Oficinas Gráficas da Codeplan, 1986.

ETIENNE, C. F. Social determinants of health in the Americas. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 34, n. 6, 2013.

MARMOT, M.; PELLEGRINI FILHO, A.; VEGA, J.; SOLAR, O.; FORTUNE, K. Action on social determinants of health in the Americas. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 34, n. 6, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração política do Rio sobre determinantes sociais da saúde. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 1. 2011, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: World Health Organization, 2011.

_____. **Redução das desigualdades no período de uma geração.** Relatório final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: WHO, 2010.

_____. **Declaração de Adelaide sobre a saúde em todas as políticas.** Governo da Austrália Meridional. Sidney (AUS): WHO, 2010.

_____. **Carta de Ottawa:** promoção da saúde nos países industrializados. Ottawa (CAN): OMS, 1986.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Planificación local participativa:** metodologias para a promoción de la salud en América e el Caribe. Washington DC (USA): OPAS, 1999.

REDE HUMANIZASUS. **Glossário:** Intersetorialidade. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/glossary/>. Acesso em: 18 fev. 2014.

SERRATE, P. C-F.; ABREU, E. A. G. La intersectorialidad y el desarrollo de la salud pública em Cuba. **Revista Cubana de Salud Pública**, Ciudad de La Habana, v. 35, n. 1, p. 1-6, ene./mar. 2009.

UCHÔA, R.; PIMENTEL, P.; MORAES, P. O saber teórico e o fazer qualificado: a experiência de integração ensino-serviço na política de drogas e saúde mental da cidade do Recife. In: UCHÔA, R.; PIMENTEL, P.; LINS, J. (Orgs.). **Integração ensino-serviço e política sobre drogas.** Recife: UFPE, 2013.



Leon de Souza Lobo Garcia

Graduado em Medicina e residência em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1995 e 1998), doutor em Epidemiologia e Saúde Pública pela University College London (2009), é Diretor de Articulação e Coordenação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD-MJ).

Patrícia Santana

Psicóloga, formada pela Universidade Católica de Brasília (UCB), é consultora da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DAET/SAS) do Ministério da Saúde.

Pollyanna Pimentel

Assistente Social pela UFPE, mestre em Saúde Coletiva (UFPE), doutoranda do Programa de Medicina Preventiva (UNIFESP), membro do Grupo de Estudos em Álcool e Outras Drogas (GEAD-UFPE), é consultora da Coordenação de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DAET/SAS) do Ministério da Saúde.

Roberto Tykanori

Graduado em Medicina pela Universidade de São Paulo (1983), doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (2001) e residência médica pela Universidade de São Paulo (1986), é coordenador de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DAET/SAS) do Ministério da Saúde.

CAPÍTULO

12

Política Nacional de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde

Leon de Souza Lobo Garcia
Patrícia Santana
Pollyanna Pimentel
Roberto Tykanori

Política Nacional de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde

Breve apresentação

No Capítulo anterior, vimos conceitos importantes sobre políticas públicas e intersetorialidade. Estudamos, também, os papéis dos diferentes agentes nas ações intersetoriais, assim como alguns exemplos das práticas intersetoriais na saúde. Neste texto, abordaremos a Política Nacional de Saúde Mental em sua interface com a Política de Drogas, e descreveremos os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS). Apresentaremos, ainda, as mais recentes ações no campo da política pública de drogas no Brasil.

Ao final da leitura deste Capítulo, você terá uma compreensão histórica da Política de Saúde Mental. Entenderá, ainda, que tanto a garantia da saúde integral quanto a cidadania das pessoas que sofrem com transtornos mentais, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, são os princípios que fundamentam os serviços da RAPS e as ações do *Programa Crack, é possível vencer*, lançado pelo Governo Federal em 2011 e implementado em parceria com estados e municípios.

A construção da Política de Saúde Mental no Brasil

¹ Modelo de Atenção Psicossocial:

É um modelo que se baseia na constituição de uma Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental.

² Desinstitucionalização:

Estratégias de desinstitucionalização são constituídas por iniciativas que visam garantir às pessoas com transtorno mental, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos, com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde iniciada na década de 1980, com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de cem mil pessoas com transtornos mentais. O movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental, baseado na internação em hospitais psiquiátricos, por um *modelo de atenção psicossocial*¹ em serviços inseridos na comunidade.

Ainda na década de 1980, experiências municipais iniciaram a *desinstitucionalização*² de moradores de manicômios, criando serviços de atenção psicossocial para realizar a (re)inserção dessas pessoas na sociedade e nos seus lugares de vida. Foram fechados hospitais psiquiátricos à medida que se expandiam serviços diversificados de cuidado de longa duração intensivos para os períodos de crise. A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de seus sintomas. Isso implica organizar serviços abertos, com participação ativa dos usuários e com a formação de redes que envolvam outras políticas públicas, como educação, moradia, trabalho, cultura, dentre outras.

O desafio que se coloca é, em vez de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, habitar os circuitos de vida e trocas já existentes nas comunidades e na sociedade em sua totalidade. Isso leva o tema da saúde mental para além do Sistema Único de Saúde (SUS), já que, para realizar-se, ele implica a abertura da sociedade para a sua própria diversidade.

A aprovação de leis estaduais alinhadas a esses princípios, ao longo da década de 1990, refletiu o progresso desse processo político de mobilização social não só no campo da saúde, mas também no conjunto da sociedade. Assim, normativas federais passaram a estimular e regular a nascente rede de serviços de base comunitária. Em 2001, após mais de

dez anos de negociação no Congresso Nacional, foi sancionada a **Lei n.º 10.216**¹ que afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os princípios do movimento iniciado na década de 1980 tornam-se uma **Política de Estado**². Na década de 2000, com financiamento e regulação tripartite (União, Estados e Municípios), ampliaram-se os serviços que viriam a constituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A partir do **Decreto Presidencial n.º 7.508**³, de 28 de junho de 2011, a RAPS passa a integrar o conjunto das redes indispensáveis à constituição das regiões de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante de um novo cenário de atenção à saúde, entendemos que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pretende apropriar-se, cada vez mais, da saúde mental e da garantia de direitos de todo cidadão, inclusive daqueles com transtornos mentais, ou com transtornos advindos do uso de crack, álcool e de outras drogas. Para tanto, conversaremos, no próximo tópico, mais profundamente sobre Cidadania e Saúde Mental.

Saúde mental e cidadania

A Lei Federal n.º 10.216, de 06 de dezembro de 2001, garante os direitos das pessoas com transtorno mental, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. De forma geral, essa lei assegura às pessoas o direito a um tratamento que respeite a sua cidadania e que, por isso, deve ser realizado de preferência em serviços comunitários, de base territorial, sem excluí-los, portanto, do convívio na sociedade. O texto dessa lei destaca os seguintes direitos dos usuários do SUS:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades;
- II - ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração;

¹ Você pode acessar a referida lei no sítio do governo, disponível em <http://www.imil.org.br/artigos/sobre-politicas-de-governo-e-politicas-de-estado-distincoes-necessarias/>.

² Você sabe a diferença entre a política de governo e a de Estado? Conheça um pouco mais acessando o sítio <http://www.imil.org.br/artigos/sobre-politicas-de-governo-e-politicas-de-estado-distincoes-necessarias/>.

³ Acesse a lei sobre a organização do Sistema Único de Saúde, disponível no sítio http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade, ou não, de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Feito esse registro, focalizamos, no próximo tópico, questões atinentes à atenção psicossocial, território e redes sociais.

Atenção psicossocial, território e redes sociais

O conceito de *território* para a saúde é muito importante, pois não trata apenas de uma área geográfica, mas também inclui as relações sociais que nesse espaço se desenvolvem. Um serviço de base territorial é, com efeito, um serviço de portas abertas – qualquer um pode acessar, entrar e sair – que está localizado perto de onde o usuário vive, onde está a sua família, seus amigos, as instituições com as quais tem contato (igreja, terreiro, escola, polícia, dentre outras), os lugares que frequenta (unidade de saúde, lojas, e demais lugares), e onde circulam, por conseguinte, seus sentimentos, afetos e laços sociais. Esses elementos que fazem parte da vida do usuário compõem o que chamamos de rede social.

Dessa forma, entendemos que o cuidado à saúde das pessoas é muito mais potente nesse território vivo, onde a sua rede social pode auxiliá-lo no tratamento e no alívio do seu sofrimento.

Por outro lado, a aproximação das ações de saúde mental dos territórios deve contribuir para que a comunidade esteja mais bem preparada para incluir, sem estigmatizar, a diversidade que tanto a loucura quanto o uso de drogas expressam.

Da coerção à coesão: dependência de drogas e reabilitação psicossocial

A evolução ética que acompanha a reforma psiquiátrica inclui o cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, e está alinhada ao consenso internacional sobre o tema.

O **Escritório das Nações Unidas para o Crime e as Drogas** (UNODC) definiu uma diretriz clara em relação ao problema da droga ao escolher investir no cuidado de saúde e na coesão social, e não em medidas coercitivas de restrição de liberdade, seja no sistema penal, seja no tratamento de saúde fechado e involuntário. Nesse sentido, a importância da atuação no território e dos laços sociais na atenção ao sofrimento mental, expressas na Lei n.º 10.216 e nos princípios da RAPS, não deve ser vista como contraditória com o cuidado daqueles que fazem uso prejudicial da droga, mesmo quando necessitam de internação ou acolhimento transitório.

O sítio, em português, do Escritório da ONU pode ser acessado em <http://www.onu.org.br/onu-no-brasil/unodc/>.

A RAPS inclui o dispositivo dos leitos psicossociais em Hospital Geral para internações breves, motivadas por urgências psiquiátricas, como uma psicose secundária ao uso de drogas que resulte em grande desorganização do comportamento ou em elevado risco de suicídio. Oferece, também, possibilidades de acolhimento voluntário, imediato e breve – leitos psicossociais em CAPS 24 horas, sejam eles CAPS AD III, sejam CAPS III –, em situações de crise ou de grande vulnerabilidade. Usuários de drogas, muitas vezes, solicitam acolhimento em CAPS, ou são orientados pelas suas equipes de referência para conseguir alcançar metas desejadas pelo sujeito, como, por exemplo, se for do seu desejo, interromper o uso compulsivo de crack ou mesmo de álcool.

No médio e longo prazo, é preciso considerar, no entanto, o fato de que os territórios existenciais e laços sociais das pessoas que fazem uso de drogas não estão apenas ligados ao universo da droga e não devem, por isso, ser desconsiderados em seu cuidado. Eles são, seguramente, mais diversos do que um retrato momentâneo do usuário pode fazer supor.

O trabalho do cuidado está justamente em (re)encontrar, se possível com família e amigos, os espaços de inserção e de trocas sociais que a droga inibiu ou encobriu. Esse não pode ser, todavia, um processo solitário, realizado em reclusão, ainda que algum tipo de proteção deva ser oferecido, como no caso dos serviços residenciais de caráter transitório da RAPS (unidades de acolhimento e comunidades terapêuticas) que podem acolher, por alguns meses, os usuários durante esse processo. Ele deve ser, por conseguinte, um movimento assistido de (re)aproximação com os espaços de troca (trabalho, lazer, cultura, esporte) que podem criar sentido na vida de qualquer pessoa. Mais à frente neste Capítulo, você irá conhecer cada um desses serviços da RAPS.

Isso pode, com efeito, sustentar os ganhos obtidos com o tratamento, saindo do ciclo de altos e de baixos – abstinência na internação, intercalada com uso descontrolado na alta – que tanto caracteriza o usuário de drogas, como o de álcool e o de crack. É razoável imaginar que esses movimentos de (re)inserção serão tão mais bem-sucedidos quanto mais livres e, por isso mesmo, diversos e autênticos os caminhos escolhidos.

É verdade que a associação do uso prejudicial e, sobretudo, precoce da droga, aliada a uma condição de miséria extrema, exige um trabalho de (re)inserção social abrangente, intensivo e prolongado. Esse trabalho não deixa de ser, no entanto, fundamentalmente realizado nos espaços sociais de troca e de criação de laços, nos espaços de exercício da cidadania. Ele não pode ter, portanto, na exclusão da comunidade seu princípio orientador.

A situação de crianças e adolescentes que fazem uso de drogas não é diferente, particularmente quando esse uso está combinado com misé-

ria e abandono familiar. Nesses casos, fica evidente que tanto a miséria quanto o abandono precedem o uso da droga. É, portanto, na garantia dos direitos dessas crianças e adolescentes, da saúde à educação, como determinado no *Estatuto da Criança e do Adolescente*, que devem ser investidos os esforços de ações abrangentes de proteção e de cuidado.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) está disponível online, no sítio http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm.

