

Distribuição Gratuita - Venda Proibida

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-85820-61-9



9 788585 820619

Biblioteca - Ministério da Justiça



MJU00089970D19



Secretaria Nacional de
Políticas sobre Drogas

Ministério da
Justiça



FE SUPERA D

O uso de substâncias
psicoativas no Brasil

1

SUPERA



Sistema para detecção do
Uso abusivo e dependência de substâncias
Psicoativas:
Encaminhamento, intervenção breve,
Reinserção social e
Acompanhamento

Módulo 1

O uso de substâncias psicoativas no Brasil

01. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicotrópicas na cultura brasileira
02. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento
03. Direitos Humanos: uma nova cultura para a atuação em contextos de uso abusivo de drogas
04. Fatores de risco e proteção em diferentes grupos de usuários: mulheres, adolescentes, idosos e indígenas
05. Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas
06. A política e a legislação brasileira sobre drogas
07. Política Nacional de Saúde Mental e a Organização da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde – SUS



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Módulo 1 O uso de substâncias psicoativas no Brasil

5ª Edição

Brasília
2014

MJ - BIBLIOTECA

Módulo 1
O uso de substâncias psicoativas no Brasil

Presidenta da República
Dilma Rousseff

Vice-Presidente da República
Michel Temer

Ministro da Justiça
José Eduardo Cardozo

Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas
Vitore Andre Zilio Maximiano



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Módulo 1
O uso de substâncias psicoativas no Brasil

1155982
615.7822
SG23P
Dep. Legal

5ª Edição

Brasília
2014

SUPERA - Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento
Desenvolvimento do projeto original: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

© 2014 Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD | Departamento de Psicobiologia | Departamento de Informática em Saúde | Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Disponível em: CD-ROM

Disponível também em: www.supera.senad.gov.br

Tiragem desta edição: 16.500 exemplares

Impresso no Brasil/ Printed in Brazil

Edição: 2014

Elaboração, distribuição e informações:

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD
Esplanada dos Ministérios, Bloco T, Anexo II, 2ª andar, sala 213 Brasília/DF – CEP 70604-900
www.senad.gov.br

Unidade de Dependência de Drogas (UDED) |
Departamento de Psicobiologia | Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Rua Napoleão de Barros, 1038 | Vila Clementino |
CEP 04024-003 | São Paulo - SP

Homepage: www.supera.senad.gov.br

E-mail: faleconosco.supera5@supera.org.br

Equipe Editorial

Coordenação 5ª edição

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Supervisão Técnica e Científica

Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Revisão de Conteúdo

Equipe Técnica - SENAD

Diretoria de Articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas

Coordenação Geral de Políticas de Prevenção, Tratamento e Reinserção Social

Equipe Técnica - UNIFESP

Eroy A. Silva

Keith Machado Soares

Monica Parente Ramos

Yone G. Moura

Desenvolvimento da Tecnologia de Educação a Distância

Departamento de Informática em Saúde da UNIFESP

Coordenação de TI: Fabrício Landi de Moraes

Projeto Gráfico

Silvia Cabral

Diagramação e Design

Marcia Omori

U86 O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. – 5. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.
140 p. – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 5. ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni)

ISBN 978-85-85820-61-9

1. Drogas – Uso – Abuso I. Formigoni, Maria Lucia Oliveira de Souza
II. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas III. Série.

CDD – 613.8

Sumário

Introdução do módulo	9
Objetivos de ensino	10
Capítulo 1: A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicotrópicas na cultura brasileira	11
A história do álcool	12
Embriaguez e Alcoolismo	15
Outras drogas como maconha, inalantes e crack/cocaína	18
O uso de drogas na forma de automedicação	23
Atividades	24
Bibliografia	26
Capítulo 2: A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento	27
Estigmatização e estereótipos	28
Estigma Público e Estigma Internalizado	32
Atividades	39
Bibliografia	41
Capítulo 3: Direitos Humanos: uma nova cultura para a atuação em contextos de uso abusivo de drogas	43
Direitos Humanos e Uso de Drogas – uma reflexão necessária	44
História, fundamentos e proteção dos direitos humanos	45
Sujeitos e atuação em direitos humanos	52
Direitos humanos, democracia e cidadania	56
Direitos Humanos em contextos de uso abusivo de drogas	59
Atividades	63
Bibliografia	65
Capítulo 4: Fatores de risco e proteção em diferentes grupos de usuários: mulheres, adolescentes, idosos e indígenas	67
Adolescentes	68
Idosos	71
Mulheres	73

Indígenas	78
Atividades	84
Bibliografia	86
Capítulo 5: Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas	89
Epidemiologia do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas	90
Objetivos dos estudos epidemiológicos nessa área	91
Dados recentes sobre o consumo de drogas no país	92
As drogas mais usadas no país	94
Outras drogas (energéticos, esteroides anabolizantes, orexígenos)	102
Atividades	104
Bibliografia	106
Capítulo 6: A política e a legislação brasileira sobre drogas.....	107
Política Nacional sobre Drogas	108
A Lei nº 11.343/2006 – Lei de Drogas	109
Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD).....	110
A Política Nacional sobre o Alcool	113
Programa Crack, é possível vencer.....	116
Atividades	118
Bibliografia	120
Capítulo 7: A Política Nacional de Saúde Mental e a Organização da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde – SUS	121
A construção da política de saúde mental no Brasil.....	122
Saúde mental e cidadania	123
O SUS e a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS	127
Atividades	136
Bibliografia	138

Introdução do módulo

A história da presença das bebidas alcoólicas e de outras substâncias psicoativas na cultura brasileira envolve tanto os aspectos culturais da população nativa como os de nossos colonizadores. A compreensão dessa história é de extrema importância para que se entenda a origem de estigmas moralistas e outras ideias equivocadas relacionadas à utilização do álcool e outras drogas. Isto é fundamental para que ações adequadas de prevenção, detecção precoce, intervenções breves e tratamento dos usuários sejam implementadas.

Para embasar esta reflexão você terá, neste módulo, um capítulo sobre os fundamentos dos Direitos Humanos, do reconhecimento dos sujeitos e sua relação com a democracia e a cidadania. Você verá que nas diferentes fases da vida, bem como em distintos grupos populacionais, encontramos fatores que podem aumentar o risco de desenvolvimento de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Você aprenderá a reconhecer a influência dos diferentes fatores, um aspecto fundamental para desenvolver melhores estratégias para a mudança de hábitos de consumo.

Não menos importante, é o conhecimento dos estudos epidemiológicos realizados nesta área. Apenas por meio de dados estatísticos populacionais confiáveis, pode-se avaliar o uso de drogas em uma determinada população e planejar a implantação de políticas públicas adequadas.

Todo profissional que trabalhe junto a usuários ou na área de políticas públicas, precisa conhecer profundamente a Política e a Legislação Brasileira sobre Drogas, a Política Nacional de Saúde Mental e a Organização da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde – SUS.

Esta visão ampla do problema é fundamental para o entendimento do contexto no qual se desenvolvem os problemas associados ao uso de drogas – o primeiro passo nesta jornada de conhecimento e reflexão.

Objetivos de ensino

Ao final do módulo, você será capaz de:

- ✓ Reconhecer os fatores culturais que interferem no consumo de álcool e outras drogas no Brasil;
- ✓ Enumerar, em linhas gerais, os dados existentes sobre prevalência do uso, abuso e dependência das drogas mais utilizadas no país entre os diferentes grupos populacionais e regiões;
- ✓ Identificar as principais fontes de dados e os meios de obtê-los, para o diagnóstico do uso de drogas na região em que vivem;
- ✓ Enumerar os princípios básicos da Política Nacional sobre Drogas (PNAD);
- ✓ Caracterizar as principais dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde na detecção de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e na implantação de intervenções;
- ✓ Reconhecer a necessidade de atendimento dos usuários de substâncias psicoativas em serviços não especializados como um meio de desestigmatização.

Capítulos

1. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicotrópicas na cultura brasileira
2. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento
3. Direitos Humanos: uma nova cultura para a atuação em contextos de uso abusivo de drogas
4. Fatores de risco e proteção em diferentes grupos de usuários: mulheres, adolescentes, idosos e indígenas
5. Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas
6. A política e a legislação brasileira sobre drogas
7. A Política Nacional de Saúde Mental e a Organização da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde – SUS

Capítulo

1

A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicotrópicas na cultura brasileira

TÓPICOS

- ✓ A história do álcool
- ✓ Embriaguez e alcoolismo
- ✓ Outras drogas como maconha, inalantes e crack/cocaína
- ✓ O uso de drogas na forma de automedicação
 - ✓ Atividades
 - ✓ Bibliografia

A história do álcool

Em primeiro lugar, você vai ficar sabendo como começou o uso das substâncias psicoativas em nosso país. Quando os portugueses chegaram ao Brasil, no início da colonização, descobriram o costume indígena de produzir e beber uma bebida forte, fermentada a partir da mandioca, denominada cauim. Ela era utilizada em rituais, em festas, portanto, dentro de uma pauta cultural bem definida. Os índios usavam também o tabaco, que era desconhecido dos portugueses e de outros europeus. No entanto, os portugueses conheciam o vinho e a cerveja e, logo mais, aprenderiam a fazer a cachaça, coisa que não foi difícil, pois para fazer o açúcar a partir da cana-de-açúcar, no processo de fabricação do mosto (caldo em processo de fermentação), acabaram descobrindo um melaço que colocavam no cocho para animais e escravos, denominado de “Cagaça”, que depois veio a ser cachaça, destilada em alambique de barro e, muito mais tarde, de cobre.

A cachaça é conhecida de muito tempo, desde os primeiros momentos em que se começava a fazer do Brasil o Brasil. O açúcar para adoçar a boca dos europeus, como disse o antropólogo Darcy Ribeiro, da amargura da escravidão; a cachaça para alterar a consciência, para calar as dores do corpo e da alma, para açoiar espíritos em festas, para atizar coragem em covardes e para aplacar traições e ilusões. Para tudo, na alegria e na tristeza, o brasileiro justifica o uso do álcool, da branquinha à amarelinha, do escuro ao claro do vinho, sempre com diminutivos.

Qual é o lugar do álcool e das outras drogas em nossa cultura?

Veja no quadro abaixo o que dizem a respeito desse assunto dois importantes pensadores da cultura ocidental:

“Parece improvável que a humanidade em geral seja algum dia capaz de dispensar os “paraísos artificiais”, isto é, a busca de autotranscendência através das drogas ou... umas férias químicas de si mesmo... A maioria dos homens e mulheres levam vidas tão dolorosas - ou tão monótonas, pobres e limitadas, que a tentação de transcender a si mesmo, ainda que por alguns momentos, é e sempre foi um dos principais apetites da alma.” (Aldous Huxley, escritor inglês)

“Porque os homens são mortais e não podem se habituar a essa ideia, o néctar e a ambrosia são fantasmas encontrados em todas as civilizações. Plantas mágicas, bebidas divinas, alimentos celestiais que conferem imortalidade, as invenções são múltiplas e todas, na falta de sucessos práticos, expressam e traem o terror diante da inevitável necessidade.” (Michel Onfray, filósofo francês)

Não depende sempre da vontade o desejo de beber, pelo menos em muitos casos. Antes, é uma imposição; um estranho e imperioso chamado como a suavidade do canto de sereia que encanta, enfeitiça e enlouquece. Mas nada é tão simples assim, a bebida está bem entranhada na cultura brasileira. O ato de beber faz parte da nossa maneira de ser social. Sendo assim:

- ✓ Cada povo, cada grupo social, cada pessoa tem a sua condição de responder a determinados estímulos produzidos em seu meio, ou externos a ele. Em outros termos, podemos dizer que temos uma pauta cultural em que as coisas são normalmente dispostas. Por exemplo, o licor na festa de São João, o vinho no Natal, a cerveja no carnaval e assim por diante, não que sejam exclusivos, mas os mais representativos de cada uma dessas festas.
- ✓ A cachaça é uma bebida forte e íntima da população. Tem baixo custo e, com pouco dinheiro, pode-se beber o suficiente para perturbar a si e aos demais que estiverem à sua volta.
- ✓ É a forma social e individual de beber que está em jogo, quando se fala em consumo de álcool, já que há uma larga disposição social para consumi-lo na forma das mais diversas bebidas - destiladas ou fermentadas, fortes ou fracas.

É necessário considerar o álcool no conjunto da vida social e não só em si mesmo, como muita gente o faz, ou seja, considera o álcool um agente autônomo e o culpa por suas consequências, como se fosse um ser animado que agisse por conta própria. No sentido oposto, é preciso ver a disposição social para o consumo de drogas e se perguntar: por que as pessoas procuram as drogas? Por que as pessoas bebem? E também perguntar: se usam drogas, e dentre elas o álcool, por que as consomem desta ou daquela maneira? Moderada ou abusivamente?

Por que será que sob o efeito da mesma quantidade de álcool algumas pessoas ficam alegres, outras ficam agressivas ou mesmo violentas? Por que será que um derivado de opioide como a meperidina, por exemplo, para algumas pessoas é apenas um analgésico potente e para outras, além desse efeito, é uma fonte de prazer a ser buscada de forma repetida? E ainda: por que uma mesma pessoa sente de maneira diferente os efeitos de uma mesma droga, em diferentes circunstâncias e contextos?

O que se pode concluir daí, e que tem sido apontado por estudiosos do assunto, é que os efeitos de uma droga dependem de três elementos:

1. Suas propriedades farmacológicas (estimulantes, depressoras ou perturbadoras);
2. A pessoa que a usa, suas condições físicas e psíquicas, inclusive suas expectativas;
3. O ambiente e o contexto de uso dessa droga, tais como as companhias, o lugar de uso e o que representa esse uso socialmente.

Olhando com cuidado, entretanto, os três elementos acima convergem para um deles, apenas: o usuário. O mesmo ambiente e o mesmo contexto influenciam diferentemente as pessoas. O mesmo ocorre em relação às propriedades farmacológicas das drogas, uma vez que a expressão dos seus efeitos depende da capacidade de metabolização daquela droga por cada usuário e mesmo de suas condições psíquicas e mentais no momento do uso.



Embriaguez e Alcoolismo

“O alcoolismo é uma noção que apareceu pouco tempo após as circunstâncias que ele caracterizou, contemporâneo dos anos seguintes à industrialização, um desejo desesperado de responder a condições de vida deploráveis”. O filósofo fala da bebida com respeito e simpatia, como acontece com muita gente, mas acrescenta: “a embriaguez do alcoolista supõe um homem tornado objeto, incapaz, a partir de então, de se abster de bebidas perturbadoras. Muitas vezes sua dependência está relacionada a uma incapacidade de encontrar em si próprio o que permitiria um domínio, uma resistência às dores do mundo.”
(Michel Onfray, filósofo francês)

Quando uma pessoa perde o controle sobre a ação de beber ela se torna objeto da bebida, que perturba a consciência para além do domínio que a pessoa tem de si mesma. Eis a embriaguez em sua forma mais simples, uma leitura sem preconceitos, mas ao mesmo tempo carregada com tintas muito fortes, porque nem todos os que bebem são dominados pela bebida.

Entretanto, quando o álcool não é utilizado para aumentar a espirtualidade, mas para incentivar, encorajar ou consolar amargura, ele se torna um poderoso fator de desorganização do sujeito como ser social, isto é, para além de si como indivíduo e de suas relações com os outros, com os íntimos e com os de cerimônia. Quando advém a embriaguez e, com a frequência do uso, o alcoolismo, toda a magia da bebida é substituída pela perversidade da forma como ela é consumida.

Às vezes, duas palavras parecem significar a mesma coisa, entretanto vistas de perto são bem diferentes. Esse é o caso das palavras “**alcoólatra**” e “**alcoolista**”:

É muito importante recordar que normalmente as pessoas se tornam conhecidas pelo que fazem, ou seja, pela profissão que exercem. Se você trabalha, é um trabalhador ou uma trabalhadora; se você só estuda, é um estudante ou uma estudante, e assim por diante. Uma pessoa que bebe com alguma frequência é um bebedor ou uma bebedora, mas sabemos que esses termos não são muito frequentes, e em seu lugar vem a denominação bêbado ou bêbada.

Alcoólatra

O termo alcoólatra confere uma identidade e impõe um estigma, que anula todas as outras identidades do sujeito, tornando-o tão somente aquilo que ele faz e que é socialmente condenado, não por fazê-lo, mas pelo modo como o faz. Em outros termos, não é a bebida em si, mas aquela pessoa que bebe mal, isto é, de modo abusivo, desregrado, que a leva à condição de ser socialmente identificada popularmente como “alcoólatra”, ou seja, quem “idolatra”, “adora” e se tornou dependente do álcool.

Alcoolista

Esse termo foi proposto por alguns pesquisadores como uma alternativa menos carregada de valoração, isto é, de estigma. Segundo eles, o termo não reduziria a pessoa a uma condição, como a de alcoólatra, mas a identificaria como uma pessoa que tem como característica uma afinidade com alguma coisa, com alguma ideia. Por exemplo, uma pessoa que torce no futebol pelo time Flamengo é flamenguista; é uma característica, mas não reduz o indivíduo a ela, como uma identidade única e dominante. Eis o porquê segundo estes autores ser preferível designar uma pessoa como alcoolista e saber que ela é, ao mesmo tempo, muitas outras coisas, inclusive alguém que pode deixar de ser dependente de álcool. Isso ajudaria essa pessoa a não ser estigmatizada, reduzida a uma única condição.

Apesar dessa argumentação, em português, os termos “alcoólatra” e “alcoolista” continuam sendo usados, quase que indistintamente, por diferentes autores, mas sempre equivalendo a “dependente de álcool”. Esta seria na realidade a expressão mais adequada cientificamente. O termo “alcoólico” não é muito adequado, pois na língua portuguesa significa “o que contém álcool”, mas muitas vezes é empregado devido à semelhança com a palavra inglesa “*alcoholic*”, que além de ter esse mesmo significado é também usada para referir-se a quem é dependente de álcool.

É muito importante, portanto, o cuidado com as palavras, com os termos que usamos para classificar coisas e pessoas, porque essas palavras e termos têm poder de conferir identidade e, assim, estigmatizar publicamente, reduzir uma pessoa a uma única condição, apagando, negando todas as demais, o que tem entre suas consequências a internalização desse lugar social, vindo a pessoa a constituir, por si mesma, um obstáculo ao desenvolvimento de um outro percurso, socialmente valorizado.



É aceitável que um profissional de saúde não tenha respostas para determinadas demandas que se apresentam. Entretanto, contribuir para piorar ainda mais a situação dos que o procuram é tudo o que não deve acontecer.

Um “bêbado” ou uma “bêbada” deixa de ser tantas outras coisas, como por exemplo, pai ou mãe, trabalhador ou trabalhadora, para ser tão somente bêbado ou bêbada.

Como as pessoas vivem em sociedade, o reconhecimento é fundamental para a identidade e esta é fundamental para o reconhecimento social. Como você bem percebe, vivemos imersos em notícias e propagandas, algumas delas bonitas e até engraçadas, entretanto é preciso estar atento para avaliá-las criticamente.

Em relação às substâncias psicoativas, qual será mesmo o papel da mídia?

Como já dissemos cachaça, fumo e maconha estão na origem da civilização brasileira. Hoje, as bebidas são produzidas por grandes empresas e anunciadas vivamente pelos meios de comunicação, em sofisticadas propagandas comerciais, em todos os lugares e em quase todos os horários. As cervejarias, por exemplo, gostam de explorar a imagem da mulher, valendo mais o apelo sexual do que qualquer outra dimensão humana. A todo o momento, pela via das propagandas comerciais, somos convidados a beber e as propagandas nos dizem que seremos melhores, teremos mais sorte e ficaremos mais fortes e alegres e, sobretudo, ficaremos mais espertos, chegaremos na frente, se bebermos esta ou aquela marca, este ou aquele tipo de bebida, que pode ser a cerveja, o vinho, o uísque ou a cachaça, dentre outras tantas à disposição dos gostos e da capacidade aquisitiva dos consumidores.

No livro Rodas de Fumo¹, os autores chamam a atenção para o papel exercido pela imprensa a partir de meados dos anos 50, enfatizando a característica de “desordeiras” e de “desvio de caráter” atribuída às pessoas que usavam maconha. Nesse particular, o papel exercido pela mídia foi mais intenso do que as revelações das pesquisas científicas da época. Isso foi em grande parte responsável pela maneira como as novas gerações foram instruídas sobre esse assunto.

¹ referência bibliográfica no final do capítulo.

As propagandas vão se adequando aos valores do momento e mesmo forçando a introdução de novos valores à medida que ampliam o mercado entre diferentes segmentos populacionais. Foi assim com a introdução, há não muito tempo, de motivos infantis, tais como lebre, tartaruga e siris nas propagandas de bebidas alcoólicas, em um claro apelo dirigido às pessoas nessa faixa de idade.

Outro assunto também importante relacionado ao consumo de bebidas alcoólicas é o uso de energéticos. Trata-se de produtos cujo princípio ativo é a cafeína. Por serem psicoestimulantes os energéticos equilibram o efeito depressor do álcool sobre o sistema nervoso central, possibilitando que o indivíduo beba mais e demore mais para perceber os sintomas da embriaguez.

Outras drogas como maconha, inalantes e crack/cocaína

MACONHA

O uso de **maconha** com propósitos medicinais data de 2.700 a.C. Largamente utilizada na Europa com esse propósito, durante os séculos XVIII e XIX, ela foi introduzida no Brasil pelos escravos africanos e difundida também entre os indígenas, sendo no início usada com propósitos medicinais e nas atividades recreativas, como a pesca, e nas rodas de conversa, nos finais de tarde. Nos Estados Unidos, ela já era conhecida pelos índios quando os mexicanos a levaram para aquele país.

No Brasil, no final do primeiro quarto do século XX, segundo descrição de Pernambuco-Filho & Botelho, distinguiam-se duas classes de “vícios”: os “vícios elegantes”, que eram o da morfina, da heroína e da cocaína, consumidos pelas elites (brancas, em sua maioria) e os “vícios deselegantes”, destacando-se o alcoolismo e o maconhismo, próprios das camadas pobres, em geral, formadas por negros e seus descendentes. Segundo esses mesmos autores, não tardou para que o produto (a maconha) trazido da África viesse a “escravizar a raça opressora”. Essas afirmações mostram, além da origem da maconha no país, que, já naquela época, ocorria a difusão do seu consumo por todas as classes sociais.

A mídia, ao mesmo tempo em que nos informa, muitas vezes ultrapassa a sua responsabilidade social, tornando-se fonte de muitos equívocos e desinformações, devido ao seu comprometimento com o mercado de anunciantes.

Esse é um fato incontestável diante da realidade nacional, entretanto permanece no imaginário social a associação **“pobre - preto - maconheiro - marginal - bandido”**, traduzida nas ações policiais dirigidas às pessoas autuadas pelo porte de maconha, que na periferia das grandes cidades são muito mais severas do que nas áreas mais ricas e socioeconomicamente mais favorecidas.

INALANTES

Visto de perto, o uso de drogas preenche expectativas e necessidades de um dado momento na cultura, economia e condições sociais da vida de um povo. Nas décadas de oitenta e noventa do século passado, vários estudos apontavam para um maior uso de inalantes entre crianças e adolescentes de minorias étnicas e socialmente menos favorecidas.

Dados brasileiros sobre o consumo dessas substâncias em crianças de rua da cidade de São Paulo indicavam que, das 42 entrevistadas, 38 (90,5%) haviam feito uso na vida e no mês. Mais adiante neste mesmo módulo você verá que o uso dessas substâncias entre meninos em situação de rua era mais prevalente do que entre estudantes e entre a população em geral. Veja agora o quadro de efeitos dos inalantes e as condições de vida dos meninos em situação de rua, e conclua por você mesmo o lugar dessas drogas em suas vidas:

SAIBA QUE:
Os inalantes mais populares são a cola de sapateiro, esmalte, benzina, lança-perfume, loló, gasolina, acetona, tiner, éter, aguarrás e tintas.

Efeitos dos inalantes:

- ✓ Redução da sensação de fome e de frio;
- ✓ Redução da sensação de dor;
- ✓ Produção de sensações agradáveis, inclusive alucinações.

Condições de vida dos meninos em situação de rua:

- ✓ Fome, frio, desamparo decorrente da vida nas ruas;
- ✓ Dor física e sofrimento psíquico decorrentes dos maus-tratos e de várias formas de violência;
- ✓ Privação social, inclusive de parte da própria família.



Hoje, além do consumo de inalantes previamente descrito, a incidência do consumo de crack vem aumentando em função das mesmas condições de vida nas ruas apontadas acima, evidenciando que essas condições não são consequências do uso de uma determinada droga, mas sim que, diante da ausência do poder público, da falta de ações voltadas para o cuidado das pessoas, estas buscam, dentro do que está ao seu alcance, os meios de sobreviver às adversidades.

COCAÍNA E CRACK

Levantamentos epidemiológicos (dados diretos) e indicadores epidemiológicos (dados indiretos), conforme você verá em detalhes mais adiante, têm evidenciado um aumento considerável das apreensões de cocaína, no Brasil, a partir dos anos oitenta do século passado. Em paralelo, houve um aumento do consumo e com isso a cocaína tomou o lugar dos medicamentos como o dextropropoxifeno (Algafan®) e derivados anfetamínicos (“bolinhas”; “arrebites”) na preferência dos usuários desse tipo de substâncias estimulantes.

Veja a seguir outros aspectos culturais relacionados ao uso da cocaína, além do lugar que ocupa, como um produto proibido:

- ✓ A cocaína já foi comercializada livremente pelo laboratório Bayer, no passado, e enaltecida por suas qualidades medicinais. O Manual MERCK, um livro muito utilizado na área de saúde, em sua primeira edição no último quarto do século XIX, trazia a indicação de cocaína com a dosagem a ser utilizada para situações de cansaço e desânimo.
- ✓ A folha de coca tem sido usada milenarmente pelos povos andinos para reduzir a fadiga e o cansaço das longas jornadas de trabalho.
- ✓ Em nossa cultura, algumas pessoas fazem uso de cocaína para se manterem acordadas e atentas por mais tempo que o habitualmente suportável.

Um estudo entre adolescentes que procuraram tratamento, na cidade de São Paulo, encontrou como principal motivo do uso de cocaína (64,7%) o “alívio do desânimo”. O crack, uma forma de cocaína de uso relativamente recente em nosso país, teve os primeiros registros científicos de seu consumo no início dos anos noventa, portanto há pouco mais de 20 anos. Ela não é uma droga diferente da cocaína, mas a própria cocaína preparada para consumo por via inalatória (fumada). A rapidez e intensidade de seus efeitos, que se devem à intensa

absorção da cocaína existente na fumaça no nível dos pulmões, são fatores que favorecem a dependência dessa droga.

Você sabe por que o consumo de crack tem se expandido tanto em nosso meio?

