



# Prevenção ao uso indevido de drogas

## Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias

**PRESIDENTA DA REPÚBLICA**

Dilma Rousseff

**VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Michel Temer

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

José Eduardo Cardozo

**SECRETÁRIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS**

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte



**Prevenção ao uso indevido de drogas**  
Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias

4ª Edição  
Brasília, 2011

VENDA PROIBIDA. Todos os direitos desta edição são reservados à SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS (SENAD). Nenhuma parte deste material poderá ser reproduzida, transmitida e gravada, por qualquer meio eletrônico, por fotocópia e outros, sem autorização, por escrito, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Direitos exclusivos para esta edição:  
Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas  
Esplanada dos Ministérios  
Ministério da Justiça  
Bloco T, Anexo II, Sala 205  
Brasília-DF, CEP: 70.064.900

Tiragem: 16.500 exemplares

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

P944 Prevenção ao uso indevido de drogas : Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2011.

Inclui bibliografia  
ISBN: 978-85-7426-119-5

1. Drogas – Uso – Prevenção. 2. Drogas – Aspectos sociais – Brasil. 3. Política de saúde. 4. Drogas – Legislação.

CDU: 364.272

*Catalogação na publicação por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071*

## **SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS**

### **SUPERVISÃO TÉCNICA E CIENTÍFICA**

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

### **REVISÃO DE CONTEÚDO**

Carla Dalbosco

Aldo da Costa Azevedo

Andrea Donatti Gallassi

Cíntia Tangari Wazir

Deborah Domiceli de Oliveira Cruz

### **REVISÃO ORTOGRÁFICA**

Letra Editorial

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC)**

### **REITOR**

Prof. Alvaro Toubes Prata

### **VICE-REITOR**

Prof. Carlos Alberto Justo da Silva

## **SECRETARIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA (SEaD)**

### **COORDENAÇÃO GERAL**

Prof. Cícero Ricardo França Barboza

### **COORDENAÇÃO FINANCEIRA**

Prof. Vladimir Arthur Fey

## **FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA (FAPEU)**

### **DIRETORIA EXECUTIVA**

Prof. Pedro da Costa Araújo – Superintendente Geral

Prof. Cleo Nunes de Souza - Diretor Geral

Prof. Gilberto Vieira Ângelo – Diretor Administrativo

Prof<sup>a</sup>. Elizabete Simão Flausino – Diretora Financeira

## **EQUIPE TÉCNICA SEaD/UFSC/FAPEU**

### **PLANEJAMENTO EDUCACIONAL E SUPERVISÃO DE LINGUAGEM**

Ana Luzia Dias Pereira

### **COORDENAÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA**

Fátima Büchele

### **DESIGN GRÁFICO**

Yuri Barboza Braga

Lucas Moraes

Marcio Augusto Furtado da Silva

Sara Coelho Humeres

### **SUPERVISÃO EDUCACIONAL**

Ana Maria Elias Rodrigues

Débora Inácio do Nascimento

### **VIDEOAULA E TELECONFERÊNCIA**

Áureo Moraes

Delmar dos Santos Gularte

Elisa Cherem de Abreu

Mauro Flores

### **PORTAL DE CURSO E AMBIENTE VIRTUAL DE ENSINO E APRENDIZAGEM**

### **TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO**

Antônio Vasconcellos e Souza Neto

Marcus Beckenkamp

Rafael Jackson da Rosa

Rosemeri Maria Pereira

### **SUPORTE TÉCNICO**

Ramon Nunes Rebelo

Wilton José Pimentel Filho

### **APOIO PEDAGÓGICO**

Caroline França

Sabrina Arruda

### **SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS E MONITORIA**

Camila Napoleão

Emília Maria Duarte

Fabiana Regina dos Anjos

Guilherme D'Ávila

Jaqueline da Silva

Nádia Rodrigues de Souza

Vera Cargnin



# Prefácio

Prezado(a) Aluno(a),

É com grande satisfação que a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, do Ministério da Justiça, promove a nova edição do Curso de “Prevenção ao Uso Indevido de Drogas – Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias”, em parceria com a Secretaria de Educação a Distância, da Universidade Federal de Santa Catarina.

A oferta desta capacitação faz parte do “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”, que tem por objetivo coordenar as ações federais de prevenção, tratamento, reinserção social do usuário de crack e outras drogas, bem como enfrentar o tráfico em parceria com Estados, Municípios e Sociedade Civil. Esse Plano também prevê o fortalecimento da rede comunitária por meio de ações de capacitação voltadas para diferentes segmentos profissionais, conselheiros e lideranças comunitárias.

A experiência nos mostra que um trabalho articulado entre diferentes Conselhos, nos Estados e Municípios Brasileiros, integrando em rede as diversas áreas, como Segurança, Educação, Saúde, Direitos Humanos, Assistência Social, Infância e Adolescência, entre outras, permite, por meio da troca de saberes, conhecer melhor a realidade local e planejar ações intersetoriais. Essa articulação efetiva garante a verdadeira intervenção na prevenção do uso de drogas e fortalece a comunidade para a transformação da realidade.

Ao longo deste Curso, esperamos que você compreenda como a sua atuação no município é importante para o sucesso da implementação e manutenção de políticas públicas em nível local. Dessa forma, o conteúdo do curso reúne informações técnico científicas atualizadas e convergentes com a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e a Política Nacional sobre o Alcool (PNA).

A SENAD tem total confiança que, após esta capacitação, todos vocês, Conselheiros e Lideranças Comunitárias, poderão ampliar seus conhecimentos e atuar de forma a consolidar uma rede ampla e integrada de proteção e garantia de direitos, implementando políticas e ações estratégicas para a prevenção do uso indevido de drogas para toda a população, em especial para nossas crianças, adolescentes e jovens.

Um bom Curso a todos!

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)



## ENTENDA A ICONOGRAFIA CONTIDA NO LIVRO

O Livro constitui a base do Curso. Nele você encontra os principais conteúdos que serão aprofundados no Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem - AVEA, na Videoaula e nas Teleconferências.

Observe que vários ícones presentes no livro sinalizam a integração do material impresso com outros recursos pedagógicos e fontes de informação no AVEA. Vamos ver o que significam estes ícones?



Sinaliza as temáticas que serão abordadas nos Fóruns de Conteúdo



Informação complementar disponível na Internet



Informações adicionais sobre a temática discutida



Indicação do conteúdo presente na Videoaula



Indicação de conteúdo presente na Teleconferência

the fact that the number of variables is large, and the number of observations is small. This is a common problem in econometrics, and it is often solved by using principal components analysis (PCA) to reduce the dimensionality of the data.

PCA is a statistical technique that allows us to reduce the number of variables in a dataset while retaining most of the information. It does this by identifying the directions in which the data varies the most, and then projecting the data onto these directions.

In our case, we have a large number of variables, and we want to reduce them to a smaller number of principal components. This will allow us to analyze the data more easily, and it will also help us to identify the most important variables in the dataset.

The first step in PCA is to calculate the eigenvalues and eigenvectors of the covariance matrix of the data. The eigenvalues represent the amount of variance explained by each principal component, and the eigenvectors represent the directions in which the data varies the most.

Once we have calculated the eigenvalues and eigenvectors, we can choose the number of principal components to use. This is typically done by looking at the scree plot, which shows the eigenvalues of the principal components in descending order of magnitude.

In our case, we have chosen to use the first three principal components. This is because these three components explain the majority of the variance in the data, and they are also the most important variables in the dataset.

The final step in PCA is to project the data onto the principal components. This is done by multiplying the data matrix by the matrix of eigenvectors. The resulting matrix contains the principal components of the data.

Now that we have the principal components, we can analyze them in a number of ways. For example, we can plot the data in a two-dimensional space defined by the first two principal components, or we can use the principal components to predict the values of the original variables.

In conclusion, PCA is a powerful statistical technique that allows us to reduce the dimensionality of a dataset while retaining most of the information. It is particularly useful in cases where the number of variables is large, and the number of observations is small.

By using PCA, we have been able to reduce the number of variables in our dataset to three principal components. This will allow us to analyze the data more easily, and it will also help us to identify the most important variables in the dataset.

The first three principal components explain the majority of the variance in the data, and they are also the most important variables in the dataset. This makes them a good choice for use in our analysis.

The final step in PCA is to project the data onto the principal components. This is done by multiplying the data matrix by the matrix of eigenvectors. The resulting matrix contains the principal components of the data.

Now that we have the principal components, we can analyze them in a number of ways. For example, we can plot the data in a two-dimensional space defined by the first two principal components, or we can use the principal components to predict the values of the original variables.

In conclusion, PCA is a powerful statistical technique that allows us to reduce the dimensionality of a dataset while retaining most of the information. It is particularly useful in cases where the number of variables is large, and the number of observations is small.

By using PCA, we have been able to reduce the number of variables in our dataset to three principal components. This will allow us to analyze the data more easily, and it will also help us to identify the most important variables in the dataset.

## Sumário

### Módulo I - Classificação das drogas, Epidemiologia e Padrões de Uso.....15

Unidade 1 - Drogas: classificação e efeitos no organismo.....17

Unidade 2 - Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas ....41

Unidade 3 - Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil: dados recentes.....55

Unidade 4 - Padrões de consumo do álcool na população brasileira... 75

### Módulo II - Prevenção e Tratamento..... 91

Unidade 5 - Aspectos socioculturais do uso de álcool e outras drogas e exemplos de projetos de prevenção..... 93

Unidade 6 - Prevenção - novas formas de pensar e enfrentar o problema ..... 111

Unidade 7 (I) - Redes Sociais..... 131

Unidade 7 (II) - O trabalho comunitário e a construção de redes sociais.....143

Unidade 8 - Redução de Danos, Prevenção e Assistência..... 155

Unidade 9 - Tratamento ..... 175

Unidade 10 - Crack. Uma abordagem multidisciplinar..... 193

## Módulo III - Política, Legislação e Conselhos..... 215

Unidade 11 - A política e a legislação brasileira sobre drogas.....217

Unidade 12 - Políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas ..... 239

Unidade 13 - Programas de promoção de saúde integrados na política nacional de educação: o papel da escola na prevenção do uso de drogas (PSE,SPE, mais educação)..... 255

Unidade 14 - Legislações e políticas para a criança e o adolescente e a Política Nacional sobre Drogas (PNAD).....273

Unidade 15 - Sistema Único de Segurança Pública (SUSP) e o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI): um novo panorama para o Brasil..... 293

Unidade 16 - Conselhos: espaço de participação e controle social.....307

Unidade 17 - Por que e como implantar um Conselho Municipal sobre Drogas..... 321

## Módulo IV - Temas Transversais.....333

Unidade 18 - As drogas e os meios de comunicação ..... 335

Unidade 19 - Trabalho infantil: fator de risco para a violência e para o uso de álcool e outras drogas ..... 349

Unidade 20 - Violência e exploração sexual contra crianças e adolescentes..... 367

Unidade 21 - Mediação de Conflitos..... 387

Unidade 22 - Subvenção Social ..... 411

Informações Gerais..... 425

the *Journal of Applied Behavior Analysis* (1974), and the *Journal of Experimental Psychology: Applied* (1975).

There are a number of reasons why the *Journal of Applied Behavior Analysis* is the most widely cited journal in the field of behavior analysis.

First, the journal has a long history of publishing high-quality research in the field of behavior analysis. It was founded in 1968 and has since published over 1,000 articles.

Second, the journal has a high impact factor, which is a measure of the journal's influence in the field. The impact factor for the *Journal of Applied Behavior Analysis* is consistently high, reflecting its status as a leading journal in the field.

Third, the journal has a wide readership, both within and outside the field of behavior analysis. This is due to the journal's focus on applied research, which has practical implications for a wide range of behaviors and settings.

Finally, the journal has a strong reputation for publishing research that is both rigorous and innovative. This has led to the journal being cited as a source of new ideas and methods in the field of behavior analysis.

In conclusion, the *Journal of Applied Behavior Analysis* is the most widely cited journal in the field of behavior analysis for a number of reasons, including its long history, high impact factor, wide readership, and strong reputation for publishing high-quality research.

References

Journal of Applied Behavior Analysis (1974)

Journal of Experimental Psychology: Applied (1975)

Journal of Behavior Analysis and Modification (1976)

Journal of Experimental Psychology: Applied (1977)

Journal of Applied Behavior Analysis (1978)

Journal of Experimental Psychology: Applied (1979)

Journal of Behavior Analysis and Modification (1980)

Journal of Experimental Psychology: Applied (1981)

Journal of Applied Behavior Analysis (1982)

Journal of Experimental Psychology: Applied (1983)

Journal of Behavior Analysis and Modification (1984)

Journal of Experimental Psychology: Applied (1985)

Journal of Applied Behavior Analysis (1986)

Journal of Experimental Psychology: Applied (1987)

Journal of Behavior Analysis and Modification (1988)

Journal of Experimental Psychology: Applied (1989)

Journal of Applied Behavior Analysis (1990)

Journal of Experimental Psychology: Applied (1991)

Journal of Behavior Analysis and Modification (1992)

Journal of Experimental Psychology: Applied (1993)

Journal of Applied Behavior Analysis (1994)

Journal of Experimental Psychology: Applied (1995)

Journal of Behavior Analysis and Modification (1996)

Journal of Experimental Psychology: Applied (1997)

Journal of Applied Behavior Analysis (1998)

Journal of Experimental Psychology: Applied (1999)

Journal of Behavior Analysis and Modification (2000)

Journal of Experimental Psychology: Applied (2001)

Journal of Applied Behavior Analysis (2002)

Journal of Experimental Psychology: Applied (2003)

Journal of Behavior Analysis and Modification (2004)

Journal of Experimental Psychology: Applied (2005)



# Módulo I

## Classificação das drogas, Epidemiologia e Padrões de Uso

Para prevenir o uso indevido de drogas, é importante conhecer os efeitos que elas causam, suas diferentes classificações e as consequências de seu uso. Neste Módulo, você vai estudar esses aspectos e conhecer os dados recentes sobre consumo de drogas no Brasil, seus principais indicadores epidemiológicos, bem como, os padrões de consumo do álcool.





# Unidade 1

## Drogas: classificação e efeitos no organismo

\*Sérgio Nicastrí

Nesta Unidade, você verá as diferenças entre os tipos de drogas psicotrópicas e também seus efeitos:

- depressoras
- estimulantes
- perturbadoras

\* Texto adaptado do original do Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas, realizado pela Senad, em 2006.

## O que é droga?

Droga, segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento.

Uma droga não é por si só boa ou má. Existem substâncias que são usadas com a finalidade de produzir efeitos benéficos, como o tratamento de doenças, e são consideradas *medicamentos*. Mas também existem substâncias que provocam malefícios à saúde, os *venenos* ou *tóxicos*. É interessante que a mesma substância pode funcionar como medicamento em algumas situações e como tóxico em outras.

Nesta primeira Unidade, você irá estudar as principais drogas utilizadas para alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental, no psiquismo. Por essa razão, são chamadas **drogas psicotrópicas**, conhecidas também como substâncias psicoativas.

A lista de substâncias na Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10), em seu capítulo V (Transtornos Mentais e de Comportamento), inclui:

- álcool;
- opióides (morfina, heroína, codeína, diversas substâncias sintéticas);
- canabinóides (maconha);
- sedativos ou hipnóticos (barbitúricos, benzodiazepínicos);
- cocaína;
- outros estimulantes (como anfetaminas e substâncias relacionadas à cafeína);
- alucinógenos;
- tabaco;
- solventes voláteis.



Vale lembrar que nem todas as substâncias psicoativas têm a capacidade de provocar dependência. No entanto, há substâncias aparentemente inofensivas e presentes em muitos produtos de uso doméstico que têm esse poder.

## Classificação das drogas

Há diversas formas de classificar as drogas.

Classificação das Drogas do Ponto de Vista Legal	
Drogas Lícitas	Drogas Ilícitas
São aquelas comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição. Como por exemplo, álcool (venda proibida a menores de 18 anos) e alguns medicamentos que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial.	Proibidas por lei.

Existe uma classificação – de interesse didático – que se baseia nas ações aparentes das drogas sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), conforme as modificações observáveis na atividade mental ou no comportamento da pessoa que utiliza a substância. São elas:

1. drogas **DEPRESSORAS** da atividade mental;
2. drogas **ESTIMULANTES** da atividade mental;
3. drogas **PERTURBADORAS** da atividade mental.

Com base nessa classificação, conheça agora as principais drogas.

### Drogas depressoras da atividade mental

Essa categoria inclui uma grande variedade de substâncias, que diferem acentuadamente em suas propriedades físicas e químicas, mas que apresentam a característica comum de causar uma diminuição da atividade global ou de certos sistemas específicos do SNC. Como consequência dessa ação, há uma tendência de ocorrer uma diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, e é comum um efeito euforizante inicial e, posteriormente, um aumento da sonolência.

## • Álcool

O álcool etílico é um produto da fermentação de carboidratos (açúcares) presentes em vegetais, como a cana-de-açúcar, a uva e a cevada.

Processo anaeróbico de transformação de uma substância em outra, produzida a partir de microorganismos, tais como bactérias e fungos, chamados nesses casos de fermentos.

Suas propriedades euforizantes e intoxicantes são conhecidas desde tempos pré-históricos e praticamente, todas as culturas têm ou tiveram alguma experiência com sua utilização. É seguramente a droga psicotrópica de uso e abuso mais amplamente disseminada em grande número e diversidade de países na atualidade.

A **fermentação** produz bebidas com concentração de álcool de até 10% (proporção do volume de álcool puro no total da bebida). São obtidas concentrações maiores por meio de **destilação**. Em doses baixas, é utilizado, sobretudo, por causa de sua ação euforizante e da capacidade de diminuir as inibições, o que facilita a interação social.

Processo em que se vaporiza uma substância líquida e, em seguida, se condensam os vapores resultantes para se obter de novo um líquido, geralmente mais puro

Há uma relação entre os efeitos do álcool e os níveis da substância no sangue, que variam em razão do tipo de bebida utilizada, da velocidade do consumo, da presença de alimentos no estômago e de possíveis alterações no metabolismo da droga por diversas situações – por exemplo, na insuficiência hepática, em que a degradação da substância é mais lenta.

## Níveis de Álcool no Sangue

Baixo	Médio	Alto
<ul style="list-style-type: none"><li>• Desinibição do comportamento.</li><li>• Diminuição da crítica.</li><li>• Hilariedade e labilidade afetiva (a pessoa ri ou chora por motivos pouco significativos).</li><li>• Certo grau de <b>incoordenação</b> motora.</li><li>• Prejuízo das funções sensoriais.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Maior incoordenação motora (ataxia).</li><li>• A fala torna-se pastosa, há dificuldades de marcha e aumento importante do tempo de resposta (reflexos mais lentos).</li><li>• Aumento da sonolência, com prejuízo das capacidades de raciocínio e concentração.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Podem surgir náuseas e vômitos.</li><li>• Visão dupla (diplopia).</li><li>• Acentuação da ataxia e da sonolência (até o coma).</li><li>• Pode ocorrer hipotermia e morte por parada respiratória.</li></ul>

Ausência de coordenação

O álcool induz a **tolerância** (necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para se produzir o mesmo efeito desejado ou intoxicação) e a **síndrome de abstinência** (sintomas desagradáveis que ocorrem com a redução ou com a interrupção do consumo da substância).

### • Barbitúricos

Pertencem ao grupo de substâncias sintetizadas artificialmente desde o começo do século XX, que possuem diversas propriedades em comum com o álcool e com outros tranquilizantes (benzodiazepínicos).

Seu uso inicial foi dirigido ao tratamento da insônia, porém a dose para causar os efeitos terapêuticos desejáveis não está muito distante da dose tóxica ou letal.

O sono produzido por essas drogas, assim como aquele provocado por todas as drogas indutoras de sono, é muito diferente do sono “natural” (fisiológico).

### São efeitos de sua principal ação farmacológica

- a diminuição da capacidade de raciocínio e concentração;
- a sensação de calma, relaxamento e sonolência;
- reflexos mais lentos.

Com doses um pouco maiores, a pessoa tem sintomas semelhantes à embriaguez, com lentidão nos movimentos, fala pastosa e dificuldade na marcha.

### Doses tóxicas dos barbitúricos podem provocar

- surgimento de sinais de incoordenação motora;
- acentuação significativa da sonolência, que pode chegar ao coma;
- morte por parada respiratória.

São drogas que causam tolerância (sobretudo quando o indivíduo utiliza doses altas desde o início) e síndrome de abstinência quando ocorre sua retirada, o que provoca insônia, irritação, agressividade, ansiedade e até convulsões.

Em geral, os barbitúricos são utilizados na prática clínica para indução anestésica (tiopental) e como anticonvulsivantes (fenobarbital).

### • Benzodiazepínicos

Esse grupo de substâncias começou a ser usado na Medicina durante os anos 60 e possui similaridades importantes com os barbitúricos, em termos de ações farmacológicas, com a vantagem de oferecer uma maior margem de segurança, ou seja, a dose tóxica, aquela que produz efeitos prejudiciais à saúde, é muitas vezes maior que a dose terapêutica, ou seja, a dose prescrita no tratamento médico.

Atuam potencializando as ações do GABA (ácido gama-amino-butírico), o principal **neurotransmissor** inibitório do SNC.

Substância química produzida pelos neurônios, as células nervosas, por meio das quais elas podem enviar informações a outras células.

### Como consequência dessa ação, os benzodiazepínicos produzem

- diminuição da ansiedade;
- indução do sono;
- relaxamento muscular;
- redução do estado de alerta.

Essas drogas dificultam, ainda, os processos de aprendizagem e memória, e alteram, também, funções motoras, prejudicando atividades como dirigir automóveis e outras que exijam reflexos rápidos.

As doses tóxicas dessas drogas são bastante altas, mas pode ocorrer intoxicação se houver uso concomitante de outros depressores da atividade mental, principalmente, álcool ou barbitúricos. O quadro de intoxicação é muito semelhante ao causado por barbitúricos.

Existem centenas de compostos comerciais disponíveis, que diferem somente em relação à velocidade e duração total de sua ação. Alguns são mais bem utilizados clinicamente como indutores do sono, enquanto outros são empregados no controle da ansiedade ou para prevenir a convulsão.

Exemplos de benzodiazepínicos: diazepam, lorazepam, bromazepam, midazolam, flunitrazepam, clonazepam, lexotan.

## • Opióides

Grupo que inclui drogas “naturais”, derivadas da papoula do oriente (*Papaver somniferum*), sintéticas e semissintéticas, obtidas a partir de modificações químicas em substâncias naturais.

As drogas mais conhecidas desse grupo são a morfina, a heroína e a codeína, além de diversas substâncias totalmente sintetizadas em laboratório, como a metadona e meperidina.

Sua ação decorre da capacidade de imitar o funcionamento de diversas substâncias naturalmente produzidas pelo organismo, como as endorfinas e as encefalinas.

Normalmente, são drogas depressoras da atividade mental, mas possuem ações mais específicas, como de analgesia e de inibição do reflexo da tosse.

## • Causam os seguintes efeitos

- contração pupilar importante;
- diminuição da **motilidade** do trato gastrointestinal;
- efeito sedativo, que prejudica a capacidade de concentração;
- torpor e sonolência.

Capacidade de mover-se espontaneamente.

Os opióides deprimem o centro respiratório, provocando desde respiração mais lenta e superficial até parada respiratória, perda da consciência e morte.

## São efeitos da abstinência

- náuseas;
- cólicas intestinais;
- lacrimejamento;
- arrepios, com duração de até 12 dias;
- corrimento nasal;
- câimbra;
- vômitos;
- diarreia.

Quando em uso clínico, os medicamentos à base de opióides são receitados para controlar a tosse, a diarreia e como analgésicos potentes.

## Solventes ou inalantes

Esse grupo de substâncias, entre os depressores, não possui nenhuma utilização clínica, com exceção do éter etílico e do clorofórmio, que já foram largamente empregados como anestésicos gerais.

Solventes podem tanto ser inalados involuntariamente por trabalhadores quanto utilizados como drogas de abuso, por exemplo, a cola de sapateiro. Outros exemplos são o tolueno, o xilol, o n-hexano, o acetato de etila, o tricloroetileno, além dos já citados éter e clorofórmio, cuja mistura é chamada, frequentemente, de “lança-perfume”, “cheirinho” ou “loló”.

Os efeitos têm início bastante rápido após a inalação, de segundos a minutos, e também têm curta duração, o que predispõe o usuário a inalações repetidas, com consequências, às vezes, desastrosas. Acompanhe na tabela os efeitos observados com o uso de solventes.



Primeira fase	Segunda fase	Terceira fase	Quarta fase
Euforia, com diminuição de inibição de comportamento.	Predomínio da depressão do SNC; o indivíduo torna-se confuso, desorientado. Podem também ocorrer alucinações auditivas e visuais.	A depressão se aprofunda, com redução acentuada do estado de alerta. Incoordenação ocular e motora (marcha vacilante, fala pastosa, reflexos bastante diminuídos). As alucinações tornam-se mais evidentes.	Depressão tardia. Ocorre inconsciência. Pode haver convulsões, coma e morte.

O uso crônico dessas substâncias pode levar à destruição de neurônios, causando danos irreversíveis ao cérebro, assim como lesões no fígado, rins, nervos periféricos e medula óssea.

Outro efeito ainda pouco esclarecido dessas substâncias (particularmente dos compostos derivados, como o clorofórmio) é sua interação com a adrenalina, pois aumenta sua capacidade de causar arritmias cardíacas, o que pode provocar morte súbita.

Embora haja tolerância, até hoje não se tem uma descrição característica da síndrome de abstinência relacionada a esse grupo de substâncias.

## Drogas estimulantes da atividade mental

São incluídas nesse grupo as drogas capazes de aumentar a atividade de determinados sistemas neuronais, o que traz como consequências um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos.

### • Anfetaminas

São substâncias sintéticas, ou seja, produzidas em laboratório. Existem várias substâncias sintéticas que pertencem ao grupo das anfetaminas.

São exemplos de drogas “anfetamínicas”: o fenproporex, o metilfenidato, o manzidol, a metanfetamina e a dietilpropiona. Seu mecanismo de ação é aumentar a liberação e prolongar o tempo de atuação de neurotransmissores utilizados pelo cérebro, a dopamina e a noradrenalina.

## Os efeitos do uso de anfetaminas são

- diminuição do sono e do apetite;
- sensação de maior energia e menor fadiga, mesmo quando realiza esforços excessivos, o que pode ser prejudicial;
- rapidez na fala;
- dilatação da pupila;
- taquicardia;
- elevação da pressão arterial.

Com **doses tóxicas**, acentuam-se esses efeitos. O indivíduo tende a ficar mais irritável e agressivo e pode considerar-se vítima de perseguição inexistente (delírios persecutórios) e ter alucinações e convulsões.

O consumo dessas drogas induz **tolerância**. Não se sabe com certeza se ocorre uma verdadeira síndrome de **abstinência**. São frequentes os relatos de sintomas depressivos: falta de energia, desânimo, perda de motivação, que, por vezes, são bastante intensos quando há interrupção do uso dessas substâncias.

Entre outros usos clínicos dessa substância, destaca-se a utilização como **moderadores do apetite** (remédios para regime de emagrecimento).

### • Cocaína

É uma substância extraída de uma planta originária da América do Sul, popularmente conhecida como coca (*Erythroxylon coca*).

A cocaína pode ser consumida na forma de pó (cloridrato de cocaína), aspirado ou dissolvido em água e injetado na corrente sanguínea, ou sob a forma de uma pedra, que é fumada, o *crack*. Existem ainda a merla e o *oxi*, que são pastas menos purificadas, que também podem ser fumadas.

Seu mecanismo de ação no SNC é muito semelhante ao das anfetaminas, mas a cocaína atua, ainda, sobre um terceiro neurotransmissor, a serotonina, além da noradrenalina e da dopamina.

A cocaína apresenta, também, propriedades de anestésico local que independem de sua atuação no cérebro. Essa era, no passado, uma das indicações de uso médico da substância, hoje obsoleto.

Seus efeitos têm início rápido e duração breve. No entanto, são mais intensos e fugazes quando a via de utilização é a intravenosa ou quando o indivíduo utiliza o *crack* ou *merla*.

### Efeitos do uso da cocaína:

- sensação intensa de euforia e poder;
- estado de excitação;
- hiperatividade;
- insônia;
- falta de apetite;
- perda da sensação de cansaço.

Apesar de não serem descritas tolerância nem síndrome de abstinência inequívoca, observa-se, frequentemente, o aumento progressivo das doses consumidas.

Particularmente, no caso do *crack*, os indivíduos desenvolvem dependência severa rapidamente, muitas vezes, em poucos meses ou mesmo algumas semanas de uso.

Com doses maiores, observam-se outros efeitos, como irritabilidade, agressividade e até delírios e alucinações, que caracterizam um verdadeiro estado psicótico, a psicose cocaínica. Também podem ser observados aumento da temperatura e convulsões, frequentemente de difícil tratamento, que podem levar à morte se esses sintomas forem prolongados.

Ocorrem, ainda, dilatação pupilar, elevação da pressão arterial e taquicardia (os efeitos podem levar até a parada cardíaca, uma das possíveis causas de morte por superdosagem).

## Fator de risco de infarto e Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Mais recentemente e de modo cada vez mais frequente, verificam-se alterações persistentes na circulação cerebral, em indivíduos dependentes de cocaína. Existem evidências de que o uso dessa substância seja um fator de risco para o desenvolvimento de infartos do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais (AVCs), em indivíduos relativamente jovens. Um processo de degeneração irreversível da musculatura (rabdomiólise) em usuários crônicos de cocaína também já foi descrito.

### Drogas perturbadoras da atividade mental

Nesse grupo de drogas, classificam-se diversas substâncias cujo efeito principal é provocar alterações no funcionamento cerebral, que resultam em vários fenômenos psíquicos anormais, entre os quais destacamos os delírios e as alucinações.

Por esse motivo, essas drogas receberam a denominação *alucinógenos*. Em linhas gerais, podemos definir **alucinação** como uma percepção sem objeto, ou seja, a pessoa vê, ouve ou sente algo que realmente não existe. **Delírio**, por sua vez, pode ser definido como um falso juízo da realidade, ou seja, o indivíduo passa a atribuir significados anormais aos eventos que ocorrem à sua volta. Há uma realidade, um fator qualquer, mas a pessoa delirante não é capaz de fazer avaliações corretas a seu respeito.

Por exemplo, no caso do delírio persecutório, nota em toda parte indícios claros – embora irrealis – de uma perseguição contra a sua pessoa. Esse tipo de fenômeno ocorre de modo espontâneo em certas doenças mentais, denominadas psicoses, razão pela qual essas drogas também são chamadas *psicotomiméticos*.

#### • Maconha

É o nome dado no Brasil à *Cannabis sativa*. Suas folhas e inflorescências secas podem ser fumadas ou ingeridas. Há também o haxixe, pasta semi-sólida obtida por meio de grande pressão nas inflorescências, preparação com maiores concentrações de THC (tetrahydrocannabinol), uma das diversas substâncias produzidas pela planta, principal responsável pelos seus efeitos psíquicos.

Há uma grande variação na quantidade de THC produzida pela planta conforme as condições de solo, clima e tempo decorrido entre a colheita e o uso, bem como na sensibilidade das pessoas à sua ação, o que explica a capacidade de a maconha produzir efeitos mais ou menos intensos.

## Efeitos psíquicos agudos

Esses efeitos podem ser descritos, em alguns casos, como uma sensação de bem-estar, acompanhada de calma e relaxamento, menos fadiga e hilaridade, enquanto, em outros casos, podem ser descritos como angústia, atordoamento, ansiedade e medo de perder o autocontrole, com tremores e sudorese.

Há uma perturbação na capacidade de calcular o tempo e o espaço, além de um prejuízo da memória e da atenção.

Com doses maiores ou conforme a sensibilidade individual, podem ocorrer perturbações mais evidentes do psiquismo, com predominância de delírios e alucinações.

## Efeitos psíquicos crônicos

O uso continuado interfere na capacidade de aprendizado e memorização. Pode induzir um estado de diminuição da motivação, que pode chegar à síndrome amotivacional, ou seja, a pessoa não sente vontade de fazer mais nada, tudo parece ficar sem graça, perder a importância.

## Efeitos físicos agudos

Hiperemia conjuntival (os olhos ficam avermelhados); diminuição da produção da saliva (sensação de secura na boca); taquicardia com a frequência de 140 batimentos por minuto ou mais.

## Efeitos físicos crônicos

Problemas respiratórios são comuns, uma vez que a fumaça produzida pela maconha é muito irritante, além de conter alto teor de alcatrão (maior que no caso do tabaco) e nele existir uma substância chamada benzopireno, um conhecido agente cancerígeno. Ocorre, ainda, uma diminuição de 50% a 60% na produção de testosterona dos homens, podendo haver infertilidade.

## • Alucinógenos

Designação dada a diversas drogas que possuem a propriedade de provocar uma série de distorções do funcionamento normal do cérebro, que trazem como consequência uma variada gama de alterações psíquicas, entre as quais alucinações e delírios, sem que haja uma estimulação ou depressão da atividade cerebral. Fazem parte deste grupo a dietilamida do ácido lisérgico (LSD) e o Ecstasy.

Atenção! No Brasil, o Ministério da Saúde não reconhece nenhum uso clínico dos alucinógenos, e sua produção, porte e comércio são proibidos no território nacional.

O grupo de drogas alucinógenas pode ser subdividido entre as seguintes características:

- **alucinógenos propriamente ditos ou alucinógenos primários** – São capazes de produzir efeitos psíquicos em doses que praticamente não alteram outra função no organismo;
- **alucinógenos secundários** – São capazes de induzir efeitos alucinógenos em doses que afetam de maneira importante diversas outras funções;
- **plantas com propriedades alucinógenas** – Diversas plantas possuem propriedades alucinógenas como, por exemplo, alguns cogumelos (*Psilocibe mexicana*, que produz a psilocibina), a jurema (*Mimosa hostilis*) e outras plantas eventualmente utilizadas na forma de chás e beberagens alucinógenas.

## • Dietilamida do Ácido Lisérgico

LSD Substância alucinógena sintetizada artificialmente e uma das mais potentes com ação psicotrópica que se conhece. As doses de 20 a 50 milionésimos de grama produzem efeitos com duração de 4 a 12 horas.

Seus efeitos dependem muito da sensibilidade da pessoa às ações da droga, de seu estado de espírito no momento da utilização e também, do ambiente em que se dá a experiência.

## Efeitos do uso de LSD

- distorções perceptivas (cores, formas e contornos alterados);
- fusão de sentidos (por exemplo, a impressão de que os sons adquirem forma ou cor);
- perda da discriminação de tempo e espaço (minutos parecem horas ou metros assemelham-se a quilômetros);
- alucinações (visuais ou auditivas) podem ser vivenciadas como sensações agradáveis, mas também podem deixar o usuário extremamente amedrontado;
- estados de exaltação (coexistem com muita ansiedade, angústia e pânico, sendo relatados como boas ou más “viagens”).

Outra repercussão psíquica da ação do LSD sobre o cérebro são os **delírios**. Observe o quadro:

Delírios	Exemplos dos delírios
Delírios de grandiosidade	O indivíduo se julga com capacidades ou forças extraordinárias. Por exemplo, capacidade de atirar-se de janelas, acreditando que pode voar; de avançar mar adentro, crendo que pode caminhar sobre a água; de ficar parado em frente a um carro numa estrada, julgando ter força mental suficiente para pará-lo.
Delírios persecutórios	O indivíduo acredita ver à sua volta indícios de uma conspiração contra si e pode até agredir outras pessoas numa tentativa de defender-se da “perseguição”.

## Outros efeitos tóxicos

Há descrições de pessoas que experimentam sensações de ansiedade muito intensa, depressão e até quadros psicóticos por longos períodos após o consumo do LSD.

Uma variante desse efeito é o *flashback*, quando, após semanas ou meses depois de uma experiência com LSD, o indivíduo volta a apresentar, repentinamente, todos os efeitos psíquicos da experiência anterior, sem ter voltado a consumir a droga novamente, com consequências

imprevisíveis, uma vez que tais efeitos não estavam sendo procurados ou esperados e podem surgir em ocasiões bastante impróprias.

## Efeitos no resto do organismo

- aceleração do pulso;
- dilatação da pupila;
- episódios de convulsão já foram relatados, mas são raros.

O fenômeno da **tolerância** desenvolve-se muito rapidamente com o LSD, mas também há um desaparecimento rápido com a interrupção do uso da substância. Não há descrição de uma **síndrome de abstinência** se um usuário crônico deixa de consumir a substância, mas, ainda assim, pode ocorrer a dependência quando, por exemplo, as experiências com o LSD ou outras drogas perturbadoras do SNC são encaradas como “respostas aos problemas da vida” ou “formas de encontrar-se”, que fazem com que a pessoa tenha dificuldades em deixar de consumir a substância, frequentemente, ficando à deriva no dia-a-dia, sem destino ou objetivos que venham a enriquecer sua vida pessoal.

### • Ecstasy (3,4-metileno-dioxi-metanfetamina ou MDMA)

É uma substância alucinógena que guarda relação química com as anfetaminas e apresenta, também, propriedades estimulantes. Seu uso é frequentemente associado a certos grupos, como os jovens frequentadores de danceterias ou boates.

Há relatos de casos de morte por **hipertermia maligna**, em que a participação da droga não é completamente esclarecida. Possivelmente, a droga estimula a hiperatividade e aumenta a sensação de sede ou, talvez, induza um quadro tóxico específico.

Também existem suspeitas de que a substância seja tóxica para um grupo específico de neurônios produtores de serotonina.

### • Anticolinérgicos

São substâncias provenientes de plantas ou sintetizadas em laboratório que têm a capacidade de bloquear as ações da acetilcolina, um neu-

Aumento excessivo da temperatura corporal.



rotransmissor encontrado no SNC e no Sistema Nervoso Periférico (SNP).

Produzem efeitos sobre o psiquismo quando utilizadas em doses relativamente grandes e também provocam alterações de funcionamento em diversos sistemas biológicos, portanto, são drogas pouco específicas.

Como **efeitos psíquicos**, os anticolinérgicos causam alucinações e delírios. São comuns as descrições de pessoas intoxicadas que se sentem perseguidas ou têm visões de pessoas ou animais. Esses sintomas dependem bastante da personalidade do indivíduo, assim como das circunstâncias ambientais em que ocorreu o consumo dessas substâncias.

Os efeitos são, em geral, bastante intensos e podem durar até 2 ou 3 dias.

### Efeitos somáticos

- dilatação da pupila;
- boca seca;
- aumento da frequência cardíaca;
- diminuição da motilidade intestinal (até paralisia);
- dificuldades para urinar.

Em doses elevadas, podem produzir grande elevação da temperatura (até 40-41 °C), com possibilidade de ocorrerem convulsões. Nessa situação, a pessoa apresenta-se com a pele muito quente e seca, com uma **hiperemia** principalmente, localizada no rosto e no pescoço.

Congestão sanguínea em qualquer parte do corpo.

São exemplos de drogas desse grupo: algumas plantas, como certas espécies do gênero *Datura*, conhecidas como saia branca, trombeteira ou zabumba, que produzem atropina e escopolamina; e certos medicamentos, como o tri-hexafenidil, a diciclomina e o biperideno.

## Outras drogas

Você já estudou que as drogas podem ter vários tipos de classificação. Conheça, a seguir, alguns exemplos de drogas cujos efeitos psicoativos não possibilitam sua classificação numa única categoria (depressoras, estimulantes ou perturbadoras da atividade mental).

Repare que todas as drogas descritas a seguir são lícitas, ou seja, são comercializadas de forma legal.

### • Tabaco

Um dos maiores problemas de saúde pública em diversos países do mundo, o cigarro é uma das mais importantes causas potencialmente evitáveis de doenças e morte.

### Efeitos

- doenças cardiovasculares (infarto, AVC e morte súbita);
- doenças respiratórias (enfisema, asma, bronquite crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica);
- diversas formas de câncer (pulmão, boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, rim, bexiga e útero).

Seus efeitos sobre as funções reprodutivas incluem redução da fertilidade, prejuízo do desenvolvimento fetal, aumento de riscos para **gravidez ectópica** e abortamento espontâneo.

Gravidez extra-uterina, fora do útero.

A nicotina é a substância presente no tabaco que provoca a dependência. Embora esteja implicada nas doenças cardiocirculatórias, não parece ser esta a substância cancerígena.

As **ações psíquicas da nicotina** são complexas, com uma mistura de efeitos estimulantes e depressores. Mencionam-se o aumento da concentração e da atenção e a redução do apetite e da ansiedade.

A nicotina induz **tolerância** e se associa a uma síndrome de **abstinência** com alterações do sono, irritabilidade, diminuição da concentração e ansiedade.

Fumantes passivos – existem evidências de que os não-fumantes expostos à fumaça de cigarro do ambiente (fumantes passivos) têm um risco maior de desenvolver as mesmas patologias que afetam os fumantes.

## • Cafeína

É estimulante do SNC menos potente que a cocaína e as anfetaminas. O seu potencial de induzir dependência vem sendo bastante discutido nos últimos anos. Surgiu até o termo “cafeinismo” para designar uma síndrome clínica associada ao consumo importante (agudo ou crônico) de **cafeína**, caracterizada por ansiedade, alterações psicomotoras, distúrbios do sono e alterações do humor.

## • Esteróides anabolizantes

Esteróides anabolizantes são drogas lícitas produzidas por laboratórios farmacêuticos para substituírem o hormônio masculino Testosterona, fabricado pelos testículos. São usados como medicamentos para tratamento de pessoas que não produzem quantidade suficientes de Testosterona.

Embora sejam descritos efeitos euforizantes por alguns usuários dessas substâncias, essa não é, geralmente, a principal razão de sua utilização.

Muitos indivíduos que consomem essas drogas são fisiculturistas, atletas de diversas modalidades ou indivíduos que procuram aumentar sua massa muscular. Podem desenvolver um padrão de consumo que se assemelha ao de dependência.

## Efeitos adversos

- diversas doenças cardiovasculares;
- alterações no fígado, inclusive câncer;
- alterações musculoesqueléticas indesejáveis (ruptura de tendões, interrupção precoce do crescimento).

Essas substâncias, quando utilizadas por mulheres, podem provocar masculinização (crescimento de pelos pelo corpo, voz grave, aumento do volume do clitóris). Em homens, pode haver atrofia dos testículos.

Você sabia que altas doses de cafeína são encontradas em bebidas ingeridas diariamente? Além do tradicional cafezinho, chás e refrigerantes também contêm esse tipo de substância.



## UNIDADE 1

## Resumo

Você está encerrando a Unidade 1 deste Curso. Nessa etapa, você viu que:

- as drogas psicotrópicas provocam efeitos agudos e crônicos, somáticos e psíquicos sobre o organismo. Esses efeitos, frequentemente, não dependem só da substância consumida, mas do contexto em que ela é usada e das experiências do usuário;
- as drogas podem ser classificadas como depressoras, estimulantes ou perturbadoras, conforme os efeitos aparentes que causam no sistema nervoso central;
- a questão do envolvimento de pessoas com álcool e outras drogas vai além da simples busca dos efeitos dessas substâncias. Diversas causas para o uso de drogas podem ser consideradas: a disponibilidade dessas substâncias, a imagem ou as ideias que as pessoas fazem a respeito das drogas, as características de personalidade, o uso de substâncias por familiares ou amigos e assim por diante.

Na próxima Unidade você estudará as consequências do uso, o abuso e a dependência de drogas. Até lá!



Atenção! Os exercícios de fixação também estão disponibilizados no AVEA. Em caso de dúvidas, entre em contato com seu TUTOR.

## Exercícios de fixação

Classificação das drogas, epidemiologia e padrões de uso

1. O álcool é tido como uma droga depressora da atividade do Sistema Nervoso Central. Em altas concentrações pode causar:
  - a. Diplopia e inibição do comportamento.
  - b. Ganho da coordenação motora, hilariedade e labilidade afetiva.
  - c. Hipotermia e morte por parada cardíaca.
  - d. Melhora das funções sensoriais e desinibição.
  - e. Ataxia e sonolência acentuadas.
  
2. Assinale a alternativa que apresenta a correspondência correta entre a primeira e a segunda coluna.

### Coluna 1

- (1) Drogas depressoras da atividade mental.
- (2) Drogas estimulantes da atividade mental.
- (3) Drogas perturbadoras da atividade mental.

- a. 1,2,1,3,1,2,3,1,3
- b. 2,1,3,1,3,3,2,3,1
- c. 1,2,3,1,1,2,3,2,3
- d. 2,1,3,1,2,2,3,1,3

### Coluna 2

- ( ) Solventes.
- ( ) Cocaína / crack.
- ( ) Benzodiazepínicos.
- ( ) Maconha.
- ( ) Álcool.
- ( ) Anfetaminas.
- ( ) LSD.
- ( ) Barbitúricos.
- ( ) Anticolinérgicos.

## UNIDADE 1

## Referências

ANDRADE, A.G., NISCATRI, S. & TONGUE, E. **Drogas**: atualização em prevenção e tratamento curso de treinamento em drogas para países africanos de língua portuguesa. São Paulo: Editora Lemos, 1993.

BEEDER, A.B. & MILLMAN, R.B. Patients with psychopathology. In: LOWINSON, J.H., RUIZ, P., MILLMAN, R.B. & LANGROD, J.G. (Orgs.). **Substance Abuse**: a comprehensive textbook. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997, p. 551-562.

GALLOWAY, G.P. Anabolic-androgenic steroids. In: LOWINSON, J.H., Ruiz, P., MILLMAN, R.B. & LANGROD, J.G. (Orgs.). **Substance Abuse**: a comprehensive textbook. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997, p. 308-318.

GREDEN, J.F. & WALTERS, A. Caffeine. In: LOWINSON, J.H., RUIZ, P., MILLMAN, R.B. & LANGROD, J.G. (Orgs.). **Substance Abuse**: a comprehensive textbook. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997.

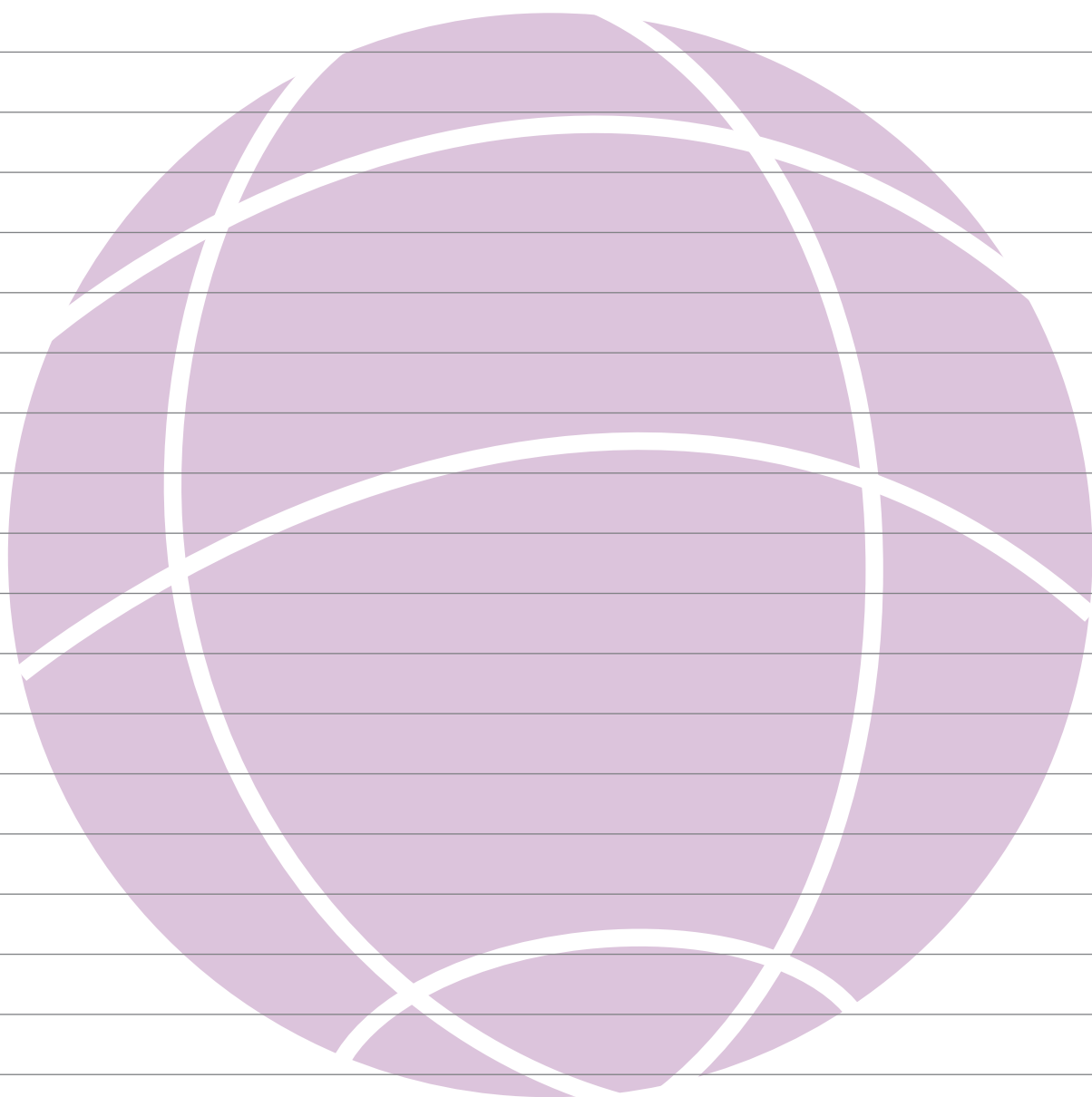
LEITE, M.C., ANDRADE, A.G. et al. **Cocaína e crack**: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 1999.

MASUR, J. & CARLINI, E.A. **Drogas** - Subsídios para uma discussão. São Paulo: Brasiliense, 1989.

Organização Mundial de Saúde. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 1993.

SCHMITZ, J.M., SCHNEIDER, N.G., JARVIK, M.E. Nicotine. In: LOWINSON, J.H., RUIZ, P., MILLMAN, R.B. & LANGROD, J.G. (Orgs.). **Substance Abuse**: a comprehensive textbook. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997.

# Anotações







## Unidade 2

# Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas

\*Cláudio Elias Duarte  
Rogério Shiguelo Morihisa

Ao fim desta Unidade, você terá entendido que as substâncias psicoativas, com suas características e consequências, constituem-se em problema de saúde pública. Para melhor aproveitamento do seu estudo, fique atento às temáticas que seguem:

- mudanças conceituais na compreensão do fenômeno
- o álcool enquanto uma droga importante neste processo
- as relações entre uso abusivo e dependência de drogas

\* Texto adaptado do original do Curso Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros Municipais, 2008.

## Introdução

O uso de drogas que alteram o estado mental, aqui chamadas de substâncias psicoativas (SPA), acontece há milhares de anos e muito provavelmente vai acompanhar toda a história da humanidade. Quer seja por razões culturais ou religiosas, por recreação ou como forma de enfrentamento de problemas, para transgredir ou transcender, como meio de socialização ou para se isolar, o homem sempre se relacionou com as drogas.

Essa relação do indivíduo com cada substância psicoativa pode, dependendo do contexto, ser inofensiva ou apresentar poucos riscos, mas também pode assumir padrões de utilização altamente disfuncionais, com prejuízos biológicos, psicológicos e sociais. Isso justifica os esforços para difundir informações básicas e confiáveis a respeito de um dos maiores problemas de saúde pública que afeta, direta ou indiretamente, a qualidade de vida de todo ser humano.

## Do ultrapassado conceito moral aos sistemas classificatórios atuais

O conceito, a percepção humana e o julgamento moral sobre o consumo de drogas evoluíram constantemente e muito se basearam na relação humana com o álcool, por ser ele a droga de uso mais difundido e antigo. Os aspectos relacionados à saúde só foram mais estudados e discutidos nos últimos dois séculos, predominando, antes disso, visões preconceituosas dos usuários, vistos muitas vezes como ‘possuídos por forças do mal’, portadores de graves falhas de caráter ou totalmente desprovidos de ‘força de vontade’ para não sucumbirem ao ‘vício’.

Já no século XX, nos EUA, E. M. Jellinek foi talvez o maior expoente, dentre os cientistas de sua época, a estudar e divulgar o assunto alcoolismo, obtendo amplo apoio e penetração dentre os grupos de ajuda mútua, recém-formados em 1935, como os Alcoólicos Anônimos (AA), e exercendo grande influência na Organização Mundial de Saúde (OMS) e na Associação Médica Americana (AMA).

Na década de 60, do século passado, o programa da saúde mental da Organização Mundial de Saúde tornou-se ativamente empenhado em melhorar o diagnóstico e a classificação de transtornos mentais, além

de prover definições claras de termos relacionados. Naquela época, a OMS convocou uma série de encontros para rever o conhecimento a respeito do assunto, envolvendo representantes de diferentes disciplinas, de várias escolas de pensamento em psiquiatria e de todas as partes do mundo para o programa. Esses encontros trouxeram os seguintes benefícios: estimularam e conduziram pesquisas sobre critérios para a classificação e a confiabilidade de diagnósticos, produziram e estabeleceram procedimentos para avaliação conjunta de entrevistas gravadas em vídeo e outros métodos úteis em pesquisas sobre diagnóstico. Numerosas propostas para melhorar a classificação de transtornos mentais resultaram desse extenso processo de consulta, as quais foram usadas no rascunho da 8ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID - 8).

Atualmente, estamos na 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID - 10), a qual apresenta as descrições clínicas e diretrizes diagnósticas das doenças que conhecemos. Essa é a classificação utilizada por nosso sistema de saúde pública.

Outro sistema classificatório bem conhecido em nosso meio é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM - 4), da Associação Psiquiátrica Americana.

Ambos os sistemas classificatórios refletem nos seus critérios para dependência os conceitos de Síndrome de Dependência do Alcool, propostos, inicialmente, por Edward e Gross, em 1976. Interessante é que o diagnóstico da Síndrome de Dependência do Alcool pode estabelecer níveis de comprometimento ao longo de um contínuo, entre o nunca ter experimentado até o gravemente enfermo, considerando os aspectos do grau de dependência relacionado com o grau de problemas.

Esse conceito de dependência transcende o modelo moral, que considerava beber excessivamente falha de caráter e até mesmo o modelo de doença “alcoolicismo”, diagnóstico categorial, em que só se pode variar entre ser ou não portador da doença, sem permitir graduações de gravidade dos quadros; no qual a perda do controle, a presença de sintomas de tolerância e abstinência determinam o indivíduo como sendo ou não alcoólatra (**dependente de etílicos**).

## A conceituação da Síndrome da Dependência do Álcool como importante passo rumo às abordagens modernas

Conforme conceituaram, na década de 70, os cientistas Edwards e Gross, os principais sinais e sintomas de uma Síndrome de Dependência do Álcool são os seguintes:

- **Estreitamento do repertório de beber:** As situações em que o sujeito bebe se tornam mais comuns, com menos variações em termos de escolha da companhia, dos horários, do local ou dos motivos para beber, ficando ele cada vez mais estereotipado à medida que a dependência avança;
- **Saliência do comportamento de busca pelo álcool:** O sujeito passa gradualmente a planejar seu dia-a-dia em função da bebida, como vai obtê-la, onde vai consumi-la e como vai recuperar-se, deixando as demais atividades em plano secundário;
- **Sensação subjetiva da necessidade de beber:** O sujeito percebe que perdeu o controle, que sente um desejo praticamente incontrolável e compulsivo de beber;
- **Desenvolvimento da tolerância ao álcool:** Por razões biológicas, o organismo do indivíduo suporta quantidades cada vez maiores de álcool ou a mesma quantidade não produz mais os mesmos efeitos que no início do consumo;
- **Sintomas repetidos de abstinência:** Em paralelo com o desenvolvimento da tolerância, o sujeito passa a apresentar sintomas desagradáveis ao diminuir ou interromper a sua dose habitual. Surgem ansiedade e alterações de humor, tremores, taquicardia, enjôos, suor excessivo e até convulsões, com risco de morte;
- **Alívio dos sintomas de abstinência ao aumentar o consumo:** Nem sempre o sujeito admite, mas um questionamento detalhado mostrará que ele está tolerante ao álcool e somen-

te não desenvolve os descritos sintomas na abstinência, porque não reduz ou até aumenta gradualmente seu consumo, retardando muitas vezes o diagnóstico;

- **Reinstalação da síndrome de dependência:** O padrão antigo de consumo pode se restabelecer rapidamente, mesmo após um longo período de não-uso.

Note que, nesse raciocínio da Síndrome de Dependência do Álcool, se trocarmos o álcool por qualquer outra droga, com potencial de abuso ou até mesmo pelos comportamentos que eventualmente podem sair do controle (jogo patológico, por exemplo), percebemos grande semelhança na natureza dos sintomas.

Observe a figura:

Figura 1 Padrões de consumo



Essa figura representa os padrões de consumo do álcool, segundo Edwards (1977), no qual o eixo horizontal representa o grau de dependência e o eixo vertical o grau de problemas existentes em função do uso do álcool. Se o indivíduo encaixa-se no quadrante inferior esquerdo, não existe problema em relação ao uso de álcool e nenhum grau de dependência (uso social). Se se encaixar no quadrante superior esquerdo, observa-se que, embora ele não apresente nenhum grau de de-

pendência, tem problemas devido ao uso de álcool (uso problemático ou abuso). Já no quadrante superior direito, encontramos o indivíduo que apresenta um quadro de Síndrome de Dependência do Álcool. O quadrante inferior direito não existe clinicamente, uma vez que o quadro de dependência está sempre associado a algum tipo de problema na vida do indivíduo. É interessante notar que, apesar de o quadro ter sido, primariamente, desenvolvido para explicar os padrões de consumo do álcool, ele pode ser adaptado para diversas outras drogas com potencial de causar dependência.

A validação do conceito de Síndrome de Dependência do Álcool permitiu que os sistemas classificatórios atuais operacionalizassem o conceito psicopatológico da dependência, ao utilizar critérios práticos e confiáveis.

Mas qual a vantagem de estabelecer precisão em tais critérios? Possibilitar um bom diagnóstico, etapa primeira antes de qualquer abordagem.

## **Padrões de consumo de drogas**

Conheça agora a correlação entre uso, abuso e dependência de drogas.

### **Uso de drogas**

É a autoadministração de qualquer quantidade de substância psicoativa.

### **Abuso de drogas**

Pode ser entendido como um padrão de uso que aumenta o risco de consequências prejudiciais para o usuário.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID), o termo “uso nocivo” é aquele que resulta em dano físico ou mental, enquanto no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), “abuso” engloba também consequências sociais.

Para uma melhor comparação veja a seguinte tabela:

Tabela 1: **Comparação entre critérios de abuso e uso nocivo da DSM-IV e CID-10**

DSM-IV	CID-10
ABUSO	USO NOCIVO
<p>Um ou mais dos seguintes sintomas ocorrendo no período de 12 meses, sem nunca preencher critérios para dependência:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Uso recorrente, resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa.</li><li>2. Uso recorrente em situações nas quais isto representa perigo físico.</li><li>3. Problemas legais recorrentes relacionados à substância.</li><li>4. Uso continuado, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância.</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>a. Evidência clara que o uso foi responsável (ou contribuiu consideravelmente) por dano físico ou psicológico, incluindo capacidade de julgamento comprometida ou disfunção de comportamento.</li><li>b. A natureza do dano é claramente identificável.</li><li>c. O padrão de uso tem persistido por pelo menos um mês ou tem ocorrido repetidamente dentro de um período de 12 meses.</li><li>d. Não satisfaz critérios para qualquer outro transtorno relacionado à mesma substância no mesmo período (exceto intoxicação aguda).</li></ol>

## Dependência

Na tabela seguinte, encontra-se uma comparação entre os critérios de dependência referidos nas classificações do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e da Classificação Internacional de Doenças. Esses dois sistemas de classificação facilitam identificar o dependente de substância psicoativa, veja com atenção:

Tabela 2: **Comparação entre os critérios para dependência da DSM-IV e CID-10**

DSM-IV	CID-10
<p>Padrão mal-adaptativo de uso, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos, manifestados por 3 ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Tolerância</b>, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:               <ol style="list-style-type: none"> <li>(a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores para adquirir a intoxicação ou efeito desejado;</li> <li>(b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade;</li> </ol> </li> <li>2. <b>Abstinência</b>, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:               <ol style="list-style-type: none"> <li>(a) síndrome de abstinência característica para a substância;</li> <li>(b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;</li> </ol> </li> <li>3. <b>A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades</b> ou por um período mais longo do que o pretendido;</li> <li>4. Existe um <b>desejo persistente</b> ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso;</li> <li>5. <b>Muito tempo é gasto</b> em atividades necessárias para a obtenção e utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos;</li> <li>6. <b>Importantes atividades</b> sociais, ocupacionais ou recreativas <b>são abandonadas</b> ou reduzidas em virtude do uso;</li> <li>7. <b>O uso continua, apesar da consciência de ter um problema</b> físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.</li> </ol>	<p>Três ou mais das seguintes manifestações ocorrendo conjuntamente por pelo menos 1 mês ou, se persistirem por períodos menores que 1 mês, devem ter ocorrido juntas de forma repetida em um período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Forte desejo ou compulsão</b> para consumir a substância;</li> <li>2. <b>Comprometimento da capacidade de controlar</b> o início, término ou níveis de uso, evidenciado pelo consumo frequente em quantidades ou períodos maiores que o planejado ou por desejo persistente ou esforços infrutíferos para reduzir ou controlar o uso;</li> <li>3. <b>Estado fisiológico de abstinência</b> quando o uso é interrompido ou reduzido, como evidenciado pela síndrome de abstinência característica da substância ou pelo uso desta ou similar para aliviar ou evitar tais sintomas;</li> <li>4. <b>Evidência de tolerância aos efeitos</b>, necessitando de quantidades maiores para obter o efeito desejado ou estado de intoxicação ou redução acentuada destes efeitos com o uso continuado da mesma quantidade;</li> <li>5. <b>Preocupação com o uso</b>, manifestado pela redução ou abandono das atividades prazerosas ou de interesse significativo por causa do uso ou do tempo gasto em obtenção, consumo e recuperação dos efeitos;</li> <li>6. <b>Uso persistente</b>, a despeito de evidências claras de consequências nocivas, evidenciadas pelo uso continuado quando o sujeito está efetivamente consciente (ou espera-se que esteja) da natureza e extensão dos efeitos nocivos.</li> </ol>



## Resumo

Você está encerrando a Unidade 2 deste Curso. Nessa etapa, você estudou que os transtornos por uso de substâncias psicoativas, com todas as suas características e consequências biopsicossociais, apresentam-se, na atualidade, como um grave problema de saúde pública.

O conhecimento do uso de substâncias psicoativas é importante para estabelecer o melhor programa terapêutico para esses indivíduos, além de permitir diagnóstico e classificação acurados.

Na próxima Unidade, você estudará os dados recentes sobre a epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil. Até lá!



Atenção! Os exercícios de fixação também estão disponibilizados no AVEA. Em caso de dúvidas, entre em contato com seu TUTOR.

## Exercícios de fixação

1. De acordo com os padrões de consumo de álcool, proposto por Edwards (1976), existem alguns tipos de usuários de álcool que são descritos como:
  - a. Usuário acadêmico, usuário problema, independente.
  - b. Usuário social, usuário problema e dependente.
  - c. Usuário problema, usuário legal e dependente.
  - d. Usuário legal, usuário social e independente.
  - e. Alcoolista, alcoólatra e usuário legal.
  
2. Quais são as duas principais ferramentas para diagnóstico de dependência de drogas?
  - a. Manual Diagnóstico e Prolixo de Transtornos Mentais (DSM) e Manual do Diagnosticador de Dependência (MDD).
  - b. Manual do Diagnosticador de Dependência (MDD) e Classificação Internacional de Doenças (CID).
  - c. Código Internacional de Dependência (CID) e Classificação Internacional de Doenças (CID).
  - d. Classificação Internacional de Doenças (CID) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).
  - e. Desordem do Sofrimento Mental (DSM) e Classificação Internacional de Doenças (CID).

## Referências:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-IV - Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4. ed. Washington DC; 1994.

BABOR TF. Social, scientific, and medical issues in the definition of alcohol and drug dependence. In: Edwards G, Lader M, eds. **The Nature of Drug Dependence**. Oxford: Oxford University Press, 1990.

BERTOLETE JM. **Glossário de Termos de Psiquiatria e Saúde Mental da CID-10 e seus Derivados**. Porto Alegre. Artes Médicas. 1997.

BREWER, R.D.; SWAHN, M.H. - **Binge drinking and violence**. JAMA 294: 616 - 618, 2005.

Carlini-Marlatt, B.; Gazal-Carvalho, C.; Gouveia, N.; Souza, M.F.M. – Drinking practices and other health-related behaviors among adolescents of Sao Paulo City, Brazil. **Subst Use Misuse** 38: 905-932, 2003.

EDWARD, G; GROSS, M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. **British Medical Journal**, 1, pag. 1058 – 1061, 1976.

GHODSE H. **Drugs and addictive behaviour: a guide to treatment**. 2. Ed. Oxford: Blackwell Science, 1995.

LARANJEIRA R.; NICASTRI, S. – Abuso e dependência de álcool e drogas. In: Almeida, O. P.; Dratcu, L.; Laranjeira, R. **Manual de Psiquiatria**. p. 83-88. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 1996.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, J.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

LEITE MC. **Fatores Preditivos da Resposta Terapêutica em Tratamento Ambulatorial para Dependentes de Cocaína**. 200p. Tese (Doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Área de Psiquiatria. São Paulo, 1999.

LOWINSON, J.H. E COL.: **Substance Abuse – A Comprehensive Textbook – Second Edition**, Willian & Wilckins, Baltimore, 1997.

MASUR J, CARLINI, E. A. **Drogas**: subsídios para uma discussão. 4. Ed. Brasiliense: São Paulo, 1993.

NAIMI TS, BREWER RD, MOKDAD A, DENNY C, SERDULA MK, MARKS JS. **Binge drinking among US adults**. *JAMA*. 2003(1);289:70-5.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM – NIAAA. Eighth special report to the U.S. **Congress on Alcohol and Health**. Bethesda, MD: National Institute of Health; 1994.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM – NIAAA. *Tenth special report to U.S. Congress on Alcohol and Health*. Bethesda, MD: National Institute of Health; 2000.