Aspectos legais da internação em saúde mental

O artigo 4º da Lei n.º 10.216 afirma que a “[...] internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”; ou seja, a internação psiquiátrica nunca deve ser a primeira opção no tratamento das pessoas que sofrem por conta de transtornos mentais, incluindo a dependência a substâncias psicoativas. Ademais, a internação involuntária fica restrita às situações de risco iminente de morte para o usuário, a partir de avaliação direta de um médico e com autorização da família ou responsável legal. Seu caráter de excepcionalidade fica evidenciado na Portaria n.º 2.391/GM, de 26 de dezembro de 2002, que regulamenta o controle dessas internações e sua notificação ao Ministério Público por todos os estabelecimentos de saúde, vinculados ou não ao SUS.

Assim, são três os tipos de internação psiquiátrica definidos na legislação brasileira:

I - *internação voluntária*: o próprio usuário solicita ou consente com sua internação e tem o direito de pedir a qualquer momento a sua suspensão;

II - *internação involuntária*: acontece sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro. Nesse caso a internação deve ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando ocorrer a alta. Nesse caso, a família tem direito a pedir a suspensão da internação a qualquer momento;

III - *internação compulsória*: aquela determinada pela Justiça.

Inimputável:

“É a pessoa que cometeu uma infração penal, porém era, no momento do crime, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento” (JUSBRASIL, 2009, não paginado). Para saber mais, acesse: <http://jb.jusbrasil.com.br/definicoes/100002870/inimputavel?ref=home>.

No espírito da Lei n.º 10.216, a internação compulsória deve ser aplicada à pessoa com transtorno mental que comete um delito; ou seja, sua aplicação está restrita às pessoas que, tendo cometido um delito, foram julgadas por esse delito e consideradas *inimputáveis* pela sua condição de saúde mental pelo Sistema Judiciário. Nesses casos, em vez de cumprirem pena, essas pessoas são submetidas a uma medida de segurança, a qual se traduz em tratamento compulsório, podendo ou não incluir internação. Cabe destacar que essa modalidade do tratamento compulsório deve partir de uma avaliação completa por profissionais de saúde mental e seguir as mesmas diretrizes expostas pela Lei n.º 10.216.

O tema da internação motivada pelo uso da droga adquiriu, no Brasil, um relevo sem paralelo no contexto internacional e, como vimos, sem suporte na legislação que orienta a política de saúde mental no País. A defesa da internação para usuários de drogas como política prioritária, particularmente quando involuntária, parte de uma premissa contraditória que tira a liberdade de adultos, crianças e adolescentes, que não cometeram delitos passíveis de prisão, para garantir, supostamente, sua cidadania.



Para refletir

Assista ao depoimento do médico e professor Antonio Nery Filho acerca da internação compulsória, disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=HlJjorkWXbg>. E você, caro(a) cursista, qual a sua opinião sobre isso? Há, também, um debate disponível no canal da TV Cultura, disponível em https://www.youtube.com/watch?v=5V_0vWSA2FQ.

O recurso à internação, seja ela voluntária, seja involuntária, seja compulsória, não deve nem pode pretender suprir o desafio que nossa sociedade tem de garantir às pessoas fragilizadas pela droga, pelos transtornos mentais e pela miséria o direito de exercer sua cidadania.

O SUS e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A publicação da **Portaria n.º 3088, de 26 de dezembro de 2011**, veio regulamentar, de forma detalhada, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pelo Decreto Presidencial n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. No processo de governança do SUS, as portarias representam um acordo entre representantes de gestores municipais, estaduais e federal da saúde, além de trabalhadores do SUS e entidades da sociedade civil. Daí a importância do consenso que essa Portaria representa quanto aos serviços e às ações que oferecem atenção psicossocial, no País, para as pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, incluindo aqueles decorrentes do uso prejudicial de drogas.

Para implementação das políticas que essa Portaria define, foi prevista a criação dos chamados grupos condutores da RAPS em âmbito estadual e regional/municipal. Nesses grupos condutores, os gestores da saúde elaboram os planos de ação para implementar os serviços de que seus territórios necessitam.

A Portaria descreve seis componentes dessa rede que, por sua vez, compreendem um conjunto de serviços para atender às diferentes necessidades de atenção dos seus usuários. Por essa característica, esses serviços são, também, chamados de **Pontos de Atenção**.

A referida portaria está disponível no site <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>.

A articulação em rede dos variados pontos de atenção promove a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Essa rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede conforma-se à medida que são, permanentemente, articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades.

Tecidas essas considerações, elencam-se, a seguir, os componentes da RAPS no território.

Saiba mais sobre os Projetos visitando o sítio: http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/nt_16_academias_da_saude.pdf.

Atenção Básica em Saúde

A Atenção Básica oferece à população seu primeiro e mais próximo ponto de contato com os serviços de saúde. Seus serviços não se restringem a oferecer consultas, grupos terapêuticos ou campanhas de vacinação. As equipes da Atenção Básica que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) promovem, igualmente, ações coletivas de promoção da saúde no território, como grupos de caminhada no bairro e sessões de exercício físico nas **Academias da Saúde**.

Realizam, ainda, ações de prevenção de agravos à saúde, como grupos educativos sobre abuso de drogas, em parceria com os professores nas escolas da comunidade. Fazem reabilitação física e psicossocial, por exemplo, de pessoas que tiveram acidentes vasculares encefálicos (derrames) e precisam de fisioterapia em domicílio, ou de jovens dependentes de drogas em conflito familiar e na escola. Oferecem grupos terapêuticos e consultas com médicos, enfermeiros e psicólogos, dentre outros, e são capazes de diagnosticar e de tratar, em média, 85% dos problemas de saúde da população.

Hoje em dia, mais da metade dos brasileiros já recebe os cuidados das chamadas Equipes de Saúde da Família (ESF) que, baseadas nas Unidades Básicas de Saúde, conseguem trabalhar com um modelo preventivo, territorializado e intersetorial de saúde. Tais equipes são compostas por um médico, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os agentes devem morar na própria comunidade onde trabalham. As ESF assumem a responsabilidade por um território definido com cerca de três a quatro mil pessoas. Isso lhes permite conhecer, ao longo do tempo, o contexto social e sanitário dessa comunidade e as histórias das pessoas que nela vivem. Essas equipes trabalham em conjunto com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), também baseados nas unidades básicas de saúde, que podem incluir psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, psiquiatras, ginecologistas, pediatras, nutricionistas, dentre outros. Os saberes específicos desses profissionais, combinados com o conhecimento aprofundado das pessoas que as ESF têm, são a base das ações conjuntas, como grupos, consultas, discussões de caso nas unidades de saúde, nas casas e nos locais onde as pessoas vivem e se encontram na comunidade.

Na Atenção Básica existem, também, equipes especiais de saúde voltadas ao cuidado da população que vive em situação de rua. São os Consultórios na Rua. Essas equipes multiprofissionais, que podem incluir médicos, trabalham com os mesmos princípios da Estratégia de Saúde da Família. E, para atender às necessidades da sua população, fazem do trabalho no território, fora das UBS, seu maior recurso para conseguir formar vínculos com os usuários. Os Consultórios na Rua realizam um importante trabalho de *redução de riscos e danos* com usuários de drogas em situação de rua. Seus profissionais têm papel crucial para integrar a rede de cuidados no atendimento a essa população, garantindo seu acesso a outros componentes da RAPS e da atenção especializada em saúde.

A Atenção Básica inclui, ainda, serviços como as Academias da Saúde, já citadas, e os *Centros de Convivência e Cultura*.

Esses lugares têm foco na promoção de saúde, realizando, sob a supervisão de profissionais de saúde, cultura e esportes, atividades esportivas e culturais que contribuam para o bem-estar e a cidadania de quem vive na comunidade. São serviços que buscam integrar a comunidade, especialmente seus grupos mais vulneráveis.

Centro de Convivência e Cultura:

Unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

Para saber mais sobre:

- *Estratégia Saúde da Família*: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php.
- *Consultório na Rua*: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ rua.php.
- *NASF*: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php
- *Academia da Saúde*: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_academia_saude.php.
- *Política Nacional da Atenção Básica*: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>.
- *Caderno da Atenção Básica – Saúde Mental*: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf.

Atenção Psicossocial Estratégica

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são as unidades de saúde desse componente da RAPS. Os CAPS são constituídos por equipes multiprofissionais e acompanham pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e de outras drogas. São serviços de portas abertas, que devem acolher, sem agendamento, novos usuários. A partir desse acolhimento, a equipe multiprofissional irá elaborar, em parceria com o usuário e sua família, um projeto terapêutico singular. Os CAPS atuam, também, fora do espaço da sua unidade, buscando parcerias na comunidade e com outros serviços públicos para facilitar e mediar as relações dos usuários com pessoas e instituições. Esse trabalho é o que permite a reabilitação psicossocial de pessoas que, pelo sofrimento, pela sua condição social e pelo estigma, vivem excluídas das relações na sociedade. O trabalho dos profissionais do CAPS, portanto, é realizado tanto no serviço em si quanto no território, por isso requer conhecimento e relação com esse território.

As modalidades de CAPS I, II e III referem-se ao tamanho (crescente) das equipes que os compõem. No caso dos CAPS III, há a oferta de vagas de acolhimento noturno, por período de dias, para as situações de crise. Há CAPS nas modalidades II e III que concentram seu atendimento para determinados grupos, como crianças e adolescentes (CAPS infantojuvenil) e usuários de drogas (CAPS Álcool e Drogas). Nos locais em que não há CAPS específicos para esses públicos, todos devem atender o conjunto das situações clínicas que se apresentam, em qualquer idade.

Os CAPS têm papel estratégico porque fazem o acompanhamento longitudinal de seus usuários nos momentos de crise e fora delas também. São, igualmente, eles que podem fazer a articulação com outros serviços de saúde; conversar com as equipes da atenção básica; visitar pacientes internados em hospitais gerais para planejar sua alta; e acompanhar quem está acolhido em uma Unidade de Acolhimento ou Comunidade Terapêutica, etc. O atendimento individual ou em grupo de tipo ambulatorial também constitui um dos serviços que os CAPS devem oferecer. Por essas características e por não exigirem encaminhamento, os CAPS

funcionam oferecendo um cuidado de alta complexidade, mais próximo da atenção básica (territorial, longitudinal e porta aberta) do que da atenção especializada tradicional dos ambulatórios.

Atenção Residencial de Caráter Transitório

O cuidado das pessoas com dependência de drogas, particularmente daquelas sem rede social de apoio, pode exigir um acolhimento residencial supervisionado. Duas propostas surgem de origens diferentes e são atualmente financiadas como políticas públicas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça. Ambas podem realizar apenas acolhimentos voluntários.

De um lado, a experiência dos CAPS trouxe a necessidade de serviços residenciais como uma extensão do cuidado no CAPS para garantir moradia digna, acolhimento seguro para quem vivia ameaçado em seu território e apoio constante para reduzir ou interromper o consumo da droga. Propostas como “casas de passagem” e “casas do meio do caminho” inspiraram a definição das Unidades de Acolhimento (UA) da RAPS.

De outro lado, uma grande variedade de instituições privadas, a maioria ligada a movimentos religiosos e contando com trabalho voluntário, estabeleceram-se no País com o intuito de ofertar aos dependentes um afastamento de seu meio e a possibilidade de estabelecer uma nova organização de sua vida sem a droga. Apesar da grande heterogeneidade dessas instituições, quase todas reivindicam para si a denominação de Comunidade Terapêutica. Nos últimos anos, o Estado brasileiro vem estabelecendo uma regulação para essas instituições, oferecendo a algumas delas a possibilidade de financiamento público para que realizem atendimentos gratuitos.

Unidades de Acolhimento (UA)

Oferecem acolhimento em ambiente residencial, supervisionado nas 24 horas para adultos e adolescentes (em casas separadas) com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Trabalham como extensões dos CAPS. Os acolhidos fazem seu tratamento nos CAPS e as equipes da UA têm a supervisão desses profissionais. Assemelham-se a

repúblicas, abrigando, no máximo, quinze adultos ou dez adolescentes por um período de até seis meses. Tanto a sua inserção territorial quanto a sua articulação com os CAPS permitem às UAs realizar um trabalho voltado à (re)inserção de seus acolhidos. Dependendo de cada caso, a abstinência total pode ser buscada na UA, mas não é condição obrigatória do acolhimento. Assim, as UAs conseguem acolher e ajudar mesmo aqueles dependentes que recaem, sem excluí-los de sua proposta terapêutica, mantendo a continuidade de seu tratamento.