Veja as razões para isso:

- ✓ Efeito rápido e intenso;
- ✓ Menor custo, em relação ao pó de cocaína, adequando-se ao perfil de baixa renda da maioria de seus consumidores;
- ✓ Fácil utilização, dispensando a necessidade do uso de seringas;
- ✓ A forma como é consumido (fumado), algumas vezes misturado ao tabaco e à maconha (pistilo, mesclado), chama menos a atenção e é mais aceitável socialmente do que o uso de drogas injetáveis;
- ✓ Constitui uma alternativa ao uso de drogas injetáveis, em virtude dos riscos associados à infecção por HIV e hepatites.

E o Oxi? Você se lembra do Oxi?

Pois é! Apesar de tão recente, estampado na mídia impressa e televisiva como a “nova droga da morte”, já não se fala mais dele. Em um primeiro momento o oxi (também chamado de oxidado) foi encontrado no Acre, se disseminando por outras regiões do país.

Inicialmente o oxi foi classificado como diferente do crack por ao invés de conter o bicarbonato de sódio ou amônia conteria óxido de cálcio, querosene ou gasolina, sendo mais impuro.

Entretanto, após análises químicas de amostras de oxi apreendidas pela Polícia Federal e Civil não foram encontradas quantidades significantes de óxido de cálcio, gasolina ou querosene. Concluiu-se portanto que o oxi não é uma droga nova, mas sim uma variação da conhecida cocaína. Isto pois a grande parte das amostras analisadas foram classificadas como pasta base de cocaína (produto mais “cru” e bruto, que pode ser fumado) ou cocaína base (uma versão da pasta base de cocaína tratada para se retirar algumas impurezas, portanto mais cara para o usuário).

Como, se o princípio ativo é o mesmo, a cocaína?

O terreno do uso de drogas é muito fértil para ideologias e informações

equivocadas. É preciso privilegiar as informações cientificamente documentadas, pois a demonização do uso de drogas leva consigo os seus usuários, aumentando o estigma e a exclusão social dessas pessoas (Tarcísio Andrade, 2011).

ESTEROIDES ANABOLIZANTES

A crescente valorização do corpo nas sociedades de consumo pós-industriais – refletida nos meios de comunicação de massa, que expõem como modelo de corpo ideal e de masculinidade um corpo inflado de músculos – tem possivelmente contribuído para que um número crescente de jovens envolva-se com o uso de esteroides anabolizantes, na intenção de rapidamente desenvolver massa muscular.

Quais são as principais motivações evidenciadas pelas pesquisas para o consumo de anabolizantes em nosso país? Confira no quadro a seguir.

- ✓ Para muitos jovens, especialmente os que vivem nas periferias urbanas marcadas pelo desemprego, pelo tráfico de drogas e pela violência, a fisicultura, isto é o culto ao corpo, se constitui em uma alternativa de construção de identidade.
- ✓ No trabalho sobre o corpo, de forma geral os jovens buscam uma forma de se destacar na comunidade e de compensar uma baixa autoestima. A dimensão da identidade positiva construída pelos fisicultores é a que enfatiza sua condição de atleta corroborada na prática da musculação e em outros cuidados com o corpo.
- ✓ O “crescimento” rápido, mediado pelo uso de anabolizantes, se constitui em um elemento de identidade capaz de opor-se à condição de desempregados/desocupados em que muitos se encontram. O corpo torna-se então um instrumento privilegiado, por meio do qual a pessoa busca reconstruir o Eu (*Self*), fortalecendo uma identidade fragilizada.



O uso de drogas na forma de automedicação

Essa é outra marca da nossa cultura. É bastante comum que o uso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, se constitua, em parte, em uma forma de automedicação ou prescrição informal, o que é tão bem exemplificado pela existência das farmácias domésticas e pelo frequente uso de medicações por indicação de familiares, vizinhos e amigos. Essa situação é favorecida, entre outras razões, pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, por uma parcela expressiva de nossa população.

Outro fator importante que contribui para a automedicação é a falta de modelos saudáveis de identificação, ou seja, de famílias, escolas e outras instituições que sirvam de exemplos a serem seguidos. Essa falta de suportes identificatórios propicia uma alquimia própria guiada pela busca do autocontrole das sensações, na tentativa de resolver sozinho os próprios problemas, inclusive as angústias existenciais.

Desse modo, alguns bebem para relaxar e, se começam a ficar “de porre”, “cheiram” (cocaína) e/ou usam “energéticos” para “levantar a moral” e, ao final da jornada, por não conseguirem conciliar o sono, fazem uso de um tranquilizante.

Trata-se de uma busca de autocontrole das sensações às custas de um conhecimento farmacológico, absolutamente informal, e por isso, mais exposto a riscos, inclusive de morte, como não raro ocorre na situação de uso de múltiplas drogas, como no caso acima, no qual as quatro drogas mencionadas têm efeito sobre o funcionamento cardíaco.

Esse controle de si, e por si mesmo, associado ao controle social existente no pequeno grupo, na comunidade, na sociedade como um todo, tem sido desconsiderado pelas políticas públicas, sobretudo por aquelas pautadas na repressão, centralizadas na droga e que reduzem a pessoa que usa droga ao produto que consome.

SAIBA QUE:
Essas informações podem ajudar você, profissional de saúde, a refletir de modo mais realista sobre o uso de drogas, tornando menos árduas e mais eficazes suas intervenções dirigidas aos usuários dessas substâncias.

Atividades

REFLEXÃO

De acordo com o que você estudou nesse capítulo, faça uma breve reflexão sobre a seguinte frase: "O ato de beber faz parte da nossa maneira de ser social."

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. Assinale a alternativa CORRETA:

- a) Crack é uma droga completamente diferente da cocaína no que diz respeito às suas propriedades farmacológicas.
- b) A diferença na intensidade e rapidez do efeito entre o crack e a cocaína está no fato de o crack ser fumado e a cocaína, cheirada ou injetada.
- c) O uso do crack é uma forma de se obter mais efeito com o menor custo, considerando que o crack é mais barato do que a cocaína em pó e por isso mesmo a expansão do consumo de crack é maior entre as populações mais pobres.
- d) As alternativas b e c estão corretas.

2. Sobre o uso de drogas, é CORRETO afirmar que:

- a) Não faz parte da história da humanidade e consiste em uma prática dos tempos modernos.
- b) Os tipos de drogas e as formas de consumo não se correlacionam com povos e nem com ocasiões, pois os efeitos das drogas dependem apenas de suas propriedades farmacológicas.
- c) O uso de energético é uma forma de proteger o organismo em relação ao uso de álcool.
- d) Automedicação é um dos motivos para o uso de drogas.

3. Sobre o papel da mídia nas propagandas de bebidas alcoólicas, assinale a alternativa CORRETA de acordo com o texto estudado:

- a) Nas propagandas sobre cerveja, são exploradas a imagem da mulher, ressaltando o apelo sexual mais do que qualquer outra dimensão.
- b) As propagandas não têm influência sobre o modo de beber das pessoas.
- c) As bebidas são anunciadas nos comerciais televisivos apenas após as 23 horas.
- d) A mídia, em relação às bebidas, sempre informa adequadamente.

4. De acordo com o que você estudou neste módulo, assinale a alternativa CORRETA em relação aos energéticos:

- a) São psicoestimulantes, cujo princípio é a cafeína.
- b) Mascaram o efeito depressor do álcool sobre o sistema nervoso central, podendo levar ao consumo de maiores quantidades de bebidas alcoólicas.
- c) Os energéticos podem aumentar o risco de problemas cardíacos.
- d) Todas as alternativas anteriores estão corretas.

Bibliografia

Andrade TM. Condições psicossociais e exposição ao risco de infecções pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis, em uma comunidade marginalizada de Salvador [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia - Faculdade de Medicina; 1996.

Andrade TM. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, 2011 Dec;16(12):4665-74.

Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Lima EL, Adiala JC. Revisão: perfil de uso de cocaína no Brasil. J.Bras.Psiquiatr. 1995;44:287-303.

Carlini EA, Noto AR, Galduróz JCF, Nappo SA. Visão histórica sobre o uso de drogas: passado e presente; Rio de Janeiro e São Paulo. J.Bras.Psiquiatr. 1996;45:227-36.

CEBRID – Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: 2003.

CEBRID – II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: 2005.

da Silva Junior RC, Gomes CS, Goulart Júnior SS, Almeida F V, Grobério TS, Braga JW et al. Demystifying “oxi” cocaine: Chemical profiling analysis of a “new Brazilian drug” from Acre State. Forensic science international. 2012, 221(1), 113-19.

Galduróz JCF, Figlie NB, Carlini EA. Repressão às drogas no Brasil: a ponta do “Iceberg?” J.Bras.Psiquiatr. 1994;43:367-71.

Iriarte JB, Andrade TM. Musculação, uso de esteroides anabolizantes e percepção de riscos entre jovens fisiculturistas de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2002;18(5):1379-87.

Macrae E, Simões JA. Rodas de fumo: uso de maconha entre as camadas médias urbanas. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia; 2000.

Nappo SA, Galduróz JCF, Noto AR. Uso de “crack” em São Paulo: fenômeno emergente? Rev.ABP-APAL. 1994;16:75-83.

Onfray M. A razão gulosa: filosofia do gosto. Rio de Janeiro: Rocco; 1999.

Padilha ER, Padilha AM, Morales A, Olmedo EL. Inhalant, marihuana and alcohol abuse among barrio children and adolescents. Int J Addict. 1979 Oct;14(7):945-64.

Pernambuco Filho P, Botelho A. Vícios sociais elegantes, Livraria Alves, Rio de Janeiro 1924.

Reinarman C, Levine HG. Crack in America: demon drugs and social justice. Berkeley: University of California Press; 1997.

Scivoletto S, Henriques Jr. SG, Andrade AG. A progressão do consumo de drogas entre adolescentes que procuram tratamento. J Bras Psiquiatr. 1996;45(4):201-7.

Silveira DX, Moreira FG. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Editora Atheneu; 2006.

Capítulo 2

A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento

TÓPICOS

- ✓ Estigmatização e estereótipos
- ✓ Estigma Público e Estigma Internalizado
 - ✓ Atividades
 - ✓ Bibliografia

Estigmatização e estereótipos

Por que a sociedade estigmatiza os usuários de drogas?

Com certeza, não existe uma única resposta para a questão, pois se trata de uma situação complexa, com múltiplos determinantes. Porém, aqui, especificamente, trataremos de uma das dificuldades com as quais os profissionais constantemente lidam, que é a **“estigmatização”** de alguns problemas de saúde.

ESTIGMATIZAÇÃO

O termo Estigma ou Estigma Público pode ser definido como uma marca física ou social de conotação negativa ou que leva o portador dessa “marca” a ser marginalizado ou excluído de algumas situações sociais. Muitas condições de saúde, dentre elas a dependência de álcool e outras substâncias, são estigmatizadas pela população, inclusive pelos profissionais de saúde.

A estigmatização ocorre quando se atribui “rótulos” e “estereótipos” negativos a determinados comportamentos. Tal situação influencia direta ou indiretamente a condição de saúde da pessoa estigmatizada, provocando diversas consequências, inclusive o agravamento da situação.



ESTEREÓTIPOS

São características pessoais ou sociais atribuídas a determinadas pessoas ou grupos, antes mesmo de ser realizada uma avaliação mais cuidadosa sobre essas características. No Brasil, por exemplo, existem os estereótipos de pessoas de determinadas regiões em relação ao comportamento. Imagine uma pessoa nascida na região nordeste ou na região sul, ou em algum estado, como Minas Gerais ou Rio de Janeiro.

É bem provável que você tenha uma concepção ou ideia de como essas pessoas falam, se comportam, se vestem ou se colocam perante as outras. Muitas vezes,

fazemos essas generalizações como se todas as pessoas de um determinado grupo fossem exatamente iguais.

Na área da saúde, muitas vezes temos a mesma tendência de classificar o comportamento das pessoas de acordo com o problema de saúde ou a “marca” que definimos para elas. Essa tendência é prejudicial tanto ao profissional, que deixa de perceber ou conhecer o problema mais a fundo, quanto ao paciente, que deixa de receber uma intervenção adequada ao seu problema.

Por exemplo, há alguns anos, ao falar de doenças, tais como Hanseníase (antigamente denominada lepra) e Tuberculose, havia uma ideia extremamente negativa, tanto da doença quanto das pessoas que portavam tal problema.

Dentre as várias consequências desse comportamento para o doente, é possível destacar o isolamento social, a piora da qualidade de vida, o preconceito e principalmente a perda de oportunidade de acesso a um tratamento adequado.

A “marca” ou estigma que essas pessoas carregavam era colocada tanto pela população em geral quanto pelos profissionais de saúde, que muitas vezes evitavam tratar dos pacientes ou recomendavam o isolamento total. Ao longo da história, essas doenças foram perdendo a conotação negativa e os resultados do tratamento se tornaram melhores, em função não somente do maior conhecimento técnico sobre elas, mas também da diminuição da visão estigmatizada do problema.

Em relação ao álcool e outras drogas, sobretudo as drogas ilícitas, podemos observar que existe uma forte conotação moral que dificulta abordagens mais adequadas e maior aproximação dos usuários. Existe uma associação equivocada, por parte da sociedade e inclusive de muitos profissionais de saúde, de que o usuário é “fraco”, “sem força de vontade”, “mau caráter” ou que o uso e a dependência são “problemas sem solução”.

Outras ideias equivocadas que permeiam nossa sociedade são: “Drogas matam” e “Uma droga leve é a porta de entrada para drogas pesadas”. Frases como essas, quando analisadas criticamente, não apenas são ineficazes do ponto de vista preventivo como são prejudiciais.

Dados que podem contrapor tais ideias são:

- ✓ Estudo acerca da epidemiologia do uso de drogas nos EUA de 1998, aponta que 35% fizeram uso de substâncias psicoativas (SPA) ilícitas na vida e somente 10% relataram uso recente de SPA. Confirmando que nem todo uso de SPA é necessariamente um uso problemático;
- ✓ 92% dos jovens entre 12-17 anos que experimentam drogas não seguem fazendo uso regular.

É muito mais adequado falar de consumo leve e consumo pesado do que de drogas leves e pesadas, uma vez que, desconsiderando-se o fato de se tratar de uma drogas lícitas ou ilícitas, a intensidade do consumo está muito mais ligada aos prejuízos biológicos, psíquicos e sociais do que ao tipo de droga utilizada.

O tratamento e a prevenção adequados devem, portanto, ter bases científicas, levando em consideração o nível de conhecimento, a capacidade de discernimento e as escolhas da população a que se destinam.

Outra imagem muito comum que os profissionais de saúde têm sobre o usuário de drogas, sobretudo o usuário de drogas ilícitas, é a de uma pessoa ligada diretamente ao crime, que não tem amor-próprio, que não se cuida, que não tem família, ou aquela pessoa que fica caída na sarjeta, lembrando-nos do “bêbado de sarjeta”.



O propósito das imagens poderia exemplificar o trabalho com populações nos lugares e nas condições em que vivem, mas também podem contribuir para a estigmatização.



Atualmente, temos acompanhado o problema do uso de crack e toda a repercussão junto à opinião pública à mídia, que muitas vezes generaliza o uso e o usuário de crack, fazendo uma rápida associação entre o consumo dessa droga por moradores de rua e as “cracolândias” nas grandes cidades, como se todos usuários de crack estivessem ligados a comportamentos violentos e fossem todos iguais, de uma maneira negativa.

A despeito da gravidade e da possível evolução dos problemas relacionados ao consumo de crack, essa generalização muitas vezes exclui e afasta os usuários de um cuidado adequado e de uma percepção e intervenção para cada caso.

Sobre essa equivocada superposição entre uso de crack e outras drogas e criminalidade, falta de amor-próprio e autodestruição, seguindo alguns estudiosos desse tema, podemos afirmar que:

As políticas repressivas, justificadas pelas questões legais, ligadas ao tráfico, contribuem de modo significativo para a exclusão social dos consumidores, na maioria das vezes, as condições nas quais se dá o consumo desses produtos (sobretudo no caso das drogas ilícitas, cujo consumo ocorre sem qualquer controle de qualidade e em precárias condições de higiene) agravam em muito os seus efeitos primários e aumentam as consequências negativas para a saúde, o que fortalece a imagem de autodestruição atribuída a essa população.

Entretanto, muitas pessoas que trabalham normalmente, têm família e uma vida socialmente ativa usam álcool ou outras drogas. Por conta dessa imagem distorcida do usuário, o profissional de saúde perde uma oportunidade importante de intervir em grande parte da população usuária, por achar que somente aquelas pessoas com o “estereótipo” do usuário de álcool e outras drogas devem ser abordadas e encaminhadas a serviços especializados.

Vejamos agora como a estigmatização e os estereótipos interferem na prevenção, no diagnóstico e no tratamento do uso e abuso de álcool e outras drogas.

No Brasil, até muito recentemente, o uso e abuso de drogas se constituía num problema à parte dos serviços de saúde e, portanto, do âmbito de serviços especializados. O problema maior era que grande parte dos estados brasileiros não possuía Centros de Referência para atenção aos usuários de drogas e para a capacitação de novos profissionais.

Somente nos últimos três anos é que, por meio de várias Portarias, o Ministério da Saúde tem estendido a atenção ao uso e abuso de drogas aos Serviços de

Saúde em geral, inclusive aos Programas de Atenção Básica à Saúde (Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e Programa de Saúde da Família – PSF).

Essas mudanças, entretanto, ainda se encontram distantes de serem efetivadas, pelas seguintes razões:

- ✓ Conforme descrito no capítulo 6 desse módulo, quanto aos levantamentos domiciliares, de estudantes de nível fundamental, médio e universitário e mais recentemente quanto aos usuários de crack, demonstram que há esforços dos pesquisadores em conhecer melhor essa realidade brasileira, para assim, elaborar intervenções condizentes com a realidade;
- ✓ A estigmatização e os estereótipos relacionados às pessoas que usam drogas, sobretudo as ilícitas, que as afastam dos serviços de saúde;
- ✓ A falta de profissionais de saúde com treinamento mínimo necessário para realizar os cuidados básicos e o encaminhamento adequado dessa população.

Estigma Público e Estigma Internalizado

Outra consequência do tipo de estigma que estamos falando até agora, que é o Estigma Público, é o Estigma Internalizado.

ESTIGMA INTERNALIZADO

É a desvalorização, a vergonha e a exclusão desencadeadas pela atribuição de estereótipos negativos a si próprio, ou seja, a pessoa acaba por internalizar ou concordar com as características negativas atribuídas a ela.

A internalização do estigma traz uma série de consequências negativas para essa pessoa que vão desde o afastamento da rede de cuidado até maior vulnerabilidade social e agravamento da condição de saúde.

Outras consequências do Estigma Internalizado:

- ✓ Perda da autoestima;
- ✓ Perda da autoeficácia e perspectivas limitadas de recuperação;
- ✓ Restrição de oportunidades e das redes sociais;
- ✓ Antecipação da rejeição, levando ao isolamento, ao desemprego e ao baixo rendimento.



Os dados a seguir exemplificam o que acaba de ser dito: pesquisas têm demonstrado que apenas 5 a 10% das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas procuram tratamento especializado e que aproximadamente 20% das pessoas que procuram a rede de cuidados primários de saúde têm problemas por uso de drogas, na grande maioria das vezes, não revelados durante a consulta.

Esse distanciamento, em relação ao uso e abuso de álcool e outras drogas, mantido no âmbito dos serviços de saúde, em geral, tem como produto a ausência de diagnóstico, ou o subdiagnóstico dessas condições.

Vejamos agora como se traduz essa exclusão dos usuários de drogas no cotidiano da atenção à saúde.

Muitos pacientes internados em Hospitais Gerais, inclusive nos Hospitais Universitários, apresentam enfermidades relacionadas ao abuso de álcool e outras drogas, como é o caso de alguns pacientes diabéticos, com pancreatites, com hepatopatias, todas doenças relacionadas ao uso de álcool, ou desenvolvem câncer de pulmão e outras doenças respiratórias, relacionadas ao uso de tabaco. Também AIDS e outras infecções encontram-se relacionadas ao uso de drogas injetáveis.

Por ausência do diagnóstico do uso e abuso de drogas, esses pacientes não recebem a atenção merecida, relacionada à prevenção e ao tratamento para problemas decorrentes do consumo dessas substâncias, fato esse que tem papel relevante na reinternação desses pacientes, com custos significativos do ponto de vista social e econômico, para eles próprios e para o Sistema de Saúde.

Considerando especificamente a prevenção, vamos ver agora os efeitos da estigmatização e dos estereótipos na prevenção primária, ou seja, quando se busca evitar o uso de drogas pela primeira vez.

Você certamente já percebeu que, ao se referir ao uso de drogas ilícitas, o discurso oral ou escrito permite a impressão de que as drogas têm vida própria e são, por si mesmas, capazes de determinar o comportamento das pessoas. É por isso que você escuta frases como essas: “As drogas estão destruindo a sociedade” ou “Guerra às drogas”.

O grande problema dessa “demonização” das drogas ilícitas é o seu reflexo no usuário, que vai se “demonizando” junto com o produto e passa a ser visto, ele próprio, como uma pessoa má.

Você também sabe muito bem que todos nós temos uma grande preocupação com nossas crianças e jovens para que não se iniciem no uso de drogas, sobretudo das drogas ilícitas.

Mas, por conta da estigmatização e do estereótipo do usuário, essas mesmas crianças e jovens, que são alvo de todo o nosso zelo e atenção, uma vez flagradas com um cigarro de maconha, por exemplo, passam a ser vistas como maconheiras, drogadas e marginais.

O QUE FAZER PARA DIMINUIR O ESTIGMA?

Algumas estratégias são propostas para combater o estigma público ou internalizado. Vejamos algumas:

- ✓ **Contato:** alguns autores defendem que o contato entre estigmatizadores e estigmatizados contribui para a diminuição do desejo de distância social e discriminação, uma vez que as pessoas que estigmatizam podem começar a perceber, por esse contato cotidiano, que a generalização feita nem sempre se aplica a todos os casos.

ASSISTA AO FILMES

“Bicho de Sete Cabeças”. Filme brasileiro com direção de Laís Bodanzky, lançado em 2000, com Rodrigo Santoro, Othon Bastos e Cássia Kiss no elenco.
“O Lado Bom da Vida”. Filme dirigido por David O. Russel, lançado no Brasil em 2013.

- ✓ **Protesto:** geralmente feito por grupos ou associações, apresenta efetividade, uma vez que procura sensibilizar a opinião pública e os gestores de políticas públicas sobre os malefícios da discriminação resultante do estigma. Isso geralmente é feito a partir da mobilização de grupos, campanhas na mídia, nas redes sociais ou até mesmo em comunidades.
- ✓ **Educação:** a educação de grupos ou pessoas estratégicas no cuidado ou convivência de determinados grupos, como profissionais de diversas áreas, escola, pais e familiares. Essa educação vai além da simples transmissão de conteúdo, utilizando também componentes de mudança de atitudes e sensibilização das condições de vulnerabilidade em função do estigma.
- ✓ **Estratégias de Redução do Estigma Internalizado:** numa perspectiva individual, pode-se fornecer ferramentas e estratégias para que pessoas ou grupos, possam lidar com essa situação. Por exemplo, treino de habilidades sociais para enfrentamento de situações de discriminação, planejamento de futuro e aumento do sentimento de autoeficácia.

COMO AVALIAR O ESTIGMA INTERNALIZADO

No Brasil, existe um grupo específico que vem trabalhando com pesquisa e técnicas de redução de estigma, chamado Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Drogas (CREPEIA) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Acesse o site do grupo (www.ufjf.br/crepeia) e tenha mais informações sobre como realizar ações de redução de estigma e como avaliar estigma internalizado através da escala ISMI-BR (International Stress Management Associations).

O lugar social ocupado pela droga e pelos usuários, quando internalizado pelos profissionais de saúde e educadores, torna muito difícil a relação com os usuários, interferindo na percepção dos seus valores como pessoas e reduzindo-os a uma só condição: a de usuários de drogas. Isso, evidentemente, afasta essas pessoas dos serviços de educação, suporte social e saúde, agravando ainda mais os desvios porventura existentes.

Sem dúvida, aquele profissional que tem uma visão pré-formada e preconceituosa do usuário e do uso de drogas terá uma maior dificuldade para realizar um trabalho, tanto de prevenção quanto de tratamento ou de reinserção social.

A mudança de postura do profissional frente à questão beneficiará tanto o usuário, que poderá receber uma abordagem mais adequada e realista de seu problema, quanto o profissional que se beneficiará de conhecimentos técnicos bem fundamentados de abordagens mais adequadas, bem como de resultados mais favoráveis de seu trabalho.

Essa nova postura tem feito parte dos princípios e práticas da Redução de Danos, um tema que será abordado no Módulo 5. Com base nesses princípios, os usuários de álcool e outras drogas:

- ✓ Deixam de ser simplesmente alvo das ações de saúde, passando a ser também os seus protagonistas;
- ✓ Participam ativamente como agentes de saúde (reduzores de danos), como educadores de outros usuários e na formação de associações em defesa dos seus direitos;
- ✓ Têm sido alvo de pesquisas de natureza demográfica, epidemiológica e psicossocial, realizadas no sentido de orientar os profissionais de saúde sobre a realidade de cada população para quem as ações de prevenção e tratamento serão dirigidas.



SAIBA MAIS:
Os termos **Atenção Básica** e **Atenção Primária à Saúde** podem ser utilizados como sinônimos na maioria das vezes, sem que se torne um problema conceitual, porém existem algumas críticas quanto à origem e diferenças conceituais. Na literatura nacional e internacional há produções científicas em que os dois termos aparecem. Porém, o termo **Atenção Básica** no contexto do Sistema Único de Saúde – SUS é mais utilizado nos documentos oficiais do Ministério da Saúde. (Mello GA; Fontanella BJB; Demarzo MMP. **Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: Origens e diferenças conceituais.** (artigo de revisão). Rev. APS. V12, nº 2, p. 204-13. abr-jun, 2009.

Pesquisa recente realizada no Brasil com profissionais de Atenção Primária à Saúde (PSF e UBS) demonstrou que esse grupo apresenta uma clara visão moralista dos usuários de álcool e drogas atendidos por ele. O mesmo estudo demonstra que o uso de álcool e outras drogas é mais estigmatizado ao se comparar com outras condições de saúde, como HIV/AIDS, Esquizofrenia, Depressão, dentre outras. A consequência direta dessa postura do profissional vai desde a desatenção até um cuidado de menor qualidade e a indisposição para encaminhamento dos casos mais graves para os serviços especializados.

Portanto:

- ✓ A estigmatização do usuário de álcool e outras drogas não resolve o problema, que continuará existindo em sua comunidade;
- ✓ A visão de que todos os usuários são pessoas “sem caráter” e, portanto, não merecem sua ajuda, é equivocada. A grande maioria dos usuários é formada de pessoas comuns, que devem ser tratadas como tal;
- ✓ O uso de álcool e outras drogas é um problema de saúde como outros;
- ✓ A postura moralista aumenta a dificuldade de abordar o tema.

Quais seriam então os ganhos de uma nova postura?