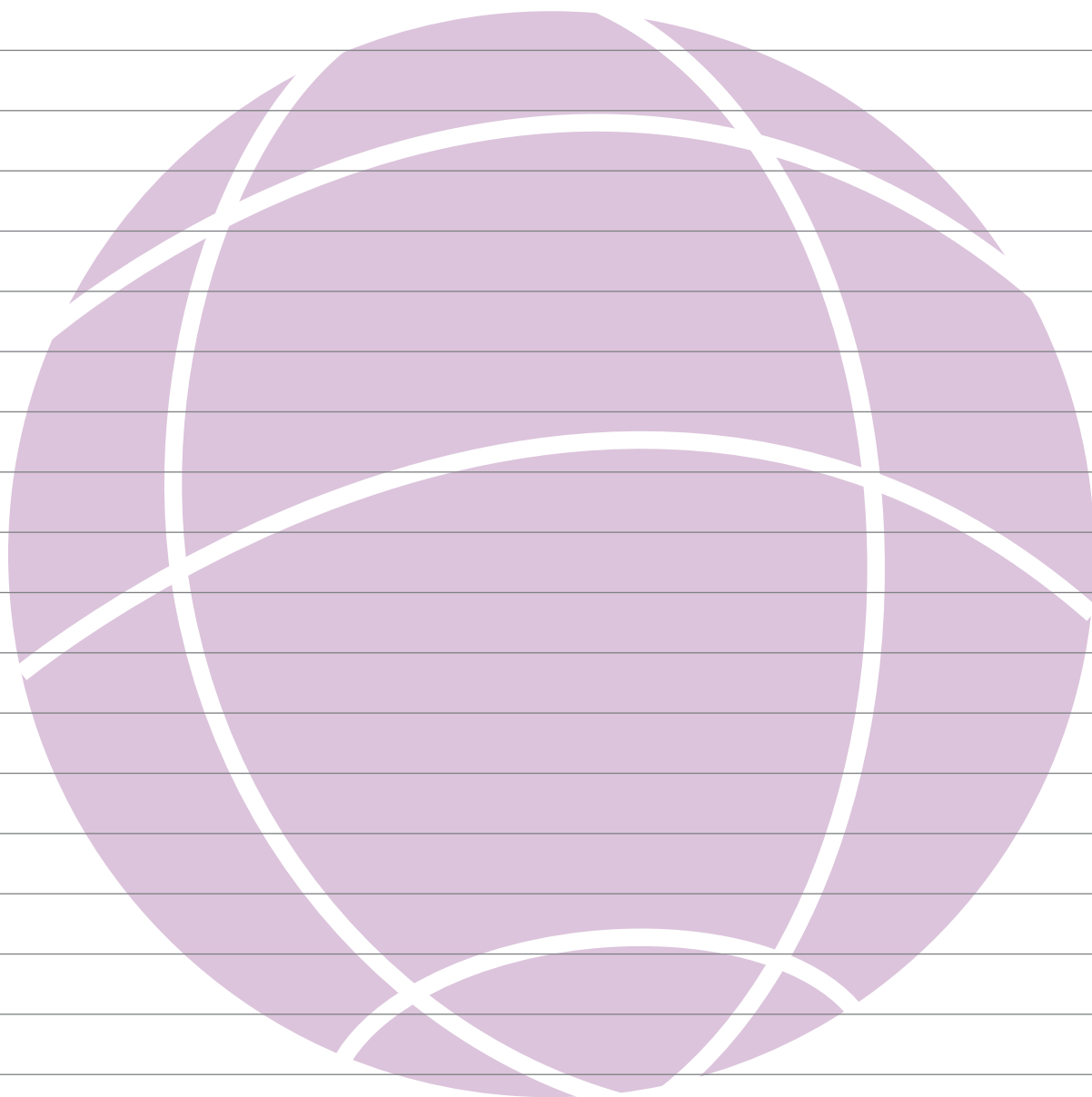
NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM – NIAAA Council approves definition of binge drinking. *NIAAA Newsletter*. 2004;3:3.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID-10 - **Critérios diagnósticos para pesquisas**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1997.

SILVEIRA, C.M.; Wang, Y.P.; ANDRADE, A.G.; ANDRADE, L.H. – Heavy Episodic Drinking in the São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study in Brazil: Gender and Sociodemographic Correlates. *J. Stud. Alcohol Drugs*, v.68, n.1, p. 18-27, 2007.

WECHSLER, H.; NELSON, T.F. - Binge drinking and the American college student: what's five drinks? *Review Psychol Addict Behav* 15: 287-291, 2001.

# Anotações





## Unidade 3

# Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil: dados recentes

José Carlos Fernandes Galduróz

Ao fim desta Unidade, você terá visto alguns conceitos fundamentais para um bom entendimento das questões relacionadas a Epidemiologia das substâncias psicoativas no Brasil. No decorrer do texto você conhecerá os principais Indicadores epidemiológicos sobre drogas, dados recentes sobre o consumo de drogas no país e os levantamentos populacionais

## Conceitos fundamentais

### Epidemiologia

A palavra vem do grego, *Epedeméion* (aquele que visita): *Epi* (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 HIV?

Ou quantas são fumantes?, Ou, ainda, quantos ganham salário mínimo? São questões com as quais se preocupa a epidemiologia.

### Prevalência

É a proporção de **casos existentes** 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 - fumantes), (população determinada – moradores de São Paulo) e (tempo determinado – ano de 2001).

### Incidência

É o número de **casos novos** de certa doença ou fenômeno em uma população determinada, em um tempo determinado. Por exemplo, em 2001, quantos casos novos de fumantes houve entre moradores da cidade de São Paulo?

### Definições importantes:

**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** – Quando a pessoa começa a ter problemas físicos, mentais e sociais aparentes devido ao uso da substância. Mesmo que parcialmente, a pessoa ainda consegue cumprir com suas obrigações cotidianas.

**Dependência** – Quando a pessoa não mais consegue cumprir com suas obrigações cotidianas devido ao uso da substância ou devido aos efeitos adversos do seu uso (“ressaca”). Ela passa quase que a totalidade de seu tempo ou sob efeito da droga, “curando a ressaca” ou para obter a substância.

Esses conceitos serão vistos com maior aprofundamento na unidade 5. É importante que você leia, nessa unidade, as definições de padrões de uso de álcool tais como uso na vida, uso no mês e assim sucessivamente.

## Objetivos dos estudos epidemiológicos na área de drogas

Diagnosticar o uso de drogas em uma determinada população;

Possibilitar a implantação de programas preventivos adequados à população pesquisada.

## UNIDADE 3

### Tipos de estudos

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

- Domiciliares (pesquisa o uso de drogas entre moradores de residências sorteadas);
- Com estudantes (alunos do ensino fundamental, médio ou de cursos superiores);
- Com crianças e adolescentes em situação de rua (informações colhidas entre 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.

**1. Indicadores epidemiológicos (fornecem dados indiretos do consumo de drogas de uma determinada população)**

- Internações hospitalares por dependência;
- atendimentos ambulatoriais de usuários de drogas/álcool;
- atendimentos 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

A seguir apresentaremos alguns dados recentes sobre o consumo de drogas no país. Entre eles encontram-se:

### a. Levantamentos populacionais

Os dados *diretos* que serão apresentados a seguir foram obtidos a partir de vários estudos promovidos pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em parceria com diversos centros de pesquisa, como o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) da UNIFESP, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e o Grupo Interdisciplinar de Estudo de Álcool e Drogas (GREA) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

- **O I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2001)**, foi realizado nas 107 maiores cidades do país, com pessoas com idade entre 12 e 65 anos de ambos os sexos, apontou que 68,7% delas já haviam feito uso de álcool alguma vez na vida. Além disso, estimou-se que

11,2% da população brasileira apresentavam dependência desta substância, o que correspondia a 5.283.000 pessoas.

- Os dados do **II Levantamento (2005)**, apontaram que 12,3% das pessoas com idades entre 12 e 65 anos eram dependentes do álcool, prevalência superior à encontrada no I Levantamento (2001), que foi de 11,2%. Além disso, no II Levantamento, cerca de 75% dos entrevistados relataram já terem bebido alguma vez na vida, 50% no último ano e 38% nos últimos 30 dias. Os dados também indicaram o consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces, sugerindo a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento.

## Comparações entre dois Levantamentos Domiciliares (2001 e 2005)

Observação 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.

Da população pesquisada em 2005, 22,8% 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% e 9.109.000 pessoas. Em pesquisa semelhante realizada nos EUA em 2004 essa porcentagem atingiu 45,4%.

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 pessoas, respectivamente; havendo aumento de 1,1%, quanto às 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%), Espa-

nha (22,2%) e Chile (22,4%). Porém superior à Bélgica (5,8%) e Colômbia (5,4%).

A segunda droga 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 nos EUA (9,5%) e superior 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%, aumentando em 2,3% quando comparado a 2001. Porcentagem inferior ao verificado nos EUA (8,3%).

Quanto aos *estimulantes* (medicamentos anorexígenos), o uso na vida foi de 3,2% em 2005, aumentando 1,7% comparando-se a 2001. Porcentagens próximas à de vários países como Holanda, Espanha, Alemanha e Suécia, mas muito inferior aos EUA (6,6%). Vale dizer que foi 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 este derivado de coca.

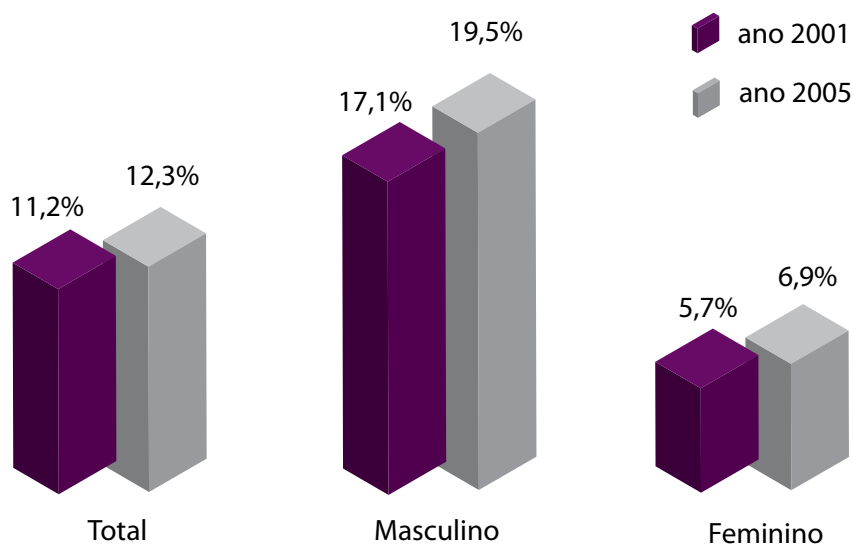
Diminuiu o número de entrevistados de 2005 (1,9%) em relação aos de 2001 (2,0%), relatando o uso de *xarope à base de codeína* na vida.

O uso na vida de *heroína* em 2001 foi de 0,1%; em 2005 houve sete relatos correspondendo a 0,09%. Estes dados são menores que os achados nos EUA (1,3%).

## Álcool

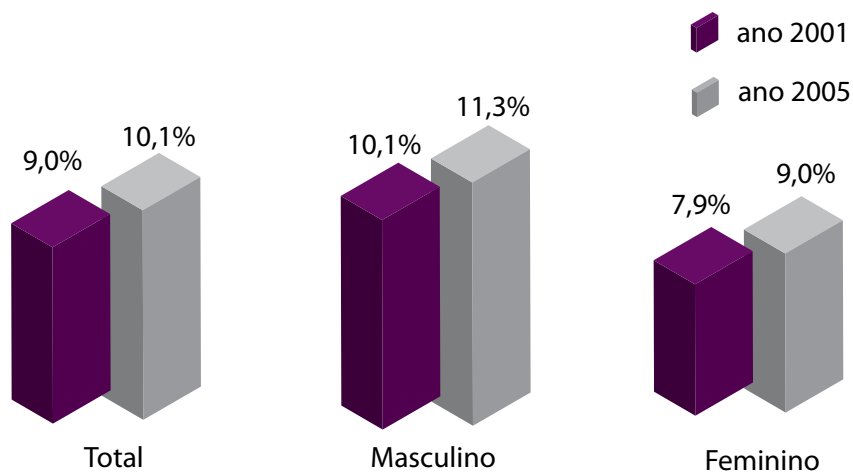
A figura a seguir mostra as porcentagens de entrevistados, de ambos os sexos, preenchendo os critérios de dependência do álcool.

**Figura 1** - Comparação entre os Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, de 2001 e 2005, segundo dependência de Álcool. (Fonte: SENAD e CEBRID – UNIFESP).



## Tabaco

Nas faixas etárias estudadas, mais homens relataram uso na vida que as mulheres em ambos levantamentos (figura 2).

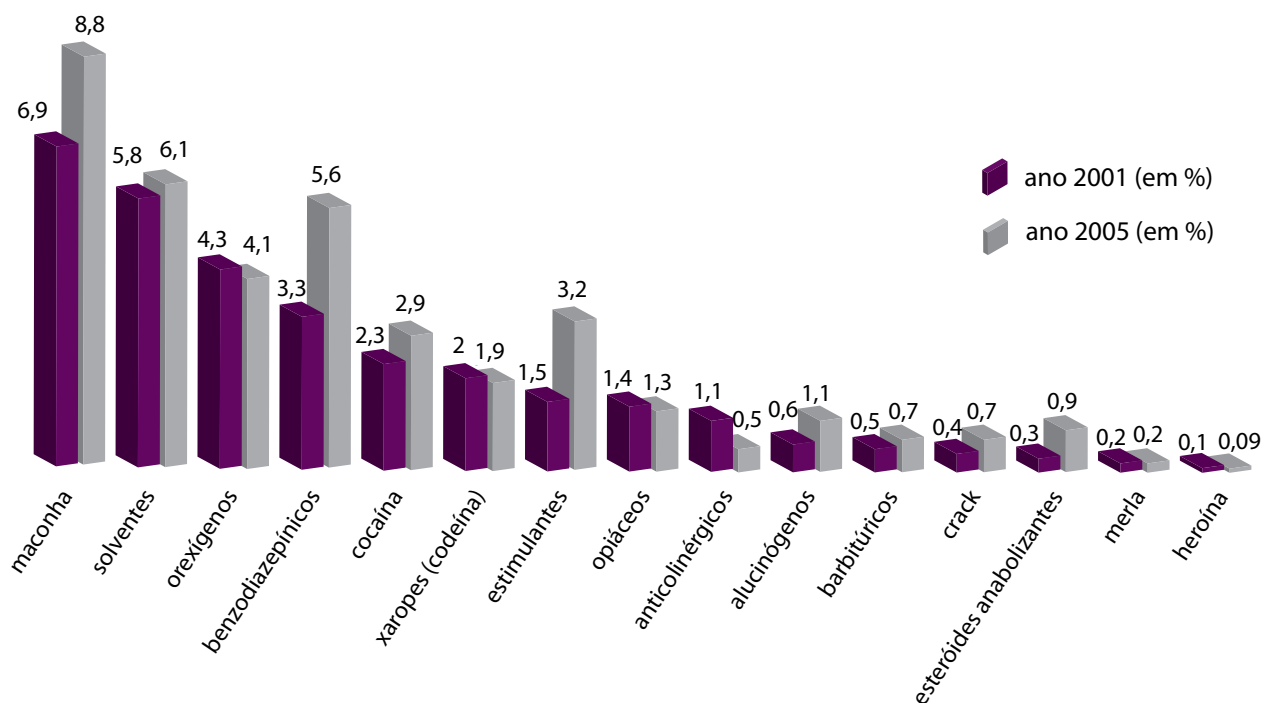


**Figura 2** - Comparação entre os Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, de 2001 e 2005, segundo o uso na vida de tabaco e dependência, distribuídos por sexo. (Fonte: SENAD e CEBRID – UNIFESP).

## Drogas psicotrópicas (exceto tabaco e álcool)

A Figura 3 mostra o **uso na vida**, distribuído por gênero, nos anos de 2001 e 2005, para 15 drogas.

Houve um aumento de prevalência de 2001 para 2005 em 9 drogas (maconha, solventes, cocaína, estimulantes, benzodiazepínicos, alucinógenos, crack, anabolizantes e barbitúricos); diminuição para quatro (orexígenos, opiáceos, xaropes e anticolinérgicos) e o mesmo consumo de duas (heroína e merla).



**Figura 3** - Comparação entre os Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, de 2001 e 2005, segundo o uso na vida de drogas, exceto álcool e tabaco. (Fonte: SENAD e CEBRID – UNIFESP).

Outro importante levantamento publicado em 2007 pela SENAD em parceria com a UNIAD – UNIFESP, investigou os **Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. O estudo foi realizado em 143 municípios do País e detectou que 52% dos brasileiros adultos (acima de 18 anos) haviam feito uso de bebida alcoólica pelo menos uma vez no ano anterior à pesquisa. Do conjunto dos homens adultos, 11% re-

lataram beber todos os dias e 28 % de uma a quatro vezes por semana. Esse levantamento, que utilizou uma metodologia de pesquisa diferente dos anteriores, constatou que 9% da população brasileira apresentava dependência de álcool, o que representou uma diminuição nos percentuais apresentados anteriormente.

O último estudo realizado pela SENAD, em parceria com a UFRGS, na população geral foi o **“Uso de Bebidas Alcoólicas e Outras Drogas nas Rodovias Brasileiras e Outros Estudos”**. Essa pesquisa, realizada nas rodovias federais das 27 capitais brasileiras, abrangendo motoristas de carros, motos, ônibus e caminhões - particulares e profissionais, foi lançada em 2010 e apontou, dentre outras coisas, que 25% dos motoristas entrevistados referiram ter consumido cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas (beber pesado episódico ou binge drinking) entre duas e oito vezes no último mês. Também demonstrou que os motoristas que apresentaram resultados positivos aos testes para álcool ou outras drogas tinham índices de transtornos psiquiátricos (depressão, hipomania/mania, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de personalidade anti-social, dependência/abuso de álcool ou outras substâncias) mais elevados que os motoristas que apresentavam resultados negativos nos referidos testes (sóbrios).

### Populações Específicas

Em 2004, dando sequência à pesquisa entre a população de estudantes de ensino fundamental e médio, foi realizado também pela SENAD em parceria com o CEBRID – UNIFESP, o **V Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública das 27 Capitais Brasileiras**. Esse estudo indicou que a idade do primeiro uso de álcool se deu por volta dos 12 anos de idade e predominantemente no ambiente familiar. No entanto, as intoxicações alcoólicas ou mesmo o uso regular de álcool, raramente ocorriam antes da adolescência. Também, demonstrou que 65,2% dos jovens já haviam feito uso de álcool alguma vez na vida, 63,3% haviam feito algum uso no último ano e 44,3% haviam consumido alguma vez no último mês. Outros dados preocupantes referiram-se à frequência do uso desta substância: 11,7% faziam uso frequente (seis

Estes dados também estão disponíveis na videoaula. Consulte sempre que necessário.



## UNIDADE 3

ou mais vezes no mês) e 6,7% faziam uso pesado (vinte ou mais vezes no mês).

Embora não sejam drogas psicotrópicas o *uso na vida* de energéticos por estudantes foi expressivo em todas as capitais, 12,0% no total. Estas substâncias merecem atenção especial, pois, segundo vários estudos, elas podem prolongar o efeito excitatório do álcool.

No segundo semestre de 2010, dando continuidade a essa série histórica, foram divulgados resultados preliminares sobre o **VI Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada das 27 Capitais Brasileiras**. A inovação que dessa pesquisa foi a inclusão na amostra da rede privada de ensino, o que representa um perfil mais próximo da realidade do consumo de álcool e outras drogas nesse segmento. Verificou-se diminuição estatisticamente significativa do consumo de álcool, anfetamínicos e solventes entre os estudantes de Ensino Fundamental e Médio, em um período de 23 anos (desde o I levantamento, de 1987, ao mais recente, de 2010). Observou-se, entretanto, aumento significativo do consumo de maconha e cocaína, neste mesmo período. Esse padrão de uso de drogas dos estudantes brasileiros assemelha-se ao de estudantes norte-americanos. À exceção dos inalantes, estima-se que o Brasil apresenta, atualmente, menores prevalências de consumo de drogas quando comparados aos demais países do mundo, para mesma população.

Com relação ao **uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua**, foi publicado em 2003 pela SENAD em parceria com o CEBRID – UNIFESP um importante levantamento realizado em todas as capitais do Brasil incluindo jovens de 10 a 18 anos de idade. Nessa pesquisa foi constatado que entre os entrevistados que não moravam com a família, 88,6% relataram terem feito uso de algum tipo de droga (incluindo álcool e tabaco) no mês anterior à entrevista. Especifica-



mente com relação ao álcool, 43% do total de entrevistados (incluindo os que moravam e os que não moravam com a família) relataram ter feito uso no último mês.

Outra população estudada recentemente foram os universitários. O **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras**, lançado em junho de 2010 pela SENAD em parceria com o GREA – FMUSP, constatou que 86,2% (12.673) dos entrevistados afirmaram já terem feito uso de bebida alcoólica em algum momento da vida. Dentre eles, a proporção entre homem e mulher foi igual de 1:1. Contudo quanto à frequência e a quantidade, os homens beberam mais vezes e em maior quantidade que as mulheres. Os dados também apontaram um consumo mais frequente de álcool entre os universitários que na população em geral.

#### **b. Indicadores Epidemiológicos**

Como mencionado anteriormente, os indicadores epidemiológicos fornecem dados indiretos sobre o comportamento da população em relação ao uso de drogas psicotrópicas. Os dados sobre **Internações hospitalares para tratamento da dependência** mostram que uma análise de séries temporais de 21 anos, 1988-2008, indicou redução do total de internações no período analisado (de 64.702 internações em 1988 para 24.001 em 2008). A redução parece ter acompanhado as ações adotadas nos últimos anos no Brasil, com destaque para a criação, a partir de 2002, dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad). De outro lado, ao serem analisadas as **apreensões de drogas feitas pela Polícia Federal** no período de 2004 a 2008 constatou-se que as quantidades de apreensões tanto de cocaína quanto de maconha manteve-se estável, havendo, entretanto, diminuição das apreensões dos frascos de lança-perfume e aumento da quantidade de comprimidos de ecstasy nos anos de 2007 e 2008.

Outro indicador importante refere-se ao uso **uso indevido de medicamentos psicotrópicos**. No Brasil, o uso indevido de benzodiazepínicos (ansiolíticos) passou a ser motivo de preocupação no final da década de 1980. Estudos mais recentes mostram que os benzodiazepínicos compõem a classe de medicamentos psicotrópicos mais prescritos, com base na análise das receitas médicas retidas em estabelecimentos farmacêuticos. São as mulheres as maiores consumidoras destas substâncias e, os médicos sem especialização, os maiores prescritores. No entanto, os benzodiazepínicos não são a única classe de medicamentos psicotrópicos sujeitos ao “abuso terapêutico”. Há a prescrição indiscriminada de anfetaminas (inibidores do apetite) para fins estéticos para pacientes sem evidência de indicação clínica (índice de massa corporal – IMC - maior que 30 kg/m<sup>2</sup>).

### Considerações Finais

Pode parecer estranho que, para uma mesma droga, apareçam porcentagens diferentes. Isto ocorre porque cada tipo de levantamento estuda uma determinada população com particularidades próprias. A Tabela 1 ilustra este 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 e crianças e adolescentes em situação de rua) as porcentagens foram bem maiores. Isto 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	Domiciliar	Estudantes do Ensino Fundamental e Médio	Crianças e Adolescentes em Situação de Rua	Universitários
Maconha	6,9	7,6	40,4	26,1
Solventes	5,8	13,8	44,4	20,4
Cocaína	2,3	2,0	24,5	7,7

**Tabela 1- Comparação do uso na vida de algumas drogas em três diferentes populações pesquisadas. Dados expressos em porcentagens** (Fonte: SENAD,CEBRID e GREa – FMUSP).

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, além do que, o uso de drogas é algo dinâmico, em constante variação de um lugar para outro e mesmo em um determinado lugar. Por estas razões, há necessidade de programas permanentes de pesquisas epidemiológicas, para que novas tendências possam ser detectadas e programas de prevenção e intervenção adequadamente desenvolvidos.

## UNIDADE 3

## Resumo

Você está encerrando a Unidade 3 deste Curso. Nessa etapa, você estudou além de alguns conceitos sobre epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas, os principais levantamentos sobre o assunto apresentados no país na última década.

Na Unidade 4, você estudará padrões de consumo do álcool especificamente na sociedade brasileira, como ele aparece na nossa cultura e se torna objeto de uso amplamente difundido. Até lá!

## Exercícios de Fixação

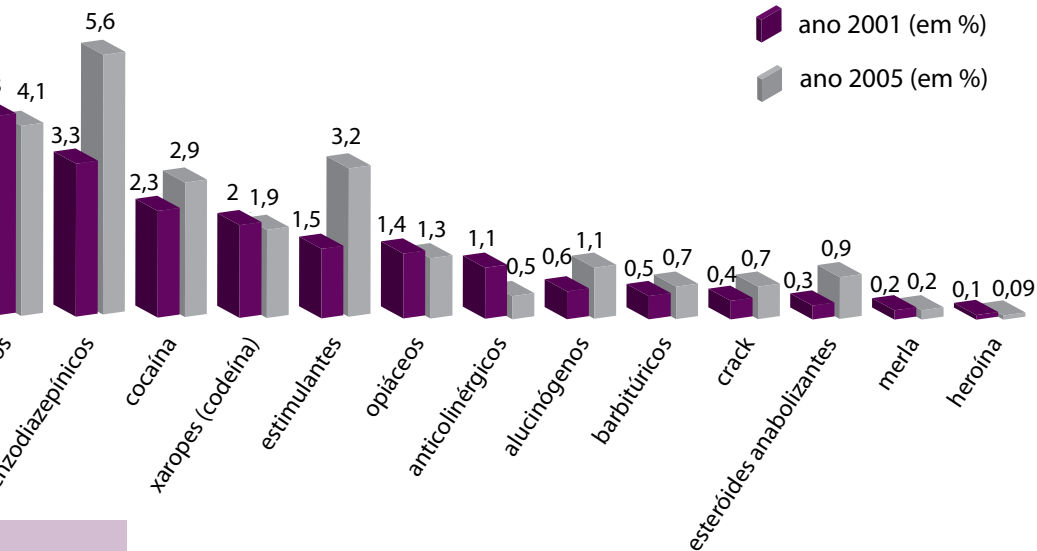


1. Com relação a Epidemiologia e dados recentes sobre as drogas, estudados nesta unidade, relacione uma coluna com a outra e marque a alternativa correta:

1 - Prevalência	( ) É o número de casos novos de certa doença ou fenômeno em uma população determinada, em um tempo determinado.
2 - Indicadores epidemiológicos sobre drogas	( ) é quando a pessoa começa a ter problemas físicos, mentais e sociais aparentes devido ao uso da substância.
3 - Uso frequente	( ) é quando a pessoa não mais consegue cumprir com suas obrigações cotidianas devido ao uso da substância ou devido aos efeitos adversos do seu uso.
4 - Levantamento epidemiológico	( ) uso, em 6 ou mais vezes, nos últimos 30 dias.
5 - Incidência	( ) É a proporção de <i>casos existentes de certa doença ou fenômeno</i> , em uma população <i>determinada</i> , em um tempo <i>determinado</i> .
6 - Dependência	( ) qualquer uso, inclusive um único uso experimental, alguma vez na vida.
7 - Uso abusivo	( ) Realizados em domicílios, com estudantes, crianças e adolescentes.
8 - Uso na vida	( ) Prisões de traficantes, casos de violência decorrentes do uso de drogas, apreensões de drogas feitas pelas polícias Federal, Estaduais e Municipais.

- a. 2, 3, 7, 1, 4, 5, 6, 8  
b. 1, 6, 7, 8, 5, 3, 2, 4  
c. 5, 6, 7, 3, 1, 8, 2, 4  
d. 5, 7, 6, 3, 1, 8, 4, 2  
e. 1, 7, 6, 8, 5, 3, 4, 2

## UNIDADE 3



2. Ao analisar o gráfico abaixo é correto afirmar que:

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 (Fonte: SENAD e CEBRID – UNIFESP).

- O gráfico mostra o **uso no ano** de drogas, exceto álcool e tabaco no período de 2001 e 2005.
- Houve um aumento de prevalência de 2001 para 2005 em 9 drogas; diminuição para 4 e o mesmo consumo para duas.
- Houve um aumento da incidência de 2001 para 2005 em 9 drogas; diminuição para 4 e o mesmo consumo para duas.
- Houve um aumento da incidência de 2001 para 2005 no uso de maconha, solventes, cocaína, merla, heroína, estimulantes, opiáceos, crack, anabolizantes e barbitúricos.
- Houve um aumento de prevalência de 2001 para 2005 em 4 drogas; diminuição para 2 e o mesmo consumo para nove.

## Referências

Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras. Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira (orgs). Brasília: SENAD, 2010.

BEAGLEHOLE, R; BONITA, R; KJELLSTROM, T. Epidemiologia básica. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994. 186 p.

BRASIL. O adolescente e as drogas no contexto da escola. Curso de formação em prevenção do uso indevido de drogas para educadores de escolas públicas. v. 1. Brasília: Senad/MEC, 2004. 84 p.

CARLINI, E. A. et al. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2001. São Paulo: Cebrid/Unifesp, 2002. 380 p.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Disponível em <<http://www.cebrid.epm.br>>. Acesso em: janeiro 2011.

CONACE – Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior. Quinto informe anual sobre la situación de drogas en Chile, 2005. Disponível em <<http://www.conacedrogas.cl>>. Acesso em: janeiro 2011.

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Disponível em: <<http://www.emcdda.eu.int>>. Acesso em: janeiro 2011.

GALDURÓZ, J.C. F. et al. 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: Cebrid/Unifesp, 2005. 398 p.

INCB – International Narcotic Control Board. Report for 2009: Psychotropic substances – Statistics for 2008 – Assessments of annual medical and scientific requirements or substances in schedules II, III and IV of the Convention on Psychotropic Substances of 1971. New York: United Nations, 2010. p. 369.

LARANJEIRA, R. et al. I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Brasília: Senad, 2007.

NAPPO, S. A. et al. Use of anorectic amphetamine-like drugs by Brazilian women. *Eating Behaviors*, v. 3, n. 2, p. 153-165, 2001.

NIDA – National Institute on Drug Abuse. High School and youth trends. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov/infacts/hsyouthtrends.html>>. Acesso em: janeiro 2011.

NOTO, A. R. et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the state of São Paulo, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, n. 2, p. 68-73, 2002.

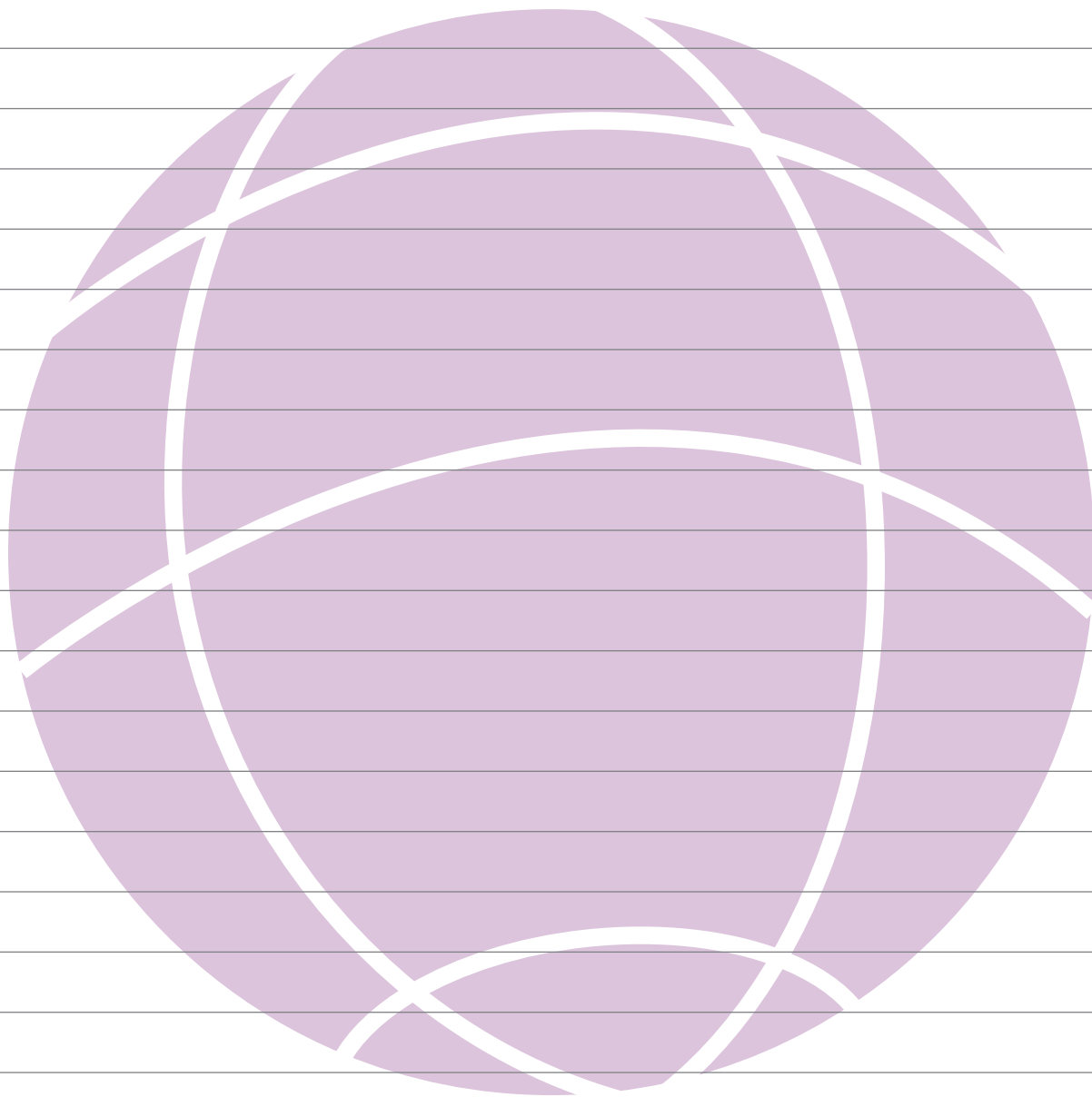
NOTO, A. R. et al. Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras – 2003. São Paulo: Cebrid/Unifesp, 2004. 246 p.

POLÍCIA FEDERAL. Disponível em: <<http://www.dpf.gov.br>>. Acesso em: abr. 2010.

SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies: 1999-2000 National Household Survey on Drug Abuse. U.S. Department of Health and Human Services, 2001. Disponível em: <<http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/reports.htm>>. Acesso em: janeiro 2011.



# Anotações





# Unidade 4


## Padrões de consumo do álcool na população brasileira

Camila Magalhães Silveira

Nesta Unidade, você verá informações sobre os padrões de consumo do álcool e o impacto desse uso no indivíduo, na família e na sociedade. Para tanto, os tópicos referentes a este tema estarão divididos em:

- Dados epidemiológicos relacionados ao uso do álcool
  - Padrões de consumo do álcool
- Diferenças entre os termos Alcoólatra e Alcoolista
  - Farmacologia do álcool
- Efeitos do uso abusivo do álcool

## Dados Epidemiológicos relacionados ao uso do álcool



**Epidemiologia** é uma ciência que estuda quantitativamente a distribuição dos fenômenos de saúde/doença e seus fatores condicionantes e determinantes nas populações humanas. Ou seja, no que diz respeito ao assunto que estamos estudando, o quanto os comportamentos relacionados ao consumo do álcool, como por exemplo, abuso e dependência, são frequentes na nossa população.

“É considerada bebida alcoólica aquela que contiver 0,5 grau Gay-lussac (Gay Lussac (oGL=%V) é a quantidade em mililitros de álcool absoluto contida em 100 mililitros de mistura hidro-alcoólica) ou mais de concentração, incluindo-se aí bebidas destiladas, fermentadas e outras preparações, como a mistura de refrigerantes e destilados, além de preparações farmacêuticas que contenham teor alcoólico igual ou acima de 0,5 grau Gay-Lussac.” (Política Nacional sobre o Álcool, aprovada através do Decreto Presidencial de Nº 6.117 de 22 de Maio de 2007).

Na Unidade 3, você conheceu a situação do consumo de álcool no Brasil. O álcool é a droga lícita mais consumida no país, provocando danos sociais e à saúde. Estudos nacionais e internacionais têm demonstrado a ocorrência significativa de mortes e doenças associadas ao uso abusivo de álcool, sendo o alcoolismo a 3ª causa de mortalidade e morbidade no mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a cada ano, cerca de 2 bilhões de pessoas consomem **bebidas alcoólicas**, o que corresponde a 40% da população mundial acima de 15 anos de idade, e cerca de 2 milhões de pessoas morrem em decorrência das consequências negativas do uso do álcool (por ex., intoxicações agudas, cirrose hepática, violência e acidentes de trânsito). Somente na América Latina e região do Caribe, estima-se que 10% das mortes e incapacitações estão relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas.

Estudo realizado em 2006, pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD em parceria com a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), da Universidade Federal de São Paulo, verificou em uma amostra de 1.152 adultos brasileiros que faziam uso do álcool, 45% tinham problemas decorrentes do beber, no momento da pesquisa ou no passado, sendo 58% homens e 26% mulheres.

Esses problemas relacionados ao uso de álcool são prioridades em termos de saúde pública, tornando necessária a elaboração de estudos sobre o tema, associados a campanhas preventivas e à continuidade na implementação de políticas públicas de saúde efetivas.

### Definições sobre padrões de consumo do álcool

A grande maioria das pessoas que bebem o faz de forma moderada. Contudo, há evidências de que o “**beber pesado**” tem se tornado cada vez mais frequente tanto em homens como em mulheres. Desta forma, o aparecimento de problemas decorrentes deste padrão de beber é cada vez mais comum, mesmo em indivíduos que não apresentam

o diagnóstico de dependência alcoólica. Quando os problemas provenientes do uso abusivo do álcool se tornam frequentes em diversas áreas de atuação do indivíduo (por ex. família, trabalho, saúde física), então, devemos investigar critérios para abuso e dependência do álcool.

Os principais **padrões de consumo de álcool** mencionados na literatura científica são:

### • Uso Moderado de Álcool

O uso moderado de bebidas alcoólicas é um conceito difícil de definir, na medida em que é interpretado de maneira diferente de acordo com a percepção de cada indivíduo. Comumente essa definição é confundida com beber socialmente, que significa o uso de álcool dentro de padrões aceitos pela sociedade. Ademais, com frequência, a moderação é vista de maneira errônea como uma forma de uso de álcool que não traz consequências adversas ao consumidor.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece que para se evitar problemas com o álcool, o consumo aceitável é de até 15 doses/semana para os homens e 10 doses/semana para as mulheres, sendo que 1 dose equivale, aproximadamente, a 350 mL de cerveja ou 150 mL de vinho ou 40 mL de uma bebida destilada, sendo que cada uma destas contém 10 a 15 g de etanol. O *National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) utiliza o termo “**beber moderado**” para se referir ao consumo com limites em que prejuízos não são esperados tanto para o indivíduo quanto para a sociedade; os homens não devem ultrapassar o consumo de 2 doses diárias de álcool e as mulheres uma dose diária, sendo que tanto homens quanto mulheres não devem beber mais de duas vezes na semana.

### Definições sobre “Beber Pesado” e “Beber Pesado Episódico”

**Beber pesado episódico** (BPE), também considerado “*Binge Drinking*” por muitos autores, é definido como o consumo de 5 ou mais doses de bebidas alcoólicas, em uma única ocasião, por homens, ou 4 ou mais doses de bebidas alcoólicas consumidas, em uma única ocasião

por mulheres, pelo menos, uma vez nas últimas 2 semanas. O critério de BPE do NIAAA é semelhante, e definido como o consumo de 5 ou mais doses de bebidas alcoólicas, em uma única ocasião, por homens ou 4 ou mais doses de bebidas alcoólicas consumidas em uma única ocasião por mulheres, sem levar em conta a frequência desse padrão de consumo. A definição de BPE foi criada a partir de evidências científicas crescentes de que estas quantidades (5+ / 4+) aumentam o risco do indivíduo apresentar problemas relacionados ao uso do álcool.

Um corpo crescente de evidências epidemiológicas tem demonstrado, de modo consistente, que o “beber pesado” está associado a uma gama significativa de situações adversas à saúde e à sociedade, tais como: danos à saúde física, comportamento sexual de risco, gravidez indesejada, infarto agudo do miocárdio, intoxicação alcoólica, quedas e fraturas, violência (incluindo brigas, violência doméstica e homicídios), acidentes de trânsito, problemas psicossociais (ex. na família e trabalho), comportamento antissocial e dificuldades escolares, tanto em jovens como na população em geral. Além disto, o “beber pesado” está associado a um aumento da mortalidade por todas as causas de doenças cardíacas e está relacionado a um risco maior para transtornos psiquiátricos, câncer e doenças gastrointestinais.

### • Abuso ou Dependência do Álcool

A definição de **alcoolismo** nem sempre acompanhou os critérios diagnósticos formais para as síndromes. Esses critérios foram elaborados, ao longo dos anos, pela Classificação Internacional de Doenças (CID) e pelo Manual Diagnóstico Estatístico (elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria). De acordo como o *National Council on Alcoholism and Drug Dependence*, alcoolismo é uma doença primária, crônica, com fatores genéticos, psicossociais e ambientais que influenciam seu desenvolvimento e manifestações. A maior parte dos clínicos utilizam os critérios diagnósticos para abuso e dependência do álcool a fim de tornar o diagnóstico mais objetivo e estruturado e com isso facilitar o direcionamento do tratamento. A dependência do álcool é definida no IV Manual Diagnóstico Estatístico (DSM-IV) da Associação Americana de Psiquiatria como a repetição de problemas decorrentes do uso do

álcool em, pelo menos, 3 das sete áreas de funcionamento, ocorrendo conjuntamente, em um período mínimo de 12 meses. Uma ênfase especial é atribuída à tolerância e/ou sintomas de abstinência, condições associadas a um curso clínico de maior gravidade. A dependência ocorre em homens e mulheres de todas as raças e classes socioeconômicas. O diagnóstico prediz um curso de problemas recorrentes decorrentes do uso do álcool e um conseqüente encurtamento da vida por uma década ou mais. Na ausência de dependência ao álcool, o indivíduo pode receber o diagnóstico de abuso de álcool se ele apresentar problemas repetidos decorrentes do uso do álcool, em pelo menos, uma das 4 áreas relacionadas ao viver: esfera social, interpessoal, legal e problemas ocupacionais ou persistência do uso em situações perigosas (exemplo: beber e dirigir).

A OMS ainda esclarece que, em algumas situações, o uso do álcool não é recomendado nem em pequenas quantidades. Dentre elas se encontram:

- Mulheres grávidas ou tentando engravidar;
- Pessoas que planejam dirigir ou que estão realizando tarefas que exijam alerta e atenção como a operação de uma máquina;
- Pessoas com condições clínicas que podem piorar com o uso de álcool, como por exemplo, a hipertensão e o diabetes;
- Alcoolistas em recuperação;
- Menores de 18 anos.

### Diferenças entre os termos “alcoólatra” e “alcoolista”

Os termos “*alcoólatra*” e “*alcoolista*” são usados, quase que indistintamente pela comunidade científica e pelo público leigo para definir a “dependência do álcool”.

O termo “*alcoólatra*” foi utilizado por muitos anos para designar aqueles indivíduos que bebiam abusivamente e que, por conta disto, tinham uma série de problemas decorrentes do uso do álcool. O uso do termo “*alcoólatra*” é inadequado, pois confunde o dependente do álcool com alguém que “idolatra” o álcool e que, por conta disto, “escolhe” ou “opta” continuar fazendo uso da substância a despeito dos problemas

que ela gera para o bebedor e para seus familiares. O termo “alcoólatra”, portanto, estigmatiza e rotula o bebedor como alguém que está fadado a uma condição de depreciação, fraqueza e falta de escolhas, pois privilegia o álcool acima de todas as coisas. Esta condição não é verdadeira, visto que, quando a dependência está instalada, em muitas ocasiões, o indivíduo bebe para minimizar os efeitos da abstinência e não para ter prazer.

O termo “alcoologista”, por sua vez, é proposto por alguns pesquisadores como uma alternativa menos estigmatizante, visto que, o termo coloca o indivíduo como alguém que tem “afinidade” pelo álcool e não é “seduzido” por ele. O termo alcoologista foi utilizado em substituição ao termo “alcoólatra” a fim de não responsabilizar unicamente o bebedor pelos problemas decorrentes do uso do álcool, mas sim, reconhecer que o álcool é uma substância lícita, socialmente aceita e disponível, mas quando utilizada em grandes quantidades e frequências expõe o bebedor a muitos riscos.

A expressão mais adequada para designar o indivíduo que tem sintomas físicos desencadeados pela falta do álcool, assim como outros problemas decorrentes do uso desta substância é “*dependente do álcool*”. A dependência do álcool é uma condição clínica que quando identificada é conferido um diagnóstico e um tratamento para o indivíduo a fim de que ele possa se recuperar e voltar a ter uma vida dentro de um contexto social considerado normal.

## Farmacologia do etanol

A farmacologia do álcool é um tema particularmente importante para ser abordado neste capítulo, à medida que o mesmo facilita o entendimento dos problemas decorrentes do uso desta substância em muitos indivíduos que a consomem.

O álcool é o Etanol (álcool etílico). O **etanol** é uma molécula simples que se move facilmente através das membranas celulares, equilibrando-se rapidamente entre o sangue e os tecidos. O nível do álcool no sangue, que denominamos de alcoolemia, é expresso como gramas de etanol por litro (por exemplo, 0,2 g/L); o consumo de uma dose de



bebida alcoólica, que equivale a uma lata de cerveja ou uma taça de vinho de 140 ml ou uma dose de bebida destilada de 35 mL, por um homem de 70 kg, resulta em uma alcoolemia de 0,2g/L, já a mulher de 60kg terá a alcoolemia de 0,3 g/L. Os níveis máximos de concentração de álcool no sangue geralmente ocorrem após meia hora do consumo, mas podem variar na população. O organismo subsequentemente metaboliza e excreta, aproximadamente, uma dose por hora, ou seja, se o indivíduo beber 4 doses de bebidas alcoólicas em uma festa, terá de esperar 4 horas para que todo o álcool saia de seu organismo antes de dirigir. Vale lembrar que café preto, refrigerante ou banho gelado não são medidas que resolvem esse tipo de situação e nem são capazes de acelerar a metabolização do álcool e conseqüentemente diminuir a embriaguez .

Como consequência de sua alta solubilidade em água, o etanol cai rapidamente na corrente sanguínea de onde é distribuído para a maioria dos órgãos e sistemas. O etanol é absorvido pela boca, esôfago (em pequenas quantidades), estômago, intestino grosso (em quantidades moderadas), e intestino delgado, local principal de sua absorção e também onde as vitaminas do complexo B são totalmente absorvidas. A taxa de absorção é aumentada quando o estômago está vazio, ou seja, beber com o estômago vazio aumenta muito a absorção do álcool, fazendo com que o indivíduo fique embriagado mais rapidamente.

Somente 10% do etanol são excretados diretamente pelos pulmões, urina ou suor, e a maior parte é metabolizada no fígado.

Apesar do álcool fornecer calorias (uma dose de bebida alcoólica contém aproximadamente 70 a 100 kcal), estas são desprovidas de nutrientes tais como minerais, proteínas e vitaminas.

Indivíduos que fazem uso crônico de grandes quantidades de álcool, com o passar do tempo, podem desenvolver complicações em diversos órgãos tais como: inflamações no esôfago, no estômago; fígado gorduroso, hepatite e cirrose hepática; pancreatite; deficiências vitamínicas, demência e câncer.

## Consequências negativas relacionadas ao abuso do álcool

### Álcool e Gravidez

O consumo excessivo de álcool entre as mulheres grávidas constitui um problema relevante de saúde pública, pois pode levar à Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), expressão de maior comprometimento comportamental e neurológico em filhos de mulheres que beberam em excesso na gestação. O consumo abusivo e/ou a dependência do álcool traz, reconhecidamente, inúmeras repercussões negativas sobre a saúde física, psíquica e a vida social da mulher. As mulheres com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas apresentam características e necessidades de tratamento diferentes das dos homens. Por isso, os estudiosos propõem o desenvolvimento de programas específicos para mulheres, e o princípio fundamental para desenvolver e implementar estes programas é utilizar estratégias particularmente responsivas às necessidades das mulheres.

As mulheres que fazem uso de álcool durante e após a gestação estão expondo seus filhos a riscos já identificados em vários estudos clínicos e experimentais, inclusive, evidências recentes sugerem que mesmo uma dose de álcool por semana está associada com possibilidade de dificuldades mentais. O recém-nascido de uma alcoolista pesada mama pouco, é irritável, hiperexcitado e hipersensível, tem tremores e fraqueza muscular, tem alteração do padrão de sono, transpira muito e pode ter apneia (não consegue respirar).

E o que faz o etanol no organismo que está em crescimento dentro do útero?

Os danos pré-natais na época da concepção e primeiras semanas podem ser de natureza mutagênica, levando a aberrações cromossômicas graves. No 1º trimestre, há o risco de má-formação e dismorfismo facial (alterações na face), pois se trata de fase crítica para a formação do bebê; no 2º trimestre, há o aumento da incidência de abortos espontâneos e, no 3º trimestre, o álcool lesa outros tecidos do sistema nervoso. Além disso, vai causar retardo de crescimento intrauterino e comprometer o parto, aumentando o risco de infecções, trabalho de parto prematuro, o que constitui forte indicação de sofrimento fetal.

As alterações físicas e mentais que ocorrem na síndrome alcoólica fetal são totalmente preveníveis, se a gestante não consumir álcool ao longo de sua gravidez. Portanto, a recomendação da Academia Americana de Pediatria e do Colégio Americano dos Ginecologistas e Obstetras é a completa abstinência de álcool, em qualquer quantidade e em qualquer fase da gravidez. Os danos que o etanol provoca em fetos de mulheres usuárias de álcool são permanentes e irreversíveis. Há, porém, meios de reduzir as consequências deste uso abusivo, por meio de ações multiprofissionais.

## Álcool e Violência

Vários estudos demonstram a relação entre o uso de álcool e violência.

Em estudo realizado nos EUA, em 2001, os autores Brecklin & Ullman relataram que 76% das ocorrências relacionadas à violência sexual tinham relação com o consumo de bebidas alcoólicas.

Outro estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde na Argentina, Brasil e México, mostrou que cerca de 80% de pacientes que deram entrada em setores de emergência como vítimas de violência (intencionais ou não intencionais), eram do sexo masculino e tinham menos de 30 anos de idade. Um estudo chileno demonstrou, também, uma porcentagem elevada de pessoas com alcoolemia positiva envolvidas em casos de violência.

No Brasil, dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) apontaram que 52% dos casos de violência doméstica estavam ligados ao consumo de álcool pelo espancador.

A partir da revisão da literatura, sabe-se que o consumo abusivo de álcool é um importante facilitador de situações de violência, aumentando o risco de um indivíduo vir a cometer ou ser vítima de comportamentos violentos. Contudo, o álcool não é a causa única e direta da violência. Outros fatores devem ser considerados, como por exemplo, os contextos sociais e culturais de cada situação e os fatores de risco.

No próximo item, vamos falar um pouco da questão do uso de álcool como problema de saúde pública.

Você sabia que a gestante que abusa do álcool durante a gestação faz do feto um co-consumidor de álcool, uma vez que a placenta não filtra o álcool do sistema circulatório da mãe para o feto. O resultado pode ser uma **Síndrome Alcoólica Fetal - SAF**, com lesões possíveis, como deficiência de crescimento intrauterino e pós-natal, microcefalia, dentre outros. Também são frequentes deformações físicas, principalmente, nas extremidades, na cabeça, no coração e nos órgãos genitais. Outro sintoma frequente é a síndrome de abstinência, que se instala no recém-nascido logo após o parto, podendo levar a uma morte repentina após horas de vida, e que nem sempre é devidamente diagnosticada.

Após 40-60 minutos de ingestão de álcool por uma gestante, a concentração de álcool no sangue fetal fica equivalente à concentração de álcool no sangue da mãe.



Como visto, outros padrões de consumo do álcool como o beber pesado, antes mesmo da dependência, traz problemas de diversas ordens, tanto para o indivíduo quanto para a família e para a sociedade em geral. Em função disso, o álcool é considerado um problema de saúde pública e requer ações de diversos níveis.

## O Álcool e a Saúde Pública

As ações de saúde pública têm um grande efeito no que se refere à qualidade de vida das populações, em decorrência do acesso e disponibilização de serviços e tecnologias em saúde.

Por isso, é necessário compreender o conceito de saúde pública para que se possa planejar intervenções, destinar melhor os recursos humanos e materiais a serviços preventivos e curativos, bem como, avaliar os programas e serviços.

Uma das definições de **Saúde Pública** foi apresentada por Winslow, Charles-Edward Amory , nos EUA 1920:

“A arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade. Abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde”

Como vimos, no início desta Unidade, a OMS estima em, aproximadamente, 2 bilhões o número de consumidores de bebidas alcoólicas no mundo.

Neste sentido, o desafio da saúde pública na área de álcool e outras drogas é o de implementar políticas que promovam e fortaleçam ações de prevenção. Para que as políticas de prevenção ao uso de álcool sejam efetivas e apresentem uma legitimidade, é de extrema importância a monitoração do beber pesado episódico e do abuso/dependência de álcool por meio de estudos epidemiológicos.

Podemos citar algumas ações de políticas de prevenção do uso de álcool, tais como: restrição de acesso de bebidas a menores, campanhas na mídia de massa, restrição de propagandas, controle do beber e dirigir, taxaço de impostos, dentre outras.

Recente artigo científico publicado em uma das mais prestigiosas revistas científicas do mundo “the Lancet” mostrou que intervenções breves (orientações clínicas de curta duração) são altamente efetivas e possuem efeitos positivos sobre uma série de consequências nocivas do uso de álcool. Além disto, tratamentos cognitivo-comportamentais e farmacológicos também são avaliados como eficazes. O estudo também mostrou que intervenções comunitárias como o controle ao acesso de bebidas leva à diminuição nos acidentes de trânsito e violência interpessoal.

No que diz respeito à associação entre bebida e direção, o estudo mostrou que a diminuição dos limites de álcool no sangue permitidos para condutores é uma medida efetiva em diversos países, sem contar que intensivos testes aleatórios de verificação de alcoolemia nas rodovias e pontos de parada, para verificação da sobriedade, reduzem fatalidades e acidentes no trânsito relacionados ao uso de álcool.

Como podemos observar, o ideal é que as políticas públicas sobre o consumo de álcool sejam guiadas por evidências científicas que demonstrem boa relação custo-efetividade, consistência nas ações implementadas e que contem com o apoio e a aprovação da comunidade no desenvolvimento de estratégias que tragam benefícios para a população.

## Resumo

Você está concluindo a Unidade 4 deste livro. Nessa Unidade você estudou que o álcool é a droga lícita mais consumida no país. Viu também que existem evidências de que o “beber pesado” tem se tornado cada vez mais frequente e disseminado tanto entre homens como entre mulheres e que o aparecimento de problemas decorrentes deste padrão de beber é cada vez mais comum. Você observou também a relação do uso de álcool com a violência e os desafios enfrentados pela saúde pública no que concerne ao álcool na sociedade brasileira.

Na próxima Unidade, no Módulo 2, você estudará os aspectos socio-culturais do uso de álcool e outras drogas e exemplos de prevenção no nosso país. Logo voltamos a nos encontrar! Até lá!

## Exercícios de fixação



Atenção! Os exercícios de fixação também estão disponibilizados no AVEA. Em caso de dúvidas, entre em contato com seu TUTOR.

1. O álcool é a droga lícita mais consumida no país, provocando danos sociais e à saúde. Com relação aos padrões de consumo do álcool na população brasileira, marque a alternativa incorreta:
  - a. O “beber pesado episódico” é uma definição comumente confundida com beber socialmente.
  - b. O “beber pesado” tem se tornado cada vez mais frequente tanto em homens como em mulheres.
  - c. Os problemas relacionados ao uso de álcool são prioridades em termos de saúde pública.
  - d. Quando os problemas provenientes do uso abusivo do álcool se tornam frequentes em diversas áreas de atuação do indivíduo, devemos investigar critérios para abuso e dependência do álcool.
  - e. Segundo a Organização Mundial da Saúde, cerca de 2 milhões de pessoas morrem em decorrência das consequências negativas do uso do álcool.
  
2. A sociedade em geral pode ajudar no tratamento e recuperação de usuários da seguinte forma:
  - a. Estigmatizando o usuário de álcool.
  - b. Pensando que o usuário sempre é uma pessoa “sem caráter”.
  - c. Entendendo que o problema de consumo de álcool não é uma doença.
  - d. Adotando em todas as circunstâncias uma postura moralista.
  - e. Nenhuma das respostas anteriores.

## UNIDADE 4

## Referências

ANDERSON P, CHISHOLM D., FUHR D. C. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. **Lancet** 2009; 373:2234-46

ANDRADE, L., WALTERS, E.E., GENTIL, V. and LAURENTI, R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Soc. Psychiatry Psych. Epidemiol.** 37: 316-327, 2002.

CARLINI, E.A; GALDURÓZ, J.C.F; NOTO, A.R; NAPPO, S.A. **I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2001** – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2001.

LARANJEIRA, R. et. al. (Orgs.) **I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. Revisão técnica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília: SENAD, 2007.

LEYTON V, PONCE J, ANDREUCCETT G. Problemas específicos: álcool e trânsito. In **Álcool e suas conseqüências: uma abordagem multiconceitual**. Editores Andrade AG, Anthony J, Silveira CM—Barueri SP: Minha Editora, 2009

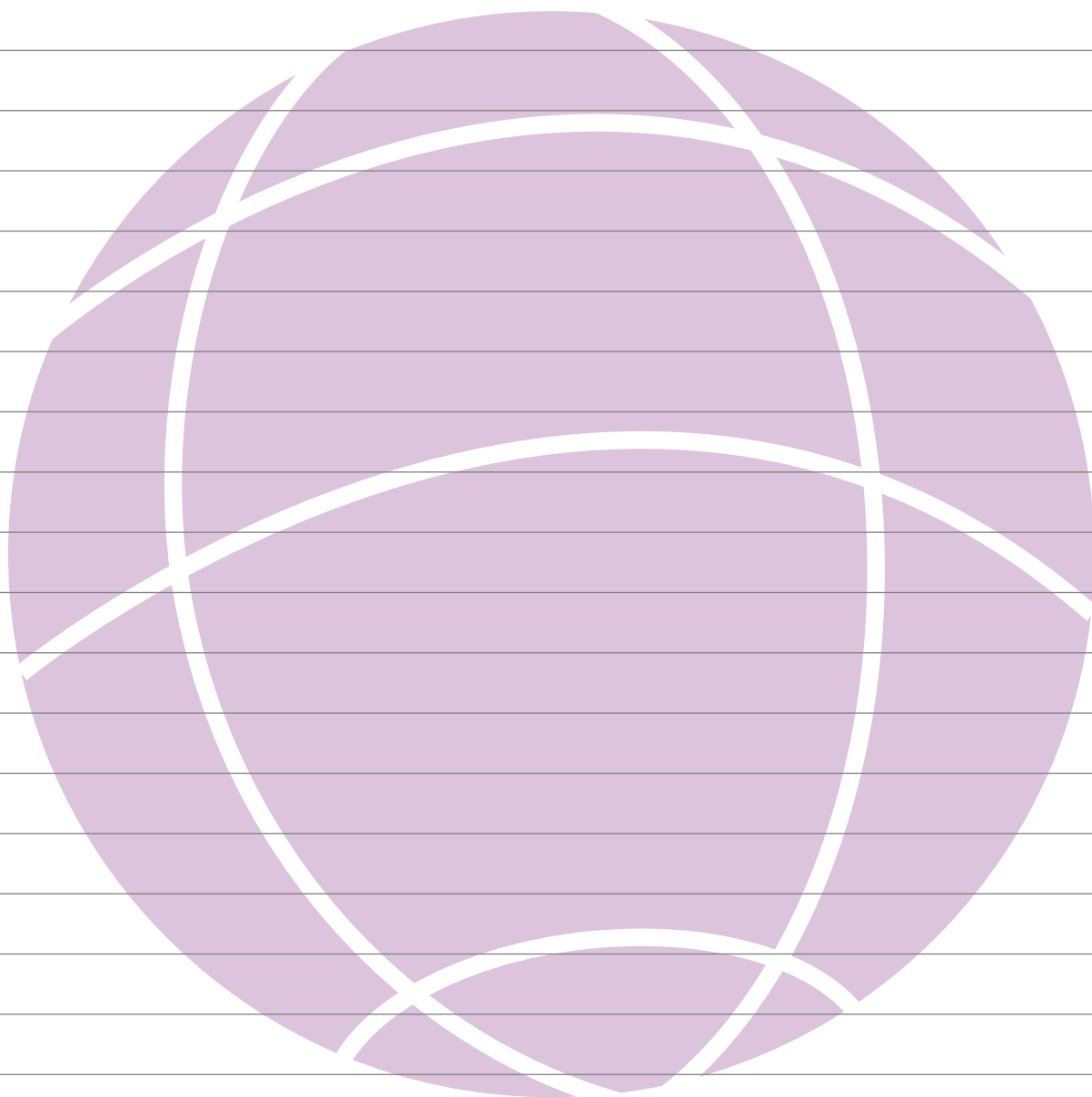
MOREIRA, L.B., FUCHS, F.D., MORAES, R.S., BREDEMEIER, M., CARDOZO, S., FUCHS, S.C. and VICTORA, C.G. Alcoholic beverage consumption and associated factors in Porto Alegre, a southern Brazilian city: a population-based survey. **J. Stud. Alcohol.** 57: 253-259, 1996.

REHM, J., CHISHOLM, D., ROOM, R. and LOPEZ, A.D. Alcohol. In: Jamison D.T., Breman, J. G., Measham, A. R., Alleyne, G., Claeson, M., Evans, D. B., Jha, P., Mills, A., Musgrove, P.(Ed.) **Disease Control Priorities in Developing Countries** (2nd Edition), Washington (DC): IBRD/The World Bank and Oxford University Press, 2006, pp. 887-906.

SILVEIRA CM; PANG W. ANDRADE A. ANDRADE L. H. Heavy Episodic Drinking in the São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study in Brazil: Gender and Socio-Demographic Correlates. **Journal of Studies on Alcohol** 68: 18-27, 2007).



# Anotações



2



# Módulo II

## Prevenção e Tratamento

A contextualização sociocultural da droga apresenta uma multiplicidade de fatores que envolvem essa temática. Para pensarem ações de prevenção e tratamento, é fundamental ampliar o olhar sobre essa temática e propor abordagens que considerem os diferentes aspectos nela envolvidos. É fundamental perceber a importância dos laços comunitários para a integração e o fortalecimento de programas sociais na prevenção ao uso de drogas.



# Unidade 5

## Aspectos socioculturais do uso de álcool e outras drogas e exemplos de projetos de prevenção

\*Fátima Büchele  
Déborah Domiceli de Oliveira Cruz

Nesta Unidade, você estudará a importância da contextualização sociocultural quando o assunto é uso (abusivo ou não) de drogas. As temáticas abaixo são a base do seu estudo:

- as drogas na história da humanidade
- a cultura moderna e o papel das drogas
- a cultura comunitária e possíveis projetos de prevenção

\* Texto adaptado do original do Curso Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros Municipais, 2008.



## Uma abordagem histórica na relação homem/ drogas.

“Procurou o homem, desde a mais remota antiguidade, encontrar um remédio que tivesse a propriedade de aliviar suas dores, serenar suas paixões, trazer-lhe alegria, livrá-lo de angústias, do medo ou que lhe desse o privilégio de prever o futuro, que lhe proporcionasse coragem, ânimo para enfrentar as tristezas e o vazio da vida.” Lauro Sollero.

A humanidade possui inúmeros registros históricos evidenciando o uso de drogas no cotidiano. Na antiguidade, as drogas já eram utilizadas em cerimônias e rituais para se obter prazer, diversão e experiências místicas (transcendência). Os indígenas utilizavam as bebidas fermentadas – álcool – em rituais sagrados e/ou em festividades sociais. Os egípcios usavam o vinho e a cerveja para o tratamento de uma série de doenças, como meio para amenizar a dor e como abortivo. O ópio era utilizado pelos gregos e árabes para fins medicinais, para alívio da dor e como tranquilizante. O cogumelo era considerado sagrado por certas tribos de índios do México, que o usavam em rituais religiosos, induzindo alucinações. Os gregos e romanos usavam o álcool em festividades sociais e religiosas. Ainda hoje, o vinho é utilizado em cerimônias católicas e protestantes, bem como no judaísmo, no candomblé e em outras práticas espirituais (Bucher, 1992).

Nesse sentido, a utilização das drogas não representava, em geral, uma ameaça à sociedade, pois seu uso estava relacionado aos rituais, aos costumes e aos próprios valores coletivos e, ainda, não se sabia dos efeitos negativos que elas poderiam causar – não havia estudos científicos. Esses usos foram raramente percebidos como ameaçadores à ordem social constituída, exceto durante o período da caça aos heréticos e às bruxas (Escohotado, 1994).

Foi somente no final do século XIX e início do século XX, com a aceleração dos processos de urbanização e industrialização e com a implantação de uma nova ordem médica, que o uso e abuso de vários tipos de drogas passaram a ser problematizados. Assim, seu controle passou da esfera religiosa para a da biomedicina, inicialmente, nos grandes centros urbanos dos países mais desenvolvidos do Ocidente (McRAE, 2007).

Ao longo desses últimos 30 anos, os efeitos do álcool e de outras drogas ficaram mais conhecidos. Em consequência disso, os problemas foram sendo reconhecidos de maneira mais expressiva. A partir desse processo, um novo contexto surgiu e com ele novas formas de uso e abuso.

## O quadro contemporâneo

Na atualidade, diferentes tipos de substâncias psicoativas vêm sendo usados entre uma gama de finalidades que se estende desde o uso lúdico, com fins prazerosos no desencadeamento de estado de êxtase, como uso místico, curativo entre outros. A experimentação e o uso dessas substâncias crescem de forma consistente em todos os segmentos do País.

Dados do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC) apontam que, no mundo todo, cerca de 200 milhões de pessoas – quase 5% da população entre 15 e 64 anos – usam drogas ilícitas, pelo menos, uma vez por ano. Dentre estas, a mais consumida no mundo é a maconha.

Os Levantamentos Domiciliares realizados em 2001 e 2005 pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), mostram a evolução do consumo das drogas mais usadas. As pesquisas envolveram entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.

**Drogas mais usadas – % de uso na vida**

DROGAS	2001	2005
ÁLCOOL	68,7	74,6
TABACO	41,1	44,0
MACONHA	6,9	8,8
SOLVENTES	5,8	6,1
OREXÍGENOS	4,3	4,1
BENZODIAZEPÍNICOS	3,3	5,6
COCAÍNA	2,3	2,9
XAROPES (codeína)	2,0	1,9
ESTIMULANTES	1,5	3,2

Em nossa sociedade, observa-se que a grande maioria da população faz uso de algum tipo de substância lícita, como álcool, tabaco e medicamentos com finalidades diferentes (aliviar a dor; baixar a ansiedade; reduzir a sensação de cansaço, de depressão; obter prazer; entre outras). Das substâncias de uso ilícito, a maconha, a cocaína e os solventes são as mais utilizadas.

Embora as sociedades apresentem diferenças culturais em relação à utilização e às finalidades do álcool e outras drogas, estas substâncias apresentam algumas funções presentes em todos os lugares: elas oferecem a possibilidade de alterar as percepções, o humor e as sensações (Bucher, 1992).

**A cultura moderna e o papel das drogas**

Em uma sociedade focada no consumo, na qual o importante é o “ter” e não o “ser”, e a inversão de crenças e valores gera desigualdades sociais, favorece a competitividade e o individualismo, não há mais “certezas” religiosas, morais, econômicas ou políticas. Esse estado de insegurança, de insatisfação e de estresse constante incentiva a busca de novos produtos e prazeres – nesse contexto, as drogas podem ser um deles.

Dessa forma, segundo Birman (1999) e Conte (2001), as drogas inserem-se no movimento social da nossa cultura. Algumas delas, no entanto, são incorporadas em nossa cultura a ponto de não serem consideradas como drogas. O álcool e o tabaco, por exemplo, são drogas



<http://www.mundojovem.org.br/drogas.php?sec=Drogas> <http://www.indg.com.br/info/glossario/glossario.asp?c>



legalmente comercializadas e aceitas pela sociedade. O álcool faz parte tanto das festividades sociais, quanto da economia. Essa aceitação é determinada, em geral, por valores sociais e culturais.

Quando propomos ações e intervenções em situações relacionadas ao uso abusivo de álcool e de outras drogas, em nossa comunidade, precisamos entender a relação entre o homem, a droga e o ambiente. Ou seja, o contexto sociocultural onde isso acontece deve receber uma atenção diferenciada.

Cultura é definida como um complexo dos padrões de comportamento, das crenças, das instituições e de outros valores espirituais e materiais transmitidos coletivamente e característicos de uma sociedade ou de uma civilização (FERREIRA, 1986). Pode ser vista, também, como um conjunto de atitudes e modos de agir, de costumes, de instituições e valores espirituais e materiais de um grupo social, de uma sociedade, de um povo.

## **O papel da família, culturas e religiões**

A família é a primeira referência do homem; é como uma sociedade em miniatura. É na família, mediadora entre o indivíduo e a sociedade, que aprendemos a perceber o mundo e a nos situarmos nele. Ela é a principal responsável por nossa formação pessoal, porém não é a única.

“A família e a influência cultural são fatores importantes na determinação do padrão do uso e consumo do álcool e outras drogas. Há várias evidências de que os padrões culturais têm papel significativo no desenvolvimento do alcoolismo. Sem, entretanto, ignorar as condições preexistentes de personalidade que podem favorecer a dependência de álcool e outras drogas.” (Buchele, Marques, Carvalho, 2004).