Comunidades Terapêuticas (Serviços de Atenção em Regime Residencial)

As comunidades terapêuticas (CT) são equipamentos na fronteira da saúde e assistência social que oferecem acolhimento, por até nove meses, para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de substâncias psicoativas. As CTs recebem demandas referenciadas pela saúde, preferencialmente dos CAPS. Habitualmente, estão localizadas em territórios mais afastados e investem na integração entre os próprios acolhidos para fortalecer seus laços sociais. Algumas CTs já vêm, no entanto, trabalhando em parceria com serviços de saúde e equipamentos comunitários para aproximar seus acolhidos da inserção no território, um movimento fundamental para sua inclusão como política pública. Grande parte das CTs tem orientação religiosa, mas aquelas que recebem financiamento público não devem fazer da religião um elemento obrigatório de seu tratamento. A espiritualidade é um elemento opcional do tratamento do acolhido. As CTs trabalham, em sua maioria, com a abstinência total do uso de drogas como regra, rejeitando o princípio da *redução de danos*.

Atenção Hospitalar

A atenção hospitalar à saúde mental deve estar inserida nos hospitais gerais, aliada a outras especialidades médicas. Nesse modelo, leitos ou pequenas enfermarias de saúde mental realizam internações breves (a maioria de uma a três semanas) para casos agudos que necessitem de cuidado médico intensivo, ou que tragam complicações clínicas associadas aos transtornos mentais. Grande parte das internações de dependentes

de drogas se dá pela associação do quadro de dependência com outros agravos, como infecções ou doenças diretamente ligadas ao uso abusivo de drogas - um exemplo é a cirrose hepática secundária ao consumo abusivo de álcool.. Alterações do comportamento, como episódios psicóticos com grande desorganização ou situações de alto risco de suicídio, completam as razões mais comuns para internação.

Durante a internação, a equipe territorial (CAPS ou atenção básica) deve continuar acompanhando seus pacientes, preparando a alta e o seguimento do cuidado. Apesar da dificuldade em realizar esse tipo de integração, ela ocorre em diversos lugares e beneficia fortemente os pacientes, particularmente aqueles mais graves, com menos apoio social.

O atendimento de urgência a quadros de saúde mental pode ser realizado preferencialmente nos CAPS e também nos prontos-socorros gerais e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). A estabilização do quadro depende, nesses casos, tanto de medicação quanto de um ambiente adequado para ouvir o paciente, seus familiares e mediar conflitos.

Por fim, casos de urgência podem requerer um atendimento pré-hospitalar, que é realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Estratégia de Desinstitucionalização

O Brasil tem uma dívida com dezenas de milhares de homens e mulheres que viveram internados em manicômios por anos; muitas vezes, a maior parte de suas vidas, isolados da sociedade, privados de cidadania e, em alguns casos, **submetidos a maus-tratos**. Muitos alcoolistas e usuários de drogas estiveram – e ainda estão – entre esses moradores de hospitais psiquiátricos. Hoje, ainda há, aproximadamente, quinze mil moradores desses hospitais em todo o País.

Para possibilitar a saída dos manicômios de pessoas que não têm mais onde nem com quem morar, foram criados os **Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)**. Funcionam como casas onde podem viver cerca de dez pessoas, com graus variados de supervisão de saúde, a depender das condições de seus moradores. As casas – quase mil em todo Brasil atualmente – são vinculadas aos CAPS, onde seus moradores fazem tratamento.

Veja o filme *Bicho de Sete Cabeças*, da diretora

Laís Bodanzky, estrelado pelo ator Rodrigo Santoro e baseado em uma história real.

O filme encontra-se disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=F6Yky54ed-po>. Veja, também, a entrevista de Tykanori falando sobre a luta anti-manicomial: <http://rogeliocasado.blogspot.com.br/2011/05/entrevista-com-roberto-tykanori.html>.

¹ O texto da referida lei está disponível no sítio http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.708.htm.

² Veja mais sobre a economia solidária no sítio <http://portal.mte.gov.br/ecosolidaria/a-economia-solidaria/>.

³ Conheça um pouco mais sobre o esse programa no sítio <http://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2014/02/em-media-participantes-do-programa-de-bracos-abertos-em-sp-reduziram-consumo-de-drogas-em-ate-70-4065.html>.

Como complemento à iniciativa das SRTs, foi instituído pela **Lei n.º 10.708¹**, de 31 de julho de 2003, o programa “**De volta para casa**”, que provê, mensalmente, auxílio reabilitação em dinheiro, de caráter indenizatório, para parte dos ex-moradores de hospitais psiquiátricos. Mais de quatro mil pessoas recebem atualmente esse benefício.

Estratégia de Reabilitação Psicossocial

Para garantir a integração social e cidadania das pessoas que sofrem com transtornos mentais e com a dependência de drogas, são necessárias iniciativas voltadas à **geração de trabalho, renda e moradia**. Muitas das pessoas que têm transtornos mentais são excluídas do mercado de trabalho tradicional. A formação de cooperativas, baseadas nos princípios da **economia solidária²** que priorizam a **inclusão antes do lucro**, tem permitido criar oportunidades de trabalho, reconhecimento social, socialização e renda para os usuários da RAPS. O poder público vem apoiando essas cooperativas com recursos técnicos e financeiros, vinculando projetos aos CAPS e associações de familiares e usuários. Da mesma forma, o apoio à associação de usuários para a moradia e, principalmente, a formas de subsídio público à moradia também são estratégias fundamentais para a reabilitação psicossocial. O **Programa “De braços abertos”³**, no município de São Paulo, traz uma experiência pioneira de articulação de cuidados em saúde, moradia, trabalho e geração de renda para dependentes de drogas em situação de vulnerabilidade social.

Essas ações constituem, hoje, a principal fronteira do avanço das políticas públicas para saúde mental. O Brasil ainda passa por um momento de experimentação e construção dos instrumentos legais e institucionais necessários para garantir o direito ao trabalho e à moradia para populações em desvantagem, em consequência dos transtornos mentais, incluindo os secundários ao abuso de drogas.

Programa Crack, É Possível Vencer

O *Programa Crack, é possível vencer* é uma política pública que surgiu, em 2011, da necessidade de responder às consequências do uso do cra-

ck, álcool e de outras drogas na sociedade brasileira. O *Programa* foi concebido com base no entendimento de que o consumo de drogas é um fenômeno histórico, político, social, econômico e cultural que requer uma abordagem ampla, um trabalho em rede e envolvimento de vários setores da sociedade, não apenas do Estado.

Nesse contexto, o *Programa* tem a finalidade de articular, permanentemente, diversos setores para integrar ações, de forma descentralizada, entre estados e municípios para reduzir a oferta e a demanda, enfrentar o tráfico de drogas e ampliar a oferta e o acesso aos serviços de tratamento dos usuários e seus familiares.

Realiza-se através de ações articuladas, descentralizadas e integradas com a sociedade civil, universidades e as diversas políticas setoriais, dentre as quais podemos elencar: saúde, direitos humanos, educação, assistência social e segurança pública. O *Programa* está construído a partir de três grandes eixos de atuação, os quais são detalhados a seguir.

- O eixo “**Prevenção**” visa a um conjunto de estratégias, realizadas com ações contínuas para fortalecer os fatores de proteção e reduzir os fatores de risco em relação ao uso de drogas. Destacam-se, atualmente, a formação de mais de duzentos mil professores do Ensino Fundamental e Médio para a prevenção de drogas em suas escolas. Este *Curso* que você está fazendo também é uma das ações desse eixo, **formando quarenta mil conselheiros e lideranças comunitárias**. Foram, igualmente, destinados recursos para projetos culturais e esportivos, implantados pelos municípios, que priorizam os jovens em situação de vulnerabilidade social. O papel da prevenção, em médio e longo prazo, será desenvolver e alicerçar uma cultura para fortalecer os vínculos familiares e comunitários que podem proteger os jovens do abuso das drogas.
- O eixo “**Cuidado**” trata da ampliação do acesso e qualificação das redes de atenção à saúde e assistência social, buscando o estabelecimento de um cuidado com abordagem ampliada e qualificada, que considere o vínculo, o acolhimento, as singularidades e vulnerabilidades, com ações articuladas de serviços que assumam responsabilidade compartilhada por seus territórios de abrangência. Objetiva-se, assim, respeitar as diferenças e histórias de vida, reduzindo danos e apoiando os familiares de dependentes por

meio das redes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS), como vimos anteriormente.

- O eixo “**Autoridade**” tem como finalidade a redução da oferta de drogas ilícitas no Brasil. Seu foco está na repressão das grandes organizações criminosas e na manutenção de espaços urbanos seguros em áreas degradadas. **A legislação brasileira, atualmente, já não prevê penas de reclusão para usuários de drogas.** O foco da segurança pública hoje é, portanto, o tráfico de drogas e a violência que ele gera.

Para viabilizar a execução das ações e o cumprimento das metas do *Programa*, o Governo Federal disponibiliza recursos financeiros a estados e municípios, que aderem ao *Programa*, assumindo contrapartida e implementando os equipamentos de saúde, assistência social e segurança pública. Cabe aos estados e municípios a instalação de instâncias de gestão integrada do programa local (comitês gestores), que articulem as áreas de segurança, saúde, assistência social, educação, dentre outras, para o planejamento, execução e avaliação das ações. Os estados e os municípios também precisam disponibilizar recurso financeiro para a implementação qualificada dos serviços. A responsabilidade é, pois, tripartite.

Resumo

A grande fronteira de inovação das políticas sobre drogas hoje, no Brasil, encontra-se na (re)inserção de populações excluídas pelo binômio pobreza/drogas. Para isso, além do trabalho em rede, será necessário criar novas experiências em âmbito local e transformá-las em Políticas de Estado.

Nascida com a redemocratização e com a reforma sanitária que levou, por exemplo, à construção do SUS, a reforma da assistência psiquiátrica é parte de um Brasil que escolheu garantir a todos os seus cidadãos o direito à saúde; e a todos os que perdem a saúde, o direito à cidadania. Não é, portanto, por acaso que saúde e cidadania são indissociáveis.

A política de saúde mental partilha com as práticas de *redução de danos* e com a tradição da bioética o mesmo princípio fundamental: acima de qualquer juízo moral sobre comportamentos e crenças de usuários de

drogas e/ou pacientes, deve estar a defesa da vida e o direito à saúde. Essa é a finalidade última do cuidado clínico ao usuário/paciente. Esse é, com efeito, o objetivo das políticas públicas que articulam esse cuidado para a construção e garantia da cidadania.

A partir da explanação sobre a Rede de Atenção Psicossocial, sobre o *Programa Crack, é possível vencer*, sobre as questões que atravessam a substituição de um modelo hospitalocêntrico e fechado para uma rede aberta e que substitua o modelo anterior, esperamos que você, estudante, tenha conseguido identificar a possibilidade de uma rede que se pretende mais articulada com outras redes, tendo em vista que a questão da droga exige uma integração plena de todas as frentes de ação.

É importante ter acesso ao que hoje existe, no Brasil, de políticas sociais e um olhar atento à questão da infância e da adolescência que sempre tem ficado de lado. Para tanto, no próximo Capítulo, você terá acesso a informações sobre as políticas voltadas para crianças e adolescentes brasileiros e as políticas sociais.

Referências

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial Eletrônico**, Brasília (DF), p. 2, 09 abr. 2001. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em: 29 mar. 2014.

_____. Decreto Federal n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial Eletrônico**, Brasília (DF), p. 1, 29 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 27 abr. 2014.

_____. Ministério da Justiça. **Cartilha Crack, é possível vencer**. Enfrentar o crack. Compromisso de todos. Brasília: MJ, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Álcool, Crack e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), s.1, p. 45, 27 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), s.1, 26 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), s.1, 27 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), s.1, 27 jan. 2012.

_____. Portaria n.º 2391/GM, de 26 de dezembro de 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), n. 247, s. 1, p. 230-232, 26 dez. 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/>. Acesso em: 29 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Mental – Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. 1. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://neca.org.br/associados/caderno_34.pdf. Acesso em: 16 abr. 2014.

DELGADO, P. G. G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei n.º 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro (RJ), v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011.

JUSBRASIL. Inimputável. **JusBrasil** [on-line]. Disponível em: <http://jb.jusbrasil.com.br/definicoes/100002870/inimputavel?ref=home>. Acesso em: 16 maio 2014.

UNITED Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). **From coercion to cohesion: treating drug dependence through healthcare not punishment**. Discussion paper based on a scientific workshop. Viena: UNODC, 2010.