- ✓ Os pacientes ficarão mais satisfeitos, pois se sentirão respeitados pela forma como você os trata;
- ✓ Os resultados da intervenção se tornam mais evidentes, portanto você se sentirá um profissional mais competente;
- ✓ Ao invés de “colocar a poeira debaixo do tapete”, você conseguirá enfrentar o problema e perceberá os resultados disso em médio prazo;
- ✓ Você se beneficiará mais com a qualificação técnica, pois conseguirá utilizar seus conhecimentos de forma mais abrangente.



Os primeiros passos para ser um bom profissional de saúde, em especial para aqueles que trabalham com comunidades são:

- ✓ Saber identificar e entender o que acontece na sua localidade;
- ✓ Respeitar as diferenças e as características entre as pessoas e as diferentes culturas.

Portanto, um passo importante para os profissionais participantes desse curso é a necessária reflexão sobre suas próprias concepções a respeito do uso de álcool e outras drogas, revendo conceitos e buscando capacitar-se para conseguir de fato identificar, prevenir e tratar os problemas decorrentes do uso dessas substâncias.

A qualidade de seu trabalho estará diretamente relacionada à forma como você e sua equipe encaram o problema.

Outro passo importante é que, uma vez mudada a concepção sobre os usuários dessas substâncias, numa perspectiva de saúde pública, o profissional de saúde utilize sua inserção na comunidade para trabalhar com toda a rede social e com as pessoas da comunidade, para que estas também tenham uma concepção mais adequada sobre o consumo de drogas.

Essa ação com certeza facilitará todo o trabalho do profissional junto aos familiares, usuários e outras pessoas envolvidas.

Assim, podemos concluir primeiramente que é muito importante que os profissionais que atuam em todos os níveis de cuidado com a saúde sejam capacitados na atenção ao uso e abuso de drogas. Ao lado da capacitação em cuidados primários e encaminhamento adequado aos usuários de álcool e outras drogas, um passo importante é ter o conhecimento, proveniente de estudos científicos, sobre a real situação do consumo de drogas e seus determinantes entre os usuários desses serviços.



Imagens obtidas a partir do trabalho de campo da ARD-FC, Faculdade de Medicina/UFBA, mostrando ação dos agentes comunitários de saúde (fardados, à direita) e dos redutores de danos, durante treinamento para integrar a atenção ao uso abusivo de drogas à atenção básica à saúde.

Atividades

REFLEXÃO

De que maneira você planejará um trabalho de redução do estigma aos usuários de drogas no seu serviço?

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. Pode-se afirmar que o Estigma Público é:

- a) Uma maneira de expor os usuários à sua condição de fraqueza perante a droga, o que reforça sua recuperação.
- b) Uma marca social que diferencia o usuário de drogas da população, gerando uma discriminação social.
- c) Uma marca social que alerta os não usuários para se distanciarem ou excluírem os usuários em função de sua periculosidade.
- d) Uma ferramenta útil para o tratamento, uma vez que o usuário se envergonhará de sua condição e deixará de usar drogas.

2. Pode-se afirmar que o Estereótipo é:

- a) Uma generalização e atribuição automática de características a um determinado grupo, como se todos fossem iguais.
- b) Uma maneira de simplificar e de prever alguns comportamentos, que nos facilita a proteger as pessoas contra os comportamentos típicos de usuários de drogas.
- c) Confirmação de características típicas de usuários de drogas, que nos permite prever e reagir a tempo de alguns comportamentos.
- d) Característica e comportamento reais e comuns a grupos específicos, como os usuários de drogas.

3. Pode-se afirmar que Estigma Internalizado é:

- a) Característica que uma população atribui a um usuário de drogas.
- b) Um sentimento de vergonha sobre um comportamento que facilita a recuperação do usuário de drogas.
- c) Internalização e aceitação de características negativas atribuídas a um grupo ou pessoa.
- d) Generalização de características negativas feitas pela população geral a uma pessoa ou grupo.

4. As consequências do estigma na área de drogas são, EXCETO:

- a) Perda da autoestima.
- b) Perda da autoeficácia e, perspectivas limitadas de recuperação.
- c) Restrição de oportunidades e das redes sociais.
- d) Antecipação da rejeição, levando ao isolamento e maior adesão ao tratamento.

Bibliografia

Andrade TM, Friedman SR. Princípios e práticas de redução de danos: interfaces e extensão a outros campos da intervenção e do saber. In: Silveira DX, Moreira FG, organizadores. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu; 2006.

Anthony JC. Epidemiology of Drug Dependence (Chapter 109). In: Davis KL, Charney D, Coyle JT, Nemeroff C (Eds.); Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress. Fifth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2002. p 1557-73.

Babor TF, Higgins-Biddle J. Intervenções breves para o uso nocivo e de risco de álcool: manual para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD; 2003.

Barata A. Introdução a uma sociologia das drogas. In: Mesquita F, Bastos FI. Drogas e Aids: estratégias de redução de danos. São Paulo: HUCITEC; 1994.

Fortney J, Mukherjee S, Curran G, Fortney S, Han X, Booth M. Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. J.Behav.Health Serv. Res. 2004;31(4):418-29.

Humeniuk R, Poznyak V. Intervenção breve para o abuso de substâncias: guia para uso na atenção primária à saúde. Genebra: OMS; 2004.

Kelly JF, Westerhoff CM. Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. Int.J Drug Policy. 2010;21(3):202-7.

Lima MEO, Pereira ME, organizadores. Estereótipos, preconceitos e discriminação: perspectivas teóricas e metodológicas. Salvador: EDUFBA; 2004.

Neves DP. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? Cad.Saúde Pública. 2004;20(1):7-14.

Ronzani TM. Avaliação de um processo de implementação de estratégias de prevenção ao uso excessivo de álcool em serviços de atenção primária à saúde: entre o ideal e o possível [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 2005.

Ronzani TM, Furtado EF, Higgins-Biddle J. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. Soc.Sci Med. 2009;69(7):1080-4.

Ronzani TM. Ações Integradas Sobre Drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas. Juiz de Fora: EDUFJF; 2013.

Rosenbaum M. Safety First: a reality-based approach to teens, drug and drug education. San Francisco: Drug Policy Alliance; 2002.

Silveira DX, Andrade TM. Redução de Danos relacionada ao uso de drogas. In: Universidade de Brasília e Secretaria Nacional Antidrogas. Prevenção ao uso indevido de drogas: Diga sim à vida, Vol 2. Brasília: SENAD/UnB; 2000.

SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Summary of findings from the 2000 National Household Survey on drug abuse. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services; 2001. (NHSDA Series H-13, DHHS Publications No. (SMA 01-3549,2001).

Zimmer L, Morgan JP. Marijuana myth, marijuana facts: a review of the scientific evidence. New York: The Lindesmith Center; 1997.

Capítulo 3

Direitos Humanos: uma nova cultura para a atuação em contextos de uso abusivo de drogas

TÓPICOS

- ✓ Direitos Humanos e Uso de Drogas – uma reflexão necessária
- ✓ História, fundamentos e proteção dos direitos humanos
 - ✓ Sujeitos e atuação em direitos humanos
 - ✓ Direitos humanos, democracia e cidadania
- ✓ Direitos humanos em contextos de uso abusivo de drogas
 - ✓ Atividades
 - ✓ Bibliografia

Direitos Humanos e Uso de Drogas – uma reflexão necessária

Abordar a temática dos direitos humanos tem exigido da sociedade brasileira o esforço de atravessar as fronteiras do senso comum para promover um debate mais frutífero sobre os direitos fundamentais como um marco para a vida digna de todos e de cada pessoa. De maneira recorrente, os direitos humanos são abordados de forma simplista: são identificados em situações de comoção pública como sendo a defesa dos direitos dos “bandidos”. Infelizmente, tal leitura (muito explorada pela mídia sensacionalista) em nada contribui para a compreensão política, ampla e inclusiva do que realmente significa pensar a sociedade e a cultura na perspectiva dos direitos humanos.

O Brasil é um país com uma longa história de violência institucionalizada, que incide em nossos cotidianos e atitudes de forma a naturalizar essa violência, perpetuando a indiferença ao sofrimento alheio e, pior, reafirmando a individualização dos problemas e inviabilizando a percepção do bem comum e da política pública como vias concretas de superação das grandes desigualdades existentes.

Somente uma cultura pautada por valores que promovam o respeito à vida tem o poder de reverter a médio e longo prazos tal realidade. É nessa perspectiva que valorizamos o debate e propomos o paradigma dos direitos humanos como uma poderosa influência para a transformação da realidade brasileira em todas as dimensões (política, econômica, social, cultural e ambiental). Tal referencial pode nos orientar em situações emergenciais, mas também em situações preventivas e educativas. Aliás, atuar em situações emergenciais deve ser uma oportunidade de atuar educativamente; de evidenciar o quanto podemos ser e estar permanentemente atentos à proteção e promoção da ideia de que viver com dignidade é o maior bem da humanidade e, como tal, deve ser um direito garantido a todos em qualquer situação, todo o tempo.

A questão do uso abusivo de drogas é um desafio para a atuação na perspectiva dos direitos humanos. Por um lado existe o preconceito e o medo de informar a sociedade desavisada sobre seus direitos e amplamente acuada pela mídia que persiste em apresentar o segmento dos usuários de drogas como sendo de “perigosos” e “delinquentes”, que simplesmente rejeitam todo e qualquer tipo de ajuda. Nesse cenário, é muito comum aparecerem as opiniões afirmativas de que

“a turma dos direitos humanos surge para defender os direitos dos bandidos...”. Por outro, lado existe a ação fragmentada e emergencial do poder público no sentido de responder de maneira rápida a um problema extremamente complexo, que pode atingir a qualquer pessoa indiscriminadamente.

Quais respostas propor diante de tais situações? A informação clara, precisa e destituída de preconceitos e valores. A ação planejada, integrada, permanente e legítima do poder público. A atitude acolhedora, respeitosa e cidadã das comunidades e família.

Como já mencionado, contextos de uso indevido e abusivo de drogas são realidades complexas nas quais a fragilidade da vida humana é um fato, e por isso mesmo deve ser protegida ao máximo.

Esta unidade, além de propor um estudo acerca dos fundamentos dos direitos humanos, pretende reafirmar que somente uma cultura pautada nos direitos humanos é realmente capaz de incidir nas lógicas que reafirmam individualismos e desigualdades como estilo de vida e, portanto, promover as mudanças fundamentais das quais a sociedade brasileira necessita há muito tempo.

Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade. (Declaração Universal dos Direitos Humanos, Artigo 1º. ONU, 1948)

História, fundamentos e proteção dos direitos humanos

Nem sempre as sociedades estiveram organizadas como as que conhecemos nos dias atuais. Ao longo da história, a humanidade evoluiu naquilo que diz respeito às formas de sobrevivência e de organização da vida em comunidade, buscando consolidar princípios solidários e de respeito à vida. Parece ser um consenso: ninguém vive sozinho, e contextos de grandes desigualdades e de violências colocam a vida em situação de permanente vulnerabilidade.

Situações de conflito armado (causadas principalmente por divergências políticas, religiosas, culturais, étnico-raciais e disputas territoriais) são uma constante em nossa história. Por outro lado, e muitas vezes em resposta a tais situações, temos uma história de construção de realidades nas quais a vida é considerada o valor maior e, portanto, deve ser protegida e viabilizada na sua integridade. Dessa compreensão surgem diversos mecanismos de defesa dos direitos humanos e de promoção de uma cultura que se oponha radicalmente a todos os tipos de violência. É nesse contexto de construção de valores humanistas e de promoção de uma cultura pautada na paz que percebemos e tecemos a história dos direitos humanos. É importante considerar que tal processo tem se dado em meio a conflitos, disputas e conquistas.

Os direitos humanos refletem uma concepção de mundo, de sociedade que se deseja construir e de pessoas que se deseja formar. Não é uma dádiva, uma inspiração intelectual ou mais um modismo o que fundamenta esse movimento, mas os próprios processos e aprendizagens acumulados pela humanidade, nas mais diversas áreas, experiências e descobertas. É um processo de construção humana, de apreensão e de recriação da realidade.

É principalmente a partir da segunda metade do século XX que o paradigma dos direitos humanos se consolida reunindo referenciais jurídicos, teóricos e empírico-metodológicos. Desde então, ampliou-se o escopo de direitos e hoje trabalhamos com uma abordagem que reúne não somente os direitos civis e políticos, mas também os direitos sociais, econômicos, culturais e ambientais. O princípio máximo desse paradigma é a universalidade da dignidade humana, sendo considerados a singularidade de cada indivíduo e seu segmento sociocultural.

Nesse sentido, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada em 1948, é uma referência basilar na qual encontramos todos os princípios e direitos expressos. Esse documento é um marco para a humanidade, uma vez que buscou alinhar as nações a um compromisso de defesa incondicional do direito de todos à vida digna em qualquer contexto em que ela se encontre.



Vejamos o que diz a Declaração:

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS

Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948.

Artigo I

Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade.

Artigo II

Toda pessoa tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.

Artigo III

Toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal.

Artigo IV

Ninguém será mantido em escravidão ou servidão, a escravidão e o tráfico de escravos serão proibidos em todas as suas formas.

Artigo V

Ninguém será submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.

Artigo VI

Toda pessoa tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecida como pessoa perante a lei.

Artigo VII

Todos são iguais perante a lei e tem direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação.

Artigo VIII

Toda pessoa tem direito a receber dos tribunais nacionais competentes remédio efetivo para os atos que violem os direitos fundamentais que lhe sejam reconhecidos pela constituição ou pela lei.

Artigo IX

Ninguém será arbitrariamente preso, detido ou exilado. (...)

Para ler este documento na íntegra, acesse (http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm.)

Os direitos humanos são, portanto, um conjunto de princípios e de direitos que juntos representam a defesa e a promoção da vida digna para a pessoa. Isso implica considerar a universalidade do ser humano e também as especificidades de cada pessoa, ou seja, a prática dos direitos humanos deve considerar que o direito à vida digna é um princípio que rege todas as políticas públicas diante da especificidade de cada grupo e de cada segmento social.

"A Declaração consolidou uma visão contemporânea de direitos humanos marcada pela universalidade, pela indivisibilidade e pela interdependência. A universalidade implica o reconhecimento de que todos os indivíduos têm direitos pelo mero fato de sua humanidade (...)

A indivisibilidade implica na percepção de que a dignidade humana não pode ser buscada apenas pela satisfação de direitos civis e políticos (...)

Já a interdependência aponta para a ligação existente entre os diversos direitos humanos. A efetivação do voto, que é um direito político, depende da garantia do direito à educação, que é um direito social (...)

O conceito atual de direitos humanos foi confirmado com a realização da Conferência mundial sobre Direitos Humanos, ocorrida em Viena, em 1993. Naquela ocasião, foram elaborados a Declaração e o Programa de Ação de Viena. Em seu parágrafo quinto, a Declaração estabelece que: "Todos os direitos humanos são universais, interdependentes e inter-relacionados. A comunidade internacional deve tratar os direitos humanos globalmente de forma justa e equitativa, em pé de igualdade e com a mesma ênfase". Rodrigues (2007:11)

É nessa esteira que a luta pelo direito à vida digna na diversidade vem consolidando novos debates e promovendo a constituição de um marco legal abrangente (mundial, regional e local) e de um marco teórico atualizado, multidisciplinar, que considere novas compreensões e as culturas instituintes dessas realidades, e, sobretudo, pautando a proposição de políticas públicas diversificadas e inclusivas.

PROTEGER, PROMOVER E CONSOLIDAR A CULTURA DOS DIREITOS HUMANOS

"A essência dos Direitos Humanos é o direito a ter direitos".
(Hannah Arendt)

Sobre esse período da história do Brasil, você pode assistir aos seguintes filmes: "Pra frente Brasil" (1982), "O que é isso, companheiro?" (1997), "Zuzu Angel" (2006), "O ano em que meus pais saíram de férias" (2006), "Batismo de sangue" (2007).

²A Constituição de 1988 é conhecida como a "Constituição Cidadã" por abarcar uma gama inédita de direitos e deveres, bem como pelo próprio processo de construção, que contou com ampla participação popular. O texto atualizado da Constituição da República Federativa do Brasil está disponível em <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/>.

O movimento em defesa dos direitos humanos ganhou força internacionalmente, principalmente após o fim da Segunda Guerra Mundial (1945). Já no Brasil, o final do período da ditadura militar¹ (1985) possibilitou a ampliação da mobilização em defesa dos direitos fundamentais e consequentemente a consolidação de conquistas importantes nesse campo, entre elas a nossa **Constituição Federal (1988)**².

Como já dito anteriormente, o paradigma dos direitos humanos representa um ideal de mundo e de ser humano. Não está finalizado, precisa ser recriado permanentemente diante de cada contexto e demanda dos diferentes povos. Isso implica em: profundo respeito e valorização da vida e do regime democrático; conhecimento das diferentes culturas, modos de vida e necessidades dos segmentos sociais; compreensão do funcionamento das instituições políticas; organização da sociedade civil e monitoramento do funcionamento do Estado.

Esse conjunto dinâmico e qualificado de instituições e sujeitos políticos pode fazer a diferença em contextos de luta pela garantia de direitos. Ao olharmos para a história percebemos as muitas conquistas e mudanças, mas também o quanto precisa ser feito. Talvez estejamos somente iniciando a nossa tarefa, pois:

- ✓ ainda existem muitos conflitos armados no mundo e no Brasil;
- ✓ a fome e a miséria estão presentes nos continentes colonizados pelos europeus e norte-americanos;
- ✓ a discriminação de todos os tipos ainda está por ser vencida;
- ✓ o acesso ao saneamento básico e à saúde é absolutamente precário para grande parte da população mundial;
- ✓ a exploração indiscriminada do meio ambiente causa problemas quase irreversíveis para a vida no planeta;
- ✓ a compreensão de crianças, adolescentes, jovens e idosos, como prioridade, é uma construção a ser consolidada;
- ✓ a violência e a tortura estão presentes e visíveis, sendo uma cultura a ser superada.

Tal cenário pode ser desvelado à medida que nos interessarmos por conhecer e enfrentar essas realidades; não de qualquer maneira, mas com responsabilidade e compromisso. Essas realidades precisam ser transformadas por meio de políticas de Estado, permanentes, de amplo alcance, diversificadas e inclusivas. Ao mesmo

tempo, é indispensável a atuação comprometida da sociedade civil organizada e de cada cidadão. Essa parceria possibilita: o atendimento das necessidades locais (específicas) e globais (universais); a construção de conhecimentos e a proposição de política pública diferenciada, meios para consolidar novas práticas culturais. O caminho é longo, não tenhamos dúvidas.

Apresentamos, a seguir, algumas das principais conquistas no marco jurídico³ dos direitos humanos, no campo internacional e no campo nacional. Tais conquistas têm se desdobrado em dispositivos legais, em instituições governamentais e não governamentais, e organizado redes de proteção de direitos.

ESFERA INTERNACIONAL

- ✓ Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948);
- ✓ Declaração dos Direitos da Criança (1959);
- ✓ Declaração sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial (1963);
- ✓ Declaração sobre o Fomento entre a Juventude dos Ideais de Paz, Respeito Mútuo e Compreensão entre os Povos (1965);
- ✓ Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966);
- ✓ Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (1979);
- ✓ Convenção Contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1984);
- ✓ Convenção sobre os Direitos da Criança (1989);
- ✓ Carta de Princípios sobre a Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental (1991);
- ✓ Declaração sobre Educação para Todos (2000);
- ✓ Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural (2001);
- ✓ Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2007).

³Você pode saber mais sobre esses e outros documentos consultando alguns sites: www.onu.org.br; www.mj.gov.br; www.sdh.gov.br; www.direitoshumanos.usp.br

ESFERA NACIONAL

- ✓ Constituição Federal (1988);
- ✓ Lei nº 7.716/1989: define os crimes resultantes de preconceito, de raça ou de cor;
- ✓ Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990);
- ✓ Criação do SUS (Lei nº 8.080/1990);
- ✓ Programa Nacional de Direitos Humanos (1996);
- ✓ Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei nº 9.394/1996);
- ✓ Lei de Crimes Ambientais/Lei da Natureza (Lei nº 9.605/1998);
- ✓ Plano Nacional de Educação (2000);
- ✓ Lei nº 10.216/2001: sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental e o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental;
- ✓ Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003);
- ✓ Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos (2003);
- ✓ Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2005);
- ✓ Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (2008);
- ✓ Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial (2009);
- ✓ Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (2009);
- ✓ Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (2011).

Esses são alguns exemplos de que vivemos tempos nos quais a democracia, a cidadania, a participação e os direitos fundamentais ganham novos significados e devem ser a referência para a estruturação de políticas públicas cada vez mais inclusivas, capazes de atender as necessidades dos diferentes segmentos sociais e, principalmente, ser um poderoso instrumento de combate às desigualdades de todos os tipos, ainda persistentes em nosso país. A organização e a participação, nesse sentido, são aspectos fundamentais para que consigamos realmente viver novas realidades naquilo que tange aos direitos humanos.

Sujeitos e atuação em direitos humanos

Quando falamos em **direitos humanos**, estamos nos dirigindo a quem? Que situações nos remetem a esse paradigma? Como atuar nesse campo? Que estratégias existem para garantir os direitos humanos?

SOMOS TODOS SUJEITOS DE DIREITOS

Como já vimos, viver com dignidade em um contexto de respeito aos direitos fundamentais tem sido uma busca permanente da sociedade civil e dos movimentos sociais, processo que se acentuou nas décadas finais do século XX, período conhecido como redemocratização do Brasil. Foi a partir dos anos oitenta que os processos de defesa e concretização dos direitos constitucionais e dos direitos humanos ganharam nova energia e visibilidade, e, culturalmente, passaram a fazer parte do cotidiano nacional de uma maneira mais universalizada. Podemos considerar que, com o fim da ditadura, a retomada dos princípios e garantias universais, instituintes da vida, e da vida em comunidade se tornou um objetivo para a sociedade brasileira.

Historicamente, os direitos humanos vêm se transformando e ampliando sua abordagem frente às conquistas sociais e transformações culturais. A princípio, referiam-se ao homem enquanto indivíduo (direitos de liberdade). Em seguida, observamos uma compreensão de homem como sujeito social e político (direitos de igualdade), aspecto que amplia o campo dos direitos para essas dimensões. Atualmente, a abordagem dos direitos humanos é bem mais ampla, na medida em que se compreende o homem como um ser coletivo (direitos de fraternidade e solidariedade), que existe em um mundo em interação, complexo, quase sem fronteiras, que – graças aos avanços tecnológicos – amplia infinitamente as possibilidades de trocas, de construção de conhecimento e de acesso às informações.

⁴Adaptado. Fonte: (<http://juriscondictio.blogspot.com.br/2011/01/resumo-de-direitos-humanos.html>). Pesquisado em 10/10/2012.

A construção histórica dos direitos humanos⁴

- ✓ **Direitos da primeira geração ou direitos de liberdade:** Surgiram nos séculos XVII e XVIII e foram os primeiros reconhecidos pelos textos constitucionais. Compreendem direitos civis e políticos, inerentes ao ser humano e oponíveis ao Estado, visto na época como grande opressor das liberdades individuais. Incluem-se nessa geração o direito à vida, segurança, justiça, propriedade privada, liberdade de pensamento, voto, expressão, crença, locomoção, entre outros.
- ✓ **Direitos da segunda geração ou direitos de igualdade:** Surgiram após a 2ª Guerra Mundial com o advento do Estado Social. São os chamados direitos econômicos, sociais e culturais que devem ser prestados pelo Estado através de políticas de justiça distributiva. Abrangem o direito à saúde, trabalho, educação, lazer, repouso, habitação, saneamento, greve, livre associação sindical, etc.
- ✓ **Direitos da terceira geração ou direitos de fraternidade/solidariedade:** São considerados direitos coletivos por excelência, pois estão voltados à humanidade como um todo. Nas palavras de Paulo Bonavides são "...direitos que não se destinam especificamente à proteção dos interesses de um indivíduo, de um grupo ou de um determinado Estado. Têm por primeiro destinatário o gênero humano mesmo, em um momento expressivo de sua afirmação como valor supremo em termos de existencialidade concreta". Incluem-se aqui o direito ao desenvolvimento, à paz, à comunicação, ao meio ambiente, à conservação do patrimônio histórico e cultural da humanidade, entre outros.

Assim como se transformou a compreensão sobre o conjunto de direitos a serem garantidos, também tem se reconfigurado a compreensão sobre quem são "os sujeitos" desses direitos e qual a dinâmica que se estabelece nessa relação, pois um indivíduo é, ao mesmo tempo, um sujeito social e coletivo. Dependendo da situação em que se encontra, pode demandar, acessar e buscar usufruir de um

determinado conjunto de direitos. Assim sendo, voltamos à compreensão de indivisibilidade e interdependência dos direitos humanos. É importante termos a clareza de que nós, cada indivíduo, grupo ou coletivo “temos o direito de acessar os direitos”, enquanto o Estado tem o dever de prover e garantir o acesso a eles. Sobre esse aspecto, vejamos uma síntese possível, a seguir:

Os sujeitos dos direitos fundamentais⁵

Sujeito Ativo

Na situação de sujeito ativo, podemos categorizar quatro conjuntos de direitos, a depender da condição/das demandas dos indivíduos:

- I. **Direitos Individuais:** São aqueles cujo titular é uma pessoa física, um indivíduo, um ser humano. A ele assimila-se todo direito de um ente personalizado.
- II. **Direitos de Grupos:** São, na definição legal do art. 81, parágrafo único, III, do Código do Consumidor, os direitos individuais homogêneos, assim entendidos os decorrentes de origem comum. Na verdade, consistem numa agregação de direitos individuais que, todavia, têm uma origem comum.
- III. **Direitos Coletivos:** São transindividuais de natureza indivisível (Código do Consumidor, art. 81, parágrafo único, II), ou seja, dos titulares de uma coletividade, povo, categoria, classe, etc., cujos membros estão entre si vinculados por uma relação jurídica básica.
- IV. **Direitos Difusos:** São os que se reconhecem, sem individualização, a toda uma série indeterminada de pessoas que partilham de certas condições. Isto é, os transindividuais de natureza indivisível, de que sejam titulares pessoas indeterminadas e ligadas por circunstâncias de fato (Código do Consumidor, art. 81, parágrafo único, I).

⁵Adaptado. Fonte: (<http://juriscondictio.blogspot.com.br/2011/01/resumo-de-direitos-humanos.html>). Pesquisado em 10/10/2012.



De modo geral, as liberdades são direitos individuais, os direitos de solidariedade, direitos difusos, os direitos sociais, direitos individuais ou grupais. Os direitos-garantia podem ser direitos individuais, grupais ou difusos.

Sujeito Passivo

Na condição de sujeito passivo, pode-se dizer que o Estado ocupa essa posição em todos os casos. De fato, é ele quem deve, principalmente, respeitar as liberdades, prestar os serviços correspondentes aos direitos sociais, igualmente prestar a proteção judicial, assim como zelar pelas situações-objeto dos direitos de solidariedade.