Culturas que seguem rituais estabelecidos de onde, quando e como beber têm menores taxas de uso abusivo de álcool, quando comparadas a culturas que simplesmente proíbem o uso (Formigone, 1997). Fortes (1975) considera que existem culturas que ensinam crianças a beber, e nas quais o ato de beber está intimamente ligado a cerimônias e rituais religiosos.

Ramos e Bertolote (1990) explicam que na cultura judaica, por exemplo, o beber é determinado rigorosamente em algumas festas e ocasiões rituais. O que leva à “uma educação do beber” e, com isto, a uma pequena proporção de dependentes ou de bebedores-problemas.

“O uso de álcool é socialmente mais aceitável do que o de outras drogas. Porém, o que é ou não socialmente aceitável depende das características da comunidade em questão – seus valores, sua cultura – e não do risco que a droga representa.” (SILVEIRA, 1999)

Vários autores mostram que o alcoolismo atinge as populações de forma diferente. Entre estes autores se pontua Edwards (1999), quando discorre sobre os fatores culturais envolvidos no alcoolismo, reafirmando que diferentes posturas frente ao uso do álcool determinam padrões diferentes de respostas. Assim, é aceito que a cultura se constitui num importante fator determinante na proporção de alcoolistas.

### **Tradições e usos distintos**

A influência cultural não se restringe apenas ao álcool ou a outras drogas lícitas. Observe, a seguir, algumas considerações sobre a planta da coca, matéria-prima da cocaína, nos seus diferentes aspectos e no seu uso cultural, segundo Figueiredo (2002).

Suas folhas são mastigadas há séculos, nas montanhas e altiplanos, pela população indígena. O hábito de mastigar a folha da coca – o chamado “coquear” – ocupa um lugar de destaque na cosmologia, na esfera comunitária e ritual dessas populações.

“Coquear” faz parte de uma adaptação biológica e sociocultural em contexto geográfico e climático altamente desfavorável que, evidentemente, não se deixa mudar por considerações meramente moralistas. Mastigar a folha da coca tem por objetivo, em primeiro lugar, evitar o cansaço considerável devido à altitude. Evitam-se, assim, a sede e a fome (ou pelo menos as suas sensações), e aguenta-se melhor o frio, às vezes, intenso.

O seu valor cultural e mitológico é ressaltado, em particular, por meio do seu uso nos momentos do nascimento e da morte. Ela é aplicada no

recém-nascido para a secagem do cordão umbilical, que, em seguida, é enterrado junto com as folhas de coca, representando, assim, um talismã para o resto da vida do indivíduo. Nas cerimônias funerárias, acredita-se numa verdadeira convulsão dos espíritos (da coca), que devem ser apaziguados mediante certos rituais, para assegurar a tranquilidade no além, da pessoa falecida.

Percebe-se, dessa forma, que o uso da coca parece ter algo de “sagrado”. Ele não se limita ao mastigar, como consequência de condições socioeconômicas difíceis. Se é altamente desejável melhorar as condições de vida dessa população, não quer dizer que se deve, para isso, destruir os seus valores culturais milenares.

## A cultura comunitária e possíveis projetos de prevenção

Alguns fatores de risco ou de proteção podem contribuir para o uso de drogas. Estes fatores não são determinantes, apenas aumentam ou diminuem, em diferente intensidade, a probabilidade de o indivíduo vir ou não a fazer o uso de drogas.

Observe alguns exemplos de fatores de risco e de proteção para o uso de álcool e outras drogas no domínio comunitário.

### DOMÍNIO COMUNITÁRIO

Fatores de risco	Fatores de proteção
Falta de oportunidades socioeconômicas para a construção de um projeto de vida;	Existência de oportunidades de estudo, trabalho, lazer e inserção social que possibilitem ao indivíduo concretizar seu projeto de vida;
Fácil acesso às drogas lícitas e ilícitas;	Controle efetivo do comércio de drogas legais e ilegais;
Permissividade em relação a algumas drogas;	Reconhecimento e valorização, por parte da comunidade, de normas e leis que regulam o uso de drogas;
Inexistência de incentivos para que o jovem se envolva em serviços comunitários;	Incentivos ao envolvimento dos jovens em serviços comunitários;
Negligência no cumprimento de normas e leis que regulam o uso de drogas.	Realização de campanhas e ações que ajudem o cumprimento das normas e leis que regulam o uso de drogas.

Fonte: A Prevenção do Uso de Drogas e Terapia Comunitária, SENAD, 2006

Frente a essas informações, você conselheiro conhece a situação do consumo de álcool e outras drogas em sua comunidade e/ ou em seu município?

A seguir, você verá exemplos de sucesso desenvolvidos em projetos originados nas comunidades. Todos eles registraram bons frutos na proteção dos jovens quanto ao uso de drogas e o desenvolvimento de competências. Algumas ideias de trabalhos com jovens da sua própria comunidade podem ser extraídas destes exemplos.

### Projeto Bola na Rede – Fundação Cuca/Guarabira – PB

Como em outras localidades do nordeste, as crianças e adolescentes da comunidade Antonio Mariz, popularmente conhecida por “Mutirão”, no município de Guarabira, Estado da Paraíba, enfrentam sérios problemas: exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, envolvimento com consumo e tráfico de drogas, violência e trabalho infantil.

Para fazer frente a essa situação, a Fundação CUCA - Centro Unificado de Capacitação e Arte criou o projeto “Bola na Rede”, que atende parte das crianças e adolescentes daquela comunidade.

Desde o início, os jovens foram incentivados a participar ativamente da construção do projeto. Com a oficina já instalada, os jovens desenvolvem habilidades técnicas de corte, furo, costura, modelagem e serigrafia, estando a maioria já apta a produzir bolas com a qualidade requerida. Porém, o mais relevante tem sido a participação dos adolescentes na coordenação do projeto, definindo normas e formas de organização.

Foram eles próprios que decidiram a criação do “Embalarte” – um novo projeto que possibilita o envolvimento das famílias na aprendizagem e produção de produtos como bolsas e sacolas, utilizando a capacidade ociosa das mesmas máquinas de corte e furo usadas para a fabricação das bolas.

Hoje, os jovens do projeto, que antes trabalhavam em um lixão da região, conseguem uma renda individual mensal de até R\$ 160,00. Foram

criados quatro pontos de venda dos produtos e a equipe busca a formação de uma cooperativa. Vale destacar que todos os jovens continuam a estudar.

Com seriedade, dedicação e competência, a equipe conseguiu demonstrar que os jovens podem ser parte da solução de seus próprios problemas. Para isto, só precisam de uma oportunidade.

<http://prattein.com.br/prattein> e conheça outros projetos sociais



## Projeto Cinema à Pampa – Associação de Apoio à Criança Em Risco – Diadema/SP

O Bairro de Eldorado é o segundo maior de Diadema e o mais distante do centro da cidade, repleto de regiões remotas com habitações precárias e altos índices de violência. Os jovens convivem com a exclusão social, conflitos familiares, defasagem entre escola e realidade, desemprego, subemprego e falta de lazer.

Essa situação começou a mudar com o projeto “Cinema à Pampa – Aprendendo com a Sétima Arte”, que dá oportunidade para jovens de 13 a 18 anos, do Bairro de Eldorado, exercerem o protagonismo juvenil: eles próprios planejam sessões de cinema para a comunidade e depois participam de debates e oficinas programadas. A experiência é desenvolvida pela ACER – Associação de Apoio à Criança em Risco – desde o início de 2002 e acompanhada pelo Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Diadema.

O impacto educativo e cultural do projeto é significativo: crianças, adolescentes, ONGs, escolas e toda a comunidade são beneficiados com a oportunidade de acesso à cultura através das sessões de cinema e de reflexão com os debates que são realizados após cada sessão.

A participação no projeto tem gerado vários resultados positivos na vida dos jovens diretamente beneficiados: eles passam a acreditar em si mesmos, enxergar a importância da escola e melhorar o aproveitamento escolar, melhorar seu relacionamento familiar e comunitário, formular novos projetos de vida. Alguns deles já têm envolvimento efetivo nas políticas de atendimento à criança e ao adolescente, através da participação nas reuniões do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

## UNIDADE 5

O projeto “Cinema à Pampa” é um exemplo de como o protagonismo juvenil pode mudar a realidade de crianças e adolescentes que vivem em situação de vulnerabilidade.

### Programa Picasso Não Pichava – Distrito Federal/DF

A Secretaria de Estado de Segurança Pública e Defesa Social do Governo do Distrito Federal, preocupada com os índices de violência envolvendo jovens e adolescentes em todo o Distrito Federal, considerando as motivações individuais e coletivas dos jovens em situação de risco ou não e as implicações da adesão desses jovens às gangues, percebeu a necessidade de resgatar e redirecionar o potencial desses jovens para valores humanísticos e éticos, que pudessem lhes oferecer alguma alternativa de inclusão social e desenvolvimento social.

Com esse objetivo, foi criado o Programa Picasso Não Pichava, em 1999. Já foram atendidos mais de 20 mil alunos em suas unidades, bem como nas palestras realizadas em diversas instituições do Distrito Federal, como escolas públicas e particulares, shoppings, Ministério Público, entre outros.

O Programa oferece aos jovens cursos de artes, de informática básica e serigrafia, permeados por orientação para a cidadania e acompanhamento psicológico, a fim de que eles possam desenvolver as suas habilidades artísticas e ao mesmo tempo estabelecer outros padrões de sociabilidade, de realização e valorização pessoal.

### Projeto Esporte à Meia-Noite – Distrito Federal/DF

Pesquisa realizada pela UNESCO (Abramovay, Miriam, 1999) entre os jovens que residem em algumas cidades do Distrito Federal, constatou que, pelo menos, 4.800 jovens entre 15 e 24 anos de idade integram algum agrupamento juvenil, mais conhecido como gangue ou galera.

O projeto Esporte à Meia-Noite foi concebido com o objetivo de diminuir, de forma preventiva, a criminalidade juvenil, por meio do desenvolvimento de ações esportivas, de qualificação profissional e de lazer,



<http://www.ssp.df.gov.br>

destinadas à expressão de seus valores culturais e voltadas à construção de sua cidadania. O projeto propicia a participação dos pais e responsáveis em suas atividades, promovendo a interação da comunidade com o sistema de segurança pública, de modo a difundir novas atividades esportivas, culturais e educativas para adolescentes, no período noturno, visando a diminuição da criminalidade juvenil.

O projeto tem como principal instrumento a implantação de atividades esportivas, culturais e educativas, de fácil aceitação entre os adolescentes, como meio de mudança no comportamento desses jovens. Para isso, coloca à disposição dos interessados um local permanente e seguro, de segunda a sexta, para desenvolver atividades esportivas entre 23h e 2h horas. Estas são monitoradas por bombeiros militares, com formação em Educação Física e Primeiros Socorros. Esta categoria foi escolhida por se tratar de um segmento da segurança pública que conta com maior grau de credibilidade e aceitação por parte da comunidade, por não apresentar uma função repressiva.

Um profissional de Psicologia e um profissional de Serviço Social desenvolvem o trabalho psicossocial e educativo dos beneficiários do projeto, por meio de acompanhamento individual e familiar. Após levantamento do perfil de cada jovem, eles são encaminhados para cursos de capacitação profissional e para atividades culturais, de acordo com seus interesses e com os recursos de que a comunidade dispõe.

Durante o desenvolvimento das atividades é servido um lanche composto basicamente de pão e leite aos participantes do projeto.

### Projeto Resgate da Cidadania

O projeto Resgate da Cidadania é uma parceria entre o Viva Rio e a Secretaria Especial de Direitos Humanos do Governo Federal que visa proporcionar oportunidades de futuro para jovens do Complexo da Maré e Niterói envolvidos na violência através da educação, qualificação profissional, esportes, atendimento psicológico e apoio jurídico para o adolescente e a família.



[http://www.vivario.org.br/  
resgate](http://www.vivario.org.br/resgate)

Resgate da Cidadania é um projeto experimental que atendeu no primeiro ano (2º semestre de 2006 ao 1º semestre de 2007) 100 crianças e jovens, no Complexo da Maré em Niterói. A participação é voluntária e direcionada para aqueles que expressam o desejo de ser reinseridos na sociedade, mas que não encontram uma porta aberta para percorrer este caminho.

No projeto, o jovem recebe orientação individualizada, de acordo com as necessidades de cada um, para adquirir documentos e certidões ou para tratamento de dependência química, além de uma bolsa mensal. Todos voltam a estudar através do programa de aceleração escolar do Viva Rio, que oferece turmas do ensino fundamental e médio, e têm acesso a programas de qualificação profissional, cursos de informática e práticas esportivas, além do encaminhamento para o mercado de trabalho através de uma rede de empresas parceiras da ONG.



## Resumo

Você está encerrando a Unidade 5 deste Curso. Nessa etapa, você estudou a importância de estarmos atentos aos detalhes socioculturais do uso das drogas. Desta forma, criamos possibilidades de promoção da saúde, prevenção do uso e tratamento dos efeitos indesejáveis, que são bem mais eficazes que o mero proibicionismo. Ressalta-se então, a importância de adotar uma visão multidimensional para esse fenômeno, levando-se em conta os diferentes fatores socioeconômico, cultural, disponibilidade da droga e a estrutura de vida do indivíduo.

Na Unidade 6, você estudará a prevenção, com destaque para as novas formas de enfrentar o problema. Boa leitura!



Atenção! Os exercícios de fixação também estão disponibilizados no AVEA. Em caso de dúvidas, entre em contato com seu TUTOR.

## Exercícios de fixação

- Alguns fatores de risco ou de proteção podem contribuir para o uso de drogas. Estes fatores não são determinantes, apenas aumentam ou diminuem, em diferente intensidade, a probabilidade de o indivíduo vir ou não a fazer o uso de drogas. Relacione as colunas abaixo:

<b>1 - Fatores de risco</b>	<input type="checkbox"/> Campanhas e ações que ajudem o cumprimento das normas e leis que regulam o uso de drogas.
	<input type="checkbox"/> Permissividade em relação a algumas drogas.
	<input type="checkbox"/> Falta de incentivos para que o jovem se envolva em serviços comunitários.
<b>2 - Fatores de proteção</b>	<input type="checkbox"/> Reconhecimento e valorização da comunidade, de normas e leis que regulam o uso de drogas.
	<input type="checkbox"/> Acesso fácil às drogas lícitas e ilícitas.
	<input type="checkbox"/> Oportunidades socioeconômicas para a construção de um projeto de vida.

Marque a alternativa correta:

- 2, 2, 1, 1, 2, 1
  - 1, 2, 1, 2, 2, 1
  - 2, 1, 2, 1, 1, 2
  - 2, 2, 1, 2, 1, 1
  - 2, 1, 1, 2, 1, 2
- Tendo em vista os conceitos de religião, família e cultura, pode-se afirmar que:
    - São consideradas irrelevantes na determinação dos padrões de consumo de drogas.
    - São significativas no desenvolvimento do alcoolismo.
    - Considerada a primeira referência do homem, a cultura é a principal responsável pela formação pessoal do indivíduo.
    - O uso de álcool é mais aceitável do que o de outras drogas. Porém, não depende das características da comunidade em questão.
    - Todas alternativas anteriores estão corretas.

## Referências

BERTOLETE, J. M. **Conceitos em alcoolismo**. In: RAMOS, S. P., BERTOLETE, J. M. (org). **Alcoolismo hoje**, 3 ed. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 1997.

BIRMAN, J. **Mal estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BUCHELE, F.; MARQUES, A. C. P. R. ; CARVALHO, D. B. B. . **Importância da Identificação da Cultura e de Hábitos relacionados ao Alcool e outras drogas. Atualização de Conhecimentos sobre Redução da Demanda de Drogas**. 1 ed. Florianópolis: Curso à Distância, 2004, v. 1, p.223-233.

BUCHER, R. **Drogas e Drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas.1992.

BUCHER, R. **Prevenção ao uso indevido de drogas**. Vol. 1. Brasília: Programa de Educação Continuada. Universidade de Brasília, 1992.

CARLINI, E.A. [et al] **I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas (CEBRID), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2002.

CONTE, M. Construindo uma política voltada à abordagem do uso indevido de drogas. **Divulgação em Saúde para Debate** n. 23, Rio de Janeiro, dez. 2001, p. 106-119.

CRUZ, M. S. & FERRIERA, M. B. Determinantes socioculturais do uso abusivo de álcool e outras drogas: uma visão panorâmica. In: CRUZ, M. S.; FERRIERA, M. B. (orgs.). **Álcool e drogas: usos, dependência e tratamento**. Rio de Janeiro: Edições IPUB – CUCA, 2001.

EDWARD, MacRAE. **Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos**. Disponível em: [www.neip.info](http://www.neip.info). Acesso em 10/02/2007.

EDWARDS, Griffiths. **A Natureza da dependência de drogas**. Malcon Lader: trad. Rose Eliane Starosta. Porto Alegre: Artes Médicas 1994.

ESCOHOTADO, A. **Las Drogas**. De los orígenes a la prohibición. Madrid, Alianza Editorial, 1994.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2ª edição, Nova Fronteira: Rio de Janeiro. 1986.

FIGUEIREDO, Regina Maria M. D. **Prevenção ao Abuso de Drogas em Ações de Saúde e Educação** (uma abordagem sócio-cultural e redução de danos). NEPAIDS, 2002. Disponível em: <http://www.usp.br/nepaids/drogas-as.pdf>. Acesso em 10/02/2007.

FORMIGONI, M. L. S & M. ONTEIRO, M. A Etiologia do Alcoolismo. In: RAMOS, Sérgio de Paula & BERTOLOTE, José Manoel et al. **Alcoolismo Hoje**. 3ª.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p.38.

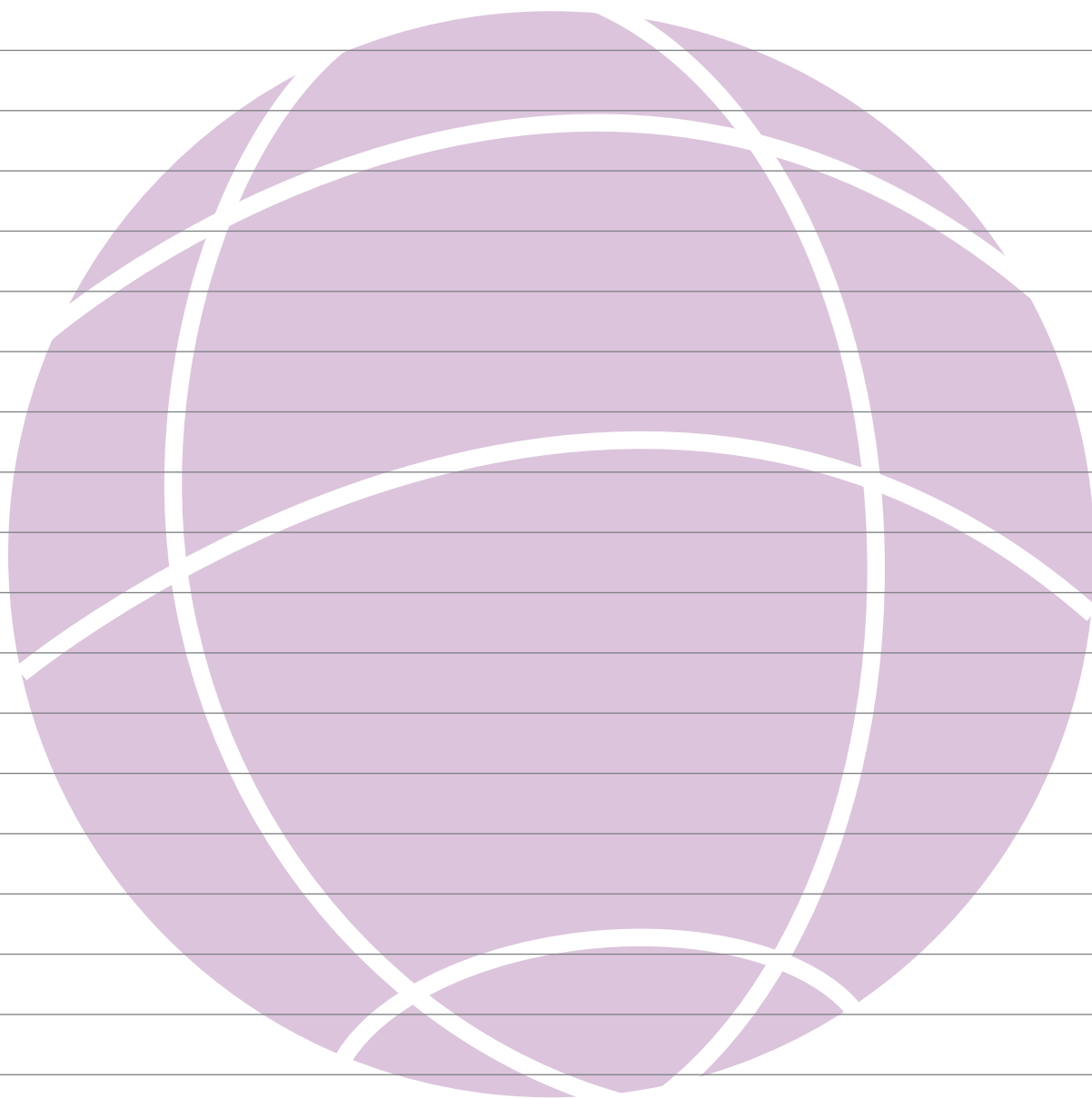
FORTES, J. R. A. **Alcoolismo**. São Paulo: Editora Sarvier, 1975.

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

SOLLERO, L. **Farmacodependência**. Rio de Janeiro: Agir, 1979.

VAILLANT, George. **A História Natural do Alcoolismo Revisitada**. Trad. Bartira S.C. da Cunha e José Alaor L. dos Santos. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul Ltda, 1999, p.350.

# Anotações





# Unidade 6

## Prevenção - novas formas de pensar e enfrentar o problema

\*Maria de Lurdes S. Zemel

Ao fim desta Unidade, você terá embasamento teórico para elaborar uma proposta de prevenção quanto ao uso indevido de drogas. Para isso, estudará os seguintes assuntos:

- a droga e sua multiplicidade de fatores
- os dependentes e sua possibilidade de recuperação
  - propostas de prevenção adequadas às reais necessidades do usuário
- requisitos de uma proposta de prevenção

\* Texto adaptado do original do Curso Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros Municipais, 2008.

## O conceito de prevenção

Poderíamos dizer que, em geral, a prevenção refere-se a toda iniciativa coletiva visando à sobrevivência da espécie. Na realidade é um conceito recente e poderíamos dizer que as primeiras instituições na história que estiveram na sua vanguarda foram as religiosas (CAVALCANTI – 2001).

Podemos ver esse preceito através de práticas religiosas, como a tentativa de pregar o respeito ao próximo. A humanidade foi se desenvolvendo e conseguindo atualizar algumas formas de preservação e algumas formas de ataque ao seu desenvolvimento. Sabemos, por exemplo, dos danos que a poluição nos causa e da nossa dificuldade em cuidar das nossas florestas.

Assim, junto com a humanidade, o uso de drogas foi se modificando. Nos anos 60, preservávamos um uso ritualístico, hoje, temos um uso que podemos definir como consumista. Com estas mudanças, novos pensamentos e novas pesquisas foram se desenvolvendo para que as ações planejadas pudessem ser efetivas e preservadoras.

As mais sérias pesquisas sobre a questão nos mostram um aumento do uso de drogas, mas, principalmente, mostram-nos a necessidade de planejarmos ações preventivas adequadas ao grupo que desejamos atingir. Prevenir não é banir a possibilidade de uso de drogas. Prevenir é considerar uma série de fatores para favorecer que o indivíduo tenha condições de fazer escolhas.

Diante das necessidades da sociedade, ou seja, dos problemas apresentados, o conceito de prevenção se ampliou a ponto de poder se colocar dentro do conceito de “**Promoção de Saúde**”.

Portanto, é fundamental que o agente de prevenção conheça os diferentes aspectos envolvidos no seu trabalho. Nas páginas dessa Unidade, você se aprofundará neste assunto.

## Os múltiplos fatores que levam às drogas

O uso indevido de álcool e outras drogas é fruto de uma multiplicidade de fatores. Nenhuma pessoa nasce predestinada a usar álcool e outras drogas ou se torna dependente apenas por influência de amigos ou



“**Promoção de Saúde** é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e de saúde”. (As cartas de Promoção de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Projeto Promoção de Saúde – Brasília, 2002)



pela grande oferta do tráfico. Nós, seres humanos, por nossa humanidade e incompletude, buscamos elementos para aliviar dores e acirrar prazeres. Assim, encontramos as drogas. Algumas vezes experimentamos, outras usamos sem nos comprometermos, e em outras, ainda abusamos.

Existem fatores que convergem para a construção das circunstâncias do uso abusivo, chamados de **fatores de risco**. Também existem fatores que colaboram para que o indivíduo, mesmo tendo contato com a droga, tenha condição de se proteger. Estes são os **fatores de proteção**.

- Fatores de risco são os que tornam a pessoa mais vulnerável a ter comportamentos que podem levar ao uso ou abuso de drogas.
- Fatores de proteção são os que contrabalançam as vulnerabilidades para os comportamentos que levam ao uso ou abuso de drogas.

Mostra-se evidente a inter-relação e a interdependência existentes entre o usuário e o contexto que o circunda. Pensar nesta teia de vulnerabilidades e nos determinantes socioculturais em relação ao uso de drogas, em uma sociedade, certamente, amplia e torna mais complexa a abordagem desse fenômeno (Sodelli, 2005, p. 91).

### Os fatores de risco e de proteção podem estar:

- nos aspectos biológicos;
- na cadeia genética;
- nas peculiaridades das relações interpessoais;
- nas interações familiares;
- nas oportunidades de contato ou convivência com a droga;
- nas sensações provocadas pelo efeito obtido com o uso da droga;
- na cultura que cada um vive, ou seja, na especificidade de cada indivíduo.

Se examinarmos um fator como a timidez, por exemplo: de um lado, ela pode ser analisada como fator de risco para o indivíduo que, por ser tímido, aceita o uso de drogas para ser integrado a um grupo de usuários. De outro, ela pode ser vista como fator de proteção quando o indivíduo tímido, por medo, diante do oferecimento da droga, se recusa a experimentá-la.

Este que usou, se não tiver dentro de si um fator biológico importante, se tiver uma boa relação familiar e se não tiver uma boa sensação com este uso pode, ainda, fazer só um uso recreacional, mas se suas condições forem de risco ou prazerosas ele poderá vir a fazer uso regular da droga.

**Para que se realize um trabalho sério e cuidadoso de prevenção, com um determinado grupo, é necessário:**

- identificar os fatores de risco – para minimizá-los;
- identificar os fatores de proteção – para fortalecê-los;
- tratar o grupo como específico – para a identificação dos fatores acima.

A subdivisão dos fatores de risco e de proteção tem uma utilidade didática no planejamento da ação preventiva. Vejamos alguns exemplos:

### Fatores do Próprio Indivíduo

De proteção	De risco
Habilidades sociais; Cooperação; Habilidades para resolver problemas; Vínculos positivos com pessoas, instituições e valores; Autonomia; Autoestima desenvolvida.	Insegurança; Insatisfação com a vida; Sintomas depressivos; Curiosidade; Busca de prazer.

Fonte: Curso Educadores, 2006.

A **curiosidade**, colocada na tabela acima como fator de risco porque leva à experimentação, também é uma característica do adolescente e um fator importante para o desenvolvimento dele. Um adolescente pouco curioso é um adolescente “pobre.”

## Fatores familiares

Como demonstra a tabela a seguir, na família também podem estar contidos tanto os fatores de risco como os de proteção para o uso das substâncias psicoativas.

### Fatores Familiares

De proteção	De risco
Pais que acompanham as atividades dos filhos; Estabelecimento de regras e de conduta claras; Envolvimento afetivo com a vida dos filhos; Respeito aos ritos familiares; Estabelecimento claro da hierarquia familiar.	Pais que fazem uso abusivo de drogas; Pais que sofrem de doenças mentais; Pais excessivamente autoritários ou muito exigentes; Famílias que mantêm uma <b>"cultura aditiva"</b> .

Fonte: Curso Educadores, 2006.

A formação de cada um de nós se inicia na família. É função da família proteger seus filhos e favorecer neles o desenvolvimento de competências, por exemplo, para lidar com limites e frustrações. Na adolescência, a falta da proteção da família, especialmente, para o adolescente transgressor que não sabe lidar com frustrações, pode favorecer o uso indevido de substâncias psicoativas.

De um lado, o cuidado com os filhos na infância leva a uma melhor capacitação das crianças para o enfrentamento da vida adolescente e adulta (fator de proteção = acompanhamento dos filhos) (ARMSTRONG et al., 2000).

De outro, a transformação que os filhos vão sofrendo com sua adolescência leva a família a reorganizar seus papéis e a fazer adaptações em sua estrutura para permitir o desenvolvimento de seus filhos (fator de risco = impossibilidade de deixar os filhos crescerem) (SPROVIERI, 1998).

Cultura aditiva é a forma de viver adotada por uma família, na qual as soluções são dadas como formas de impedir a reflexão.

## UNIDADE 6

## Fatores Escolares

De proteção	De risco
Bom desempenho escolar; Boa inserção e adaptação no ambiente escolar; Ligações fortes com a escola; Oportunidades de participação e decisão; Vínculos afetivos com professores e colegas; Realização pessoal; Possibilidades de desafios e expansão da mente; Descoberta de possibilidades (e "talentos") pessoais; Prazer em aprender; Descoberta e construção de projeto de vida.	Baixo desempenho escolar; Falta de regras claras; Baixas expectativas em relação às crianças; Exclusão social; Falta de vínculos com as pessoas ou com a aprendizagem.

Fonte: Curso Educadores, 2006.

A escola é um ambiente privilegiado para a reflexão e formação da criança e do adolescente, já que é o espaço onde eles vivem muito tempo de suas vidas.

## Fatores Sociais

De proteção	De risco
Respeito às leis sociais; Credibilidade da mídia; Oportunidades de trabalho e lazer; Informações adequadas sobre as drogas e seus efeitos; Clima comunitário afetivo; Consciência comunitária e mobilização social.	Violência; Desvalorização das autoridades sociais; Descrença nas instituições; Falta de recursos para prevenção e atendimento; Falta de oportunidades de trabalho e lazer.

Fonte: Curso Educadores, 2006.

Algumas questões consideradas sociais podem levar o jovem a supor que só os fatores externos o levaram ao uso, e que estes mesmos fatores o levarão a resolução de seus problemas. Por exemplo: morar em um bairro violento.

Se o jovem vem de uma família desorganizada, mas encontra em sua vida um grupo comunitário que faz seu asseguramento, oferecendo-lhe alternativas de lazer e de desenvolvimento de habilidades pessoais, pode vir a ter sua formação garantida, aprendendo a criticar e se responsabilizar por si próprio e pelo seu grupo social.

## Fatores Relacionados à Droga

De proteção	De risco
Informações contextualizadas sobre efeitos; Regras e controle para consumo adequado.	Disponibilidade para compra; Propaganda que incentiva e mostra apenas o prazer que a droga causa; Prazer intenso que leva o indivíduo a querer repetir o uso.

Fonte: Curso Educadores, 2006

### Os dependentes e sua possibilidade de recuperação

O fato de um indivíduo usar ou até ser um dependente da droga não faz com que esteja condenado a nunca mais se recuperar. Nos anos 70, no Brasil, antes dos movimentos antimanicomiais, tratávamos os usuários de drogas, dentro dos hospitais psiquiátricos, como psicopatas, ou seja, amorais. Nenhuma diferenciação era feita entre eles. Isso acontecia porque nós, os técnicos, tínhamos uma posição muito moralista diante do problema. Se o usuário não era julgado pelo sistema prisional, ele era julgado pelo sistema psiquiátrico.

Nos anos 80, tivemos que repensar a posição diante do aumento do consumo das drogas injetáveis e do aparecimento da AIDS.

Foi nesta época que dois conceitos importantes passaram a ser cuidadosamente estudados e aplicados: “resiliência” e “redução de danos”. Acompanhe.

#### a) Resiliência

De acordo com Junqueira e Deslandes (2003, p. 228), resiliência é entendida como uma “reafirmção da capacidade humana de superar adversidades e situações potencialmente traumáticas”. Ou seja, o indivíduo resiliente é aquele capaz de superar frustrações e/ou situações de crise e de adversidades.

## b) Redução de Danos

Também chamada de redução de riscos, é um conjunto de medidas individuais e coletivas, sanitárias ou sociais cujo objetivo é diminuir os malefícios ligados ao uso de drogas lícitas ou ilícitas.

Estas definições já fazem refletir sobre nossas “pretensões” quando pensamos em um programa de prevenção. Para o ser humano, a vivência sobre o peso dos chamados fatores de risco causa mudanças em sua vida, não é inofensiva. Mas também não é determinante na sua impossibilidade de superação. Se este ser humano contar com seus fatores de proteção, poderá superar suas dificuldades.

Você pode então perguntar: mas o que favoreceria essa superação? Será que alguns de nós teríamos esta condição e outros não? Será que a identificação de um grande número de fatores de risco em uma comunidade e um programa de prevenção que ofereça “fatores de proteção” ajudariam no desenvolvimento destes indivíduos?

Muitos estudos foram feitos com as populações chamadas de “alto risco”. Um estudo longitudinal (Werner –1986-1993) acompanhou 72 indivíduos (42 meninas e 30 meninos) desde a infância até a idade adulta, nascidos numa ilha do Havaí. Eles eram crianças provenientes de famílias pobres, de baixa escolaridade, além de terem baixo peso no nascimento ou presença de deficiências físicas e estresse perinatal. Os próprios pesquisadores se surpreenderam ao verificar, ao final do estudo, que nenhuma destas crianças desenvolveu problemas de aprendizagem e de comportamento.

Outro grupo estudado era composto por 49 jovens, em que os pais eram pobres, tinham sérios problemas de abuso de álcool e sofreram conflitos familiares desde cedo. Aos 18 anos, 41% apresentaram problemas de aprendizagem e 51% não apresentaram estes problemas.

Apesar de terem características diferentes, os dois grupos foram considerados resilientes. Então, todos temos salvação? Podemos ser expostos a qualquer estresse e sem dúvida sairíamos ilesos? Essas são perguntas muito importantes, pois temos que estar atentos para não confundirmos resiliência com invulnerabilidade.

Vamos destacar aqui alguns dados para podermos construir uma definição mais ampla sobre resiliência:

- resiliência não é um processo estanque;
- resiliência não é o oposto de fator de risco;
- desenvolver resiliência não é o mesmo que superação de vivências traumáticas;
- resiliência é como um “banco de dados” que protege o indivíduo (Slap – 2001);
- o conceito de resiliência nos mostra o ser humano como capaz de superar adversidades;
- cada um de nós tem uma capacidade psíquica particular para o enfrentamento dos problemas da vida.

## **A sintonia entre as propostas e as necessidades**

É preciso que as propostas de prevenção estejam mais sintonizadas com as necessidades da população de usuários.

Da mesma forma, felizmente, os novos conhecimentos trouxeram novas posturas para quem estudava novas formas de enfrentar o problema das drogas. Uma delas é a de redução de danos.

BASTOS e MESQUITA (2004, p. 182), fazendo eco com alguns estudiosos, dizem que:

“é tempo de substituir as declarações de fé pelo rigoroso escrutínio científico, partindo de pressupostos que não sejam pró ou antidrogas, mas que, de fato, consigam minimizar os danos decorrentes do consumo em um sentido mais amplo. [...] o então crescente número de usuários de drogas injetáveis infectados pelo HIV/AIDS nos países desenvolvidos [...] fez com que estratégias alternativas à pura e simples repressão no âmbito dos danos secundários ao abuso de drogas, até então restrita a um punhado de ativistas e especialistas, se revestissem de uma dimensão coletiva e global e se tornassem legítimas aos olhos de dirigentes líderes de países e comunidades influentes.” (Bastos e Mesquita, 2004, p. 182).

Já em 1986 e 1987, com a grande contaminação pelo vírus HIV nos usuários de drogas injetáveis, na Inglaterra e na Holanda apareceram os primeiros centros de troca de seringas. A proposta era reduzir os danos que estes usuários causavam a si próprios compartilhando seringas. Esta ação foi considerada eficiente na Europa.

Na França, CAVALCANTI (2001) aponta que, “antes dos programas de distribuição, mais de 50% dos usuários compartilhavam suas seringas e hoje este número é menor que 17%”. No Brasil, na mesma época, também foram feitas tentativas neste sentido, mas a iniciativa tornou-se um caso de polícia. Ainda não conseguíamos abandonar nossas posições proibicionistas e tratávamos a prevenção como uma forma de repressão. Hoje, já sabemos que a redução de danos é muito maior do que só trocar seringas.

**Estudos** apontam cinco princípios para a redução de danos

Moreira, Silveira e Andreoli  
(2006) citando Marlatt  
(1999).

1. É uma alternativa de saúde pública aos modelos moral, criminal e de doença.
2. Reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam danos.
3. É baseada na defesa do dependente.
4. Promove acesso a serviços de baixa exigência, ou seja, serviços que acolhem usuários de forma mais tolerante, como uma alternativa para as abordagens tradicionais de alta exigência, aquelas que, tipicamente, exigem a abstinência total como pré-requisito para a aceitação ou permanência do usuário.
5. Baseia-se nos princípios do pragmatismo empático versus idealismo moralista.

Ao pensarmos a redução de danos e colocarmos a abstinência como um resultado ideal a ser alcançado, estamos admitindo que o real não é o ideal. Com esses conhecimentos novos, podemos ampliar nossa visão para uma visão mais social, pois é essa a demanda que temos hoje presente em nossa realidade.



O objetivo da prevenção, segundo a OMS, é reduzir a incidência de problemas causados pelo uso indevido de drogas em uma pessoa em um determinado meio ambiente.

No entanto, as categorias de prevenção primária, secundária e terciária que herdamos dos modelos médicos não dão mais conta do nosso problema, apesar de ainda serem utilizadas.

- **Prevenção primária** – evitar que o uso de drogas se instale, dirigindo-se a um público que não foi afetado.
- **Prevenção secundária** – efetuar ações que evitem a evolução do uso para usos mais prejudiciais.
- **Prevenção terciária** – tratar os efeitos causados pelo uso da droga, melhorando a qualidade de vida das pessoas afetadas.

“Hoje, a prevenção se organiza focando o indivíduo ou a população em que estão implícitos os conceitos de fatores associados à proteção e ao risco, considerando a multiplicidade de fatores envolvidos ao uso abusivo e na dependência de drogas.” (Noto e Moreira, 2006, p. 314)

Agora, a partir da definição de uma população-alvo, as atividades preventivas passam a ser chamadas de:

- intervenção global ou universal;
- intervenção específica ou seletiva;
- intervenção indicada.

O QUE É?	ONDE SE APLICA ?
<b>Intervenção global</b> – são programas destinados à população geral, supostamente sem qualquer fator associado ao risco.	na comunidade, em ambiente escolar e nos meios de comunicação.
<b>Intervenção específica</b> – são ações voltadas para populações com um ou mais fatores associados ao risco de uso de substâncias.	por exemplo, em grupos de crianças, filhos de dependentes químicos.

**Intervenção indicada** – são intervenções voltadas para pessoas identificadas como usuárias ou com comportamentos violentos relacionados direta ou indiretamente ao uso de substâncias, como por exemplo alguns acidentes de trânsito.

em programas que visem diminuir o consumo de álcool e outras drogas, mas também a melhora de aspectos da vida do indivíduo como, por exemplo, desempenho acadêmico e reinserção escola.

## Fatores da proposta de prevenção

Para fazer uma proposta de prevenção, é preciso que alguns fatores sejam considerados.

“Dada a complexidade da problemática do uso de drogas, envolvendo a interação de fatores bio-psico-sociais, o campo das ações preventivas é extremamente abrangente, envolvendo aspectos que vão desde a formação da personalidade do indivíduo até questões familiares, sociais, legais, políticas e econômicas “. (ANDRADE e BASSIT,1995)

Sabemos que o problema do uso indevido de drogas é sério e importante. Sabemos, também, que só nossas boas intenções não são suficientes para planejarmos uma ação preventiva.

Para tal planejamento, é preciso ter conhecimento científico, e não somente uma opinião sobre a questão. Dentro deste conhecimento está a identificação da população a ser trabalhada, a identificação dos fatores de risco e de proteção desta determinada população e o planejamento da intervenção que será feita.

Somos seres humanos e muitas vezes não enxergamos o problema de forma completa, por isso, é muito importante o trabalho em equipe. Na formação da equipe, é importante contar com especialistas e membros da comunidade local – chamamos isso de apoio.

Os fatores: apoio, conhecimento, criatividade e equipe treinada são essenciais para o desenvolvimento de um bom trabalho nesta área.

Se a função do técnico for a de treinar uma equipe local, é preciso que esta equipe tenha condições de:

- receber o conhecimento científico e se manter atualizado;

- suportar mudanças lentas e graduais;
- tolerar frustração para conseguir ampliar os próprios limites;
- examinar seus erros e seus preconceitos em relação à questão;
- exercer a própria criatividade para criar ações considerando o grupo identificado;
- trabalhar com outros técnicos em atividades grupais.

Para a implantação de um programa, é preciso que se defina seus objetivos e as estratégias, considerando a comunidade onde ele será desenvolvido, além da definição dos recursos físicos locais para que a intervenção não precise ser interrompida.

Os processos de mobilização ocorrem mais facilmente se forem iniciados em comunidades menores.

Para se fazer prevenção, além da preparação da equipe, da definição de objetivos e do estabelecimento de apoio, temos de contar com dados da realidade externa que interferem no nosso trabalho e estar atentos a novos fatores que possam interferir nele. Por exemplo, uma nova droga introduzida no mercado ou novos hábitos que vêm fazer parte daquela comunidade devem ser considerados.

As ações preventivas na comunidade podem ser orientadas por diferentes modelos que não são excludentes entre si.

Utilizando como exemplo a escola, podemos dizer que uma intervenção preventiva será mais eficiente quanto mais ela considerar dados como:

- o respeito à cultura da comunidade e do lugar onde ela está inserida;
- o planejamento das ações;
- o aproveitamento dos recursos já existentes;
- a integração das novas atividades ao currículo escolar;

- o envolvimento gradual da comunidade escolar;
- a preocupação com a possibilidade da continuidade das ações planejadas;
- a consideração do fato de que só a informação não basta;
- a identificação dos fatores de risco e proteção.

Tanto quanto o planejamento para iniciar a intervenção preventiva, a avaliação dos resultados obtidos é de suma importância.

## Resumo

Você está encerrando a Unidade 6 deste Curso. Nessa etapa, você estudou:

- os fatores de risco que levam uma pessoa ao uso de drogas, bem como os fatores de proteção;
- que não existe um único fator que explique a causa para o indivíduo usar drogas. Existem situações de vida que estão associadas ao uso indevido de drogas ou não;
- os fatores de risco aumentam a probabilidade de uso de drogas;
- os fatores de proteção diminuem as probabilidades do uso;
- os fatores de risco e proteção estão presentes em diferentes contextos;
- os conceitos de resiliência e de redução de danos na possibilidade de recuperação de dependentes;
- como planejar e elaborar propostas de prevenção adequadas às reais necessidades do usuário.

Na próxima Unidade, você verá as redes sociais e o trabalho comunitário na construção das mesmas. Até breve!



Atenção! Os exercícios de fixação também estão disponibilizados no AVEA. Em caso de dúvidas, entre em contato com seu TUTOR.

## Exercícios de fixação

1. Os fatores de risco e proteção podem estar:
  - a. Nos aspectos biológicos.
  - b. Nas interações familiares.
  - c. Na cultura em que cada um vive.
  - d. Nas peculiaridades das relações interpessoais.
  - e. Todas as alternativas anteriores.
  
2. Na década de 80, fomos obrigados a repensar algumas posições diante do aumento do consumo das drogas injetáveis e do aparecimento da AIDS. Nesta época dois conceitos importantes passaram a ser estudados e aplicados. São eles:
  - a. Redução de demanda e resistência.
  - b. Resiliência e redução de danos.
  - c. Resistência e resiliência.
  - d. Redução de danos e resistência.
  - e. Redução da demanda e redução de danos.

## Referências

ARIES, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

CARLINI-COTRIM, B. & PINSKY, I. Prevenção ao abuso de drogas na escola: uma revisão da literatura internacional recente. **Cadernos de Pesquisa** 69, 1989, p. 48-52.

CARLINI-COTRIM, B. & ROSEMBERG, F. Os livros didáticos e o ensino para a saúde: o caso das drogas psicotrópicas. **Revista de Saúde Pública** 25, v. 4, 1991, p.299-305.

CARLINI-COTRIM, B.; GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A.R. & PINSKY, I. A mídia na fabricação do pânico de drogas: um estudo no Brasil. **Comunicação e Política** 1, v. 2, 1994, p. 217-230.

CAVALCANTI, L. A necessidade de reinventar a prevenção. Entrevista para a **Revista “Peddro”** – Publicação da Unesco, Comissão Europeia e Onusida. – dezembro, 2001.

HENMAN, A. A guerra às drogas é uma guerra etnocida. **Religião e Sociedade**, v.10, 1983, p. 37-48.

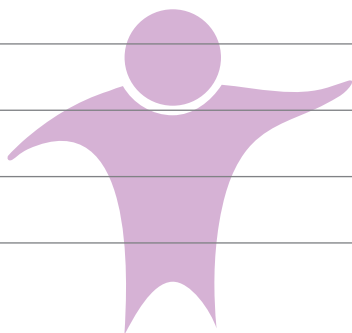
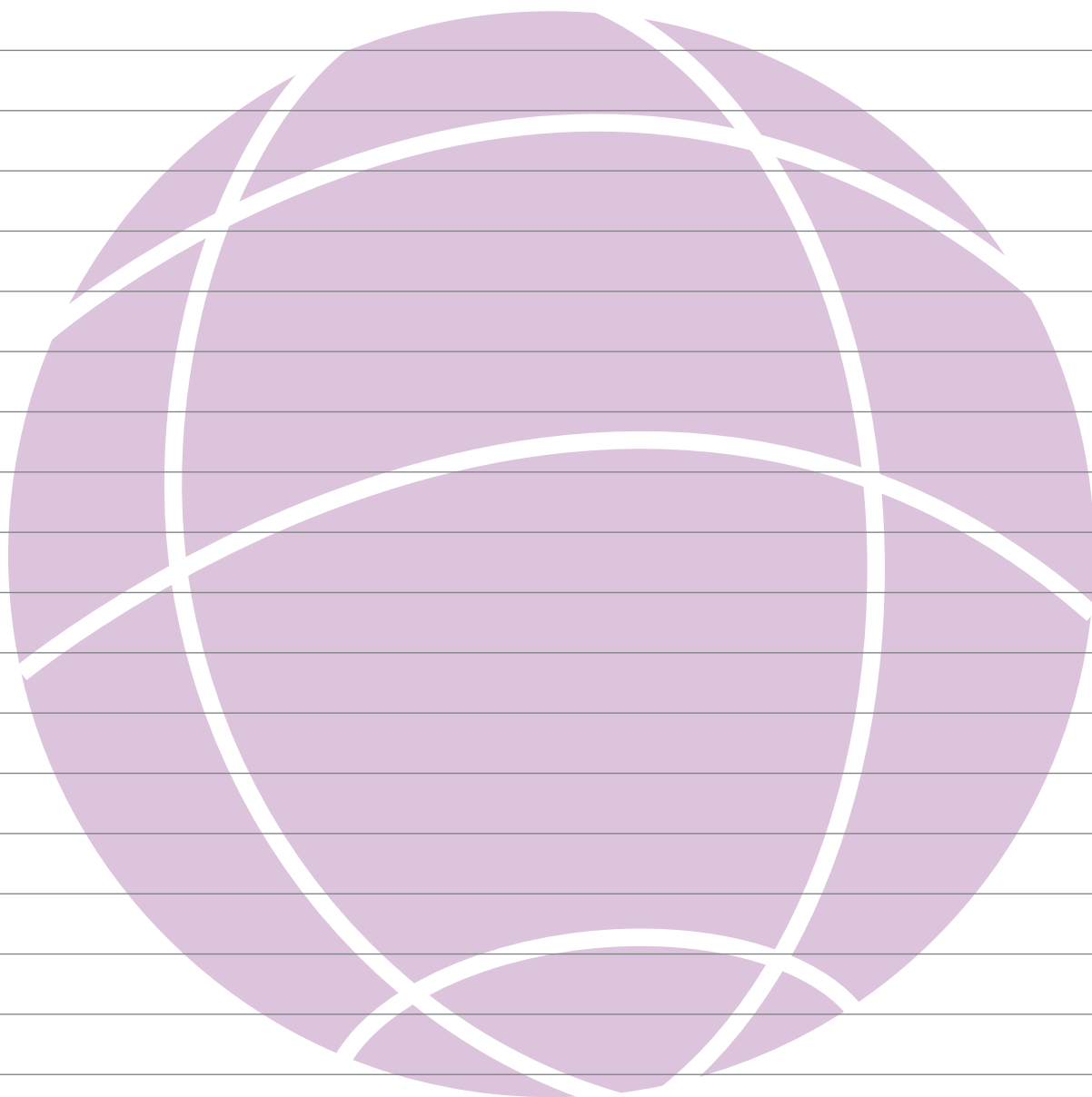
JUNQUEIRA, M.F.P.S. & DESLANDES, S.F. “Resiliência e maus tratos à criança”. **Cadernos de Saúde Pública** 19(1), jan-fev, Rio de Janeiro, 2003, p. 227-235.

NOTO e MOREIRA, “**Prevenção ao uso indevido de drogas: conceitos básicos e sua aplicação na realidade brasileira**”. Da Silveira. D.X. e Moreira, F.G. “**Panorama atual de drogas e dependências**”. São Paulo: Atheneu, 2006.

WERNER, E.E. “The concept of risk from a developmental perspective”. In: Yunes, M.A.M. **Psicologia Positiva e Resiliência: o foco no Indivíduo e na Família** – **Revista Psicologia em Estudo** v.8, num. esp., Maringá, 2003, p. 75-84.

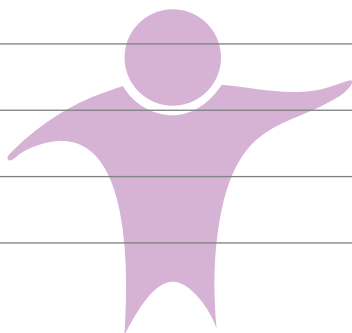
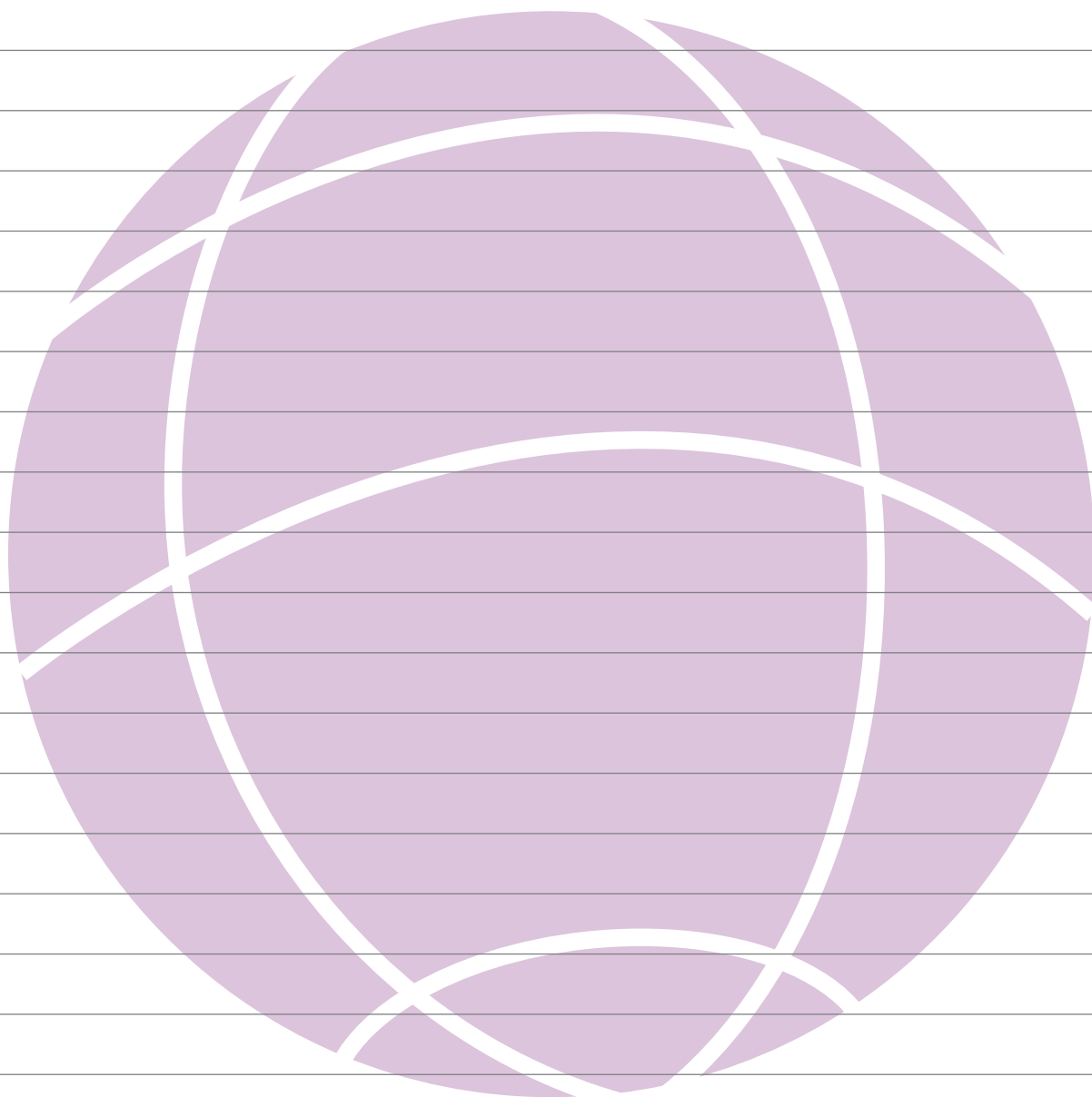
ZEMEL, M. L. S. O papel da família no tratamento da dependência. **Revista do Imesc** n.3, out. 2001.

# Anotações





# Anotações





# Unidade 7 (I)

## Redes Sociais

### \*Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Esta Unidade é formada por dois textos que se complementam: o primeiro, sobre Redes Sociais e, o segundo, sobre o Trabalho Comunitário na Construção de Redes Sociais. Nesta Unidade, você verá a importância dos laços comunitários para a integração e o fortalecimento de programas sociais. Para isso, você estudará os seguintes assuntos:

- os fundamentos do trabalho comunitário e das redes sociais
- experiências de trabalho em rede
- o papel da comunidade na prevenção ao uso de drogas
- os principais desafios no trabalho comunitário

\* Texto adaptado do original do Curso Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros Municipais, 2008.

## Redes Sociais

O conceito de **rede social** como um conjunto de relações interpessoais concretas que vinculam indivíduos a outros indivíduos vem se ampliando dia-a-dia, à medida que se percebe o poder da **cooperação** como atitude que enfatiza pontos comuns em um grupo para **gerar solidariedade e parceria**.

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

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

Na prática, a existência humana constitui-se nas interações. O ambiente poderá intensificá-las ou diminuí-las de acordo com o surgimento de novos interesses e necessidades. É o **equilíbrio dessas interações** que vai determinar a **qualidade das relações sociais e afetivas** do indivíduo com os pontos de sua rede que são: a família, a escola, os amigos, os colegas de trabalho, entre outros.

Assim, o indivíduo pode constituir ou fazer parte de uma rede, cujo **padrão de interação** poderá ser:

- **Positivo** – privilegiando atitudes e comportamentos que valorizam a vida.
- **Negativo** – marcado por atitudes e comportamentos de agressão à vida.

**Identidade Social** é o conjunto de características individuais reconhecido pela comunidade da qual a pessoa faz parte.



Você sabia que em 2008 tivemos a 1ª edição do Curso de Conselheiros? Nesta edição, aconteceram três teleconferências. Cada uma delas tratou de um assunto diferenciado. A importância da atuação em Redes foi um dos temas da 1ª teleconferência.

Ficou curioso? Acesse o portal do Curso no endereço <http://conselheiros.senad.gov.br/> e aproveite para assistir também as outras teleconferências.

Dica: Todas as teleconferências estão disponibilizadas no portal <http://conselheiros.senad.gov.br/>

É importante salientar que o padrão de interação nem sempre se dá de maneira estanque. Dificilmente, uma pessoa se relacionará de forma totalmente negativa ou positiva.

## Objetivos das Redes Sociais

- Favorecer o estabelecimento de vínculos positivos, por meio da interação entre os indivíduos;
- oportunizar um espaço para reflexão, troca de experiências e busca de soluções para problemas comuns;
- estimular o exercício da solidariedade e da cidadania;
- mobilizar pessoas, grupos e instituições para a utilização de recursos existentes na própria comunidade;
- estabelecer parcerias entre setores governamentais e não-governamentais, para implementar programas de orientação e prevenção, pertinentes a problemas específicos apresentados pelo grupo.

A construção da rede somente poderá ser concretizada à medida que se associam os princípios da **responsabilidade** pela busca de soluções com os princípios da **solidariedade**.

É preciso que cada cidadão busque, dentro de si, o verdadeiro sentido da gratificação pessoal mediante a participação.

Ao conselheiro, compete potencializar a força natural dos indivíduos e da comunidade em ações para a formação e fortalecimento de redes voltadas à garantia de acesso aos direitos sociais e ao exercício da cidadania.

## Características a serem identificadas e desenvolvidas no trabalho em rede

- **Acolhimento** - capacidade de acolher e compreender o outro, sem impor quaisquer condições ou julgamentos, ou impor-se;
- **Cooperação** - demonstração do real interesse em ajudar e de compartilhar na busca das soluções;

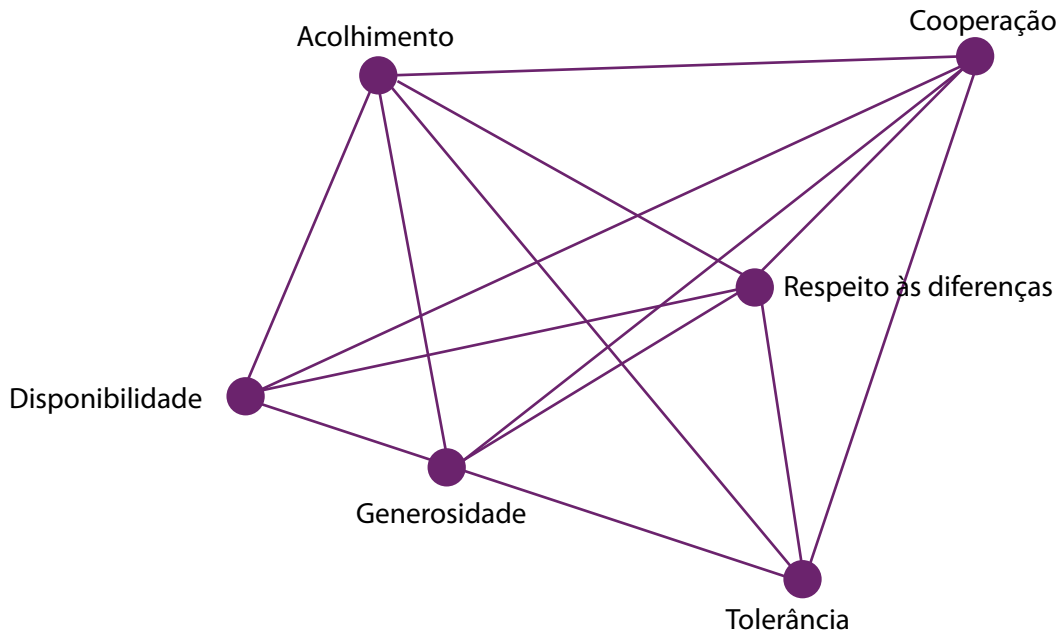
Aproveitando o tema Formação de Redes, veja na videoaula exemplos de ações compartilhadas que vem sendo implantadas em todo o país.



## UNIDADE 7

- **Disponibilidade** - demonstração e associação a um compromisso solidário. Respeito às diferenças étnicas-econômicas-sociais, reconhecimento e consideração pela diversidade;
- **Tolerância** - capacidade de suportar a presença ou interferência do outro sem sentimento de ameaça ou invasão;
- **Generosidade** - demonstração de um clima emocional positivo (apoio, carinho, atenção e “dar” sem exigir retorno).

Na figura abaixo, é apresentado um exemplo da articulação das características de rede.



### As Redes Sociais e a prevenção do uso de drogas

O uso de drogas tem se revelado um importante problema de saúde pública com enorme repercussão social e econômica para a sociedade contemporânea. Não obstante os esforços do poder público e da sociedade civil na busca de alternativas, o aumento do consumo e a precocidade com que os jovens vêm experimentando vários tipos de

drogas, alertam especialistas em uma direção comum: **é preciso prevenir!** Prevenir no sentido de educar o indivíduo para assumir atitudes responsáveis na identificação e no manejo de situações de risco que possam ameaçar a opção pela vida.

Essa visão de **prevenção** enfatiza a adoção da **educação** não apenas como um “pacote” cumulativo de informações sobre drogas, mas como um processo contínuo de aprendizagem voltado ao desenvolvimento de habilidades psicossociais que permitam um crescimento social e afetivo equilibrado ao indivíduo.

A articulação de diferentes pontos da rede social pode otimizar espaços de convivência positiva que favoreçam a troca de experiências para a identificação de situações de risco pessoal e possíveis vulnerabilidades sociais, observando que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são fatores de risco ao uso de drogas:

- ausência de informações adequadas sobre as drogas;
- insatisfação com a sua qualidade de vida;
- pouca integração com a família e a sociedade;
- facilidade de acesso às drogas.

## A participação comunitária

O impacto da participação em um projeto social transcende o suprimento de carências, pois a vivência comunitária é veículo para a ampliação da visão de mundo, geração de conhecimentos, exercício da cidadania e transformação social.

Na ação comunitária, a ideologia preponderante é a **cooperação**, cuja força se dá no estabelecimento de uma corrente solidária em que cada pessoa é importante na sua necessidade ou na sua disponibilidade para ajudar.

As soluções participativas mobilizam as ações de responsabilidade partilhada, a formação, o estreitamento de parcerias e a otimização dos re-

cursos existentes na comunidade, possibilitando o desenvolvimento de trabalhos de prevenção do uso de drogas com os seguintes enfoques:

- **prevenção universal:** é dirigida à população em geral. Na comunidade, esse modelo de prevenção abrange todos os moradores ou um grupo como um todo. Por exemplo: gincana sobre saúde e qualidade de vida com participação de todos os alunos da escola;
- **prevenção seletiva:** é dirigida a grupos específicos da comunidade, com o objetivo de identificar os fatores de risco associados ao uso de álcool e outras drogas e atuar de forma a retardar ou impedir o uso e o abuso. Por exemplo: ação de orientação para estudantes de ensino médio que comumente frequentam festas onde há consumo de álcool;
- **prevenção indicada:** planejada para pessoas que já apresentam os primeiros sinais de uso abusivo de álcool e outras drogas. Tem por objetivo prevenir a evolução para um possível quadro de dependência e suas complicações. O enfoque da intervenção deve ser específico para cada indivíduo ou grupo e considerar os problemas escolares, de saúde, familiares e sociais relacionados ao padrão de consumo. Por exemplo: encaminhamento de usuário para tratamento externo.

## Experiências de trabalho em rede

Existem inúmeras experiências que demonstram ser possível o trabalho em rede. Você irá conhecer algumas Instituições, Organizações, Associações, Projetos, dentre outros, que realizam esses trabalhos com a intenção de solucionar ou amenizar os problemas causados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas.

### Associação Lua Nova

A Associação Lua Nova é uma iniciativa não governamental que tem por objetivo a reinserção social de jovens mães e seus filhos em situação de vulnerabilidade social. Com sede em Sorocaba (SP), desenvolve



Gostou do que leu sobre a Associação Lua Nova?

Na videoaula você encontrará uma matéria sobre este assunto. Confira!



ações de geração de renda, trabalho, estudo, desenvolvimento comunitário e cidadania. Tem como missão “resgatar e desenvolver a autoestima, a cidadania, o espaço social e a autosustentabilidade de jovens mães vulneráveis, facilitando sua inserção como multiplicadoras de um processo de transformação de comunidades em risco”.

Para que isso ocorra, a ONG desenvolve uma série de programas. A etapa inicial é dar residência, alimentação, assistência médica, psicológica e educacional às jovens e seus filhos. A etapa seguinte é chamada de Lua Crescente, que fomenta o planejamento da futura “vida em família” e encoraja os primeiros passos para a independência socioeconômica das residentes. Para chegar a essa independência as residentes participam de Projetos de Geração de Renda e Trabalho, como por exemplo, o Projeto Criando Arte – que consiste na formação de costureiras e criação, desenvolvimento, produção e venda de bonecas e brindes. O projeto Panificadora Lua Crescente - trabalha na produção e venda de biscoitos artesanais, dentre outros. Através de seu trabalho e métodos terapêuticos empregados, a Associação Lua Nova pretende tornar-se referência nacional e um centro multiplicador por excelência de programas de inserção social de jovens/adolescentes em situações de risco. A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas financiou a sistematização dessa metodologia, com o objetivo de disseminá-la em outros municípios brasileiros.

## Terapia Comunitária

Criada pelo psiquiatra e antropólogo Adalberto Barreto, a metodologia da Terapia Comunitária (TC) tem como fundamento o reconhecimento dos potenciais e competências existentes em cada pessoa, nos grupos e na comunidade, para o enfrentamento dos problemas em seu cotidiano.

Neste sentido, o trabalho comunitário revela-se como uma importante estratégia na otimização dos recursos, pois, visa trabalhar a saúde comunitária em espaços públicos, com valorização na prevenção e na participação de todos.

## UNIDADE 7

Caso você queira conhecer mais sobre este projeto, acesse: [www.luanova.org.br](http://www.luanova.org.br)



Agora que sabemos um pouco mais sobre Terapia Comunitária, não perca tempo! Assista a videoaula.



O Brasil já conta com mais de 12 mil terapeutas formados, que são profissionais das áreas de saúde, educação, social, segurança, além de outros voluntários. A TC tem sido, também, um instrumento de mobilização de recursos locais e de reflexão sobre o sofrimento de famílias com problemas decorrentes do uso de álcool ou outras drogas por parte de algum de seus membros, fortalecendo, assim, os vínculos sociais e as redes de proteção. Nesta perspectiva, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas promoveu a capacitação de 720 terapeutas comunitários para qualificá-los especificamente no atendimento das questões relativas ao tema.



Acesse o site no seguinte endereço eletrônico:

<http://www.abratecom.org.br>

## Central Única das Favelas - CUFA

A Central Única das Favelas - CUFA - é uma organização criada a partir da união entre jovens de várias favelas do país, que buscavam espaço para expressar atitudes, questionamentos ou simplesmente sua vontade de viver.

A CUFA promove atividades nas áreas de **educação, lazer, esportes, cultura, cidadania. Como recurso, utiliza graffiti, formação de DJs, break, rap, audiovisual, basquete de rua, literatura, entre outros.** O *Hip Hop* é a principal forma de expressão da CUFA e serve como ferramenta de integração e inclusão social. A Central **produz, distribui e veicula a cultura Hip Hop através de publicações, discos, vídeos, programas de rádio, shows, concursos, festivais de música, cinema, oficinas de arte, exposições, debates e seminários.** A equipe CUFA está presente nos 26 Estados da União e no Distrito Federal. É composta, em grande parte, por jovens formados nas oficinas de capacitação e profissionalização das bases da instituição, oriundos das camadas menos favorecidas da sociedade e que atuam em rede com as comunidades locais.