Célio Vanderlei Moraes

Psicólogo e mestre em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina, foi integrante do Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua; é consultor do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) / Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), Instituto Paulo Freire e Pia Sociedade de São Paulo (PAULUS), professor da Pós-graduação em Assistência Social na UNISUL/Florianópolis, SATC/Criciúma, UNIDAVI/Rio do Sul.

CAPÍTULO

13

Legislações e políticas para
crianças e adolescentes

Celio Vanderlei Moraes

Legislações e políticas para crianças e adolescentes

Breve apresentação

No Capítulo anterior, vimos os aspectos relevantes sobre a história da política de saúde mental e os direitos dos usuários de drogas com base na rede de atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS). Neste Capítulo, abordaremos a exposição ao uso de drogas psicoativas como uma das vulnerabilidades próprias da infância e da adolescência e compreender o que são atos infracionais. Exploraremos, ainda, o que é e quais legislações regulamentam o princípio da proteção integral da criança e do adolescente. Ao final, esperamos que você tenha subsídios para identificar estratégias de prevenção ao uso de drogas no campo da educação, cultura, esporte, lazer e assistência social.

Infância e adolescência: desenvolvimento e vulnerabilidade

A discussão sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes tem que partir da reflexão sobre alguns elementos que compõem essas fases de nossas vidas. O desenvolvimento humano jamais terá a mesma intensidade do que nessas duas tão diferentes etapas. Isso ocorre tanto em fun-

Vulnerabilidade:

Como já abordado anteriormente, a vulnerabilidade pode variar em função do gênero, faixa etária (criança, adolescente ou adulto), condição socioeconômica, nível de escolaridade, local de moradia, condições biológicas e psicológicas (saúde física e mental) entre outros.

ção do crescimento de nosso organismo, quanto em relação à formação de nossa personalidade. A maioria de nós se lembra que as mudanças ocorriam com uma velocidade tão grande que nem sempre conseguíamos manter o controle da situação, e isso acontecia tanto em relação ao nosso corpo – que alterava no tamanho, adquiria habilidades e refinava movimentos – quanto em nossa identidade – que procurava referências, experimentava desejos e aprendia valores. Desde a infância e durante toda a adolescência, aos poucos vamos nos reconhecendo como pessoas autônomas, e as transformações pelas quais passamos nos tornam frágeis diante do mundo. Isso não é uma regra geral na qual deveríamos nos encaixar. A questão mais importante nesse raciocínio é identificar que a *vulnerabilidade* é uma característica desse período de nossas vidas. Em resumo, crianças e adolescentes são vulneráveis em função de seu próprio processo de desenvolvimento.

Durante a infância e a adolescência, somos vulneráveis a: (a) doenças, já que nosso organismo ainda não adquiriu os anticorpos mais comuns; (b) aos objetos no caminho por onde passamos, nos quais esbarramos o tempo todo, já que nosso corpo cresce e nem sempre temos a dimensão exata de seu tamanho e movimentos; (c) aos valores sociais mais diversos, já que estamos aprendendo gradualmente a identificar as consequências das ações e a entender o significado das coisas; e (d) à manipulação das informações, já que nossas experiências nem sempre permitem um julgamento adequado e a identificação da *malícia* dos outros.

**Para refletir**

Mesmo quando adultos, temos facilidade de identificar a intenção que há por trás das notícias dos meios de comunicação? Conseguimos perceber como são tendenciosas as formas como os noticiários se referem a determinadas pessoas ou grupos sociais? O estado de vulnerabilidade do “não saber” não é uma prerrogativa apenas da infância e adolescência, mas algo que nos constitui como sujeitos em humanização. Em cada etapa da existência, essa vulnerabilidade, no sentido de não saber, aparece com especificidades que precisam ser conhecidas e supridas tanto pelo meio legal quanto pelas relações sociais. Você já refletiu sobre as coisas importantes que sabe e aquelas que não sabe, mas que interferem na sua vida?

Por outro lado, podemos ser mais criativos, já que ainda não somos tão tolhidos pelas rotinas e responsabilidades da vida adulta. Algumas crianças e adolescentes desde muito pequenos são forçados a assumirem o papel de adultos, seja através do trabalho precoce, seja pela exploração sexual, ou, ainda, por meio de outras formas de opressão; todavia, por definição, essa etapa da vida deveria ser dedicada ao nosso desenvolvimento integral e protegida de quaisquer interferências que possam comprometer nosso futuro.

Como o desenvolvimento de uma pessoa nunca ocorre de forma isolada, o grupo social que a rodeia é fundamental para o sucesso de sua formação. A família, a escola, nossos amigos e a comunidade onde moramos dizem muito do que somos, do que pensamos e do futuro que cada um deseja e constrói para si. Não se pode, contudo, responsabilizar o meio social pela pessoa que nos tornamos; ao contrário, somos sujeitos de nosso desenvolvimento, mas é com base nas relações que vivenciamos que nos fazemos como somos. Sempre podemos contrariar as influências a que estamos expostos, mas não podemos ser indiferentes a elas, uma vez que os valores do lugar em que vivemos são a matéria-prima sobre a qual construímos quem somos. Por isso é tão importante para nosso desenvolvimento o pertencimento a grupos sociais. Neles encontramos refúgio para construir aos poucos nossa segurança de ser. Esses grupos podem ser a família, os amigos, os educadores ou outros profissionais com os quais temos contato regular, e podem até mesmo ser construídos em relações virtuais, tão comuns na atualidade, uma vez que muitos têm acesso à internet em seu cotidiano.



Para refletir

A internet é um “espaço” de relações tão importante quanto o mundo físico para a formação da pessoa. Nela há a circulação extremamente ágil de informações, valores e afetos. Os riscos e as virtudes das relações físicas, entretanto, são ampliados no mundo virtual. O preconceito, a manipulação, a falsidade e, ao mesmo tempo, a generosidade, a amizade e a reflexão crítica também são muito comuns no mundo virtual, por exemplo. Sobre isso, sugerimos que assista ao vídeo disponível em: <http://youtu.be/DFTbAbrR7Bw>.

O pertencimento a grupos sociais torna-se ainda mais importante na adolescência, que é legalmente definida entre os 12 e 18 anos. Se antes circulávamos em menos espaços e sempre com a supervisão de adultos, aos poucos vamos conquistando a possibilidade de nos relacionarmos com um maior número e com maior diversidade de pessoas. Isso vai variar muito de acordo com o contexto socioeconômico no qual estamos inseridos. Algumas pessoas crescem sob o olhar dos pais e têm restrito acesso a novas experiências; outras, desde muito pequenas são tratadas e expostas às mais diversas experiências, assumindo um grande volume de relações. Como isso pode variar muito, não nos interessa buscar uma regularidade, mas identificar: Em qual contexto nossas crianças e adolescentes estão se desenvolvendo? Que relações contribuem para seu crescimento, tanto de seus corpos quanto como pessoa? Até que ponto o contexto familiar, escolar e comunitário estão estimulando o desenvolvimento de sua criatividade, capacidade crítica, saúde, responsabilidade, afetividade, generosidade ou quaisquer outras características que considerarmos adequadas?

O uso de drogas na infância e adolescência

A vulnerabilidade, própria da infância e adolescência, como vimos, pode aparecer em vários aspectos de suas vidas. Um deles, que mais tem gerado preocupação de todos, é a exposição ao uso de substâncias psicoativas, isto é, aquelas que interferem em nossa **relação com o mundo**, alterando a percepção, o humor, o apetite, a imaginação etc. O álcool, o tabaco, a maconha, a cocaína, os inibidores de apetite, o crack, o êxtase e os antidepressivos são alguns exemplos de substâncias que têm esse efeito em nosso organismo. O fato de ser legal ou ilegal o uso de cada uma dessas substâncias não faz diferença para pensarmos os seus efeitos no organismo. Aliás, muitas das que são admitidas pelas leis têm efeitos muito mais danosos à pessoa e à sociedade, como é o caso do álcool, por exemplo.

Você encontra, no Capítulo 3, as características das principais substâncias psicoativas.

Há casos que envolvem drogas e crianças desde muito pequenas, nos quais pais, geralmente comprometidos com o uso de drogas, iniciam seus filhos nessa prática. Ainda é frequente, infelizmente, presenciarmos pais permitindo ou mesmo estimulando seus filhos adolescentes a

tomarem bebida alcoólica, por exemplo. No caso das drogas ilícitas, essa situação é vista como absurda, mas nos dois casos (permitida ou proibida pelas leis) gera danos graves ao desenvolvimento infantojuvenil. Temos que considerar, ainda, as situações de muitos pais ou educadores que pretendem obter nas drogas, na forma de medicamentos, a solução para questões pedagógicas. Hiperatividade, dificuldades de concentração e timidez são algumas das justificativas que têm feito muitos recorrerem a substâncias psicoativas, mesmo que esses desafios sejam claramente de ordem relacional. Essas drogas, apesar de lícitas, interferem quimicamente no processo de desenvolvimento e transferem à própria criança ou adolescente a responsabilidade pelo sucesso educativo, que, por sua vez, compete aos adultos. Ao invés de pôr em questão suas práticas e procurar se aprimorar, muitas pessoas têm buscado soluções “fáceis” nos medicamentos com **efeitos psicoativos**¹. Há situações nas quais é necessária a intervenção medicamentosa, mas o uso indiscriminado que tem sido feito, nos últimos anos, no Brasil, é injustificável.

Em outras situações, apesar da postura cuidadosa dos pais, a proximidade com o tráfico acaba por seduzi-los com o imediatismo do acesso ao dinheiro, ao reconhecimento e às experiências proibidas e, por isso mesmo, atrativas. Aos olhos do tráfico, as crianças e adolescentes são oportunidades, seja como consumidores, seja como trabalhadores na enorme rede de distribuição e segurança que precisam constituir. A política de proibição das drogas exige a montagem de um “exército” de soldados do tráfico que precisa também ser constantemente reposado, tanto em função da morte precoce quanto do encarceramento dos agentes da ponta do processo. Esse “exército” é composto por crianças, adolescentes e jovens de periferia, geralmente negros e de baixíssima escolaridade. Basta um olhar para **os dados**² dos presídios e instituições de internação de adolescentes autores de ato infracional para se constatar que a maioria está lá por ser a extensão da rede de tráfico no contexto de uma política proibicionista em relação às drogas, isto é, ao invés de enfatizar a oferta de alternativas aos envolvidos com as drogas, centra-se exclusivamente na proibição e na repressão. As apreensões (no caso de adolescentes) ou prisões (no caso de jovens ou adultos) desses pequenos agentes não reduzem o narcotráfico; pelo contrário, apenas exigem o recrutamento de novos adolescentes e jovens para os

¹ Conheça a campanha “Não à medicalização da Vida”, disponível no site: <http://site.cfp.org.br/publicacao/subsidios-para-a-campanha-nao-a-medicalizacao-da-vida-medicalizacao-da-educacao/>.

² Os dados estatísticos relativos ao perfil dos presos podem ser consultados no site do Ministério da Justiça – Infopen (www.infopen.gov.br).

substituírem. Isso não significa fazer uma defesa da impunidade ou da tolerância aos crimes, mas aponta a necessidade de avaliarmos se essa tem sido uma boa providência ou se apenas penaliza, mais uma vez, exclusivamente, a parcela mais frágil dos envolvidos.

Quando um adolescente comete um ato infracional, que equivale ao cometimento de um crime ou contravenção penal quando cometidos por adulto, ao invés de presos, eles podem ser “apreendidos” e levados a uma instituição especializada, conforme o *Estatuto da Criança e do Adolescente* – Lei nº 8.069/1990, Art. 106 e seguintes, tema esse que será aprofundado mais adiante.

Para além daqueles que são presos e apreendidos, muitos fazem do uso de drogas uma alternativa à opressão, ao tédio, à pobreza ou a outras mazelas que cercam suas vidas. Todos nós conhecemos as consequências danosas para si mesmo, à escola, à comunidade e à sua família e o que isso representa. Essas tragédias, entretanto, nem sempre são percebidas pelas crianças e adolescentes envolvidos. Quando a vida não apresenta oportunidades atrativas ao longo prazo, o prazer imediato aparece como a única chance de realização, e o risco envolvido não se torna um obstáculo, até porque ele é apontado pelos outros que não compartilham do mesmo ponto de vista. Os parceiros só ressaltam as virtudes da experiência das drogas, que não podem ser desconsideradas por quem quer trabalhar o assunto.



Para refletir

Temos procurado saber dos adolescentes e jovens usuários de drogas os prazeres que eles experimentam? Quando só destacamos os malefícios, nossa opinião geralmente não é considerada relevante por eles. Temos conseguido entender o “lado bom” do uso de drogas para buscar alternativas mais efetivas de prevenção?