Mas não é ele o único polo passivo dos direitos fundamentais. Quanto às liberdades e aos direitos de solidariedade, todos estão adstritos a respeitá-los. E, no tocante dos direitos sociais específicos, a Constituição, por exemplo, inclui no polo passivo do direito à educação a família. Ao lado do Estado (art. 205), quanto ao direito à seguridade, inclui a sociedade (art. 195).

Entendemos que as mudanças culturais, aquelas que definem nossos modos de ser, agir e pensar, ganham universalidade quando amparadas na construção de um referencial jurídico-formal. Da mesma forma, as mudanças desencadeadas pelos textos legais só encontram sentido se refletem os anseios e sentimentos coletivos. Cultura e ação política se completam em cenários de transformação, e é nesse encontro, de mudanças aceleradas e de composição de forças e de significados, que a temática dos direitos humanos vem se constituindo.

É muito importante que as pessoas se apropriem cada vez mais desses conceitos, da história e dos marcos constituídos, de modo a compreenderem seus papéis sociais e também as responsabilidades dos governos e do Estado nesse processo dinâmico e complexo de transformação social.

Direitos humanos, democracia e cidadania

A Democracia é o regime, por excelência, promotor da cultura dos direitos humanos. Vejamos uma leitura possível sobre essa questão:

São cinco os princípios da democracia. São cinco e, juntos, totalmente suficientes. Cada um separado já é uma revolução. Pensar a liberdade, o que acontece em sua falta e o que se pode fazer com sua presença. A igualdade, o direito de absolutamente todos e a luta sem fim para que seja realidade. E assim o poder da solidariedade, a riqueza da diversidade e a força da participação.

E quanta mudança ocorre por meio deles. Se cada um separado quase daria para transformar o mundo, imagine todos eles juntos. O desafio de juntar igualdade com diversidade; de temperar com solidariedade conseguida pela participação. Essa é a questão da democracia: a simultaneidade na realização concreta dos cinco princípios, meta sempre irrealizável, e ao mesmo tempo, possível de se tentar a cada passo, em cada relação, em cada aspecto da vida.

(...) Cidadania e democracia se fundam em princípios éticos e, por isso, têm o infinito como seu limite. Não existe o limite para a solidariedade, para a liberdade, para a igualdade, para a participação e para a diversidade... A democracia é uma obra inesgotável. (Conversas com Betinho. Democracia Viva. IBASE: Rio de Janeiro. N. 28, ago./set. 2005)

Na concepção do autor, os princípios-direitos que fundamentam a democracia e o exercício da cidadania são os mesmos instituintes dos direitos humanos. Essa aproximação, essa organicidade, é fundamental quando entendemos que esses direitos se concretizam em espaços, tempos e condições concretas da vida das pessoas, das sociedades e, principalmente, na relação com o Estado.

Sabemos que a existência da lei não é suficiente para garantir a existência de novas realidades, mas é fundamental para promover e garantir novas condutas. Precisamos de políticas, de práticas, de pessoas e de instituições comprometidas com a promoção de novas perspectivas políticas quando a temática é o bem-estar de todos.

Nesse sentido, pensar e fazer a democracia acontecer em sua plenitude talvez seja um dos maiores desafios enfrentados pelas sociedades contemporâneas. Outros existem e estão nas pautas governamentais: desenvolvimento sustentável com justiça social, relações internacionais e cultura da paz, por exemplo; mas a questão da instituição de uma democracia na qual os processos de participação sejam efetivos, capazes de enfrentar e superar as imensas desigualdades existentes, parece ser o eixo que dá sustentação a agendas mais promissoras e avançadas do ponto de vista da viabilidade e do fortalecimento da relação entre Estado e sociedade civil, na perspectiva da cidadania ativa.

A Constituição Federal de 1988 formalizou no campo da lei a demanda por modelos mais qualitativos de participação da sociedade civil nos processos de proposição, implantação e acompanhamento das políticas públicas. Inúmeros dispositivos e espaços de participação foram criados: Conselhos, Fóruns, Conferências, Audiências Públicas, Orçamentos Participativos, Ouvidorias, cada um deles tendo a legislação como um dos aportes para a estruturação de grupos de trabalho e rotinas voltadas a processos participativos.

No campo das práticas democráticas, almejamos avançar do modelo de democracia de baixa intensidade (caracterizado por mecanismos de representação – eleições, voto) para o modelo de democracia de alta intensidade, cuja tônica busca articular mecanismos de representação e de participação, procedimento que tende a potencializar a qualificação do regime democrático naquilo que diz respeito não somente à representatividade, mas também à diversidade, ao alcance e à transparência dos governos e da gestão das políticas públicas.

Segundo Santos e Avritzer (2003): “o que se almeja é reinventar a emancipação social”, ou seja, precisamos valorizar e praticar a democracia da participação, que se alimenta dos debates, das diferentes realidades e demandas dos segmentos da população. Essa é a dinâmica a ser vivida, elaborada e pronunciada nos tempos atuais. Podemos e devemos nos voltar para algumas experiências em curso no país: experiências de criação e consolidação de espaços públicos alternativos, nos quais é real e concreto pensar e fazer política na perspectiva da qualidade e da diversidade, mesmo em cenários em que a convivência com padrões de autoritarismo, clientelismo e violência ainda é a tônica da política e do convívio social.

Muito há que avançarmos nessa empreitada, de maneira inovadora, contextualizada. Cenários em que o valor da argumentação e da diversidade das

experiências de vida ganham destaque e passam a ser referência para a construção de realidades socialmente mais democráticas, mais justas e mais solidárias.

Desde 2003 essa realidade está em transformação, experiência promovida no âmbito do Governo Federal, com desdobramentos nos estados e municípios, conforme constata Lambertucci (2009: 72-73): A governabilidade política do país é constituída por meio da relação do Poder Executivo com o Legislativo – democracia representativa –, mas, no atual mandato presidencial, ganha importância a relação do Estado com a sociedade-democracia participativa. Ambas se complementam, fortalecendo a democracia de um modo geral.

Na concepção desse governo não existe contradição entre modalidades de representação participativa (conferências, conselhos, mesas de diálogos, ouvidorias e precursoras) e representativa. Elas são absolutamente complementares. As demandas sociais, que muitas vezes são dinâmicas e mudam rapidamente, exigem debate contínuo. Nesse contexto a participação social assume lugar de importância, porque possibilita o diálogo cotidiano, permanente e dinâmico entre a sociedade e os vários representantes, estejam eles no Executivo ou no Legislativo, e permite canais de influência consistentes.

A participação social ganha centralidade na promoção da cultura de paz, dos direitos humanos. É pela participação que profissionais e cidadãos vão se constituindo agentes da democracia e sujeitos de direitos. É uma conquista, um aprendizado. Essa participação pode se dar em diversos níveis (global, regional, local), e também pode ter qualidades diferentes, uma vez que podemos assumir papéis diferentes em situações diferentes (atuar na proposição, na execução, no monitoramento das políticas). O importante é garantir a formação de uma rede capaz de agir e de incidir nas mais diversas situações e contextos.



Direitos Humanos em contextos de uso abusivo de drogas

Como a cultura dos direitos humanos pode favorecer a compreensão e fundamentar uma política pública inclusiva voltada aos contextos de usos abusivo de drogas?

(...) A proibição às selecionadas drogas tornadas ilícitas tem sido o fator central da expansão do poder punitivo e, conseqüentemente, da crescente criminalização da pobreza, globalmente registrada desde as últimas décadas do passado século XX.

(...) A nociva, insana e sanguinária “guerra às drogas” – nociva, insana e sanguinária como quaisquer outras guerras – não é efetivamente uma guerra contra as drogas. Como qualquer outra guerra, não se dirige contra coisas. É sim uma guerra contra pessoas – os produtores, comerciantes e consumidores das arbitrariamente selecionadas substâncias tornadas ilícitas. Mas é ainda mais propriamente uma guerra contra os mais vulneráveis dentre esses produtores, comerciantes e consumidores. Os “inimigos” nessa guerra são os pobres, os marginalizados, os desprovidos de poder. (Maria Lucia Karam)

Sabemos que não existe um consenso quando a temática é o “uso de drogas”. Por ser uma questão atravessada pelos valores e subjetividades das pessoas, e das sociedades, essa temática é uma das mais polêmicas a depender de quem promove o debate, em quais condições e contextos e com quais públicos. Aliás, até mesmo a definição do que seja “droga”, “droga lícita” e “droga ilícita” varia de sociedade para sociedade, e ao longo da história da humanidade. Essa variação acontece na atualidade, e, como já anunciado, não existe consenso.

No Brasil, acompanhando principalmente as condutas políticas norte-americanas⁶, estamos vivendo um cenário de crescente criminalização dos segmentos envolvidos com a produção, comercialização e consumo abusivo de drogas definidas como ilícitas.

Sob o discurso de “guerra às drogas” o que temos acompanhado no espetáculo midiático é a transformação de segmentos da população, já vulneráveis pelo não acesso ao conjunto de direitos básicos, em criminosos por possuírem um comportamento “desviado”, fora dos “padrões hegemônicos”, “socialmente

⁶ Sobre essa questão ler KARAM, 2011.

definidos como adequados". Tal abordagem confronta toda a história de conquistas de direitos verificada na história da humanidade, na medida em que fortalece ações repressivas, estigmatizadoras e desumanas, em detrimento dos processos educativos, de respeito à diversidade e de valorização da vida.

Nesse aspecto uma política de direitos humanos, ao contrário do sugerido pelo senso comum, passa a ser fundamentalmente um paradigma que defende e promove incondicionalmente a vida; sempre a dignidade da vida humana. É uma abordagem preventiva aos desmandos, aos modismos, aos preconceitos, aos fundamentalismos.

A defesa dos direitos humanos, nessa perspectiva, demanda a consolidação de uma cultura que conhece, reconhece, valoriza e vivencia princípios como: a solidariedade, o repúdio a qualquer tipo de violência e de preconceito, a diversidade, entre outros. Essa cultura deve orientar, fundamentar as relações e nortear as políticas de modo a consolidar novas compreensões e formas de convivência.

O Estado democrático não pode substituir o indivíduo nas decisões que dizem respeito apenas a si mesmo. Ao indivíduo há de ser garantida a liberdade de decidir, mesmo que sua decisão possa resultar uma perda ou um dano a si mesmo. Portanto, não faz sentido a promoção de "uma guerra às drogas", de caça às pessoas que fazem uso de drogas, de processos de internação compulsória. Essas ações negligenciam os direitos fundamentais tão arduamente conquistados.

EDUCAÇÃO X PUNIÇÃO, AS POLÍTICAS DE REDUÇÃO DE DANOS

As práticas de redução de danos são baseadas em princípios de pragmatismo e compreensão da diversidade. As ações são pragmáticas porque tratam como imprescindível a oferta de atendimento para todas as pessoas nos serviços de saúde, inclusive para aqueles que não querem ou não conseguem interromper o uso do crack.

O esforço é pela preservação da vida. Do mesmo modo, as estratégias de redução de danos se caracterizam pela tolerância, pois evitam o julgamento moral sobre os comportamentos relacionados ao uso do crack e às práticas sexuais, assim como intervenções autoritárias e preconceituosas⁷.

Fazer do Brasil um país democrático implica assumir que é por meio da participação, da autonomia e da centralidade do bem comum que a sociedade

⁷(<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/cuidado/reducao-de-danos>). Pesquisado em 18/05/2013.

deve se estruturar. Implica eliminar definitivamente a repressão, as punições e as arbitrariedades ainda existentes em muitos imaginários e instituições do nosso convívio. O esforço para mudar a recorrente cultura da violência, sempre tão presente, é enorme. Investir em processos educativos parece ser estratégia privilegiada de mudança, quando se almeja transformações mais permanentes.

A proibição do desejo simplesmente não funciona. (Karam, 2011)

Pensar e propor políticas mais integradas, mais humanizadoras, que considerem os sujeitos de forma global, considerando-os sujeitos de direitos e deveres, tem propiciado abordagens mais inovadoras e coerentes ao paradigma dos direitos humanos quando a situação demanda a atuação em contextos de uso abusivo de drogas. No contraponto da criminalização, o acolhimento; no contraponto da punição, a educação; no contraponto da marginalização, o acesso aos bens socialmente produzidos; no contraponto do preconceito e da discriminação, a cidadania.

Em contextos de uso abusivo de drogas, alguns aspectos ganham relevância quando se almejam mudanças de condutas dos usuários:

Aspectos que favorecem a mudança de conduta:

- ✓ Informação específica e esclarecedora;
- ✓ Acesso à saúde, educação, alimentação;
- ✓ Criação de vínculos respeitosos;
- ✓ Existência de políticas públicas inclusivas e diversificadas;
- ✓ Descriminalização do uso.



Situações complexas como as tratadas nesse curso merecem atenção especial e são indicativas do quanto a nossa sociedade precisa mudar e avançar na forma como enfrenta seus problemas. As conquistas no campo das ciências e da tecnologia, principalmente, precisam incidir na melhoria das condições de vida,

na diminuição das desigualdades e das violências. Valores, atitudes e procedimentos devem estar articulados a princípios capazes de fundar novas lógicas e vivências de valorização do ser humano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

- I. construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II. garantir o desenvolvimento nacional;
- III. erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
- IV. promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação⁸.

⁸Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Artigo 3.

O Brasil possui um conjunto de estudos, leis e instituições capazes de imprimir a mudança necessária em nossa sociedade naquilo que tange à compreensão do que seja viver e conviver em contextos de promoção e de defesa dos direitos humanos e de fortalecimento da democracia brasileira.

As lutas travadas no campo dos direitos, assim como as conquistas oriundas de tais lutas, possibilitam perceber melhor o que tem sido feito, e o que ainda falta fazer quando o assunto é o papel do Estado diante dos desafios da garantia dos direitos humanos.

As últimas três décadas foram marcadas pelo avanço das lutas dos movimentos sociais no campo dos direitos humanos, e, portanto, da consolidação de políticas públicas mais inclusivas e diversificadas. A sociedade civil organizada e os movimentos sociais têm papel relevante nesse processo.

A necessidade de continuar avançando e consolidando as conquistas é enorme. Questões complexas como o uso abusivo de drogas e a proposição de políticas públicas integradas, humanizadoras, permanentes, desafiam-nos a assumirmos novas compreensões e novas lógicas diante das violências e da precarização da vida humana.

Existe muito a conquistar e, neste momento, é urgente intensificar/favorecer os debates e as discussões com a sociedade civil para garantir a participação diferenciada da população no enfrentamento das desigualdades e injustiças, e, portanto, sua participação na definição do destino do país.

Atividades

REFLEXÃO

Faça uma breve reflexão sobre a frase de Karam (2011): *“A proibição do desejo simplesmente não funciona”*.

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. A frase “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade” é pertencente a qual estatuto? Assinale a alternativa CORRETA.
 - a) Estatuto da Criança e do Adolescente.
 - b) Estatuto do Idoso.
 - c) Declaração Universal dos Direitos Humanos.
 - d) Nenhuma das alternativas.
2. Assinale a alternativa CORRETA em relação às concepções básicas sobre os direitos humanos:
 - a) Tiveram suas origens nos referenciais de saúde e reúnem direitos em relação a isso.
 - b) Buscam alinhar as nações a um compromisso setorializado de saúde.
 - c) Levam em consideração compromissos assinados entre todos os estados brasileiros em defesa da saúde.
 - d) São um conjunto de princípios e de direitos que juntos representam a defesa e a promoção de vida digna para a pessoa.

3. No que diz respeito aos direitos humanos, uso e abuso de drogas:

- a) Valorizam a política de “guerra às drogas” como uma forma de controlar o problema.
- b) Buscam alinhar a política de “guerra às drogas” internacionalmente.
- c) Reforçam a importância de uma intervenção setorizada em relação ao problema.
- d) Valorizam os direitos fundamentais das pessoas e não estão comprometidos com a política de “guerra às drogas”.

4. Em relação às práticas de Redução de Danos, assinale a alternativa CORRETA:

- a) Estão baseadas no esforço da preservação da vida, na tolerância e no não julgamento moral dos usuários.
- b) Focalizam a abstinência total como única estratégia de intervenção.
- c) Valorizam prioritamente quem já está disposto a interromper o consumo da droga.
- d) Enfatizam a importância da criminalização como estratégia de coibir e controlar o consumo.

Bibliografia

Avritzer L (org.). Experiências nacionais de participação social. São Paulo: Cortez, 2009. (Democracia Participativa).

Benevides MV. A cidadania ativa. São Paulo: Ática, 1991.

Benevides MV. Prefácio. In Schilling F. Direitos Humanos e educação: outras palavras, outras práticas. São Paulo: Cortez, 2005.

Brasil. Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos. Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Ministérios da Educação, Ministérios da Justiça, 2007.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.

Brasil. Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB, Lei nº 9.394/96). Brasília: MEC, 1996.

Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

Brasil. Estatuto do Idoso. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

Brasil. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica. Indagações sobre currículo. Brasília, DF, 2007.

Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3). Ed. rev. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2010.

Brasil. Diretrizes Nacionais para a Educação em Direitos Humanos. (Parecer CNE/CP Nº 08/2012). Brasília: MEC, Conselho Nacional de Educação/Conselho Pleno, 30 de maio de 2012.

Godoy RM (et al). Educação em Direitos Humanos. Fundamentos teórico-metodológicos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2010.

Karam ML. Direitos Humanos, laço social e drogas: por uma política solidária com o sofrimento humano. Conferência de abertura do VII Seminário Nacional Psicologia e Direitos Humanos. Brasília, DF, Nov. 2011. Promovido pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP) – Brasília-DF – novembro 2011.

Lambertucci AR. A participação social no governo Lula. In: Avritzer L. Experiências nacionais de participação social. São Paulo: Cortez, 2009. p. 70-89.

Oliveira MC. Os direitos da pessoa idosa no contexto da redemocratização do Brasil. Belo Horizonte: UFMG, 2012. Monografia.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas, 1 de dezembro de 1948.

Rodrigues MLA. (et al). Formação de Conselheiros em Direitos Humanos. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2007.

Santos BS, Avritzer L. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: Santos BS. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Record, 2003. p. 39-82.

Capítulo 4

Fatores de risco e proteção em diferentes grupos de usuários: mulheres, adolescentes, idosos e indígenas

TÓPICOS

- ✓ Adolescentes
- ✓ Idosos
- ✓ Mulheres
- ✓ Indígenas
- ✓ Atividades
- ✓ Bibliografia

Adolescentes

A adolescência é um período de grande risco para envolvimento com substâncias psicoativas. Ao menos em parte, esse risco pode ser atribuído às características da adolescência, tais como: necessidade de aceitação pelo grupo de amigos, desejo de experimentar comportamentos vistos como “de adultos” (isso inclui o uso de álcool e outras drogas), sensação de onipotência (“comigo isso não acontece”), grandes mudanças corporais que geram insegurança, início do envolvimento afetivo, aumento da impulsividade e busca de sensações novas.

Há outros aspectos importantes a ressaltar, em relação ao uso de drogas na adolescência:

1. É no período compreendido entre a adolescência e a fase jovem da idade adulta que ocorrem os maiores níveis de experimentação e problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas;
2. A adolescência é um período do desenvolvimento humano em que ocorrem importantes transformações de ordem física, emocional, cognitiva e social, e o uso de substâncias pode comprometer esse processo;
3. O início do uso de substâncias, em geral, acontece na adolescência. Sabe-se que os jovens, apesar do pouco tempo de uso de substâncias, passam muito rapidamente de um estágio de consumo para outro, além de fazerem uso de múltiplas substâncias. Por outro lado, uma grande parcela deles diminui significativamente o consumo no início da idade adulta, para adequar-se às expectativas e obrigações da maturidade, como trabalho, casamento e filhos;
4. Vários estudos demonstram associação positiva entre precocidade do uso de substâncias e desenvolvimento de dependência;
5. O envolvimento em atividades ilegais e o fato de ter pais com problema com álcool estão associados a abuso ou dependência de álcool na idade adulta.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta o álcool como sendo a substância psicoativa mais consumida por crianças e adolescentes. A média de idade, no Brasil, para o primeiro uso de álcool é de 12,5 anos. A forma mais comum de uso do álcool por adolescentes é o *binge* (abuso episódico e em grandes

quantidades). Além disso, estudos epidemiológicos têm mostrado que o início do consumo de álcool, cigarro e outras drogas ocorre predominantemente durante a adolescência.

SEXUALIDADE E USO DE DROGAS

A ação de algumas drogas é capaz de causar desinibição e aumento do desejo sexual, o que pode deixar os indivíduos (em especial os adolescentes) mais propensos a práticas sexuais de risco. Alguns estudos mostram que, apesar de os adolescentes iniciarem sua vida sexual antes do consumo de drogas e saberem claramente as formas de transmissão das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), incluindo o HIV, muitos deles não tomam medidas de proteção contra a contaminação pelo vírus. Além disso, os adolescentes que iniciam o consumo de drogas em fases mais precoces se mostram ainda mais propensos a práticas sexuais de risco. Pesquisas realizadas com usuários de álcool, cocaína, maconha, anfetaminas e êxtase deixam clara a existência de uma relação entre a presença do consumo de drogas e o aumento da incidência das práticas sexuais de risco e da infecção pelo HIV.



Diante disso, torna-se muito importante identificar os adolescentes com maiores chances de desenvolver problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Diversos fatores de risco já são conhecidos, podendo ser classificados em: **ambientais, familiares e individuais.**

Ambientais

Grande disponibilidade de drogas, normas da sociedade favoráveis ao uso de determinadas substâncias. As pesquisas apontam que os jovens relatam adquirir bebidas alcoólicas tanto em estabelecimentos comerciais quanto em ambientes familiares e de amigos. A falta de fiscalização em relação à venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos também é um fator agravante.

Familiares

Uso de álcool e outras drogas pelos pais, conflitos familiares, estrutura familiar precária, pouca supervisão dos pais, dificuldade dos pais em colocar limites aos filhos e situações estressantes (mudança de cidade, perda de um dos pais). Estudos mostram que os adolescentes cujos pais têm como costume procurar localizar seus filhos, saber quem são seus amigos, o que eles fazem no tempo livre e como eles gastam seu dinheiro são os que apresentam menores taxas de envolvimento com drogas.



Individuais

- ✓ **Filosofia de vida**: encarar o consumo de álcool e outras drogas como algo “normal” e que não acarreta prejuízos pode facilitar seu uso abusivo;
- ✓ **Características de personalidade**: baixa autoestima, baixa autoconfiança, agressividade, busca de novidades, impulsividade, rebeldia, dificuldade de aceitar ser contrariado são facilitadores do uso abusivo;
- ✓ **Transtornos psiquiátricos**: transtorno de conduta, transtorno de hiperatividade e déficit de atenção (principalmente se associado a transtorno de conduta), depressão, ansiedade e outros transtornos de personalidade também são fatores de risco;
- ✓ **Características genéticas e familiares**: história familiar de problemas com álcool ou outras drogas é um fator de risco para desenvolvimento de alcoolismo ou dependência de outras substâncias;
- ✓ **Outros**: sexualidade precoce, início precoce de consumo de álcool e tabaco, amigos com alto consumo de outras drogas, baixo desempenho na escola, sentir-se rejeitado pelos amigos, ter sofrido abuso físico ou sexual.



O risco de um adolescente abusar de drogas envolve o balanço entre o número e o tipo de fatores de risco e de fatores de proteção.

Alguns fatores de proteção contra o uso de drogas são conhecidos, especialmente com relação à família, entre eles: bom relacionamento familiar, supervisão ou monitoramento dos pais em relação ao comportamento dos filhos e noções claras de limites, bem como valores familiares de religiosidade ou espiritualidade. Outros fatores de proteção são relacionados à escola, como o envolvimento em atividades escolares e esportivas e bom desempenho acadêmico.

Idosos

O consumo abusivo de álcool na terceira idade pode ser classificado em dois tipos:

1. Idosos que iniciaram um consumo pesado na juventude e o mantiveram ao longo da vida;
2. Idosos que iniciaram o consumo pesado na maturidade.

A tabela a seguir apresenta aspectos característicos desses grupos:

COMPARAÇÃO ENTRE ALCOOLISMO COM INÍCIO NA JUVENTUDE E NA MATURIDADE		
	INÍCIO NA JUVENTUDE	INÍCIO NA MATURIDADE
Histórico familiar de alcoolismo	Muito comum (>80%)	Menos comum (40%)
Funcionamento psicossocial	É frequente algum transtorno de personalidade	Bom ajuste social durante a vida
	Maior prevalência de esquizofrenia	Raros <i>skid row</i> (“bêbados de sarjeta”)
	Baixo nível socioeconômico	Mais comum morar com a família
	Má nutrição	História de bom desempenho no trabalho
	História de múltiplos problemas físicos	

Fonte: Gambert SR e Albrecht CR.

O ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento é caracterizado por profundas mudanças não só orgânicas, mas também no âmbito social, familiar e ocupacional. Estudos demonstram que idosos são mais vulneráveis à depressão, pois muitos deles vivenciam perdas e limitações, como doenças físicas. O processo de aposentadoria e a perda de relacionamentos pessoais podem predispor o consumo abusivo de álcool, benzodiazepínicos, além de outras medicações. Álcool, tabaco e sedativos são geralmente usados para mascarar a solidão e a perda de autoconfiança, induzir o sono e provocar relaxamento.

Idosos são os maiores consumidores de prescrições e medicamentos vendidos sem receita médica, de forma que a prescrição simultânea de muitos medicamentos diferentes para a mesma doença, incluindo o uso concomitante de álcool, é comum nessa faixa etária.

É importante saber que:

- ✓ O tabaco é um dos principais fatores associados a morte em pessoas idosas de ambos os sexos, principalmente naqueles que apresentam doenças cardíacas e/ou pulmonares;
- ✓ O padrão de consumo de bebidas alcoólicas do tipo *binge* também ocorre na população idosa e, portanto, deve sempre ser investigado;
- ✓ Estudos mostram que os idosos respondem tão bem ao tratamento para dependência e abuso de substâncias quanto a população mais jovem.



A identificação de alcoolismo no idoso muitas vezes é difícil, mas alguns sinais e sintomas comuns podem ajudar. **Por exemplo:** uso diário de álcool, períodos de amnésia, manutenção de uso de álcool mesmo após ser aconselhado a parar, habilidades cognitivas alteradas, anemia, alterações nos exames do fígado, fraturas e quedas frequentes e convulsões.

Vale ressaltar que entre os idosos o abuso de substâncias, em especial medicamentos para tratamento de depressão, ansiedade e outras doenças,

é o mais comum. O consumo de drogas ilícitas era raro entre idosos, mas o número vem aumentando, principalmente no grupo que iniciou o uso quando jovem. Os fatores de risco para manutenção do uso de drogas nessa faixa etária são principalmente envolvimento em crimes, disponibilidade da substância e comorbidade psiquiátrica.

Devido às alterações físicas que acontecem nesse período da vida, os efeitos do álcool e das outras drogas são diferentes, podendo ocasionar problemas mesmo em pequenas quantidades.