Para obter maiores informações sobre a CUFA acesse o seguinte endereço:  
<http://www.cufa.org.br>

## CONHEÇA OUTROS PROJETOS DE TRABALHO EM REDE

- **Projeto Pracatum**

A Associação Pracatum Ação Social foi fundada em 1994 pelo músi-

co Carlinhos Brown com o objetivo de desenvolver um trabalho fundamentado nos temas **educação e cultura, mobilização social e urbanização**. A missão da associação é a melhoria da qualidade de vida dos moradores da comunidade do Candéal (Salvador – BA), através do desenvolvimento comunitário, saneamento básico e programas educacionais e culturais. As iniciativas sociais incluem questões de responsabilidade social e inserção dos jovens da comunidade no mercado de trabalho. O lugar é um centro de referência em cursos de formação profissional em moda, costura, reciclagem, idiomas e oficinas de capoeira, música, dança e de temáticas ligadas à cultura afro-brasileira, além de uma escola infantil.

- **Projeto AfroReggae**

O AfroReggae é uma ONG que também atua como banda musical e tem por objetivo intervir junto à população afro-brasileira, atuando principalmente na comunidade de origem de seus membros, Vigário Geral, no Rio de Janeiro. Para tal, foi criado o Núcleo Comunitário de Cultura que promove atividades de amparo a jovens em situação de vulnerabilidade, passíveis de envolvimento com a criminalidade. Esses jovens passam a integrar projetos sociais que envolvem atividades de dança, percussão, futebol, reciclagem de resíduos e capoeira. No total, o grupo tem mais de 65 Projetos sociais e atua em todo Brasil e fora dele.

- **Grupo Cultural Olodum**

O grupo Olodum da Bahia possui uma Escola Criativa que desenvolve uma série de cursos, tais como: oficina de mamulengos, dança, teatro, percussão, dicção e postura de voz, reforço escolar, iniciação musical, História e Português. Na área de saúde, o projeto Pró Saúde objetiva educar e informar a população sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. O grupo realiza ainda campanhas de limpeza urbana, que visam manter a comunidade limpa, assim como o reaproveitamento de parte do lixo como material reciclável.

---

Informações adicionais sobre este projeto acesse os endereços eletrônicos:

[www.carlinhosbrown.com.br](http://www.carlinhosbrown.com.br)



---

Para maiores informações acesse:

<http://www.afroreggae.org.br>



---

Acesse o endereço eletrônico: [http://www.facom.ufba.br/com112/olodum\\_e\\_timbalada/olodum\\_index.htm](http://www.facom.ufba.br/com112/olodum_e_timbalada/olodum_index.htm)





Maiores informações sobre este programa acesse o endereço eletrônico:

[http://www.mangueira.com.br/site/conteudo/programas\\_sociais.asp](http://www.mangueira.com.br/site/conteudo/programas_sociais.asp)

- **Programa Social da Mangueira**

O Programa Social da Mangueira reúne um conjunto de ações que atendem às áreas de Esporte, Saúde, Educação para o Trabalho, Lazer e Cultura. As atividades são voltadas para pessoas de diversas idades, de crianças a idosos. Atualmente o Complexo Olímpico atende cerca de 2.500 crianças e adolescentes e ainda se estende ao manter atividades para adultos. O reflexo direto desse trabalho é o baixo índice de criminalidade infantil e o aumento da escolaridade na comunidade da Mangueira. A Vila Olímpica da Mangueira foi escolhida pela BBC de Londres como o Melhor Projeto Social da América do Sul.

## Referências

ARATANGY, L.R. **Desafios da convivência** - pais e filhos. São Paulo, Gente, 1998.

BARNES, J.A. Redes Sociais e processo político. **Antropologia das sociedades contemporâneas**. São Paulo, Global, 159-194, 1987.

DUARTE, P.C.A.V. Reinserção Social. In: **Tratamento das Dependências Químicas: Aspectos Básicos**. Curso à distância. Secretaria Nacional Antidrogas e Universidade de São Paulo, Brasília, 2002.

DUARTE, P.C.A.V. Redes sociais. In: **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho**. Conhecer para ajudar. Curso a distância. Secretaria Nacional Antidrogas, Serviço Social da Indústria e Universidade Federal de Santa Catarina, Brasília, 2006.

FALEIROS, V.P. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo, Cortez, 2001.

GOVERNO FEDERAL. **Estudo Qualitativo: as redes sociais e as representações de risco entre usuários de drogas injetáveis**. Série Avaliação - Projeto Ajude Brasil. Disponível em: [www.aids.gov.br/final/biblioteca/avaliacao6/ajude\\_71.htm-19k-](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/avaliacao6/ajude_71.htm-19k-)

MIRANDA, C.F; MIRANDA, M.L. **Construindo a relação de ajuda**. Belo Horizonte, Crescer, 1983.

OPAS, Redes locais frente a la violencia familiar. Série: Violencia Intrafamiliar y salud. **Documento de Análise n° 2**. La asociación de solidaridad para países emergentes. Peru, Junho de 1999.



## Unidade 7 (II)

# O trabalho comunitário e a construção de redes sociais

\*Maria Fátima Olivier Sudbrack

\* Texto adaptado do original do Curso Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros Municipais, 2008.

Vamos agora conhecer uma nova maneira de pensar a questão do uso de drogas, a partir da mobilização de todos os segmentos de uma determinada comunidade, ou seja, através do **trabalho comunitário**, tendo na cidadania o princípio de atuação.

Esta proposta é inovadora, pois enfatiza a importância do encontro dos **saberes locais** para a construção do **saber coletivo**. A experimentação permanente, o movimento de integração contínua entre os diferentes indivíduos diante de uma tarefa comum a ser cumprida não só abrem caminho para uma atuação efetiva, mas também permitem a transformação.

O trabalho comunitário pode ser definido a partir de três dimensões:

- A participação que gera mudanças na maneira de se posicionar e nas atitudes práticas das pessoas diante do problema; a intervenção adquire, assim, uma outra eficácia, porque se fundamenta na contribuição de todos;
- O enraizamento social, ou seja, o trabalho tem sua origem no grupo de pessoas sobre o qual a ação se dirige; nesse caso, enfatiza-se uma atuação de parcerias que têm como resultado o funcionamento em rede de todas as iniciativas ligadas à prevenção;
- As parcerias múltiplas que permitem uma percepção global dos recursos da comunidade e evitam que a intervenção seja restrita à ação de especialistas; o trabalho exige a utilização de recursos comunitários não mobilizados até então.

A partir dessas dimensões, a maneira inovadora de perceber o envolvimento das pessoas com as drogas na comunidade permite conhecer melhor a realidade, à medida que se articulam **saberes diferentes**, para se chegar a um **saber mais abrangente**.

## Um novo olhar sobre o uso de drogas

O modelo tradicional, baseado na repressão que estigmatiza o usuário e promove o amedrontamento da população, está superado. O trabalho de prevenção do uso de drogas vem evoluindo com a construção de



um novo enfoque, voltado para a educação e para a saúde, centrado na valorização da vida e na participação da comunidade.

### O quadro a seguir mostra a diferença entre esses dois enfoques

Enfoque do medo	Enfoque sistêmico
Controle da oferta Preocupação em controlar a oferta de drogas ilícitas, com pretensão de acabar com as drogas;	Redução da demanda Preocupação em reduzir a procura por drogas, com limites para crianças e jovens no acesso às drogas lícitas e ilícitas;
Controle externo Criminalização do usuário de drogas, com abordagem policial centrada nas drogas ilícitas;	Autonomia Conscientização da população sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas;
Amplificação da violência que gera insegurança e paralisia Ênfase no medo e nas ameaças, promovendo a impotência e a inércia;	Ampliação do conhecimento e competência para a ação Ênfase na autoestima e na autoconfiança, promovendo iniciativas para soluções criativas;
Abordagem isolada Problema reduzido à questão do produto, atribuindo poder à substância sem considerar o sujeito e o contexto;	Abordagem integrada Problema definido a partir do encontro de uma pessoa com um produto em um contexto sociocultural;
Repressão Prevenção centrada na fuga do problema, usando um discurso estereotipado e amedrontador, impondo posturas e decisões autoritárias;	Educação Prevenção centrada no conhecimento da realidade, quebrando tabus, reconhecendo situações de risco, promovendo a opção pela saúde e pela vida;
Questão individual Envolvimento com drogas visto como um problema pessoal, tratado como um processo patológico individual;	Questão relacional Envolvimento com drogas visto como um problema de relações, tratado como processo de mudanças no contexto sociofamiliar;
Soluções hierarquizadas e parciais Isolamento dos usuários do convívio social, transferindo o problema para especialistas.	Soluções participativas e Contextualizadas Mobilização dos recursos comunitários, construindo vínculos afetivos, redes sociais, integrando os diferentes saberes.

Para que você tenha uma ideia clara a respeito do novo enfoque, descrevemos, a seguir, cada uma de suas características essenciais.

- **Redução da demanda** - Ao conhecer as motivações e as necessidades, é possível perceber a oferta e a demanda em uma **ótica da circularidade**, ou seja, que a demanda gera oferta mas também que a oferta gera demanda. Sobretudo, no caso de jovens e de crianças, esta compreensão sistêmica da circularidade entre oferta e demanda nos remete à importância da colocação de limites firmes no acesso precoce às drogas.
- **Autonomia** - A proposta da conscientização da população privilegia a reflexão crítica sobre as experiências com drogas, avaliando os limites de cada pessoa na sua relação com o consumo dos diferentes produtos. Nesse caso, a opção do usuário ao fazer uso abusivo de drogas é reconhecida como fundamental e a mudança do seu comportamento só será efetiva a partir do momento que ele compreende o sentido desse ato e aceita o limite como uma regra em benefício de sua saúde.
- **Ampliação do conhecimento e competência para a ação** - O enfoque sistêmico privilegia os aspectos positivos e da saúde, resgatando as competências das pessoas, para que elas reajam de forma criativa na solução de seus problemas. Nesse sentido, a intervenção preventiva ao uso de drogas deve proporcionar situações que ampliem o conhecimento e a segurança das pessoas, a fim de que se sintam encorajadas para ação.
- **Abordagem integrada** - A droga, vista na sua relação com o usuário e o meio ambiente, mostra a passagem de uma forma isolada de se tratar a questão para uma abordagem integrada e contextualizada que denominamos abordagem sistêmica. Não podemos atribuir à droga uma vida própria, pois ela é apenas uma substância inerte e inofensiva, em si, sem possuir, por si só, qualquer poder de influenciar pessoas.
- **Educação** - É necessária uma abordagem centrada na informação adequada em vez de simplesmente reprimir pelo medo e pelo terror. A ampliação do conhecimento permite

a identificação das situações de risco a serem evitadas e também promove maior conscientização a respeito das consequências e motivações relacionadas ao ato de drogar-se.

- **Questão relacional** - O comportamento de uso de drogas representa a busca de uma solução em face de dificuldades apresentadas no contexto das relações familiares e/ou sociais. O uso de drogas nos remete a um questionamento que vai além da pessoa do usuário, em si próprio, e se amplia para uma reflexão e intervenção junto a todas as pessoas envolvidas.
- **Soluções participativas e contextualizadas** - A ideia de promover soluções participativas e contextualizadas traduz valores essenciais que fundamentam a prática de redes sociais como a **cooperação**, a **complementaridade**, o **respeito mútuo**, a **afinidade afetiva**, o **prazer de estar junto**. Destaca-se, aqui, como estratégia fundamental na intervenção preventiva a necessidade de se privilegiarem os vínculos entre as pessoas e as redes sociais construídas naturalmente na comunidade.

## Desafios no trabalho preventivo com as comunidades de baixa renda

É possível que os moradores de comunidades de baixa renda encontrem no tráfico de drogas organizado uma referência de poder, autoridade, controle e até mesmo em algumas situações de proteção a essas populações. Nesse caso, algumas questões precisam ser discutidas previamente antes de qualquer intervenção.

- O que se pode fazer em comunidades nas quais a presença do tráfico de drogas é significativa?
- Como trabalhar com a prevenção do uso de drogas numa situação em que tudo está em risco, até a própria vida?
- Quais as possibilidades de se falar sobre drogas numa comunidade regida pela “lei do silêncio”?
- Como superar a passividade e a cumplicidade geradas pelo medo?

- Como mobilizar o potencial criativo dessas comunidades para que se produza algo novo?
- O que é possível mudar e qual o preço dessa mudança?
- Com quem podemos contar como aliados nesse trabalho?

Essas questões devem ser debatidas no contexto dos diferentes Conselhos e avaliadas de acordo com a realidade de cada comunidade, para que se chegue a uma proposta de participação conjunta. O trabalho comunitário desenvolvido a partir de diferentes atividades propostas pela própria comunidade pode elevar a qualidade de vida das pessoas, agindo sobre as carências que fazem com que os jovens busquem o consumo de drogas.

### **A importância da participação de todos**

As ações de prevenção na comunidade assumem, assim, uma natureza diferente e mais abrangente e, por essa razão, os conselheiros precisam estar preparados e integrados nas redes sociais. É importante que se incentive a troca de experiências, para que visões diferentes do problema se complementem e promovam a solidariedade diante das dificuldades.

Ao mesmo tempo que a prevenção do uso abusivo de drogas exige conhecimentos especializados, o trabalho comunitário de construção das redes sociais mostra que a prevenção é função de todos os cidadãos. Cada pessoa tem um papel a desempenhar e uma competência a oferecer para o objetivo comum de articular e de sustentar a rede social. Inicia-se, assim, um processo de construção de um novo saber. O saber popular junta-se ao saber acadêmico e ao saber político para construir um saber comum a todos.

O trabalho de prevenção desenvolvido desse modo vai muito além da divulgação de conhecimentos específicos sobre as drogas. A diversidade de experiências e visões sobre o problema, graças à participação dos diferentes segmentos sociais ou das pessoas interessadas em querer solucioná-lo, enriquece a comunidade, pois todos têm alguma contribuição a dar, independentemente do papel social desempenhado. Conselheiros, pais, filhos, amigos, empresários, profissionais, religiosos, enfim, todos podem e devem ser envolvidos no trabalho de prevenção.

O desafio fundamental de quem trabalha nessa área é enfrentar o sentimento de impotência diante de problemas de natureza social e econômica. Nesse caso, a prática de redes sociais também oferece um relevante suporte, centrado na integração que se estabelece em torno do objetivo comum que o grupo tem. A partir desse modelo de atuação, surgem novas maneiras de encarar o problema e abrem-se novas perspectivas, pois a crise é considerada um momento de enorme potencial para a mudança e para o surgimento de novas possibilidades.

A proposta de implantação de redes sociais abre amplas perspectivas para a construção de estratégias que promovam a aproximação entre as pessoas de uma determinada comunidade, reforçando os vínculos afetivos entre elas e permitindo a circulação das informações necessárias, trocas de experiências, aprendizados recíprocos e construção de soluções coletivas.

## Resumo

Você está encerrando a Unidade 7 deste Curso. Os dois textos abordaram os seguintes conteúdos:

- Os grupos são elementos decisivos para a manutenção do sentimento de pertinência e valorização pessoal, influenciando comportamentos, atitudes e funcionando como ponto em uma rede de referência;
- Os pontos de uma rede social de referência são: a família, a escola, os amigos e os colegas de trabalho, entre outros;
- A articulação de diferentes pontos da rede social pode otimizar espaços de convivência positiva que reforçam a troca de experiências na identificação de situações de risco pessoal e possíveis vulnerabilidades sociais;
- Ao articular redes de prevenção, é importante considerar alguns fatores de risco e proteção ao uso de drogas nos diferentes domínios da vida;
- Na ação comunitária, a ideologia preponderante é a cooperação, cuja força se dá no estabelecimento de uma corrente solidária, na qual cada pessoa é importante na sua necessidade de ajuda ou na sua disponibilidade para ajudar;
- O trabalho de prevenção do uso de drogas evoluiu da representação ao usuário e do amedrontamento da população, para um novo enfoque voltado para a educação e para a saúde, centrado na valorização da vida e na participação da comunidade;
- No trabalho comunitário, os profissionais precisam estar bem preparados e integrados nas redes profissionais.

Na próxima Unidade, você aprofundará o conceito de “redução de danos”, uma abordagem que ganha espaço em políticas de enfrentamento ao uso abusivo de álcool e outras drogas dentro de uma sociedade complexa. Até lá!

## Exercícios de fixação

1. O padrão de interação de uma rede social, da qual um indivíduo faz parte, pode ser:
  - a. Positivo: marcado por atitudes e comportamentos de agressão a vida.
  - b. Negativo: privilegiando atitudes e comportamentos que valorizam a vida.
  - c. Positivo: privilegiando atitudes e comportamentos que valorizam a vida.
  - d. Negativo: marcado por atitudes de submissão, assédio moral e alegria.
  
2. São características a serem identificadas e desenvolvidas nos trabalhos de rede:
  - a. Acolhimento e cooperação.
  - b. Humanização e intolerância.
  - c. Egoísmo e indisponibilidade.
  - d. Disponibilidade e intolerância.
  - e. Egoísmo e acolhimento.



Atenção! Os exercícios de fixação também estão disponibilizados no AVEA. Em caso de dúvidas, entre em contato com seu TUTOR.

## Referências

COLLE, F.X. **Toxicomanies, Systèmes et Familles** - où les drogues rencontrent les émotions. Paris: ESF, 1995.

COSTA, L.F. **Reuniões Multifamiliares**: uma proposta de intervenção em psicologia na comunidade. Tese de Doutorado, USP, 1998.

DABAS, E. & NAJMANOVICH, D. **Redes**: El Lenguaje de Los Vínculos - hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Buenos Aires: Paidós, 1995.

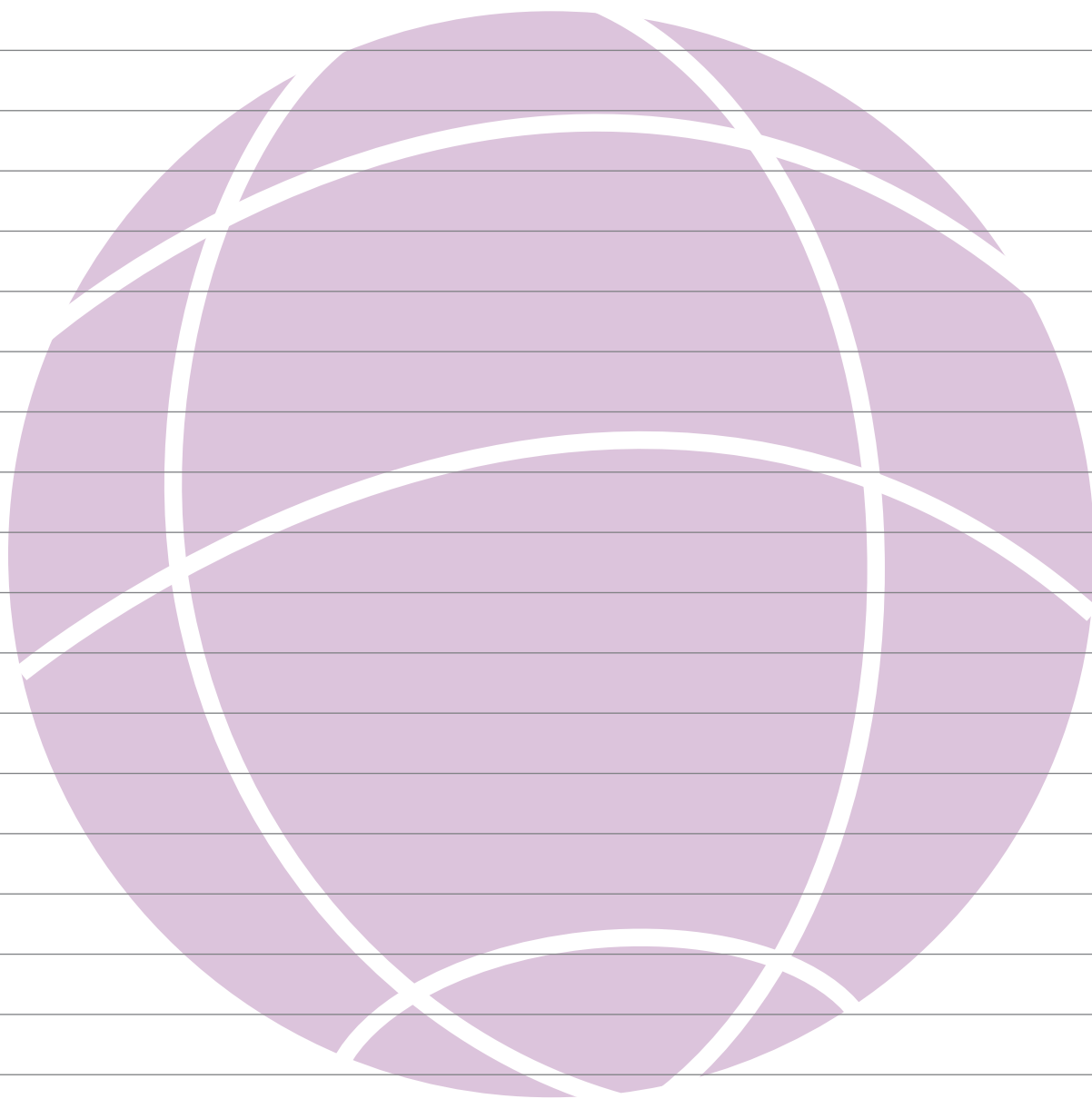
MORIN, E. **Ciência com Consciência**. São Paulo: Bertrand Brasil, 1996.

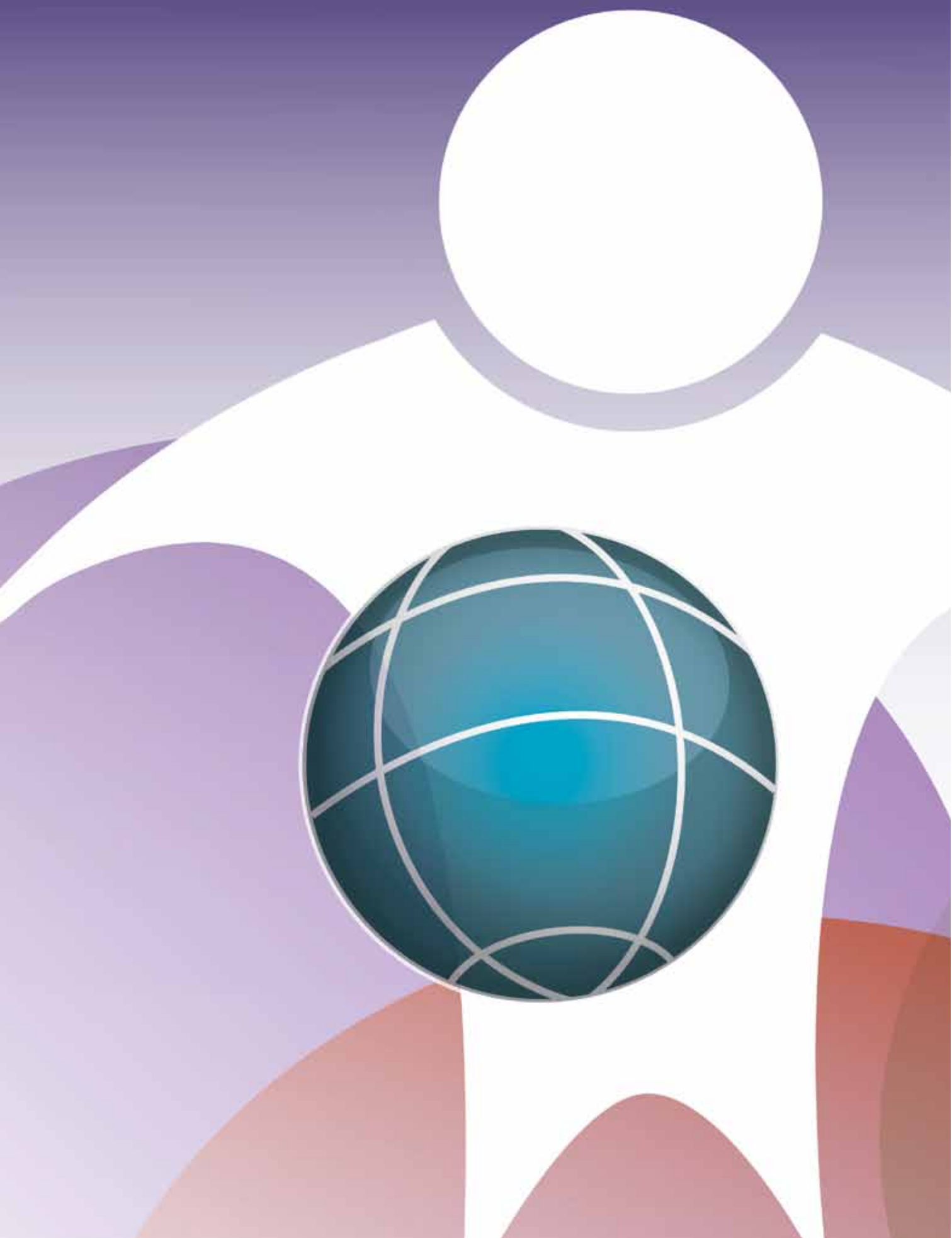
SLUZKI, C. **Redes Sociais** - alternativa na prática terapêutica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SUDBRACK, M.F.O. Construindo Redes Sociais: metodologia de prevenção da drogadição em adolescentes de famílias de baixa renda do Distrito Federal, cap. In Macedo, R.M. Família e Comunidade. **CADERNOS DA ANPPEP**, São Paulo, 1997.



# Anotações





# Unidade 8

## Redução de Danos, Prevenção e Assistência

Marcelo Santos Cruz

Ao fim desta Unidade, você terá conhecido as estratégias para reduzir os danos causados nas pessoas que usam drogas. Os conteúdos trabalhados serão os seguintes:

- as estratégias de redução de danos e as diretrizes da Política Nacional sobre Drogas
- redução de danos e políticas públicas de saúde

## Introdução

As Estratégias de Redução de Danos constituem um conjunto de princípios e ações para a abordagem dos problemas relacionados ao uso de drogas utilizado internacionalmente e apoiado pelas instituições responsáveis pela formulação da Política Nacional sobre Drogas. Os problemas com as drogas envolvem múltiplas dimensões, incluindo os seus aspectos jurídicos e de saúde, em situações frequentes que podem ter graves consequências para os indivíduos e para a coletividade. Conhecer as Estratégias de Redução de Danos, seus alcances, limitações e o debate que as envolve, permitirá ao profissional do campo jurídico formular sua compreensão e contribuir para a definição das melhores alternativas para a questão das drogas em nosso país.

**Redução de Danos (RD)** constitui uma estratégia de abordagem dos problemas com as drogas que não parte do princípio que deve haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas, seja no âmbito da sociedade, seja no caso de cada indivíduo, mas que formula práticas que diminuem os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais com que convivem.

## O que são as Estratégias de Redução de Danos?

Práticas de Redução de Danos já eram utilizadas no início do século XX e cederam pela pressão proibicionista de meados do século. Na década de oitenta, na Holanda, usuários de drogas injetáveis (UDIs) exigiram do governo a disponibilização de serviços que diminuíssem seus riscos de contaminação com o vírus da hepatite B. Posteriormente, a preocupação com o risco de contaminação com a AIDS deu grande impulso à implementação das atividades de Redução de Danos. Profissionais foram treinados para fazer contato e receber pessoas que usavam drogas injetáveis. Desde então, estes profissionais desenvolvem estes serviços em locais de fácil acesso aos usuários, como em veículos que circulam ou ficam estacionados em áreas da cidade com maior concentração de UDIs. As práticas de Redução de Danos passaram a integrar as estratégias de abordagem do problema com as drogas em países da Europa, na Austrália e nos Estados Unidos.

As práticas de Redução de Danos, surgidas como uma alternativa para

as estratégias proibicionistas do tipo Guerra às Drogas, baseiam-se, segundo Andrade (2002), em princípios de **pragmatismo, tolerância e compreensão da diversidade**. São pragmáticas porque compreendem ser imprescindível continuar oferecendo serviços de saúde visando, principalmente, a preservação da vida para todas as pessoas que têm problemas com drogas. Mesmo que se compreenda que para muitas pessoas o ideal seria que não usassem mais drogas, sabe-se que isto pode ser muito difícil, demorado ou inalcançável. Portanto, é pragmática a ideia de que é necessário oferecer serviços, inclusive para aquelas pessoas que não querem ou não conseguem interromper o uso destas substâncias. O oferecimento destes serviços pode evitar que se exponham a situações de risco e viabilizar sua aproximação das instituições, abrindo a possibilidade de que peçam ajuda posteriormente. A Estratégia de Redução de Danos é tolerante, pois evita a compreensão moral sobre os comportamentos relacionados ao uso de substâncias e às práticas sexuais, evitando intervenções autoritárias e preconceituosas. A diversidade é contemplada ao compreender que cada indivíduo estabelece uma relação particular com as substâncias e que a utilização de abordagens padronizadas como pacotes prontos e impostos para todos é ineficaz e excludente.

### Redução de Danos como Estratégia de Prevenção

As ações que visam a diminuição dos riscos de contaminação com micro-organismos por via injetável ou por via sexual constituíram o impulso inicial das Estratégias de Redução de Danos. Posteriormente, outras práticas de risco se tornaram foco de ações de Redução de Danos, como os problemas com drogas não injetáveis, como é o caso do crack nos dias de hoje. Outras atividades preventivas relacionadas ou não ao uso de drogas têm, atualmente, sido compreendidas como coerentes com os princípios de Redução de Danos. É o caso do uso de cinto de segurança por motoristas de automóveis, do capacete por motociclistas e da legislação e fiscalização que visa dissociar o uso do álcool da direção de veículos. No caso da legislação sobre a direção de veículos, ela é compreendida como uma prática de Redução de Danos, porque ela não proíbe a venda, produção ou mesmo o uso do álcool, mas define uma situação em que o uso do álcool não é permitido, que

é antes de dirigir veículos. Neste caso, a restrição não invade o direito individual, pois a licença para dirigir é uma concessão pública.

No Brasil, as Estratégias de Redução de Danos foram implementadas a partir da preocupação com o crescimento do contágio com o HIV entre usuários de drogas injetáveis. No caso da Estratégia de Redução de Danos para usuários de drogas injetáveis, as atividades incluem a troca de seringas usadas por seringas estéreis e descartáveis, a distribuição de preservativos, a disponibilização de informações sobre como usar o equipamento de injeção com menos risco de contaminação e sobre cuidados para a prática de sexo seguro. Além disso, os usuários recebem informações sobre serviços de saúde para a realização de exames e de tratamento para problemas clínicos e para a dependência de drogas. Assim, a atividade de troca de seringa não é um fim em si, mas um serviço oferecido junto a muitos outros que tem o objetivo geral de preservação da saúde.

No Brasil as primeiras ações de Redução de Danos surgiram em Santos em 1992. No final da década de oitenta, aquele município apresentava altíssimas taxas de prevalência de soropositividade para o HIV entre usuários de drogas injetáveis. Houve repressão policial a estas atividades e ações civis e criminais contra seus organizadores alegando que estas atividades estimulariam o consumo de drogas e, por isso, o projeto foi interrompido. Em 1994, o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) deu parecer favorável à realização de atividades de Redução de Danos sendo que em 1995 teve início na Bahia o primeiro programa brasileiro. O programa introduziu ações de redução de danos e de riscos associados ao uso de drogas, especialmente as drogas injetáveis. Foram estabelecidas intervenções de campo voltadas para os usuários de drogas fornecendo não apenas informações sobre o HIV/AIDS, como também insumos de prevenção para reduzir o risco de infecção pelo HIV.

Em 2003, mais de 150 programas de Redução de Danos estavam em funcionamento no país com o apoio e, na maioria dos casos, com o financiamento do Ministério da Saúde. Contrariando expectativas pessimistas, os estudos científicos que se seguiram mostraram que a implantação dos programas de redução de danos não foi acompanhada

de crescimento da soroprevalência do HIV. Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, o número de casos notificados de AIDS entre usuários de drogas injetáveis maiores de 13 anos caiu de 4092 (29,5% do total) em 1993 para 849 (7,7% do total) em 2007 (Brasil, Ministério da Saúde, 2008). Estudos realizados em Santos (Mesquita e colaboradores, 2001), Rio de Janeiro (Bastos, Telles e Hacker, 2001) e Salvador (Andrade e colaboradores, 2001) encontraram importante queda na prevalência de soropositividade para HIV, hepatite B e C quando comparados com estudos realizados nestas cidades antes da instituição de estratégias de Redução de Danos. Nestes grupos atendidos pelas estratégias de Redução de Danos, estas pesquisas também encontraram diminuição da frequência do uso injetável e de compartilhamento de seringas (em Santos, Rio de Janeiro e Salvador) e aumento do uso de preservativos (Salvador). Estas pesquisas respondem favoravelmente a uma das indagações importantes sobre as Estratégias de Redução de Danos: se elas são eficientes em diminuir danos e riscos. Outra pergunta fundamental é se as estratégias de redução de danos aumentam o consumo de drogas, ao que Mesquita e Bastos responderam afirmando que nenhuma pesquisa demonstrou a associação de Estratégias de Redução de Danos com o aumento do consumo de drogas.

A mera inexistência da droga no organismo humano não faz cessar o desejo de usar drogas. As alterações provocadas no sistema nervoso central pelo uso crônico são responsáveis pelo quadro de abstinência nos primeiros dias em que o indivíduo está sem a droga. Mas, ainda que semanas, meses ou anos se passem, não há garantia de que o desejo intenso pela substância não persista ou não retorne. Pessoas que foram dependentes de nicotina (fumantes de cigarros de tabaco) e pararam de fumar, sabem que a vontade de fumar retorna, de forma mais ou menos intensa, inúmeras vezes e, em muitos casos, até anos depois da interrupção do uso da droga. Estas pessoas descrevem que o difícil não é, exatamente parar de fumar, mas conseguir evitar voltar a fumar. A explicação para este fenômeno envolve também aspectos biológicos (como mudanças prolongadas ou persistentes no funcionamento cerebral), mas certamente inclui também as determinações psicológicas e socioculturais. Exemplificando a interação complexa destes fatores (biológicos, psicológicos e sociais) que dificultam a interrupção do uso

## UNIDADE 8

de qualquer droga, podemos pensar nas pessoas que têm problemas com o álcool e a cocaína. Nestes casos, além das alterações do funcionamento cerebral, os indivíduos estão envolvidos em situações que envolvem seu psiquismo e suas relações com amigos, familiares e outros, que podem dificultar bastante seus esforços para parar e manter-se sem usar a droga.

Assim, as abordagens terapêuticas não devem ser baseadas apenas no afastamento, eliminação da droga do organismo ou reversão das alterações neuropatológicas, mas devem se estender aos aspectos psicológicos (por meio dos vários recursos psicoterápicos) e socioculturais (como a atenção à família e a reinserção social). Apesar disso, ainda existem no Brasil, profissionais e instituições que propõem tratamentos baseados unicamente no afastamento da droga por meio de internações (muitas vezes prolongadas) ou somente na administração de medicações.

Da mesma forma que uma compreensão biológica simplista, a articulação de uma visão moralista do uso de drogas com o proibicionismo, provoca propostas equivocadas de tratamento, como por exemplo, a ideia de que disciplinar, punir ou impor a religiosidade podem, simplesmente, afastar o “desencaminhado” do mundo das drogas. Entre profissionais de saúde inadequadamente capacitados para atender usuários de drogas, é comum a concepção de que todos eles são antissociais e que nada há a fazer para ajudá-los. A capacitação dos profissionais é um dos desafios atuais para a atenção à saúde neste campo.

Ainda mais frequente do que os equívocos descritos, é a proposta geralmente associada à estratégia proibicionista de exigir abstinência imediata para todos os pacientes que iniciam tratamento.

Após a nova Lei de Drogas, as entrevistas realizadas com profissionais de saúde de serviços especializados na assistência a usuários de drogas evidenciaram uma percepção favorável à mudança na forma de encaminhamento de pessoas com problemas com drogas por serviços da Justiça para estas instituições de saúde. Estes profissionais destacam que a aproximação dos serviços da Saúde e da Justiça é bem-vinda, pois permite uma melhor compreensão de parte a parte, a diminuição de expectativas exageradas e, principalmente, a diminuição dos enca-



minhamentos para tratamentos compulsórios, “nos moldes da Justiça Terapêutica”.

Equipes experientes no tratamento de dependentes de drogas sabem que os melhores resultados ocorrem quando os pacientes estão fortemente envolvidos com o tratamento. Isto significa que os pacientes se encontram francamente motivados, não apenas para participar dos vários procedimentos terapêuticos propostos, mas também para mudanças psíquicas e comportamentais.

Pacientes motivados aceitam com mais empenho participar com assiduidade de tratamento psicoterápico e grupos de ajuda mútua. Quando necessitam medicação, engajam-se em manter a regularidade das doses prescritas e o comparecimento às consultas. Mas, mais importante do que a participação do paciente nas práticas do tratamento, é a sua disposição para mudanças psíquicas e de comportamento. As mudanças psíquicas envolvem, por exemplo, abrir mão de uma postura de oposição ao tratamento, à equipe e à família, passando a se responsabilizar pelas consequências de suas escolhas. No campo da psicoterapia, esta nova postura se manifesta pelo surgimento de reflexões do paciente sobre suas dificuldades de relacionamento e sobre a função de alívio de conflitos ou sofrimento psíquico que a droga pode exercer para ele.

Um paciente motivado ou implicado no tratamento responde às indagações e hipóteses propostas pelos terapeutas, tomando-as como questões para si, ou seja, produzindo novas formas de pensar sobre si mesmo, suas escolhas e seus comportamentos. Mais do que isto, um paciente engajado no tratamento, propõe questões sobre si e as leva ao terapeuta, está atento às respostas do terapeuta e observa de que forma as experiências e os modos de agir descritos por outros pacientes, companheiros de grupo, são semelhantes aos seus. Ao invés de perceber o tratamento como algo imposto por outro, o sujeito passa a percebê-lo como uma ferramenta sua para encontrar formas mais satisfatórias de viver. As mudanças no comportamento como a melhora no relacionamento com a família, o afastamento de pessoas com quem ele usava drogas, o interesse em atividades produtivas (educação ou trabalho) são consequências destas mudanças psíquicas, da melhora do bem estar emocional e também (mas não exclusivamente) da interrup-

ção do uso de drogas. Este cuidado é importante, inclusive, porque há pessoas que, mesmo estando abstinente há muitos anos, continuam tendo sua vida girando em torno da droga ou persistem com formas de se relacionar com os que mantêm os mesmos problemas que tinham quando usavam drogas.

No entanto, as equipes experientes no tratamento de dependentes de drogas também sabem que a plena implicação do sujeito com o seu tratamento, em geral, não é a regra do que ocorre com os que iniciam um tratamento, nem se produz imediatamente. A motivação varia de um paciente para outro e, com frequência, a motivação de um mesmo paciente é flutuante, oscilando em diferentes momentos de sua trajetória. Este é um dos motivos pelos quais aprendemos que não podemos ter uma atitude passiva e ficar esperando que o paciente decida se tratar. Também não podemos deixar por conta do paciente tomar todas as decisões sobre os procedimentos indicados no tratamento, pois, sendo a motivação instável, o paciente pode colocar obstáculos ao tratamento que facilitem que a situação se mantenha inalterada.

Assim, as posturas extremas como impor o tratamento, exigir abstinência e todas as mudanças de conduta ou, por outro lado, simplesmente aguardar que cada paciente tome todas as decisões são igualmente equivocadas e improdutivas. Então, como sair deste impasse?

Para responder a esta pergunta, estudiosos de diferentes linhas teóricas têm se dedicado a investigar e a propor técnicas para ajudar os pacientes que não estão plenamente motivados (ou implicados) para o tratamento a se aproximarem deste estágio. Estudiosos da Psicologia Cognitivo-Comportamental e da Psicanálise se dedicam a investigar o que denominam, respectivamente, de “Motivação para a Mudança” e “Constituição da Demanda de Tratamento”.

Não sendo este espaço o mais indicado para o aprofundamento de tais teorias, optamos por destacar algumas de suas observações mais relevantes. Entre os aspectos mais importantes sobre a motivação (ou implicação) de usuários de drogas, é importante destacar questões como ambiguidade, controle da vontade e vínculo terapêutico.

**Ambiguidade** é uma disposição contraditória diante de uma escolha. É uma dificuldade que observamos com frequência entre pessoas com problemas com drogas no que se refere à sua motivação para interromper o uso da droga. Muitas vezes, estes pacientes querem intensamente parar o uso da substância e no momento seguinte decidem reiniciar este uso. Em alguns casos, os pacientes nos descrevem que, em um mesmo momento, eles querem e não querem usar drogas. Ou seja, percebem seus danos e prejuízos e se preocupam com isto, querem evitá-los e sabem que só o conseguirão interrompendo o uso da droga. E, no entanto, permanecem com o desejo de manter o uso da substância. É preciso conhecer o fenômeno da ambiguidade para não cair no erro de pensar que um indivíduo que, em um momento diz que quer parar de usar drogas e alguns minutos depois volta a usar, necessariamente estava mentindo.

Do ponto de vista da Psicopatologia Fenomenológica, o termo correto seria ambitendência, uma alteração da vontade. No entanto, utilizamos o termo ambivalência, por ser consagrado pelo uso com o significado descrito ao lado.

A ambiguidade apresentada por usuários de drogas também deve ser compreendida como um fenômeno que tem determinação tanto biológica como psicológica. Para que esta descrição seja compreendida de forma empática por pessoas que não têm problemas com drogas nem experiência na atenção a estes problemas, é interessante pensar como todas as pessoas se encontram em ambiguidade em algumas situações da vida. São exemplos corriqueiros: diminuir ou não a ingestão de alimentos saborosos contraindicados porque aumentam o colesterol ou acrescentam alguns centímetros à cintura, começar ou não a fazer exercícios, telefonar ou não para aquela(e) namorada(o) que já provocou tantos problemas, fazer ou não fazer só mais esta “comprinha”, etc.

A questão do controle da vontade se refere à dificuldade que estes pacientes muitas vezes apresentam tanto em manter suas decisões quanto em refrear seus impulsos, de modo a evitar riscos ou situações das quais podem se arrepender depois. Os pacientes nos relatam que as dificuldades de autocontrole não se restringem àquelas relacionadas ao uso de drogas e, incluem, por exemplo, envolver-se com pessoas que as farão sofrer, comer, jogar ou gastar compulsivamente. Diferentemente do que ocorre com pacientes diagnosticados com o transtorno de personalidade antissocial, os comportamentos compulsivos de risco são relatados por pessoas com problemas com drogas com grande angústia

## UNIDADE 8

e arrependimento. A angústia pode estar ligada à percepção da própria dificuldade de apreender e mudar com a experiência, pois o sofrimento gerado pelo comportamento não produz aumento do controle da vontade em outra situação subsequente.

Outro conceito importante para o tratamento de pessoas com problemas de drogas é o de vínculo terapêutico. O vínculo terapêutico é aquele que se desenvolve entre o paciente e o profissional ou a equipe que o atende. Este laço se desenvolve lentamente, pois estas pessoas preocupam-se em serem enganadas ou abandonadas. O vínculo também não tem um desenvolvimento linear e sofre altos e baixos de acordo com o surgimento dos sentimentos e acontecimentos que envolvem o tratamento. Mas, pouco a pouco, este vínculo se desenvolve, propiciando o surgimento de confiança e facilitando o engajamento do paciente. O conceito psicanalítico de “transferência” se refere a certa forma de vínculo do paciente com o terapeuta, que é considerada ferramenta fundamental para as mudanças ocorridas em análise.

De uma forma geral, as propostas atuais de tratamento enfatizam a necessidade de aumentar a motivação ou demanda de tratamento. Para isto, é importante considerar a ambiguidade quase sempre presente nas suas etapas iniciais. Muitas vezes, o engajamento no tratamento só ocorre quando o sujeito não aguenta mais a sua vida e não suporta mais as perdas que a droga tem produzido. As abordagens terapêuticas envolvem vários recursos que, apoiados nas teorias e técnicas psicoterápicas, podem favorecer a motivação, diminuem as resistências, propiciam o estreitamento de um vínculo com o profissional e com a instituição. Estas abordagens incluem atendimento médico, psicoterapia (individual ou em grupo), atendimento e orientação aos familiares e oferecimento de atividades ocupacionais, como oficinas terapêuticas. A conjugação destes vários recursos, frequentemente, mobiliza profissionais de múltiplas formações como médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e outros e produz bons resultados mostrando a importância do trabalho interdisciplinar neste campo.

## Estratégias de Redução de Danos no Tratamento

No tratamento baseado em Redução de Danos, a definição de seu objetivo, metas intermediárias e procedimentos são discutidos com o paciente e não impostos. A interrupção do uso de drogas quase sempre é um dos objetivos, mas outros avanços são valorizados, como evitar colocar-se em risco, melhorar o relacionamento familiar e recuperar a atividade profissional. A participação do paciente nas escolhas das metas e etapas do tratamento valoriza e aumenta a sua motivação e engajamento. Por trajetórias diversas, muitos têm história de relacionamentos conturbados com figuras significativas e este é um dos motivos pelos quais é comum que pessoas com problemas com drogas tenham problemas com sua autoestima. Esta insegurança é agravada pelas sucessivas perdas decorrentes do uso das drogas. Por isso, reagem de forma negativa e intensa quando se sentem controlados ou criticados em suas opções.

Muitas vezes pessoas que têm problemas com drogas propõem que o objetivo do tratamento seja controlar o uso de forma a não ter mais os riscos e prejuízos. Os serviços e profissionais que têm experiência neste campo sabem que é muito raro que estas pessoas consigam este fim e esforçam-se para motivar o paciente a parar. De toda forma, o tratamento que tem a Redução de Danos como estratégia não se prende ao consumo da substância como foco. Os aspectos emocionais e sociais, os modos como o paciente se relaciona com os demais e consigo mesmo, a função que tem o uso da droga para esta pessoa, são questões centrais abordadas no tratamento. Com frequência, a mudança e melhora nestes aspectos ocorre em paralelo com a mudança na relação com a droga. No que se refere ao uso da droga, é comum que diminuições, interrupções e recaídas ocorram, mas com o estabelecimento do vínculo terapêutico e a implicação (ou engajamento) do paciente no tratamento, as mudanças vão se tornando mais sólidas e consistentes. A evolução flutuante com avanços e recuos, paradas e recaídas também ocorrem no tratamento com exigência de abstinência. Uma das diferenças é que, com a Estratégia de Redução de Danos, não ocorre a exclusão daqueles que não querem ou não conseguem interromper o uso da substância.

A troca de uma droga por outra que diminua riscos e danos também é um exemplo de uma prática de Redução de Danos. É o caso do uso da metadona no tratamento de pessoas com dependência de opióides, como a morfina ou a heroína. A metadona é também um opióide e igualmente pode provocar dependência. Mas, como os riscos e os danos são menores, esta substância é prescrita em serviços médicos nos EUA e na Europa como uma forma de facilitar a retirada da heroína ou como substituição, quando os indivíduos não conseguem ou não querem interromper o uso. No Brasil, os casos de dependência de opióides não são tão comuns, mas quando ocorrem, o tratamento da dependência também é realizada em serviços médicos incluindo a troca provisória pela metadona. O uso de benzodiazepínicos como o clordiazepóxido ou o diazepam no tratamento da abstinência alcoólica, rotina nos serviços médicos no Brasil e no exterior, constitui outro exemplo de terapia de substituição e, portanto, de Estratégia de Redução de Danos. Com a terapia de substituição, a interrupção do uso de drogas pode ser um objetivo a ser alcançado mais adiante. Assim, não há contradição entre Redução de Danos e abstinência como meta, mas sim entre Redução de Danos e abstinência como uma exigência para que os pacientes recebam serviços.

## Desafios

Ainda existem grandes desafios para que os problemas com as drogas encontrem soluções mais satisfatórias. Entre estes desafios enfrentados pelos profissionais da Justiça e da Saúde, incluímos a situação do risco sem demanda de ajuda. Esta situação é aquela em que o indivíduo, por conta do seu envolvimento com drogas, está colocando sua vida em risco ou oferecendo risco de vida para os demais e, mesmo assim, não percebe a necessidade ou não aceita a necessidade do tratamento. Nesta situação, é importante diferenciar o que é um risco imediato, concreto e grave e o que é um risco suposto a longo prazo ou menos provável. Uma situação exemplar de risco suposto a longo prazo é o caso das pessoas que fumam tabaco. Sabe-se da grande chance de morte produzida pela droga (50% das pessoas que fumam morrem de doença associada ao fumo, segundo a Organização Mundial de Saúde) e, no entanto, não se cogita tratamento compulsório para fumantes. Por outro lado,

um jovem que usa uma droga e se coloca continuamente em risco sem perceber a necessidade de tratamento, pode precisar receber alguma forma de controle externo para preservação da sua vida ou dos demais. Como dito anteriormente, o controle da vontade pode ser inconstante para algumas pessoas. De uma forma geral, seus entes mais próximos (familiares, amigos, colegas ou chefia de trabalho) podem ajudá-los a restabelecer seu controle da vontade e para isso, precisam exercer alguma pressão, constituindo um controle externo provisório. Em casos mais graves, ou quando os familiares não conseguem funcionar como esta instância de controle externo, a intervenção da Justiça pode ser necessária. Mesmo em caso menos graves, como as situações descritas em que uma pessoa detida por porte de maconha, vai ao serviço de saúde cumprir a exigência legal de comparecimento e depois pede tratamento, podemos observar como o a função de controle externo (neste caso exercido pela Justiça) pode ser produtivo. O problema é que temos que considerar a complexidade das questões e a particularidade da situação diversa de cada um dos envolvidos. O que pode funcionar muito bem para um pode ter resultados desastrosos para outro.

Para aperfeiçoar os procedimentos em casos como estes e para a definição de modos melhores de abordar as situações em que o uso de drogas se encontra na interface da Justiça e da Saúde é imprescindível o estreitamento da interlocução dos profissionais destas áreas de conhecimento. Este diálogo promissor pode permitir a construção conjunta de soluções no campo da prevenção e no campo da assistência ao uso de drogas.

## UNIDADE 8

## Resumo

Você está encerrando a Unidade 8 deste Curso. Nessa etapa, você estudou que a utilização dos conceitos de Redução de Danos entre as ações de prevenção desenvolvidas pelos serviços da rede básica de saúde e justiça têm grande alcance, pois se dirigem à população como um todo. Além disso, viabilizam um contato compreensivo e de respeito às escolhas individuais, incluindo a disponibilização de serviços de saúde e visando o estabelecimento de práticas de cuidado à saúde, modificações de hábitos e de conceitos, favorecendo a prevenção dos problemas com o álcool e as outras drogas.

Na próxima Unidade, você aprofundará seus conhecimentos sobre as diversas formas de tratamento de um indivíduo com dependência química. Até lá!



## Exercícios de fixação



1. Redução de Danos constitui uma estratégia de abordagem dos problemas com as drogas que formula práticas que diminuem os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais com que convivem. Ela parte do princípio que:
  - a. É a melhor alternativa no tratamento ao dependente químico.
  - b. O uso da droga deve ser o primeiro passo no tratamento.
  - c. Não deve ser levado em conta a diversidade que envolve o combate as drogas.
  - d. Não deve haver imediata e obrigatória extinção do uso de drogas.
  - e. O uso da droga deve ser mantido, porém de forma correta segundo orientações recebidas.
2. As práticas de Redução de Danos, baseiam-se, segundo Andrade (2002), em princípios de pragmatismo, tolerância e compreensão da diversidade. Relacione as sentenças corretamente:

## UNIDADE 8

1 – Pragmatismo	( ) evita o julgamento moral sobre os comportamentos relacionados ao uso de substâncias e às práticas sexuais; ( ) cada indivíduo estabelece uma relação particular com as substâncias;
2 – Tolerância	( ) Propõe alternativas diferentes de intervenções autoritárias e preconceituosas;
3 - Compreensão da diversidade	( ) É imprescindível oferecer serviços de saúde visando, a preservação da vida para todas as pessoas que têm problemas com drogas.

Marque a alternativa correta:

- a. 2, 3, 2, 1
- b. 3, 3, 2, 1
- c. 2, 2, 3, 1
- d. 2, 3, 1, 3
- e. 1, 1, 3, 2

exercícios  
bém estão  
s no AVEA.  
vidas, entre  
n seu TUTOR.

## Referências

ANDRADE, TM. Redução de danos, um novo paradigma? In: **Entre riscos e danos**. Uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas. Ministério da Saúde do Brasil e União Europeia. Paris: Editions Scientifiques ACODESS, 83-86, 2002.

ANDRADE, TM; DOURADO, MI; FARIAS, AH e CASTRO, BG. Redução de danos e redução da prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Salvador-Bahia. In: **A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil**. 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasil.

BASTOS, FI e MESQUITA, F. Estratégias de redução de danos. In: **Dependência de drogas**. Sergio D. Seibel e Alfredo Toscano Jr.(editores). São Paulo, Editora Atheneu, 181-190, 2001.

BASTOS, FI; TELLES, P e HACKER, M. Uma década de pesquisas sobre usuários de drogas injetáveis e HIV/AIDS no Rio de Janeiro. Parte I: “Rumo a uma epidemia sobre controle?” In: **A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil**. 10 anos de pesquisa e redução de danos.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília. Ministério da Saúde, 11-48, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília. Ministério da Saúde, 95-114, 2001

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília. Ministério da Saúde, 49-78, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico – AIDS e DST**. Ano V, vol 1, julho a dezembro de 2007. Janeiro a junho de 2008.

CARLINI-COTRIM, B. Movimentos e discursos contra as drogas nas sociedades ocidentais contemporâneas. *Addiction*, 90:65-72, 1995.

CARVALHO, S. **A política criminal de drogas no Brasil**. Estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2010.

CRUZ, MS. **Formação profissional para o atendimento a usuários de drogas**. Tese de doutorado em Psiquiatria no IPUB / UFRJ. Orientador: João Ferreira da Silva Filho. Setembro de 2001.

CRUZ, MS e Ferreira, SMB. Determinantes socioculturais do uso abusivo de álcool e outras drogas: uma visão panorâmica. In: **Álcool e drogas: usos, dependência e tratamentos**. CRUZ, MS e Ferreira, SMB (organizadores). Rio de Janeiro, Edições IPUB/CUCA, 95-113, 2001.

CRUZ, MS; SÁAD, AC; FERREIRA, SMB. Posicionamento do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sobre as estratégias de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 52(5):355-362, 2003.

CRUZ, MS. Considerações sobre possíveis razões para resistência às estratégias de redução de danos. In: **Álcool e outras drogas**. Escolhas, impasses e saídas possíveis. Oscar Cirino e Regina Medeiros (orgs). Belo Horizonte: Autêntica, 13-24, 2006.

DIAS, AIS. **Políticas de Redução de Danos no Brasil e as lições aprendidas de um modelo americano**. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

MESQUITA, F; BUENO, R; KRAL, A; REINGOLD, A; LOPES, G; HADDAD, I; PICONEZ, D; SANCHES, M; ARAUJO, PJ e BUCHALLA, CM. AIDS entre usuários de drogas injetáveis na região metropolitana de Santos, na década de 1990. In: **A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil**. 10 anos de pesquisa e redução de danos.

MENDES, MHS. **Drogas: lei, saúde e sociedade**. Monografia apresentada no Curso de Especialização em Assistência a Usuários de Drogas. Instituto de Psiquiatria da UFRJ, 2009.

LIMA, RCC. **A História da droga e de seu proibicionismo**: relações Brasil-EUA e os organismos internacionais. Teses de Doutorado. Escola de Serviço Social da UFRJ, 2009.

PODER JUDICIÁRIO de PERNAMBUCO. <http://www.tjpe.jus.br/index.asp> Acesso realizado em: 14 de outubro de 2010

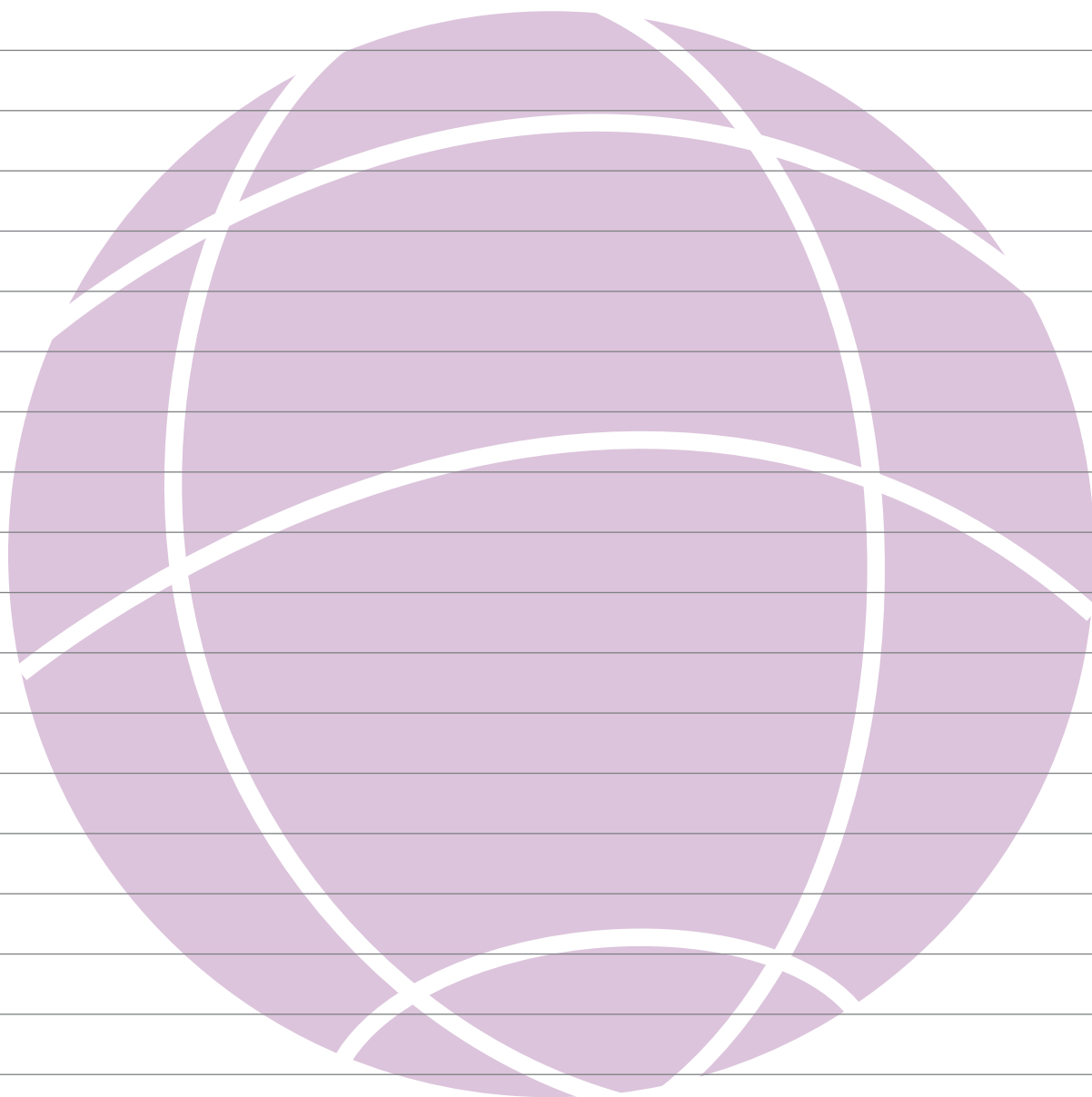
RODRIGUES, T. Narcotráfico: um esboço histórico. In: **Álcool e drogas na história do Brasil**. Venâncio, RP e Carneiro, H (organizadores). São Paulo: Editora PUC Minas, 2005.

SÁAD, AC. Tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos. In: **Álcool e drogas: usos, dependência e tratamentos**. CRUZ, MS e Ferreira, SMB (organizadores). Rio de Janeiro, Edições IPUB/CUCA, 11-32, 2001.

TOSCANO Jr. A. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: **Dependência de drogas**. Sergio D. Seibel e Alfredo Toscano Jr.(editores). São Paulo, Editora Atheneu, 181-190, 2001.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tobacco key facts. <http://www.who.int/topics/tobacco/facts/en/index.html>. Acesso realizado em: 14 de outubro de 2010.

# Anotações





# Unidade 9

## Tratamento

\* Raquel De Boni  
Félix Kessler

Nesta Unidade, você terá subsídios para avaliar a necessidade de tratamento de um indivíduo com dependência química e conhecerá as principais formas de tratamento. Fique atento, portanto, aos temas abaixo relacionados:

- objetivos de um tratamento para dependência química
  - definição de quem precisa de tratamento
  - escolha do tratamento e suas várias formas (terapias, aconselhamento, entrevista motivacional)
  - redução de danos

\* Texto adaptado do original do Curso Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros Municipais, 2008.

## Introdução

As primeiras abordagens terapêuticas para o tratamento de dependentes químicos datam do século XIX, embora existam relatos de quadros de alcoolismo desde a antiguidade. Por isso, ainda hoje, são realizadas pesquisas que buscam avaliar quais tratamentos realmente funcionam. Nesta Unidade, você vai conhecer tratamentos que apresentam eficácia já demonstrada e estão disponíveis em nosso meio.

Os profissionais que trabalham com usuários de substâncias psicoativas (SPA) precisam, inicialmente, conhecer os efeitos agudos e crônicos das drogas de abuso, suas formas de uso, a prevalência e os padrões de uso mais típicos.

Atualmente, considera-se que os indivíduos que apresentam problemas com droga compõem **grupos heterogêneos e necessitam de tratamentos diferentes**.

Isso acontece porque a dependência química resulta da interação de vários aspectos da vida das pessoas: biológico, psicológico e social. Desse modo, as intervenções devem ser diferenciadas para cada indivíduo e devem considerar todas as áreas envolvidas.

Assim, torna-se fácil entender porque existem tantos tipos de tratamento, mas em todos eles devem ser considerados alguns fatores, como por exemplo, a **motivação para mudança**.

Um modelo conhecido por “estágios de mudança”, descrito, primeiramente, por Prochaska e Di Clemente (1983), tem sido bastante discutido entre os técnicos que trabalham com dependência química (DQ). Esse modelo propõe que os usuários de SPA apresentam “fases de motivação” para o tratamento, e proporciona aos profissionais um melhor entendimento de suas mudanças de comportamento, **lapsos** e recaídas.

**Lapsos** são consumos de curta duração que se seguem a um período de abstinência, porém não levam o indivíduo ao comportamento anterior de uso regular.

Os estágios de mudança não são necessariamente sequenciais, e os indivíduos usualmente passam por eles várias vezes durante o tratamento, em ordens aleatórias. Na Tabela 1, encontra-se uma descrição sucinta de cada estágio e algumas estratégias que podem ser aplicadas nos diferentes momentos. Acompanhe.



Tabela 1 - Descrição dos estágios de mudança

ESTÁGIO	DESCRIÇÃO	ABORDAGEM
PRÉ-CONTEMPLAÇÃO	O indivíduo não percebe os prejuízos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Segue com o uso e não pensa em parar nos próximos seis meses;	Convidar o indivíduo à reflexão; evitar confrontação; remover barreiras ao tratamento;
CONTEMPLAÇÃO	O indivíduo percebe os problemas relacionados ao uso, mas não toma nenhuma atitude em direção à abstinência. Pensa em parar nos próximos seis meses;	Discutir os prós e contras do uso; desenvolver <b>discrepância</b> (levando-o a refletir: "É possível atingir os objetivos que busco na vida se continuar com o uso?");
PREPARAÇÃO	Utiliza SPA, porém já fez uma tentativa de parar por 24 horas, no último ano. Pensa em entrar em abstinência nos próximos 30 dias;	Remover barreiras ao tratamento, ajudar ativamente e demonstrar interesse e apoio à atitude do indivíduo;
AÇÃO	Conseguiu parar completamente com o uso nos últimos seis meses;	Implementar o plano terapêutico;
MANUTENÇÃO	Está em abstinência há mais de seis meses;	Colaborar na construção de um novo estilo de vida, mais responsável e autônomo;
RECAÍDA	Retornou à utilização da droga.	Reavaliar o estágio motivacional do indivíduo.

Incompatibilidade entre o uso de drogas e os objetivos de vida do indivíduo.

## UNIDADE 9

### Definições de objetivos de um tratamento para dependência química

Como vimos, muitas vezes os dependentes químicos nem percebem que possuem problemas relacionados ao uso de substâncias. Assim, o primeiro passo do tratamento é alcançar um nível de participação e motivação suficiente para manter um tratamento a médio e longo prazo. Em seguida, costuma-se propor três objetivos principais: abstinência, melhora da qualidade de vida e prevenção de recaídas, descritos a seguir.

## Abstinência do uso de substâncias psicoativas

O objetivo final da maioria dos tratamentos é o abandono do uso de SPA (abstinência). Os elementos necessários para alcançá-lo incluem a aquisição de diferentes habilidades e comportamentos que permitam evitar seu consumo.

## Melhorar a qualidade de vida

Independente de o primeiro objetivo ser alcançado, e dado ao fato de nem sempre estarem presentes as condições psicológicas e sociais propícias para atingi-lo, é de especial importância a melhora da qualidade de vida, mesmo que o uso de drogas não tenha sido interrompido. Para estes indivíduos, deve ser reforçada a adesão ao tratamento e deve ser proposta uma estratégia de redução de danos, que permita diminuir as consequências negativas do consumo. Quem precisa de tratamento?

Fazem parte desta estratégia, entre outras, a prevenção e o tratamento de doenças clínicas (como HIV, hepatites) e psiquiátricas (como depressão, psicose).

## Prevenção de recaídas

Os indivíduos que aceitam a abstinência completa como meta devem ser preparados para a possibilidade de recaídas. É importante que estejam cientes da natureza crônica e recorrente da dependência química.

## Quem precisa de tratamento

Para responder esta pergunta, é necessária uma avaliação cuidadosa e ampla do indivíduo. Nesta avaliação, deve-se perguntar sobre as substâncias utilizadas, o tipo de consumo de cada uma delas (se o uso é experimental, recreacional, abuso ou dependência); tratamentos anteriores; comorbidades clínicas e psiquiátricas; história familiar; **perfil psicossocial**. Quanto maior a gravidade do consumo, mais o indivíduo necessita de tratamento. Indivíduos que apresentam padrões de consumo recreacional e de abuso, em geral, também se beneficiam de tratamento, sendo que, nesses casos, apenas o aconselhamento pode ser suficiente.

Características como idade, cor, nível social, financeiro, educacional e cultural, assim como moradia, tipo de família, entre outros.

## Avaliando comorbidades psiquiátricas

O uso de drogas pode ser causa e/ou consequência de sintomas psiquiátricos. Quando a presença desses sintomas demonstra representar uma doença independente – além do transtorno por uso de substâncias –, identifica-se um subgrupo de indivíduos chamados de “indivíduos com diagnóstico duplo” ou “comorbidade”, ou seja, com mais de um diagnóstico psiquiátrico.

Indivíduos com comorbidade psiquiátrica e uso abusivo de SPA costumam apresentar maiores dificuldades para aderir ao tratamento e, geralmente, não respondem bem a abordagens terapêuticas direcionadas a apenas um dos transtornos. Desse modo, é necessário combinar medicações e modificar as terapias psicossociais, incluindo abordagens para ambos.

## Como escolher o tratamento

Antigamente, havia poucas opções disponíveis (internação, grupo de autoajuda e encaminhamento a especialistas), contudo, pesquisas têm demonstrado que tratamentos breves, conduzidos por não especialistas, apresentam resultados significativos e com baixo custo, de maneira que essas técnicas vêm sendo amplamente difundidas.

As abordagens por não especialistas são realizadas através de aconselhamento e intervenções breves (detalhadas a seguir). Porém, indivíduos com dificuldade de aderência ou pouca melhora com o tratamento breve devem ser encaminhados a especialistas como psiquiatras ou psicólogos.

Então, quando se deve encaminhar ao especialista? Quando estiverem presentes as seguintes características:

1. suspeita de outras doenças psiquiátricas;
2. não melhoraram com os tratamentos anteriores;
3. tiveram múltiplas tentativas de abstinência sem sucesso.

Além disso, se o usuário é incapaz de cumprir as mínimas combinações, ou se ele apresenta-se frequentemente intoxicado, provavelmente apresenta um quadro de dependência grave e necessita ser encaminhado para algum ambiente que envolva mais estrutura e segurança – para si e para os técnicos que o atendem, ou seja, deve ser considerada a internação psiquiátrica. Outra indicação de internação ocorre quando a agressividade do indivíduo implica riscos para sua integridade física ou para os outros.