Nas escolas, esse problema se amplia, visto que a educação não tem conseguido se apresentar como interessante para a grande maioria

dos estudantes. As aulas ficam reduzidas à obrigação, sem demonstrar, de maneira convincente, seu sentido e, dessa maneira, não são páreo para as vantagens imediatistas apresentadas pelas drogas. Essa tarefa se torna mais difícil, uma vez que o acesso às informações e as oportunidades, inclusive para o uso de drogas, dá-se em velocidade cada vez mais estonteante. Sem a oferta de alternativas consistentes de realização pessoal, a escola torna-se um terreno fértil para a expansão do uso de drogas. Ao contrário disso, quando a escola se compromete com a educação cidadã, é o melhor ambiente para o desenvolvimento e proteção social das crianças e adolescentes.

Da mesma maneira, as comunidades mais empobrecidas são também mais propícias ao envolvimento com as drogas. Nesses contextos, os agentes do tráfico logo ganham visibilidade e reconhecimento, mesmo que seja pelo terror, e isso costuma despertar o interesse dos adolescentes. Trata-se de um caminho para o sucesso e o consumo, tão apregoado pelos meios de comunicação. O risco implicado só aumenta a atratividade da “aventura”. Daí a importância de o investimento preventivo ser ainda maior nesses contextos e ocorrer de forma integrada com a oferta de todas as políticas públicas garantidoras de direitos.

▶ A infância e adolescência e seu marco legal

A abordagem da infância e adolescência pelas leis mudou muito nos últimos tempos no Brasil. Por muitos anos, essa questão se restringia à atenção aos “desvalidos”, nas casas de acolhimento ou orfanatos. Por desvalidos se entendia aquelas crianças e adolescentes desqualificados, por viverem longe de suas famílias, seja pela morte dos pais, seja por abandono – especialmente aqueles nascidos fora do casamento – ou porque tinham praticado alguma forma de delito. Os desvalidos eram dignos de piedade, e o atendimento era feito basicamente por religiosos a partir da ideia de caridade. As outras crianças e adolescentes que viviam com suas famílias não eram tratados pelas leis, estavam submetidos apenas ao *pátrio poder*, isto é, o poder do pai, que poderia ser exercido pela mãe somente na ausência dele.

¹ Higienismo:

Doutrina científico-jurídica baseada no afastamento dos sujeitos “anormais” que representariam perigo para a sociedade. Atinge especialmente os pacientes psiquiátricos, adolescentes autores de atos infracionais, pessoas com deficiência e pessoas em situação de rua.

² Código Mello Mattos – Decreto nº 17.943-A, de 12 de outubro de 1927.

O *higienismo*¹ cresceu muito em toda a Europa no final do século XIX e início século XX e foi trazido ao Brasil e aplicado à infância e adolescência através do *Código de Menores em 1927*². A ideia era limpar a sociedade de seus males, ou disfunções, e o número de menores era um dos elementos mais visíveis nesse sentido. Essa lei marcou a presença no Brasil da doutrina jurídica da *Situação Irregular*, segundo a qual toda pessoa com menos de 18 anos que não estivesse de acordo com o padrão hegemônico receberia a alcunha de menor e passaria a ser objeto da ação governamental. Esse rótulo foi e ainda é, em muitos casos, usado para designar a população pobre e principalmente negra. O termo nunca se restringiu a designar uma faixa de idade. Desde a validade dessa lei, serviu para estigmatizar ainda mais a parcela da população que já vive as consequências do sistema excludente no qual estamos inseridos.

Ainda hoje podemos encontrar manchetes de jornal nas quais se lê: “Menor furta tênis de adolescente na saída do colégio”. Notem como essas expressões marcam a diferença social e econômica entre os dois. Quando a imprensa vai se referir ao tempo gasto diante da internet são “Adolescentes aficionados no mundo virtual”, quando é a população pobre querendo acesso ao lazer no *shopping center* são “Menores fazem rolezinho no *shopping*”. Especificamente sobre os “rolezinhos” sugerimos o vídeo que está disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=75MEGhnarpY>.

Como parte do menorismo, a legislação da época classificava as situações irregulares entre *menores carentes* e *menores delinquentes*. Depois de classificados pelos serviços de triagem, os menores eram levados para instituições especializadas com a finalidade de “tratá-los”, para que um dia fossem devolvidos à sociedade como cidadãos ordeiros e úteis. Na doutrina da situação irregular, portanto, considera-se que o problema está localizado exclusivamente na conduta das próprias crianças ou adolescentes, e não no contexto social no qual se desenvolveram. Como vimos no início desta unidade, somos sujeitos de nosso desenvolvimen-

to, mas realizamos nossas escolhas de acordo com as possibilidades de nosso contexto socioeconômico.



Para refletir

Você já se sentiu um “menor”, no sentido social do termo? Já havia refletido sobre como essa expressão reforça a exclusão justamente dos mais pobres e majoritariamente negros? Como essa ideia de “menor” interfere no próprio movimento de escuta do adulto em relação ao adolescente e à criança quando estes têm os primeiros contatos com as substâncias psicoativas/drogas?

Essa forma de pensar durou muitos anos e passou apenas por pequenos ajustes na legislação que a embasava, sempre buscando a maior eficiência no procedimento de classificação, separação e tratamento dos sujeitos. A falência desse modelo foi denunciada inúmeras vezes, até mesmo porque não se conseguia construir instituições suficientes para receber tantos menores. Em 1976, foi criada inclusive uma *CPI do Menor* no Congresso Nacional, justamente para estudar uma saída para a situação insustentável desse problema. Apesar de tudo isso, não se tinha um quadro político-institucional que viabilizasse a superação da doutrina da situação irregular. Importante lembrar que o Brasil sofrera um golpe militar e que o autoritarismo estava presente em diversas esferas da vida social.

Somente em meados da década de 1980, já com o enfraquecimento da ditadura, essa situação começou a se alterar. Uma série de debates entre especialistas em todo o país apontavam a necessidade de uma nova legislação e um novo modelo de atendimento. Outros países também estavam fazendo essa mesma discussão nessa época, inclusive diversas autoridades, intelectuais e militantes brasileiros contribuíram para a construção de um modelo alternativo para todo o mundo.

Assim surgiu a doutrina jurídica da proteção integral à criança e ao adolescente. Nessa nova visão, o ponto de partida é a garantia dos direitos para o pleno desenvolvimento. Não se desconsideram os problemas sociais que afetam as crianças e adolescentes, mas o foco é construir políticas públicas para todos e com qualidade, ao invés de centrar somente nas situações de violação. Na mesma perspectiva, abandona-se a expressão “menor”, passando-se a adotar apenas “crianças e adolescentes”, independentemente de suas atitudes ou de sua condição socioeconômica. Também é importante a distinção das fases do desenvolvimento, isto é, do zero até os doze anos de infância e desta até os dezoito, adolescência.

¹ Conforme artigo 227 da Constituição Federal Brasileira de 1988.

No campo estritamente legal, a Constituição Federal de 1988 marcou a incorporação da doutrina da Proteção Integral, assumindo o **princípio da prioridade absoluta**¹ e a listagem dos direitos, como parâmetro para as leis da infância e adolescência, que surgiriam depois.

A proteção integral, entretanto, não se realiza com a implantação de leis e regulamentos. Trata-se de uma concepção de mundo que passa pela maneira com que lidamos com as crianças e adolescentes, sendo nosso desafio construir uma nova realidade, baseada no respeito e na convivência, sem autoritarismo. Esse contexto exige que nos empenhemos por garantir a todos as condições plenas de desenvolvimento, ao invés de pretender enquadrar as pessoas num modelo de sociedade considerado ideal.

² Disponível *on-line* em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

Logo que foram incluídos os princípios da proteção integral na Constituição, uma série de encontros foram desencadeados por todo o Brasil, resultando no ***Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei n.º 8.069/1990***². Essa lei, diferente de outras tantas, foi resultado de uma ampla discussão, em que participaram educadores, juristas, representantes dos movimentos sociais, representantes de igrejas e, inclusive, as próprias crianças e adolescentes, articulados por algumas entidades comprometidas com o protagonismo infantojuvenil.

A aprovação da lei do *Estatuto* aconteceu de forma relativamente fácil. A implantação da concepção de que crianças e adolescentes são sujeitos

de Direito, entretanto, continua sendo um grande desafio que ainda está longe de ser concluído. O protagonismo das crianças e adolescentes é um desses elementos indispensáveis e que ainda está muito pouco trabalhado. Não se pode pensar um trabalho com crianças e adolescentes, no atual contexto, sem que eles próprios participem ativamente das decisões, considerada a capacidade de cada faixa etária. Não se pode fazer “para eles”, mas “com eles”. Precisamos que todos os profissionais, independente do local e do tipo de atuação, incorporem essa prática de envolver as crianças e adolescentes como os protagonistas do processo, como aqueles que têm voz e opinião a dar. **Isso não significa fazer suas vontades, indiscriminadamente, mas respeitar seus pontos de vista e, pelo diálogo, incorporá-los em todas as decisões que envolvem suas vidas.**

Outro ponto muito importante para a complementação da Proteção Integral foi a aprovação da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS (Lei n.º 8.742/1993). Ao inserir a assistência social como uma política pública entre as demais e estabelecer que as crianças e adolescentes são um público prioritário da garantia dos “mínimos sociais”, essa lei reforçou a rede necessária para o desenvolvimento integral, já previsto no Estatuto.

Mais recentemente, com a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) – Resolução CNAS n.º 145/2004 e Lei n.º 12.435/2012 –, essa política conquistou ainda maior maturidade, do ponto de vista legal. As ações foram organizadas na forma de dois níveis de proteção social, sendo uma Proteção Social Básica, incumbida da promoção e prevenção das vulnerabilidades sociais, e a segunda Proteção Social Especial, com ações voltadas ao atendimento das situações nas quais tenha acontecido violação aos direitos. A Proteção Social Básica tem nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) seu ponto de articulação, e todas as ações de seu território devem estar vinculadas a eles. Tanto os serviços desenvolvidos por entidades não governamentais quanto as ações públicas precisam conectar-se aos CRAS mais próximos, porque é lá que a Rede territorial deve ser montada e fortalecida, para que tudo aconteça de forma sintonizada e numa mesma direção.

Os Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS), por sua vez, devem articular todas as ações voltadas ao atendimento das

Para saber mais sobre o SUAS ou sobre o CRAS e o CREAS, consulte a biblioteca do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/biblioteca>.

situações de violação, como é o caso do envolvimento de crianças e adolescentes com drogas. Parte do atendimento deve ser feito pela própria equipe de profissionais desse equipamento público, e parte é por eles referenciada na rede de serviços, inclusive para outras políticas públicas, quando for o caso.

A criança e o adolescente e a família no *Estatuto*

Lugar de criança e adolescente é na família, na escola e na comunidade! Essa máxima resume a maneira com que a questão é tratada no *Estatuto*. A família é valorizada como o espaço privilegiado para o desenvolvimento. A autoridade familiar é bastante fortalecida e partilhada na medida em que não é mais *pátrio poder* – poder do pai – mas *poder familiar*, podendo ser assumida por um ou mais integrantes adultos da família. Isso inclusive trouxe reflexos na adoção, que pode ser feita por uma só pessoa ou por um casal, independentemente de serem do mesmo sexo ou não. Vale lembrar que a própria definição do que é família se modifica com o passar do tempo. A composição da família, isto é, quem faz parte dela, não é o mais importante, mas sim a qualidade das relações sociais e afetivas que se desenvolvem entre seus integrantes. Assim, podemos ter famílias compostas exclusivamente por um membro adulto (pai, mãe, tio ou tia, avô ou avó, dentre outros) ou ainda por vários membros, com ou sem ligação sanguínea. Essa questão vem sendo debatida em diferentes espaços e, inclusive, foi recentemente objeto de uma **enquete do Congresso Nacional**.

Acesse a enquete sobre o conceito de família no sítio: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/DIREITOS-HUMANOS/461790-CAMARA-PROMOVE-ENQUETE-SOBRE-CONCEITO-DE-FAMILIA.html>.