Há também alguns problemas específicos da terceira idade que predis põem ao abuso de substâncias em geral, como:

- ✓ **Doenças médicas crônicas:** algumas doenças, que ocorrem mais frequentemente nos idosos, podem estar associadas a um maior consumo de álcool e outras drogas, como artrite e osteoporose (dor crônica), insônia, neuropatias, ataques de gota recorrentes e câncer;
- ✓ **Problemas visuais e auditivos:** correspondem a perdas funcionais comuns, que podem ocorrer com o avançar da idade e produzem sentimentos de isolamento, solidão e tristeza. Nesse sentido, o álcool e as outras drogas podem se tornar recursos para lidar com os sentimentos desagradáveis ou esquecer os problemas.

LEMBRE-SE:
pesquise o consumo de álcool e outras drogas dos pacientes idosos, mesmo que nada conste nos seus registros médicos anteriores.

Mulheres

O uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas são mais frequentes em homens, mas essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. Por exemplo, a dependência de álcool no Brasil é de 19,5% entre os homens e 6,9% entre as mulheres, indo para 7,3% e 6,0%, respectivamente, entre 12 e 17 anos.

Uma característica importante é que o processo entre o início do uso, primeiros sintomas de dependência e busca por tratamento é mais rápido entre as mulheres, não só para álcool, mas para outras drogas também. Os aspectos relacionados

MJ - BIBLIOTECA

ao uso de álcool em mulheres são muito diferentes dos relacionados ao uso de outras drogas e, por isso, serão abordados separadamente.

ÁLCOOL

A relação com o uso de álcool é diferente entre os gêneros e algumas características biológicas, psicológicas e psicossociais contribuem para tal. O corpo feminino tem menor quantidade de água que o masculino (51% X 65%, respectivamente) o que determina que, com a mesma quantidade de álcool, a concentração será maior no organismo feminino.



Outra particularidade feminina é a menor quantidade de álcool desidrogenase (ADH), a enzima responsável pela primeira etapa de metabolização do álcool no organismo, o que faz com que a mulher atinja maiores concentrações de álcool no sangue e demore mais tempo para metabolizá-lo do que o homem, bebendo quantidades equivalentes. As alterações hormonais também são importantes nas mulheres, pois o período pré-menstrual está associado a um aumento do consumo de álcool. Aquelas que apresentam tensão pré-menstrual (TPM) têm maior probabilidade de desenvolver abuso ou dependência de álcool do que as que não apresentam esse problema, provavelmente em busca de alívio para a tensão. Além disso, alguns outros fatores de risco para o desenvolvimento de problemas relacionados ao uso de álcool, por mulheres, são bem conhecidos:

- ✓ História familiar de problemas com álcool;
- ✓ Idade: mulheres mais jovens são usuárias de álcool com maior frequência do que as mais idosas;
- ✓ Estado civil: solteira, separada ou divorciada;
- ✓ Trabalhar em ambiente com predominância de homens;
- ✓ Ter um parceiro (namorado/marido) com problemas relacionados ao uso de álcool;
- ✓ Ter sofrido abuso físico, emocional ou sexual na infância ou ter sido vítima de violência nos relacionamentos amorosos na idade adulta;



Problemas psiquiátricos: os transtornos psiquiátricos mais associados ao alcoolismo em mulheres são: depressão, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares (principalmente bulimia do tipo purgativo), e transtorno de estresse pós-traumático. O tratamento adequado dessas patologias é fundamental para a superação dos problemas com álcool.

- ✓ Uso precoce de álcool, nicotina e outras drogas;
- ✓ Problemas de comportamento na infância relacionados ao controle de impulsos;
- ✓ Fatos estressantes durante a infância e adolescência, como morte de um dos pais, privação econômica e doença na família, também aumentam a chance de problemas decorrentes do uso abusivo de álcool.

A evolução dos problemas relacionados ao uso de álcool também ocorre de maneira um pouco diferente entre as mulheres.

Em geral, as mulheres dependentes de álcool:

- ✓ Iniciam o consumo e têm problemas com o álcool em idade mais tardia;
- ✓ Consomem quantidades significativamente menores de álcool do que os homens;
- ✓ Têm mais comorbidades psiquiátricas;
- ✓ Mais frequentemente identificam um evento estressante como o desencadeador do início do consumo excessivo de álcool;
- ✓ Apresentam mais tentativas de suicídio;
- ✓ Procuram tratamento, em função de problemas de saúde ou familiares, e mais comumente abusam de outras substâncias lícitas (tranquilizantes, anfetaminas).

OUTRAS DROGAS

Embora o uso de drogas por mulheres tenha sido bastante estudado nas duas últimas décadas, ainda há carência de dados.

Os fatores de risco para problemas com drogas entre elas são parecidos com os já citados para álcool, mas apresentam certas particularidades.

Quando comparadas às dependentes de álcool, as mulheres com dependência de outras drogas que procuram tratamento:

- ✓ São significativamente mais jovens;
- ✓ Procuram tratamento por conta própria;
- ✓ Têm menos relacionamentos estáveis;
- ✓ Apresentam mais tentativas de suicídio e transtornos de personalidade.



Vale ressaltar também suas diferenças, em relação aos homens usuários ou dependentes de outras drogas, nos seguintes aspectos:

- 1. Fatores genéticos:** os fatores genéticos para uso, abuso ou dependência de drogas são mais importantes para homens do que para mulheres, enquanto que os ambientais têm maior influência sobre elas. Nas mulheres, o início do uso de maconha e cocaína está mais relacionado a fatores ambientais, mas a evolução para abuso ou dependência está mais condicionada de fatores genéticos;
- 2. Fatores psicológicos:** em relação aos homens, as comorbidades psiquiátricas são mais comuns em mulheres com problemas com drogas, principalmente depressão e ansiedade;
- 3. Fatores biológicos:** o ciclo hormonal interfere no efeito das drogas nas mulheres. Na fase folicular (início do ciclo menstrual até a ovulação) os efeitos reforçadores da cocaína são mais intensos. As tentativas de parar de fumar são mais eficazes na primeira fase do ciclo menstrual do que na segunda. O uso de maconha é aumentado nas mulheres que têm mais sintomas de tensão pré-menstrual;

- 4. Fatores socioculturais:** as questões socioculturais influenciam o consumo de drogas em mulheres em diversos aspectos. A pressão social para manter um corpo perfeito é muito grande entre as mulheres, e observa-se um elevado consumo de drogas associadas a controle de peso, como anfetaminas, nicotina, cocaína e outros estimulantes. Outra questão importante é que os médicos prescrevem medicamentos com potencial aditivo, como tranquilizantes, mais frequentemente para mulheres do que para homens. Finalmente, o consumo de drogas pelas mulheres, principalmente as ilícitas, é altamente influenciado por parceiros sexuais.

DROGAS E GESTAÇÃO

O uso de bebidas alcoólicas e outras drogas na gestação pode causar uma série de prejuízos para a mãe e o bebê. O uso dessa substância por mulheres grávidas pode acarretar ao feto a Síndrome Fetal pelo Álcool (SAF), que se caracteriza pela presença de defeitos congênitos ocasionados pelo consumo materno de álcool durante a gravidez. Ela é considerada a causa mais comum de retardo mental infantil de natureza não hereditária.

O uso do tabaco durante o período gestacional também foi associado a uma série de complicações, como parto prematuro, restrição de crescimento intrauterino, deslocamento de placenta, abortamentos espontâneos e placenta prévia. Em relação ao desenvolvimento do bebê, o tabaco pode causar baixo peso no nascimento, redução da circunferência craniana, síndrome da morte súbita infantil, asma, infecções respiratórias, redução de QI (Quociente de Inteligência) e distúrbios do comportamento.



A cocaína, o crack e seus derivados também podem ocasionar problemas no processo gestacional e ao desenvolvimento do feto. Foi verificada uma série de anomalias congênitas, como hidrocefalia, problemas cardíacos, fissura palatina e alterações no aparelho digestivo e urinário em bebês de mães usuárias de cocaína, crack e seus derivados durante a gestação. Isso mostra que a cocaína tem uma ação tóxica direta sobre o desenvolvimento fetal.

É necessário investigar o uso de álcool, tabaco e drogas em todas as pacientes gestantes durante o acompanhamento pré-natal. A gestação é uma oportunidade ímpar de tratamento do uso de substâncias em mulheres, pois a ideia de proteger o bebê pode ser um importante fator de motivação.

Indígenas

Os problemas relativos à extrema pobreza, perda da identidade cultural, migração forçada e falta de autonomia, aos quais os povos indígenas do mundo foram submetidos ao longo da história, desencadearam uma série de problemas sociais, entre eles o consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Esse problema, que é atualmente uma das principais causas de morte entre os indígenas nos países em desenvolvimento, tem uma presença cada vez maior nos países da América Central e da América do Sul.

Entre os povos indígenas brasileiros essa realidade não se mostra muito diferente. Alguns estudos realizados pela FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) demonstram que o uso abusivo de álcool (e o alcoolismo) aparece como um dos principais agravos de saúde das populações indígenas brasileiras. Entretanto, ainda há poucos dados oficiais sobre a realidade epidemiológica e a prevalência do uso de álcool e outras drogas nessas populações. Um estudo inicial da SENAD sobre o uso de drogas pelas populações indígenas indicou que as comunidades do Amazonas foram as que relataram ter a maior proporção de pessoas que bebem (47,7%), mas 8,9% dos indígenas bebem somente em rituais ou festas. A menor proporção foi no Mato Grosso do Sul (20,2%) e no Paraná foi observada a menor proporção de dependentes de álcool (Brasil, 2009).

USO DE BEBIDAS X RITUAIS

Dentro de seu contexto cultural, os povos indígenas tradicionalmente vêm fazendo uso de bebidas fermentadas e de outras substâncias, tais como as plantas medicinais. O consumo dessas bebidas possui vários significados que não

SAIBA QUE:
Uma das formas eficazes empregadas para a desorganização de determinados povos indígenas foi a introdução da aguardente. O uso de bebidas alcoólicas continua a se constituir em grande preocupação entre as populações indígenas.

Existem significados específicos para o “beber” entre os índios, à semelhança dos “não índios”.

unicamente o de embriagar, fazendo parte das cerimônias ritualísticas como o “batismo do milho”, a “chicha” e outras, sendo socialmente aceito, de caráter coletivo e orientado pelos líderes locais.

O uso de bebidas tradicionais normalmente tinha a função de intermediar a comunicação entre as pessoas e diferentes divindades, em algumas etnias da Amazônia, por exemplo, servindo também para o alívio de tensões sociais, para marcar diferenças de gênero, com um sentido lúdico e para o reforço de vínculos sociais.

A maioria dos povos indígenas conhecia as bebidas alcoólicas tempos antes da chegada do “homem branco”, obtidas pela fermentação de frutas, legumes e/ou raízes (milho, mandioca, etc.), mas não há relatos de casos do que chamamos hoje de “dependência”. Havia um controle social do consumo de bebidas, uma demarcação cerimonial e religiosa que limitava, quando não impedia, a ocorrência de alcoolismo entre os índios dentro de seu modo de vida tradicional.

Com o contato com outros grupos e culturas, e as mudanças no modo de beber, alguns desses significados também mudaram. Foram introduzidos outros tipos de bebidas, principalmente as destiladas, com maior teor alcoólico, que passaram a ser usadas fora do contexto cultural, no qual as bebidas alcoólicas eram anteriormente consumidas.

Vale destacar, entretanto, que, mais do que a mudança do tipo de bebida, é no contexto social dessas populações e em suas transformações que deveremos buscar as respostas para os problemas que elas vêm enfrentando atualmente.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Em um estudo realizado por pesquisadores de Londrina - PR (SALGADO, 2003) sobre o uso de bebidas alcoólicas e alcoolismo entre os Kaingang, identificou-se um perfil epidemiológico preocupante: um alto índice de subnutrição ligado à mudança de hábitos alimentares, doenças infecto-respiratórias, infecto-contagiosas, parasitoses intestinais, crônico-degenerativas, tuberculose, entre outras.

O alcoolismo aparece como um **agravo importante**, entre jovens acima de 12 anos de idade e adultos, e está associado a outras patologias, como cirrose, diabetes, hipertensão arterial, depressão, doenças do coração e do aparelho digestivo. Além disso, várias crianças apresentam patologias ligadas, direta e indiretamente, à situação dos pais com problemas relacionados ao uso de álcool, como a desnutrição e a Síndrome Fetal pelo Álcool (SFA). São verificados também óbitos na população adulta, causados por acidentes e violência, decorrentes do uso excessivo de álcool.

Foi realizado nessa população um diagnóstico que buscou identificar a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas e de alcoolismo e detectar pessoas em situação de risco. Verificou-se que aqueles que fizeram uso de bebidas alcoólicas, nos últimos 12 meses, constituem 29,9% da população (40,1% entre os homens e 14,2% entre as mulheres). A bebida que consomem, preferencialmente, é a cachaça; alguns bebem vinho e cerveja, mas muitos não as consideram bebidas alcoólicas.

Produtos como álcool de farmácia e desodorantes também são consumidos por algumas pessoas da comunidade. Conforme constatado naquela pesquisa, o uso de bebidas alcoólicas entre os Kaingang tem início entre os 11 e 12 anos, embora conste em várias narrativas que alguns começam a beber aos 7 anos de idade.

As pesquisas atuais tendem a demonstrar que, quanto mais próximos das cidades, mais vulneráveis ficam os índios. Apesar de não existirem dados epidemiológicos claros, o fenômeno do aumento de consumo de álcool tende a se repetir em outras populações, como a etnia Guarani, no Mato Grosso do Sul e no Rio Grande do Sul, e entre os Maxacali, no norte de Minas Gerais.

Um aspecto importante na tentativa de buscar soluções a essas questões foi o apoio e a participação efetiva do grupo Kaingang na discussão desses temas na aldeia, deslocando o conceito de alcoolismo do campo físico/individual para o campo coletivo/social, no qual os problemas com o álcool são vistos como um fenômeno construído no tempo e no contato entre sociedades diferentes e não paritárias.

Outros estudos (Aureliano & Machado, 2012) também reforçam a tendência de um diagnóstico participativo junto à população envolvida no problema, produzindo ativamente as alternativas e soluções que lhe pareçam mais adequadas ao seu contexto.

Segundo o psiquiatra Juberty Antônio de Souza, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, que vem trabalhando com populações indígenas há cerca de 10 anos, um estudo de prevalência, realizado entre os Terena (MS), detectou que 10,1% daquela população relatavam ter consumido álcool de modo abusivo nos últimos 12 meses.

Entretanto, quando consideradas as pessoas acima de 15 anos, a proporção de indígenas com características sugestivas de alcoolismo era de 17,6% na população aldeada e de 19,7% na população indígena que vivia na periferia da cidade de Sidrolândia (MS). Essa diferença aumenta ainda mais quando se compara população aldeada e não aldeada por sexo.

Na população indígena feminina que mora na periferia da cidade essa proporção é de 17,1%, enquanto que os valores encontrados para a população feminina aldeada caem para 1,6%. Ou seja, uma proporção 10 vezes maior para as índias que vivem nas periferias urbanas. Essa proporção também é maior quando comparada ao consumo por mulheres não índias.

Segundo a Lei 9836, que dispõe sobre a saúde indígena, as populações indígenas devem ter acesso garantido ao Sistema Único de Saúde – SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados, de acordo com suas necessidades, compreendendo a atenção primária, secundária e terciária à saúde.

Mas, entre os desafios para implantar essas ações de saúde em áreas indígenas, destacam-se a difícil localização de boa parte das aldeias e a necessidade de capacitação de profissionais de saúde e de uma atenção diferenciada aos índios. Essas iniciativas exigem a participação das esferas federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde – SUS, em uma relação que respeite as diferentes culturas e promova o diálogo entre o saber indígena e os conhecimentos da medicina ocidental.

Segundo a Lei 6001/73, é proibida a venda de bebidas alcoólicas aos índios. Para saber mais: "Estatuto do Índio" - 6001/73 em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/6001.htm

PROJETO EDUCACIONAL DE PREVENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ENTRE POPULAÇÕES INDÍGENAS

Em reconhecimento ao fato de que os povos indígenas necessitam de atendimento diferenciado, com programas desenhados a partir de suas características e realidade de vida, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, em parceria com a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), desenvolve um projeto denominado “Projeto Educacional de Prevenção ao Uso Indevido de Álcool e Outras Drogas entre Populações Indígenas”, que visa preparar representantes das comunidades indígenas e técnicos que atuam junto a elas para promover o desenvolvimento de ações de prevenção ao uso problemático de álcool e outras drogas mediante o envolvimento das pessoas que vivem na aldeia e a articulação e o fortalecimento das redes locais.



Uma das ações previstas no desenvolvimento do projeto é levantar dados que fornecerão informações sobre os aspectos sociodemográficos e sobre saúde, educação, trabalho e moradia nas aldeias pesquisadas.

Esse projeto terá como desdobramentos a adoção, pelas próprias comunidades indígenas, de alternativas para a prevenção ao uso indevido de álcool e outras drogas e a articulação e fortalecimento das redes comunitárias locais de prevenção e atendimento nas aldeias indígenas e cidades vizinhas.

SAÚDE INDÍGENA

A Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI é a área do Ministério da Saúde responsável pela gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) e pela implementação da Política Nacional de Saúde Indígena em todo o território nacional.

Além disso, a Secretaria é responsável por orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde segundo as peculiaridades, perfil epidemiológico e condições sócio sanitárias dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).

O Brasil conta hoje com 34 DSEIs, divididos estrategicamente segundo a ocupação geográfica das comunidades indígenas, e atuando em conjunto com postos de saúde, polos base, Casas de Saúde Indígena (CASAIS) e com o restante da estrutura do Sistema Único de Saúde.

Segundo a FUNASA, algumas diretrizes em relação aos cuidados com a saúde indígena vêm sendo elaboradas, no sentido de evitar a descontinuidade da prestação de serviços às populações indígenas e melhor gerir os recursos financeiros, fazendo com que cheguem aonde são necessários.

Algumas das principais metas são a queda dos indicadores epidemiológicos de problemas de saúde, a redução da desnutrição, a implantação de programas que promovam a saúde da mulher indígena, a saúde bucal e a prevenção ao alcoolismo e ao suicídio.

O que se tem observado, ao longo da história, é que os grupos indígenas, assim como as demais sociedades, modificaram-se, reelaborando os elementos de sua cultura, porém sempre se identificando como indígenas. Ao invés de sua extinção ou assimilação na cultura branca, como se imaginava no passado, o que se tem verificado nas últimas décadas é uma resistência à perda da identidade étnica dos grupos indígenas brasileiros.

Muitas vezes somos levados a ter uma visão romântica do índio, isolado em sua aldeia, com seus costumes tradicionais. Na atualidade, a maioria dos índios possui um contato avançado e dinâmico com a sociedade envolvente, contato este que não pode ser negado ou evitado.

Nesse sentido, os trabalhos a serem desenvolvidos com essas populações devem valorizar e respeitar sua cultura, buscando a integralidade no cuidado à saúde, o que inclui a prevenção e o tratamento daqueles que têm problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Atividades

REFLEXÃO

Os problemas relacionados ao consumo de álcool e drogas surgem em uma dinâmica social e cultural, agravados por situações de vulnerabilidade social (pobreza, desagregação cultural, desemprego, estresse, acesso dificultoso a recursos como transporte, saúde, educação). Como pensar ações práticas e de incidência política a partir dessas realidades?

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. Assinale com V (Verdadeiro) ou F (Falso) as alternativas abaixo:

- () O uso problemático de álcool é atualmente um dos principais agravos à saúde entre populações indígenas.
- () O envolvimento em atividades educativas e de esportes é um fator de proteção entre populações indígenas.
- () Está disponível atualmente uma ampla gama de dados epidemiológicos claros sobre o uso de álcool e drogas entre povos indígenas.
- () As ações em saúde destinadas à população geral podem ser diretamente aplicadas às populações indígenas.

- a) V; V; V; F
- b) F; V; V; V
- c) V; V; F; F
- d) F; V; V; F

2. Em relação aos grupos indígenas vivendo próximo a grandes centros urbanos, é CORRETO afirmar que:

- a) Possuem padrões de consumo de álcool semelhantes aos de grupos que vivem em aldeias.
- b) Consomem preferencialmente bebidas tradicionais.
- c) Apesar de não existirem dados epidemiológicos claros, estudos demonstram que, quanto mais próximos das cidades, mais vulneráveis ficam os índios em relação ao consumo problemático do álcool.
- d) São verificados entre esses grupos menos casos de violência e acidentes relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

3. Em relação ao consumo de substâncias psicoativas em mulheres, identifique a alternativa INCORRETA:

- a) Em geral iniciam o consumo de álcool em idade mais precoce do que os homens.
- b) O uso de estimulantes é influenciado pelo ideal de beleza por um corpo perfeito.
- c) O uso de álcool durante a gestação pode levar a alterações neurocomportamentais.
- d) Buscam tratamento em idade mais jovem quando comparadas com os homens.

4. Assinale a alternativa INCORRETA:

- a) A presença de diferentes fatores de risco ou proteção influenciarão as diferentes trajetórias das pessoas em relação ao consumo de substâncias.
- b) Estratégias de mudança de hábitos não devem ser adequadas à realidade de cada paciente.
- c) Depressão, ansiedade, estresse e outros transtornos de personalidade representam fatores de risco para o desenvolvimento de problemas relacionados ao consumo de álcool e drogas.
- d) Pessoas idosas não se tornam dependentes de álcool ou outras drogas, a menos que tenham sido dependentes desde a juventude ou idade adulta.

Bibliografia

Albuquerque JIA, Souza JA. Prevalência do alcoolismo na população indígena da nação Terena do Complexo Sidrolândia- Colônia Dois Irmãos do Buriti. In: Ministério da Saúde. Anais da I Oficina Macro Regional de Estratégia, Prevenção e Controle das DST/AIDS para as Populações Indígenas das Regiões Sul, Sudeste e do Mato Grosso do Sul. Londrina: Ministério da Saúde; 1997.

Anthony JC, Petronis KR. Early-onset drug use and risk of later drug problems. *Drug Alcohol Depend.* 1995;40(1):9-15.

Aureliano AL & Machado EV. Alcoolismo no contexto indígena brasileiro: mapeamento da bibliografia nacional. *Revista de Antropologia*; 2012;4(5):40-72.

Blume SB, Zilberman ML. Alcohol and women. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, editors. *Substance abuse: a comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005; p. 1049-64.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempiuk e Lúcia Pereira Barroso. Brasília: SENAD, 2009.

Carlini EA, Galduroz JC, coordenadores. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: SENAD/CEBRID; 2005.

Edwards G, Marshall EJ, Cook CH. Mulheres com problemas relacionados ao consumo de álcool. In: Edwards G, Marshall. EJ, Cook CH, organizadores. *O tratamento do alcoolismo*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2005; p. 153-62.

Fernandes JA. Cauinagens e bebedeiras: os índios e o álcool na história do Brasil. *Rev. Antropológicas*. 2002; 13(2):39-59.

Galetti C, Alvarenga PG, Andrade AG, Tavares H. Jogos de azar e uso de substâncias em idosos: uma revisão da literatura. *Rev. Psiquiatr. Clín.* 2008;35(supl.1):39-43.

Gambert SR, Albrecht CR. The Elderly. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, editors. *Substance abuse: a comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005; p. 1038-48.

Guo J, Hill KG, Hawkins JD, Catalano RF, Abbott RD. A developmental analysis of sociodemographic, family and peer effects on adolescent illicit drug initiation. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. 2002;41(7):838-45.

Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, Dufour MC, Pickering RP. The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002. *Drug Alcohol Depend.* 2004;74(3):223-34.

Greenfield SF, Back SE, Lawson K, Brady KT. Substance Abuse in Women. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2010;33(2):339-355.

Horta RL, Horta BL, Pinheiro RT. Drogas: famílias que protegem e que expõem adolescentes ao risco. *J. Bras. Psiquiatr.* 2006; 55(4):268-72.

Hulse GK. Alcohol, drugs and much more in later life. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2002;24 (supl.1): 34-41.

Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K. Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. *J. Stud. Alcohol.* 1992;53(5):447-57.

Maciel SC, Oliveira RCC & Melo JRF. Alcoolismo em indígenas Potiguara: Representações sociais dos profissionais de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2012; 32 (1), 98 -111.

Maddahian E, Newcomb MD, Bentler PM. Risk factors for substance use: ethnic differences among adolescents. *J. Subst. Abuse*. 1988;1(1):11-23.

Merline A, Jaguer J, Schulenberg JE. Adolescent Risk Factors for Adult Alcohol Use and Abuse: Stability and Change of Predictive Value across Early and Middle Adulthood Addiction. 2008; 103(supl. 1): 84-99.

Oliveira M. Alcoolismo entre os Kaingang: do sagrado e lúdico à dependência. In: Ministério da Saúde/ Secretaria de Políticas de Saúde/ Coordenação Nacional de DST e AIDS. Seminário sobre alcoolismo e DST/AIDS entre os povos indígenas. Brasília: Ministério da Saúde; 2001; p. 99-125.

Oliveira M. Uso de bebidas alcoólicas e alcoolismo entre os Kaingang da Bacia do Rio Tibagi: uma proposta de prevenção e intervenção. In: Jeolás LS, Oliveira M, organizadores. *Anais do Seminário sobre Cultura, Saúde e Doença*. Londrina: Fundação Oswaldo Cruz; 2003; p. 43-65.

Paiva FS, Ronzani TM. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. *Psicol. Estudo (Maringá)*. 2009;14(1):177-83.

Prais HAC, Loyola Filho AI, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Uchoa E. A population-based study on binge drinking among elderly Brazilian men: evidence from the Belo Horizonte and Bambuí health surveys. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2008;30(2):118-23.

Taylor MH and Grossberg GT. The growing problem of illicit substance abuse in the elderly: a review. *Prim. Care Companion CNS Disord.* 2012; 14(4).

Pumariega AJ, Kilgus MD, Rodriguez L. Adolescents. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, editors. *Substance abuse: a comprehensive textbook*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005; p. 1021-37.

Salgado SRC. Projeto de pesquisa, prevenção e intervenção sobre o uso de bebidas alcoólicas e alcoolismo entre os Kaingang (Terra indígena Apucarantina – Londrina, PR). 2003; p. 109-126.

Souza JA, Aguiar JA. Alcoolismo em população Terena no Estado do Mato Grosso do Sul: impacto da sociedade envolvente. In: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde/ Coordenação Nacional de DST e AIDS. Seminário sobre alcoolismo e DST/AIDS entre os povos indígenas. Brasília: Ministério da Saúde; 2001; p. 149-65.

Souza MLP. Vulnerabilidade e dependência ao álcool em paciente indígena: relato de caso. *Psychiatry On-Line Brazil*. 2005;10(1).

Souza MLP, Garnelo L, Deslandes SF. Modos de vida e modos de beber de jovens indígenas em um contexto de transformações. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(3), p. 709-716.

NA INTERNET

Entrevista com o psiquiatra Juberty Antônio de Souza - “Índios Sofrem com o Consumo do Alcool” - 2002. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/especial/drogas/drogas04.htm>>.