### Quadro 1 - Indicações de internação

**São estados** em que o indivíduo se distancia da realidade, muitas vezes ouvindo vozes ou tendo pensamentos estranhos como de perseguição.

- Condições médicas ou psiquiátricas que requeiram observação constante (**estados psicóticos graves**, ideias suicidas ou homicidas, debilitação ou abstinência grave);
- Complicações orgânicas devidas ao uso ou cessação do uso da droga;
- Dificuldade para cessar o uso de drogas, apesar dos esforços terapêuticos;
- Ausência de adequado apoio psicossocial que possa facilitar o início da abstinência;
- Necessidade de interromper uma situação externa que reforça o uso da droga.

### As várias formas de tratamento

O tipo de tratamento a escolher depende da gravidade do uso e dos recursos disponíveis para o encaminhamento. A seguir, vamos descrever brevemente os principais modelos de tratamento que vêm sendo utilizados em nosso meio e que são cientificamente recomendados. Eles devem ser indicados conforme os critérios previamente estabelecidos e muitas vezes se constituem em abordagens complementares para um mesmo indivíduo, de modo que não devem ser vistos como excludentes.

## Desintoxicação

A desintoxicação pode ser realizada em três níveis com complexidade crescente: tratamento ambulatorial, internação domiciliar e internação hospitalar.

Em qualquer nível, sempre que necessário, podem ser utilizados medicamentos para o alívio dos sintomas (**benzodiazepínicos**, antipsicóticos, entre outros).

Calmanes em geral, que costumam ser utilizados para insônia e ansiedade.

Os objetivos da desintoxicação são:

1. alívio dos sintomas existentes;
2. prevenção do agravamento do quadro (convulsões, por exemplo);
3. vinculação e engajamento do indivíduo no tratamento.

## Grupos de autoajuda

É importante estar familiarizado com programas de autoajuda, especialmente, o dos **12 passos** empregados pelos Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA). Estes programas são muito populares e, segundo as pesquisas, costumam ser bem sucedidos como programas de recuperação para os transtornos por uso abusivo de álcool ou outras drogas.

Trata-se de uma técnica baseada na filosofia dos Alcoólicos Anônimos, em que são recomendados 12 princípios básicos para manter a abstinência.

Os grupos de AA/NA são gratuitos e amplamente disponíveis em todo o País.

Estes programas servem de apoio ao dependente químico, pois se orientam pela experiência dos demais participantes e pela identificação com eles. Frequentemente, também, os AA ou NA estimulam uma rede saudável de contato e apoio social. Além disso, a filosofia dos 12 passos divulga algumas ideias psicológicas e espirituais que facilitam lidar com as pressões de vida diárias e parecem ajudar alguns dependentes a estabelecer e manter um estilo de vida sóbrio.

## Comunidades terapêuticas

As comunidades terapêuticas e as fazendas para tratamento de dependentes químicos disponíveis no nosso meio possuem as mais variadas orientações teóricas e, em geral, utilizam uma filosofia terapêutica baseada em disciplina, trabalho e religião. Esse recurso deve ser reservado para indivíduos que necessitam de um ambiente altamente estruturado e para aqueles com necessidade de controle externo (nenhuma capacidade de manter abstinência sem auxílio). Algumas disponibilizam atendimento médico e devem ser preferidas quando houver a possibilidade da indicação de uso de medicação por comorbidade ou por dependência grave.

## Tratamentos farmacológicos

O tratamento farmacológico para a dependência química funciona com a prescrição de medicamentos, por profissionais da área médica, tanto em hospitalizações, para tratar sintomas de intoxicação e abstinência, quanto no tratamento ambulatorial.

As estratégias medicamentosas aceitas e eficazes têm como finalidade:

1. tratar sintomas da intoxicação;
2. tratar sintomas de abstinência;
3. substituir o efeito da substância (por exemplo, adesivo de nicotina no tratamento do tabagismo);
4. **antagonizar** os efeitos da droga (como o naltrexone, no tratamento do alcoolismo);
5. causar aversão à droga (como o dissulfiram que provoca vermelhidão facial, dor de cabeça, palpitação, enjôo e sensação de morte, quando o indivíduo ingere álcool).

Fazer efeito contrário à droga.

## Tratamentos psicossociais

Entre os vários tipos de tratamento, os psicossociais são os mais amplamente utilizados. Costumam estar disponíveis em diversos níveis do sistema de saúde: em postos de saúde, em Centros de Atenção Psicos-

social - Álcool e Drogas (CAPS-ad), e serviços terciários de atendimento (hospitais gerais). As formas mais aceitas de tratamentos psicossociais são brevemente descritas a seguir.

## Entrevista Motivacional

A Entrevista Motivacional foi desenvolvida por William Müller e colaboradores, e postula que a motivação dos indivíduos para uma mudança de comportamento pode ser modificada através de estratégias específicas. A técnica de Entrevista Motivacional constitui-se de um estilo que evita o confronto direto e promove o questionamento e o aconselhamento, visando a estimular a mudança do comportamento. Ela prioriza a autonomia do indivíduo em tomar decisões e é baseada em cinco princípios básicos.

1. **Expressar empatia:** escutar respeitosamente o indivíduo, tentando compreender o seu ponto de vista, ainda que não concordando necessariamente com ele.
2. **Desenvolver discrepância:** conduzir o usuário a visualizar os seus objetivos de vida, contrastando com o seu comportamento atual, para poder criar uma percepção de incompatibilidade entre os atos e os seus objetivos.
3. **Evitar discussões:** evitar discussões e confrontações diretas, promovendo reflexões com eventuais aconselhamentos sobre o tema em questão.
4. **Fluir com a resistência:** não se deve impor novas visões ou metas, mas convidar o indivíduo a vislumbrar novas perspectivas que lhe são oferecidas.
5. **Estimular a autoeficácia:** a autoeficácia é a crença do próprio indivíduo na sua habilidade de executar uma tarefa ou resolver um problema e deve sempre ser estimulada.

## Aconselhamento

É a intervenção psicossocial mais amplamente utilizada em dependência química e contribui para uma evolução positiva do tratamen-

to. Consiste, fundamentalmente, de apoio, proporcionando estrutura, monitoração, acompanhamento da conduta e encorajamento da abstinência.

Proporciona, também, serviços ou tarefas concretas tais como encaminhamento para emprego, serviços médicos e auxílio com questões legais.

O aconselhamento deve ser individualizado, enfatizando o retorno da avaliação realizada.

Pode ser mínimo (3 minutos), breve (3-10 minutos) ou intensivo (mais de 10 minutos). Pode ser aplicado por qualquer profissional adequadamente treinado e apresenta quatro fases:

1. Avaliação (identificação do problema);
2. Aconselhamento (estratégias motivacionais);
3. Assistência;
4. Acompanhamento.

### Intervenção Breve

A Intervenção Breve é uma técnica mais estruturada que o aconselhamento. Possui um formato claro e simples, e também pode ser utilizada por qualquer profissional.

Quando tais intervenções são estruturadas em uma até quatro sessões, produzem um impacto igual ou maior que tratamentos mais extensivos para a dependência de álcool. Terapias fundamentadas na entrevista motivacional produzem bons resultados no tratamento e podem ser utilizadas na forma de intervenções breves.

As intervenções breves utilizam técnicas comportamentais para alcançar a abstinência ou a moderação do consumo. Ela começa pelo estabelecimento de uma meta. Em seguida, desenvolve-se a automonitorização, identificação das situações de risco e estratégias para evitar o retorno ao padrão de consumo problemático. O espectro de pro-



blemas também determina que se apliquem intervenções mais especializadas para indivíduos com problemas graves, além de adicionais terapêuticos, como manuais de autoajuda, aumentando a efetividade dos tratamentos.

## Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Prevenção de Recaída

Nesta forma de tratamento, procuram-se corrigir as distorções cognitivas (pensamentos e crenças mal-adaptativas) e os comportamentos que o usuário tem em relação à droga.

A abordagem básica da TCC pode ser resumida em “reconhecer, evitar e criar habilidades para enfrentar” as situações que favorecem o uso de drogas. As sessões seguem uma estrutura padronizada e os indivíduos têm papel ativo no tratamento.

Após a motivação e a implementação de estratégias para interromper o uso da droga, surge uma tarefa tão ou mais difícil, que consiste em evitar que o indivíduo volte a consumi-la. O modelo de “prevenção de recaída” (Marlatt, 1993) incorpora os aspectos cognitivo comportamentais e objetiva treinar as habilidades/ estratégias de enfrentamento de situações de risco, além de promover amplas modificações no estilo de vida do indivíduo.

## Terapia de Grupo

O desenvolvimento da técnica de grupoterapia é uma alternativa para atender um maior número de pessoas, num menor tempo, e, portanto, com um **custo mais baixo**. É considerada uma alternativa viável e também efetiva. O tratamento em grupo de dependentes de álcool e de outras drogas vem ocupando um espaço amplo, mas o seu estudo ainda é restrito, pois exige uma metodologia de avaliação muito rigorosa.

## Terapia de família

A comunicação com os familiares traz amiúde novos dados que podem ter fundamental importância no esclarecimento diagnóstico e tratamento do paciente. Quando se percebe que o conflito familiar interfere diretamente no tratamento, costuma-se indicar terapia de família.

A terapia de família objetiva aprimorar a comunicação entre cada um de seus componentes e abordar a ambivalência de sentimentos. Ela pretende reforçar positivamente o papel do dependente químico na família, levando a uma melhor adaptação no seu funcionamento social.

## Redução de Danos

Em Saúde Pública, o conceito de Redução de Danos, já abordado nas Unidades 4 e 5, é utilizado com a finalidade de prevenir ou reduzir as consequências negativas associadas a um determinado comportamento.

Considerando o tratamento de dependência química, ele é útil, por exemplo, na redução da transmissão de HIV e hepatites através de programas de troca de seringas, para usuários de drogas injetáveis.



Você conheceu ou reviu uma ampla gama de conceitos e informações sobre drogas, passando pelos conceitos básicos como experimentação, abuso, questões culturais, prevenção, redução de danos e tratamento, tudo isso entremeado com dados recentes sobre o uso de drogas no Brasil e no mundo. Para encerrar esta etapa, execute a seguinte atividade: faça uma breve retrospectiva sobre os assuntos estudados e anote todas as referências importantes relacionadas à sua comunidade que você lembrou durante os estudos. Então, acesse o fórum e compartilhe com os colegas as reflexões que apareceram durante esse período de estudos. Lembre-se que eles vêm de realidades e áreas de atuação distintas, então, quanto maior a colaboração, mais rico será o debate. Também é uma boa oportunidade para tirar alguma dúvida sobre o conteúdo, ou solicitar alguma sugestão de ação direcionada ao seu trabalho de conselheiro. Se tiver alguma dúvida, procure pelo seu tutor. Participe!

## Resumo

Você está encerrando a Unidade 9 deste Curso. Nessa etapa, você conheceu critérios para avaliar a necessidade de internação para dependentes químicos, bem como as variadas formas de tratamento que podem ser aplicadas a cada caso específico. Os locais de atendimento podem ser acessados no site: [www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br).

Na próxima Unidade você estudará as consequências do uso do Crack na vida dos indivíduos. Até logo!

## Exercícios de fixação



Atenção! Os exercícios de fixação também estão disponibilizados no AVEA. Em caso de dúvidas, entre em contato com seu TUTOR.

1. São objetivos do tratamento para dependência química:
  - b. Melhoria da qualidade de vida.
  - c. Prevenção de recaídas.
  - d. Abstinência.
  - e. Redução dos problemas familiares relacionados ao uso da substância.  
Todas as alternativas estão corretas.

2. Técnicos que trabalham com dependência química têm discutido bastante um modelo conhecido por “estágios de mudança”. Esse modelo propõe “fases de motivação” para o tratamento e proporciona aos profissionais um melhor entendimento de suas mudanças de comportamento, lapsos e recaídas.

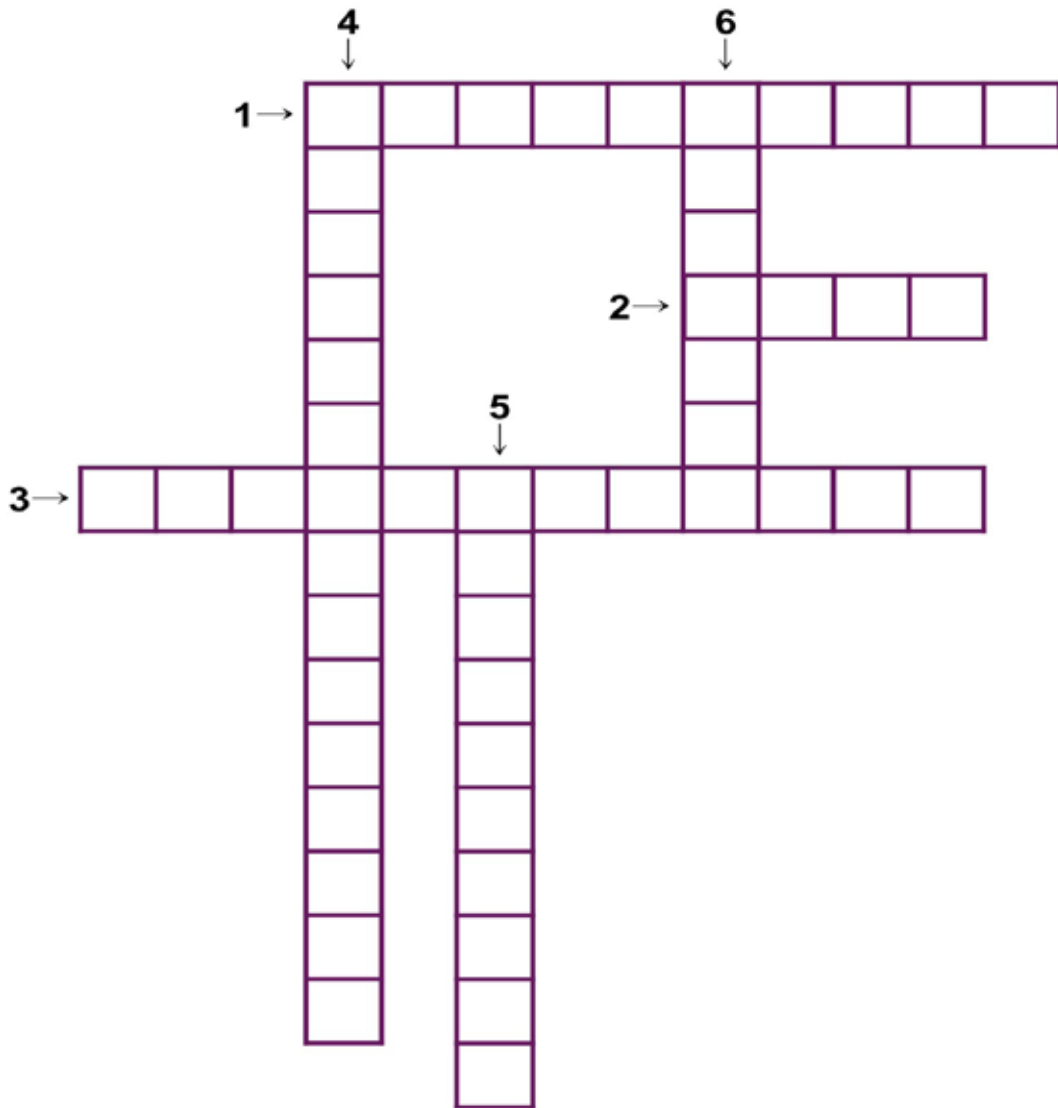
Encontre as respostas nas cruzadas abaixo.

### Horizontal

- 1) 10 LETRAS. Remover barreiras ao tratamento, ajudar ativamente e demonstrar interesse e apoio à atitude do indivíduo.
- 2) 4 LETRAS. Implementar o plano terapêutico.
- 3) 12 LETRAS. O indivíduo percebe os problemas relacionados ao uso, mas não toma nenhuma atitude em direção à abstinência. Pensa em parar nos próximos seis meses.

### Vertical

- 4) 15 LETRAS. O indivíduo não percebe os prejuízos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Segue com o uso e não pensa em parar nos próximos seis meses.
- 5) 10 LETRAS. Está em abstinência há mais de seis meses.
- 6) 7 LETRAS. Reavaliar o estágio motivacional do indivíduo.



## Referências

American Psychiatry Association. **Practice Guideline for the treatment of patients with substance use disorders**. 2 ed.2006

Arriero MAJ, Alfaro GP, Jiménez RR, and Hoenicka J. Objetivos y estrategias generales de tratamiento. Page 399 in **Tratado SET de trastornos adictivos**. Peris JCPC, ed. Médica Panamericana, Madrid. 2006

CREMESP / AMB. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem diagnóstico e tratamento**. 2 ed. 2003

Diemen LV, Kessler F, Pechansky F. Drogas:Uso, abuso e dependência . In: Bruce Duncan; Maria Inês Schmidt; Elsa Giugliani. (Org.). **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 2004, v., p. 917-931

Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. **O tratamento do Alcoolismo – um guia para profissionais da saúde**. 3ª ed. Porto Alegre . Artes Médicas, 1999.

Knapp, P. **Prevenção de Recaída: Um manual para pessoas com problemas pelo uso do álcool e de drogas**. Artes Médicas, Porto Alegre, 1994

Laranjeira R. Abuso e Dependência de Álcool – Diagnóstico e Tratamento Farmacológico. In **Dependência Química, novos modelos de tratamento**. São Paulo: Editora Roca, 2001, pag 1-18.

Lowinson JH, Ruiz, Millman RB, Langrod JG. **Substance Abuse - A Comprehensive Textbook**. Fourth edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005

Marlatt e Gordon. **Prevenção da Recaída: Estratégias de Manutenção no Tratamento de Comportamentos Adictivos**. Artes Médicas, Porto Alegre, 1993

Marques ACPR, Ribeiro M. **Guia prático sobre uso , abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde**. Prefeitura da Cidade de São Paulo, Secretaria Municipal de

Participação e Conselho Municipal de Políticas Públicas de Drogas e Álcool de São Paulo – COMUDA,. 2006

Miller, W.R. and Rollnick S. **Entrevista Motivacional, preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos**. Artes Médicas, Porto Alegre, 2001.

Prochaska, J.O. e DiClemente, C.C. **Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change**. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1983; 5: 390-95.

Schuckit, Marc A. **Drug and alcohol abuse: a clinical guide to diagnosis and treatment**. 5th ed. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2000.






# Unidade 10

## Crack. Uma abordagem multidisciplinar

Marcelo Santos Cruz

Renata Werneck Vargens

Marise de Leão Ramôa



Nesta Unidade, você terá uma visão geral dos aspectos relacionados ao crack, seus efeitos sobre o sistema nervoso central e o psiquismo e as consequências do seu uso sobre o corpo. É importante você compreender que para a abordagem terapêutica ser mais efetiva, deve se levar em conta o contexto social do uso do crack. Outro aspecto nessa Unidade é que os problemas relacionados ao crack devem ser entendidos como determinados por múltiplos fatores, incluindo as dimensões biológicas, psíquicas e socioculturais desde a origem dos problemas até as propostas de sua abordagem.

## Introdução

O crescimento do consumo e dos problemas relacionados ao uso do crack constitui, atualmente, um grande desafio para a implementação de uma política de atenção aos problemas com drogas no Brasil.

Este desafio exige respostas eficazes do governo e da sociedade, na construção de um programa de intervenção integrada, que inclua ações relacionadas à promoção da saúde, de conscientização e informação sobre os riscos do uso do crack, disponibilização de serviços de atendimento, estudos clínicos sobre tratamento, dentre outros.

O consumo do álcool, tabaco e outras drogas agrava problemas sociais, traz sofrimento para indivíduos e famílias e tem consequências econômicas importantes. Neste contexto, o surgimento e o aumento rápido do consumo do crack desde a década de noventa incrementam a gravidade destes problemas amplificando e agravando condições de vulnerabilidade especialmente para as parcelas carentes da população. No Brasil, o consumo cresceu, principalmente, entre crianças, adolescentes e adultos que vivem na rua, motivando pressões diversas sobre a população pela necessidade de ações que deem aos usuários de crack oportunidades de viverem de forma digna e com saúde.

Em muitos aspectos, o uso e os problemas relacionados ao seu consumo não são diferentes do que acontece com outras drogas. Mas há diferenças e para que as ações empreendidas sejam efetivas, há a necessidade de conhecer de forma mais profunda os problemas relacionados ao uso dessa droga. A necessidade de conhecimento se estende à importância de capacitar os profissionais que lidam no dia a dia com pessoas que usam crack e seus familiares e nesse contexto aos conselheiros municipais. Sendo assim, o objetivo deste capítulo é:

- informar aos conselheiros aspectos relacionados ao crack, seus efeitos sobre o sistema nervoso central e o psiquismo e as consequências do seu uso sobre o corpo.

Na sequência abordaremos o contexto social do uso do crack e relataremos as abordagens terapêuticas consideradas mais efetivas. Isso se

deve a compreensão de que o consumo e os problemas relacionados ao crack devem ser entendidos como determinados por múltiplos aspectos da existência humana, incluindo as dimensões biológicas, psíquicas e socioculturais desde a origem dos problemas até nas propostas de sua abordagem.

## O que é o crack?

O crack é uma forma distinta de levar a molécula de cocaína ao cérebro. Sabe-se que a cocaína é uma substância encontrada em um arbusto originado de regiões dos Andes, sendo a Bolívia, o Peru e a Colômbia seus principais produtores. Os nativos desta região mascam as folhas da coca desde antes da chegada dos conquistadores espanhóis no século XVI. No século XIX, a planta foi levada para a Europa onde se identificou qual era a substância que provocava seu efeito. Esta foi, então, chamada de cocaína .

A partir daí, processos químicos passaram a ser utilizados para separar a cocaína da folha da coca, gerando um pó branco, o cloridrato de cocaína. Desde o século XIX, este pó branco é utilizado por usuários de cocaína seja por meio de sua inalação nasal, seja dissolvida em água pela sua injeção nas veias. Utilizando diferentes processos de fabricação, além do pó branco, podem ser produzidas formas que podem ser fumadas. São elas: a merla, o crack e o oxi.

Estas diferentes formas de administração da molécula de cocaína (inalada, injetada ou fumada) têm efeitos distintos no indivíduo. Quando a droga é fumada, isto faz com que grande quantidade de moléculas de cocaína atinja o cérebro quase imediatamente produzindo um efeito explosivo, descrito pelas pessoas que usam como uma sensação de prazer intenso. A droga é, então, velozmente eliminada do organismo, produzindo uma súbita interrupção da sensação de bem-estar, seguida, imediatamente, por imenso desprazer e enorme vontade de reutilizar a droga. Esta sequência é vivida pelos usuários com um comportamento compulsivo em que os indivíduos caem, com frequência, numa espiral em que os atos de usar a droga e procurar meios de usar novamente se alternam cada vez mais rapidamente. Outra diferença entre o crack e a cocaína em pó é que, para os produtores de drogas, o crack é muito

## UNIDADE 10



Quer saber um pouco mais sobre o Crack? Assista a 1ª teleconferência – 3ª edição/2010 acessando o link <http://conselheiros.senad.gov.br/> e confira o debate dos nossos convidados.

mais barato. Em resumo, o crack é uma forma muito barata de levar as moléculas de cocaína ao cérebro em segundos provocando efeito muito intenso.

## Epidemiologia do Crack

O surgimento do uso do crack no Brasil foi detectado por redutores de danos que trabalhavam com usuários de drogas injetáveis no início da década de 90.

Quando comparamos a distribuição do uso de vários tipos de drogas pelas parcelas da população brasileira, percebemos que considerando a população como um todo, o uso do crack é muito raro. No entanto, quando se enfoca determinadas parcelas específicas da população encontramos consumo cada vez maior.

Por exemplo, de acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil realizado nas 108 maiores cidades do país, 0,7% da população adulta relatava já ter feito uso de crack pelo menos uma vez na vida, o que significa um contingente de mais de 380 mil pessoas. A maior porcentagem de uso de crack na vida foi encontrada entre homens, na faixa etária de 25 a 34 anos, constituindo 3,2% da população adulta ou cerca de 193 mil pessoas.

Os estudos que enfocavam estudantes do ensino fundamental e médio conduzidos entre 1987 e 2004 em São Paulo e depois no Brasil encontraram um crescimento do consumo de cocaína em cidades de Estados do nordeste (Salvador, Recife e Fortaleza), além de Belo Horizonte e Rio de Janeiro. Vários estudos foram feitos com estudantes em várias cidades do Brasil, encontrando taxas de uso de cocaína sempre menores que 3,6% pelo menos uma vez na vida. No entanto, estudos entre universitários já encontravam taxas de até 10% de uso na vida no início da década de noventa. Quando o estudo sobre o uso inclui estudantes universitários de todo o Brasil, esta taxa cai para 1,2 % de uso de crack, pelo menos uma vez na vida.

Quando a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), por meio do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), foi estudar o uso de drogas por meninos que vivem na rua

encontrou taxas bem maiores: o estudo encontrou uso de cocaína no último mês em 45% de menores no Rio de Janeiro, 31 % em São Paulo e 20% em Recife. O uso frequente de crack foi mencionado em quase todos os Estados, sendo maior em São Paulo, Recife, Curitiba e Vitória (variando de 15 a 26%). O crescimento da procura de tratamento por usuários de crack observado na década de 90 em outras capitais ocorre, atualmente, no Rio de Janeiro.

## **A ação da droga no Sistema Nervoso Central**

A dependência é uma complicação que pode ocorrer entre usuários de cocaína e crack. A dependência se caracteriza pela perda de controle do uso e por prejuízos decorrentes dele nas diversas esferas da vida: pessoal, familiar, trabalho, lazer, judicial, etc.

Quando a cocaína é fumada na forma de crack, o vapor aspirado é rapidamente absorvido pelos pulmões, alcançando o cérebro em 6 a 8 segundos. Quando a droga é injetada nas veias demora de 16 a 20 segundos e quando cheirada demora de 3 a 5 minutos para atingir o mesmo efeito. Fumar o crack é a via mais rápida de fazer com que a droga chegue ao cérebro e provavelmente esta é a razão para a rápida progressão e para a dependência. Comparando o uso de crack com outras formas de uso da cocaína, há uma proporção maior de uso intenso e de aumento da fissura entre os que usam crack.

## **Danos Físicos**

### **Intoxicação**

Os efeitos do crack aparecem quase imediatamente depois de uma única dose. Estes efeitos incluem aceleração do coração, aumento da pressão arterial, agitação psicomotora, dilatação das pupilas, aumento da temperatura do corpo, sudorese, tremor muscular. A ação no cérebro provoca sensação de euforia, aumento da autoestima, indiferença à dor e ao cansaço, sensação de estar alerta especialmente a estímulos visuais, auditivos e ao toque. Os usuários também podem apresentar tonteiras e ideias de perseguição (síndrome paranoide).

## Abstinência

Os sintomas de abstinência começam a aparecer de 5 a 10 minutos após o uso. Os sintomas principais são: fadiga, desgaste físico, desânimo, tristeza, depressão intensa, inquietação, ansiedade, irritabilidade, sonhos vívidos e desagradáveis e intensa vontade de usar a droga (fissura). O auge da abstinência ocorre em 2 a 4 dias. As alterações do humor podem durar meses.

## Efeitos do Crack no Corpo

Os principais efeitos do uso do crack são decorrentes da ação local direta dos vapores em alta temperatura (como queimaduras e olhos irritados) e dos efeitos farmacológicos estimulantes da substância.

## Nas Vias Aéreas

O pulmão é o principal órgão exposto aos produtos da queima do crack. Os sintomas respiratórios agudos mais comuns são: tosse com produção de escarro enegrecido, dor no peito com ou sem falta de ar, presença de sangue no escarro e piora de asma. Atenção especial deve ser dada ao tratamento de pacientes com tuberculose. Muitas vezes estes pacientes convivem em ambientes fechados, dividem os instrumentos de consumo da droga e apresentam baixa adesão ao tratamento favorecendo, desta forma, a disseminação do bacilo da tuberculose.

## No Coração

O uso do crack provoca o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, podendo ocorrer isquemias, arritmias cardíacas, problemas no músculo cardíaco e infartos agudos do coração.

## No Sistema Nervoso Central

As principais complicações neurológicas do uso de crack são acidente vascular cerebral (derrame cerebral), dor de cabeça, tonteiras, inflamações dos vasos cerebrais, atrofia cerebral e convulsões.

## Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS

O consumo de crack e cocaína têm sido associados diretamente à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), como gonorreia e sífilis. Os comportamentos de risco mais frequentemente observados são o número elevado de parceiros sexuais, o uso irregular de camisinha e troca de sexo por droga ou por dinheiro para compra de droga. Deve ser levada em consideração a vulnerabilidade social a que estão expostas as usuárias de crack, que trocam sexo pela droga ou por dinheiro para comprá-la. Não devemos esquecer que há a possibilidade de transmissão de HIV através de lesões orais e labiais causadas pelos cachimbos.

Em estudo realizado em Salvador, mostrou a prevalência de HIV de 1,6% entre usuárias de crack, percentual maior que a prevalência brasileira (0,47%), porém menor que estudos realizados com usuários de drogas não injetáveis na cidade de São Paulo (11%). O estudo atribui este achado a ações de redução de danos que ocorrem nas proximidades do local de seleção das entrevistadas. Este mesmo estudo aponta que cerca de um terço das entrevistadas já haviam tido relações sexuais em troca de dinheiro ou droga.

## Fome, Sono e Sexo

O uso de crack pode diminuir temporariamente a necessidade de comer e dormir. Muitas vezes os usuários saem em “jornadas” em que consomem a droga durante dias seguidos. Podem ocorrer redução do apetite, náusea e dor abdominal. Frequentemente, a alimentação e o sono ficam prejudicados, ocorrendo processo de emagrecimento e esgotamento físico. Os hábitos básicos de higiene também podem ficar comprometidos. O crack pode aumentar o desejo sexual no início, porém com o uso continuado da droga, o interesse e a potência sexual diminuem.

## Na Gravidez (gestante e bebê)

O crack, quando consumido durante a gestação, chega à corrente sanguínea aumentando o risco de complicações tanto para a mãe quanto para o bebê. Para a gestante, aumenta o risco de descolamento prema-

turo de placenta, aborto espontâneo e redução da oxigenação uterina. Para o bebê, o crack pode reduzir a velocidade de crescimento fetal, o peso e o perímetro cefálico (diâmetro da cabeça) ao nascimento. Há ainda riscos de má-formação congênita, maior risco de morte súbita da infância, alterações do comportamento e atraso do desenvolvimento. O crack passa pelo leite materno.

### Associação com Bebidas Alcoólicas

Se o crack for fumado associado ao consumo de bebidas alcoólicas, as duas substâncias podem se combinar formando a cocaetileno. Essa substância tóxica produz um efeito mais intenso que o crack sozinho e aumenta o risco de complicações.

### Outros

Várias situações já foram relacionadas ao uso de crack, como lesões do fígado, dos rins, dos músculos, intestinais, queimaduras em mãos, boca, nariz e rosto e lesões oculares pelo efeito tóxico e por queimadura.

### Danos Psíquicos

O crack afeta o cérebro de diversas maneiras. A ação vasoconstritora (contração dos vasos sanguíneos) diminuiu a oxigenação cerebral, alterando tanto o funcionamento quanto a estrutura do cérebro. O uso do crack pode prejudicar as habilidades cognitivas (inteligência) envolvidas especialmente com a função de planejamento, tomada de decisões e atenção, alterando a capacidade de solução de problemas, a flexibilidade mental, a velocidade de processamento de informações e a “regulagem das emoções” (referindo-se à capacidade de entender e integrar as emoções com outras informações cerebrais) e também o controle de impulsos. O prejuízo cognitivo pode interferir na adesão destes pacientes ao tratamento proposto e na elaboração de estratégia de enfrentamento de situações de risco.

Alguns efeitos revertem rapidamente e outros persistem por semanas mesmo depois da droga não ser mais detectável no cérebro. A reversibilidade destes efeitos com a abstinência prolongada ainda é incerta. As alterações cognitivas devem ser levadas em conta no planejamento do tratamento destes pacientes.



## Quadros Psiquiátricos

A presença de problemas relacionados ao uso de outras substâncias psicoativas e a presença de outro(s) diagnóstico(s) psiquiátrico(s) (comorbidade) é comum entre usuários de cocaína e crack. Os quadros psiquiátricos mais relatados são transtornos de personalidade, quadros depressivos, quadros ansiosos, instabilidade do humor, ideias paranoides ou mesmo quadros psicóticos francos, com delírios e alucinações. Sintomas agressivos estão mais relacionados ao uso de crack que a outras vias de uso da cocaína.

A presença de uma comorbidade aumenta a gravidade do quadro de uso de substâncias e o uso de crack aumenta a gravidade da comorbidade. Do mesmo modo, o tratamento da condição associada (as duas doenças juntas) permite melhor prognóstico em relação ao uso de crack.

## Consequências sociais

Em São Paulo, um estudo com profissionais do sexo que usam crack mostrou que a maioria destas mulheres é jovem, mãe, com baixa escolaridade, vive com familiares ou parceiros e é sustentada por elas mesmas. A maioria trocava sexo por crack diariamente (de um a cinco parceiros por dia), não escolhia nem o parceiro, nem o tipo de sexo, nem exigia o uso da camisinha. Outro estudo sobre mulheres trabalhadoras do sexo em Santos mostrava a associação entre uso do crack, uso de cocaína injetável e positividade para o HIV.

Também em São Paulo, estudo de seguimento (follow-up) de cinco anos de 131 pacientes que estiveram internados mostrou que 18% morreram no período estudado. A taxa de mortalidade anual (2,5%) era sete vezes maior do que a da população geral da cidade. A maioria dos que morreram eram homens de menos de 30 anos, solteiros com baixa escolaridade. As causas externas foram responsáveis por 69% destas mortes sendo 56,6% por homicídio, 8,7% por overdose e 4,3% por afogamento. Entre as causas naturais (não externas), 26,1% foram por HIV/AIDS e 4,3% por Hepatite B.

## Abordagens Terapêuticas

O tratamento da dependência do crack reside, em sua maior parte em abordagens psicoterápicas e psicossociais. Os resultados de pesquisas sobre o uso de medicações no tratamento da dependência do crack são apresentados adiante tornando claras as suas limitações, pelo menos até o momento. Além disso, a hospitalização, quando necessária, não é suficiente no tratamento destes quadros. Deve ser feita uma avaliação abrangente, considerando a motivação do paciente para o tratamento, padrão do uso da droga, comprometimentos funcionais, problemas clínicos e psiquiátricos associados. Informações de familiares e amigos podem ser acrescentadas. Condições médicas e psiquiátricas associadas devem ser tratadas de maneira específica.

## Farmacoterapia

Os estudos existentes até o momento são para tratamento de cocaína, sem diferenciar suas formas de apresentação ou uso. Atualmente não existe qualquer medicação aprovada especificamente para tratamento da dependência de cocaína.

Pacientes dependentes de cocaína mantêm o uso de forma compulsiva mesmo sabendo que isto pode lhes trazer graves prejuízos. Tentando modificar este quadro, diversas medicações têm sido estudadas sem sucesso no tratamento da dependência de cocaína. O uso de antipsicóticos não traz benefícios, não produz controle de efeitos colaterais, não reduz a vontade (fissura) de usar a droga nem diminui a quantidade consumida de cocaína durante o tratamento.

Vários anticonvulsivantes e diversos antidepressivos já foram estudados e também não se mostraram eficazes. O estudo de psicoestimulantes mostrou resultados inconclusivos, sem resultados na redução do uso, mas com algumas substâncias mostrando tendência de aumento do período de abstinência

É importante lembrar que embora não existam, no momento, medicações que diminuam a vontade de usar o crack, a prescrição de medicações pode ser indicada para o tratamento das intoxicações, sintomas da abstinência e principalmente para o tratamento das comorbidades.

Assim, se um usuário de crack melhora de um possível quadro depressivo com o uso de um antidepressivo ele tem melhor resultado no tratamento da dependência do crack.

## Abordagem psicossocial

A revisão dos estudos científicos realizada pela Agência Nacional para Tratamento do Uso Prejudicial de Substâncias da Grã Bretanha em 2002 (National Treatment Agency (NTA) for Substance Misuse) já enfatizava que há evidências de tratamentos eficientes para dependência do crack. De fato, os autores afirmam que “tratar dependência de crack não é nem difícil nem necessariamente implica em habilidades totalmente novas”. O que é essencial compreender é que as abordagens terapêuticas incluem não apenas os aspectos médicos ou biológicos, mas ações que privilegiem o contexto socioemocional dos indivíduos envolvidos.

Os conselheiros municipais devem ficar atentos a esse tipo de abordagem considerando as diferentes formas terapêuticas comunitárias existentes na sua comunidade. Há múltiplos serviços que os usuários podem acessar sem agendamento prévio, como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), redes de usuários, como os Narcóticos Anônimos (NA), e linhas telefônicas 24 horas, como o serviço **VIVAVOZ (0800 510 0015)**. Esses dispositivos podem ser usados para aumentar o acesso ao tratamento.

Como já foi descrito, não há medicações que por si só tratem a dependência do crack. E tanto para o tratamento e reinserção social quanto para as atividades de prevenção é indispensável realizar atividades que aumentem a vinculação daqueles que usam a droga aos serviços e profissionais de saúde.

Intervenções psicossociais sem prescrição de medicações, mas com aconselhamento extrahospitalar têm boa relação custo benefício para usuários sem complicações. No entanto, usuários com quadros mais graves de dependência, abordagens psicoterapêuticas individuais ou em grupo são igualmente eficientes. Os usuários com múltiplas necessidades respondem melhor à abordagem em grupo em um esquema intensivo e com atividades práticas. Nos casos em que não tiver su-

porte social e tiver problemas psíquicos graves, a internação pode ser necessária. Quando as necessidades pessoais são abordadas e os profissionais são empáticos os resultados são melhores.

Como o uso de álcool associado com outras drogas é muito comum, assim como os problemas familiares, psicológicos e físicos, é importante que as instituições ofereçam tratamento para todos estes problemas adicionais.

Todas essas situações têm que ser enfocadas, pois são determinantes na evolução do tratamento do usuário. Por exemplo, uma pessoa que usa crack e após interromper o uso da droga mantém o uso de álcool, mesmo que socialmente, tem grande chance de recair com o crack, já que um dos efeitos do álcool é a diminuição do juízo crítico do usuário (a pessoa fica mais vulnerável a ceder à vontade de usar a droga), ou seja, ela deve também interromper o uso do álcool. Da mesma forma com aquela pessoa que só usa crack após ter feito uso de bebidas alcoólicas (“efeito gatilho”). A recuperação mantida permite a reconstrução de laços afetivos e sociais.

Muitos usuários veem um lugar para onde ir como um primeiro passo na busca por tratamento. Por isso, locais que oferecem atendimentos para outros problemas (como saúde mental, emergência e serviços sociais) são uma ótima fonte de informações sobre serviços para dependência de álcool e outras drogas.

## **Um exemplo de Abordagem Psicossocial**

### **Embaixada da Liberdade – uma liberdade positiva**

A partir do diagnóstico da situação do uso de crack na cidade do Rio de Janeiro efetuado pela realização de fóruns, os pontos de uso de drogas e exploração sexual foram mapeados e, como estratégia de política pública, foi implantado o serviço da *Embaixada da Liberdade* em bairro da Zona Norte da cidade. A localização deve-se ao fato do uso de crack e exploração sexual estarem articulados, por haver grande concentração

de crianças e adolescentes em espaço de uso chamado de “cracolândia” e pela percepção de que essa clientela não procurava tratamento espontaneamente.

Constituiu-se um plano de ações com a criação de equipes de abordagem ampliada, Escola de Redutores de Danos e Consultório de Rua, no qual Saúde e Assistência Social pudessem trabalhar de forma integrada. Este plano de ações teve como objetivo atuar diretamente no território, produzindo acesso aos serviços e aos programas socioassistenciais, como, por exemplo, o Bolsa Família.

A proposta da Embaixada da Liberdade é proporcionar um espaço de escuta e acolhimento para o fenômeno das drogas, desafiando o imperativo legal e moral advindo do seu uso. Oferecer um espaço público para crianças e adolescentes usuários de drogas sem impor abstinência e nem permanência no serviço já é, por si só, um grande desafio aos modelos hegemônicos de tratamento e de acolhimento institucional a crianças e adolescentes.

Para concluirmos este capítulo sobre o crack, dentro de uma perspectiva psicossocial, fiquemos com a frase de Bataille, que diz que “a violência é um discurso sem voz”. Quanto mais nos silenciemos através de uma posição alienada sob a forma de violência, menos transformamos nossas realidades e esquecemos que para mudá-las temos que nos aproximar da realidade de outrem.

## Resumo

Você está encerrando a Unidade 10 deste Curso. Nessa etapa, você estudou a droga crack e seus aspectos multidisciplinares, as consequências do crack no sistema nervoso central e no psiquismo e quais as consequências do seu uso sobre o corpo. Você viu também as principais abordagens terapêuticas utilizadas para ajudar as pessoas que num determinado momento da sua vida fazem uso dessa droga.

Na Unidade 11, já no Módulo 3, você estudará a Política e a Legislação Brasileira sobre drogas. Boa leitura!



Atenção! Os exercícios de fixação também estão disponibilizados no AVEA. Em caso de dúvidas, entre em contato com seu TUTOR.

## Exercícios de fixação

1. Com relação ao crack, numa perspectiva multidisciplinar, relacione as alternativas corretamente:

1 – Danos Físicos	<p>( ) incluem não apenas os aspectos médicos ou biológicos, mas ações que privilegiem o contexto sócio-emocional dos indivíduos envolvidos.</p> <p>( ) A presença de problemas relacionados ao uso de outras substâncias psicoativas e a presença de outro(s) diagnóstico(s) psiquiátrico(s) é comum entre usuários de cocaína e crack.</p>
2 – Danos Psíquicos	<p>( ) Os comportamentos de risco mais frequentemente observados são o número elevado de parceiros sexuais, o uso irregular de camisinha e troca de sexo por droga ou por dinheiro para compra de droga.</p> <p>( ) A taxa de mortalidade anual (2,5%) era sete vezes maior do que a da população geral da cidade. A maioria dos que morreram eram homens de menos de 30 anos, solteiros com baixa escolaridade.</p>
3 – Consequências Sociais	<p>( ) O uso de crack pode diminuir temporariamente a necessidade de comer e dormir. Podem ocorrer redução do apetite, náusea e dor abdominal. Os hábitos básicos de higiene também podem ficar comprometidos.</p> <p>( ) Farmacoterapia.</p>

## UNIDADE 10

- a. 2, 2, 3, 3, 1, 4, 2, 3
  - b. 4, 2, 1, 3, 1, 4, 2, 3
  - c. 4, 4, 3, 1, 2, 2, 3, 1
  - d. 4, 3, 1, 2, 1, 4, 3, 2
2. Os conselheiros municipais devem conhecer centros de abordagem psicossocial para o atendimento e tratamento do usuário de crack, considerando as diferentes formas terapêuticas comunitárias existentes na sua comunidade. Há múltiplos serviços que os usuários podem acessar sem agendamento prévio. Esses dispositivos podem ser usados para aumentar o acesso ao tratamento.

Marque a alternativa correta:

- a. VIVAVOZ.
- b. Narcóticos Anônimos (NA).
- c. Redes de usuários.
- d. Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).
- e. Todas as alternativas anteriores estão corretas.



## Referências

ACKERMAN JP, RIGGINS T, BLACK MM. **A review of the effects of prenatal cocaine exposure among school-aged children.** *Pediatrics*. Mar;125(3):554-65, 2010.

AFONSO L, MOHAMMAD T, THATAI D. **Crack whips the heart: a review of the cardiovascular toxicity of cocaine.** *Am J Cardiol*. Sep 15;100(6):1040-3, 2007.

AMATO L, MINOZZI S, PANI PP, DAVOLI M. **Antipsychotic medications for cocaine dependence.** *Cochrane Database Syst Rev*. Jul 18;(3):CD006306, 2007.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **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 – HCFMUSP. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país:** 2001. Supervisão: E.A. Carlini. Coordenação: Jose Carlos Galduroz. Pesquisadores Colaboradores: Ana Regina Noto *et al.*: Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país:** 2005. Supervisão: E.A. Carlini. Coordenação: Jose Carlos Galduroz. Pesquisadores Colaboradores: Ana Regina Noto *et al.*: Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2005.

CASTEL R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, Antonio (Org.). **Saúde loucura 4: grupos e coletivos.** São Paulo: HUCITEC, 1994.

CASTELLS X, CASAS M, PÉREZ-MAÑÁ C, RONCERO C, VIDAL X, CAPELLÀ D. **Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence.** Cochrane Database Syst Rev. Feb 17;2:CD007380, 2010.

CHEN CY, ANTHONY JC. **Epidemiological estimates of risk in the process of becoming dependent upon cocaine:** cocaine hydrochloride powder versus crack cocaine. *Psychopharmacology (Berl)*. Feb;172(1):78-86, 2004.

COSTA, J.F. – **Violência e Psicanálise.** Rio de Janeiro, Graal, 1986.

CRUZ MS. Cocaína. In: Antônio Carlos Egypto; Helena Albertani; Isabel Costa; Sylvia Cavasin; Vera Simonetti. (Org.). **Tá na roda. Uma conversa sobre drogas.** 1 ed. São Paulo: J. Sholna reproduções Gráficas Ltda, v. 1, p. 159-171. 2003.

CRUZ MS. **O crack e sua espiral compulsiva.** O Estado de São Paulo (Grupo Estado Ed.). 2009 Jul 12, Sect Aliás J5.

DE OLIVEIRA LG, BARROSO LP, SILVEIRA CM, SANCHEZ ZV, DE CARVALHO PONCE J, VAZ LJ, NAPPO SA. Neuropsychological assessment of current and past crack cocaine users. *Subst Use Misuse*. 44(13):1941-57, 2009.

DUAILIBI LB, RIBEIRO M, LARANJEIRA R. **Profile of cocaine and crack users in Brazil.** *Cad Saude Publica*. 24 Suppl 4:s545-57, 2008.

FALCK RS, WANG J, SIEGAL HA, CARLSON RG. **The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users:** an exploratory study with practical implications. *J Nerv Ment Dis*. Jul;192(7):503-7, 2004.

FOX HC, AXELROD SR, PALIWAL P, SLEEPER J, SINHA R. **Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence.** *Drug Alcohol Depend*. Jul 10;89(2-3):298-301, 2007.

GALDURÓZ JCF et al. **V Levantamento sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio nas 27 capitais brasileiras.** Brasília: Senad, 2005.

GOLDBERG, J. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública.** Rio de Janeiro: Te Corá Ed./ Instituto Franco Besaglia, 1994.

GUATTARI F, ROLNIK S. - **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

HAASEN C, PRINZLEVE M, GOSSOP M, FISCHER G, CASAS M. **Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users**. World Psychiatry. Oct;4(3):173-6, 2005.

HAIM DY, LIPPMANN ML, GOLDBERG SK, WALKENSTEIN MD. **The pulmonary complications of crack cocaine**. A comprehensive review. Chest. Jan;107(1):233-40, 1995.

HOFF AL, RIORDAN H, MORRIS L, CESTARO V, WIENEKE M, ALPERT R, WANG GJ, VOLKOW N. **Effects of crack cocaine on neurocognitive function**. Psychiatry Res. Mar 29;60(2-3):167-76, 1996.

Kaez R. – **A Instituição e as instituições**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

MAGALHÃES MP, BARROS RS, SILVA MTA. **Uso de drogas entre universitários: a experiência da maconha como fator delimitante**. Rev. ABP-APAL. 13:97-104, 1991.

MINAYO MCS. **A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. V. 10, n. 1, p. 7-18. 1994.

MINOZZI S, AMATO L, DAVOLI M, FARRELL M, LIMA REISSER AA, PANI PP, SILVA DE LIMA M, SOARES B, VECCHI S. **Anticonvulsants for cocaine dependence**. Cochrane Database Syst Rev. Apr 16;(2):CD006754, 2008.

NAPPO AS, SANCHEZ ZM, OLIVEIRA LG, SANTOS AS, CORADETE JÚNIOR J, PACCA JCB et al. **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação a DST/AIDS**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas, 2004.

**National Institute on Drug Abuse (NIDA) site**: <http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/Cocaine/Cocaine.html>. Acesso realizado em: 08 de outubro de 2010.

**National Treatment Agency for Substance Misuse. Research into practice 1b**. Augus 2002 <http://nta.shared.hosting.zen.co.uk/pu>

blications/documents/nta\_commissioning\_crack\_cocaine\_treatment\_2002\_rip1b.pdf. Acesso realizado em: 08 de outubro de 2010

NOTO AR, GALDURÓZ JC, NAPPO AS, 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: Secretaria Nacional Anti-drogas/Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2003.

Nunes CL, Andrade T, Galvão-Castro B, Bastos FI, Reingold A. **Assessing risk behaviors and prevalence of sexually transmitted and blood-borne infections among female crack cocaine users in Salvador-Bahia, Brazil.** Braz J Infect Dis. Dec;11(6):561-6, 2007.

RAMÔA M. **O grupo de Autoajuda em dois contextos: alcoolismo e doença mental.** Dissertação de Mestrado. Depto. de Psicologia. PUC-Rio, 1999.

RAMÔA M. **A Desinstitucionalização da Clínica na Reforma Psiquiátrica: um estudo sobre o projeto CAPS ad.** Tese de Doutorado. Depto. de Psicologia. PUC-Rio, 2005.

SARACENO B. **Libertando Identidades.** Rio de Janeiro, Te Corá/IFB, 1999.

Silva de Lima M, Farrell M, Lima Reisser AA, Soares B. **Withdrawn: Antidepressants for cocaine dependence.** Cochrane Database Syst Rev. Feb 17;2:CD002950. Review, 2010.

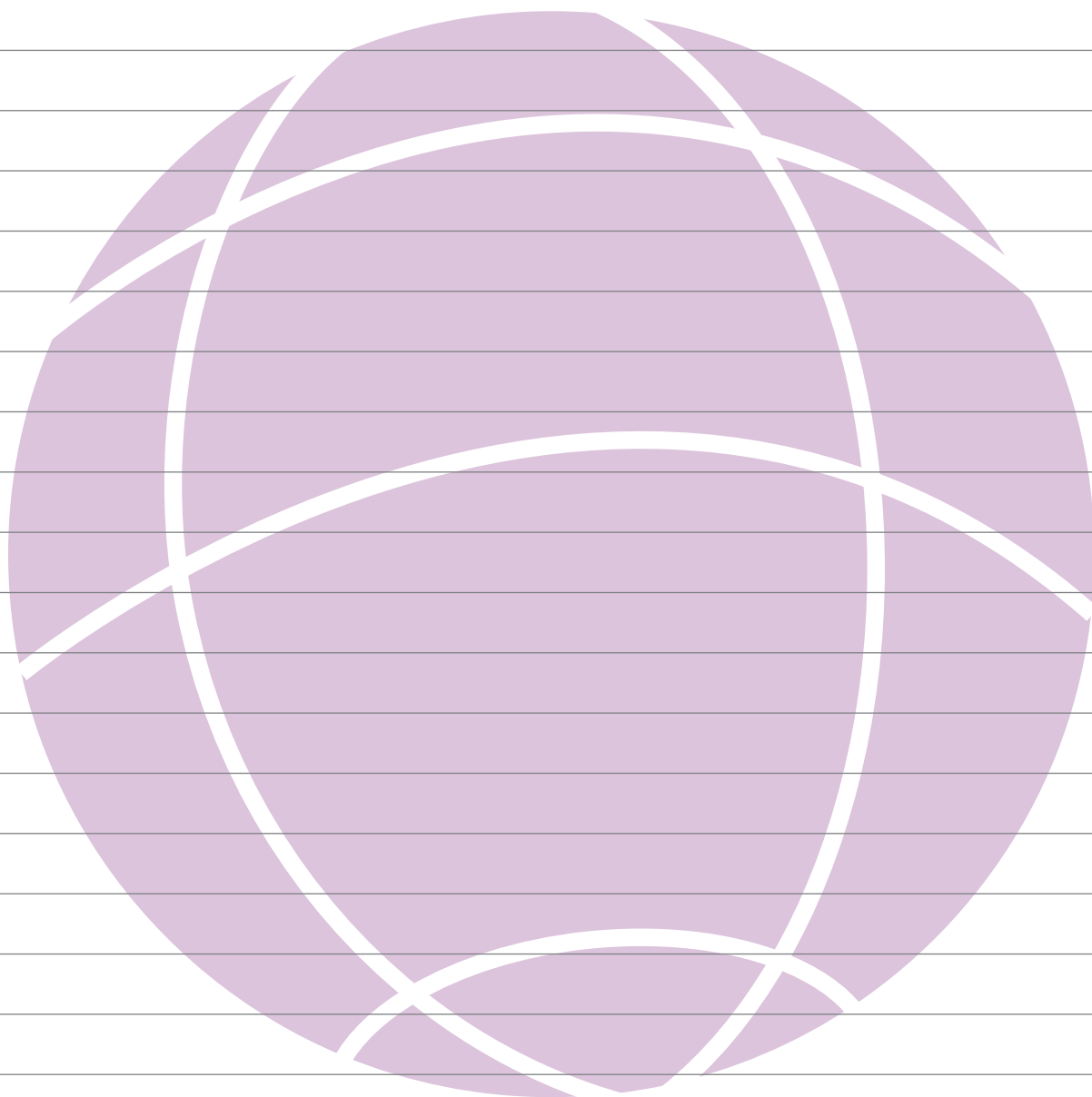
SILVA, NG. **Fatores associados à infecção por HIV entre trabalhadoras do sexo na cidade de Santos.** Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2004.

SLUTSKER L. **Risks associated with cocaine use during pregnancy.** Obstet Gynecol. May;79(5 ( Pt 1)):778-89, 1992.

TREADWELL SD, ROBINSON TG. **Cocaine use and stroke.** Postgrad Med J. Jun;83(980):389-94, 2007.

WILSON T, DeHovitz JA. **STDs, HIV, and crack cocaine: a review.** AIDS Patient Care STDS. Apr;11(2):62-6, 1997.

# Anotações



3



# Módulo III

## Política, Legislação e Conselhos

Neste módulo será possível conhecer a história das políticas públicas e suas propostas atuais, assim como, os sistemas de saúde e de segurança pública voltados para a temática do álcool e outras drogas no Brasil. Destaca-se também, a compreensão do importante papel dos conselhos na conquista de uma ampla participação social e na formulação de políticas públicas.





# Unidade 11

## A política e a legislação brasileira sobre drogas

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Carla Dalbosco

Ao fim desta Unidade, você terá conhecido o histórico das políticas públicas sobre álcool e outras drogas no Brasil e a atual situação do País nesse assunto. Verá também o plano de enfrentamento ao *crack* e outras drogas, que indica uma série de ações de aplicação imediata e outras de caráter estruturante para enfrentamento da questão de forma intersetorial.

## Política Nacional sobre Drogas

A partir de 1998, o Brasil consolida uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda<sup>1</sup> e da oferta de drogas<sup>2</sup>. Foi depois da realização da XX Assembleia Geral 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)<sup>3</sup>, 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 política brasileira. Assim, em 2002, por meio de **Decreto Presidencial n. 4.345 de 26 de agosto de 2002**, foi instituída a Política Nacional Antidrogas – PNAD.

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

- **integração das políticas públicas** setoriais com a Política Nacional Antidrogas, 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.

1 Redução da demanda: ações referentes à prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, bem como aquelas relacionadas com o tratamento, a recuperação, a redução de danos e a reinserção social de usuários e dependentes.

2 Redução da oferta: atividades inerentes à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. As ações contínuas de repressão devem ser promovidas para reduzir a oferta das drogas ilegais e/ou de abuso, pela erradicação e apreensão permanentes destas produzidas no país, pelo bloqueio do ingresso das oriundas do exterior, destinadas ao consumo interno ou ao mercado internacional e pela identificação e desmantelamento das organizações criminosas.

3 Medida Provisória n. 1.669 e Decreto n. 2.632 de 19 de junho de 1998.





Você gostaria de saber o que aconteceu na 2ª edição/2009 do Curso de Conselheiros? Acesse o portal do Curso através do endereço eletrônico <http://conselheiros.senad.gov.br/> lá você encontrará a 3ª teleconferência que teve como tema a Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil. Aproveite para assisti-la.

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.

Com ampla participação popular, embasada em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados, a política realinhada passou a chamar-se **Política Nacional sobre Drogas (PNAD)**<sup>4</sup>. 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 das *drogas*.

Em 2006, a SENAD coordenou um grupo de governo que assessorou os parlamentares no processo que culminou na aprovação da Lei n. 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.

---

4 Aprovada em 23 de maio de 2005, entrando em vigor em 27 de outubro desse mesmo ano, por meio da Resolução n. 3/GSIPR/ CONAD.

## A Lei n. 11.343/2006 – Lei de Drogas

A Lei n. 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: a Lei n. 6.368/76<sup>5</sup> e a n. 10.409/2002<sup>6</sup>. 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 forma diferenciada.

O Brasil, seguindo tendência mundial, entendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade. Esta 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.

---

5 Lei n. 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.

6 Lei n. 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.

## SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS (SISNAD)

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, regulamentado pelo **Decreto n. 5.912, de 27 de setembro de 2006**, tem os seguintes objetivos:



1. Contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados;
2. promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;
3. promover a integração entre as políticas de **prevenção** do uso indevido, **atenção e reinserção social** de usuários e dependentes de drogas;
4. reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas;
5. promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios.

### UNIDADE 11

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 (CONAD)**, garantindo a participação paritária entre governo e sociedade.

Em 23 de julho de 2008, foi instituída a Lei n. 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)**. Esta modificação histórica era aguardada desde o processo de realinhamento da Política Nacional sobre Drogas, em 2004, tornando-se um marco na construção de 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 Antidrogas**<sup>7</sup> 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 n. 5912/2006 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 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<sup>8</sup>.

7 O Fundo Nacional Antidrogas é composto por recursos oriundos de apreensão ou de perdimento, em favor da União, de bens, direitos e valores, objeto do crime de tráfico ilícito de substâncias entorpecentes ou de drogas que causem dependência física ou psíquica, e outros recursos colocados à disposição da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

8 O 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, produzindo e divulgando informações, fundamentadas

- 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. Este 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 e o tráfico de drogas.
- **Exemplos de ações:** realização de levantamentos sobre uso de drogas pela população brasileira, como, por exemplo na população geral, entre estudantes, povos indígenas, crianças e adolescentes, população carcerária, entre outros.

2. Capacitação de Agentes do SISNAD:

- **Objetivo:** capacitação dos 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, educadores, profissionais das áreas de saúde, 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

---

cientificamente, 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; apoio técnico e financiamento a projetos por meio de Subvenção Social; implantação do Serviço Nacional de Orientações e informações sobre Drogas (Viva Voz); ampliação e fortalecimento da Cooperação Internacional, criação da Rede de Pesquisa sobre Drogas, entre outros.

## A POLÍTICA NACIONAL SOBRE O ÁLCOOL

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 n. 6.117/2007, 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 desta substância, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas.



Esta 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 domínios da vida da população, 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.

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

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

Merece destaque, dentre estas 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 associam-se diretamente com os índices de morbidade e mortalidade da população geral. Por esta razão, tornou-se urgente desenvolver medidas contra o ato de “beber e dirigir”.

Após exaustivo processo de discussão e com ampla participação popular, a nova **Lei n. 11.705**, conhecida como “lei seca”, foi sancionada em 19 de junho de 2008, por ocasião da realização da X Semana Nacional Antidrogas. Esta Lei alterou alguns dispositivos do Código de Trânsito Brasileiro, impondo penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência de álcool.

O motorista que tiver qualquer concentração de álcool por litro de sangue estará sujeito às **penalidades administrativas**, previstas (artigo 165, lei n. 9503/97) como, multa, apreensão do veículo e suspensão do direito de dirigir por 12 (doze) meses.

O motorista que apresentar concentração de álcool **igual ou superior a 0,6 g/L** de sangue, sofrerá **pena de detenção de seis meses a três anos**, além das penalidades administrativas<sup>9</sup>.

1. Penalidades Administrativas – até 0,6 g/L.
2. Penalidades Criminais – a partir de 0,6 g/L.

São vedados, na faixa de domínio de rodovia federal ou em local próximo à faixa de domínio com acesso direto à rodovia, a venda varejista ou o oferecimento de bebidas alcoólicas (teor superior a 0,5 Graus Gay-Lussac) para consumo no local.

Esta Lei prevê 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**.

Todas estas medidas têm como objetivo reduzir o número de acidentes de trânsito no Brasil, coibindo a associação entre o consumo de álcool e o ato de dirigir.

9 O Decreto n. 6488, de 19 de junho de 2008, no seu artigo 2º determina que: “para fins criminais de que trata o artigo 306 da Lei n. 9.503/1997 – Código de Trânsito Brasileiro, a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia é a seguinte:

I – Exame de sangue: concentração igual ou superior a seis decigramas de álcool por litro de sangue (0,6 g/L);

II – Teste de aparelho de ar alveolar pulmonar (etilômetro): concentração de álcool igual ou superior a três décimos de miligramas por litro de ar expelido dos pulmões.

## PLANO INTEGRADO DE ENFRENTAMENTO AO CRACK E OUTRAS DROGAS

O avanço da criminalidade e as complexas relações entre drogas e violência, principalmente o *crack*, têm imposto desafios cada vez maiores, exigindo respostas eficazes do governo e da sociedade a partir da convergência de esforços dos mais diferentes segmentos na construção de alternativas que extrapolem as ações repressivas e considerem os diversos componentes associados ao crescimento da violência, da criminalidade e dos problemas decorrentes do consumo de *crack*.

Na busca de soluções concretas, capazes de reverter os desafios e efeitos perversos que os problemas associados ao *crack* vêm impondo a todo o país, foi lançado, em 20 de maio de 2010, o **Decreto nº. 7.179**, que institui o **Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas**, cria o seu Comitê Gestor e indica uma série de ações de ação imediata e outras de caráter estruturante para enfrentamento da questão de forma intersetorial.



O Plano de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas tem por objetivo desenvolver um conjunto integrado de ações de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de *crack* e outras drogas, bem como, enfrentar o tráfico em parceria com Estados, Distrito Federal, Municípios e Sociedade Civil, tendo em vista a redução da criminalidade associada ao consumo dessas substâncias junto à população.

A coordenação geral do Plano fica a cargo da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) e envolve a participação de vários Ministérios, Secretarias e Organizações não Governamentais, além de outras entidades com as quais foram estabelecidos acordos institucionais, como, por exemplo, o Conselho Nacional de Justiça.

O Plano prevê a implementação de **ações imediatas** e **ações estruturantes**.

Dentre as **ações de implementação imediata**, destacam-se aquelas voltadas para o enfrentamento ao tráfico do *crack* em todo o território nacional, principalmente, nos municípios localizados em região de fronteira e a realização de uma campanha permanente de mobilização

nacional para engajamento ao plano. O objetivo é também a melhoria do sistema de saúde que atende aos usuários de *crack* e seus familiares. As ações previstas nesta etapa, são:

- 1. Enfrentamento ao Tráfico:** ampliação de operações especiais voltadas ao desmantelamento da rede de narcotráfico com ênfase nas regiões de fronteiras pelas Polícias Federal e Rodoviária Federal, em articulação com as Polícias Estaduais e apoio das Forças Armadas.
- 2. Polícias Estaduais:** Fortalecimento e articulação das Polícias Estaduais para o enfrentamento qualificado ao tráfico do *crack* em áreas de maior vulnerabilidade para o consumo.
- 3. Capacitação, prevenção, tratamento e reinserção social:**
  - a.** Abertura de editais públicos para financiamento de ações para capacitar diferentes segmentos sociais para a melhor atuação na abordagem de usuários de crack e outras drogas, bem como para o desenvolvimento e integração da rede de saúde e de assistência social, de acordo com as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional Sobre Drogas (PNAD). Merecem destaque:
    - Centro Regional de Referência para Formação Permanente (CRR): que tratou do apoio financeiro às Universidades Públicas para a criação de 30 CRR, que funcionarão como pólos de capacitação dos profissionais que atuam nas redes de saúde e assistência social junto aos usuários de crack e outras drogas. Dado o interesse da SENAD em investir na qualificação desses profissionais, foram aprovados 49 CRR;
    - Comunidades Terapêuticas: que tratou do apoio financeiro para utilização de 2500 leitos de acolhimento a usuários de crack e outras drogas em Comunidades Terapêuticas em articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) e O Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Nesse primeiro edital foram contemplados 985 leitos, havendo a possibilidade de sua reabertura com a ampliação do número de leitos;

- Casas de Acolhimento Transitório (CAT): que tratou do financiamento para a implantação e manutenção de 40 CAT, sendo que 38 projetos foram aprovados. As CAT são abrigos temporários de cuidado integral em saúde para usuários de crack e outras drogas em situação de vulnerabilidade social ou excluídos do convívio familiar;

- Programa de Educação para o Trabalho (PET – Saúde): que tratou do apoio financeiro às Instituições de Ensino Superior (IES) para a elaboração e implantação de 50 projetos para a formação de novos grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da atenção em saúde mental, crack, álcool e outras drogas. Dada a boa qualidade, foram selecionados 80 projetos em IES de todo o Brasil.

- b.** Ampliação da rede de assistência social voltada ao acompanhamento sociofamiliar e à inclusão de crianças, adolescentes e jovens usuários de crack e outras drogas em programas de reinserção social, bem como de população de rua.
- c.** Ampliação do número de leitos: o número de leitos para internação de usuários de *crack* e outras drogas em serviços de urgência e emergência.
- d. Campanha Nacional de Mobilização, Informação e Orientação:** realização de campanha nacional e permanente com o objetivo de mobilizar a sociedade para o enfrentamento do *crack*; a campanha iniciará com a construção de um site interativo no “Portal Brasil” para tratar especificamente do tema do *crack* e outras questões relacionadas.
- e. Projeto Rondon e PROJOVEM:** ampliação das ações dos projetos para regiões de grande vulnerabilidade em relação à violência e consumo de *crack* e outras drogas.
- f. Capacitação** em tratamento e reinserção social voltada para profissionais de diferentes áreas da rede de serviços, profissionais de saúde, educadores e comunidade escolar, conselheiros municipais, profissionais de segurança pública, operadores do direito, líderes religiosos, comunitários entre outros.

- g. Juizados especiais criminais:** capacitação continuada de juizes e equipes psicossociais, com vistas a uniformizar e implantar práticas e políticas de reinserção social, conforme a Lei de Drogas.

Dentre as **ações estruturantes** estão sendo implementadas de forma simultânea e organizam-se em torno de quatro eixos:

- 1. Integração de Ações de Mobilização, Prevenção, Tratamento e Reinserção Social** – implementação de ações de prevenção, capacitação, disseminação de boas práticas, tratamento e reinserção social para usuários e dependentes de *crack* e outras drogas, com o objetivo de fortalecer as redes locais de serviços socioassistenciais e de saúde.

Está prevista a capacitação de cerca de 100 mil profissionais, em 10 diferentes cursos na modalidade de educação a distância, por meio de parcerias estabelecidas com universidades. Estas capacitações abordam todas as drogas, com ênfase na prevenção do uso de *crack*. Há também uma capacitação presencial específica para profissionais de saúde e da assistência social.

O plano prevê ainda a disseminação de boas práticas de atendimento ao usuário de *crack* e outras drogas em situação de vulnerabilidade social, tendo como modelo as seguintes experiências bem sucedidas:

- Associação Lua Nova – acolhimento de jovens grávidas e/ou mães usuárias de drogas, que promove a inclusão social através da geração de renda;
  - Consultório de Rua – atendimento psicológico, médico e social voltado para a população que se encontra vivendo nas ruas;
  - Terapia Comunitária – a própria comunidade busca a solução para seus problemas, por meio da formação de uma rede solidária de acolhimento e encaminhamento.
- 2. Diagnóstico:** Uma ampla pesquisa para o reconhecimento do consumo de crack no Brasil está sendo realizada em âm-

bito nacional, incluindo: o perfil dos usuários de crack, suas condições de saúde e necessidades de atendimento nas redes de serviços de saúde e proteção social; estudos clínicos inovadores para o desenvolvimento de novas modalidades terapêuticas e de estratégias mais eficazes para facilitar o ingresso na rede de atenção à saúde e aumentar os índices de adesão aos tratamentos pelos usuários de crack, incluindo gestantes e mães; mapeamento dos serviços de saúde e proteção social que atendem usuários de crack e outras drogas, com avaliação de sua capacidade e da qualidade dos serviços prestados, levando em conta a opinião dos usuários, de seus familiares e da equipe profissional; custos econômicos do uso de crack no Brasil e a instalação de um sistema de monitoramento precoce de uso e tráfico de drogas.