Segundo a OMS (1994), o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. **Qualquer grupo cujas ligações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum deve ser encarado como família, ou seja, a família é o Grupo Social com o qual contamos.**

Ainda sobre o poder familiar, é fundamental que os pais se façam respeitar e assumam a responsabilidade central pela educação dos filhos. O *Estatuto* só não permite que para isso se utilize do autoritarismo e da agressão. Nós, adultos de hoje, fomos criados em famílias que provavelmente afirmavam sua autoridade com a intimidação ou com agressão, seja na forma de simples palmadas, seja na forma de surras. Os tempos mudaram, e sabemos que é possível educar uma criança ou um adolescente pelo diálogo, com respeito e afetividade. Essa não é uma tarefa nada simples, e muitos pais encontram dificuldades em fazer isso, até porque foram educados de outra forma. O *Estatuto* proibiu a palmada, mas a questão mais importante não é simplesmente penalizar os pais que agem dessa forma, e sim orientá-los e apoiá-los numa nova forma de educação. Houve uma divulgação distorcida do *Estatuto* pelos meios de comunicação, que fez com que muitos pais se sentissem acuados, sem alternativas. É preciso corrigir esse fato e afirmar a necessidade de uma educação que estabeleça limites sem ser agressiva. Muitas decisões relativas às crianças e aos adolescentes competem aos pais, e não a eles próprios. Gradativamente suas responsabilidades vão aumentando, e o poder de tomar decisões também vai acompanhar seu desenvolvimento até que, na vida adulta, sejam os únicos responsáveis por suas decisões. Aos pais ou responsáveis compete estabelecer esses parâmetros, sem oprimir, intimidar ou agredir, mas dialogando exaustivamente. Esse processo deve ser iniciado desde a infância, senão, mais tarde, será muito difícil afirmar essa autoridade.



Para refletir

Sabemos educar as crianças e adolescentes sem autoritarismo, sem ameaças, sem chantagens? Que exemplos temos em nossas vidas de momentos em que aprendemos pelo exemplo, pelo diálogo, pelo carinho? Que momentos nos impuseram valores através da força, mesmo que sem a intenção de agredir? Qual dessas formas consideramos a melhor para educar uma criança ou um adolescente?

Em relação à família, outro aspecto importante foi a definição de que a ausência de condições materiais não é justificativa para o afastamento do convívio. Nesses casos, temos que oferecer as condições para que os

pais possam gerar renda e criar seus filhos adequadamente. Em outras palavras, o *Estatuto da Criança e do Adolescente* contrapõe-se à naturalização da exclusão social e aponta a necessidade de oferecermos políticas públicas voltadas à redução das desigualdades. É crucial interromper o ciclo da reprodução da miséria, no qual políticas precárias são oferecidas à população pobre. Não podemos admitir, por exemplo, que as crianças e adolescentes sejam submetidos ao trabalho precoce para “ajudar a família”, enquanto os filhos das famílias em melhores condições econômicas se dedicam aos estudos, ao lazer e à cultura. Cabe a nós, adultos, e especialmente aos Conselheiros Municipais, a responsabilidade por construir alternativas para o desenvolvimento das famílias mais pobres prioritariamente, como estratégia de reversão das consequências do sistema excludente no qual estamos inseridos.

Art. 19 - Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes.

[...]

Art. 23 - A falta ou a carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou a suspensão do poder familiar.

(Lei n.º 8.069/1990 – *Estatuto da Criança e do Adolescente*.)

◀ O Estatuto e a escola

Conforme o *Estatuto*, a escola tem o papel de participar do preparo para o exercício da cidadania. Isso significa que ela não pode se resumir apenas a passar conteúdo, mas trabalhar aspectos relativos ao convívio social em todos os âmbitos. A escola precisa estar cada vez mais sintonizada com tudo o que acontece para subsidiar os estudantes na construção do saber crítico e criativo.

Nesse processo, é indispensável que haja regras claras para a convivência, e a escola pode e deve fazer cumprir tais regras. Isso significa que crianças e adolescentes *não podem fazer o que quiserem*, como acreditam alguns que não leram o *Estatuto* e apenas repetem o que ouviram de forma distorcida pelos meios de comunicação. A autoridade da escola e do educador está bastante fortalecida no *Estatuto*. Ele só não pode prejudicar os direitos daqueles cuja tarefa é educar. Só se sente intimidado pelo *Estatuto* o educador que não sabe agir senão pelo autoritarismo. Excluir, ou expulsar um estudante seria assumir a completa incompetência da escola no cumprimento de seu trabalho. Os estudantes “mais difíceis” são os que mais precisam da atenção e do carinho dos profissionais da educação.

Também foi incluído no *Estatuto* o direito de o estudante contestar os critérios pelos quais é avaliado e recorrer às instâncias escolares superiores:

Art. 53 - A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-se-lhes:

I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;

II - direito de ser respeitado por seus educadores;

III - direito de contestar critérios avaliativos, podendo recorrer às instâncias escolares superiores;

IV - direito de organização e participação em entidades estudantis;

V - acesso à escola pública e gratuita próxima de sua residência.

PARÁGRAFO ÚNICO - É direito dos pais ou responsáveis ter ciência do processo pedagógico, bem como participar da definição das propostas educacionais.

Esse mecanismo, ainda pouco utilizado e pouco estimulado, tem por finalidade formar cidadãos críticos e dispostos a lutar pelos seus direitos, característica que é muito rara nas gerações atuais de adultos. O educador cujos estudantes questionarem seus critérios deve se sentir orgulhoso de estar contribuindo para essa formação crítica, ao contrário de alguns que se sentem ameaçados em seu papel educativo.

▶ O ato infracional no *Estatuto*

Art. 103 - Considera-se ato infracional a conduta descrita como crime ou contravenção penal.

Art. 105 - Ao ato infracional praticado por criança corresponderão as medidas previstas no Art. 101.

Tudo aquilo que é proibido a um adulto também é para uma criança ou um adolescente, conforme o *Estatuto*.

Não existe isto de que *podem fazer o que quiserem que nada acontece* no texto da lei. Se isso está acontecendo em muitos lugares, é por conta da irresponsabilidade dos adultos, que não deveriam permitir essa situação. Quando um adulto comete algo proibido, isso é chamado de crime ou contravenção penal; porém, quando trata-se de uma criança ou um adolescente, chama-se “ato infracional”, ou seja, tanto crianças quanto adolescentes, independentemente da idade que tenham, devem responder pelos seus atos de acordo com o *Estatuto*. Para que seja definida a medida mais adequada ao infrator, serão levadas em conta sua idade e a gravidade do ato, no entanto não podemos deixar que cresçam com a impressão de que podem desrespeitar os outros e as regras de convivência social.

Quando uma criança comete um ato infracional, independente da gravidade, o Conselho Tutelar deverá aplicar uma medida proporcional à situação, para que isso não volte a acontecer. Já quando o ato infracional é cometido por um adolescente, o fato deve ser registrado na delegacia de polícia, que colherá as informações e encaminhará a situação ao Promotor de Justiça, para que esse represente contra o adolescente perante o Juiz de Direito. Então será nomeado um advogado para defendê-lo no processo, que seguirá todo o ritual do Poder Judiciário e resultará numa medida socioeducativa, voltada a dissuadi-lo do cometimento de novos atos semelhantes. Isso é muito importante para que os adolescentes aprendam a respeitar as regras da sociedade e suas autoridades.

Sabemos empiricamente que isso não tem acontecido em muitos casos e por muitos interesses, nem sempre conhecidos. Não é, certamente, por falta de uma lei que preveja tal situação.

Quando definida a medida socioeducativa, entra em cena o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), **Lei n.º 12.594/2012**¹, que regulamentou a forma com que as medidas devem ser executadas em todo o país. Essa lei não substitui o *Estatuto*, mas o complementa e detalha as responsabilidades dos municípios, dos estados e da União. Da mesma forma, especifica a atuação do Ministério Público (Promotoria de Justiça) e do Poder Judiciário. Nesse processo, o foco é trabalhar a responsabilização dos adolescentes em relação às consequências lesivas do ato cometido e estabelecer com eles os **Planos Individuais de Atendimento (PIA)**², para guiar o trabalho a ser realizado.

O PIA, que deve ser construído com a participação do adolescente envolvido e de sua família ou responsáveis, contera as providências a serem tomadas e os compromissos a serem assumidos por todos para que o ato não volte a acontecer. Esse plano deverá ser construído sob responsabilidade de um técnico especificamente capacitado. Nele estarão previstas, por exemplo, a inclusão nas atividades e programas de caráter social e comunitário, a frequência à escola, a inserção no trabalho, nos casos em que a idade é adequada, e tudo o que for considerado necessário para o desenvolvimento adequado do adolescente, respeitadas as regras de convivência social. Os pais ou responsáveis também devem ser envolvidos, na medida em que demonstraram não ter conseguido propiciar o desenvolvimento sem a prática de ato infracional. Poderão, por exemplo, ser encaminhados a programas de auxílio e orientação às famílias.

O envolvimento com entorpecentes é o ato infracional que mais envolve as crianças e adolescentes, alcançando 64,7% do total, se considerarmos a somatória de roubo e tráfico, considerando que, segundo os especialistas, os furtos têm como motivador principal a obtenção de recursos para o uso de drogas. Essas informações são processadas regularmente pela Secretaria Nacional de Proteção aos Direitos da Criança e do Adolescente SNPDC/SDH e constam do **Plano Nacional de Diretrizes e Eixos Operativos para o SINASE de 2013**³.

¹ Acesse o texto da lei no sítio: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm.

² Conforme artigo 52 da Lei 12594/2012 – Lei do SINASE.

³ Acesse o Plano Nacional para o SINASE no sítio: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/plano-nacional-de-atendimento-socioeducativo-diretrizes-e-eixos-operativos-para-o-sinase>.

A carreira nesse crime pode parecer extremamente vantajosa para um menino que não vê boas perspectivas em seu contexto sociocultural. O acesso rápido e fácil ao dinheiro, a conquista de *status* e mesmo o contato com os entorpecentes podem levá-los facilmente a essa direção. Também não pode ser desconsiderado o uso dos adolescentes pelas quadrilhas, mais uma vez fortalecida pelo mito de que, se forem pegos pela polícia, “*não dá nada*”. Muitas vezes é isso mesmo que acontece, mas não por falta de regulamentação legal, e sim porque há adultos (autoridades) descumprindo suas responsabilidades, meios de comunicação reforçando esse mito e muita gente ingenuamente repetindo essa história. Por isso é muito importante que os educadores e demais profissionais que lidam com a questão se informem sobre o assunto para cobrar das autoridades o cumprimento do *Estatuto*, inclusive responsabilizando as crianças e adolescentes pelos seus atos.

Conselho Tutelar: receber as denúncias, apurar a autoria e aplicar as medidas no caso de crianças autoras de ato infracional. As medidas devem abranger também os pais ou responsáveis. Além disso, deve fiscalizar as entidades e órgãos executores das medidas (Artigos 136 I, 105, 129 e 95 do *Estatuto*).

Prefeitura Municipal: implantar os serviços relativos às medidas protetivas e socioeducativas em meio aberto (Artigos 101, 112 I ao IV do *Estatuto* e Artigo 5 do SINASE).

Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente: determinar a implantação dos serviços relativos às medidas, assim como inscrevê-los exigindo sua qualidade (Artigo 88 II, 90 e 91 do *Estatuto*).

Governo do Estado: implantar as medidas em regime semiaberto e fechado, bem como orientar e apoiar os municípios (Art. 112 V e VI do *Estatuto* e Artigo 4 do SINASE).

Governo Federal: coordenar a implantação do SINASE em todo o país, orientar e apoiar os estados (Art. 4 do SINASE).

Delegacia de Polícia: receber e apurar as denúncias de atos infracionais cometidos por adolescentes e encaminhar a representação à Promotoria de Justiça (Art. 172 e seguintes).

Promotoria Pública: receber a representação, verificar as provas apresentadas, ouvir o adolescente e, se considerar suficiente, apresentar a denúncia perante o juiz, propondo a medida adequada (Art. 179 e seguintes do *Estatuto*).

Defensoria Pública (ou advogado privado): Estudar o processo e defender o direito dos adolescentes envolvidos (Art. 184 e seguintes do *Estatuto*).

É fundamental atentarmos ao fato de que o uso de entorpecentes por crianças e adolescentes deve ser encarado como um problema de saúde pública, e não como ato infracional. O ato infracional só se caracteriza no caso de tráfico, que é a venda comprovada de entorpecentes. Mesmo nesses casos, a estratégia da repressão não tem gerado bons resultados. Os adolescentes envolvidos são rapidamente substituídos e têm suas vidas marcadas pela passagem nas instituições especializadas, infelizmente aperfeiçoando suas práticas para não serem pegos na próxima.



Para refletir

Quando pensamos no envolvimento das crianças e adolescentes com drogas, o que nos vem à cabeça primeiro? Uma forma de impedir que usem ou alternativas para a sua plena realização, sem drogas? Nossos esforços têm sido maiores na direção da repressão ou da construção de horizontes pela arte, cultura e esporte?