Fundação Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.funasa.gov.br>>. Fundação Nacional do Índio. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br>>.

Indian Health Service - US Department of Health and Human Service. Disponível em: <<http://www.ihs.gov>>. ISA - Instituto Socioambiental. Disponível em: <<http://www.socioambiental.org>>.

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein. Disponível em: <<http://www.einstein.br/alcooledrogas>>.

Capítulo 5

Epidemiologia do uso de substâncias psicoativas no Brasil: peculiaridades regionais e populações específicas

TÓPICOS

- ✓ Epidemiologia do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas
- ✓ Objetivos dos estudos epidemiológicos nessa área
- ✓ Dados recentes sobre o consumo de drogas no país
 - ✓ As drogas mais usadas no país
 - ✓ Outras drogas (energéticos, esteroides, anabolizantes, orexígenos)
 - ✓ Atividades
 - ✓ Bibliografia

Epidemiologia do uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas

ALGUNS CONCEITOS DE EPIDEMIOLOGIA

Epidemiologia: a palavra vem do grego, *Epedeméion* (aquele que visita)

Epí (sobre) | *Demós* (povo) | *Logos* (palavra, discurso, estudo)

Etimologicamente, **epidemiologia** significa “ciência do que ocorre com o povo”. Por exemplo: quantas pessoas estão infectadas com o vírus da AIDS, ou quantas são fumantes, ou ainda quantas ganham salário mínimo, são questões com as quais se preocupa a epidemiologia.

Prevalência

É a proporção de casos de certa doença ou fenômeno, em uma população determinada, em um tempo determinado. Por exemplo: quantos fumantes havia entre os moradores da cidade de São Paulo em 2001. (Casos existentes) (população determinada) (tempo determinado).

No módulo 3, você verá com detalhes como diagnosticar o uso abusivo e a dependência, mas para que você possa entender os dados das pesquisas epidemiológicas considere:

- ✓ **Uso na vida:** qualquer uso (inclusive um único uso experimental) alguma vez na vida;
- ✓ **Uso no ano:** uso, ao menos uma vez, nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa;
- ✓ **Uso no mês:** uso, ao menos uma vez, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa;
- ✓ **Uso frequente:** uso, em 6 ou mais vezes, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa;
- ✓ **Uso pesado:** uso, em 20 ou mais vezes, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa;

- ✓ **Uso abusivo:** padrão de uso que tenha causado um dano real à saúde física ou mental do usuário, mas a pessoa ainda não preenche critérios para ser considerada dependente;
- ✓ **Dependência:** conjunto de sinais e sintomas que determinam que a pessoa está dependente da substância.

Objetivos dos estudos epidemiológicos nessa área

- ✓ Fazer o diagnóstico epidemiológico do uso de drogas em uma determinada população;
- ✓ Possibilitar a implantação de políticas adequadas à população pesquisada.

TIPOS DE ESTUDOS

1. Levantamentos epidemiológicos (fornecem dados diretos do consumo de drogas):

- Domiciliares (pesquisa entre moradores de residências);
- Com estudantes (alunos do ensino fundamental, médio ou de cursos superiores);
- Com crianças e adolescentes em situação de rua (crianças e adolescentes que vivem a maior parte do tempo na rua);
- Com outras populações específicas, por exemplo: profissionais do sexo, trabalhadores da indústria, policiais, etc.

2. Indicadores epidemiológicos (fornecem dados indiretos do consumo de drogas de uma determinada população):

- Internações hospitalares por dependência;
- Atendimento ambulatoriais de usuários de drogas e/ou álcool;
- Atendimento em salas de emergências por overdose;
- Laudos cadavéricos de mortes violentas (fornecidos pelo IML - Instituto Médico Legal);

- Apreensões de drogas feitas pelas polícias Federal, Estaduais e Municipais;
- Prescrições de medicamentos (ex: benzodiazepínicos e anfetamínicos);
- Mídia (notícias veiculadas pelos meios de comunicações sobre as drogas);
- Casos de violência decorrentes do uso de drogas;
- Prisões de traficantes.

Dados recentes sobre o consumo de drogas no país

Agora você irá conhecer alguns dados sobre o consumo de álcool e outras drogas no país. Os dados diretos que serão apresentados a seguir foram obtidos a partir de quatro levantamentos: domiciliar, com estudantes do ensino fundamental e médio, universitários e com crianças e adolescentes em situação de rua.

✓ Levantamento Domiciliar

Realizados pelo CEBRID, Departamento de Psicobiologia da UNIFESP, englobou as 108 maiores cidades do país (aquelas com mais de 200 mil habitantes). Foram utilizadas amostras representativas de cada cidade, com base nos dados do IBGE. Foram entrevistadas 7.939 pessoas, selecionadas por sorteio, na faixa etária de 12 a 65 anos de idade. Os resultados apresentados são os achados do primeiro levantamento de 2001 e do segundo de 2005;

✓ VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada de Ensino nas 26 Capitais Brasileiras e no Distrito Federal – 2010 (CEBRID)

A amostra total das 27 capitais brasileiras foi constituída de 50.890 estudantes, sendo 31.280 da rede pública de ensino e 19.610 da rede particular;

✓ II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012

Realizado pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) do

Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) sobre os padrões de consumo de álcool e outras drogas na população brasileira. Foram realizadas 4.607 entrevistas, em 149 municípios brasileiros;

✓ Uso de Bebidas Alcoólicas e Outras Drogas nas Rodovias Brasileiras – 2010

Um estudo transversal utilizando como pontos de coleta postos da Polícia Rodoviária Federal que se localizassem no perímetro das regiões metropolitanas das 26 capitais de estados brasileiros e do Distrito Federal. Foram entrevistados 3.398 motoristas;

✓ I Levantamento com Crianças e Adolescentes em Situação de Rua (CEBRID)

Foram entrevistadas 2.807 crianças e adolescentes que vivem em situação de rua, isto é, vivem a maior parte do tempo na rua e frequentemente recebem assistência do governo ou de organizações não governamentais (ONGs), na forma de refeições e roupas, porém não se encontram em abrigo permanente. A pesquisa abrangeu todas as capitais do Brasil, incluindo jovens de 10 a 18 anos de idade;

✓ I Levantamento Nacional sobre Drogas entre Universitários – 2010

Participaram da pesquisa 12.711 estudantes universitários das 27 capitais brasileiras. O estudo foi realizado em parceria entre o Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD);

✓ Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil e Estimativa do número de usuários nas capitais do País

O perfil dos usuários foi levantado através de entrevistas com 7.381 usuários que relataram uso em 25 dias ou mais nos últimos 6 meses. As entrevistas ocorreram entre os anos de 2011 e 2013 em todo o Brasil. A estimativa do número de usuários ocorreu em 2012 através de inquérito domiciliar indireto com aproximadamente 25 mil pessoas nas capitais brasileiras. Os estudos foram realizados em parceria entre a Fundação Oswaldo Cruz e a SENAD.

Os dados indiretos (indicadores epidemiológicos), que serão apresentados adiante, foram obtidos a partir de pesquisas realizadas nos prontuários do Instituto Médico Legal de São Paulo; de apreensões feitas pela Polícia Federal;

de internações hospitalares por dependência de drogas; de dados do Detran-SP (Departamento de Trânsito) e de dados sobre vendas de medicamentos ansiolíticos (aqueles que diminuem a ansiedade e o nervosismo) e anorexígenos (aqueles que diminuem o apetite, usados em regimes).

As drogas mais usadas no país

Comparações entre dois Levantamentos Domiciliares (2001 e 2005)

Em uma pesquisa realizada em 2005, 22,8% da população pesquisada já fizeram **uso na vida** de drogas, exceto tabaco e álcool, correspondendo a 10.746.991 pessoas. Em 2001 os achados foram, respectivamente, 19,4% (9.109.000 pessoas). Em pesquisa semelhante realizada nos EUA em 2004 essa porcentagem atingiu 45,4% da população.

A estimativa de dependentes de álcool em 2005 foi de 12,3% e, de tabaco, 10,1%, o que corresponde a populações de 5.799.005 e 4.760.635 de pessoas, respectivamente; houve um aumento de 1,1%, quando as porcentagens de 2001 e 2005 são comparadas, tanto para álcool como para tabaco.

O **uso na vida** de maconha em 2005 aparece em primeiro lugar entre as drogas ilícitas, com 8,8% dos entrevistados, um aumento de 1,9% em relação a 2001. Comparando-se o resultado de 2005 com o de outros estudos, pode-se verificar que ele é menor do que de outros países como EUA (40,2%), Reino Unido (30,8%), Dinamarca (24,3%), Espanha (22,2%) e Chile (22,4%), porém superior à Bélgica (5,8%) e à Colômbia (5,4%).

Em segundo lugar, as drogas com maior **uso na vida** (exceto tabaco e álcool) foram os solventes (6,1%), havendo um aumento de 0,3% em relação a 2001. Porcentagens inferiores encontradas às nos EUA (9,5%) e superiores a países como Espanha (4,0%), Bélgica (3,0%) e Colômbia (1,4%).

Entre os medicamentos usados **sem receita médica** os benzodiazepínicos (ansiolíticos) tiveram **uso na vida** de 5,6%, 2,3% maior quando comparado a 2001 e porcentagem inferior à verificada nos EUA (8,3%).

Quanto aos estimulantes (medicamentos anorexígenos), o **uso na vida** foi de 3,2% em 2005, aumentando 1,7% em comparação a 2001, porcentagem próxima à de

IMPORTANTE:
Embora as porcentagens estejam, geralmente, maiores na comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005, isso não reflete cientificamente um aumento real e significativo, segundo as análises estatísticas aplicadas.

vários países como Holanda, Espanha, Alemanha e Suécia, mas muito inferior à dos EUA (6,6%). Vale dizer que foi esta a única categoria de drogas cujo aumento de 2001 para 2005 foi estatisticamente significativo.

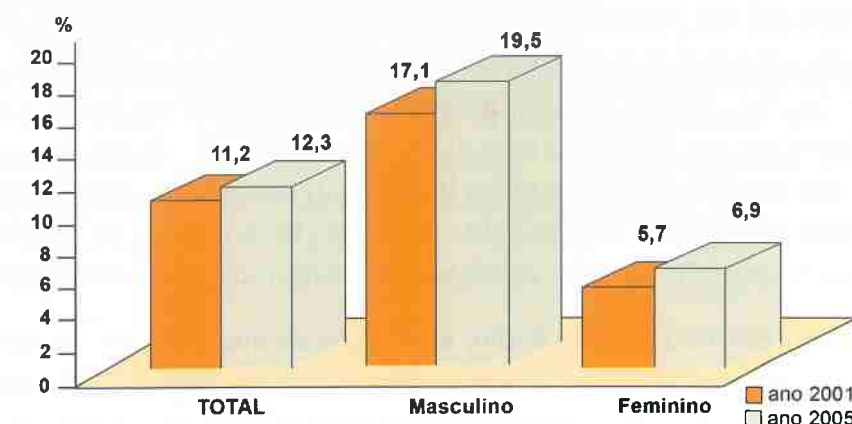
Em relação à cocaína, 2,9% dos entrevistados declararam ter feito **uso na vida**. Em relação aos dados de 2001 (2,3%) houve, portanto, um aumento de 0,6% no número de pessoas utilizando esse derivado de coca.

Diminuiu o número de entrevistados de 2005 (1,9%) em relação aos de 2001 (2,0%), relatando o uso de xarope à base de codeína. O **uso na vida** de heroína em 2001 foi de 0,1%; em 2005 houve sete relatos, correspondendo a 0,09%. Esses dados são menores que os achados nos EUA (1,3%).

ÁLCOOL

A Figura 1 abaixo mostra as porcentagens de entrevistados de ambos os sexos preenchendo os critérios de dependência de álcool.

FIGURA 1:
Comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005, segundo porcentagem de pessoas com dependência de álcool, entre os entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.



Internações hospitalares para tratamento da dependência de álcool

As internações por dependência de álcool foram responsáveis por 90% de todas as internações provocadas por uso de drogas, a maioria na faixa etária entre 31 e 45 anos, com predomínio de homens, numa relação cerca de dez vezes superior à de mulheres.

A análise das internações ao longo de 20 anos de 1988 a 2008, indicou redução do total de internações no período analisado (de 64.702 internações em 1988 para 24.001 em 2008). A redução pode ser reflexo das ações adotadas nos últimos

anos no Brasil, com destaque para a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) a partir de 2002, e do desestímulo às internações em hospitais psiquiátricos.

Padrão de consumo de bebidas pelos brasileiros

O II LENAD traz vários dados importantes: o número de adultos que bebe pelo menos uma vez por semana subiu 20% (de 45% da população total em 2006 para 54% em 2012). Apesar de o número de pessoas que relataram ter consumido álcool no último ano ter diminuído entre 2006 e 2012 (de 52% para 50%), o padrão de beber pesado episódico, ou "binge", em pelo menos uma vez no ano anterior à entrevista, aumentou entre essa parcela da população. Dados do I LENAD indicam que a cerveja era a bebida mais consumida nessas ocasiões. Além disso, o estudo apontou que 6,8% dos entrevistados eram dependentes de álcool (10,5% da população masculina e 3,6% da feminina).

Beber e dirigir

Em estudo sobre o uso de bebidas alcoólicas nas rodovias brasileiras, 309 motoristas (12,8% do total) relataram que tinham bebido no dia da entrevista. A maioria relatou que havia bebido na própria casa ou na residência de outra pessoa (54,7%). Apenas 6% dos entrevistados que ingeriram bebidas alcoólicas declararam que sua habilidade para dirigir não estaria prejudicada. Por outro lado, 60,2% dos motoristas entrevistados (n=2.040) relataram ter sido passageiros de motoristas que tinham bebido antes de dirigir. Os acidentes de trânsito e suas consequências estão bastante associados ao consumo de bebidas alcoólicas.

Em estudo realizado em São Paulo, identificou-se que 56% dos motoristas que morreram em acidentes de trânsito entre os anos de 2006 e 2008 estavam sob efeito de bebida alcoólica. Segundo dados do II LENAD, houve uma redução de 20% nos motoristas que dirigiram no último ano sob efeito de bebida alcoólica, comparando-se aos anos de 2006 (27,5%) e 2012 (21,6%). O padrão de beber e dirigir é mais comum entre os homens (27,3% em 2012) do que entre as mulheres (7,1% no mesmo ano).

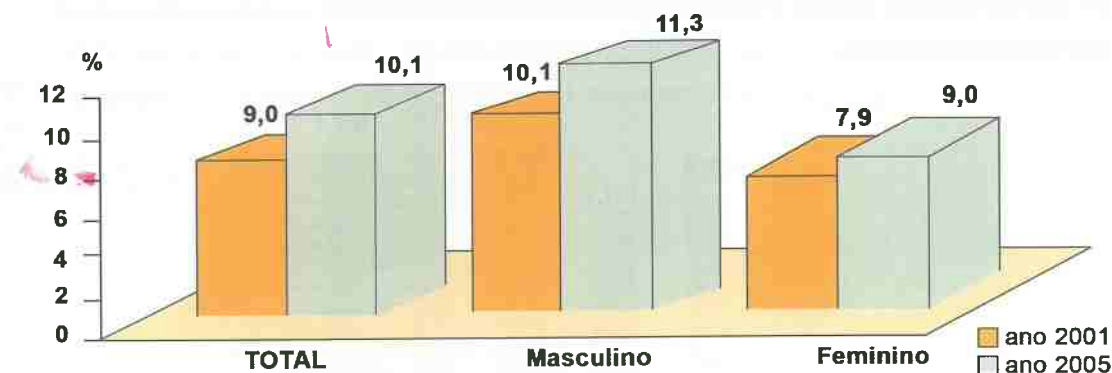
A redução do índice de beber e dirigir possivelmente está associada à lei que estabelece punição mais severa aos que forem flagrados nesse comportamento, bem como à fiscalização para cumprimento dessa lei.

SAIBA MAIS:
Leia o relatório do estudo apoiado pela SENAD: *Uso de Bebidas Alcoólicas e outras drogas nas Rodovias Brasileiras - 2010*.

TABACO

De acordo com o levantamento domiciliar, verificou-se que, em 2005, mais homens preencheram critérios de dependência, comparados às mulheres (Figura 2).

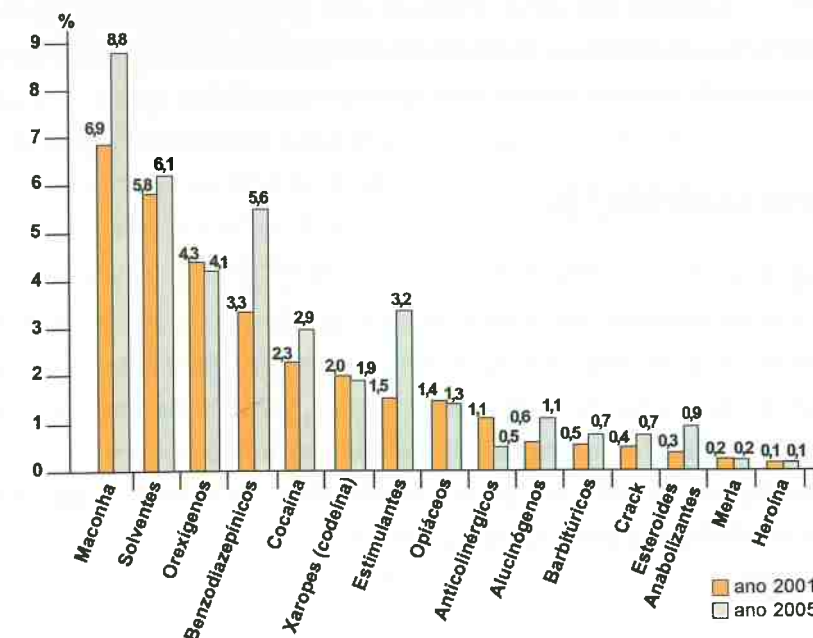
FIGURA 2:
Comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005, segundo percentagem de pessoas com dependência de tabaco, dos entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.



DROGAS PSICOTRÓPICAS (EXCETO TABACO E ÁLCOOL)

A Figura 3 mostra o uso na vida, distribuído por gênero, nos anos de 2001 e 2005, de 15 drogas. Houve um aumento de prevalência de 2001 para 2005 em nove classes de drogas (maconha, solventes, cocaína, estimulantes, benzodiazepínicos, alucinógenos, crack, anabolizantes e barbitúricos); diminuição em quatro (orexígenos, opiáceos, xaropes com codeína e anticolinérgicos) e níveis semelhantes de consumo em duas (heroína e merla).

FIGURA 3:
Comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005, segundo o uso na vida de drogas, exceto álcool e tabaco, dos entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.



MACONHA

A apreensão de maconha feita pela Polícia Federal no período de 2004 a 2008 pode ser vista na Figura 4, embora esse indicador epidemiológico tenha um significado restrito, pois não se conhece o universo do tráfico e, portanto, pode-se afirmar apenas que as quantidades de apreensões têm se mantido estáveis nos últimos quatro anos.

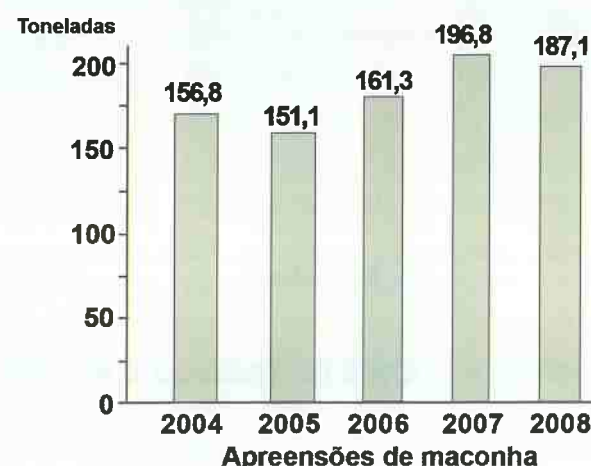


FIGURA 4:
Apreensões de maconha, em toneladas, feitas pela Polícia Federal no período de 2004 a 2008.

Por outro lado, entre os anos de 2004 e 2010, foi observada redução no número de estudantes de ensino fundamental e médio que relataram uso na vida de maconha, de 7,6% para 5,7% em 2009. No levantamento entre universitários, o uso no mês de maconha foi relatado por 13,8% dos pesquisados. Dados do II LENAD, realizado em 2012, indicam que 7% da população adulta brasileira já experimentou maconha, e 2,4% (4,4% entre os homens e 0,5% entre as mulheres) relataram que fizeram uso no ano anterior à pesquisa.

BENZODIAZEPÍNICOS

Na segunda pesquisa domiciliar, o uso na vida de benzodiazepínicos foi relatado por 5,6% da amostra, um índice inferior ao observado nos EUA (8,3%). A dependência de benzodiazepínicos foi estimada em 1,0% para o Brasil, estando as maiores porcentagens na região Nordeste, com 2,3% de dependentes. Uma proporção três vezes maior de mulheres relatou usar ansiolíticos, comparadas aos homens. No levantamento entre universitários o uso no mês de tranquilizantes/ansiolíticos foi relatado por 8,4% dos estudantes.

SOLVENTES

Os solventes continuam sendo as drogas com maior uso na vida entre os estudantes do ensino fundamental e médio, quando não consideramos álcool e tabaco. Teresina foi a capital que apresentou a maior porcentagem de uso (19,2%) e Aracaju a menor (6,4%). O Brasil apresenta um dos maiores índices de uso na vida de solventes entre os estudantes (18,0%), não sendo ultrapassado por nenhum outro país, tanto das Américas quanto da Europa.

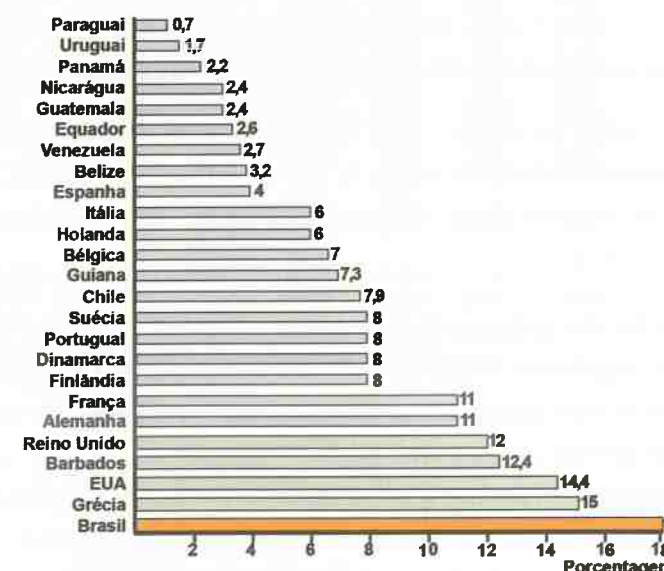


FIGURA 5:
Uso de solventes no Brasil e em outros países, em relação ao uso de solventes; dados expressos em porcentagens.

ANTICOLINÉRGICOS

O uso na vida de anticolinérgicos (Artane® e Akineton®, medicamentos usados no tratamento da doença de Parkinson) entre os estudantes foi de 1,2% no Brasil e na região Nordeste foi encontrada a maior porcentagem: 1,5%. Recife foi a capital com o maior uso na vida desse tipo de droga, com 2,3%, seguida de São Luiz, onde 2,1% dos estudantes mencionaram já ter feito uso desse tipo de medicação. Entre crianças e adolescentes em situação de rua, o uso de Artane® foi mencionado por 1,6% dos entrevistados.

ALUCINÓGENOS

Diferentemente dos Estados Unidos, onde o uso na vida de alucinógenos entre estudantes foi relatado por 6,4%, e do Chile (1,9%), no Brasil esse uso foi de 0,6%. O Rio de Janeiro foi a capital com a maior porcentagem de estudantes que relataram uso na vida de alucinógenos (1,1%).

COCAÍNA/CRACK

Em 2004, o uso na vida de cocaína foi mencionado por 2,0% dos estudantes. Na comparação entre os anos de 2004 e 2010, foi observado aumento do uso na vida de cocaína de 2,0% para 2,5%. O relato de uso na vida de cocaína por estudantes brasileiros é menor do que em países como EUA (5,4%), Espanha (4,1%) e Chile (3,7%), porém superior ao do Paraguai (1,6%), de Portugal (1,3%), da Venezuela e da Grécia (1,0%).

Dados do II LENAD indicam que, em 2012, o uso na vida e o uso no ano de cocaína relatado pela população adulta foi de 4,0% e 2,0%, respectivamente.

O uso de cocaína sob a forma de crack foi mencionado por 0,6% dos estudantes do Brasil, porcentagem inferior à relatada por estudantes dos EUA (2,6%) do Chile (1,4%). Entre universitários pesquisados em 2010, o uso no mês foi relatado por 0,2% dos entrevistados.

Através de inquérito domiciliar indireto realizado em 2012, estima-se que existam 370 mil usuários regulares (mais de 25 dias de uso nos últimos 6 meses) de crack e/ou similares nas capitais brasileiras, o que representaria 0,81% do total da população residente nestes municípios. Aproximadamente 50 mil seriam crianças ou adolescentes. Do total, projeta-se que 80% façam uso da substância em espaços públicos.

O perfil dos usuários foi analisado através de entrevistas realizadas em território nacional. Identificou-se que, em média, os usuários possuem 30 anos, cerca de 78% são homens e 80% são não-brancos. Nas capitais, usam o crack e/ou similar há cerca de 91 meses em média (mais de 7 anos), enquanto que nas cidades do interior, foi relatado o uso há 59 meses (quase 5 anos) em média, o que pode indicar uma recente interiorização do uso da substância.

Outros dados relevantes destes estudos indicam que o usuário tem pouco acesso aos serviços de atenção e tratamento de dependência química (cerca de 6% relatou ter tido acesso a um CAPS-AD e 4% a uma comunidade terapêutica nos 30 dias anteriores à pesquisa). Também revelam que é uma população em situação de alta vulnerabilidade.

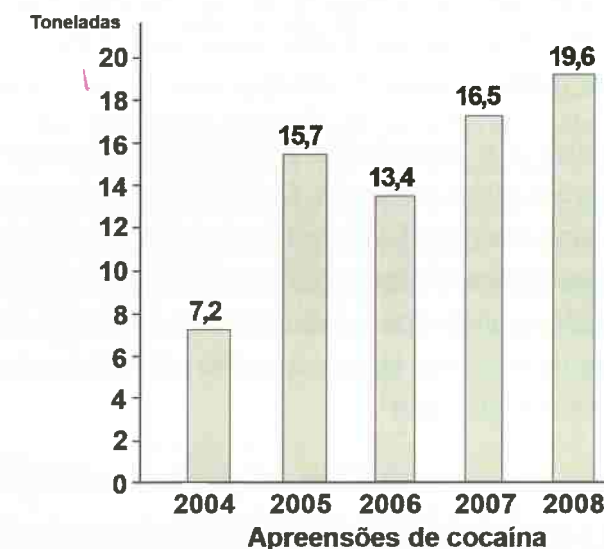
Cerca de 30% das mulheres relataram recebimento de dinheiro ou da substância em troca de sexo e mais de um terço do total relatou não ter usado preservativo nas relações vaginais nos 30 dias anteriores à pesquisa. Através de testagem,

SAIBA MAIS:
Obtenha o estudo na íntegra, baixando os livretos em:
http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/livreto_domiciliar_17set.pdf

http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/livreto_epidemiologico_17set.pdf

identificou-se que 5% são HIV positivo, índice bem superior ao projetado na população geral (0,6%).