- 3. Campanha Permanente de Mobilização, Informação e Orientação:** Realização de campanha permanente de mobilização social para o engajamento ao Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas junto aos meios de comunicação, setor empresarial e movimentos sociais.
- 4. Formação de Recursos Humanos e Desenvolvimento de Metodologias:** de forma a garantir a sustentabilidade do plano, serão ofertados, em cinco Universidades Federais, cursos de especialização e mestrado profissional em gestão do tratamento de usuários de *crack* e outras drogas para profissionais que atuam na rede de atenção à saúde e proteção social. Estão previstos também outros cursos de pós-graduação, nas modalidades de residência multiprofissional, mestrado e doutorado.

Estão, também, em processo de criação seis centros colaboradores no âmbito dos Hospitais Universitários para a assistência a usuários de crack e outras drogas, com o objetivo de desenvolver pesquisas e metodologias de tratamento e reinserção social. Em sua estrutura, contarão com um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad) e um Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) para dependentes de crack, oferecendo vagas para tratamento em regime ambulatorial e de internação.



O Comitê Gestor instituído com a participação de 15 órgãos do Governo Federal, tem a responsabilidade de acompanhar e avaliar a implementação do Plano Integrado em todas as suas etapas.

Cada vez mais, é fundamental o conhecimento e a ampla disseminação da política e da legislação brasileira sobre drogas em todos os setores do país, mostrando a sua importância nas ações de prevenção do uso, tratamento, reinserção social e enfrentamento ao tráfico. O uso de drogas afeta a todos, seja familiares, educadores, líderes comunitários, profissionais ou cidadãos. As orientações da Política Nacional sobre Drogas e da Política Nacional sobre Álcool contribuem para o fortalecimento de uma rede de atenção às questões relativas ao uso de álcool e outras drogas numa perspectiva inclusiva, de respeito às diferenças, humanista, de acolhimento e não estigmatizante do usuário e seus familiares.

Conhecer na  
a sobre  
ca Nacional  
a nova Lei n.  
Decreto que  
Integrado  
nto ao  
s Drogas,  
ortal:  
ad.gov.br.



## Resumo

Você está encerrando a Unidade 11 deste Curso. Nessa etapa, você conheceu a formação das Políticas Públicas, para a redução da demanda e da oferta de drogas, com ênfase no plano de enfrentamento ao *crack* e outras drogas que tem por objetivo um conjunto de ações para prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de *crack* e outras drogas na sociedade onde vivem.

Na Unidade 12, você começa a estudar as políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas. Boa leitura!



Atenção! Os ex-  
de fixação tam-  
disponibilizad-  
Em caso de dú-  
em contato co

## UNIDADE 11

## Exercícios de fixação

- Em 23 de julho de 2008, foi instituída a Lei n. 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). Relacione as colunas que explicitam as atribuições do CONAD e SENAD:

1 - CONAD	( ) Acompanhar e atualizar a Política Nacional sobre Drogas, consolidada pela SENAD.
	( ) Promover o intercâmbio com organismos internacionais na sua área de competência.
	( ) Gerir o Fundo Nacional Antidrogas e o Obid.
	( ) Promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal.
2 - SENAD	( ) Articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.
	( ) Exercer orientação normativa sobre ações de redução da demanda e da oferta de drogas.
	( ) Acompanhar e avaliar o desempenho dos planos e programas da Política Nacional sobre Drogas.
	( ) Definir estratégias e elaborar planos, programas e procedimentos para alcançar as metas propostas na PNAD e acompanhar sua execução.
	( ) Acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas.

Marque a alternativa correta:

- 2, 1, 1, 2, 1, 2, 2, 1, 2
- 1, 2, 1, 1, 2, 2, 2, 1, 2
- 2, 2, 1, 2, 1, 1, 2, 1, 2
- 1, 2, 2, 1, 2, 1, 1, 2, 1
- 2, 2, 1, 2, 2, 1, 2, 1, 2

2. O Brasil, seguindo tendência mundial, entendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade. 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 forma diferenciada. Estudos 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. O parágrafo acima se refere a qual Lei ou Decreto?
- a. Decreto n. 7.179/2010
  - b. Lei n. 11.705/2008
  - c. Lei n. 11.343/2006
  - d. Decreto n. 6.117/2007
  - e. Lei n. 6.368/1976

## Referências

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

BRASIL. **Decreto nº 7.179/2010**, de 20 de maio de 2010.

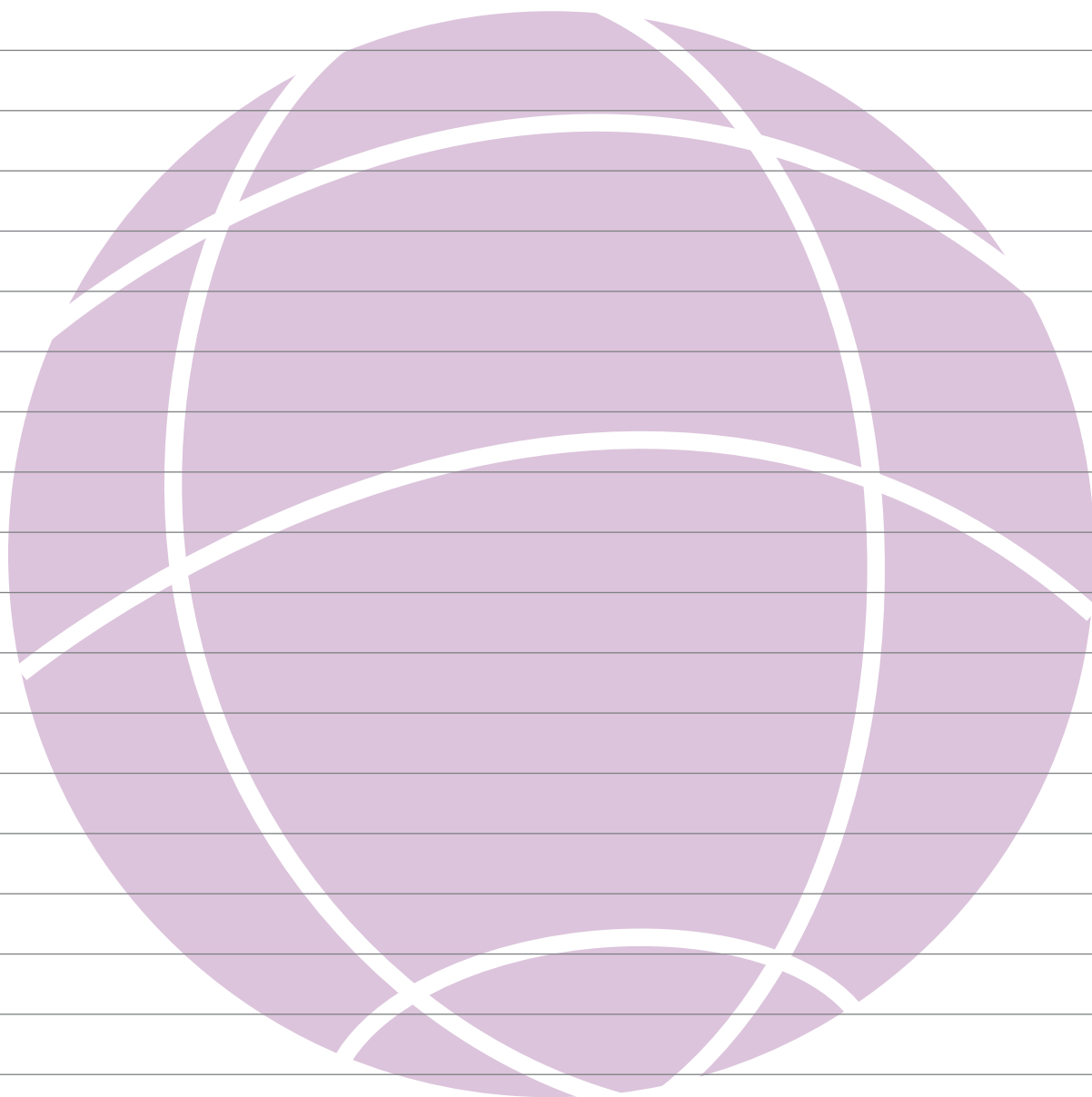
BRASIL. **Inovação e participação.** Relatório de ações do governo na área da redução da demanda de drogas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

BRASIL. **Lei nº 11.343/2006**, de 23 de agosto de 2006.

BRASIL. **Lei nº 11.705/2008**, de 19 de junho de 2008.

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

# Anotações





# Unidade 12

## Políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas

Telmo M. Ronzani

Daniela C. Belchior Mota

Nesta Unidade, você verá como os usuários do Sistema de Saúde acessam os serviços de prevenção, tratamento e reabilitação e as melhores condições de encaminhar ou prestar cuidado mais adequado ao usuário de álcool e outras drogas. Irá conhecer, também, um pouco sobre a política de saúde brasileira e como o acesso aos serviços é organizado no sistema de saúde, enfatizando as seguintes questões:

- A Política de Saúde Brasileira
- A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas
- A Rede Assistencial para a Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas

## 1. A Política de Saúde Brasileira

Na década de 80, o intenso debate sobre os direitos humanos teve como ponto culminante a elaboração da Constituição de 1988, a qual destacou a saúde como uma das condições essenciais à vida digna sendo, portanto, um direito humano fundamental. Assim, a Política de Saúde Brasileira foi formulada a fim de viabilizar a garantia normativa máxima do direito à saúde.

Na política de saúde, a operacionalização deste princípio constitucional ocorreu por meio da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem o seu funcionamento organizado pelas **Leis nº 8.080/90 e 8.142/90**. Com o SUS, a saúde passa a ser pensada como uma obrigatoriedade do Estado, por meio da responsabilidade das esferas de governo federal, estaduais e municipais. Isto inclui não só na gestão do sistema de saúde, mas também a participação destas esferas no financiamento e oferta de serviços. O SUS foi concebido a partir dos seguintes princípios doutrinários:

- **Universalidade:** assegura o direito à saúde a todos os cidadãos, independente de condição de saúde, gênero, idade, região, condições financeiras, etc.
- **Integralidade:** considera as diversas dimensões do processo saúde-doença que afetam o indivíduo e a coletividade, atuando, portanto, na promoção, prevenção e tratamento de agravos.
- **Equidade:** direito à assistência de acordo com o nível de complexidade.

Para que o direito à saúde não seja negado na prática constitucional, há diretrizes organizativas que visam proporcionar maior efetividade aos referidos princípios. Entre estas diretrizes, está a **descentralização**, que aponta a ênfase nos municípios como esfera principal de acesso aos serviços e gestão de saúde; a **hierarquização**, que se refere à criação de uma rede de cuidados em níveis de complexidade para a racionalização e melhor gasto dos serviços de saúde; e a **participação comunitária ou controle social**, que garante a participação de representantes da comunidade na proposição, fiscalização e gestão dos sistemas de saúde.





Em relação à participação comunitária, destaca-se a institucionalização dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, definidas pela **Lei nº 8.142/90**. Estes são espaços para que a população possa vocalizar as suas demandas, atuar na proposição de diretrizes para a formulação de políticas e para que o modelo de gestão participativa do SUS seja consolidado.

Portanto, o SUS é o arranjo organizacional para a implementação da política de saúde. Mas, quais são as questões que afetam a saúde da população e que devem estar incluídas na agenda da política de saúde?

Embora tradicionalmente o uso de álcool e outras drogas tenha sido alvo de abordagens moralistas e reducionistas, considerando a diversidade de danos relacionados ao uso destas substâncias, em 2003 foi publicada no Brasil a “A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas”. Esta Política se comprometeu a enfrentar os diferentes problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas enquanto uma **questão de saúde pública**.

No próximo item você observará como a política de álcool e outras drogas foi operacionalizada segundo a lógica da Política de Saúde Brasileira.

## **2. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**

De forma resumida, a história das políticas de saúde mental no Brasil é marcada por embates e disputa de diferentes interesses, o que levou a uma mobilização de diversos setores da sociedade para que houvesse um **cuidado mais digno e humanizado** aos portadores de sofrimento mental. Este movimento ficou conhecido como Luta Antimanicomial e propôs as mudanças para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, que, de uma forma geral, defendia a inversão do sistema de manicômios fechados para o tratamento de portadores de sofrimento mental, os quais na maioria das vezes eram excludentes e desumanizados, para serviços de base comunitária, extra-hospitalares e chamados de “porta aberta”, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS AD). Posteriormente, a partir de experiências exitosas que aconteceram no Brasil,

foi possível a formulação da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

A política voltada para os usuários de álcool e outras drogas está articulada à Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Um importante marco constitucional é a **Lei nº 10.216 / 01**, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, entre eles os usuários de álcool e outras drogas, destacando que é **responsabilidade do Estado** o desenvolvimento de ações de assistência e promoção de saúde a esta população. Esta lei direciona também o modelo assistencial em saúde mental, de acordo com os preceitos do movimento da Reforma Psiquiátrica, voltada para a criação de uma rede assistencial baseada em dispositivos extra-hospitalares, a qual será detalhada a seguir.

Especificamente em relação às políticas sobre álcool e outras drogas, outro marco legislativo relevante é a **Lei nº 11.343 / 06**, a qual prescreve medidas para prevenção do uso, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. Segundo esta lei, o usuário e o dependente de drogas que, em razão da prática de infração penal, estiverem cumprindo pena privativa de liberdade ou submetidos a medida de segurança, **têm garantidos os serviços de atenção à sua saúde**, definidos pelo respectivo sistema penitenciário. Além disso, esta lei faz a distinção entre usuários/ dependentes de drogas e traficantes. Embora o porte continue sendo caracterizado como crime, usuários e dependentes não estarão mais sujeitos à pena restritiva de liberdade, mas sim às medidas socioeducativas.

Deste modo, há a superação do modelo moralizante do cuidado e o **resgate da cidadania dos usuários** enquanto sujeitos com plenos direitos, inclusive o de se cuidar. Enquanto perspectiva teórico-prática, a política do Ministério da Saúde se baseia nos princípios de Redução de Danos, tendo em vista o rompimento com as metas de abstinência como única possibilidade terapêutica.

Destaca-se que a política para os usuários de álcool e outras drogas é convergente com os princípios e orientações do SUS, buscando a **universalidade do acesso e do direito à assistência** aos usuários. De acor-



do com a perspectiva da Política de Saúde Brasileira, é possível verificar os seguintes pontos principais da Política de Álcool e outras Drogas:

- **Integralidade das ações**, que vai envolver desde ações de promoção e prevenção destinadas à população geral, até ações assistenciais para aqueles usuários que necessitam de tratamento;
- **Descentralização** e autonomia da gestão pelos níveis estaduais e municipais para o desenvolvimento em ações voltadas para álcool e outras drogas e estruturação dos serviços mais próximos do convívio social;
- **Equidade** do acesso dos usuários de álcool e drogas às ações de prevenção, tratamento e redução de danos, de acordo com prioridades locais e grau de vulnerabilidade;
- **Mobilizar a sociedade civil** bem como estabelecer parcerias locais para a defesa e promoção dos direitos.

Para a consecução de tais objetivos, a política está organizada a partir do estabelecimento de uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, pois não se pode pensar na assistência de forma fragmentada e sim de forma **INTEGRAL** e **INTERSETORIAL**. Esses dois princípios são fundamentais para nosso curso porque é a partir destes que podemos pensar o quão importante é **articular os diferentes Conselhos com o setor saúde** para que o usuário tenha um cuidado integral, de acordo com suas necessidades e problemas.

Tendo em vista a importância de que você, conselheiro, incorpore a perspectiva do direito à saúde a sua prática e, deste modo, proceda o encaminhamento dos usuários de álcool e outras drogas para o setor de saúde, a seguir vamos conhecer como a política de álcool e outras drogas brasileira organiza a rede assistencial para esta população.

### **3. A Rede Assistencial para os Usuários de Álcool e outras Drogas**

A política de saúde mental brasileira está voltada para realizar um cuidado integral, objetivando promover a atenção aos usuários baseada

em evidências científicas e principalmente com uma ação de base comunitária. De acordo com a Reforma Psiquiátrica, a rede assistencial proposta por esta política é baseada na criação de uma **rede de atenção aos usuários** de modelo extra-hospitalar, inserido na comunidade, de caráter interdisciplinar e que evita a cronificação dos pacientes e o isolamento social.

Assim, o aparato organizativo pensado para promover a Reforma Psiquiátrica no Brasil foi por meio da criação e disseminação do modelo extra-hospitalar de saúde, chamados Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para substituir de forma organizada e gradual o modelo hospitalocêntrico.

As atividades e responsabilidades dos CAPS para organização da política de saúde mental são:

- Direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental, desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários;
- Dispensa de medicamentos, encaminhamento e acompanhamento de usuários que moram em residências terapêuticas, as quais são alternativas de moradia para os portadores de transtornos mentais que não contam com suporte familiar e social suficientes;
- Assessoramento e retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar;
- Promoção de saúde e de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico;
- Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- Promover a inserção social dos usuários por meio de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas;

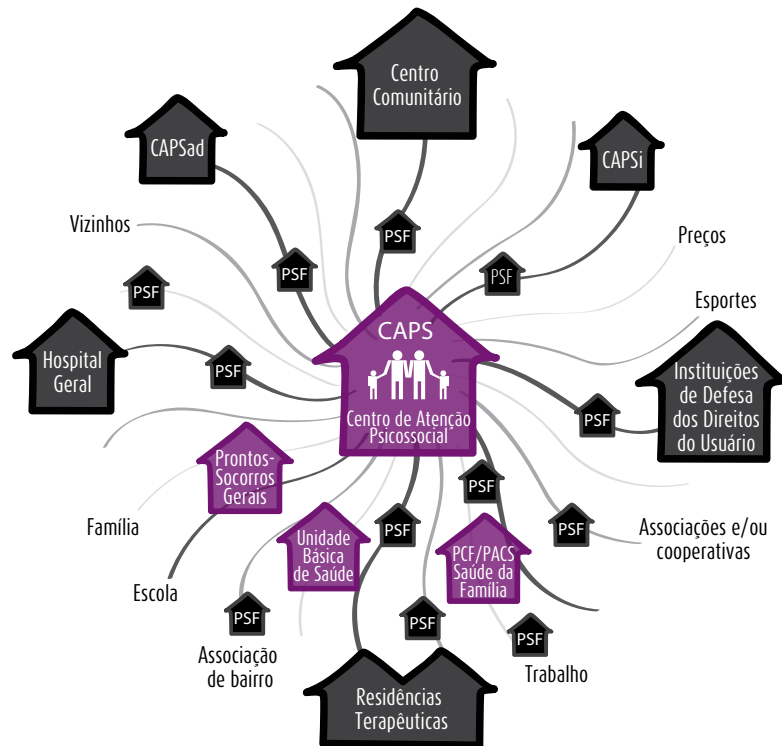
- Organizar a rede de serviços de saúde mental do território;
- Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na Atenção Primária à Saúde;
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental da área de abrangência do CAPS;
- Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no território;
- Manter atualizada a listagem dos pacientes da região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

As atividades desenvolvidas nos CAPS são:

- Atendimento individual;
- Atendimento em grupo;
- Atendimento para a família;
- Atividades comunitárias;
- Assembleias ou Reuniões de Organização do Serviço.

Dentro da perspectiva de trabalho em rede e de atenção integral, cada vez mais se procura articular as atividades e ações de saúde mental junto aos serviços de **Atenção Primária à Saúde (APS)**, entendendo que a reinserção social dos portadores de sofrimento mental deve ser realizada na comunidade onde vivem. Os serviços de APS, como as Equipes de Saúde da Família, por exemplo, podem desempenhar um papel fundamental nesse processo, pois possibilitam o acompanhamento e a melhoria do acesso ao cuidado de saúde de pacientes que não procuram o CAPS e que podem ser acompanhados pelas Equipes de Saúde da Família. Na figura a seguir, podemos observar como a rede de saúde mental é pensada dentro de uma perspectiva integral.

## REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL



Fonte: Ministério da Saúde

Os CAPS podem ser de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS AD) e Infantojuvenil (CAPS i). A implantação destes serviços é definida de acordo com o porte do município:

- municípios de até 20.000 habitantes - rede básica com ações de saúde mental;
- municípios entre 20 a 70.000 habitantes - CAPS I e rede básica com ações de saúde mental;
- municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes - CAPS II, CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental;
- municípios com mais de 200.000 habitantes - CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi, e rede básica. No caso dos municípios que não tiverem CAPS AD, está previsto a atenção aos usuários de álcool e outras drogas na modalidade CAPS que estiver disponível no município.

Mas como funcionam especificamente os CAPS para usuários de drogas e como a rede assistencial é organizada para essa população?

Da mesma forma como se planejou a assistência a outros problemas de saúde mental, o Ministério da Saúde, também planejou ações voltadas aos usuários de álcool e outras drogas por meio dos **Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)**. Os CAPS AD são dispositivos com funcionamento ambulatorial e de hospital-dia, com trabalho interdisciplinar e integral que procuram oferecer e criar uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. As atividades e funções dos CAPS AD são:

- Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
- Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
- Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, de acordo com a necessidade do usuário garantindo que eles recebam atenção e acolhimento;
- Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;
- Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
- Promover, mediante diversas ações, esclarecimento e educação da população, a reinserção social dos usuários, utilizando recursos intersetoriais;
- Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
- Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo.

É relevante acentuar que os CAPS ad são instâncias não só de cuidado aos usuários, mas também de **organização e articulação de toda a**

**rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.** Juntamente com a regulamentação dos CAPS AD, o Ministério da Saúde também instituiu o **Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas**, o qual objetiva:

- Aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e à saúde representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- Organizar/regular as demandas e os fluxos assistenciais;
- Promover, em articulação com instituições formadoras, a capacitação e supervisão das equipes de APS, serviços e programas de saúde mental locais.

Com ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas está voltado para o desenvolvimento de uma rede de assistência centrada na **atenção comunitária** associada à rede de serviços de saúde e sociais.

Em situações de urgência decorrente do consumo de álcool e outras drogas, para as quais os recursos extra-hospitalares disponíveis não tenham obtido resolutividade, está previsto o suporte hospitalar à demanda assistencial, por meio de internações de curta duração em **hospitais gerais** (Portaria N°. 2.629 de 28 de outubro de 2009) e evitando a internação de usuários de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos.

Portanto, a política de álcool e outras drogas trata de uma política inter-setorial e inclusiva, com ações em várias áreas: saúde, justiça, educação e social. Por meio do estabelecimento desta rede de atenção integral ao usuário e tendo o CAPS AD articulado a outros níveis de atenção à saúde e setores da sociedade, a política preconiza que a assistência deve pautar-se por ações de **prevenção, tratamento e reinserção social**.

No quadro a seguir foram sintetizados os principais pontos das Portarias que norteiam a atenção ao usuário de álcool e outras drogas:



**Portaria GM / MS nº 336 / 2002:** Estabelece as modalidades de serviços CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i e CAPS AD.

**Portaria GM / MS nº 816 / 2002:** Institui no âmbito do SUS a Programa Nacional de Atenção Comunitária aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

**Portaria GM / MS nº 2.197 / 2004:** Institui no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

**Portaria GM / MS nº 384 / 2005:** Autoriza os CAPS I a atenderem álcool e drogas.

**Portaria GM / MS nº 1.612 / 2005:** Credenciamento e habilitação de serviços hospitalares de referência para atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

A Política de Drogas do Ministério da Saúde procura criar mecanismos de atenção integral dentro da perspectiva geral do SUS. Neste sentido, é importante que você conheça como funciona a rede de atenção e como é planejada a política de drogas. Como apontado anteriormente, a intersetorialidade e integralidade são fundamentais e o trabalho integrado entre os diversos setores pode melhorar de forma significativa a atenção aos usuários.

Por essa razão, conheça um pouco mais sobre o que é feito no seu município e procure parceiros na área de saúde. Com certeza essa parceria será recompensadora para as partes envolvidas, em especial para o usuário/paciente.

## Resumo

Você está encerrando a Unidade 12 deste Curso. Nessa etapa, você pode observar que existem pressupostos e princípios da nossa Política de Saúde que precisamos resguardar não só como cidadãos, mas também como profissionais de diversas áreas, para que nossa população tenha um acesso à saúde universal e de qualidade, como assegura nossa Constituição.

Na próxima Unidade, você estudará os programas de promoção de saúde integrados na política nacional de educação. Até logo!

## Exercícios de fixação

1. A política para os usuários de álcool e outras drogas é convergente com os princípios e orientações do SUS. Marque a alternativa que não corresponde a essa convergência:
  - a. Universalidade do acesso e do direito à assistência.
  - b. Controle social - mobilizar a sociedade civil.
  - c. Hierarquização.
  - d. Integralidade das ações.
  - e. Descentralização.
2. Na política de saúde, a operacionalização deste princípio constitucional ocorreu por meio da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com o SUS, a saúde passa a ser pensada como uma obrigatoriedade do Estado, por meio da responsabilidade das esferas de governo federal, estaduais e municipais. Isto inclui não só na gestão do sistema de saúde, mas também a participação destas esferas no financiamento e oferta de serviços. Com relação a seus princípios doutrinários, relacione as colunas:

<b>1 - Integralidade</b>	( ) assegura o direito à saúde a todos os cidadãos.
	( ) direito à assistência de acordo com o nível de complexidade.
<b>2 - Equidade</b>	( ) considera as diversas dimensões do processo saúde-doença que afetam o indivíduo e a coletividade.
	( ) atua na promoção, prevenção e tratamento de agravos.
<b>3 - Universalidade</b>	( ) acesso à saúde independente de condição de saúde, gênero, idade, região, condições financeiras, etc.

Marque a alternativa correta:

- a. 3, 3, 2, 2, 1
- b. 3, 2, 2, 1, 1
- c. 2, 1, 2, 1, 3
- d. 1, 3, 1, 3, 2
- e. 3, 2, 1, 1, 3

Atenção! Os exercícios de fixação também são disponibilizados no site. Em caso de dúvidas, entre em contato com seu professor.

## UNIDADE 12



## Referências

Brasil. **Lei nº 10.216 / 2001**, de 06 de abril de 2001.

\_\_\_\_\_ **Lei nº 11.343 / 2006**, de 23 de agosto de 2006.

\_\_\_\_\_ **Portaria GM / MS nº 336 / 2002**, de 19 de fevereiro de 2002.

\_\_\_\_\_ **Portaria GM / MS nº 816 / 2002**, de 30 de abril de 2002.

\_\_\_\_\_ **Portaria GM / MS nº 2.197 / 2004**, de 14 de outubro de 2004.

\_\_\_\_\_ **Portaria GM / MS nº 384 / 2005**, de 05 de julho de 2005.

\_\_\_\_\_ **Portaria GM / MS nº 1612 / 2005**, de 09 de setembro de 2005.

\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

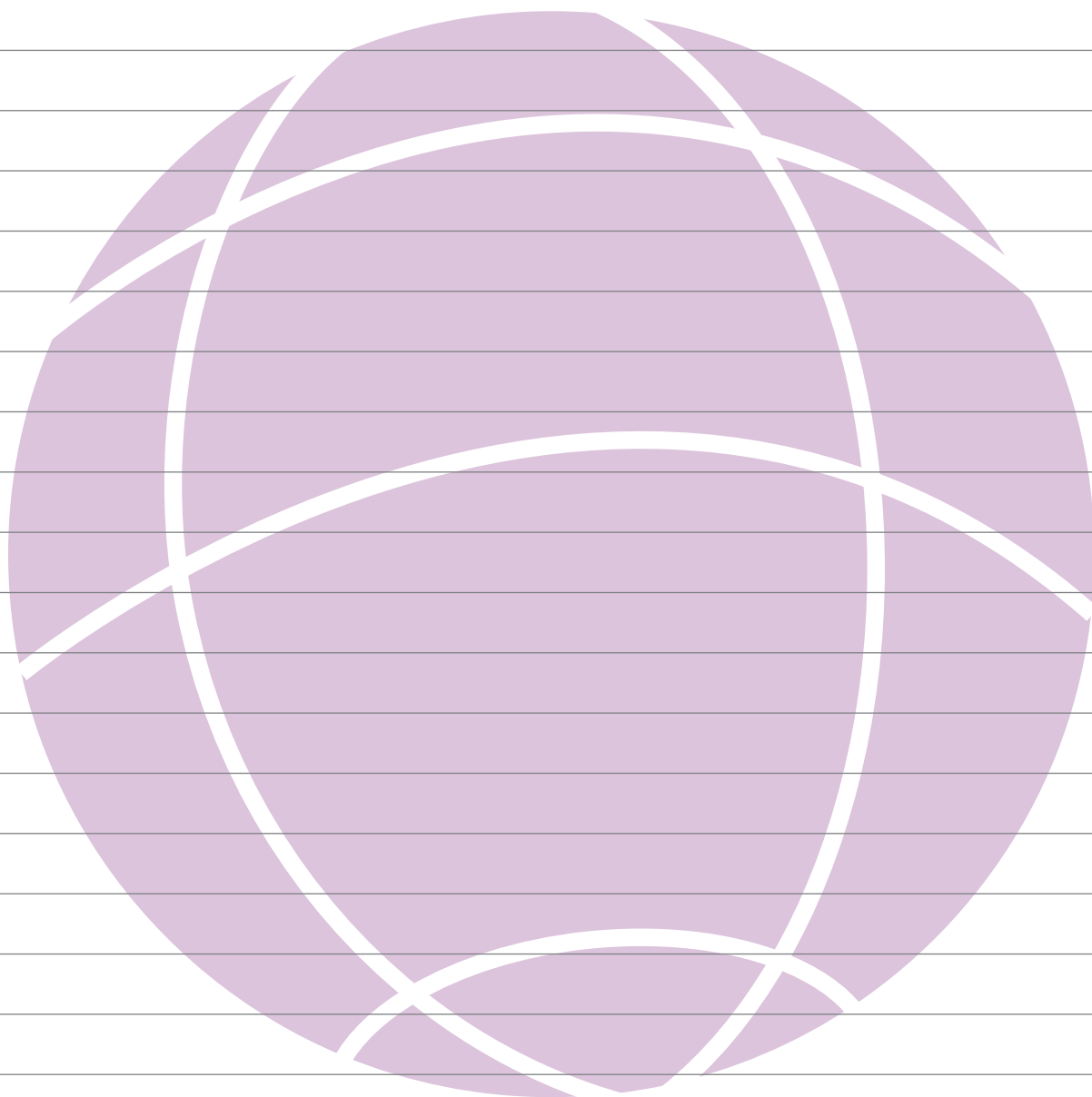
\_\_\_\_\_ Ministério da Saúde. **A Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

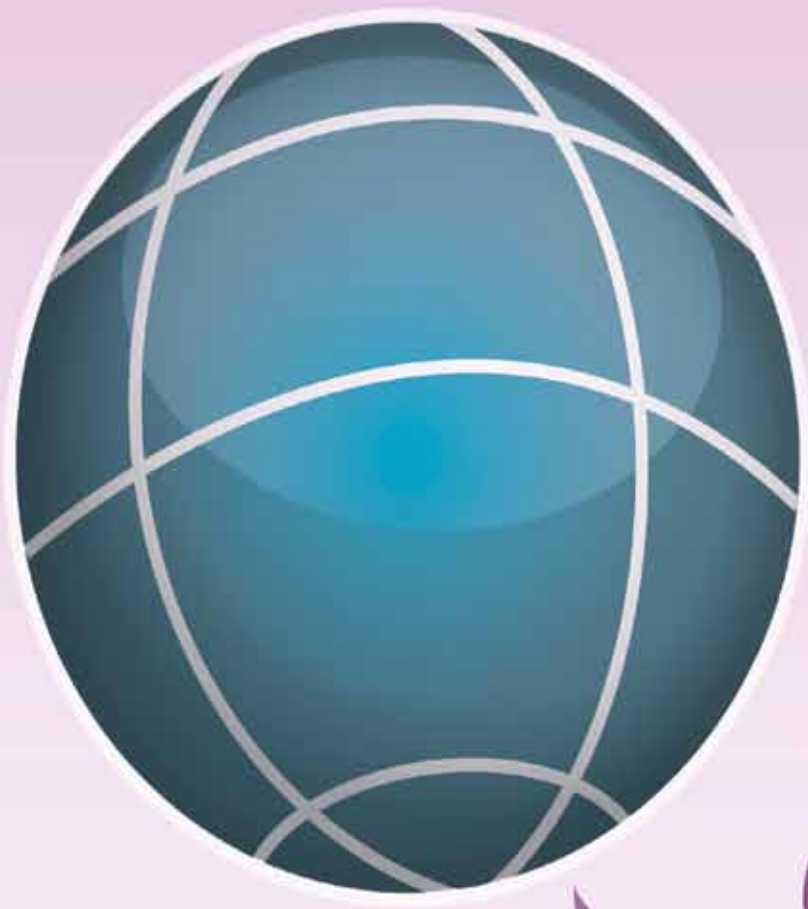
CAMPOS GWS et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec. 2006.

FRENK J. **Dimensions of health system reform**. Health Policy, 27: 19-34, 1994.

VASCONCELOS, CM.; PASCHE, DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos, GWS (org.) **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec. 2006.

# Anotações





# Unidade 13

## Programas de promoção da saúde integrados na política nacional de educação: o papel da escola na prevenção do uso de drogas (PSE,SPE, mais educação)

Carlos Artexes Simões

Jaqueline Moll

Maria de Fátima Simas Malheiro

Marta Klumb Oliveira Rabelo

Ao fim desta Unidade, você terá estudado a promoção da saúde e a prevenção do uso de drogas na escola. Um tema atual, de ampla discussão, que necessita da reflexão de todos nós enquanto atores sociais desse processo. Verá diferentes políticas públicas e intersetoriais e irá tecendo diversos conceitos principalmente sobre saúde e educação integral. Refletirá o quão importante é conhecer esses diferentes programas de promoção da saúde e prevenção da doença integrados na política nacional de educação, como o Programa Saúde na Escola (PSE) e Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), sempre no sentido mais amplo de garantia de saúde e educação integral.

## Introdução

Iniciamos nossa unidade fazendo um questionamento:

Qual o papel da escola na prevenção do uso de drogas?

Vamos ampliar nossa reflexão sobre a “escola” e pensá-la como *locus* de convergência das políticas públicas atuais. Ao final desse percurso devemos ser capazes de discutir e responder a questão provocadora que está posta.

Para que possamos refletir sobre essa questão no âmbito dos Programas de promoção de saúde integrados na política nacional de educação é preciso destacar quais conceitos sustentam os debates sobre as políticas públicas atuais e estão, a um só tempo, na interface de programas e projetos de promoção da saúde integradas na política nacional de educação. Destacam-se por suas propriedades convergentes, os Programas: Saúde na Escola, Saúde e Prevenção nas Escolas e Mais Educação.

### Política Pública Intersectorial voltadas para Educação e Saúde: Tecendo Conceitos

Diversos conceitos se constituem para dar conta da tendência das políticas públicas contemporâneas voltadas para educação e saúde do estudante e pautadas pela construção da autonomia, pela inclusão e pelo respeito à diversidade. São eles: Territorialidade, Intersectorialidade, Educação Integral e Saúde Integral. Vejamos cada um deles.

Importante: Reflita sobre os conceitos de Território de Responsabilidade, Intersectorialidade, Educação Integral, Saúde Integral, Cuidado ao longo do tempo e Controle Social. Que sentido você atribui a cada um deles? Em que medida você os vivencia no seu cotidiano?

### Territorialidade: O sentido de “pertencimento”

Na medida em que a educação começa a se impor como condição fundamental para o desenvolvimento do País, a escola se apresenta com o *locus* para a construção de condições que garantam espaços de aprendizagens democráticas, populares, inclusivas e plurais. Nesse sentido,



as políticas públicas voltadas para educação e saúde convergem para o território<sup>1</sup> da escola visando contribuir com a qualidade de vida do escolar e tudo que lhes cerca. Essa composição social se define a partir do tecido cultural no qual a escola está inserida. Dessa forma, somos nós que, ao mesmo tempo, vivemos nossa cultura e experimentamos a “dor e o prazer” de vivê-la. Esse é um movimento constante de renovação de nós mesmos nos espaços em que habitamos e que habita em nós.

Por meio desse conceito é possível compreender o sentido de “pertencer” a um lugar, de ser parte, responsabilizar-se por ele, construí-lo coletivamente.

### Intersetorialidade: O sentido da corresponsabilidade

O conceito de intersetorialidade surge como uma estratégia possível para integrar políticas públicas e responder efetivamente aos problemas e vulnerabilidades de um determinado território. A intersetorialidade é a “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito convergente em situações complexas visando o desenvolvimento, superando a exclusão social”. Esse modo de ver o fenômeno na sua totalidade, embora exigente, pois lida diretamente, não com a divisão, mas com a soma de potencialidades, se revela como estratégia social de superação de problemas complexos cuja resolução depende da conjunção de esforços de diversos atores sociais e do compartilhamento de suas competências. Trata-se de um “atrevimento”, em seu sentido mais rico, de romper com posturas reducionistas na resolução de situações complexas e com a presunção de achar que um setor sozinho dá conta de questões tão multicausais como as que se apresentam na atualidade: uso e abuso das drogas, violência, desigualdade social, desemprego e outras. Essa soma de esforços se estrutura no paradigma dos Direitos Humanos. É nessa teia que as alianças em prol da qualidade de vida do escolar se realizam. Assim, o território escolar, espaço coletivo da diferença, tem o papel fundamental de auxiliar o estudante a aprender a ser cidadão,

<sup>1</sup> Little define esse conceito como: “O esforço coletivo de um grupo social para ocupar, usar, controlar e se identificar com uma parcela específica de seu ambiente biofísico, convertendo-a assim em seu território” (LITTLE, 2002, p. 3).

Conheça um pouco sobre as cidades educadoras. Um exemplo de território de responsabilidade são as cidades educadoras onde todos são responsáveis por todos. Entre no site: <http://www.fpce.up.pt/ciie/OCE/index.htm> e conheça mais sobre esse projeto. A seguir, um fragmento da Carta das Cidades Educadoras: “Atualmente, a humanidade, não vive somente uma etapa de mudanças, mas uma verdadeira mudança de etapa. As pessoas devem formar-se para uma adaptação crítica e uma participação ativa face aos desafios e possibilidades que se abrem graças à globalização dos processos econômicos e sociais, a fim de poderem intervir, a partir do mundo local, na complexidade mundial, mantendo a sua autonomia em face de uma informação transbordante e controlada por certos centros de poder econômico e político”.



a ter consciência de seus direitos e ser capaz de lidar com o direito dos outros. Esse desafio não é maior e nem menor que o desafio da humanidade. Ao olhar para o território vivo e sua dinâmica é possível identificar ações necessárias e contributivas para cada um e todos que desejam colaborar.

E você? Como colabora para melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem no território da escola em que você atua?

## Educação Integral: Re-construindo o sujeito na sua completude

Quando pensamos em educação integral, pensamos na real necessidade de associarmos o termo “integral” ao conceito de educação. Se buscarmos o sinônimo de “integral” encontraremos “completo, inteiro, pleno” e outros. Por inversão, então, diz-se de uma educação que não cuide do sujeito apenas “pela metade, em parte, fragmentado”. No processo democrático, os direitos humanos e sociais encontram, no direito à educação pública universal de qualidade, sua base edificadora. Esse diálogo aproxima a educação das questões sociopolíticas e faz com que a escola se corresponsabilize, também pelo desenvolvimento humano integral como forma de garantir a aprendizagem. Para tanto, é preciso ampliar o tempo de permanência do estudante na escola uma vez que, via de regra, os adultos responsáveis pela educação da criança e do adolescente inseridos no mercado de trabalho se ausentam de casa por oito horas durante os dias úteis.

Historicamente, no contexto brasileiro, têm sido inúmeras as concepções e práticas de Educação Integral alicerçadas na ampliação da jornada escolar, desde o início do século XX, com o propósito de “atualizar” a escola na dinâmica do seu tempo. Assim, cada vez mais, reivindicamos uma escola que seja a um só tempo educadora e garantidora de proteção social. A educação escolar democrática, popular, inclusiva e plural inaugura a possibilidade de se construir uma escola mais justa e solidária, compromissada com as várias funções sociais e políticas que ela deve assumir junto à sociedade. Nessa linha de pensamento, a Educação Integral esta inscrita no amplo campo das políticas sociais.

Educação Integral intensifica os processos de territorialização das políticas sociais, articuladas a partir dos espaços escolares, por meio do diálogo intragovernamental e com as comunidades locais, para a construção de uma prática pedagógica que afirme a educação como direito de todos e de cada um. (Documento de Referência para o Debate – MEC)

[http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/cadfinal\\_educ\\_integral.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/cadfinal_educ_integral.pdf)

## Saúde Integral: A busca da autonomia

O mesmo movimento que ocorre na educação ocorre também na saúde. O conceito toca a dimensão social e, portanto inscreve-se no paradigma da promoção da saúde. Também aqui, o cuidado não se dá somente a “partes” do sujeito (modelo biomédico), mas cuida-se do sujeito na sua completude.

- A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença.
- A nossa Constituição Federal de 1988 define “(...)saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Discutir a integralidade na saúde significa percebê-la para além da doença em si. Significa reconhecer as suas articulações sociais, seus determinantes históricos e repensar aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão e planejamento, construindo novos saberes e adotando inovações nas práticas em saúde. Nesse conjunto de desafios, existe um que é ainda maior, o desenvolvimento da autonomia, do autocuidado. Em relação à autonomia, o destaque deve ser dado à necessidade do escolar obter graus crescentes de escolhas na vida e de responsabilizar-se por elas. Auxiliar o estudante a fazer escolhas saudáveis significa, para além da oferta de informação e de conhecimento, o estabelecimento de relações vinculares saudáveis entre

todos da comunidade escolar. A autonomia implica a possibilidade de reconstrução dos sentidos da vida pelos sujeitos e esta ressignificação assume importância no seu modo de viver.

## Programas de promoção de saúde integrados na política nacional de educação

Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: Construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais e promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (Constituição Federal de 1988, Art. 3).

Vejamos alguns programas e projetos intersetoriais voltados para educação e saúde.

Possivelmente, você conhece algum dos programas que ora apresentamos. É importante perceber que a base que sustenta esses projetos é sistêmica<sup>2</sup> e deve colaborar na redução das desigualdades sociais.

Os programas a seguir fazem parte do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE)<sup>3</sup> que produz em suas orientações a perspectiva de consolidar uma educação que lance seu olhar para a autonomia e que possibilita ao estudante desenvolver uma postura crítica e criativa em suas relações com o mundo.

**Programa Saúde na Escola (PSE) e Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE):** Trabalho em conjunto para potencializar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

Você conhece a trajetória do PSE e do SPE?

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo **Decreto n. 6286, de 5 de dezembro de 2007**<sup>4</sup>, que afirma em seu artigo 1º o seguinte texto: “Fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da

2 O olhar sistêmico nos possibilita perceber possíveis concepções, teias, elos e, sobretudo olhar o território.

3 Existem mais de quarenta programas em curso amparados pela concepção do PDE, no entanto, para esse debate selecionam-se os de maior relevância para articulação interdisciplinar entre educação e saúde.

4 Saiba mais sobre o Decreto. Acesse: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm)>.

Saúde, o Programa Saúde na Escola (PSE), com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde”. Notadamente, o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, também instituído entre os Ministérios da Educação e da Saúde e contando com o apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), desde o ano de 2003, representa um marco na integração saúde-educação e destaca a escola como o espaço ideal para a articulação das políticas voltadas para adolescentes e jovens. Assim, PSE e SPE, respeitadas suas lógicas de gestão e estratégias de trabalho, se unem em prol da melhoria da qualidade de vida do escolar. O SPE passa a integrar o componente II do PSE: Promoção da Saúde e Prevenção de danos, que conforme veremos, assume, além da pauta do SPE, outras áreas temáticas indicativas de risco e vulnerabilidades das crianças, adolescentes e jovens.



Vejamos a convergência de seus objetivos:

	Programa Saúde na Escola	Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articular as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) com as ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;</li> <li>• Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;</li> <li>• Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;</li> <li>• Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;</li> <li>• Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes;</li> <li>• Fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nas três esferas de governo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuir para a prevenção da infecção pelo HIV, outras doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez não planejada, entre jovens;</li> <li>• Contribuir para a redução de preconceitos e estigmas relacionados à raça, etnia e orientação sexual, bem como a promoção da igualdade de gênero;</li> <li>• Desenvolver ações de prevenção ao uso do álcool, tabaco e outras drogas;</li> <li>• Fortalecer a inclusão das ações de prevenção às vulnerabilidades estudantis e as ações de promoção da saúde nos Projetos Políticos Pedagógicos das Escolas;</li> <li>• Desenvolver ações articuladas nas escolas e nas unidades básicas de saúde;</li> <li>• Envolver toda a comunidade escolar na promoção de ações em saúde sexual e saúde reprodutiva.</li> </ul>

As ações do PSE dividem-se em cinco componentes: avaliação das con-

dições de saúde do escolar; promoção da saúde e prevenção; educação permanente e capacitação dos profissionais e de jovens; monitoramento e avaliação da Saúde dos Estudantes monitoramento e avaliação do Programa Saúde na Escola.

O primeiro componente “avaliação das condições de saúde” refere-se aos cuidados das Estratégias de Saúde da Família (ESF) com o estudante. Incluem ações como: avaliação clínica e psicossocial, atualização do calendário vacinal, detecção precoce da hipertensão arterial sistêmica, avaliação oftalmológica, avaliação auditiva, avaliação nutricional e avaliação da saúde bucal. É importante lembrar que esse componente, embora de caráter clínico, está amparado pelo paradigma da saúde integral, ou seja, incentivar o protagonismo e ações propositivas das pessoas e a habilidade de atuarem em benefício da própria qualidade de vida enquanto sujeitos e/ou comunidades ativas.

O segundo componente trata de ações educativas para promoção da saúde e prevenção. Inclui temas como: segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, práticas corporais e atividade física nas escolas e, no âmbito da prevenção, as ações do SPE cujo campo de atuação compreende as temáticas em direitos sexuais e reprodutivos; saúde sexual e reprodutiva; prevenção das DST e AIDS; redução de preconceitos e estigmas relacionados à raça, etnia e orientação sexual; promoção da igualdade de gênero; gravidez na adolescência e prevenção ao uso e abuso do álcool, fumo e outras drogas.

O componente três – Educação Permanente e Capacitação de Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens – do PSE emprega metodologias presenciais e de educação à distância (EaD). Nesse sentido, são priorizadas as seguintes estratégias:

Programa “Salto para o Futuro” da TV Escola – O Programa utiliza televisão, *fax*, telefone, *e-mail* e material impresso, tendo momentos interativos que permitem aos professores, reunidos em 600 telepostos, um contato ao vivo com especialistas nos temas em questão.

Realização de educação permanente de Jovens para o PSE por meio da metodologia de educação de pares, buscando a valorização do jovem como protagonista na defesa dos direitos à saúde.

Educação permanente e capacitação de profissionais da educação e da saúde por meio de parcerias com universidades. Esta ação é realizada pela Rede UAB/MEC.

Realização de atividades de educação permanente de diversas naturezas, junto a professores(as), merendeiros(as), agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros(as), médicos(as) e outros profissionais das escolas e equipes de saúde, em relação aos diversos temas de prevenção e promoção da saúde objeto das demais atividades propostas pelo PSE.

O quarto componente é o de Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes que implica na realização periódica de inquéritos nacionais sobre fatores de risco e proteção à saúde dos estudantes. Exemplo: Encarte Saúde no Censo Escolar (INEP/MEC); Pesquisa Nacional Saúde do Escolar (PeNSE/MS); Sistema de Monitoramento do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (PN DST/AIDS e UNESCO), Pesquisa Nacional do Perfil Nutricional e Consumo Alimentar dos Escolares.

Por fim, o Componente 5 – Monitoramento e Avaliação do Programa Saúde na Escola – acontece por meio de diferentes sistemas. No Ministério da Educação, o Sistema Integrado de Monitoramento do MEC (SIMEC)<sup>5</sup> monitora a gestão do programa e o Ministério da Saúde, por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), HIPEDIA e outros, monitora as condições de saúde do escolar.

## Programa Mais Educação: uma estratégia para educação integral no Brasil

A **Portaria Normativa Interministerial n. 17, de 24 de abril de 2007** institui o Programa Mais Educação como estratégia para implantar e expandir a educação integral no Brasil. Identificam-se, claramente, as ações intersetoriais, sobretudo em seu artigo 4º. Veja:

Art. 4º Integram o Programa Mais Educação ações dos seguintes Ministérios: I – Ministério da Educação; II – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; III – Ministério da Cultura; e IV – Ministério do Esporte.

<sup>5</sup> Entre no site e solicite uma senha de consulta para você possa acompanhar o desenvolvimento das ações do programa em qualquer região do país. Exerça seu papel de cidadão no controle social.


Quer saber mais sobre os dados obtidos nessa pesquisa, consulte o site: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pense.pdf>



## UNIDADE 13

§ 1º Ações de outros Ministérios ou Secretarias Federais poderão integrar o Programa.

§ 2º O Programa Mais Educação poderá contar com a participação de ações promovidas pelos Estados, Distrito Federal, Municípios e por outras instituições públicas e privadas, desde que as atividades sejam oferecidas gratuitamente a crianças, adolescentes e jovens e que estejam integradas ao projeto político-pedagógico das redes e escolas participantes.



**Também o Estatuto da Criança e do Adolescente prevê direitos que passam pela educação integral**

Art. 4º - É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

A ação intersetorial legitimada garante a fertilidade do processo dialógico entre os atores envolvidos, isto é, promove uma comunicação entre atores sociais que buscam uma compreensão mútua sem imposições recíprocas. Sabe-se que a educação integral como pressuposto teórico, não se pretende inédita, mas sim deseja recapitular e ampliar as experiências exitosas anteriores. No entanto, sua “novidade” firma-se no âmbito político, na medida em que conta com uma rede de atores sociais interligados entre si e em permanente expansão.

É importante perceber o processo e identificar os diversos dispositivos legais que impulsionaram o surgimento do Programa como consequência de uma demanda da sociedade. A **Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei n. 9394/96**, por exemplo, nos seus artigos 34 e 87, prevê o aumento progressivo da jornada escolar para a jornada em tempo integral.

Art. 34 – A jornada escolar no ensino fundamental incluirá pelo menos quatro horas de trabalho efetivo em sala de aula, **sendo progressivamente ampliado o período de permanência na escola.** (grifo nosso)

2º parágrafo: O ensino fundamental será **ministrado progressivamente em tempo integral** a critério dos sistemas de ensino. (grifo nosso)

Art. 87 – parágrafo 5º – Serão conjugados todos os esforços objetivando a progressão das redes escolares públicas urbanas de ensino fundamental para o **regime de escolas de tempo integral.** (grifo nosso)



O Plano Nacional de Educação traz a garantia da educação Integral:

21 – Ampliar, progressivamente a jornada escolar visando expandir a escola de tempo integral, que abranja um período de pelo menos sete horas diárias, com previsão de professores e funcionários em número suficiente. (grifo nosso)

Diversos são, portanto, os dispositivos que trouxeram o Programa Mais Educação para a cena educacional. Passemos, pois para a discussão do Programa e de suas especificidades. Segundo o **Decreto n. 7.083, de 27 de janeiro de 2010**, no seu artigo 1º assenta-se a legitimidade do “tempo” e do “espaço” no Programa Mais Educação:

O Programa Mais Educação tem por finalidade contribuir para a melhoria da aprendizagem por meio da ampliação do **tempo** de permanência de crianças, adolescentes e jovens matriculados em escola pública, mediante oferta de educação básica em tempo integral. (grifo nosso)

§ 1º Para os fins deste Decreto, considera-se educação básica em tempo integral a jornada escolar com duração igual ou superior a sete horas diárias, durante todo o período letivo, compreendendo o tempo total em que o aluno permanece na escola ou em atividades escolares em outros espaços educacionais.

§ 3º As atividades poderão ser desenvolvidas dentro do **espaço escolar**, de acordo com a disponibilidade da escola, **ou fora dele** sob orientação pedagógica da escola, mediante o uso dos equipamentos públicos e do estabelecimento de parcerias com órgãos ou instituições locais. (grifo nosso)

Eis as ideias que se apresentam e provocam a discussão sobre tempo e espaço na educação integral pública e aproxima a escola do conceito de proteção social. A ampliação do “tempo” de permanência do estudante na escola é pensada de modo que as atividades desenvolvidas são

plenas de sentido pedagógico para as crianças e adolescentes e visam seu desenvolvimento integral. Dessa forma o Programa Mais Educação possui os chamados macrocampos. Quais sejam: Acompanhamento Pedagógico, Meio Ambiente, Esporte e Lazer, Direitos Humanos em Educação, Cultura e Artes, Cultura Digital, Promoção da Saúde, Educomunicação, Investigação no Campo das Ciências da Natureza e Educação Econômica.

Na concepção ampla do conceito de saúde todos os macrocampos contribuem para a qualidade de vida do estudante. No entanto, o macrocampo da “Promoção da Saúde” se constitui no compromisso mais próximo com a promoção da saúde e prevenção de doença. Suas atividades estão na intersecção com o PSE e o SPE: alimentação saudável/ alimentação escolar saudável, saúde bucal, práticas corporais e educação do movimento; educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/ AIDS; prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; saúde ambiental; promoção da cultura de paz e prevenção em saúde a partir do estudo dos principais problemas de saúde da região (dengue, febre amarela, malária, hanseníase, doença falciforme e outras).

Dessa forma é possível conceber que a escola não está sozinha no cuidado de crianças, adolescentes e jovens. Ela pode e deve contar com a colaboração dos programas e projetos que para ela convergem, tornando-os parte da vida da escola e da escola da vida. A escola é convidada a partilhar sua “intimidade” com o território e, portanto, com os programas e projetos. Aceite esse convite. Relacionem-se. Melhorem a qualidade de vida do território escolar.

Em pontuações silenciosas, podemos afirmar que as políticas públicas atuais, por meio de seus programas e ações voltados para interface educação e saúde identificam a escola como o principal lugar para onde convergem as ações intersetoriais que visam, sob a proteção da garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes, reduzir os riscos e as vulnerabilidades à saúde e oportunizar a aprendizagem e o desenvolvimento humano.

## Resumo

Você está encerrando a Unidade 13 deste Curso. Nessa etapa, nós refletimos sobre a seguinte questão: Qual o papel da escola na prevenção do uso de drogas? Ousado não seria afirmar, após os pontos discutidos, que cabe à escola, principalmente, garantir que o estudante aprenda, e para tanto é preciso reconhecer seu papel de proteção social.

A sensível arte de ressignificar os tempos e os espaços escolares em uma educação integral de qualidade protegida pela dimensão pública da política intersetorial nos abre um caminho em direção à diminuição das vulnerabilidades e riscos a que estão expostas as crianças e adolescentes fora da escola.

É preciso um despertar da comunidade escolar para a saúde integral buscando, de modo incansável, o desenvolvimento da autonomia por meio de escolhas saudáveis. A promoção da saúde no território escolar engloba a prevenção do uso de drogas e caminha em direção a um bem-estar global, individual e coletivo. As escolas estão em posição privilegiada para promover e manter a saúde de crianças, adolescentes, educadores, funcionários da escola e comunidade do entorno. Essas tarefas podem ser potencializadas por intermédio da convergência de programas e projetos que envolvam toda a comunidade escolar, sobretudo, os jovens.

Na próxima Unidade você irá estudar as legislações e políticas para a criança e o adolescente e a Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Até logo!

## Exercícios de fixação

exercícios  
também estão  
disponíveis no AVEA.  
Se tiver dúvidas, entre  
em contato com seu TUTOR.

1. Segundo a Política Pública Intersetorial voltada para Educação e Saúde, diversos conceitos se constituem para dar conta da tendência das políticas públicas contemporâneas voltadas para educação e saúde do estudante. Com base nesses conceitos relacione as colunas:

<b>1 - Territorialidade</b>	<input type="checkbox"/> Re-construindo o sujeito na sua completude. <input type="checkbox"/> Pertencimento.
<b>2 - Intersetorialidade</b>	<input type="checkbox"/> Cuida-se do sujeito na sua completude.
	<input type="checkbox"/> Soma de esforços na resolução de situações complexas, questões tão multicausais como: uso e abuso das drogas, violência, desigualdade social, desemprego e outras. Essa se estrutura.
<b>3 - Educação Integral</b>	<input type="checkbox"/> Autonomia.
	<input type="checkbox"/> Uma escola que seja a um só tempo educadora e garantidora de proteção social.
<b>4 - Saúde Integral</b>	<input type="checkbox"/> Por meio desse conceito é possível compreender o sentido de ser parte de algum lugar, responsabilizar-se por ele, construí-lo coletivamente.
	<input type="checkbox"/> Corresponsabilidade.

Marque a alternativa correta:

- a. 2, 1, 2, 4, 3, 2, 1, 4
- b. 3, 3, 2, 2, 4, 2, 1, 1
- c. 3, 1, 3, 2, 4, 2, 1, 4
- d. 3, 1, 4, 2, 4, 3, 1, 2
- e. 4, 3, 1, 3, 1, 2, 2, 4

- 2.** O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo Decreto n. 6286, de 5 de dezembro de 2007. Marque a alternativa que não corresponde aos objetivos do PSE:
- a.** Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes.
  - b.** Fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde.
  - c.** Desenvolver ações articuladas nas escolas e nas unidades básicas de saúde.
  - d.** Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos.
  - e.** Articular as ações do SUS com as ações das redes de educação básica pública, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis.

## Referências

BRASIL. **Decreto n.6286, de 5 de dezembro de 2007.** Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm)>. Acesso realizado em: 14 de outubro de 2010.

BRASIL. **Constituição Federal.** Artigos 196, 197, 198, 199 e 200.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.**

CAMPOS GWS. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas.** Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000. CONASS/Ministério da Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde.** Coleção Progestores, volume 8. Brasília, 2007.

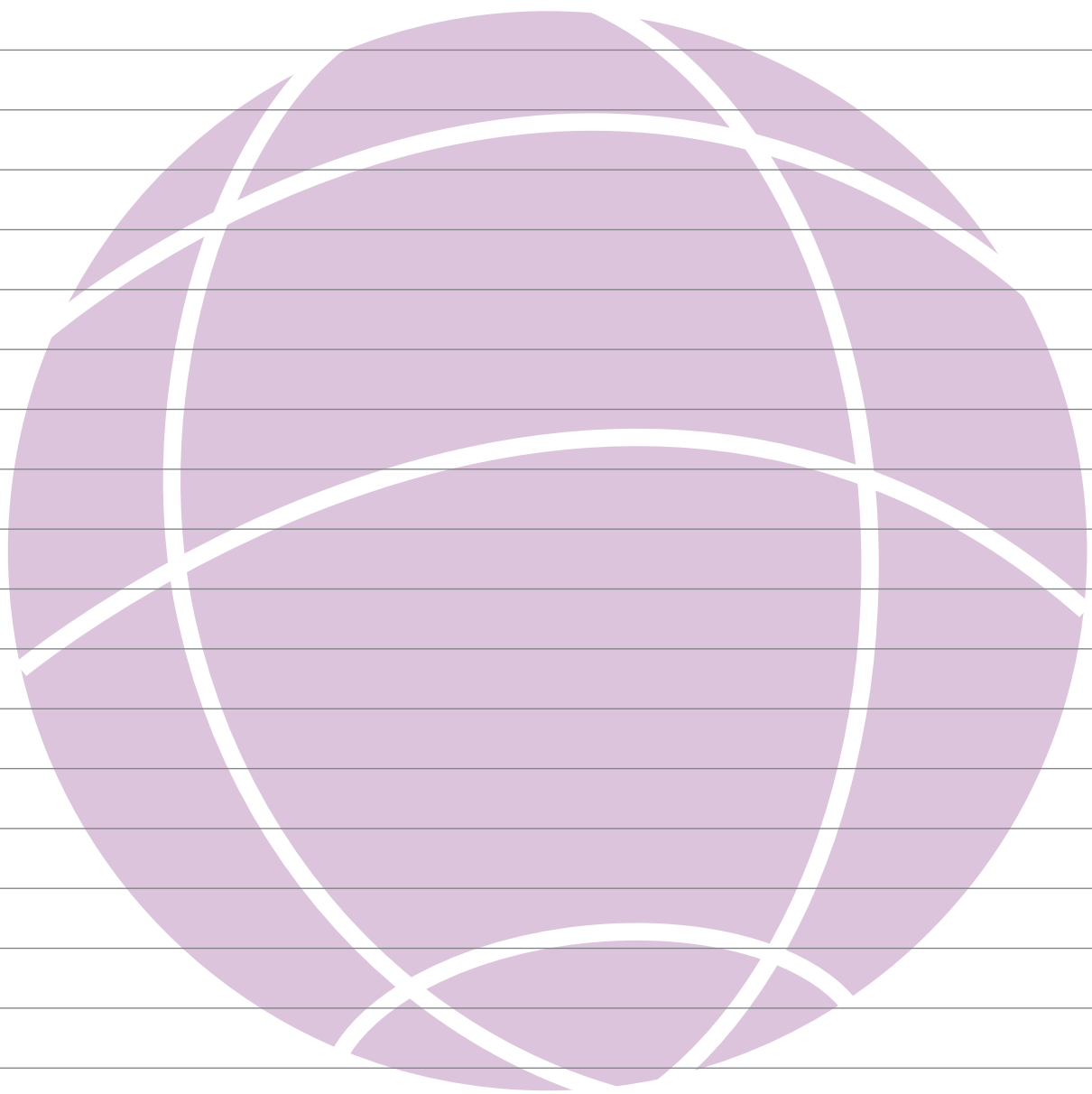
HADDAD. F. **O Plano de Desenvolvimento da Educação: razões, princípios e programas /** Fernando Haddad. – Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2008.

JUNQUEIRA, L.A. P. & INOJOSA, R. M. **Desenvolvimento Social e Intersetorialidade: a Cidade Solidária,** São Paulo, FUNDAP (mimeo), 1997.

LITTLE, Paul E. (2002), “**Territórios Sociais e Povos Tradicionais no Brasil.** Por uma antropologia da territorialidade”, Série Antropologia, 322. <http://www.unb.br/ics/dan/Serie322empdf.pdf>. Acesso realizado em: 14 de outubro de 2010.

MATTOS, R. A. de. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

# Anotações







# Unidade 14

## Legislações e políticas para a criança e o adolescente e a Política Nacional sobre Drogas

\* Maria Inês Gandolfo Conceição  
Maria Cláudia Santos de Oliveira

Esta Unidade, aborda o significado do paradigma da proteção, suas bases legais e os impactos que ele pode causar nas ações e políticas sociais. Estes temas serão abordados de acordo com os tópicos abaixo:

- a evolução histórica das políticas destinadas às crianças e aos jovens da sociedade brasileira
  - a importância do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) nesse contexto
  - o conceito de proteção do jovem usuário de drogas
- a onda jovem, as políticas públicas subsequentes e as perspectivas do País

\* Texto adaptado do original do Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas, realizado pela Senad, em 2006.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 configura um importante marco na transição de paradigmas em relação ao cuidado e à responsabilidade social com a infância e adolescência. Este novo paradigma mostra-se bem representado na Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), orientando, também, as diretrizes do governo brasileiro para Saúde, Educação e Trabalho.

A grande mudança refere-se à passagem de uma abordagem orientada pela sanção, tendo como foco aqueles em situação social irregular, para ações voltadas à proteção, objetivando atingir todas as crianças e adolescentes, inclusive, aqueles em situação de risco pelo envolvimento com drogas e violência. Compreender o significado do paradigma da proteção, suas bases legais e os impactos que ele pode causar nas ações e políticas sociais é o objetivo desta Unidade.

## **Histórico das políticas de atendimento**

A história das políticas de atendimento às crianças e aos adolescentes em risco social pode ser analisada, distinguindo as orientações e culturas vigentes das décadas de 70 e 80, descritas a seguir.

### **Antes da década de 1980**

Até o fim da década de 1970, a orientação jurídica para as ações relativas à infância e à adolescência era guiada pelas representações sociais disseminadas, expressando distorções e preconceitos.

As crianças das classes populares eram percebidas como “bandidos em potencial”. Considerava-se que, se essas crianças fossem afastadas de seus lares, por meio da institucionalização, as situações de risco associados à pobreza seriam prevenidas. As famílias, por suas condições precárias de vida, eram consideradas incompetentes para promover o desenvolvimento adequado das crianças. Assim, a responsabilidade pela situação de risco era atribuída, exclusivamente, à família, abertamente desqualificada em sua função. Hoje, essa responsabilidade se amplia também para o sistema social vigente. Compreendemos o importante papel da sociedade na promoção de condições adequadas de desenvolvimento para a infância e a juventude, mas respeitamos o

papel e a competência da família como parte do sistema social em que os indivíduos se formam.

## **Início dos anos 1980**

O instrumento jurídico que passou a inspirar as práticas sociais na abordagem da questão foi o Código de Menores, criado em outubro de 1979, cujo texto se orientava, fundamentalmente, para a integração sociofamiliar do menor, modificando a visão do problema. Na realidade, o Código trouxe poucas transformações às ações correntes. As principais críticas a ele feitas, pelos documentos que posteriormente fundamentaram a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, centram-se no seu caráter arbitrário e na adoção das noções de menor em situação irregular e de periculosidade, o que legitimava qualquer mandado judicial de reclusão.

A mobilização da sociedade civil para promover mudanças na linha de atuação com os “menores”, iniciada em 1980, consolidou-se na Constituição de 1988, que prevê e propõe políticas sociais e ações especiais com vistas à garantia de direitos à infância e à adolescência.

## **Os anos 90 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)**

As principais inovações do ECA, do ponto de vista jurídico, foram os avanços na explicitação e na regulamentação dos direitos e garantias das crianças e dos adolescentes. Passa-se a considerá-los como seres humanos em desenvolvimento, portanto, dignos de proteção especial pela família, pela sociedade e pelo Estado, em regime de responsabilidade compartilhada.

### **A visão da proteção integral**

A grande transformação advinda da criação do novo estatuto é a mudança no enfoque: em vez de proteger a sociedade dos menores infratores, propõe-se garantir a proteção à criança e ao adolescente na condição de seres em desenvolvimento. Esses passam a ser concebidos

não mais como meros objetos de medidas judiciais, e sim como pessoas de direitos.

Como lei ordinária, o ECA dá corpo aos dispositivos da Constituição Brasileira de 1988, que garantem às crianças e aos adolescentes direitos relativos a todas as dimensões do desenvolvimento humano: física, intelectual, emocional, moral, espiritual e social.

## Participação da sociedade

Outro grande avanço dado pela nova lei diz respeito às ações complementares entre a sociedade civil e o governo, por meio dos Conselhos de Direito. Com a mudança no papel da sociedade em relação à proteção integral da infância e da adolescência, sua participação nas ações deixa de ser apenas voluntária e filantrópica e torna-se ativa e comunitária. A lei ressalta a importância das ações conjuntas do governo e da sociedade.

No que se refere à participação da sociedade na viabilização de ações voltadas à proteção de crianças e adolescentes, ocorrem duas formas principais:

1. por meio das organizações da sociedade civil e;
2. por meio da representação consciente nos diferentes Conselhos.

No que se refere ao primeiro ponto, identificamos um progressivo aprimoramento dos modelos de atuação de tais organizações desde a implantação do ECA. A maior dificuldade no trato entre estas organizações e o Estado é o acompanhamento sistemático e a avaliação das ações voltadas para a infância e adolescência. Em relação aos Conselhos de Direito e Tutelar, o que chama a atenção é um movimento de maior consciência social de seu papel e sua crescente importância no cenário das ações e programas públicos, o que tem levado à busca de maior profissionalização e de efetiva representatividade entre os membros.