■ Estratégias para a prevenção

Na prevenção do uso de drogas por adolescentes, precisamos nos atentar para alguns elementos que deverão estar sempre presentes. Em primeiro lugar, não se enfrenta a questão diretamente, isto é, pouco resolve fortalecer as ações repressivas ou assustar as crianças e adolescentes apontando as consequências maléficas dos entorpecentes. Da mesma maneira, não se pode falar em prevenção primária com um grupo que já esteja envolvido com o uso de drogas. Nesses casos, há um trabalho importante a ser feito, mas que passa pela identificação do uso, tratamento daqueles que precisarem e construção da saída com os envolvidos, de acordo com seus contextos e seus horizontes.

O trabalho de prevenção propriamente dito deve começar o quanto antes pela oferta de alternativas de realização, no campo da educação, esporte, cultura e assistência social. Como cada situação exige determinadas estratégias, vamos ver alguns elementos para a construção dessas alternativas:

- articular-se no território onde pretende atuar, identificando ações já realizadas, principais demandas e oportunidades;
- procurar o CRAS mais próximo e conhecer o diagnóstico socio-territorial (se não houver, contribuir para que esse seja realizado);
- definir o grupo de crianças e adolescentes com os quais pretende atuar e planejar com eles ações de caráter lúdico, esportivo, socio-ambiental e cultural.
- inscrever este trabalho no Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente e no Conselho Municipal da Assistência Social, se for o caso;

■ Resumo

Como vimos neste Capítulo, a infância e a adolescência são etapas peculiares do desenvolvimento em que somos ainda mais vulneráveis. Além do

crescimento físico, as novas experiências e valores sociais interferem, significativamente, em nossa formação e nos expõem a diferentes riscos. Do ponto de vista legal, a infância e a adolescência foram, por muito tempo, tratadas a partir da noção de Situação Irregular, na qual os “menores de idade” deveriam ser tratados para se adequar à sociedade. Mais recentemente, a *Constituição Federal* (BRASIL, 1988) e o *Estatuto da Criança e do Adolescente* (1990) marcaram o início de uma nova concepção. Depois disso, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e a implantação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) complementaram a regulamentação e constituíram a Rede de Proteção Social. Vimos, ainda, que atos infracionais são as condutas de crianças e adolescentes que ferem os direitos dos outros e da sociedade e que devem receber medidas proporcionais à situação em seu contexto. Essas medidas estão organizadas no Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), que visa promover a responsabilização de todos os envolvidos, inclusive a família, a escola e a comunidade, pela restauração da condição de convivência. Por fim, identificamos que a prevenção ao uso de drogas psicoativas deve ser feito com base no fortalecimento das ações de cultura, esporte, socioambientais e de lazer, sempre enfatizando o protagonismo da criança e do adolescente como elemento central para o sucesso das atividades. Nessa direção, a articulação em Rede nos territórios coloca-se como a estratégia fundamental para a Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Para que tudo isso seja possível, precisamos, cada vez mais, incentivar a participação social e política e fortalecer os espaços de Controle Social sobre as políticas públicas, especialmente os Conselhos, como veremos no próximo Capítulo.

Referências

BOARINI, M. L. (Org.). **Higiene e raça como projetos**: higienismo e eugenismo no Brasil. Maringá: EDUEM, 2003.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília (DF), 5 out. 1988.

_____. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o *Estatuto da Criança e do Adolescente* e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília (DF), 16 jul. 1990.

_____. Lei n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília (DF), 8 dez. 1998.

_____. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução n.º 145, de 15 de outubro de 2004. Aprova a Política Nacional da Assistência Social. Brasília. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 16 out. 2004.

_____. Resolução n.º 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 25 nov. 2009.

_____. Lei n.º 12.594 de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília (DF), 19 jan. 2012.

_____. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. **Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo**: diretrizes e eixos operativos para o SINASE. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2013.

_____. Resolução n.º 33, de 12 de dezembro de 2012. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB/SUAS. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 3 jan. 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 43. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

PADILHA, P. R. **Planejamento dialógico**: como construir o projeto político-pedagógico da escola. 2. ed. São Paulo: Cortez; Instituto Paulo Freire, 2002.

PEREIRA, P. A. P. **A assistência social na perspectiva dos direitos**: crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil. Brasília: Thesaurus, 1996.

PINI, F. R. O. ; MORAES, C. V. **Educação, participação política e direitos humanos**. São Paulo: Instituto Paulo Freire, 2011.



Andrea Lagares Neiva

Mestre em Política Social pela UnB. Atualmente trabalha na Unidade de Atendimento Inicial da SECriança/DF. Dirigiu o CIAGO da Secretaria de Estado da Criança do DF. Trabalhou como assessora técnica, na gestão da Política Nacional de Álcool e outras Drogas, para a Secretaria Nacional Antidrogas.

Cátia Betânia Chagas

Mestre em Política Social pela Universidade de Brasília (UnB). Analista de Saúde/Assistente Social do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT). Trabalhou como Diretora de Planejamento e Avaliação de Políticas sobre Drogas na Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

Karen Santana de Almeida Vieira

Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (SER-UnB). Doutora em Política Pública pela UnB. Pesquisadora CNPq do Núcleo de Análise e Avaliação de Políticas Públicas (NAAPP).

CAPÍTULO

14

Conselhos e movimentos sociais: espaços de participação

Andrea Lagares Neiva
Cátia Betânia Chagas
Karen Santana de Almeida Vieira

Conselhos e movimentos sociais: espaços de participação

Breve apresentação

No Capítulo anterior, foi discutida a legislação para crianças e adolescentes, dando ênfase especialmente aos avanços legais instaurados pelo *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Neste Capítulo, focalizamos a história e o conceito dos conselhos, os aspectos relevantes acerca dos Conselhos na relação sociedade civil e Estado, os conselhos como espaços públicos de exercício e participação por meio do controle social, desafios à qualificação dos processos participativos e consolidação dos espaços de controle social. Por fim, como e por que organizar um conselho municipal sobre drogas e suas ações. Ao final deste estudo, você terá conhecimentos sobre a importância dos conselhos na formulação de políticas públicas e sobre os principais desafios para a conquista dessa participação.

Uma introdução aos conselhos

A história da democratização no Brasil tem como marco fundamental a Constituição Federal de 1988, que traz novas orientações às relações entre Estado e sociedade civil. A chamada “Constituição

¹ Participação:

É a maneira pela qual os desejos e as necessidades de diferentes segmentos da população podem ser expressos em um espaço público de modo democrático. A participação é um processo educativo de construção de argumentos e de formulação de propostas.

² Para melhor entendimento dos processos participativos, consultar o trabalho que está disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/metropole/article/view/9257/6867>.

³ Controle social:

Também chamado de democracia direta: refere-se ao acesso à informação e à participação da sociedade civil, organizada ou não, na gestão, implementação de ações e fiscalização das organizações públicas e privadas.

Cidadã”, concretizadora de direitos, afiança a participação da população no controle e gestão das políticas públicas (Constituição Federal, art. 10; 194, inciso VII; 198, inciso III; 204, inciso II; 206, inciso VI, 1988), transformando, assim, a *participação*¹ em um importante mecanismo de democratização e fortalecimento da cidadania. Existem diferentes formas de *Processos Participativos*², os conselhos são apenas uma delas. Outras formas de participação social são as conferências, os orçamentos participativos, os comitês e outros.

Caro(a) estudante, acesse a Constituição Federal no sítio http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm e consulte os itens indicados anteriormente.

Sobre esse assunto da participação, é necessário esclarecer também o que se entende por Estado e, por sua vez, por sociedade civil. As definições aqui adotadas baseiam-se nas elaborações de que o Estado, em sentido amplo, comporta duas esferas: a sociedade política, ou Estado em sentido estrito, e a sociedade civil. A sociedade civil é um campo privilegiado da luta de classes, no qual se manifestam os conflitos na busca pela hegemonia. Por isso, não se descreve aqui uma visão maniqueísta e idealizada da relação Estado/sociedade civil, na qual a sociedade, supostamente, se constituiria em um bloco homogêneo – oposto ao Estado – na defesa de princípios e interesses comuns. Ao contrário, esses princípios e interesses antes se conjugam de acordo com o momento, os projetos próprios e os parceiros de cada grupo ou organização componente da sociedade civil.

Por esse motivo, a sociedade civil passa, então, a assumir novas responsabilidades, acessando os espaços nos quais são tomadas as decisões e tornando-se, portanto, sujeito na formulação das políticas públicas. Dessa forma, passa a participar não só do debate, mas também da deliberação sobre as suas necessidades que devem ser incorporadas pela agenda pública, assumindo, ainda, o exercício do *controle social*³ sobre as ações do Estado.

O controle social inexistente sem a participação, embora nem toda participação vise conduzir o indivíduo ao exercício do controle social. A atividade de participação está, por vezes, associada apenas ao ato de tomar conhecimento dos processos e decisões ou de se fazer presente neles, mas não necessariamente de forma ativa. O controle social vai mais além, à medida que ele, de fato, demanda tornar-se parte ativa e pressupõe não só a capacidade, mas também a oportunidade de o sujeito opinar, avaliar, implementar ações e atuar na fiscalização de organizações públicas ou privadas. Para maior compreensão dos diferentes significados do controle social, sugerimos o texto disponível no sítio http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/8775/1/ARTIGO_OrganizacaoSocialDescontrole.pdf.

Para que haja uma efetiva participação da sociedade civil na formulação e na implementação das políticas sociais, cabe, ainda, considerar a importância de se promover condições efetivas de cidadania, como a melhoria das condições de vida dos grupos sociais em situação de exclusão social, diminuição dos procedimentos burocráticos das instituições estatais, organização de um sistema de informação sobre os serviços com amplo acesso e garantia da autonomia local na execução dessas políticas.

Outro elemento essencial ao processo de redemocratização do Estado brasileiro, incorporado na Constituição de 1988, foi a descentralização político-administrativa, que concedeu às estruturas locais maior autonomia, com a transferência da execução das políticas sociais para essas instâncias. O município ressurge, nesse contexto, como um espaço privilegiado de poder, pelo seu tamanho e proximidade com os cidadãos, o que permite uma dinâmica participativa com novos formatos institucionais.

A Constituição de 1988 previu, ainda, os espaços concretos para o exercício da cidadania, elencando os conselhos como instrumentos de mediação na relação entre o Estado e a sociedade civil. **Sua função, portanto, é garantir os princípios da participação da sociedade nos processos de decisão, definição e operacionalização das políticas públicas.**

O direito constitucional à participação, assegurado por meio dos conselhos, passou a ser regulamentado, nos diferentes níveis da administração pública, por leis orgânicas específicas, relacionadas às ações e aos serviços públicos como saúde e educação, interesses coletivos como meio ambiente e de grupos específicos, como crianças e adolescentes, idosos entre outros.

Confira alguns exemplos de participação e de controle social nas leis descritas abaixo que podem ser facilmente consultadas na internet:

- Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – Lei n.º 11.343, de 23.8.06, e Decreto n.º 5.912/06;
- Conselho Nacional de Assistência Social – Lei n.º 8.742, de 7.12.93;
- Conselho Nacional de Educação – Lei n.º 9.131, de 24.11.95;
- Conselho Nacional de Saúde – Lei n.º 8.142, de 28.12.90;
- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – Lei n.º 8.242, de 12.12.91;
- Conselho Nacional de Segurança Pública – Decreto n.º 5.834, de 6.7.06.
- Lei n.º 12.527, de 18 de novembro de 2011, Lei de Acesso à informação pública.

Conselhos como espaços públicos de exercício da participação via controle social

Você já estudou que o controle social é exercido pelo povo, por meio dos conselhos. Mas, afinal, o que são e como funcionam os conselhos?

Os conselhos são espaços públicos criados por lei (federal, estadual ou municipal) cuja *formação é plural e paritária*, na qual participam as organizações governamentais – Ministérios, Secretarias e outros órgãos vinculados – em conjunto com a sociedade civil organizada – associações e organizações não governamentais –, tendo como principal função a formulação e o controle da execução das políticas públicas setoriais.

Os **conselhos** são espaços públicos porque formam um campo de debate e discussões na construção conjunta de acordos e na elaboração de políticas públicas que atendam aos interesses da sociedade civil e do Estado. Por proporcionar esses debates e por apresentar sugestões para as questões levantadas, os conselhos são reconhecidamente instâncias de natureza deliberativa e consultiva:

- natureza deliberativa – capacidade própria de decidir sobre a formulação, controle, fiscalização, supervisão e avaliação das políticas públicas, inclusive nos assuntos referentes à definição e destinação do orçamento;
- natureza consultiva – significa que o Estado, para decidir sobre o direcionamento das políticas públicas, deve consultar o respectivo conselho gestor.