FIGURA 6: mostra as apreensões de cocaína feitas pela Polícia Federal entre os anos de 2004 e 2008 (dados mais atuais disponíveis). Pode-se notar um crescimento das apreensões, principalmente quando se compara os extremos do gráfico, quase triplicando.



HEROÍNA

O uso na vida de heroína, uma droga frequentemente citada na mídia, foi relatado por apenas 0,04% dos entrevistados na pesquisa domiciliar de 2001, ou seja, apenas quatro pessoas, sendo 3 relatos no Nordeste e um no Sul. Embora essas porcentagens estejam muito abaixo da média americana (1,2%) e das relatadas na Colômbia (1,5%), 21,1% dos entrevistados relataram a percepção de que obter heroína era fácil.

Há discrepância entre o número de pessoas que mencionaram o uso (4) e a proporção de pessoas que mencionou facilidade de obtenção, provavelmente pelo imaginário popular criado pela mídia, inclusive pela facilidade com que a população acredita ser possível obter drogas nas grandes cidades brasileiras. Não houve nenhum relato de uso de heroína entre os estudantes pesquisados.

ANFETAMÍNICOS

O uso na vida de anfetamínicos (medicamentos para tirar a fome), na pesquisa domiciliar, foi maior entre as mulheres do que entre os homens, em todas as faixas etárias estudadas. O uso na vida desses estimulantes foi relatado por 1,5%.

Na pesquisa entre estudantes, o uso na vida de anfetamínicos foi de 3,7%. A região com maior porcentagem de uso foi a Centro-Oeste, com 4,6%. A capital com maior uso registrado foi João Pessoa, com 6,6%, e o menor, Maceió, com 1,6%. Vários países relataram porcentagens de uso na vida maiores do que o Brasil: Nicarágua (10,4%); Reino Unido (8,0%); Venezuela (6,4%); Uruguai (6,2%); Paraguai (5,9%) e Chile (5,8%).

A Figura a seguir mostra a proporção de prescrições de anfetamínicos entre mulheres e homens (razões sobre as colunas. Ex: há 10 prescrições de anfepramona para mulheres para cada prescrição feita para um homem). Note que as mulheres recebem bem mais prescrições desses medicamentos do que os homens. Esses dados foram obtidos pela análise dos receituários especiais que são necessários para comprar esse tipo de remédio. Esse receituário é denominado Notificação B e é conhecido como “receituário azul”.

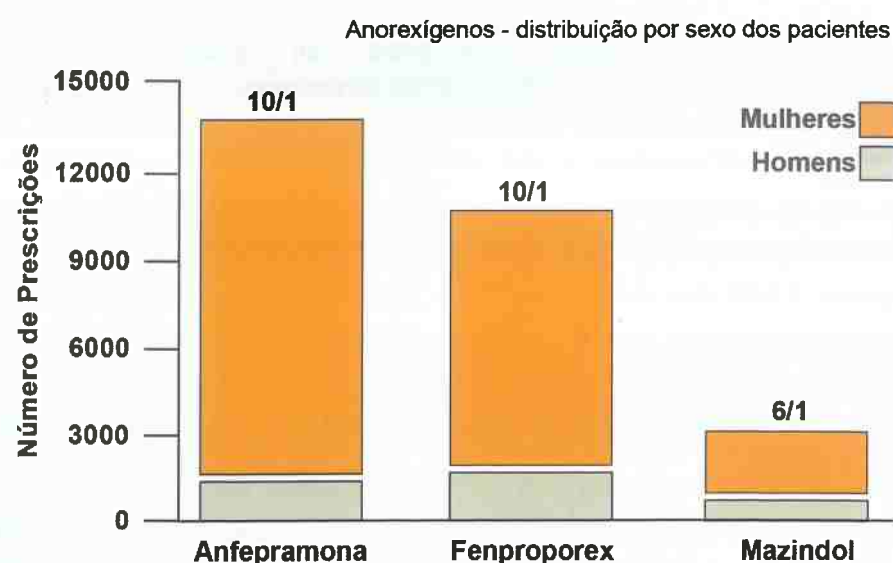


FIGURA 7: Análise da Prescrição e Dispensação de Medicamentos Psicotrópicos. Fonte: CEBRID

Outras drogas (energéticos, esteroides anabolizantes, orexígenos)

Entre os dados mais recentes da pesquisa entre estudantes (VI Levantamento), merece destaque o uso de energéticos em mistura com álcool, com 15,4% dos estudantes do ensino fundamental e médio já tendo feito uso na vida dessa mistura. O uso na vida de esteroides anabolizantes (1,4%) também merece atenção, sendo a distribuição heterogênea entre as capitais. Você verá detalhes sobre os efeitos destas misturas e substâncias no Módulo 2.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode parecer estranho que, para uma mesma droga, apareçam porcentagens diferentes. Isso ocorre porque cada tipo de levantamento estuda uma determinada população com particularidades próprias.

A Tabela a seguir ilustra esse aspecto. É possível notar, por exemplo, que na pesquisa domiciliar (incluindo pessoas de 12 a 65 anos de idade) o uso na vida de solventes foi relatado por 5,8% dos entrevistados, enquanto entre jovens (estudantes do ensino fundamental e médio e também universitários, além de crianças e adolescentes em situação de rua) as porcentagens foram bem maiores. Isso significa que, quando se pretende aplicar um programa preventivo ou uma intervenção, é importante conhecer antes o perfil daquela população específica, pois suas peculiaridades são relevantes para um planejamento adequado.

Levantamentos

DROGAS	LEVANTAMENTOS			
	Domiciliar	Estudantes do ensino fundamental e médio	Universitários	Crianças e adolescentes em situação de rua
Maconha	6,9	5,7	26,1	40,4
Solventes	5,8	8,7	20,4	44,4
Cocaína	2,3	2,5	7,7	24,5

É preciso lembrar ainda que, embora já existam estudos sobre o panorama do uso de drogas no Brasil, os dados disponíveis nem sempre são suficientes para avaliações específicas e, além disso, o uso de drogas é algo dinâmico, em constante variação de um lugar para outro e mesmo em um determinado lugar, em épocas diferentes. Por essas razões, há a necessidade de programas permanentes de pesquisas epidemiológicas, para que novas tendências possam ser detectadas e programas de prevenção e intervenção, adequadamente desenvolvidos.

Atividades

REFLEXÃO

Quais são as drogas mais consumidas e relacionadas aos mais frequentes problemas sociais e de saúde no Brasil? Justifique sua resposta.

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. A importância da epidemiologia do uso de drogas é:

- a) Fornecer subsídios para campanhas preventivas.
- b) Conhecer o consumo de drogas numa determinada população.
- c) Conhecer novas tendências de uso de drogas.
- d) Todas as alternativas anteriores estão corretas.

2. Assinale a afirmativa INCORRETA:

- a) A estimativa de dependentes de álcool no levantamento domiciliar em 2005 foi de 12,3%.
- b) A estimativa de dependentes de tabaco no levantamento domiciliar em 2005 foi de 10,1%.
- c) Existem fortes evidências de uma “epidemia do crack” no Brasil.
- d) Na pesquisa domiciliar de 2005, o uso na vida de benzodiazepínicos foi relatado por 5,6% da amostra.

3. Entre as drogas ilegais, algumas das mais consumidas no Brasil são:

- a) LSD e maconha.
- b) maconha e cocaína.
- c) cocaína e heroína.
- d) heroína e êxtase.

4. Sobre epidemiologia do consumo de drogas, podemos afirmar que:

- a) Embora existam estudos sobre o uso de drogas no Brasil, os dados disponíveis não representam todos os contextos sociais nos quais o consumo ocorre.
- b) O uso de drogas é dinâmico, variando de um lugar para outro e ao longo do tempo.
- c) São necessárias pesquisas epidemiológicas periódicas para avaliação de novas tendências.
- d) Todas as alternativas anteriores estão corretas.

Bibliografia

II Levantamento nacional de álcool e drogas. Resultados preliminares. 2013. Disponível em: <<http://inpad.org.br/LENAD/>>.

Andrade AG, Duarte P, Oliveira LG. I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREA/IPQ-HC/FMUSP; – SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas), Brasília: 2010, 284 p.

Associação Brasileira dos Departamentos de Trânsito (Abdetran). Impacto do uso do álcool e outras vítimas de acidente de trânsito. Brasília: Cetad/ Raid; 1997.

Brasil. Secretaria Nacional Antidrogas. Brasil. Ministério da Educação. Curso de formação em prevenção do uso indevido de drogas para educadores de escolas públicas, volume I: O adolescente e as drogas no contexto da escola. Brasília: SENAD/MEC/UnB; 2004.

Carlini EA, Galduróz JC, coordenadores. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. Brasília: SENAD/CEBRID; 2002.

Carlini, EA, Noto, AR, Sanchez, ZVDM, Carlini, CMA, et al. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras - 2010. CEBRID/SENAD.

Carlini, EA, Galduróz, JCF. II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: 2005. Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID/SENAD. 2007. 468 p.

Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de ensino nas 27 capitais brasileiras - 2004. São Paulo: SENAD/CEBRID; 2005.

Nappo SA, Tabach R, Noto AR, Galduróz JCF, Carlini EA. Use of anorectic amphetamine-like drugs by Brazilian women. Eat Behav. 2001;2:1-13.

NIDA – National Institute on Drug Abuse. High school and youth trends; 2005. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov/about/roadmap/index.html>>.

Noto AR, Carlini EA, Mastroianni PC, Alves VC, Galduróz JCF, Kuroiwa W et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the state of São Paulo, Brazil. Rev. Bras. Psiquiatr. 2002;24(2):68-73.

Noto AR, Galduróz JCF, Nappo SA, Fonseca AM, Carlini CMA, Moura YG et al. Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras; 2003. São Paulo: SENAD/CEBRID; 2004.

Ponce JC, Muñoz DR, Andreuccetti G, Carvalho DG, Leyton V. Alcohol-related traffic accidents with fatal outcomes in the city of São Paulo. Accident Analysis and Prevention. 2011; 43; 782-87.

SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration. 1999-2000 National Household Survey on Drug Abuse. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services; 2001. Disponível em: <<http://www.samhsa.gov>>.

Capítulo

6

A política e a legislação brasileira sobre drogas

TÓPICOS

- ✓ Política Nacional Sobre Drogas
- ✓ A Lei nº 11.343/2006 – Lei de Drogas
- ✓ Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD)
 - ✓ A Política Nacional sobre o Álcool
 - ✓ Programa Crack, é possível vencer
 - ✓ Atividades
 - ✓ Bibliografia

Política Nacional sobre Drogas

A partir do ano de 1998, o Brasil dá início à construção de uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda¹ e da oferta² de drogas. Foi depois da realização da XX Assembléia Geral Especial das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas, aderidos pelo Brasil, que as primeiras medidas foram tomadas. O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)³, diretamente vinculada à, então, Casa Militar da Presidência da República.

Com a missão de “coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade” e como Secretaria Executiva do Conselho Nacional Antidrogas, coube à SENAD mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da primeira política brasileira. Assim, por meio de Decreto Presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002, foi instituída a primeira Política Nacional Antidrogas – PNAD do país.

Em 2003, o Presidente da República apontou a necessidade de construção de uma nova Agenda Nacional para a redução da demanda e da oferta de drogas no país, que viesse a contemplar três pontos principais:

- ✓ **integração das políticas públicas** setoriais com a Política de drogas, visando ampliar o alcance das ações;
- ✓ **descentralização das ações** em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município;
- ✓ **estreitamento das relações** com a sociedade e com a comunidade científica.

Ao longo dos primeiros anos de existência da Política Nacional Antidrogas, o tema drogas manteve-se em pauta e a necessidade de aprofundamento do assunto também. Assim, foi necessário reavaliar e atualizar os fundamentos da PNAD, levando em conta as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o país e o mundo vinham passando. Em 2004, foi efetuado o processo de realinhamento e atualização da política, por meio da realização de um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis fóruns regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas.

¹REDUÇÃO DA DEMANDA:

ações referentes à prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, bem como aquelas relacionadas ao tratamento, à recuperação, à redução de danos e à reinserção social de usuários e dependentes.

²REDUÇÃO DA OFERTA:

atividades inerentes à repressão da produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas.

³MEDIDA PROVISÓRIA

nº 1.669 e Decreto nº 2.632, de 19 de junho de 1998.

Com ampla participação popular, embasada em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados, a política realinhada passou a chamar-se **Política Nacional sobre Drogas (PNAD)**⁴. Como resultado, o prefixo “anti” da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo “sobre”, já de acordo com as tendências internacionais, com o posicionamento do governo e com a nova demanda popular, manifestada ao longo do processo de realinhamento da política.

A Política Nacional sobre Drogas estabelece os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços, voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas, possam ser conduzidos de forma planejada e articulada. Todo esse empenho resultou em amplas e importantes conquistas, refletindo transformações históricas na abordagem da questão no país. O documento está dividido em cinco capítulos: **1- prevenção; 2- tratamento, recuperação e reinserção social; 3- redução de danos sociais e à saúde; 4- redução da oferta; 5- estudos, pesquisas e avaliações**⁵.

Em 2006, a SENAD coordenou um grupo de trabalho do governo que assessorou os parlamentares no processo que culminou na aprovação da Lei nº 11.343/2006, que instituiu o **Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)**, suplantando uma legislação de trinta anos que se mostrava obsoleta e em desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações sociais.

A Lei nº 11.343/2006 – Lei de Drogas

A Lei nº 11.343/2006 colocou o Brasil em destaque no cenário internacional ao instituir o SISNAD e prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, em consonância com a atual política sobre drogas.

Essa Lei nasceu da necessidade de compatibilizar os dois instrumentos normativos que existiam anteriormente: as Leis 6.368/1976⁶ e 10.409/2002⁷. A partir de sua edição, foram revogados esses dois dispositivos legais, com o reconhecimento das diferenças entre a figura do traficante e a do usuário/dependente, os quais passaram a ser tratados de modo diferenciado e a ocupar capítulos diferentes da lei.

O Brasil, seguindo a tendência mundial, entendeu que usuários e dependentes não

⁴Aprovada em 23 de maio de 2005, entrou em vigor em 27 de outubro daquele mesmo ano, por meio da Resolução nº 3/ GSIPR/CONAD.

⁵O texto completo da Política pode ser acessado no Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas: www.obid.senad.gov.br.

⁶LEI Nº 6.368/1976, de 21 de outubro de 1976, fala sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

⁷LEI Nº 10.409/2002, de 11 de janeiro de 2002, dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícito de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica.

devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade. Essa abordagem em relação ao porte de drogas para uso pessoal tem sido apoiada por especialistas que apontam resultados consistentes de estudos, nos quais: **a atenção ao usuário/dependente deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, ao invés de encarceramento.** Assim, a justiça retributiva baseada no castigo é substituída pela justiça restaurativa, cujo objetivo maior é a ressocialização por meio de penas alternativas:

- ✓ **Advertência** sobre os efeitos das drogas;
- ✓ **Prestação de serviços à comunidade** em locais/programas que se ocupem da prevenção/recuperação de usuários e dependentes de drogas;
- ✓ **Medida educativa** de comparecimento a programa ou curso educativo.

Recentemente, a Câmara dos Deputados aprovou o projeto de lei nº 7663/10, que propõe a alteração de alguns itens da lei de drogas, entre eles, a definição de critérios para a atenção aos usuários e dependentes e o financiamento das ações sobre drogas no país. A proposta aguardava a apreciação do Senado Federal no momento da revisão deste material.

Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, regulamentado pelo Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, tem os seguintes objetivos:

- I. Contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados;
- II. Promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;
- III. Promover a integração entre as políticas de **prevenção** do uso indevido, **atenção e reinserção social** de usuários e dependentes de drogas;
- IV. Reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas;

- V. Promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios.

O SISNAD está organizado de modo a assegurar a orientação central e a execução descentralizada das atividades realizadas em seu âmbito. Com a sua regulamentação, houve a reestruturação do Conselho Nacional Antidrogas, garantindo a participação paritária entre governo e sociedade.

Em 23 de julho de 2008, foi instituída a Lei nº 11.754, por meio da qual o Conselho Nacional Antidrogas passou a se chamar **Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)**. A nova Lei também alterou o nome da Secretaria Nacional Antidrogas para **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)**. Essa modificação histórica era aguardada desde o processo de realinhamento da Política Nacional sobre Drogas, em 2004, tornando-se um marco na evolução das políticas públicas no Brasil.

A ação do CONAD é descentralizada por meio de Conselhos Estaduais e de Conselhos Municipais.

I. Atribuições do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)

- Acompanhar e atualizar a Política Nacional sobre Drogas, consolidada pela SENAD.
- Exercer orientação normativa sobre ações de redução da demanda e da oferta de drogas.
- Acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas⁸ e o desempenho dos planos e programas da Política Nacional sobre Drogas.
- Promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos estados, dos municípios e do Distrito Federal.

O Decreto nº 5.912/2006, com as alterações introduzidas pelo Decreto nº 7426/2010, regulamentou, ainda, as competências dos Órgãos do Poder Executivo no que se refere às ações de redução da demanda de drogas.

II. Atribuições da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)

- Articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.
- Consolidar a proposta de atualização da Política Nacional sobre

⁸O Fundo Nacional Antidrogas conta com recursos oriundos de apreensão ou de perdimento, em favor da União, de bens, direitos e valores, objeto do crime de tráfico ilícito de drogas e outros recursos colocados à disposição da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Drogas (PNAD) na esfera de sua competência.

- Definir estratégias e elaborar planos, programas e procedimentos para alcançar as metas propostas na PNAD e acompanhar sua execução.
- Gerir o Fundo Nacional Antidrogas e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID)⁹.
- Promover o intercâmbio com organismos internacionais na sua área de competência.

O trabalho da SENAD é desenvolvido em três eixos principais:

1. Diagnóstico situacional

- **Objetivo:** realização de estudos que permitam um diagnóstico sobre a situação do consumo de drogas no Brasil e seu impacto nos diversos domínios da vida da população. Esse diagnóstico vem se consolidando por meio de estudos e pesquisas de abrangência nacional, na população geral e naquelas específicas que vivem sob maior vulnerabilidade para o consumo de drogas.
- **Exemplos de ações:** levantamentos sobre uso de drogas na população geral, estudantes de educação básica, estudantes universitários, povos indígenas, motoristas profissionais e amadores, entre outros.

2. Capacitação de Agentes do SISNAD

- **Objetivo:** capacitação dos diversos atores sociais que trabalham diretamente com o tema drogas, e também de multiplicadores de informações de prevenção, tratamento e reinserção social.
- **Exemplos de ações:** cursos de formação para conselheiros municipais, operadores do Direito, lideranças religiosas e comunitárias, educadores, profissionais das áreas de saúde, assistência social, segurança pública, empresas/indústrias, entre outros.

3. Projetos Estratégicos:

- **Objetivo:** projetos de alcance nacional que ampliam o acesso da população às informações, ao conhecimento e aos recursos existentes na comunidade.
- **Exemplos de ações:** parceria com estados e municípios para

⁹O OBID é um órgão de estrutura do Governo Federal, vinculado a SENAD, com a missão de reunir e centralizar informações e conhecimentos atualizados sobre drogas, incluindo dados de estudos, pesquisas e levantamentos nacionais, que contribuam para o desenvolvimento de novos conhecimentos aplicados às atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e de reinserção social de usuários e dependentes de drogas e para a criação de modelos de intervenção baseados nas necessidades específicas das diferentes populações-alvo, respeitadas suas características socioculturais.

fortalecimento dos conselhos sobre drogas; manutenção de serviço nacional de orientações e informações sobre drogas (Viva Voz 132); ampliação e fortalecimento da cooperação internacional, criação da rede de pesquisa sobre drogas, entre outros.

Para potencializar e articular as ações de redução da demanda, focadas principalmente em atividades preventivas, com ações de redução da oferta de drogas, que priorizam o enfrentamento ao tráfico de ilícitos, em janeiro de 2011, o Governo Federal optou pela transferência da SENAD da estrutura do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça.

A Política Nacional sobre o Álcool¹⁰

A Política Nacional sobre o Álcool resultou de um longo processo de discussão. Em julho de 2005, o então Conselho Nacional Antidrogas, ciente dos graves problemas inerentes ao consumo prejudicial de álcool, e com o objetivo de ampliar o espaço de participação social para a discussão de tão importante tema, instalou a **Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool (CEPPA)**, composta por diferentes órgãos governamentais, especialistas, legisladores e representantes da sociedade civil. A Câmara Especial iniciou suas atividades a partir dos resultados do Grupo Técnico Interministerial criado no Ministério da Saúde, em 2003.

Esse processo permitiu ao Brasil chegar a uma política realista, sem qualquer viés fundamentalista ou de banalização do consumo, embasada de forma consistente por dados epidemiológicos, pelos avanços da ciência e pelo respeito ao momento sociopolítico do país. A política sobre o álcool reflete a preocupação da sociedade em relação ao uso cada vez mais precoce dessa substância, assim como o seu impacto negativo na saúde e na segurança.

Em maio de 2007, por meio do Decreto nº 6.117, foi apresentada à sociedade brasileira a **Política Nacional sobre o Álcool**, que tem como objetivo geral estabelecer princípios que orientem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo consumo dessa substância, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas.

¹⁰Texto produzido em colaboração de José Rossy e Vasconcelos Júnior

Essa política, reconhecendo a importância da implantação de diferentes medidas articuladas entre si, e numa resposta efetiva ao clamor da sociedade por ações concretas de proteção aos diferentes segmentos sociais que vivem sob maior vulnerabilidade para o uso abusivo de bebidas alcoólicas, veio acompanhada de um elenco de medidas passíveis de implementação pelos órgãos de governo no âmbito de suas competências e outras de articulação com o Poder Legislativo e demais setores da sociedade.

Essas medidas são detalhadas no anexo II do Decreto nº 6.117 e podem ser divididas em nove categorias:

1. Diagnóstico sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil;
2. Tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool;
3. Realização de campanhas de informação, sensibilização e mobilização da opinião pública quanto às consequências do uso indevido e do abuso de bebidas alcoólicas;
4. Redução da demanda de álcool por populações vulneráveis;
5. Segurança pública;
6. Associação álcool e trânsito;
7. Capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informações sobre temas relacionados à saúde, educação, trabalho e segurança pública;
8. Estabelecimento de parceria com os municípios para a recomendação de ações municipais;
9. Propaganda de bebidas alcoólicas.

Merecem destaque, dentre essas medidas estratégicas para minimizar os impactos adversos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, as ações ligadas à associação álcool e trânsito, tendo em vista que os problemas relacionados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas não atingem apenas populações vulneráveis, mas se associam diretamente aos índices de morbidade e mortalidade da população geral. Por essa razão, tornou-se urgente desenvolver medidas que coíbam o ato de “beber e dirigir”.

Após exaustivo processo de discussão, a Lei nº 11.705, conhecida como “lei seca”, foi sancionada em 19 de junho de 2008, por ocasião da realização da X Semana Nacional sobre Drogas. Essa Lei alterou alguns dispositivos do Código de Trânsito Brasileiro, impondo penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a

influência de álcool ou de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência.

Com essa Lei, o motorista que tivesse qualquer concentração de álcool por litro de sangue ficou sujeito às **medidas administrativas e penalidades** previstas no artigo 165 da Lei nº 9503/97, como retenção do veículo até a apresentação de condutor habilitado, recolhimento do documento de habilitação, multa e suspensão do direito de dirigir por doze meses. O motorista que apresentasse concentração de álcool **igual ou superior a 6,0 dg/L** de sangue – o que corresponde à concentração alcoólica de **0,30 mg/L** no ar alveolar expirado (verificado no teste de etilometria) – além das medidas administrativas e penalidades acima citadas, ficou sujeito à **pena de detenção de seis meses a três anos**.

Foram vedados, na faixa de domínio de rodovia federal ou em local próximo à faixa de domínio com acesso direto à rodovia, a venda varejista e o oferecimento de bebidas alcoólicas (teor superior a 0,5 Graus *Gay-Lussac*) para consumo no local. Essa Lei previu também que os estabelecimentos comerciais que vendem ou oferecem bebidas alcoólicas sejam obrigados a exibir aviso informativo de que **é crime dirigir sob a influência de álcool, punível com detenção**.

Em 20 de dezembro de 2012, por meio da Lei nº 12.760, houve nova alteração no Código de Trânsito Brasileiro, tornando as medidas administrativas e as penalidades mais severas, com ampliação da possibilidade de responsabilização penal. Mas a maior inovação foi a possibilidade de enquadrar e punir criminalmente os condutores que se recusarem a fazer o teste com o etilômetro (bafômetro), através da utilização de outros meios que comprovem capacidade psicomotora alterada em decorrência da influência de álcool ou outra substância psicoativa que determine dependência.

O condutor poderá ser submetido a teste de alcoolemia, exame clínico, perícia, prova testemunhal ou outro procedimento que permita identificar o consumo de álcool ou outra substância psicoativa. A infração também poderá ser caracterizada mediante imagem, vídeo ou constatação de sinais que indiquem alterações na capacidade psicomotora. A resolução do Contran nº 432, de 23 de janeiro de 2013, dispõe sobre os procedimentos a serem adotados pelas autoridades de trânsito e agentes de fiscalização: exame de sangue, exames laboratoriais, teste com etilômetro, exames clínicos, verificação



de sinais que indiquem alteração psicomotora, com a possibilidade de utilizar prova testemunhal, vídeo ou imagem.

Com a nova Lei, além de qualquer concentração de álcool por litro de sangue estar sujeita a penalidades administrativas, o valor da multa, que antes era de R\$ 957,70, foi estabelecido em R\$ 1.915,40, podendo ser duplicado em caso de reincidência. Todas essas medidas têm como objetivo reduzir o número de acidentes de trânsito no Brasil, coibindo a associação entre o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas e o ato de dirigir.

Programa Crack, é possível vencer

O fenômeno do consumo de crack, álcool e outras drogas é complexo, multifatorial e está associado a diferentes significados históricos e culturais. Construir uma política pública que dê conta dessa complexidade é desafiador e requer, acima de tudo, uma visão intersetorial, tendo em vista os diversos aspectos envolvidos (biológicos, pessoais, familiares, sociais, entre outros).

No intuito de articular e coordenar diversos setores para ações integradas de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários abusadores e dependentes de crack, álcool ou outras drogas, bem como enfrentar o tráfico em parceria com estados, municípios e sociedade civil, o Governo Federal convergiu esforços e lançou, em dezembro de 2011, o programa “Crack, é possível vencer”¹¹, que indicou a implementação de ações para a abordagem do tema de forma intersetorial.