Na atualidade, percebe-se a estreita relação entre risco social e o uso abusivo de drogas. A implementação de ações e programas voltados à proteção integral da criança e do adolescente, em risco pelo uso de dro-

gas, deve estar alinhada com as reflexões que fundamentam a Política Nacional sobre Drogas.

## OS PRINCÍPIOS FILOSÓFICOS DO ECA

1. Crianças e adolescentes são cidadãos e sujeitos de direitos, tais como: direito à vida, saúde, à educação, ao lazer, à participação cultural e à dignidade;
2. Envolvimento de toda a sociedade na garantia desses direitos.;
3. Descentralização e cooperação entre os órgãos na formalização de políticas e no atendimento à criança e ao adolescente. Devem-se promover parcerias entre os Conselhos Tutelares e dos Direitos da Criança e do Adolescente, constituídos em nível municipal e estadual, os órgãos governamentais e os não-governamentais, que atuam na execução e terceirização de serviços;
4. Criação de novos mecanismos de controle e fiscalização da aplicação das normas pertinentes à infância e à juventude: o Ministério Público e a Justiça da Infância e da Adolescência;
5. Substituição do modelo da sanção pelo da proteção: <ul style="list-style-type: none"><li>• definição dos agentes sociais responsáveis pela proteção – família, sociedade e Estado –, com clara divisão de responsabilidades e papéis específicos;</li><li>• ênfase na prevenção e na promoção social em lugar da sanção, por meio da educação, nas instituições sociais encarregadas, bem como na Justiça;</li></ul>
6. Mudanças nos termos de referência: <ul style="list-style-type: none"><li>• criança e adolescente em lugar de “menor”;</li><li>• sujeito em conflito com a lei em lugar de “delinquente”;</li><li>• ato infracional em lugar de “delito”;</li><li>• medida socioeducativa em lugar de “pena” ou “punição”.</li></ul>

Essas mudanças visam, ainda, superar os preconceitos em torno de crianças e adolescentes pobres e marginalizados, objetos privilegiados das ações vinculadas ao Código de Menores. Passam a caracterizar todas as crianças e adolescentes como dignos da proteção da sociedade, que lhes deve fornecer plenos meios de promoção do desenvolvimento integral.

## Medidas em defesa dos direitos da criança e do adolescente

Para garantir os direitos das crianças e dos adolescentes, o ECA estabelece medidas específicas de proteção e medidas socioeducativas.

## Medidas de proteção

Essas medidas têm por objetivo prevenir o desrespeito aos direitos, por meio de ações que vão desde a orientação e o acompanhamento às crianças, aos adolescentes e a seus pais, com o envolvimento de programas comunitários de apoio à família, até o abrigo em entidades ou a colocação em família substituta.

No caso de comprovado envolvimento com drogas, o ECA prevê o encaminhamento do adolescente a programas de orientação e tratamento.

### **Medidas socioeducativas**

São aplicadas pelo juiz da Vara da Infância e Juventude medidas socioeducativas quando se verifica a prática de ato infracional pelo adolescente. As medidas variam desde a simples advertência, passando por obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, até a internação em estabelecimento educacional, em regime de privação de liberdade, conforme as circunstâncias e a gravidade do ato infracional.

A evolução das medidas socioeducativas dependerá da resposta do sujeito à intervenção da Justiça (bom comportamento, matrícula e frequência à escola, apoio de sua família e outras redes sociais etc); dependerá, também, da diligência do técnico responsável pelo acompanhamento da medida e do próprio juiz da infância e da adolescência, que tem o poder de suspender ou conceder progressão de medida.

**Observe no quadro um comparativo das principais mudanças entre o antigo Código de Menores e o atual Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).**

	CÓDIGO DE MENORES	ESTATUTO
<b>VISÃO DE CRIANÇA</b>	Objeto de medidas judiciais;	Sujeito de direitos;
<b>PÁTRIO PODER</b>	Perda ou suspensão por condição que caracterize a situação irregular”, inclusive falta ou carência de recursos materiais;	Apenas no caso de grave violação de direitos por parte dos pais ou responsáveis;
<b>DETENÇÃO</b>	Permitia prisão cautelar;	Apenas em flagrante ou por ordem judicial;
<b>DEFESA</b>	Restrito ao curador de menores;	Garantia de defesa no processo judicial, incluindo assistência judiciária gratuita;
<b>INTERNAÇÃO</b>	Por estarem em “situação irregular” e por tempo indeterminado;	Apenas para atos infracionais graves e no máximo por três anos;
<b>JUIZ</b>	Amplios poderes;	Poderes restritos;
<b>PARTICIPAÇÃO</b>	Restrita às autoridades judiciárias, policiais e administrativas.	Envolve a sociedade através dos conselhos de direitos e tutelares.

## A visão da proteção e o adolescente em risco pelo uso de drogas

Na atualidade, percebe-se a estreita relação entre a prática de ato infracional e o uso abusivo de drogas. A especificidade dessa relação solicita uma reflexão consistente: como, historicamente, a sociedade brasileira tem considerado o adolescente usuário de drogas?

A compreensão sobre o fenômeno do consumo abusivo de drogas esteve, por muito tempo, limitada a uma relação linear do tipo “causa e efeito”, e se negligenciou a complexidade das relações envolvidas no fenômeno. A seguir, você aprofundará essa perspectiva da complexidade dos fenômenos relacionados com o uso de drogas, que vai além do usuário e da droga.

## **As diferenças entre usuário e traficante**

Ao se considerar a questão das drogas, é importante saber diferenciar o usuário do traficante. O usuário é a pessoa que adquire a droga para consumo próprio, seja dependente ou não. O traficante é aquele que produz ou comercializa determinada droga ilícita.

Para a Justiça determinar se a droga se destina ao consumo pessoal, é necessário analisar a quantidade da substância, as condições da apreensão e as circunstâncias sociais e pessoais do portador.

A legislação brasileira sobre drogas, datada da década de 1970, não fazia a diferenciação entre traficantes, usuários e dependentes para efeitos criminais. A legislação atual provocou uma mudança de paradigma na abordagem de usuários e dependentes. Em lugar da pena de prisão, eles serão submetidos a penas alternativas e encaminhados a tratamento médico gratuito não compulsório.

Nesse aspecto, as propostas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e as políticas públicas brasileiras convergem, ao tratarem o dependente como “doente” e não como “delinquentes”. Assim, os usuários e dependentes de drogas, que foram outrora tratados como bandidos, passam a ser considerados pessoas que precisam de ajuda ou orientação.

Embora a nova abordagem contribua para uma visão mais humanitária dessas pessoas, a sociedade continua a considerar o usuário de drogas como criminoso, moralmente desajustado ou cúmplice do crime de tráfico de drogas, entre outros.

## **Adolescente usuário de drogas**

Para o adolescente, as drogas, tanto lícitas como ilícitas, fazem parte da vida social, das festividades, da inserção no grupo, embora nem todos façam uso delas.

Em geral, o adolescente tem resistência em admitir que o uso de drogas possa lhe causar problemas e gerar uma dependência, o que dificulta a abordagem da questão. Além disso, o preconceito em torno do usuário reforça a clandestinidade em que se inserem as práticas de consumo e limita nossa compreensão mais global do fenômeno e as possibilidades de intervenção.



Historicamente, o adolescente usuário de drogas tem sido tratado ora como doente, ora como criminoso, e as abordagens que acompanhavam essa visão dualista têm se mostrado insuficientes e ineficazes na prevenção e no encaminhamento de soluções para o abuso de drogas.

## **O adolescente em risco pela violência**

Compreender a inserção do jovem no contexto da violência é crucial para a elaboração de estratégias de intervenção que visem à sua proteção. Crescem as discussões sobre a questão da violência juvenil, e as possíveis soluções apontam para o caminho da simplificação e do retrocesso, ou seja, propostas de penas mais duras e de redução da idade penal. Poucas são as iniciativas que indicam para um resgate da cidadania com dignidade e responsabilização com autonomia.

A questão das drogas entre adolescentes mantém estreita relação com o fenômeno da violência, principalmente, em contextos que envolvem o tráfico. Entretanto, o fenômeno da violência revela-se mais complexo e sua compreensão envolve mais elementos, como a mortalidade juvenil. Acompanhe.

## **Mortalidade juvenil – novos padrões**

As estatísticas têm mostrado que, ao contrário do que se diz, os jovens brasileiros são muito mais vítimas da violência do que agressores. O Mapa da Violência produzido pela Unesco-Brasil, em fevereiro de 2002, revela que:

“Enquanto a taxa global de mortalidade da população brasileira caiu de 633 para 573 óbitos, em 100 mil habitantes, em duas décadas (de 1980 a 2000), a taxa referente aos jovens cresceu, passando de 128 para 133 mortes, a cada 100 mil habitantes, no mesmo período, fato já altamente preocupante. Ademais, a mortalidade entre os jovens não só aumentou, como também mudou sua configuração. A partir desse fato, pode-se verificar que há novos padrões de mortalidade juvenil.”

As epidemias e doenças infecciosas, que eram as principais causas de morte entre os jovens, há cinco ou seis décadas, foram sendo substituídas, progressivamente, pelas denominadas “causas externas” de mortalidade, principalmente, os acidentes de trânsito e os homicídios.

Observe as seguintes estatísticas sobre mortalidade juvenil.

- Em 1980, as “causas externas” já eram responsáveis por 52,9% do total de mortes de jovens no País. Vinte anos depois, dos 45.310 óbitos juvenis, 31.851 foram originados por causas externas, ou seja, o percentual aumentou para 70,3%. A principal causa externa era o homicídio.
- No conjunto da população, somente 12,2% do total de mortes no País são atribuíveis a causas externas. Já entre os jovens, tais causas são responsáveis por mais de 70% dos óbitos.
- Se na população total o homicídio é a causa de 4,7% dos óbitos, entre os jovens chega a 39,3% das mortes.
- Hoje, aproximadamente, 40% das mortes de jovens devem-se a homicídios, enquanto na população não-jovem essa proporção é de 3,3%. No Rio de Janeiro, Espírito Santo e Pernambuco, essa proporção é de mais de 50%.

Esses dados evidenciam que, entre os jovens, até o direito à vida se encontra em risco e necessita de atenção especial.

## **Onda jovem e suas repercussões no Brasil**

A partir da década de 1980, a sociedade brasileira empreendeu grandes esforços na consolidação de políticas públicas voltadas à redução da mortalidade na primeira infância. Doenças como a poliomielite e grande parte das viroses infantis foram erradicadas. Um importante trabalho de saúde da família foi desenvolvido nas diferentes regiões do País para reduzir as mortes por desidratação, problemas da água e baixa qualidade nutricional. Essas ações, aliadas à universalização da educação básica (em 1996 alcançou-se o recorde brasileiro de matrículas com 96% das crianças em idade escolar na escola), contribuíram para que o Brasil, durante a década de 1990, alcançasse a chamada onda jovem.

Esse fenômeno ocorre quando certo país atinge, como resultado do aumento da qualidade e expectativa de vida, um ponto ótimo na relação entre população jovem e idosa, de tal forma que a economia nacional pode contar com um número expressivo de trabalhadores jovens, bem qualificados e de mais baixa remuneração que os profissionais mais experientes, quando a geração anterior ainda se encontra em idade produtiva, o que dispensa altos investimentos em previdência social.

Diferentemente de outros países, como os chamados tigres asiáticos, cujo acelerado desenvolvimento econômico se deu em função da gestão adequada da onda jovem, o Brasil deixou de aproveitar essa oportunidade não apenas em decorrência da falta de postos de trabalho para o jovem, fruto da economia recessiva, mas também porque estamos perdendo uma parte de nossos jovens pelo acirramento da violência e das práticas de risco.

A expectativa de ver esse quadro alterado depende das recentes ações de valorização da juventude implementadas nos últimos anos. As propostas aprovadas pela IV Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (2002) se resumem no “Pacto pela Paz”, que envolve uma agenda de enfrentamento da violência, da qual crianças e adolescentes são considerados as maiores vítimas. Também na VII Conferência Nacional (2007), que contou, pela primeira vez, com delegados adolescentes nas representações estaduais, um dos eixos temáticos de discussão em todo o Brasil foi o Sistema de Atendimento Socioeducativo (SINASE), que traça diretrizes e descreve ações objetivas para a adequação do sistema que atende adolescentes em conflito com a lei.

Entre as ações, encontramos o Estatuto da Juventude, discutido em 2004, na Comissão Especial de Políticas Públicas para a Juventude da Câmara dos Deputados. Este Estatuto, que tem o objetivo de propor e acompanhar a consolidação de políticas nas áreas de saúde, educação, trabalho e justiça, entre outras, foi o ponto de partida para a construção da Política Nacional da Juventude.

## As políticas públicas voltadas ao jovem

A prioridade dada às questões da juventude pelo governo brasileiro teve como marco importante o ano de 2005, quando foram criados, simultaneamente, a Secretaria Nacional da Juventude, o Conselho Nacional da Juventude e o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem), em atenção à Política Nacional da Juventude.

O ProJovem trata de forma integrada e criativa temas como escolaridade, profissionalização e cidadania. Este programa tem por objetivo ampliar o acesso e a permanência na escola, a erradicação do analfabetismo, geração de emprego e renda, promoção dos direitos humanos e o estímulo à participação social do jovem. Já está implantado em todas as capitais e no Distrito Federal, além de 34 cidades metropolitanas, atendendo mais de 163 mil jovens.

Outros exemplos de políticas públicas para a juventude, em realização, em ações paritárias de governo e sociedade, são os Consórcios Sociais de Juventude, o ProUni, o Soldado Cidadão, os Pontos de Cultura, o Rondon, o Nossa Primeira Terra, e o Escola de Fábrica.

Mais recentemente (outubro/2007), aparece a aprovação da Agenda Social Criança e Adolescente, que se mostrou um excelente exemplo de política pública intersetorial, não só no planejamento como na execução, que irá contar com a participação de treze ministérios, com projetos de combate à violência praticada contra crianças e adolescentes, e um forte investimento para a implementação do SINASE.

Merece, também, destaque o ProUni, que busca retirar o Brasil da posição que ocupa como País da América Latina com menor número de jovens de 18 a 24 anos cursando o ensino superior. Este é o maior programa de bolsas de estudo da história da educação brasileira, que objetiva possibilitar o acesso de jovens de baixa renda à universidade.

Outro marco significativo da atenção à juventude e do reconhecimento de seu importante papel na transformação da realidade social brasileira foi a retomada do Projeto Rondon. O Rondon recruta jovens nas universidades para que desenvolvam, durante as férias universitárias,



Você sabia que o ProJovem foi lançado pelo Presidente da República em fevereiro de 2008 e está implantado em todas as capitais e no Distrito Federal? Atende moças e rapazes com 18 a 24 anos de idade que terminaram a quarta série, mas não concluíram o Ensino Fundamental e que não têm emprego com carteira profissional assinada. O curso dura um ano e vai proporcionar aos jovens a conclusão do Ensino Fundamental, o aprendizado de uma profissão e o desenvolvimento de ações comunitárias, além do incentivo financeiro mensal.

trabalhos em vários estados do Brasil, nas suas áreas de estudo. Assim, a juventude brasileira é levada a conhecer a realidade do País e tem a oportunidade de contribuir para o desenvolvimento social e econômico.

## Perspectivas

No momento atual, o Governo Federal quer ampliar o diálogo internacional na área de juventude por meio da adesão do Brasil como membro pleno na Organização Iberoamericana de Juventude (OIJ), o que compromete ainda mais nosso País com as políticas em desenvolvimento para a área.

É animador perceber que o governo e o conjunto da sociedade têm buscado uma análise mais aprofundada e uma atitude mais objetiva e responsável em face da problemática relativa à infância, adolescência e juventude.

É tarefa de todos contribuir para transpor as políticas voltadas à infância e adolescência, do papel para a realidade, de modo que criem impacto efetivo na sua qualidade de vida e perspectiva de futuro.

A comunidade tem um papel fundamental na proteção de crianças, adolescentes e jovens contra o envolvimento com drogas e outros comportamentos de risco. As iniciativas recomendadas para aumentar os fatores de proteção devem aproveitar os recursos disponíveis na comunidade, considerando as características socioculturais de seus respectivos contextos e ativando a rede de apoio. Ao mesmo tempo, dadas as peculiaridades locais, todas as iniciativas devem ser norteadas pelo princípio da criatividade e do aproveitamento do potencial inovador, tanto dos jovens quanto das diferentes esferas comunitárias.

## Resumo

Você está encerrando a Unidade 14 deste Curso. Nessa etapa, você estudou as várias mudanças na aplicação de leis diferenciadas e políticas públicas destinadas às crianças e aos jovens, iniciando pela cultura dos anos 70 até a realidade dos dias de hoje. Um divisor de águas fundamental nesse contexto foi a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), nos anos 90.

Na próxima Unidade, você estudará o conceito de segurança comunitária, uma nova forma de encarar a segurança pública, ancorada na maior cooperação entre comunidade e profissionais do Estado. Até lá!

## Exercícios de fixação

### 1. Complete as lacunas:

As principais inovações do (a) \_\_\_\_\_, do ponto de vista jurídico, foram os avanços na explicitação e na regulamentação dos \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ das crianças e dos adolescentes.

- a. Constituição Nacional Brasileira; deveres; escolas.
- b. Estatuto da Criança e do Adolescente; direitos; escolas.
- c. Constituição Nacional Brasileira; direitos; famílias.
- d. Estatuto da Criança e do Adolescente; direitos; garantias.

### 2. Sobre a Onda Jovem, é incorreto afirmar que:

- a. É o fenômeno que ocorre quando certo país atinge um ponto ótimo na relação entre população jovem e idosa.
- b. O Brasil deixou de aproveitar essa Onda Jovem porque estamos perdendo uma parte de nossos jovens pelo acirramento da violência e das práticas de risco.
- c. A expectativa de ver esse quadro alterado depende das recentes ações de valorização da juventude implementadas nos últimos anos.
- d. O Pacto pela Vida envolve uma agenda de enfrentamento da violência, da qual crianças e adolescentes são considerados as maiores vítimas, e é parte das ações de proteção da juventude.



Atenção! Os exercícios de fixação também estão disponibilizados no AVEA. Em caso de dúvidas, entre em contato com seu TUTOR.

## Referências

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, 2000.

BRASIL. **Relatório preliminar da comissão especial destinada à acompanhar e estudar propostas de políticas públicas para a juventude**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2004.

BRASIL. **Política Nacional da Juventude**. Disponível em: [http://www.presidencia.gov.br/estrutura\\_presidencia/sec\\_geral/Juventude/pol/pol\\_juventude/integra\\_view](http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sec_geral/Juventude/pol/pol_juventude/integra_view). Acesso em 10/02/2007.

BRASIL. **Política Nacional sobre Drogas (PNAD)**. Disponível em: <http://www.senad.gov.br/>. Acesso em 10/02/2007.

BULHÕES, A.N.A. “Depoimento na audiência pública sobre a redução da maioria penal de 18 anos para 16, realizada em 10/11/1999”. In: A. BULHÕES; E. GROU; F. Comparato & COLS. (orgs.), **A Razão da Idade: Mitos e Verdades**. Coleção Garantia de Direitos. Série Subsídios. Tomo VIII. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, p. 13-23, 2001.

Câmara dos Deputados. **Conferência Nacional da Juventude**. Disponível em: <http://www.conferenciadejuventude.com.br/index.asp?opcao=grupodiscussao>. acessado em 17/06/2006.

CHENIAUX, S. **Trapaceados e trapaceiros: o menor de rua e o serviço social**. São Paulo: Cortez, 1982.

CURY, B. Apostar na Juventude. In: **Secretaria Nacional da Juventude**. Disponível em [http://www.presidencia.gov.br/estrutura\\_presidencia/sec\\_geral/noticias/artigos/artigo\\_betocury\\_2/view?searchterm=Beto%20Cury](http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sec_geral/noticias/artigos/artigo_betocury_2/view?searchterm=Beto%20Cury). Acesso em 10/02/2006.

FARIA, V. “A montanha e a pedra: os limites da política social brasileira e os problemas de infância e de juventude”. In: FAUSTO, A. & CERVINI, R. (Orgs.). **O Trabalho e a Rua: Crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80**. São Paulo: Cortez Editora, UNICEF, FLACSO,



CBIA, 1992, p. 195-225.

MARREY, A., CAMARGO, A., GUERRIERO, M. & STOCO, R. **Menores**: legislação, estudo das medidas judiciais, e das medidas de caráter social, do código de menores. Anotações. Índices Analíticos. Modelos. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1985.

**Ministério do Trabalho e Emprego**: Programa Primeiro Emprego. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/programas/primeiroemprego/conteudo/programa.asp>. Recuperado em 17/06/2006.

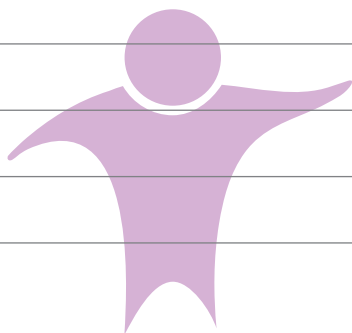
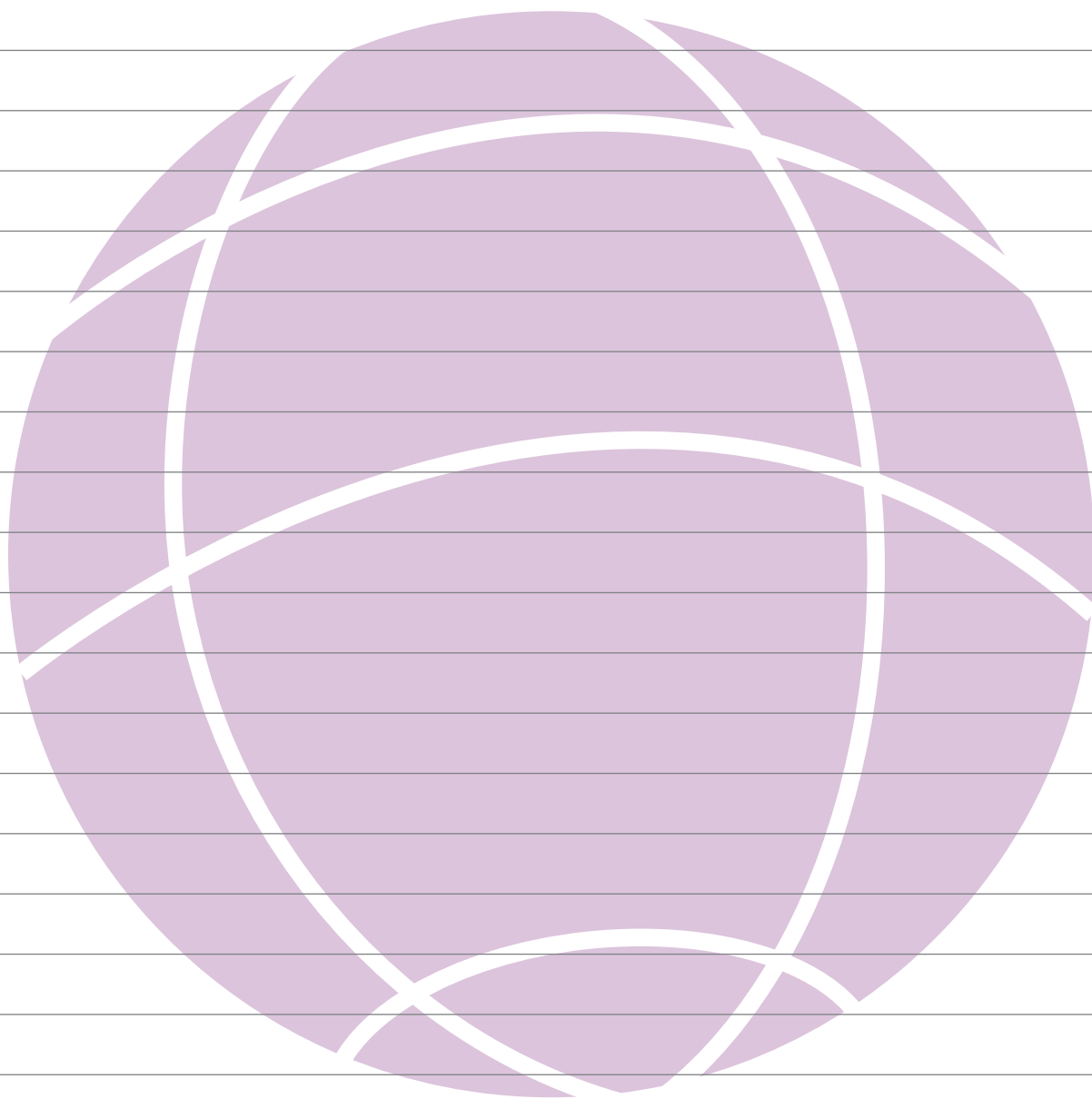
NOGUEIRA, M.P. **Teatro com meninos de rua**. Dissertação de mestrado. São Paulo: USP, 1993.

OLIVEIRA, B.A.B. Uma visão crítica da política do menor. **Psicologia: ciência e profissão**, 1 (8), p. 7-9, 1988.

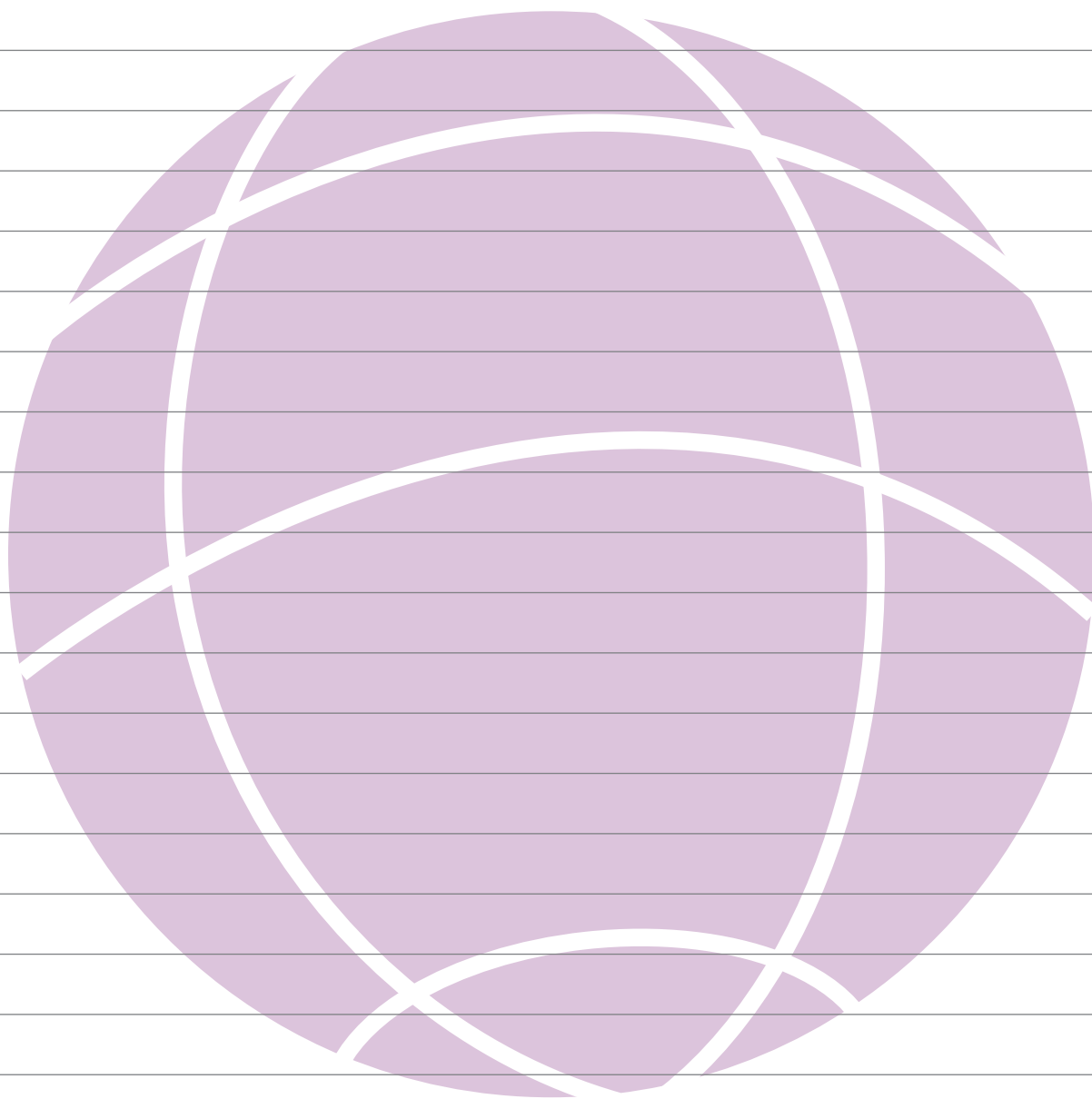
SUDBRACK, M. F. O. & CONCEIÇÃO, M.I.G. Jovens e violência: vítimas e/ou algozes?. In: COSTA, L.F & ALMEIDA, T.M.C. (Orgs.), **Violência no cotidiano**: do risco à proteção. Brasília: Universa, Líber Livro, 2005, p. 185-198.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência IV**: os jovens do Brasil. Unesco no Brasil. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001351/135104porb.pdf>. Acesso em: 12/01/2007.

# Anotações



# Anotações





# Unidade 15

## Sistema Único de Segurança Pública (SUSP) e o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI): um novo panorama para o Brasil

\*Robson Robin da Silva  
PehKx Jones Gomes da Silveira

Ao fim desta Unidade, você terá conhecido a nova perspectiva da Segurança Pública no País. Os principais tópicos desta Unidade são os seguintes:

- o conceito de segurança com cidadania
- o Sistema Único de Segurança Pública
- o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
- o importante papel dos conselheiros comunitários nesse contexto

\* Texto adaptado do original do Curso Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros Municipais, 2008.

## Segurança com cidadania

A nova perspectiva de modelo policial e de segurança pública, chamada de Segurança Cidadã, contempla políticas de prevenção da violência e da criminalidade de forma comunitária, dependendo da confiança mútua entre as famílias das comunidades com os profissionais da segurança pública. O conselheiro comunitário tem uma função importante na consolidação e no sucesso desse novo modelo de Segurança Pública.

A segurança pública é dever do Estado e direito de todos, ou seja, é um bem democrático. Por força constitucional (Art. 144 da Constituição Federal), deve ser exercida para a preservação da ordem pública e da segurança das pessoas e do patrimônio.

A responsabilidade no trato das questões relacionadas a esta área compete à Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP), vinculada ao Ministério da Justiça, com a principal atribuição de coordenar a Política Nacional de Segurança Pública e de articular junto aos demais órgãos do Governo Federal, Estados, Municípios e do Distrito Federal para a indução e concretização do Sistema Único de Segurança Pública (SUSP).

De forma paralela, o Ministério da Justiça, sabedor da necessidade de institucionalizar os conceitos de segurança com foco na cidadania, em legislação própria, lançou o Programa Nacional de Segurança com Cidadania (PRONASCI), de caráter nacional, que alcança todos os níveis de governo e sociedade.

Juntos e interligados, o SUSP e o PRONASCI trazem uma nova visão para a segurança pública brasileira, imersos no novo conceito de **Segurança Cidadã**.

Esse conceito parte das premissas de que, para que os órgãos de segurança pública atendam bem sua missão, a comunidade precisa ter confiança nos profissionais da segurança pública. Precisa enxergá-los além de sua condição humana. Estes profissionais, por sua vez, devem ver a comunidade como cidadãos e cidadãs que, eventualmente, poderão incorrer em algum ato delitivo como, por exemplo, atropelar alguém, mesmo que não intencionalmente.

Neste contexto, temos que a **Segurança Cidadã** contempla políticas de prevenção da violência e da criminalidade consolidadas na legislação ordinária federal e estadual de fortalecimento da família (notadamente em relação à infância e à juventude), de proteção às mulheres, aos idosos, às minorias (seja pela condição de raça, cor, credo ou orientação sexual), sem esquecer das garantias e políticas públicas de prevenção já instaladas pelos governos e sem deixar de consultar, também, as universidades em seus estudos acadêmicos e científicos. Todos esses esforços são direcionados à busca permanente de novas tecnologias sociais e de informação que ajudem os governos e a comunidade a se munirem de mecanismos que garantam o pleno gozo dos direitos da cidadania.

A seguir, você conhecerá as bases que orientam o SUSP e o PRONASCI.

## O Sistema Único de Segurança Pública (SUSP)

O SUSP foi criado em 2003 para implementar um novo modelo de gestão do Estado no que diz respeito ao controle da violência e da criminalidade, objetivando a realização da articulação das ações e das políticas públicas nas áreas da Segurança Pública e da Justiça Criminal. Para a consecução de seus fins, dividiu-se a sua atuação em seis eixos distintos:

1. modernização organizacional das instituições de Segurança Pública;
2. criação de um sistema integrado de formação e valorização profissional;
3. implantação e modernização de estruturas físicas;
4. implantação de projetos de prevenção à violência e criminalidade;
5. implantação de sistema de gestão do conhecimento;
6. reaparelhamento e modernização dos órgãos de segurança pública.

Com a criação do SUSP, surge uma nova fase na Segurança Pública do País, que sintetiza as diretrizes do Plano Nacional de Segurança Públi-



Acesse o Portal de Segurança com Cidadania no endereço eletrônico:

[www.segurancacidade.org.br](http://www.segurancacidade.org.br)  
e conheça as ações do SUSP.

ca. Incorpora-se o conceito de Segurança Cidadã, voltado à concepção de nova gestão administrativa. Tal modelo está comprometido com resultados e com a otimização de recursos, por meio da integração de programas governamentais nas três esferas: Federal, Estadual e Municipal, além dos poderes Legislativo e Judiciário.

As políticas levadas a efeito pelo SUSP buscam intervir sobre os modos de convivência social, proporcionando recursos para o melhoramento da qualidade dos vínculos estabelecidos, a fim de garantir a segurança integral e cidadã.

Com esse objetivo, foram firmadas novas parcerias institucionais de cooperação. Cabe destacar a parceria internacional efetivada por meio de Acordo de Cooperação Técnica Internacional com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), no projeto intitulado Segurança Cidadã (BRA/04/029).

Em outras palavras, torna-se realidade a integração, de forma efetiva, entre os agentes de segurança pública, no enfrentamento da violência e na redução da criminalidade, através da:

- a. padronização nacional dos procedimentos e equipamentos tais como: o compartilhamento de informações criminais, a uniformização de técnicas operacionais etc.;
- b. integração de projetos, por exemplo: atuação da Força Nacional de Segurança Pública e;
- c. prevenção à violência e à criminalidade. Inclusão de nova forma de visualizar a segurança pública (ex.: implantação da polícia comunitária, de consórcios municipais de segurança pública etc).

Assim, o estreitamento entre as relações do Estado e da sociedade, na construção do planejamento e controle das intervenções, direciona para a participação multidisciplinar que envolve os diversos atores sociais.



Neste sentido, as ações desenvolvidas pelo SUSP compreendem (seis) áreas distintas, que se interrelacionam:

- Gestão do Conhecimento;
- Reorganização institucional;
- Formação e valorização profissional;
- Controle externo e participação social;
- Programas de redução da violência;
- Prevenção.

Como consequência, observa-se uma nova abordagem em matéria de segurança: ação conjunta entre sociedade e Estado, bem como a garantia dos direitos fundamentais da cidadania e dignidade da pessoa humana.

## **O Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI)**

Em agosto de 2007, foi lançado o **Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI)**, que prevê a articulação de ações de segurança pública com políticas sociais a serem realizadas, de forma integrada, pelos governos municipais, estaduais e federal, com um forte componente de interlocução junto às comunidades locais.

No que se refere à legislação, foram encaminhados pelo Ministério da Justiça alguns projetos de lei, visando dar garantias à plena execução das políticas previstas pelo PRONASCI. Dentre eles, destacam-se os seguintes:

1. criação da Lei Geral da Polícia Civil e;
2. a regulamentação do § 7º, do art. 144 da Constituição Federal, que institui formal e legalmente o Sistema Único de Segurança Pública (SUSP).

Entre as ações do PRONASCI, estão a formação e valorização do policial, com os cursos de capacitação oferecidos pela Rede Nacional de Altos Estudos em Segurança Pública (Renaesp) e a Bolsa/Formação. A reestruturação do sistema penitenciário, com a criação de cerca de 34 mil vagas, o combate à corrupção policial, o fortalecimento das guardas municipais e o policiamento comunitário (interação entre polícia e comunidade) também são prioridades do Programa.

Não se pode deixar de destacar a criação da Força Nacional de Segurança Pública (FNSP), um misto de agentes policiais, civis e militares, e membros do Corpo de Bombeiros. A FNSP funciona como uma corporação de apoio aos órgãos de segurança federais e estaduais, e não de desempenho de atividades rotineiras de polícia. A filosofia de trabalho da Força prima pela cooperação entre a União e os Estados federados, pelo resgate da autoestima dos profissionais da segurança pública capacitados em cursos de nivelamento sobre técnicas e disciplinas relacionadas à segurança pública e aos direitos humanos.

## O PRONASCI e a Política Nacional sobre Drogas

Também são frutos do PRONASCI novos serviços relacionados ao combate ao uso abusivo de drogas. Foi assinado, em fevereiro de 2008, entre o Ministério da Justiça e o Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, o Acordo de Cooperação Técnica para o desenvolvimento de ações conjuntas para prevenção da violência e da criminalidade associada ao uso indevido de álcool e outras drogas.

Entre as medidas anunciadas, destacam-se a ampliação do atendimento telefônico gratuito de orientações e informações sobre drogas: o serviço VivaVoz (0800 510 0015), os cursos de capacitação para conselheiros comunitários e líderes religiosos, os estudos sobre o impacto do consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas no trânsito brasileiro e a realização de processos seletivos para apoio a projetos em nível municipal nas regiões atendidas pelo PRONASCI.

## A importância do engajamento dos Conselhos Comunitários

O desenvolvimento de ações para uma sociedade mais segura não exige o dispêndio de grandes recursos, mas a **mobilização intensa** a fim de trazer resultados significativos.

Os conselhos comunitários podem ser catalisadores das demandas sociais, com pessoas aptas para detectar e visualizar problemas na comunidade, tomar as providências que se fazem necessárias no seu campo de atuação ou encaminhar a outros órgãos do estado, quando for o caso, para reduzir a violência e a criminalidade associada ao consumo de qualquer tipo de droga (lícita ou ilícita).

Lembre-se que, muitas vezes, drogas lícitas, como as bebidas alcoólicas, podem gerar um custo social e econômico muito grande para a sociedade, como no caso de acidentes de trânsito, conflitos e, até mesmo, homicídios, cuja ocorrência pode estar associada ao consumo excessivo do álcool.

Além disso, o engajamento dos conselhos comunitários deve ocorrer em iniciativas pedagógicas e educacionais, como forma de dar efetividade ao conceito de interrelação entre os diversos setores da sociedade: órgãos públicos federais, estaduais, municipais e terceiro setor.

Prevê-se, portanto, a efetiva adesão da comunidade na proposta, possibilitando inclusive o desenvolvimento de metodologia participativa de capacitação de jovens da própria comunidade nos projetos levados a efeito.

O conselheiro precisa e deve estar atento para enfrentar fatores ou comportamentos que podem levar a atos de violência e de criminalidade, pois é ele um coprodutor da segurança e, por isto, fundamental às políticas de prevenção da violência, dando efetividade aos conceitos de prevenção.

Cada realidade tem uma característica específica e ninguém melhor do que moradores, representados por seus conselheiros comunitários, para serem verdadeiros interlocutores perante o poder público local, estadual e federal, no sentido de formular estratégias de convivência e pacificação social. Eis, portanto, a razão da parceria intersetorial na política de redução da demanda capitaneada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

Para isso, procure realizar uma análise situacional da área, com o levantamento dos aspectos sociais, físicos e urbanísticos. Estude, com

afinco, os conceitos propostos neste curso, discuta com os gestores locais questões que se voltem para a segurança da comunidade, tendo sempre em vista a necessidade de todos trabalharmos pela redução da demanda por drogas lícitas e ilícitas no seio de nossa comunidade. Depois, passe para o planejamento e a execução de projetos e ações. Não se esqueça de avaliar o que está fazendo. Só assim você saberá se está no caminho certo.

## Resumo

Você está encerrando a Unidade 15 deste Curso. Nessa etapa, você estudou as novas diretrizes de Segurança Pública e o papel da comunidade e dos conselheiros nesse conceito. A conscientização quanto à importância de se engajar no processo de transformação da comunidade também pode ser estimulado por você: o trabalho precisa ser conjunto e as responsabilidades, compartilhadas.

Na próxima Unidade, você começa a estudar as principais políticas públicas, iniciando pelo conceito de conselhos e sua importância (participativa) na formulação das mesmas. Até lá!

## Exercícios de fixação



Atenção! Os exercícios de fixação também estão disponibilizados no AVEA. Em caso de dúvidas, entre em contato com seu TUTOR.

1. São ações do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI):
  - a. Formação e valorização dos professores.
  - b. Reestruturação do sistema de saúde, com a criação de cerca de 34 mil vagas em hospitais.
  - c. Combate à corrupção policial.
  - d. Fortalecimento das áreas de lazer nos municípios.
  - e. Incremento de ações comunitárias para mulheres.
  
2. Sobre a importância do engajamento dos Conselhos Comunitários é incorreto afirmar que:
  - a. O desenvolvimento de ações para uma sociedade mais segura não exige o dispêndio de grandes recursos.
  - b. Os conselhos comunitários podem ser catalisadores das demandas sociais.
  - c. O conselheiro precisa e deve estar atento para enfrentar fatores ou comportamentos que podem levar a atos de violência e de criminalidade.
  - d. Os melhores interlocutores perante o poder público são os conselheiros comunitários, pois representam suas comunidades.
  - e. A efetiva adesão da comunidade impossibilita o desenvolvimento de metodologia participativa de capacitação de jovens da própria comunidade nos projetos levados a efeito.

## Referências

BALESTRERI, Ricardo Brisolla. **Direitos Humanos: coisa de Polícia.** Passo Fundo: Edições CAPEC/Gráfica Editora Berthier, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil:** Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n.ºs 1/92 a 52/2006 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n.ºs 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2006.

BRASIL. **Relatório de Atividades Implantação do Sistema Único de Segurança Pública** – Secretaria Nacional de Segurança Pública – 2003/2006. Ministério da Justiça. 2ª edição, 2007.

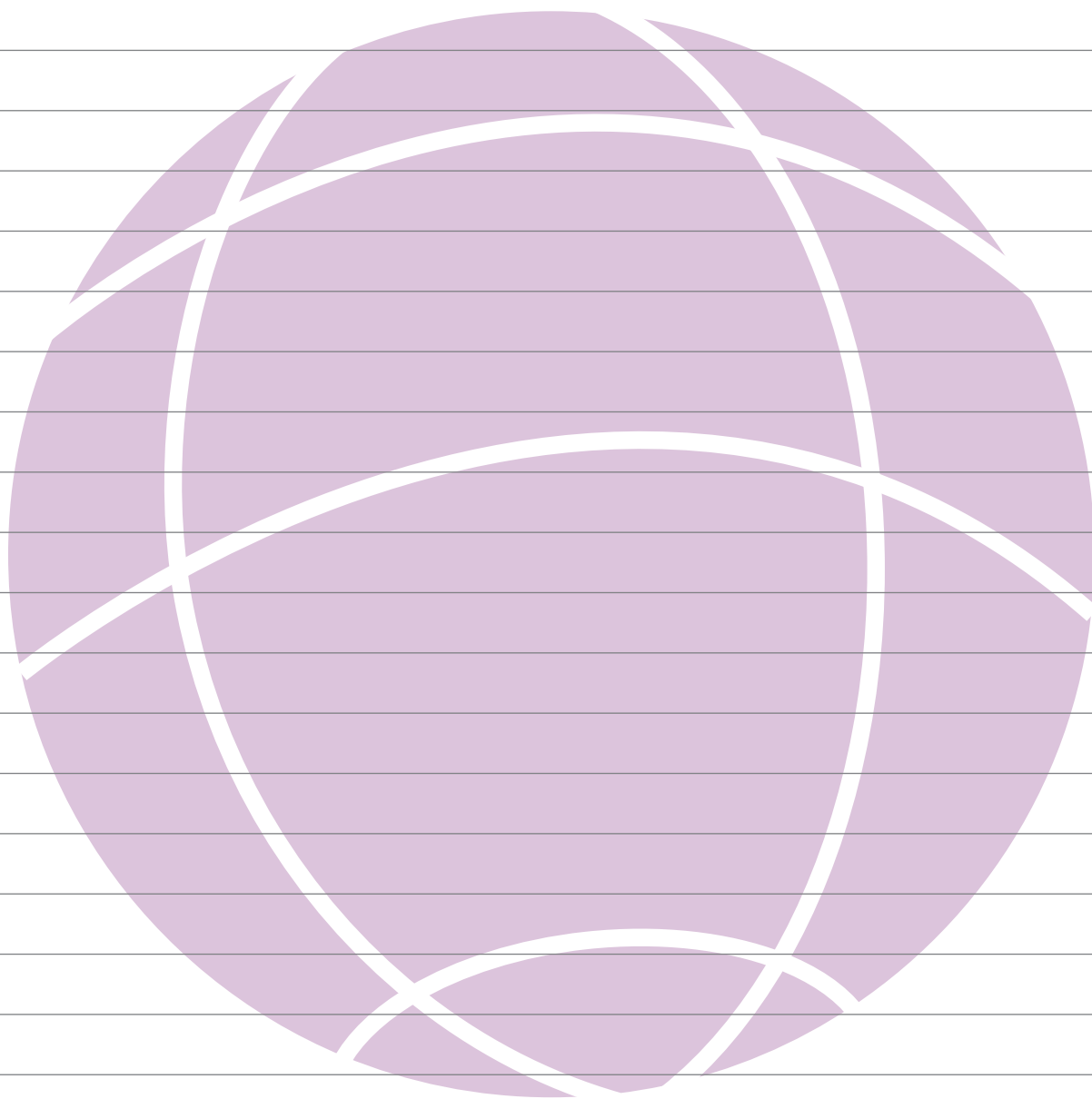
JUNQUEIRA, L.A. P. & INOJOSA, R. M. **Desenvolvimento Social e Intersetorialidade:** a Cidade Solidária. São Paulo: FUNDAP (mimeo), 1997.

OLIVEIRA, Ana Sofia Schimidt de. **Políticas Públicas de Segurança e Políticas de Segurança Pública: da teoria à prática.** São Paulo: Instituto Latino Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente – ILANUD, 2002.

Presidência da República. Disponível em: [http://www.presidencia.gov.br/principais\\_programas/seg\\_pub/seguro](http://www.presidencia.gov.br/principais_programas/seg_pub/seguro). Acesso em abril de 2008.

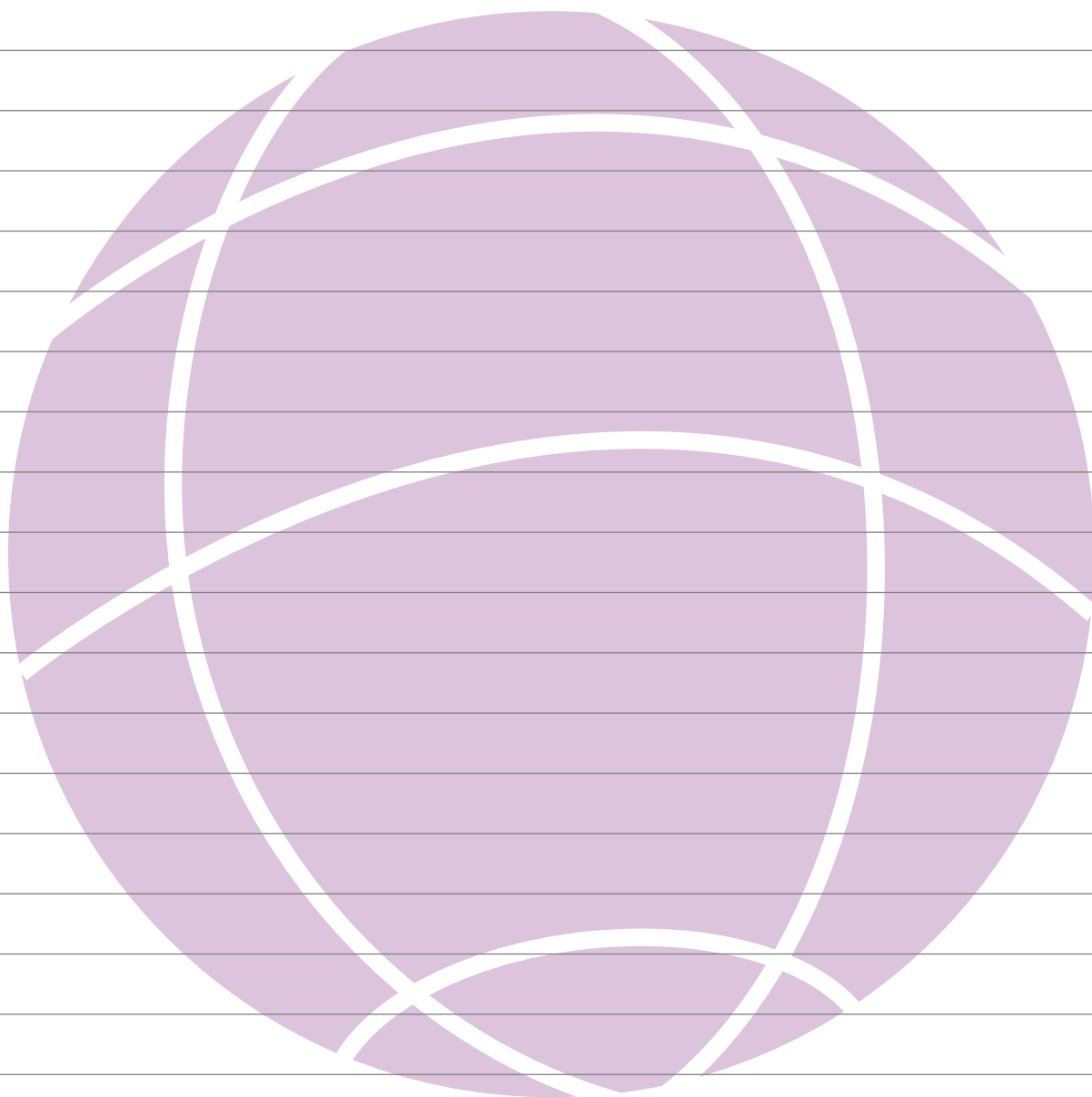
SENASP/MJ. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/senasp/>. Acesso em abril de 2008.

# Anotações





# Anotações





# Unidade 16

## Conselhos: espaço de participação e controle social

\*Andrea Lagares Neiva

Cátia Betânia Chagas

Karen Santana de Almeida

Nesta Unidade, você estudará a importância dos conselhos na formulação de políticas públicas, bem como os principais desafios para a conquista dessa participação. Para isso, você estudará os seguintes assuntos:

- a história e o conceito dos conselhos
- os conselhos como espaços públicos de exercício da participação via controle social
- desafios à qualificação dos processos participativos e consolidação dos espaços de controle social

\* Texto adaptado do original do Curso Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros Municipais, 2008.

**Participação** é a maneira pela qual os desejos e as necessidades de diferentes segmentos da população podem ser expressos em um espaço público de modo democrático. A participação é um processo educativo de construção de argumentos e de formulação de propostas, além de ser um espaço onde os cidadãos aprendem a ouvir outros pontos de vista, a reagir, a debater e a chegar ao consenso. Neste sentido, essas são atitudes que transformam todos aqueles que integram os processos participativos.

**Controle Social** ou democracia direta refere-se ao acesso à informação e à participação da sociedade civil, organizada ou não, na gestão, implementação de ações e fiscalização das organizações públicas e privadas, assim como na formulação e revisão de diretrizes, normas e contratos dessas organizações. O controle social pode ser exercido pela via formal – mediante previsão legal ou estatutária desta participação da sociedade civil – ou informalmente, por meio de espaços institucionalizados ou não de exercício do controle social.

O “controle social” descrito na Constituição Federal prevê a participação da população na elaboração, implementação e fiscalização de políticas sociais. Essa participação se dá através de conselhos, que – representados pela união da sociedade civil com o Estado – possuem um olhar multifacetado da realidade e dos problemas relacionados ao tema abordado pela política social, seja ela da saúde, da educação, da habitação, do trabalho, do idoso, entre outros. Assim, o desafio da construção de uma sociedade efetivamente democrática requer o fortalecimento dos conselhos.

## Uma introdução aos conselhos

A história da democratização no Brasil tem como marco fundamental a Constituição Federal de 1988, que traz novas orientações às relações entre Estado e sociedade civil. A chamada “Constituição Cidadã”, concretizadora de direitos, afiança a participação da população no controle e gestão das políticas públicas (Constituição Federal, art. 10; 194, inciso VII; 198, inciso III; 204, inciso II; 206, inciso VI, 1988), transformando, assim, a **participação** em um importante mecanismo de democratização e fortalecimento da cidadania.

A sociedade civil passa, então, a assumir novas responsabilidades, acessando os espaços onde são tomadas as decisões e tornando-se, portanto, sujeito na formulação das políticas públicas. Dessa forma, passa a participar não só do debate, mas também da deliberação sobre as suas necessidades que devem ser incorporadas pela agenda pública, assumindo, ainda, o exercício do **controle social** sobre as ações do Estado.

No que diz respeito à relação existente entre o controle social e a participação, vale lembrar que o sentido de controle social inscrito na Constituição Federal é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais.

O controle social inexistente sem a participação, embora nem toda participação vise conduzir o indivíduo ao exercício do controle social. A atividade de participação está, por vezes, associada apenas ao ato de tomar

conhecimento dos processos e decisões ou de se fazer presente nos mesmos, mas não necessariamente de forma ativa. O controle social vai mais além, na medida em que ele, de fato, demanda tornar-se parte ativa e pressupõe não só a capacidade, mas também a oportunidade do sujeito opinar, avaliar, implementar ações e atuar na fiscalização de organizações públicas ou privadas.

Para que haja uma efetiva participação da sociedade civil na formulação e na implementação das políticas sociais, cabe, ainda, considerar a importância de se promover condições efetivas de cidadania, como a melhoria das condições de vida dos grupos sociais em situação de exclusão social, diminuição dos procedimentos burocráticos das instituições estatais, organização de um sistema de informação sobre os serviços com amplo acesso e garantia da autonomia local na execução dessas políticas.

Um outro elemento essencial ao processo de redemocratização do Estado brasileiro, incorporado na Constituição de 1988, foi a descentralização político administrativa, que concedeu às estruturas locais maior autonomia, com a transferência da execução das políticas sociais para essas instâncias. O município ressurge, nesse contexto, como um espaço privilegiado de poder, pelo seu tamanho e proximidade com os cidadãos, o que permite uma dinâmica participativa com novos formatos institucionais (PINTO, 2004).

A Constituição de 1988 previu, ainda, os espaços concretos para o exercício da cidadania, elencando os conselhos como instrumentos de mediação na relação entre o Estado e a sociedade civil (GOIN, 2000). Sua função, portanto, é garantir os princípios da participação da sociedade nos processos de decisão, definição e operacionalização das políticas públicas.

O direito constitucional à participação, assegurado através dos conselhos, passou a ser regulamentado nos diferentes níveis da administração pública, por leis orgânicas específicas, relacionados às ações e serviços públicos como saúde e educação, interesses coletivos como meio ambiente e de grupos específicos, como crianças e adolescentes, idosos etc (GOIN, 2000).

## Confira alguns exemplos de participação e de controle social

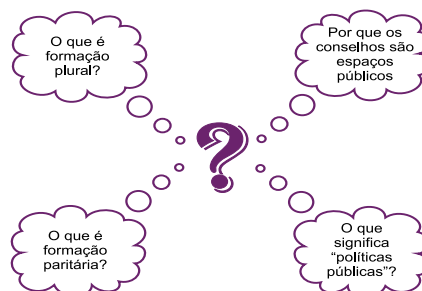
- Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – Lei nº 11.343/06 e [Decreto nº 5.912/06](#)
- Conselho Nacional de Assistência Social – Lei nº. 8.742 de 07.12.93
- Conselho Nacional de Educação – Lei nº. 9.131 de 24.11.95
- Conselho Nacional de Saúde – Lei nº. 8.142 de 28.12.90
- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – Lei nº. 8.242 de 12.12.91
- Conselho Nacional de Segurança Pública – Decreto nº. 5.834 de 06.7.06



## Conselhos como espaços públicos de exercício da participação via controle social

Você já estudou que o controle social é exercido pelo povo, por meio dos conselhos. Mas, afinal, o que são e como funcionam os conselhos?

Os conselhos são espaços públicos criados por lei (Federal, Estadual ou Municipal) cuja formação é plural e paritária, na qual participam as organizações governamentais – Ministérios, Secretarias e outros órgãos vinculados – em conjunto com a sociedade civil organizada – associações e organizações não governamentais –, tendo como principal função a formulação e o controle da execução das políticas públicas setoriais.



**Formação plural** é aquela na qual é permitida a participação de cidadãos de diferentes crenças religiosas, etnias, gêneros, filiações partidárias e convicções religiosas, entre outras características, para que os conselhos tenham em sua formação pessoas que representem todas as diversidades que constituem a sociedade brasileira.

Já a **formação paritária** significa igualdade numérica de conselheiros representando a sociedade civil e o Estado. Isto é, em um conselho que possui vinte membros, dez de seus membros devem representar a sociedade civil, sejam eles de associações e/ou de organizações não-governamentais, e dez membros devem ser representantes do Estado.

Os **conselhos** são espaços públicos porque formam um campo de debate e discussões na construção conjunta de acordos e na elaboração de políticas públicas que atendam aos interesses da sociedade civil e do Estado. Por proporcionar esses debates e por apresentar sugestões para as questões levantadas, os conselhos são reconhecidamente instâncias de natureza deliberativa e consultiva:

- **natureza deliberativa** – capacidade própria de decidir sobre a formulação, controle, fiscalização, supervisão e avaliação das políticas públicas, inclusive nos assuntos referentes à definição e destinação do orçamento;
- **natureza consultiva** – significa que o Estado, para decidir sobre o direcionamento das políticas públicas, deve consultar o respectivo conselho gestor.

Por exemplo, se o prefeito de Pequenópolis decide juntamente com o secretário de educação implantar um novo programa para educação infantil, antes eles podem se reunir com o Conselho Municipal de Educação de Pequenópolis e consultá-lo, pois esta é a instância que, por representar a sociedade civil, as escolas e o Estado, possui um olhar multifacetado da realidade e dos problemas relacionados à educação infantil desse município.

Para garantir a necessidade, a satisfação e o direito do cidadão em diversos setores, como saúde, educação, habitação, trabalho, infância e juventude, idoso, mulher, negro, índio entre outros, o Estado utiliza um conjunto de ações denominadas **políticas públicas**.

Portanto, os conselhos têm um papel essencial na promoção e no reordenamento das políticas públicas brasileiras e, principalmente, na garantia e concretização dos direitos sociais dos cidadãos.

## Desafios à qualificação dos processos participativos e consolidação dos espaços de controle social

Apesar do cenário democrático traçado pela Constituição, algumas dificuldades têm sido enfrentadas não apenas no que se refere à efetivação das garantias sociais, mas também quanto à consolidação de processos efetivos de participação.

A participação nos conselhos surge, nesse contexto, com o desafio de desmistificar a lógica de fragmentação das políticas sociais e promover o debate intersetorial, com a articulação dos diferentes setores, na perspectiva de complementariedade entre as políticas. Esse desafio, por sua vez, requer dos sujeitos sociais envolvidos a capacidade de uma compreensão crítica da realidade social nas suas múltiplas manifestações. Dessa forma, será possível aos conselhos ultrapassar os limites dos seus campos de atuação específicos, avançando em direção a uma atuação integrada.

A visão fragmentada dos problemas sociais dificulta uma atuação integrada das diferentes políticas, gerando a ineficácia das ações, dispersando os já escassos recursos e, ao mesmo tempo, fazendo coexistir lacunas e superposição de ações.

O desafio da construção democrática no País é um processo permeado por conflitos, em virtude da complexidade de fatores que caracterizam a relação entre Estado e sociedade civil. A multiplicidade dos interesses dispostos nesses espaços, portanto, requer novos aprendizados que instrumentalizem a capacidade de negociação e construção do interesse público na formulação das políticas (DAGNINO, 2002).

Nesse sentido, a abordagem dos temas “drogas” e “violência” como fenômenos complexos e multifacetados que permeiam a atuação dos diferentes conselhos – como uma realidade que está posta e que exige respostas do conjunto da sociedade – expõe a importância da capacitação para instrumentalizar a participação dos conselheiros na elaboração, implementação e fiscalização das políticas em seus vieses e interfaces com a questão das drogas e da violência.



Nossa expectativa é de que o conhecimento relacionado ao uso de álcool e outras drogas, bem como a sua associação à questão da violência, possa também viabilizar o desenvolvimento de ações intersetoriais e promover o trânsito entre os usuários de diferentes esferas da política social, impulsionando ações intersetoriais e interdisciplinares frente ao desafio de integração e articulação entre as ações, os conselhos e as diferentes políticas sociais.

Convém ainda, no contexto do debate sobre o desafio da construção democrática, enfatizar a importância de uma abordagem desmistificada e informativa do fenômeno das drogas. É necessário um conhecimento contextualizado e abrangente, de maneira responsável, sem apologia ao consumo das drogas, mas também sem assumir um posicionamento radical, centrado numa abordagem meramente repressiva. Isso porque a reprodução destes discursos de viés estigmatizante, além de impedir um adequado dimensionamento do fenômeno, é responsável por reproduzir visões preconceituosas sem fundamentação científica, que acabam por promover a expansão dos abusos e dependências, além de perpetuar a exclusão desses segmentos (BUCHER, 1994).

Assim, o desafio da construção de uma sociedade efetivamente democrática, que requer o fortalecimento dos conselhos, enquanto instâncias coletivas de decisão e espaço de exercício do controle social, deve pautar-se no respeito às diferenças, para que as demandas e a atenção aos mais amplos segmentos sociais possam ser devidamente contempladas na formulação das diferentes políticas, rumo ao compromisso de consolidação da cidadania.

## UNIDADE 16

Se você estiver interessado em conhecer o funcionamento dos diferentes conselhos, acesse o site: [www.brasil.gov.br/governo\\_federal/estrutura/conselhos](http://www.brasil.gov.br/governo_federal/estrutura/conselhos)



## Resumo

Você está encerrando a Unidade 16 deste Curso. Nessa etapa, você estudou a importância dos conselhos na elaboração, implementação e fiscalização de políticas sociais. Aprendeu, também, que essa junção da sociedade civil com o Estado é capaz de analisar, com propriedade plural, os temas sociais de cada comunidade e que o fortalecimento dos conselhos é um importante requisito para a construção de uma sociedade verdadeiramente democrática.

Na Unidade 17, você irá estudar a importância da implementação de um Conselho Municipal sobre Drogas. Logo voltaremos a nos encontrar!



Atenção! Os exercícios de fixação também estão disponibilizados no AVEA. Em caso de dúvidas, entre em contato com seu TUTOR.

## Exercícios de fixação

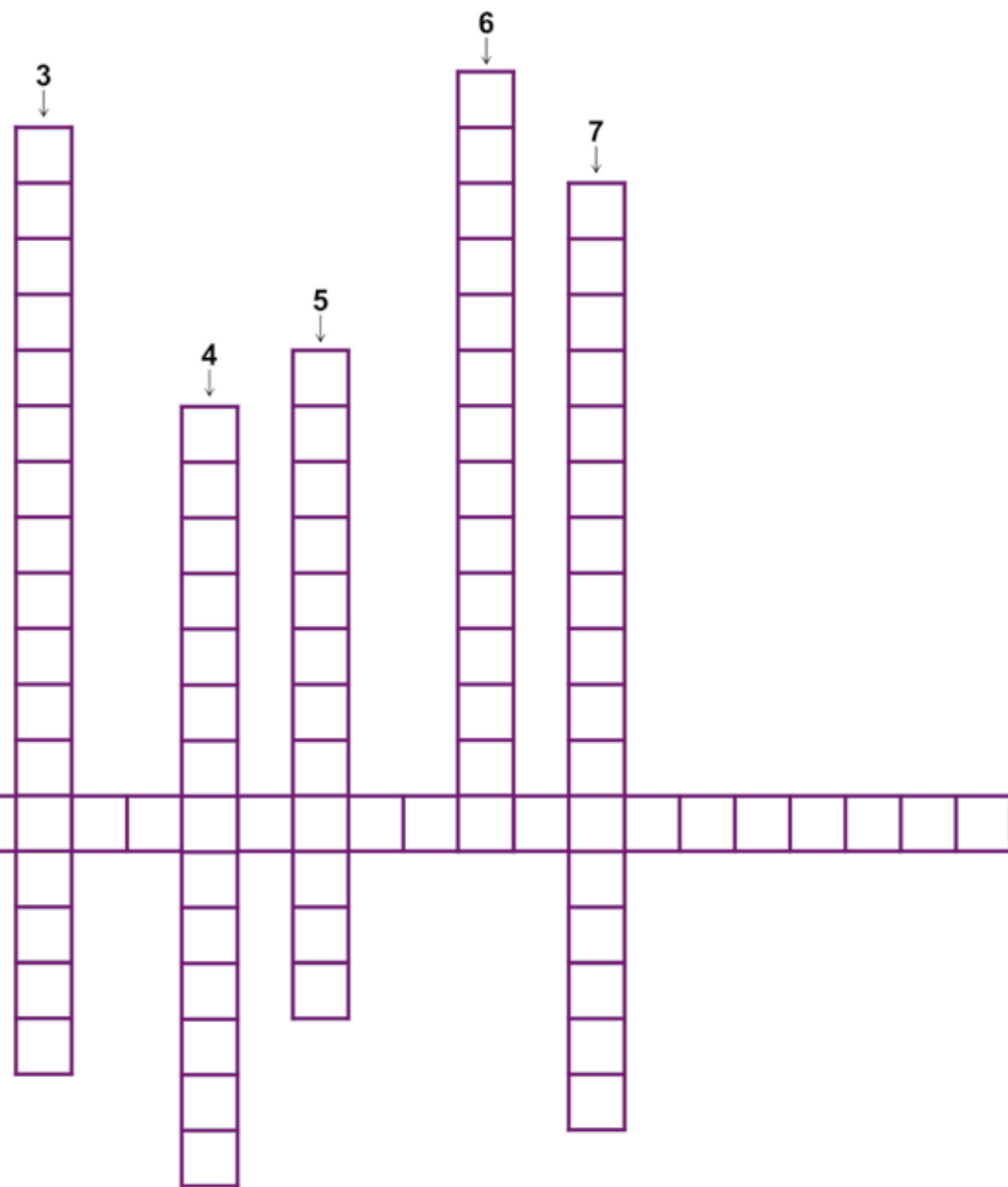
1. Com relação aos conselhos como espaços de participação e controle social, relacione as colunas abaixo:

### Horizontal

1. 20 LETRAS. Capacidade própria de decidir sobre a formulação, controle, fiscalização, supervisão e avaliação das políticas públicas, inclusive nos assuntos referentes à definição e destinação do orçamento.

### Vertical

2. 18 LETRAS. Significa que o Estado, para decidir sobre o direcionamento das políticas públicas, deve consultar o respectivo conselho gestor.
3. 17 LETRAS. Igualdade numérica de conselheiros representando a sociedade civil e o Estado.
4. 14 LETRAS. Refere-se ao acesso à informação e à participação da sociedade civil, na gestão, implementação de ações e fiscalização das organizações públicas e privadas, assim como na formulação e revisão de diretrizes, normas e contratos dessas organizações.
5. 12 LETRAS. É um processo educativo de construção de argumentos e de formulação de propostas, além de ser um espaço onde os cidadãos aprendem a ouvir outros pontos de vista, a reagir, a debater e a chegar ao consenso.
6. 14 LETRAS. Permitir a participação de cidadãos, que representem todas as diversidades que constituem a sociedade brasileira.
7. 17 LETRAS. Conjunto de ações que visa garantir a necessidade, a satisfação e o direito do cidadão.