Por exemplo, se o prefeito de um município decide juntamente com o secretário de educação implantar um novo programa para educação infantil, antes eles podem se reunir com o Conselho Municipal de Educação e consultá-lo, pois esta é a instância que, por representar a sociedade civil, as escolas e o Estado, possui um olhar multifacetado da realidade e dos problemas relacionados à educação infantil desse município.

Para garantir a necessidade, a satisfação e o direito do cidadão em diversos setores, como saúde, educação, habitação, trabalho, infância e juven-

Formação plural:

É aquela na qual é permitida a participação de cidadãos de diferentes crenças religiosas, etnias, gêneros, filiações partidárias, entre outras características, para que os conselhos tenham em sua formação pessoas que representem todas as diversidades que constituem a sociedade brasileira.

Paritária:

Significa que os conselhos devem ser compostos por um número par de conselheiros, sendo que, para cada Conselheiro representante do município, haverá um representante da sociedade civil do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas.

tude, idoso, mulher, negro, índio, drogas, entre outros, o Estado utiliza um conjunto de ações denominadas políticas públicas.

Os conselhos têm, portanto, um papel essencial na promoção e no reordenamento das políticas públicas brasileiras e, principalmente, na garantia e concretização dos direitos sociais dos cidadãos.

No caso dos Conselhos Municipais de Políticas sobre Drogas (COMAD), para compreender o seu papel, é necessário entender primeiro o que é o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), conforme visto no Capítulo 10, que detalha essa legislação.

Em 23 de agosto de 2006, a Lei n.º 11.343 instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que tem por finalidade: I – a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas; II – a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

O CONAD é o órgão superior do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, de caráter normativo e de deliberação coletiva. Este tem por objetivo integrar e organizar as ações dos diversos órgãos do governo federal, estadual e municipal, estabelecendo orientações estratégicas, articulando e acompanhando as questões relacionadas à redução da demanda e da oferta de drogas.

O COMAD, por sua vez, promove ações pautadas na Política Nacional sobre Drogas e na Política Nacional sobre o Alcool, de forma integrada, e por meio da intersetorialidade; ou seja, integrando os diversos setores afins: educação saúde, trabalho, direitos humanos, assistência social, cultura entre outros.

Consultivo:

Significa que, para o Estado decidir sobre o direcionamento das políticas públicas, deve consultar o conselho correspondente ao segmento em questão.

Normativo:

De deliberação coletiva.

A implantação do COMAD tem como objetivo proporcionar uma interlocução entre atores sociais em defesa da integração e da responsabilidade compartilhada nas ações voltadas à prevenção, ao tratamento e à reinserção social de usuários de álcool e outras drogas.

O COMAD é um órgão *consultivo*, *normativo*, e de natureza paritária. Este órgão é responsável ainda pela elaboração, articulação, implan-

tação, acompanhamento e fiscalização das políticas Municipais sobre Drogas, em sintonia com o Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas (CONEN) e o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD).

Cada município conta com uma realidade distinta que requer ações diferenciadas em relação à política sobre drogas. Nesse sentido, os Conselhos Municipais sobre Drogas devem ser compostos por diferentes atores sociais para aproximar as ações, discussões e debates às reais necessidades e demandas locais.

Passos para a criar um Conselho Municipal de Política sobre Drogas (COMAD)

FASE 1: Mobilização e sensibilização

Nesta fase, deve-se definir como será o conselho a partir do envolvimento da comunidade na proposta. Para isso, é preciso identificar e contatar representantes de instituições governamentais e não governamentais que guardem afinidade com o tema, profissionais que atuam na área, movimentos sociais organizados, entre outros interessados em integrar o conselho.

FASE 2: Legislação

Esta é a fase de criação propriamente dita, na qual o instrumento jurídico é o Projeto de Lei, o qual deve ser submetido à Câmara Municipal.

FASE 3: Regimento Interno.

Nesta fase, será elaborado e aprovado o Regimento Interno, que consiste em um documento que, de acordo com a lei, define a estrutura do funcionamento do conselho. Em outras palavras, como será a estrutura do conselho, formas das reuniões, periodicidade, definições de pautas, tempo de mandato dos conselheiros, formas de eleição do presidente e dos colegiados, atribuições de seus membros, prazos de execução dos projetos e/ou deliberações do conselho; entre outras.

Há uma cartilha, disponível na internet, com o modelo para a criação e a elaboração do regimento do conselho. Disponível em: http://www.justica.pr.gov.br/arquivos/File/passos_criacao_conselhos.pdf.

Desafios à qualificação dos processos participativos e consolidação dos espaços de controle social

Apesar do cenário democrático traçado pela Constituição, algumas dificuldades têm sido enfrentadas não apenas no que se refere à efetivação das garantias sociais, mas também quanto à consolidação de processos efetivos de participação.

A participação nos conselhos requer dos conselheiros a capacidade de uma compreensão crítica da realidade social nas suas múltiplas manifestações. Dessa forma, será possível aos conselhos ultrapassar os limites dos seus campos de atuação específicos, avançando em direção a uma atuação integrada.

O desafio da construção democrática no país é um processo permeado por conflitos, em virtude da complexidade de fatores que caracterizam a relação entre Estado e sociedade civil. A multiplicidade dos interesses dispostos nesses espaços, portanto, requer novos aprendizados que instrumentalizem a capacidade de negociação e construção do interesse público na formulação das políticas.

Nossa expectativa é de que o conhecimento relacionado ao uso de álcool e outras drogas, bem como a sua não rara associação à questão da violência, possa também viabilizar o desenvolvimento de ações intersectoriais e promover o trânsito entre os usuários de diferentes esferas da política social, impulsionando ações intersectoriais e interdisciplinares frente ao desafio de integração e articulação entre as ações, os conselhos e as diferentes políticas sociais.

É necessário um conhecimento contextualizado e abrangente, de maneira responsável, sem apologia ao consumo das drogas, mas também sem assumir um posicionamento radical, centrado numa abordagem meramente repressiva.

Isso porque a reprodução desses discursos de viés estigmatizante, além de impedir um adequado dimensionamento do fenômeno, é responsável por reproduzir visões preconceituosas sem fundamentação científica.

ca, que acabam por promover a expansão dos abusos e dependências, além de perpetuar a exclusão desses segmentos.

Assim, o desafio da construção de uma sociedade efetivamente democrática, que requer o fortalecimento dos conselhos, enquanto instâncias coletivas de decisão e espaço de exercício do controle social, deve pautar-se no respeito às diferenças, para que as demandas e a atenção aos mais amplos segmentos sociais possam ser devidamente contempladas na formulação das diferentes políticas, rumo ao compromisso de consolidação da cidadania. Especialmente no que se refere a assegurar a promoção da saúde, identificando seus determinantes e estratégias de intervenção com vistas a proporcionar a prevenção e o fortalecimento dos fatores de proteção relacionados ao uso de drogas. Tema esse que será abordado no próximo Capítulo.

Resumo

Você está encerrando o Capítulo 14 deste *Curso*. Nesta etapa, você estudou a importância dos conselhos na elaboração, implementação e fiscalização de políticas sociais, por meio do efetivo exercício do controle social, assim como os aspectos relevantes desses espaços públicos na mediação entre sociedade civil e Estado. Aprendeu, também, que essa junção da sociedade civil com o Estado é capaz de analisar, com propriedade plural, os temas sociais de cada comunidade e que o fortalecimento dos conselhos é um importante requisito para a construção de uma sociedade verdadeiramente democrática. Assim, você adquiriu conhecimentos que lhe permitem identificar aspectos relevantes acerca dos *conselhos* na relação sociedade civil e Estado e definir *conselho* como um espaço público de exercício do controle social e da participação democrática.

Referências

ALMEIDA, K. S. **Setor público não-estatal: (des)caminhos do controle social e da equidade no acesso aos serviços de saúde**. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. Trad. Carmen C. Varriale *et al.*; coord. trad. Joao Ferreira; rev. geral João Ferreira e Luis Guerreiro Pinto Cacaís. 13. ed. Brasília: UnB, 2010.

BUCHER, R.; OLIVEIRA, S. R. M. O discurso do ‘combate às drogas’ e suas ideologias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 28, v. 2, p. 137-145, abr. 1994.

COUTINHO, C. N. **Gramsci: um estudo sobre seu pensamento político**. Rio de Janeiro: Campos, 1989.

DAGNINO, E. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: DAGNINO, E. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 279-301.

DAGNINO, E. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?. In: MATO, D. (Coord.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización**. Caracas: Universidad Central de Venezuela, 2004. p. 95-110.

GOHN, M. G. O papel dos conselhos gestores na gestão urbana. In: RIBEIRO, T.; CLARA, A. (Comp.) **Repensando la experiencia urbana de America Latina: cuestiones, conceptos y valores**. Buenos Aires: Colección Grupos de Trabajo de CLACSO, CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Octubre 2000. p. 175-201. Disponível em: <http://168.96.200.17/ar/libros/urbano/gohn.pdf>. Acesso em: 20 abr. de 2008.

_____. **Conselhos gestores e participação sociopolítica**. 2. ed. São Paulo, Cortez, 2003. (Coleção questões da nossa época, 84).

PINTO, V. D. S. O exercício do direito de participar para democratizar a gestão pública municipal. **SER Social**, Brasília, n. 15, p. 57-84, 2004.

RAICHELI, R. Articulação entre conselhos de políticas públicas: uma pauta a ser enfrentada pela sociedade civil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 85, p. 109-122, 2006.



◀ Série de publicações disponibilizadas pela SENAD

As publicações listadas, a seguir, são distribuídas gratuitamente e enviadas pelos Correios. Estão disponíveis no sítio do OBID (www.obid.senad.gov.br) para *download* e podem ser solicitadas no sítio da SENAD (www.senad.gov.br); ou, ainda, pelo telefone do serviço VIVAVOZ.

1. Cartilhas da Série “Por Dentro do Assunto”. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2010:

- **Drogas: Cartilha para Educadores**
- **Drogas: Cartilha “mudando comportamentos”**
- **Drogas: Cartilha para pais de adolescentes**
- **Drogas: Cartilha sobre tabaco**
- **Drogas: Cartilhas para pais de crianças**
- **Drogas: Cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes**

2. Glossário de álcool e drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

3. Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas. CEBRID/SENAD, 2010

As cartilhas podem ser obtidas em: <http://www.senad.gov.br>.

Centros de informação

Se você tem acesso à internet, consulte o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID).

No OBID, você vai encontrar muitas informações importantes. Contatos de locais para tratamento em todo o País. Instituições que fazem prevenção, grupos de ajuda mútua e demais recursos comunitários também têm seus contatos disponibilizados. Você encontra informações atualizadas sobre as drogas, cursos, palestras e eventos. Encontra, igualmente, uma relação de *links* para outros sítios que irão contribuir com seu conhecimento.

- Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID)
- Portal: <http://www.obid.senad.gov.br>
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)

Esplanada dos Ministérios Bloco T – Anexo II - Sala 205

CEP: 70064-900

Sítio: <http://www.senad.gov.br>

Contato: senad@mj.gov.br

Ministério da saúde

Sítio: <http://www.saude.gov.br>

Disque Saúde: 136

Conselho Estadual ou Municipal sobre Drogas

Para saber o endereço dos Conselhos do seu estado, consulte o sítio:

<http://www.obid.senad.gov.b>

**DE UM LADO
DA LINHA,
ALGUÉM
PRECISANDO
DE AJUDA
SOBRE
DROGAS.**

**DO OUTRO,
ALGUÉM
QUE SABE
COMO
AJUDAR.**

O Ligue 132 é um serviço telefônico de apoio, informação e orientação sobre o uso e o efeito das drogas. Quem liga pode tirar dúvidas e encontra ajuda especializada sobre qualquer assunto relacionado a todos os tipos de drogas, desde as lícitas, como o álcool e o tabaco, até as ilícitas, como maconha, cocaína e crack.

• SERVIÇO DE UTILIDADE PÚBLICA GRATUITO • INFORMAÇÃO QUALIFICADA, EM TEMPO REAL,
E COM SIGILO ABSOLUTO • FUNCIONAMENTO 24 HORAS, 7 DIAS POR SEMANA.



Ligue 132
Ligue pra gente. A gente liga pra você

Secretaria Nacional de
Políticas sobre Drogas

Ministério da
Justiça



VENDA PROIBIDA