A perspectiva é que somente uma organização em rede é capaz de fazer face à complexidade das demandas sociais e fortalecer a rede comunitária. Nesse sentido, o programa está estruturado em três eixos que propõem ações específicas e complementares. São eles:

- ✓ **PREVENÇÃO:** ampliar as atividades de prevenção, por meio da educação, disseminação de informações e capacitação dos diferentes segmentos sociais que, de forma direta ou indireta, desenvolvem ações relacionadas ao tema, tais como: educadores, profissionais de saúde, de assistência social, segurança pública, conselheiros municipais, líderes comunitários e religiosos;



¹¹Lançado por meio do Decreto Presidencial nº 7.637/2011, que alterou o decreto nº 7.179/2010, que instituiu o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”.

- ✓ **CUIDADO:** aumentar a oferta de ações de atenção aos usuários de crack e outras drogas e seus familiares, por meio da ampliação dos serviços especializados de saúde e assistência social, como os Consultórios na Rua, os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad), as Unidades de Acolhimento adulto e infanto-juvenil, Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), leitos de saúde mental em hospitais gerais, entre outros;
- ✓ **AUTORIDADE:** enfrentar o tráfico de drogas e as organizações criminosas através de ações de inteligência entre a Polícia Federal e as polícias estaduais. Estão sendo realizadas, também, intervenções de segurança pública com foco na polícia de proximidade em áreas de maior vulnerabilidade para o consumo, que contam com a ampliação de bases móveis e videomonitoramento para auxiliar no controle e planejamento das ações nesses locais.

Assim, o Programa prevê uma atuação articulada intersetorial e descentralizada entre Governo Federal, estados, Distrito Federal e municípios, além de contar com a participação da sociedade civil e diversas universidades, sempre com o monitoramento intensivo das ações. Compõem a equipe responsável pelas ações do Programa os Ministérios da Justiça, Saúde, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Educação, além da Secretaria de Direitos Humanos e a Casa Civil da Presidência da República. No âmbito local, foram criados comitês gestores estaduais e municipais, com o objetivo de coordenar e monitorar o andamento de todas as ações realizadas.

Cada vez mais são fundamentais o conhecimento e a ampla disseminação da política e da legislação brasileira sobre drogas em todos os setores da sociedade brasileira, mostrando a sua importância como balizadores das ações de prevenção do uso, de tratamento, de reinserção social de usuários e dependentes, bem como do enfrentamento do tráfico de drogas ilícitas.

O uso de crack, álcool e outras drogas afeta a todos, sejam familiares, educadores, líderes comunitários, profissionais ou cidadãos. A observância à legislação vigente, aliada às orientações da Política Nacional sobre Drogas, da Política Nacional sobre Álcool e do Programa Crack, é possível vencer, contribui para o fortalecimento de uma rede de atenção às questões relativas ao uso de substâncias psicoativas numa perspectiva inclusiva, de respeito às diferenças, humanista, de acolhimento e não estigmatizante do usuário e seus familiares.

Atividades

REFLEXÃO

Conforme foi visto no texto, o programa “Crack, é possível vencer” foi estruturado em três eixos diferentes (prevenção, cuidado e autoridade), que contemplam ações de saúde, assistência social, educação e segurança pública. Explique porque é importante que programas voltados à abordagem de usuários de substâncias psicoativas tenham caráter intersetorial.

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. A Lei de Drogas 11.343/2006 entende que:

- a) O usuário/dependente de drogas deve ser penalizado pela Justiça pagando com privação de liberdade.
- b) O usuário/dependente deve ser isolado do convívio social.
- c) A atenção ao usuário/dependente deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, ao invés de encarceramento.
- d) Cabe apenas ao usuário/dependente a responsabilidade pelo consumo de drogas.

2. Qual o principal objetivo do Programa “Crack, é possível vencer”? Assinale a alternativa CORRETA:

- a) Criar instituições que mantenham os indivíduos isolados do convívio social, para interromper a rede de tráfico.
- b) Priorizar as ações de segurança pública para enfrentamento do consumo de crack.
- c) Desenvolver um conjunto integrado de ações de prevenção, tratamento e reinserção social.
- d) Criar estratégias para penalizar os usuários e dependentes de drogas.

3. Com relação aos objetivos do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), regulamentado pelo Decreto nº 5.196/2006, assinale a alternativa INCORRETA:

- a) Contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso de drogas e também à tráfico, além de outros comportamentos relacionados.
- b) Gerir o Fundo Nacional Antidrogas e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas.
- c) Promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país.
- d) Reprimir a produção não autorizada e o tráfico de drogas ilícitas.

4. Em relação à Política Nacional sobre o Álcool, é CORRETO afirmar que:

- a) A Política sobre o Álcool contempla a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida decorrentes do uso dessa substância.
- b) Prevê ações que relacionam consumo de álcool e trânsito, mas sem levar em conta situações de violência e criminalidade associadas ao consumo.
- c) A política incentiva a realização de campanhas preventivas focadas estritamente nas ações governamentais.
- d) As medidas previstas na política abordam apenas a questão da propaganda de bebidas alcoólicas e associação álcool e trânsito.

Bibliografia

Brasil. A Prevenção do Uso de Drogas e a Terapia Comunitária. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

Brasil. Decreto nº 7.637, de 08 de dezembro de 2011.

Brasil. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010.

Brasil. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007.

Brasil. Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006.

Brasil. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002.

Brasil. Inovação e participação. Relatório de ações do governo na área da redução da demanda de drogas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

Brasil. Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012.

Brasil. Lei nº 11.754, de 23 de julho de 2008.

Brasil. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008.

Brasil. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.

Brasil. Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002.

Brasil. Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997.

Brasil. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976.

Brasil. Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

Brasil. Resolução nº 432, de 23 de janeiro de 2013.

Capítulo 7

A Política Nacional de Saúde Mental e a Organização da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde – SUS

TÓPICOS

- ✓ A construção da política de saúde mental no Brasil
 - ✓ Saúde mental e cidadania
- ✓ O SUS e a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS
 - ✓ Atividades
 - ✓ Bibliografia

A construção da política de saúde mental no Brasil

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde iniciada na década de oitenta, 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 no hospital psiquiátrico por um modelo de serviços não hospitalares com forte inserção territorial.

Ainda na década de oitenta experiências municipais iniciaram a desinstitucionalização de moradores de manicômios, criando serviços de atenção psicossocial para realizar a reinserção de usuários em seus territórios existenciais. Foram fechados hospitais psiquiátricos à medida que se expandiam serviços diversificados de cuidado tanto longitudinal quanto intensivo 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 sua sintomatologia. Isso implica organizar serviços abertos, com participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura, etc).

O desafio que se coloca é, ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade. Isso leva o desafio da saúde mental para além do Sistema Único de Saúde – SUS, pois para realizá-lo se faz necessário ampliar a discussão do redirecionamento da assistência ao portador de sofrimento ou transtornos mentais à diversos setores da sociedade, colocando em pauta as suas diversidades.

A aprovação de leis estaduais alinhadas a esses princípios ao longo da década de 90 reflete o progresso desse processo político de mobilização social não só no campo da saúde como também no conjunto da sociedade. Normativas federais passam a estimular e regular a nascente rede de serviços de base territorial.

Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei nº 10.216, 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 oitenta tornam-se uma política de Estado. Na década de 2000, com financiamento e regulação tripartite (União, Estados e Municípios), ampliam-se os serviços que viriam a constituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A partir do Decreto Presidencial nº 7.508 de 2011 a RAPS passa a integrar o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS.

Saúde mental e cidadania

A LEI FEDERAL Nº 10.216

A Lei Federal nº 10.216, de 6 de dezembro de 2001, garante os direitos das pessoas com transtorno mental, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. De forma geral, a Lei nº 10.216 assegura às pessoas que se beneficiam das ações e serviços do SUS o direito a um tratamento que respeite a sua cidadania e que por isso deve ser realizado de preferência em serviços comunitários, ou de base territorial, portanto, sem excluí-las do convívio na sociedade.

O texto da Lei destaca os seguintes direitos do usuário 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;
- 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.

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, TERRITÓRIO E REDE SOCIAIS

O conceito de território para a saúde é muito importante, pois não trata apenas de uma área geográfica. Um serviço de base territorial é 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, etc.), os lugares que frequenta (unidade de saúde, lojas, etc.), e, como consequência, onde circulam seus sentimentos, afetos e laços sociais.

Esses elementos que fazem parte da vida do usuário compõem o que chamamos de rede social. Dessa forma, entende-se que o cuidado à saúde das pessoas é muito mais potente nesse território, 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 as comunidades estejam melhor preparadas para incluir, sem estigmatizar, a diversidade que a loucura, assim como o uso de drogas, expressa.

DA COERÇÃO À COESÃO: DEPENDÊNCIA DE DROGAS E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

A evolução da ética no cuidado resultante da reforma psiquiátrica inclui o cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, e está alinhada ao consenso internacional sobre o tema. A UNODC (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime) 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, expressa na Lei nº 10.216 e nos princípios da RAPS, não deve ser vista como contraditória com o cuidado daqueles que fazem uso prejudicial da droga.

A RAPS inclui um dispositivo para internações breves motivadas por urgências médicas, os leitos especializados em Hospital Geral. A RAPS também oferece possibilidades de acolhimento imediato e breve (leitos em CAPS 24 horas) em situações de crise ou de grande vulnerabilidade.

Mas no médio e longo prazo é preciso considerar que os territórios existenciais e laços sociais das pessoas que fazem uso de drogas são mais diversos do que um retrato momentâneo do usuário pode fazer supor. Eles não estão apenas ligados ao universo da droga, e por isso não devem ser desconsiderados em seu cuidado. 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. E esse não pode ser um processo solitário, realizado em reclusão, ainda que algum tipo de proteção deva ser oferecida, como no caso dos serviços residenciais de caráter transitório da RAPS (ver abaixo). Ele deve ser um movimento assistido de reaproximação com os espaços de troca (trabalho, lazer, cultura, esporte, etc.) que podem criar sentido na vida de qualquer pessoa.

É isso que aumenta a sustentabilidade dos ganhos obtidos com o tratamento, saindo do ciclo de altos e baixos (abstinência na internação intercalada com uso descontrolado na alta) que tanto caracteriza o usuário de drogas. É razoável imaginar que esses movimentos de reinserção serão tão mais bem-sucedidos quanto mais livres e, por isso, diversos e autênticos os caminhos escolhidos.

É verdade que a associação do uso prejudicial e, sobretudo, precoce da droga a uma condição de miséria extrema pode exigir um trabalho de reinserção social mais abrangente, intensivo e prolongado. Esse trabalho não deixa de ser, no entanto, fundamentalmente realizado nos espaços sociais de troca e criação de laços, nos espaços de exercício da cidadania. Portanto, ele não pode ter 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 a miséria extrema e abandono familiar. Nesses casos, fica evidente que são a miséria e o abandono que precedem o uso da droga. Portanto, é 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 cuidado.

ASPECTOS LEGAIS DA INTERNAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

O artigo 4 da Lei nº 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 de substâncias. E 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 GM 2.391, 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 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 de pedir a suspensão da internação a qualquer momento.
- III. **internação compulsória:** aquela determinada pela Justiça.

De acordo com a Lei nº 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, ao invés de cumprirem pena, essas pessoas são submetidas a uma medida de segurança. A medida de segurança traduz-se em tratamento compulsório, que pode ou não incluir internação. A modalidade do tratamento compulsório deve partir de uma avaliação completa por profissionais de saúde mental e seguir as mesmas diretrizes expostas pela Lei nº 10.216.

O tema da internação motivada pelo uso da droga no Brasil adquiriu 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 supostamente garantir sua cidadania.



O recurso à internação, seja ela voluntária, involuntária ou 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 3.088, de 26 de dezembro de 2011**, veio regulamentar de forma detalhada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pelo Decreto Presidencial nº 7508/2011. Nela, estão descritos os principais serviços e ações que oferecem atenção psicossocial no país para todas as pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, incluindo aqueles decorrentes do uso prejudicial de drogas.

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. 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 na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades.

Para a organização dessa rede, a noção de território é especialmente orientadora. O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dá a vida comunitária.

Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa, assim, resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental.

Os componentes da RAPS no território são:

✓ Atenção Básica em Saúde



I. Estratégia Saúde da Família – ESF

O que é: a Estratégia Saúde da Família - ESF é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (AB), que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, na esfera individual e coletiva, que abrange a promoção e a proteção da saúde, além da prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, objetivando desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de saúde e autonomia das pessoas e os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Cada equipe da ESF atende populações de territórios definidos, com aproximadamente três a quatro mil pessoas, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. As equipes de Saúde da Família são compostas por um médico generalista, um enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

O que faz: considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. A Atenção Básica em Saúde constitui-se da grande base, ordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde, fazendo-se presente de forma bastante capilarizada em todo o território nacional. Ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, redução de danos e cuidado para pessoas com



necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas podem e devem ser realizadas nesses pontos de atenção, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

II. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF

O que é: os NASFs são equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (incluindo psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psiquiatras e outros), para atuarem em conjunto com as equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de SF nos quais o NASF está cadastrado. Ofertam apoio especializado a essas equipes (apoio matricial), que inclui a discussão de casos e o cuidado compartilhado dos pacientes, o que entre outras ações pode incluir o manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de álcool, crack e outras drogas.

O que faz: (a) atendimento compartilhado para uma intervenção interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos. Enfatiza estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, bem como atendimento conjunto (Visitas Domiciliares, Consultas Compartilhadas, atendimentos em Grupos, entre outros), criando espaços de reuniões, atendimento, apoio por telefone, e-mail, etc;

(b) no caso das ações de saúde mental, os profissionais dos NASFs podem potencializar as ações de saúde já desenvolvidas pela Atenção Básica, através do apoio especializado, favorecendo a inclusão dos usuários com problemas de saúde mental nessas práticas. Além disso, as equipes do NASF podem desenvolver, de forma conjunta com as equipes da AB, ações de saúde mental para a população, como grupos terapêuticos, intervenções



familiares, bem como o apoio e suporte nas proposições de projetos terapêuticos construídos junto aos adolescentes e sua família.

III. Equipe de Consultório na Rua

O que é: Equipes de Consultório na Rua são equipes multiprofissionais, que atuam frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua.

O que faz: ofertam ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, prestando atenção integral à saúde da população em situação de rua, trabalhando junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, com a estratégia de Redução de Danos; atuando de forma itinerante e *in loco*; unidades básicas, CAPS, serviços de urgência e emergência e outros pontos de atenção.

IV. Centro de Convivência e Cultura

O que é: local de convivência a toda a população, que atua na promoção da saúde e nos processos de reabilitação psicossocial, a partir do resgate e criação de espaços de convívio solidário, fomento à sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

O que faz: trabalha na lógica da inclusão social da população em geral, com especial atuação junto as pessoas com transtornos mentais que fazem, ou não, uso de álcool, crack e outras drogas, com vistas à sustentação das diferenças na comunidade. Desenvolve ações que extrapolam o campo da saúde e articulam intervenções culturais, com estímulo à realização de novas habilidades e ao convívio social, agregando as mais diferentes pessoas a partir de interesses comuns.



✓ Atenção Psicossocial Estratégica

V. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS



O que é: serviços especializados em saúde mental, constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente acompanhamento de pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, ou outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Atua de acordo com a lógica territorial, seja em situações de crise ou nos diversos momentos do processo de reabilitação psicossocial. Há diversas modalidades de CAPS: I, II, III, álcool e drogas (CAPS AD) e infantojuvenil (CAPSi). Os CAPS III e CAPS AD III funcionam 24 horas. Os CAPS são serviços estratégicos para agenciar e ampliar as ações de saúde mental, devendo se organizar tanto para ser porta aberta às demandas de saúde mental do território como também deve identificar populações específicas e mais vulneráveis que devem ser objeto de estratégias diferenciadas de cuidado.

O que faz: provê acompanhamento longitudinal de pessoas com problemas graves de saúde mental e suas famílias, prioritariamente a partir de espaços coletivos, dentro e fora do serviço, de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes, visando sempre à construção de novos lugares sociais e à garantia dos direitos. O cuidado é articulado através de Projetos Terapêuticos Singulares, envolvendo em sua construção usuários, famílias e seus contextos, requerendo constantes mediações dos profissionais em abordagens territoriais. Realiza apoio matricial a outros pontos de atenção, garantindo sustentação qualificada tanto nos acompanhamentos longitudinais quanto nas ações de urgência e emergência. Os CAPS AD III (24 horas) realizam acolhimento noturno de 8 a 12 usuários, que

podem permanecer por períodos de dias. Esse acolhimento está indicado em situações de crise, mas não nos casos de urgências que necessitem de cuidados médicos contínuos.

✓ Atenção Residencial de Caráter Transitório

VI. Unidades de Acolhimento

O que é: ambiente residencial que oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório, em período de até seis meses. É referenciado pelos CAPS, organizando-se a partir das modalidades: Adulto ou Infantojuvenil (entre doze e dezoito anos completos).

O que faz: atende em regime residencial pessoas que requeiram, temporariamente, de moradia. Articula junto aos demais serviços de atenção a operacionalização dos Projetos Terapêuticos Singulares, mediando os processos de Reabilitação Psicossocial, no que tange o apoio e a sustentação do tratamento nos CAPS e Unidade Básica de Saúde - UBS; a busca e sustentação de espaços de moradia, trabalho e geração de renda; o resgate e a reconstrução de vínculos comunitários e sociais.

VII. Serviços de Atenção em Regime Residencial (comunidades terapêuticas)

O que é: destinado a oferecer atenção e cuidados contínuos de saúde, em caráter residencial transitório, entre nove a doze meses – podendo variar para mais ou para menos –, para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Recebe demandas referenciadas pelos CAPS do território.

O que faz: provê cuidado residencial transitório a pessoas que requeiram, temporariamente, afastamento de seus

contextos. Atua de forma articulada junto aos demais serviços de atenção na operacionalização dos Projetos Terapêuticos Singulares construídos junto aos CAPS e UBS, favorecendo a construção de novas perspectivas para pessoas com problemas de uso e abuso de drogas e suas famílias.

✓ Atenção Hospitalar

VIII. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU



O que é: atendimento móvel de urgências e emergências nos territórios, incluindo as de saúde mental.

O que faz: a partir de acionamento telefônico (192) e regulação da demanda, atende e/ou agenda o atendimento mediato ou imediato, articulando e favorecendo o acesso a outros pontos de atenção que se façam necessários na atenção hospitalar ou de seguimento longitudinal, como os CAPS e/ou UBS.

IX. Unidade de Pronto Atendimento – UPA

O que é: destinado ao pronto atendimento das demandas de urgência e emergência em saúde, incluindo aquelas consideradas de saúde mental.

O que faz: acolhimento, classificação de risco e intervenção imediata nas situações e agravamentos que assim o requeiram, minimizando riscos e favorecendo seu manejo. Articula-se a outros pontos de atenção, garantindo a continuidade do cuidado, de acordo com a necessidade.



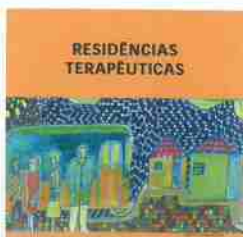
X. Serviço Hospitalar ou Enfermaria Especializada em Hospital Geral

O que é: são leitos habilitados para oferecer internação hospitalar de saúde mental em Hospital Geral. O acesso aos leitos nesses pontos de atenção deve ser regulado a partir de critérios clínicos, respeitados os arranjos locais de gestão: central regulatória ou por intermédio do CAPS de referência.

O que faz: atenção, em regime de internação, às pessoas cujo agravamento clínico requeira acesso à tecnologia hospitalar. Provê intervenções de curta ou curtíssima duração no restabelecimento de condições clínicas, ou na investigação de comorbidades. Articula-se de forma imediata a outros pontos de atenção, garantindo a preservação de vínculos e a continuidade do cuidado.

✓ Estratégia de Desinstitucionalização

XI. Serviço Residencial Terapêutico



O que é: são moradias inseridas na comunidade que visam garantir aos egressos de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social.

O que faz: acolhe, em ambiente residencial, um grupo de pessoas egressas de longas internações, favorecendo-lhes a retomada da gestão do cotidiano e de novos projetos de vida, a partir do apoio de profissionais e de outros pontos de atenção. O acesso a esse serviço é regulado e vinculado ao fechamento de leitos em instituições de caráter asilar. Os CAPS são referências desse serviço e, junto com as UBS, responsáveis pelo acompanhamento longitudinal das pessoas que nele habitem. Não há limitação do tempo de permanência nesses serviços.

XII. Programa De Volta Para a Casa



O que é: programa de inclusão social, instituído pela Lei nº 10.708/2003, que visa contribuir e fortalecer os processos de desinstitucionalização.

O que faz: provê mensalmente auxílio-reabilitação, de caráter indenizatório, para pessoas com transtorno mental egressas de internações de longa permanência (mais de 2 anos ininterruptos).

✓ Estratégia de Reabilitação Psicossocial

XIII. Estratégias de Reabilitação Psicossocial

O que é: são iniciativas que visam à geração de trabalho e renda, incluindo os empreendimentos solidários, cooperativas sociais e moradias solidárias. São ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso prejudicial de drogas.

O que faz: opera na criação de novas estratégias para as pessoas que, por contextos diversos, não acessam espaços formais de qualificação, trabalho e habitação. Possibilita a experiência de formas mais solidárias de inclusão a populações de extrema vulnerabilidade.

Com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial, como uma das redes prioritárias no reordenamento das ações e serviços do SUS, a partir de 2011, o Hospital Psiquiátrico deixou de ser considerado um ponto de atenção em saúde mental, sendo que as internações necessárias devem ocorrer em Hospitais Gerais. Esses serviços dispõem de recursos e de tecnologias de suporte adequado aos comprometimentos e/ou comorbidades clínicas, agravantes nos transtornos mentais.

Atividades

REFLEXÃO

De que forma está previsto o trabalho na Rede de Atenção Psicossocial – RAPS para os usuários de álcool e outras drogas?

TESTE SEU CONHECIMENTO

1. Marque abaixo a alternativa INCORRETA em relação aos direitos dos usuários do SUS de acordo com a Lei Federal nº 10.216/2001:

- a) Ter garantia de sigilo nas informações prestadas.
- b) Ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração.
- c) 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.
- d) Ser tratado, preferencialmente, em serviços hospitalares de saúde mental.

2. Assinale a alternativa CORRETA sobre os serviços de acordo com os componentes da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS:

- a) Os CAPS são ambulatorios especializados que articulam Projetos Terapêuticos Singulares, fazendo a transição dos hospitais psiquiátricos para o cuidado no território.
- b) Os CAPS atuam em territórios definidos, atendendo somente casos previamente encaminhados pela Atenção Básica.
- c) Os CAPS são responsáveis pelo acompanhamento dos portadores de transtornos mentais, incluindo aqueles relacionados ao uso de drogas, apenas quando controlado o período de crise ou surto.
- d) Os CAPS são serviços estratégicos para agenciar e ampliar as ações de saúde mental, devendo se organizar para ser porta aberta às demandas de saúde mental do território.

3. Marque a alternativa CORRETA sobre a construção da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas:

- a) A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica organizar serviços abertos, com participação ativa dos usuários e formando redes com outras políticas públicas.
- b) A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde, iniciada na década de 70, com o objetivo principal de melhorar a qualidade dos hospitais psiquiátricos e ampliar a rede de Ambulatórios de Psiquiatria no Brasil.
- c) A Lei nº 10.216/2001 afirma os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, com exceção dos transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas.
- d) Foram abertos novos hospitais psiquiátricos à medida que se expandiam serviços diversificados de cuidado tanto longitudinal quanto intensivo para os períodos de crise.

4. Assinale a alternativa CORRETA sobre internação involuntária:

- a) Aquela determinada pela Justiça, Assistência Social e Saúde.
- b) A família não tem direito de pedir a suspensão a qualquer momento.
- c) Acontece sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro após avaliação médica.
- d) O próprio usuário solicita ou consente e, da qual tem o direito de pedir a qualquer momento a suspensão.

Bibliografia

Brasil. Cartilha Crack, é possível vencer. Enfrentar o crack. Compromisso de todos. Brasília, 2013.

Brasil. Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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. Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Documento-base para gestores e trabalhadores do SUS. 4ª. Ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF, 2003.

Brasil. Lei nº 10.216, de 6 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.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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. Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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. Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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. Brasília, 2012.

Brasil. Portaria nº 2391/GM Em 26 de dezembro de 2002.

Cruz MS (org.). As redes comunitárias e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas: Módulo 6. 4ª ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009. (SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas).

Delgado, PGG. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. Arquivos Brasileiros de Psicologia (UFRJ. 2003), v. 63, 2011.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. From Coercion to Cohesion: treating drug dependence through healthcare not punishment. Discussion paper based on a scientific workshop. Viena, 2010.



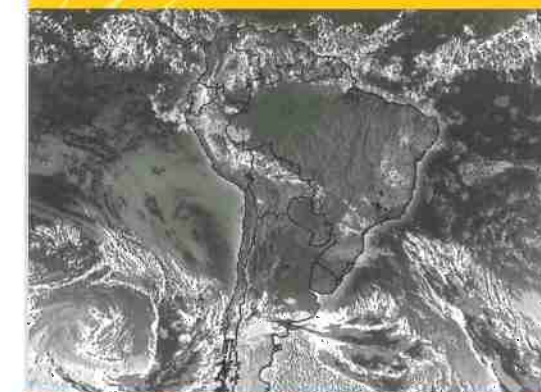
O QUE É O VIVAVOZ?

O VIVAVOZ é uma central telefônica de orientações e informações sobre a prevenção do uso indevido de drogas. O telefonema é gratuito e o atendimento é sigiloso. A pessoa não precisa se identificar.

É BOM FALAR COM QUEM ENTENDE

- ✓ O atendimento é realizado por consultores capacitados e supervisionado por profissionais, mestres e doutores, da área da saúde;
- ✓ Os profissionais indicam locais para tratamento;
- ✓ Os profissionais oferecem aconselhamento por meio de Intervenção Breve para pessoas que usam drogas e seus familiares;
- ✓ Os profissionais prestam informações científicas sobre drogas.

O VIVAVOZ é resultado de uma parceria entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e o Programa Crack, é Possível Vencer, do Governo Federal.



MÓDULO 1

O uso de substâncias psicoativas no Brasil

MÓDULO 2

Efeitos de substâncias psicoativas

MÓDULO 3

Deteção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas

MÓDULO 4

Intervenção Breve

MÓDULO 5

Atenção Integral na rede de Saúde

MÓDULO 6

Modalidades de tratamento e encaminhamento

MÓDULO 7

O Sistema Único de Assistência Social e as Redes Comunitárias

GUIA DO ESTUDANTE

VÍDEOS

7 MÓDULOS E GUIA DO ESTUDANTE EM CD