**2.** Assinale a **alternativa incorreta**:

- a.** Algumas dificuldades têm sido enfrentadas para a consolidação de processos efetivos de participação.
- b.** A visão fragmentada dos problemas sociais dificulta uma atuação integrada das diferentes políticas.
- c.** Os conselhos são instâncias individuais de decisão e espaço de exercício do controle social por parte dos governantes.
- d.** A multiplicidade dos interesses dispostos nesses espaços, portanto, requer novos aprendizados que instrumentalizem a capacidade de negociação e construção do interesse público na formulação das políticas.
- e.** O conhecimento relacionado ao uso de álcool e outras drogas, bem como a sua associação à questão da violência, pode viabilizar o desenvolvimento de ações intersetoriais.

## Referências

ALMEIDA, Karen Santana de. **Setor Público Não-Estatal: (Des) caminhos do controle social e da equidade no acesso aos serviços de saúde.** Dissertação de Mestrado em Política Social. Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

BUCHER, R. & OLIVEIRA, S. R. M. O discurso do 'combate às drogas' e suas ideologias. **Rev. Saúde Pública** 28, pp. 137-145, 1994.

DAGNINO, Evelina. Sociedade Civil, Espaços Públicos e a Construção Democrática no Brasil: Limites e Possibilidades. In: DAGNINO, Evelina. **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil.** São Paulo: Paz e Terra, 2002, pp. 279-301.

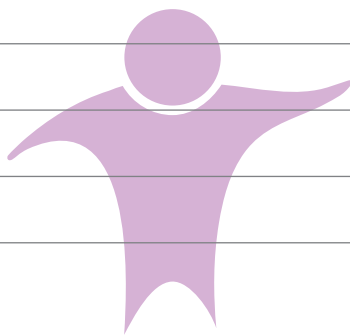
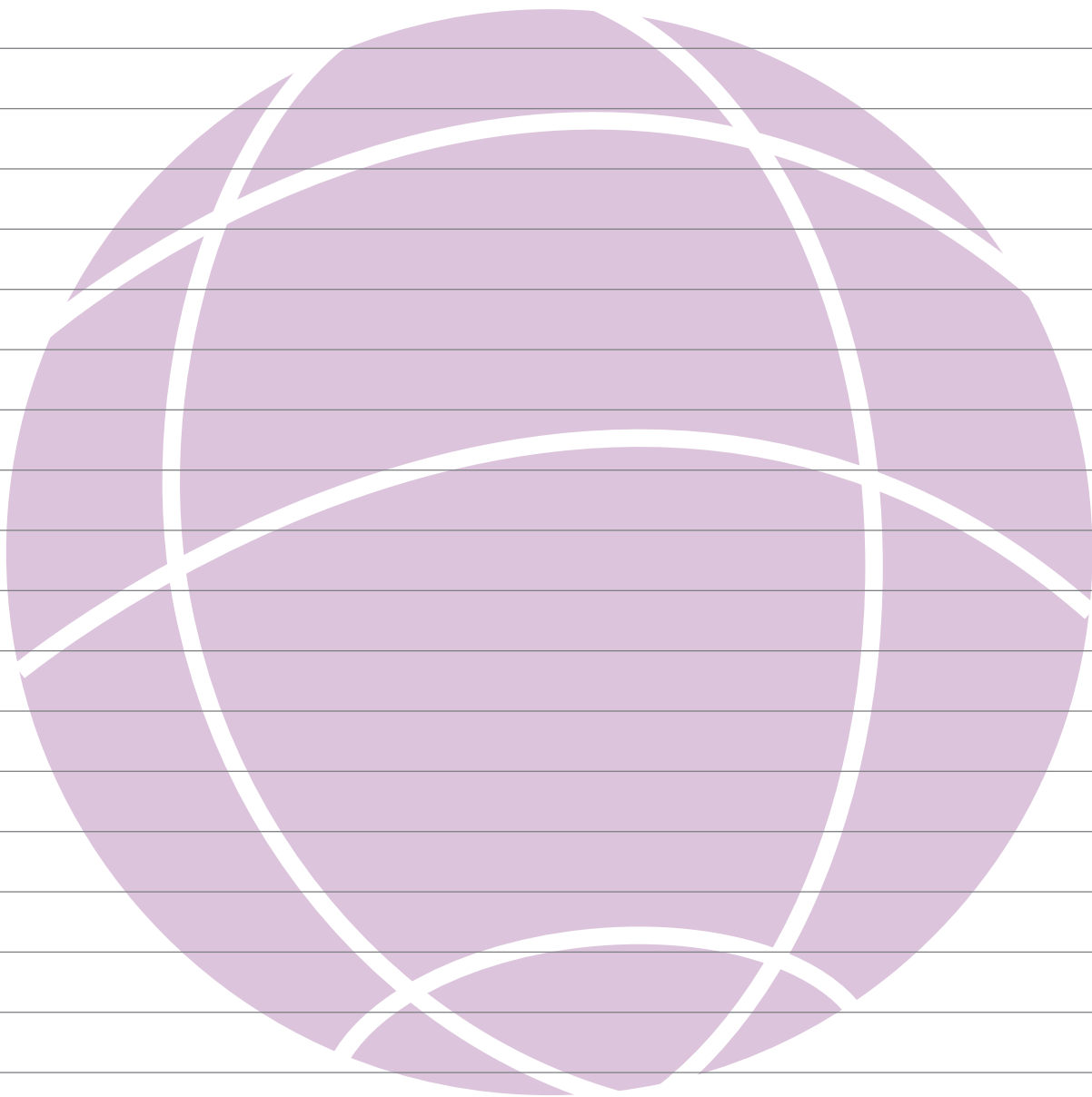
DAGNINO, Evelina. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?. In: Daniel Mato (coord.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización.** Caracas: Universidad Central de Venezuela, 2004, pp.95-110.

GOHN, Maria da Glória. O papel dos conselhos gestores na gestão urbana. In: RIBEIRO, Torres & CLARA, Ana (Comp.) **Repensando la experiencia urbana de America Latina: cuestiones, conceptos y valores.** Buenos Aires: Coleccion Grupos de Trabajo de CLACSO, CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Octubre 2000. p.175-201. Disponível em: <http://168.96.200.17/ar/libros/urbano/gohn.pdf>. Acesso em abril de 2008)

PINTO, Vanessa Daniela Silva. O exercício do direito de participar para democratizar a gestão pública municipal. In: **Ser Social** 15, pp. 57-84, 2004.

RAICHELIS, Raquel. Articulação entre conselhos de políticas públicas – uma pauta a ser enfrentada pela sociedade civil. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 85. São Paulo: Cortez, 2006, pp.109-122.

# Anotações







## Unidade 17

# Por que e como implantar um Conselho Municipal sobre Drogas

\*Déborah Domiceli de Oliveira Cruz

Nesta Unidade, você verá a importância de se implantar um Conselho Municipal sobre Drogas, saberá como o Conselho integra as ações do Governo Municipal com a Sociedade e com os setores, além de conhecer o seu papel no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD.

## Introdução

Você estudou, na Unidade anterior, que a Constituição Federal de 1988 introduziu os princípios da **descentralização** e da **municipalização** na gestão da implementação das Políticas Públicas. Neste sentido, cabe aos Conselhos uma articulação entre o Governo, sociedade e seus órgãos, pois a proximidade existente entre esses setores, em nível municipal, permite o desenvolvimento de políticas públicas adequadas à realidade e dirigidas à responsabilidade compartilhada.

Este capítulo introduz a importância da implantação de um Conselho Municipal sobre Drogas para subsidiar ações coordenadas de diversos órgãos envolvidos com o tema (ex.: Conselho Comunitário de Segurança, Conselho Tutelar, da Educação, da Saúde, dentre outros), bem como garantir, incentivar e articular o planejamento e a avaliação de suas ações com as demais políticas.

Os Conselhos são espaços públicos de articulação entre governo e sociedade definidos por lei. Confira quais as competências, composição, infraestrutura técnica-orçamentária, prevista para criação de um Conselho Municipal sobre Drogas.

## Por que implementar um Conselho Municipal sobre Drogas?

O consumo e impacto das drogas na vida da população é uma questão complexa e perpassa todos os setores da sociedade. De acordo com a última pesquisa realizada, em 2005, pela SENAD em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), 22,8% da população brasileira já usou algum tipo de droga ilícita. Ao se tratar das lícitas, como o álcool e o tabaco, cerca de 74% ingeriu algum tipo de bebida alcoólica e 12,3% são dependentes. No caso do tabaco, 44% já apontaram ter fumando alguma vez na vida e 10,1% tornaram-se dependentes. Esses números indicam a necessidade da elaboração e **integração das políticas setoriais por meio da descentralização das ações** e o estabelecimento de parcerias, para a redução dos riscos e danos do consumo abusivo de qualquer tipo de droga.

Cabe ao Conselho Municipal sobre Drogas promover ações pautadas na Política Nacional sobre Drogas e na Política Nacional sobre o Álcool, de forma integrada, através da **intersectorialidade**, ou seja, integrando os diversos setores afins: educação, saúde, trabalho, direitos humanos, assistência social, cultura, esportes, sociedade civil organizada, dentre outros.

Cada município conta com uma realidade distinta que requer ações diferenciadas em relação à política sobre drogas. Neste sentido, os Conselhos Municipais sobre Drogas devem ser compostos por diferentes atores sociais para aproximar as ações, discussões e debates às reais necessidades e demandas locais.

A implantação de um Conselho Municipal sobre Drogas tem como objetivo proporcionar um diálogo entre atores sociais em prol da **integração** e da **responsabilidade compartilhada** nas ações voltadas à prevenção, ao tratamento ou à reinserção social de usuários de álcool e outras drogas. As ações do Conselho podem, ainda, ampliar e fortalecer a relação entre os diferentes segmentos sociais. Cabe ressaltar que a articulação, entre os segmentos da sociedade civil organizada, também é indispensável para que a mesma ocupe o espaço que lhe cabe quando da elaboração de um Plano Municipal sobre Drogas e seu respectivo acompanhamento e atualização.

## O que é um Conselho Municipal sobre Drogas?

O Conselho Municipal sobre Drogas é o órgão normativo e de deliberação coletiva do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD (Decreto nº 5.912/06), responsável pela elaboração, articulação, implantação, acompanhamento e fiscalização da Política Municipal sobre Drogas, em sintonia com as Políticas Estadual e Nacional sobre Drogas.

## Qual o papel de um Conselho Municipal sobre Drogas?

O principal papel de um Conselho Municipal sobre Drogas, consiste na formulação, acompanhamento, gestão e articulação da Política Municipal sobre Drogas, com a qual deverão estar integradas as demais políticas setoriais e outras áreas afins.

### **Intersectorialidade :**

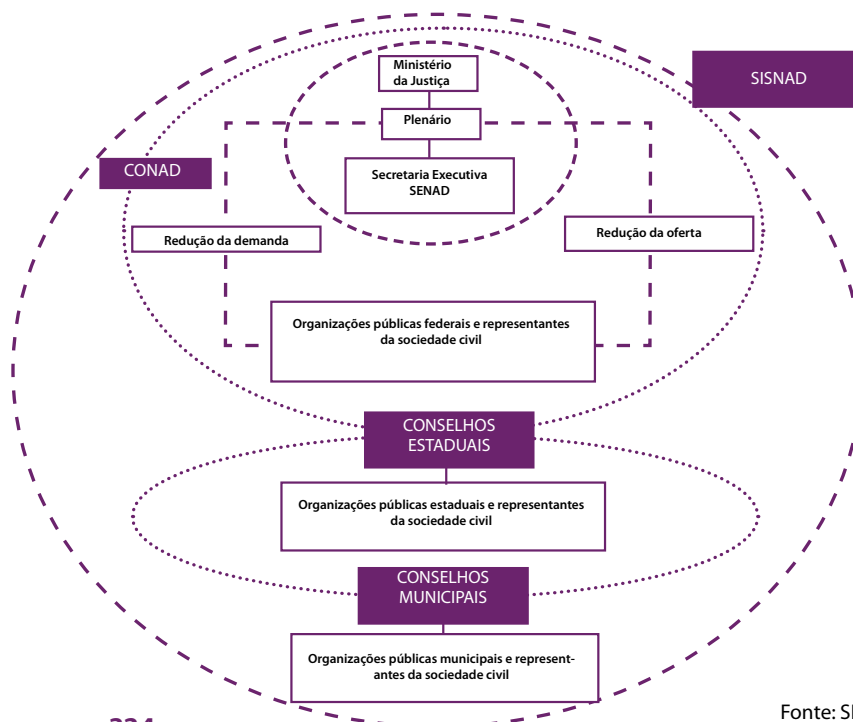
articulação de saberes e de experiências na identificação participativa de problemas coletivos, nas decisões integradas sobre políticas e investimentos, com o objetivo de obter retorno social, com efeitos sinérgicos, no desenvolvimento econômico-social e na superação da exclusão social (Junqueira, Inojoja Komatsu, 998).

## UNIDADE 17

## Principais atribuições dos Conselhos Municipais sobre Drogas

- Formular, acompanhar e manter atualizada a Política Municipal sobre Drogas;
- Promover a articulação da Política Municipal sobre Drogas junto à Câmara Municipal e demais órgãos representantes dos poderes executivo e judiciário (estaduais e federais), com vistas à ação integrada da redução da demanda de drogas;
- Articular e coordenar a Política Municipal sobre Drogas de forma integrada e com o apoio das organizações públicas, da iniciativa privada e da sociedade civil organizada;
- Promover a realização de estudos, debates e pesquisas sobre a realidade da situação municipal sobre drogas, visando contribuir para a elaboração de propostas de políticas públicas;
- Emitir Parecer Técnico sobre o funcionamento e a metodologia adotada por instituições que realizam atividades de forma efetiva na redução da demanda de drogas, para fins de cadastro, na Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD e participação do Edital de Subvenção Social (financiamento de projetos).

## Onde se encontra o Conselho Municipal sobre Drogas dentro da estrutura do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)



As ações governamentais de redução da demanda e da oferta de drogas se organizam, no Brasil, por meio do **Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD**, cuja finalidade consiste em articular, organizar, integrar e coordenar as atividades relacionadas com:

- a. A **prevenção** do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas – atividade coordenada pela **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas** - órgão coordenador central da **redução da demanda** de drogas;
- b. A **repressão** da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas – atividade coordenada pelo **Ministério da Justiça**, por intermédio do Departamento de Polícia Federal - órgão coordenador central da **redução da oferta** de drogas.

O Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD, órgão superior do SISNAD é um órgão colegiado, normativo e de deliberação coletiva que integra a estrutura do Ministério da Justiça.

Ao CONAD compete: acompanhar a Política Nacional sobre Drogas (PNAD); acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD); definir prioridades para as atividades de redução da demanda e da oferta de drogas no país e promover a integração entre seus membros, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, entre outras funções.

Na estrutura do SISNAD, deverão integrar-se e atuar os Conselhos Estaduais e Municipais sobre Drogas.

## Como criar um Conselho Municipal sobre Drogas

Existem alguns procedimentos que podem ser utilizados para a criação de um **Conselho Municipal sobre Drogas** em seu município. Vejamos:

### Fase 1 – Mobilização e Sensibilização

Nesta fase, deve-se definir como será o Conselho. É **fundamental** o **envolvimento** da **comunidade** na proposta de criação do **Conselho Municipal sobre Drogas**.

- O primeiro passo consiste em identificar e contatar lideranças, representantes do poder legislativo, executivo, instituições que oferecem tratamento, serviços nacionais profissionalizantes, sindicatos, movimentos sociais organizados, clubes de serviço, empresas, entre outros interessados em integrar o Conselho.

## Fase 2 – Legislação

Esta é a fase de criação propriamente dita na qual o instrumento jurídico é o **Projeto de Lei**, o qual deve ser submetido a **Câmara Municipal**.

## Fase 3 – Regimento Interno

Nesta fase, será elaborado e aprovado o Regimento Interno, que consiste em um documento que, de acordo com a lei, define a estrutura de funcionamento do Conselho. Ou seja, como será a estrutura do Conselho; forma das reuniões; sua periodicidade; definição de pauta; das deliberações por maioria; do tempo de mandato dos conselheiros; da forma de eleição do presidente e colegiados; atribuições de seus membros; prazos para execução de projetos e/ou ações deliberadas no Conselho; dentre outras.

## Constituição do Conselho Municipal sobre Drogas

O Conselho deve ser constituído por **representantes dos órgãos do governo municipal** que desenvolvam atividades diretamente ligadas ao tema drogas, como por exemplo, a Secretaria de Educação, de Saúde, de Segurança Comunitária, da Criança e do Adolescente, de Assistência e Ação Social, entre outros representantes; **de entidades ou de instituições que já atuam na área da prevenção, tratamento e reinserção social; e representantes da sociedade civil organizada** (igrejas, Organizações não Governamentais, universidades, as lideranças do setor privado, entre outras). O Conselho também deve contar com um corpo técnico que viabilize a atuação do órgão nas áreas de estudos, pesquisas, documentação, acervo, etc.

Tendo em vista que as diversas Secretarias Municipais (segurança, saúde, educação, assistência social, etc) são responsáveis, respectivamente, pelas políticas setoriais do governo, recomenda-se que o Conselho Municipal sobre Drogas esteja vinculado ao Gabinete do Prefeito ou à Secretaria Municipal ou Casa Civil, conforme realidade local, tendo em vista a independência do Conselho.

## **Duração do Mandato dos Conselheiros**

Os Conselheiros, cujas nomeações serão publicadas em Diário Oficial do Município, cumprirão mandato de 2 (dois anos), permitida uma única recondução.

## **Como cadastrar um Conselho Municipal sobre Drogas no SISNAD?**

Para efetivamente estar integrado ao Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, o Conselho Municipal sobre Drogas necessita cadastrar-se junto à Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). O cadastro é simples e primordial para que o município possa se inscrever nos editais de Projetos de Subvenção Social divulgados no site da SENAD. A seguir, os passos para realizar o cadastro:

- o responsável pelo **Conselho Municipal sobre Drogas** deverá acessar o site: **www.senad.gov.br**, preencher a Ficha de Cadastro e enviar via e-mail;
- deverá enviar pelo correio para a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, os seguintes documentos: **cópia do Regimento Interno, cópia da Lei ou Decreto que instituiu o Conselho Municipal sobre Drogas e cópia da nomeação dos Conselheiros;**
- e adotar os mesmos procedimentos para cadastrar o Conselho Municipal sobre Drogas junto ao Conselho sobre Drogas do seu Estado.

## Resumo

Você está encerrando a Unidade 17 deste Curso. Nessa etapa, você estudou que:

- Os Conselhos Municipais são pontes entre a população e o governo, assumindo a cogestão das políticas públicas;
- O importante nos Conselhos é garantir a “paridade” entre Estado e sociedade;
- O Conselho Municipal sobre Drogas deve ser criado pelo Prefeito Municipal e integrar a estrutura básica do seu Gabinete, como órgão de assessoramento;
- O Processo de Municipalização do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas - SISNAD se realiza em três etapas consecutivas: Preparação, Planejamento e Implementação.

Na Unidade 18, no Módulo 4 - último Módulo do livro, você estudará as diferentes formas com que os meios de comunicação tratam o assunto sobre drogas e refletirá sobre o papel da mídia na prevenção ao uso indevido das drogas na sociedade. Até lá!



## Exercícios de fixação



Atenção! Os exercícios de fixação também estão disponibilizados no AVEA. Em caso de dúvidas, entre em contato com seu TUTOR.

1) Cabe ao Conselho Municipal sobre Drogas promover ações pautadas na Política Nacional sobre Drogas de forma integrada, através da \_\_\_\_\_, ou seja, integrando os diversos setores afins: educação, saúde, trabalho, direitos humanos, assistência social, cultura, esportes, dentre outros.

- a. interdisciplinaridade.
- b. multiplicidade.
- c. intersetorialidade.
- d. transetorialidade.
- e. intrasetorialidade.

2) Para criar um Conselho Municipal sobre Drogas, existem alguns procedimentos que podem ser utilizados. Vejamos:

I - Mobilização e Sensibilização

II - Legislação

III - Regimento Interno

IV - Constituição do Conselho Municipal sobre Drogas

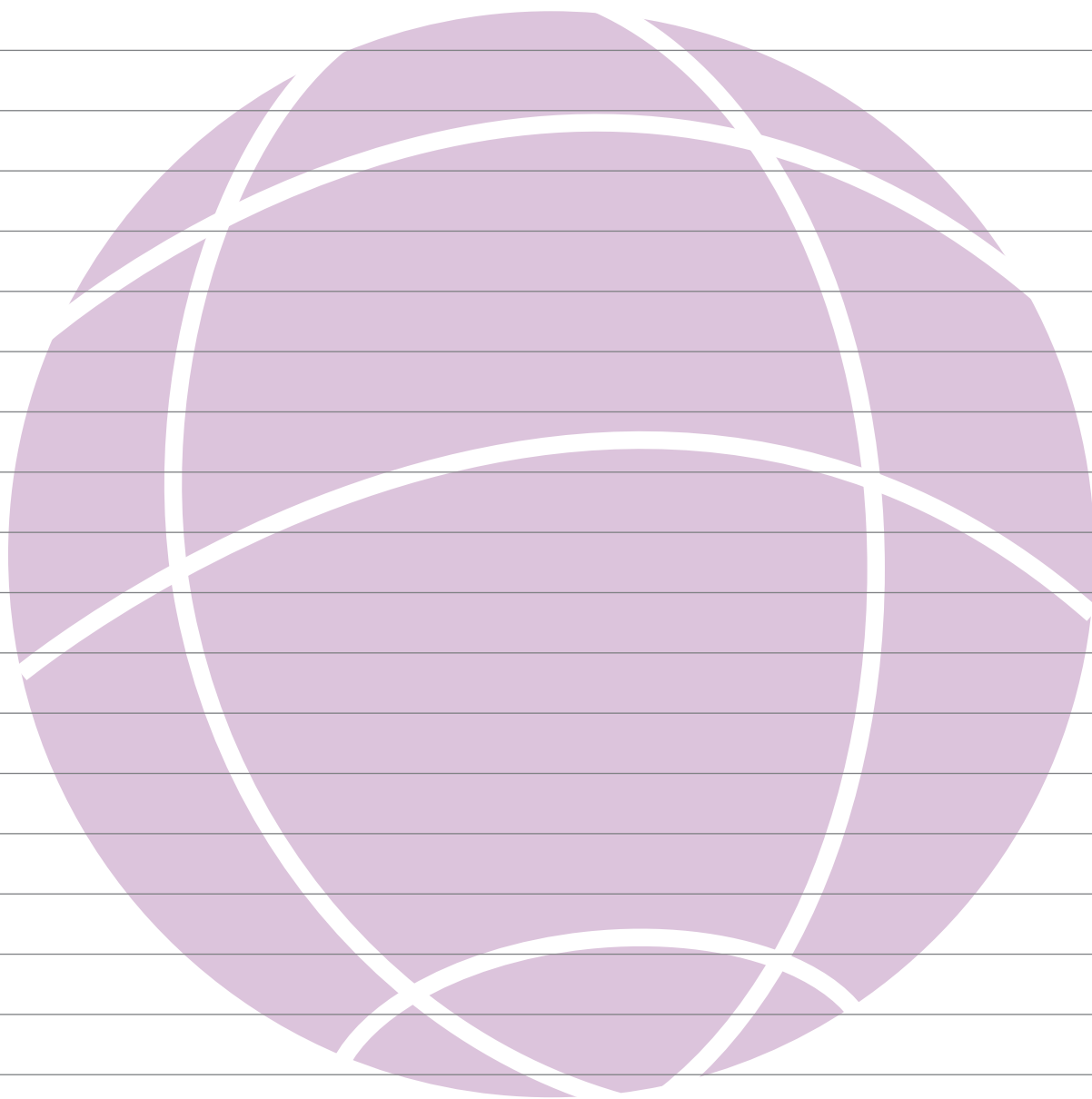
Marque a alternativa correta:

- a. Apenas I e III estão corretas
- b. Apenas I, II e III estão corretas
- c. Apenas IV está correta
- d. Apenas II, III e IV estão corretas
- e. Todas as alternativas estão corretas

## Referências

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. **Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza.** In: **EL TRÁNSITO de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública.** Caracas : Unesco/Clad, 1998.

# Anotações



4



# Módulo IV

## Temas Transversais

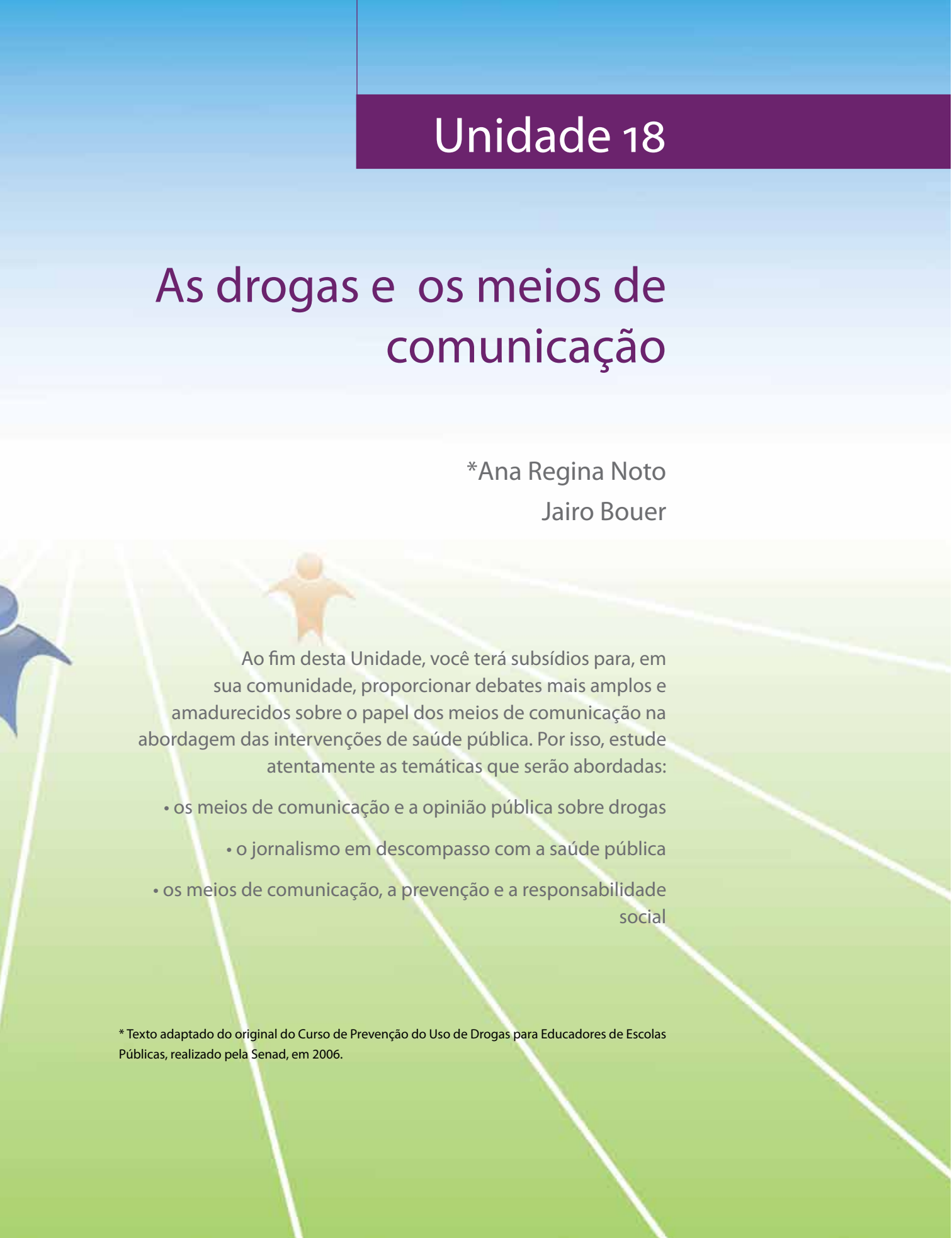
A proposta deste Módulo é refletir sobre temas que estão relacionados ao uso indevido de drogas e que, muitas vezes, passam despercebidos no nosso cotidiano. Dentre esses temas estão: os meios de comunicação, o trabalho infantil, a violência e exploração sexual contra crianças e adolescentes e a mediação de conflitos. Para encerrar o Módulo, serão apresentadas informações sobre a subvenção social.



# Unidade 18

## As drogas e os meios de comunicação

\*Ana Regina Noto  
Jairo Bouer



Ao fim desta Unidade, você terá subsídios para, em sua comunidade, proporcionar debates mais amplos e amadurecidos sobre o papel dos meios de comunicação na abordagem das intervenções de saúde pública. Por isso, estude atentamente as temáticas que serão abordadas:

- os meios de comunicação e a opinião pública sobre drogas
  - o jornalismo em descompasso com a saúde pública
- os meios de comunicação, a prevenção e a responsabilidade social

\* Texto adaptado do original do Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas, realizado pela Senad, em 2006.

## Os meios de comunicação e a opinião pública sobre drogas

Você já estudou que o uso abusivo de álcool e outras drogas é uma questão que envolve vários setores da sociedade. Abrange aspectos jurídicos, policiais, médicos, educacionais, ocupacionais, familiares, entre outros. Trata-se, também, de um tema carregado de crenças, conteúdos emocionais e morais, que foram construídos e legitimados ao longo da história.

Atualmente, a postura social frente ao uso de bebidas alcoólicas e outras drogas é marcada pela contradição do lícito e do ilícito, bem como pela diversidade de opiniões a respeito dos danos, benefícios, prazer e desprazer. Os meios de comunicação acompanham essas contradições. De um lado, a população recebe uma série de informações sobre a violência relacionada ao tráfico e sobre os “perigos das drogas” e, por outro lado, é alvo de sofisticadas propagandas para estímulo da venda de bebidas alcoólicas. Nesse contexto, esses grupos de “drogas” semelhantes em vários aspectos farmacológicos, passam a ser encarados tão distintamente na opinião pública, o que gera posturas extremamente incoerentes sob a ótica da saúde.

No Brasil, a ideia de uma suposta “explosão de uso” de drogas ilícitas a ser combatida foi aos poucos divulgada pela imprensa e assimilada pela opinião pública. Os primeiros estudos epidemiológicos realizados no Brasil, no final da década de 80, mostraram que, até aquele momento, o número de estudantes usuários de substâncias ilícitas era relativamente pequeno e estável. No entanto, alguns anos mais tarde, no início da década de 1990, o número de usuários de maconha e cocaína realmente começou a aumentar.

O fato de a imprensa ter alardeado um aumento do uso de algumas drogas, anos antes de acontecer, poderia ser encarado de várias maneiras: a mídia como indutora do uso (incentivando o uso pelo excesso de informações) ou a mídia como indicador epidemiológico (teria sido capaz de detectar um fenômeno antes de ser mensurado pela ciência). Na verdade, mídia, opinião pública, comportamento de uso de drogas e políticas públicas interligam-se em uma relação complexa.



A imprensa, ao divulgar as inúmeras matérias sobre drogas, não estabelece, necessariamente, o que a população vai pensar, mas coloca em pauta o assunto a ser debatido, influenciando a chamada “agenda pública”. Os temas são colocados em discussão e, dessa forma, são estabelecidas as prioridades.

Cinema, teatro e novelas também têm trabalhado questões relativas ao uso de drogas. A novela “O Clone” e o filme “Bicho de sete cabeças” são alguns exemplos de materiais artísticos que mobilizaram a opinião pública sobre drogas no Brasil.

Diferentemente das demais formas de comunicação, a publicidade tem como objetivo explícito promover a mudança de comportamento. A publicidade de bebidas alcoólicas, especialmente de cervejas, recebe consideráveis investimentos e tem tido grande sucesso na promoção de seus produtos. Em outro contexto, o trabalho dos meios de comunicação com outros temas relacionados à saúde (como, por exemplo, AIDS e câncer de mama) tem sido de fundamental importância para o sucesso das campanhas preventivas e ajudaram a população a superar crenças e priorizar a saúde.

Nesse complexo cenário das drogas na mídia, a opinião pública é construída, consolidando conceitos e crenças da população. Apesar da relevância dos meios de comunicação como um potencial instrumento auxiliar nas políticas públicas, poucos esforços têm sido dedicados à compreensão dessa questão.

### **Jornalismo: em descompasso com a saúde pública**

Com o objetivo de levantar subsídios para discussão a respeito dos meios de comunicação e sua relação com uso de drogas, foram iniciados, no Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), estudos sobre as informações divulgadas em jornais e revistas de todo o País.

Nos anos de 1998, 2000 e 2003, foi observado um grande número de matérias gerais, sem focar alguma droga em especial, com utilização de termos amplos como “dependência”, “vício”, “tóxicos” e “tráfico”. No entanto, entre as matérias que abordaram drogas específicas, foi observado um evidente predomínio do tabaco, na maioria das vezes,

ressaltando os danos decorrentes do uso ou as estratégias para parar de fumar. O número de matérias sobre bebidas alcoólicas, apesar de ter crescido ao longo dos anos, permaneceu aquém do esperado.

Embora não seja possível determinar a frequência ideal de artigos, ao menos seria esperada uma distribuição mais equilibrada, compatível com os indicadores de saúde pública. As bebidas alcoólicas deveriam ser as mais discutidas, uma vez que representam o maior foco de problemas de saúde, seguidas pelo tabaco. Os solventes e os medicamentos psicotrópicos, amplamente usados de forma abusiva pelos jovens, também merecem maior discussão na imprensa.

No entanto, vale ressaltar que, apesar de ainda estar descompassado com a saúde pública, o jornalismo avançou muito nas últimas décadas. Um estudo realizado por Carlini-Cotrim e colaboradores (1994), sobre as matérias jornalísticas das décadas de 1970 e 1980, observou um número muito pequeno de matérias sobre tabaco e álcool e, por outro lado, enfoques muito alarmistas para as drogas ilícitas. O fato de, nos anos de 2000 e 2003, ter sido detectado um cenário jornalístico menos tendencioso, sugere um amadurecimento e alinhamento gradativos entre imprensa e saúde pública.

Por outro lado, a utilização de termos pejorativos e a ênfase “emocional” estampada nos artigos jornalísticos é fator que ainda merece atenção, principalmente, por ter sido observada com maior frequência nos textos de “especialistas” (advogados, médicos, dentre outros). Expressões como “Trata-se de um abismo...” e “o flagelo das drogas” são alguns exemplos do quanto o discurso sobre drogas recebe o tom emocional nos mais diferentes setores da nossa sociedade (Noto et al. 2003).

### Os debates específicos sobre álcool, maconha e cocaína

As matérias sobre bebidas alcoólicas foram abordadas na mídia, em diferentes perspectivas, com crescente enfoque em políticas públicas. Alguns temas específicos receberam maior destaque como, por exemplo, as questões relativas ao trânsito. Essa abordagem vem acompanhada de uma mobilização social, com a mensagem: se beber não dirija, se dirigir não beba, legitimada pela maior restrição para o álcool no trânsito.

As matérias sobre maconha enfocaram a ilegalidade dessa droga. No ano de 2000, cerca de 2/3 das matérias envolveram questões relacionadas à apreensão de droga e repressão ao tráfico. Possivelmente, como sinal de mudança de visão mundial em relação ao assunto, foram observadas várias matérias sobre uso terapêutico (“Remédio de maconha”) e descriminalização da maconha (“Descriminalização da maconha em debate”). As consequências negativas específicas do uso da maconha foram abordadas em menor proporção do que o observado para tabaco, cocaína e álcool.

A cocaína e o crack são as drogas que mais recebem enfoque de repressão ao tráfico, apreensões, repressão ao cultivo, repressão ao uso e consequências do tráfico. As consequências negativas do uso também foram alvo de várias manchetes. Entre as principais consequências, destacam-se a dependência e os problemas cardiovasculares, com manchetes como “Drogados têm mais chances de infartar”.

## O discurso sobre as formas de lidar com a questão

Nos jornais, foi observado também um número considerável de artigos destacando questões relativas ao tráfico e à repressão. Esse tema chegou a superar os demais aspectos relativos ao uso de drogas, como saúde, educação, políticas públicas e legislação.

Os focos desses artigos ficaram em torno das ocorrências de apreensão, incineração de drogas, erradicação de plantações ou a prisão de pessoas que estavam transportando drogas ilícitas. Essas matérias foram, em geral, publicadas em artigos relativamente pequenos, basicamente informativos, muitas vezes, sem especificar adequadamente a droga em questão e com abordagem pouco cuidadosa.

Apesar do crescente número de matérias factuais e repressivas para a maconha e a cocaína, entre 2000 e 2003, foi observado, para as bebidas alcoólicas, aumento na frequência de temas relativos a políticas públicas. Isso significa uma melhora na cobertura jornalística para o álcool nos últimos anos (Mastroianni, 2006).

Paralelamente, apesar do avanço qualitativo observado nas últimas dé-

casas, o jornalismo brasileiro carece de debates mais amplos e amadurecidos na abordagem das intervenções de saúde pública. A diversidade de opções terapêuticas e a possibilidade de recuperação são temas pouco explorados ou tratados de forma superficial.

As matérias sobre prevenção, embora mais trabalhadas, ainda poderiam oferecer uma visão menos persecutória e mais otimista, valorizando as potencialidades da comunidade, da escola e da família.

## Os meios de comunicação, a prevenção e a responsabilidade social

Apesar de diversos estudos apontarem os limites das intervenções preventivas puramente informativas sobre o uso de drogas, parece ser inegável a importância de seu papel. Como mencionado anteriormente, os meios de comunicação têm prestado auxílio a vários programas de saúde, seja por meio das informações jornalísticas ou por meio das campanhas publicitárias elaboradas, especificamente, com essa finalidade. No entanto, quando se trata do uso indevido de drogas, os recursos da mídia vêm sendo pouco estudados e explorados como instrumentos de prevenção.

Em uma pesquisa qualitativa sobre a atitude dos jornalistas, Mastroianni (2006) observou que os profissionais consideravam superficial a cobertura sobre drogas em decorrência, principalmente, da “falta de tempo” e da “concorrência” entre os jornais/revistas. Esses dados mostram a necessidade de pesquisas e de debates que estimulem a qualidade das matérias sobre drogas no País. A responsabilidade social da mídia tem sido apontada, também, como um fator importante a ser considerado.

No setor jornalístico, vale salientar o trabalho da Agência Nacional dos Direitos da Infância (ANDI), que vem divulgando uma série de estudos sobre mídia e mobilização social. Essa iniciativa tem como objetivo instrumentalizar os profissionais de comunicação a praticar um jornalismo socialmente responsável frente as diferentes temáticas relativas à infância e adolescência.

## A mídia como aliada

A mídia é um poderoso instrumento nos tempos modernos, em que a informação parece ser a alma do negócio, tanto para o bem quanto para o mal. Quando pensamos em adolescentes e jovens, a força da mídia é ainda mais intensa.

Pare um pouco e reflita: um grande desafio que se coloca para quem trabalha com prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas é “de que forma é possível utilizar a mídia como aliada?”. Se boa parte da mídia se ocupa em trazer mensagens, informações e conteúdos que estimulam o consumo e a experiência com as drogas, como ganhar espaço para falar de educação e prevenção? Ao continuar a leitura, você terá indicações sobre como atuar nessas questões.

Nas letras de música pop, a maconha é idealizada. Nos filmes, atores fumam com glamour seus cigarros. As propagandas de cerveja, trazendo situações sempre paradisíacas, invadem a casa e o imaginário dos jovens sem interrupção. Os jornais noticiam, com frequência, apreensões de drogas e prisão de traficantes. Nesse universo, como pensar em um espaço que possa educar e informar?

É interessante notar que, de alguns anos para cá, a questão do álcool, do cigarro e das drogas ilícitas sensibilizou boa parte de quem decide na mídia brasileira. Não há jornalista, editor ou dono de empresa de comunicação que não parou para pensar nessa questão. Alguns percebem que têm um canal e um espaço importante para esclarecer e tentar fazer prevenção com seu público.

Espaços que discutem a questão das drogas têm se tornado mais frequentes na mídia nacional, da mesma forma que a AIDS e o sexo protegido ganharam destaque a partir da década de 80.

Uma das grandes vedetes da mídia nacional, as novelas, tem se ocupado, seguidamente, da questão do álcool e de outras drogas. Personagens envolvidos com drogas e álcool, a repercussão da dependência na família e na vida do usuário, tudo isso está lá, quase que diariamente na telinha do brasileiro.

Nem sempre a abordagem em ficção é a melhor em termos de educação e prevenção, mas a discussão do tema, por si só, já é capaz de gerar impacto na população.

Além desse exemplo, vale a pena prestar atenção em atitudes de TVs segmentadas e de revistas e jornais para o público jovem que, embora gerem um impacto menor em termos de audiência, têm maior liberdade para ousar mais e arriscar projetos mais efetivos para informação e educação.

A emissora MTV, por exemplo, há anos elabora algumas vinhetas e campanhas que mostram, de forma moderna e atraente, a discussão do impacto e do risco no uso de álcool e outras drogas. As TVs educativas, muitas vezes, trazem discussões sobre o assunto em sua grade de programação.

Jornais e revistas também dedicam espaços para que o jovem possa se informar e discutir a questão das drogas. Serviços especializados em saúde, como o Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, que traz a cada semana uma dúvida do público esclarecida por um especialista, além de uma página especial para os mais jovens, também ajudam nesse sentido.

Trabalhos como estes podem, sem dúvida nenhuma, gerar um aumento do nível de informação e da discussão sobre a questão das drogas na população brasileira. Nas últimas duas décadas, viu-se essa discussão acontecer de forma aberta, direta e com grande mobilização dos veículos de comunicação e da população na questão da AIDS.

O tom das abordagens mudou muito nesses 20 anos e a experiência acumulada foi fundamental para que o discurso ficasse mais afinado. Com a questão das drogas, talvez mais plural e complexa do que a questão da sexualidade, a tentativa de se achar a linguagem e o foco adequados está apenas começando. Há um longo caminho a ser percorrido.

Esse caminho ficará mais rico e mais diverso se, a exemplo do que aconteceu na discussão sobre a AIDS, todos os setores da sociedade envolverem-se na discussão.

Talvez fique a impressão de que essas atitudes são modestas frente a grande pressão que outros setores da mídia exercem sobre o estímulo ao beber, ao fumar ou ao experimentar drogas. Contudo, é com um olhar atento nessas experiências recentes e na receptividade que elas vão obter junto aos especialistas, autoridades, anunciantes e população que se poderá pensar e planejar estratégias de maior impacto.

**A mídia é um instrumento poderoso e, quando aliado, pode ser muito útil para o campo da prevenção.**

Durante a próxima semana, procure identificar, nos meios de comunicação, uma ou duas pautas factuais que abordem o tema “drogas”. Estão valendo matérias em revistas, jornais, sites jornalísticos ou na televisão (noticiário ou outros programas). Embasado no conteúdo dessa Unidade, busque avaliar objetivamente a condução da matéria desenvolvida pelo meio de comunicação. O meio prestou um serviço abordando o assunto? Esclareceu algum conceito para o leitor/espectador ou apenas trouxe informações sem valor construtivo? Qual a leitura, enquanto conselheiro, que você faz da abordagem desse assunto pelo meio de comunicação? E como você acha que outras pessoas menos instruídas reagiram/podem reagir ao ler/assistir a estas informações? Registre suas avaliações por escrito e compartilhe-as (sem esquecer de copiar ou descrever a matéria avaliada) no fórum do ambiente virtual. Se tiver dúvidas sobre como fazer isso, procure o seu tutor!



## UNIDADE 18

## Resumo

Você está encerrando a Unidade 18 deste Curso. Nessa etapa, você estudou que os meios de comunicação, historicamente, avançaram no papel de esclarecer a sociedade quanto ao uso abusivo de álcool e outras drogas, mas claramente ainda não cumprem todo o seu potencial nesse sentido. Uma forma de avançar nesse caminho é contribuir para que todos os setores da sociedade envolvam-se na discussão.

Na Unidade 19, você irá refletir sobre os riscos enfrentados pela criança e o adolescente no contexto das drogas, com ênfase no trabalho infantil. Até lá!



## Exercícios de fixação

1. Com relação aos meios de comunicação e a opinião pública sobre drogas, marque a alternativa errada:
  - a. Os meios de comunicação acompanham as contradições, quando se trata do tema DROGAS.
  - b. A postura social frente ao uso de bebidas alcoólicas e de outras drogas é marcada pela oposição do lícito e do ilícito, e pela diversidade de opiniões a respeito dos danos, benefícios, prazer e desprazer.
  - c. O fato de a imprensa ter alardeado um aumento do uso de algumas drogas, anos antes de acontecer, poderia ser encarado como a mídia sendo indutora do uso.
  - d. A publicidade tem como objetivo explícito promover a mudança de comportamento.
  - e. Nesse complexo cenário das drogas na mídia, a opinião pública é construída, consolidando conceitos e crenças da população.
  
2. A mídia é um poderoso instrumento nos tempos modernos, em que a informação parece ser a alma do negócio, tanto para o bem quanto para o mal. A publicidade, principalmente, tem como objetivo explícito promover os produtos, por meio da mudança de comportamento. Qual a população que a mídia investe com mais força:
  - a. Crianças e idosos.
  - b. Adultos jovens e idosos.
  - c. Crianças e adolescentes.
  - d. Adolescentes e adultos jovens.
  - e. Adolescentes e idosos.



Atenção! Os exercícios de fixação também estão disponibilizados no AVEA. Em caso de dúvidas, entre em contato com seu TUTOR.

## Referências

ANDI (Agência Nacional dos Direitos da Infância). **Equilíbrio distante: tabaco, álcool e adolescência no jornalismo brasileiro**. Série Mídia e Mobilização Social vol 3. São Paulo: Cortez, 2003.

ANDI (Agência Nacional dos Direitos da Infância). **Mídia e drogas**. São Paulo: Cortez, 2005.

CARLINI-COTRIM, B; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R. & PINSKY, I. A mídia na fabricação do pânico de drogas: um estudo no Brasil. **Comunicação & Política** 1(2), 1994, p. 217-230.

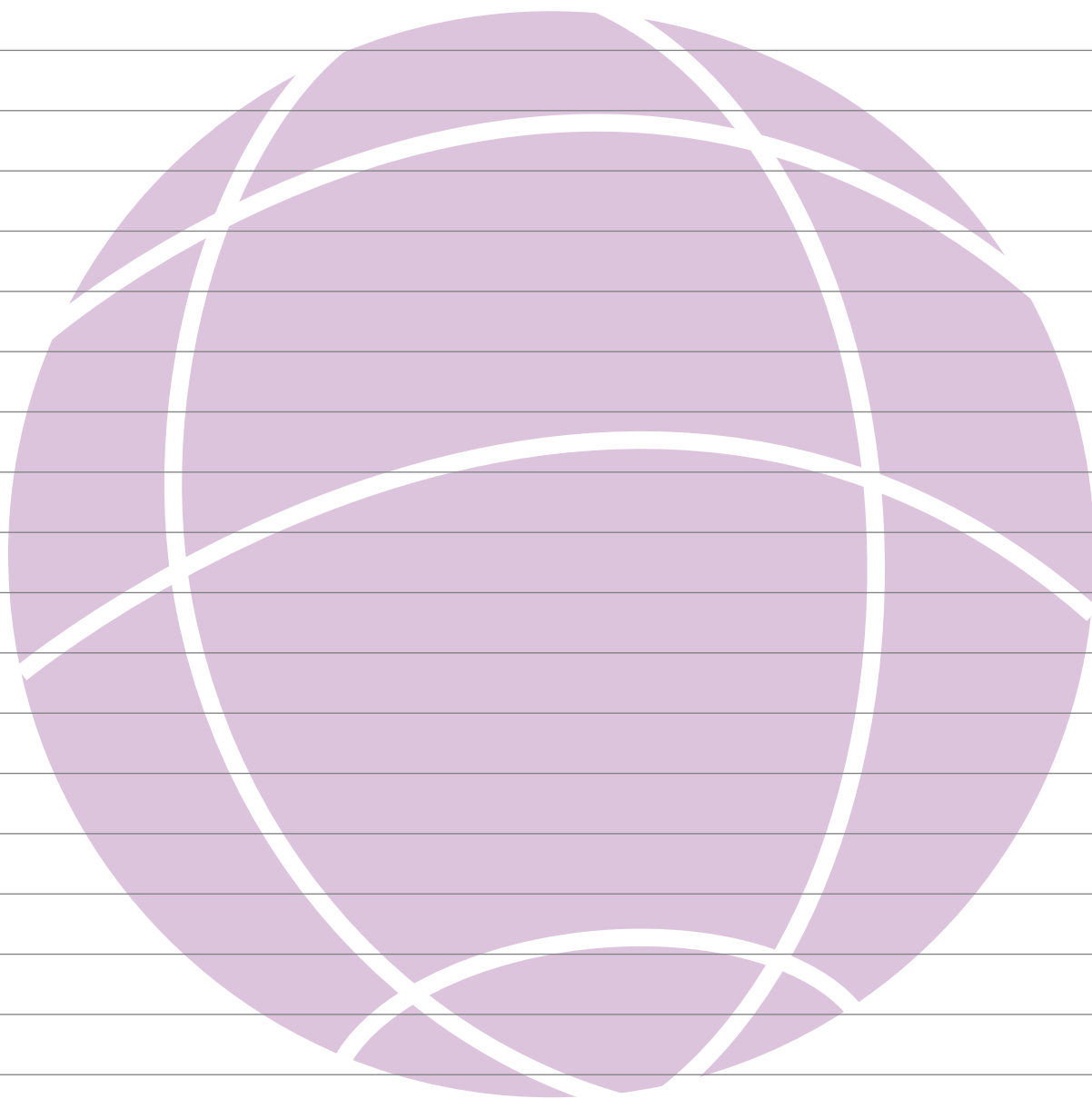
GORGULHO, M. “The role of the media in promoting responsible alcohol use”. In: BUNING, E.B.; GORGULHO, M.; MELCOP, A.G. & O’HARE, P. **Alcohol and harm reduction: an approach for countries in transition**. ICAHRE (International Coalition on Alcohol and Harm Reduction), 2003.

MASTROIANNI FC. **As drogas psicotrópicas e a imprensa brasileira: Análise do material publicado e do discurso dos profissionais da área do jornalismo**. Tese. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2006.

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

NOTO, AR; PINSKY, I & MASTROIANNI, F. Drugs in the Brazilian print media: an exploratory survey of newspaper and magazine stories in the year 2000. **Substance Use and Misuse** 41, 2006.

# Anotações





# Unidade 19

## Trabalho infantil: fator de risco para a violência e para o uso de álcool e outras drogas

\*Alissandra Alves Rodrigues,  
Deuzinéa da Silva Lopes  
Joaquim Travassos Leite

Nesta Unidade, você verá a importância da erradicação do trabalho infantil, pois além de prejudicar a frequência à escola, os estudos, o lazer e a própria convivência familiar e comunitária, causa amadurecimento precoce. Você estudará os seguintes assuntos:

- \* conceitos e consequências do trabalho infantil
- \* a rede de proteção da criança e do adolescente
- \* as principais modalidades de trabalho infantil verificadas no Brasil
- \* as formas de combate e denúncia

\* Texto adaptado do original do Curso Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros Municipais, 2008.

Entende-se como *trabalho infantil* todo trabalho executado em atividades econômicas e/ou atividades de sobrevivência, com ou sem finalidade de lucro, remuneradas ou não, por crianças ou adolescentes em idade inferior a 16 (dezesesseis) anos, independentemente da sua condição ocupacional.<sup>1</sup>

A legislação brasileira ratificou as disposições contidas nas convenções internacionais que tratam da defesa dos direitos da infância, proibindo a utilização da mão-de-obra de crianças e adolescentes, de acordo com as seguintes condições:

- **até 14 anos**, a criança e o adolescente não podem trabalhar independentemente do local de trabalho ou tipo de atividade;
- **de 14 a 16 anos**, o adolescente pode trabalhar exclusivamente na condição de aprendiz, experiência que deve ser devidamente registrada na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), pois o aprendiz possui um contrato de trabalho especial com direitos trabalhistas garantidos. Parte do seu tempo deve ser dedicado à realização de um curso profissional e a outra parte a aprender e praticar no local de trabalho aquilo que foi ensinado no curso;
- **de 16 a 18 anos**, o adolescente poderá exercer atividade remunerada, com registro na CTPS, não mais limitada apenas à aprendizagem, desde que esta atividade não comprometa seu processo de formação e desenvolvimento físico, psíquico, moral e social. Sendo assim, são proibidos trabalhos noturnos, perigosos, insalubres ou penosos e aqueles realizados em locais que não permitam a frequência à escola.

Contrariando os dispositivos legais, a mão-de-obra infantil ainda é utilizada no campo e nas cidades das diferentes regiões do país: na cultura da cana-de-açúcar, do fumo, da laranja, do sisal, nas carvoarias, madeiras, olarias, pedreiras, lixões, casas de farinhas, feiras livres, como engraxates ou vendedores ambulantes, em serviços domésticos ou em atividades ainda mais aviltantes, como a exploração sexual comercial, a pornografia ou em outras atividades ilícitas, como o tráfico de drogas comprometendo seriamente sua formação e seu desenvolvimento.

---

<sup>1</sup> Neste texto, optou-se pela utilização do termo “trabalho infantil” referindo-se às atividades realizadas por crianças e adolescentes até 16 anos de idade, distinguindo do trabalho permitido por lei aos adolescentes.

A realidade do trabalho infantil é complexa e violenta, reflexo das desigualdades sociais que conduzem crianças e adolescentes, oprimidos pela dura realidade da luta pela sobrevivência e pelo desemprego ou subemprego dos pais, para o trabalho. São excluídos das atividades próprias da sua fase de desenvolvimento (como brincar, estudar, passear) e têm seu futuro comprometido por diversos problemas de saúde. Sofrem a violência da negação de seus direitos e convivem com a conivência da sociedade que entende seu trabalho como inevitável e até desejável em face da vulnerabilidade social de suas famílias. O cenário é de tristeza, insegurança e insatisfação com a vida, que aumenta à medida que as expectativas de superação dessa condição diminuem, aumentando, também, a fragilidade dessas crianças e adolescentes, diante dos vários fatores de risco para a violência e para o uso de álcool e de outras drogas.

A violência praticada por adultos contra crianças e adolescentes com o uso intencional da força, do poder físico e da ameaça, é utilizada para mantê-los trabalhando, puni-los ou controlá-los. E é neste contexto que crianças e adolescentes em situação de pobreza e/ou vulnerabilidade social, com vínculos afetivos e familiares fragilizados, convivendo com adultos que não possuem o compromisso de protegê-los e mantê-los a salvo de situações aviltantes, podem buscar no uso de álcool ou de outras drogas o alívio para suas angústias, carências e dificuldades de superação dos seus problemas.

Por esses motivos, conhecer sua realidade e firmar o compromisso de assegurar os direitos garantidos a essa população constitui não só um importante passo para a erradicação do trabalho infantil como também para a prevenção da violência e do uso de álcool e de outras drogas nessa faixa etária.

## **A rede de proteção da criança e do adolescente e o trabalho infantil**

Com o *Estatuto da Criança e do Adolescente* (ECA), foi instituído o Sistema de Garantia de Direitos, organizado em um conjunto de ações governamentais e não governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de proteger crianças e adolescentes submetidos a violações de direitos e também de prevenir a ocorrência dessas violações.

Esse Sistema pode ser facilmente identificado como uma **Rede de Garantia de Direitos**, que deve ser articulada e integrada por:

- instituições governamentais;
- instituições não governamentais;
- Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente;
- Conselhos Tutelares.

Situações identificadas como exploração de trabalho infantil devem ser encaminhadas para a autoridade mais próxima, componente da **Rede** que poderá tomar, dentre outras, as seguintes medidas:

- identificação e responsabilização do empregador e/ou explorador;
- encaminhamento da criança, do adolescente e de sua família a programas de inclusão social ou de profissionalização;
- encaminhamento a unidades de saúde, nos casos necessários;
- encaminhamento a instituições oficiais de ensino.

É importante conhecer os principais componentes dessa **Rede** – ou Sistema - de Garantia de Direitos para acioná-los sempre que necessário.

**a. Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente** - controlam e monitoram a execução das ações previstas na política de atendimento a crianças e adolescentes nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal.

**b. Conselhos Tutelares**<sup>2</sup> - recebem denúncias de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão e realizam suas atribuições executivas de atendimento e acompanhamento de cada caso para definir a melhor forma de resolução do problema, podendo, inclusive, requisitar serviços

---

<sup>2</sup> Mesmo previstos em Lei, ainda não são todos os municípios que possuem Conselho Tutelar. Nesses casos, as atribuições a ele conferidas devem ser exercidas pela "autoridade judiciária", ou seja, o Juiz da Infância e da Juventude ou o Juiz que exerce essa função na localidade (Art.262 e 146 do ECA). Não existe Conselho Tutelar nos níveis estadual e federal. Seus membros são escolhidos mediante processo eleitoral na própria comunidade. Ver artigos 131 a 140 do ECA.



públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança.

**c. Delegacias Regionais de Trabalho** - órgãos do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), onde estão lotados os Auditores-Fiscais do Trabalho, responsáveis pelas seguintes atribuições legais:

- executar ações de fiscalização em locais onde haja a utilização de mão-de-obra de crianças e adolescentes, abaixo da idade mínima permitida pela legislação, em atividades que exijam ou não vínculo empregatício, tanto no meio urbano quanto no rural;
- promover o afastamento imediato de crianças e adolescentes dos locais de trabalho prejudiciais e proibidos, nos quais estejam sendo explorados e o consequente acionamento das entidades que compõem a Rede de Garantia de Direitos, a fim de assegurar a inserção dessas crianças e adolescentes em programas sociais;
- realizar a inspeção das condições e dos ambientes de trabalho visando promover os direitos trabalhistas dos adolescentes oriundos de relações de emprego sem a proteção prevista na legislação;
- fiscalizar o cumprimento da obrigatoriedade de contratação de aprendizes pelas empresas, propiciando a garantia do direito à profissionalização de adolescentes.

**d. Ministério Público do Trabalho - MPT** - atua no combate ao trabalho infantil e à exploração do trabalhador adolescente com ações que vão desde o recebimento de denúncias, a instauração de procedimentos investigatórios, inquéritos civis públicos e outras medidas administrativas até o ajuizamento de ações judiciais, quando comprovada a irregularidade.

**e. Órgãos Executores da Política de Assistência Social** - desenvolvem suas ações visando garantir a proteção da infância, da adolescência e da família, que necessitam de algum ampa-

ro assistencial, com o objetivo de assegurar a não inserção de crianças e adolescentes no trabalho ou o não retorno às atividades laborais proibidas. Podem, ainda, viabilizar o acesso das famílias aos programas de profissionalização e de inclusão social, como o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI e o Programa Bolsa Família.

Crianças e adolescentes encontrados em situação de trabalho infantil pela inspeção do trabalho possuem prioridade de inclusão no PETI. Caso o município não seja atendido pelo PETI ou não possua meta (vaga) disponível para a inclusão da criança ou do adolescente, o conselho tutelar poderá oficiar o órgão gestor municipal ou a coordenação nacional do PETI, no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS, para as providências cabíveis.

- f. **Justiça da Infância e da Juventude** - composta por Varas especializadas do Poder Judiciário, aplicam a lei para a solução de conflitos relacionados aos direitos da criança e do adolescente.
- g. **Escola** - uma de suas funções é comunicar aos Conselhos Tutelares a ocorrência de evasão escolar e de faltas injustificadas, que constituem, geralmente, fortes indícios da ocorrência de trabalho infantil.

Importante, também, é o papel da escola para a divulgação de informações sobre o tema, ao promover discussões com a comunidade escolar sobre:

- tópicos da legislação que prevê a proteção das crianças e adolescentes;
- sérios prejuízos físicos, intelectuais e emocionais que o trabalho infantil pode causar;
- outros assuntos relacionados ao tema.

- h. **Estabelecimentos de saúde** - ao promover a atenção integral à saúde, são capazes de identificar e encaminhar crianças

e adolescentes explorados em atividades laborais e prestar o atendimento necessário. Podem, ainda, avaliar a associação entre o trabalho e os problemas de saúde apresentados.

**Os Agentes de Saúde da Família** podem ser grandes aliados da Rede de Garantia de Direitos no combate ao trabalho infantil, por possuírem importante atuação e penetração na comunidade, pois chegam a locais que poucos profissionais alcançam. Esse fato favorece a denúncia de violação de direitos, fator vital para o acionamento e atuação dos demais órgãos responsáveis pela proteção da criança e do adolescente.

## **As principais modalidades de trabalho infantil verificadas no Brasil**

### **De início, o que fazer?**

A localização, a identificação, o diagnóstico e o afastamento de crianças ou adolescentes de um local ou de uma atividade laboral proibida constituem o primeiro passo ou primeiro estágio de uma série de ações que precisam ser deflagradas pelos órgãos componentes da **Rede** para o resgate dos direitos violados.

Entre as diversas atividades em que se emprega a mão-de-obra de crianças e adolescentes no Brasil, destacam-se as relacionadas a seguir.

### **O Trabalho Infantil Doméstico (TID)**

Existem atividades realizadas por crianças e adolescentes no âmbito doméstico que não afetam a saúde, o desenvolvimento físico, mental e emocional, não interferem no lazer e nem na educação (horários de frequência às aulas e à escola e de estudos e/ou realização das atividades escolares). Tais atividades não precisam ser combatidas e são diferentes do trabalho infantil doméstico – TID, identificado como aquele que priva as crianças e adolescentes da sua infância e que é nocivo ao seu desenvolvimento.

Toda criança deve ser ensinada sobre deveres, obrigações e sobre a importância do trabalho. Toda criança pode ajudar os pais em casa e participar de alguns afazeres domésticos, bem como pode brincar o tempo que quiser, desde que nada disso atrapalhe ou impeça o seu tempo para

estudo e frequência à escola. E, neste contexto, nenhum adulto tem o direito de usar em seu benefício nem de sua família qualquer vantagem que se possa ganhar com o trabalho infantil. Sobrecarregar crianças ou adolescentes com tarefas do lar, como prioridade da sua vida, é uma das piores formas de exploração do trabalho infantil, seja este trabalho pago ou não, seja ele para a própria família ou para outras pessoas.

O Trabalho Infantil Doméstico (TID) é proibido para menores de 16 anos em todas as modalidades:

- para a própria família;
- em caso de terceiros, sem residir no domicílio do empregador;
- em caso de terceiros, quando a criança/adolescente reside no domicílio do empregador.

Uma importante preocupação neste campo refere-se às violências a que crianças e adolescentes ficam expostos, pois, além de excluídos da educação formal e submetidos ao trabalho pesado, muitos sofrem abusos psicológicos (como agressões verbais de todos os tipos), abusos sexuais e físicos.

## A quem denunciar?

Em todas essas modalidades, os casos de suspeita ou de confirmação da exploração da mão-de-obra infantil devem ser encaminhados ao **Conselho Tutelar do Município e/ou ao Ministério Público do Trabalho**, para serem realizadas as ações cabíveis tanto para a proteção das crianças e dos adolescentes envolvidos como para a atenção aos pais ou responsáveis e a responsabilização dos empregadores. Nesses casos, o Conselho Tutelar poderá aplicar as medidas de proteção previstas no art. 101 do ECA (Exceto a medida prevista no inciso “VIII – colocação em família substituta”, que é privativa da autoridade judiciária).

## Medidas de proteção Previstas no Art. 101 do ECA

1. encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade;

2. orientação, apoio e acompanhamento temporários;
3. matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;
4. inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente;
5. requisição de tratamento médico, psiquiátrico ou psicológico, em regime hospitalar ou ambulatorial;
6. inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;
7. abrigo em entidade.

O trabalho infantil doméstico deve ser combatido porque, além de prejudicar a frequência à escola, os estudos, o lazer e a própria convivência familiar e comunitária, causa amadurecimento precoce geralmente associado a um entristecimento da criança e do adolescente privados das atividades típicas de sua condição de desenvolvimento, como brincar, conviver com outras crianças, estudar e descansar adequadamente.

### **Trabalho infantil em regime de economia familiar**

- Consiste na utilização da mão-de-obra de crianças e adolescentes em atividades econômicas direcionadas à sobrevivência e manutenção da própria família. O produto do trabalho é revertido para seu autoconsumo e sustento da família, sem existir, portanto, relação de emprego.
- Essas atividades são desenvolvidas em sua maioria, na zona rural, onde, por questões culturais e também por necessidade de sobrevivência, são toleradas e até incentivadas pela comunidade.
- Nas cidades, também é muito comum encontrar pais com seus filhos vendendo produtos nas ruas, muitas vezes produzidos por eles mesmos.
- Nesses casos, cabe denúncia ao Conselho Tutelar do Município e/ou ao Ministério Público no Estado.

- Caso seja possível identificar a existência de beneficiários diretos do trabalho realizado pelos membros da família, com caracterização de relação de emprego, devem-se encaminhar as denúncias às Delegacias Regionais do Trabalho e/ou ao Ministério Público do Trabalho para que as providências legais sejam tomadas.

## **Trabalho de crianças e adolescentes em lixões**

Essa modalidade não se restringe aos grandes centros urbanos. Está presente em muitos municípios que não possuem destino adequado para os resíduos sólidos, jogados em locais de depósito e armazenamento altamente insalubres.

Relatos apontam inúmeros casos de crianças e adolescentes intoxicados por consumirem alimentos deteriorados encontrados nos lixões.

O Conselho Tutelar do município pode solicitar diligências para verificar, nos lixões e aterros sanitários, a presença de crianças ou de adolescentes que trabalham e proceder à sua imediata retirada e à aplicação das medidas de proteção cabíveis a cada caso.

As denúncias também podem ser encaminhadas ao Ministério Público do Trabalho.

## **Trabalho de crianças e adolescentes no narcotráfico**

A mão-de-obra infantil também é utilizada por traficantes, que se aproveitam da condição peculiar da criança e do adolescente, considerados seres em desenvolvimento, bem como das suas garantias legais.

Contudo, crianças e adolescentes envolvidos na entrega e venda de drogas ou na segurança armada do tráfico cometem ato infracional. Podem responder por esse ato, conforme previsto no ECA, que estabelece medidas judiciais diferenciadas, conforme sua faixa etária.

A criança fica sujeita a medidas de proteção previstas no art. 101, e o adolescente, a medidas socioeducativas do seu art. 112, que prevê como medida mais severa a internação em estabelecimento educacional por um período máximo de três anos.

## A quem denunciar?

As denúncias de envolvimento de crianças e adolescentes com o narcotráfico devem ser encaminhadas **às autoridades policiais e ao Ministério Público** para apuração, repressão e persecução criminal de adultos envolvidos.

Além disso, deve-se providenciar a apresentação das crianças e dos adolescentes encontrados em flagrante de ato infracional à autoridade judiciária (Juiz da Infância e Juventude).

O envolvimento de crianças e adolescentes em atividades relacionadas com o tráfico de drogas ocorre em um contexto de violência e exposição a inúmeras situações de risco, que os tornam extremamente vulneráveis ao uso de drogas pelo acesso direto às mais variadas substâncias.

Muitas crianças se tornam dependentes e necessitam de tratamento especializado, o que requer o acionamento das instituições de saúde.

## As piores formas de trabalho infantil

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) definiu, entre as diversas atividades laborais, as piores formas de trabalho infantil, que constituem violações de direitos e situações que os expõem a graves riscos de saúde, em função da violência a que geralmente são submetidos. São elas:

- todas as formas de escravidão ou práticas análogas, como a venda e o tráfico de crianças, a servidão por dívida e a condição de servo, e o trabalho forçado ou obrigatório de crianças e seu recrutamento para serem utilizadas em conflitos armados;
- a utilização, o recrutamento ou a oferta de crianças para a prostituição, a produção de pornografia ou atuações pornográficas;
- a utilização, recrutamento ou a oferta de crianças para a realização de atividades ilícitas, em particular, a produção e o tráfico de drogas, como são definidos nos tratados internacionais pertinentes;

- o trabalho que, por sua natureza ou pelas condições em que é realizado, é suscetível de prejudicar a saúde, a segurança ou a moral das crianças.

Diante da falta de alternativas de subsistência das famílias de baixa renda, crianças e adolescentes são, muitas vezes, empurrados para o mercado de trabalho. Em geral, as condições e circunstâncias em que são desenvolvidas suas tarefas comprometem o desempenho escolar, exigem esforços superiores à sua condição específica de desenvolvimento e, sobretudo, os expõem a ambientes e pessoas que violam o seu bem estar e sua segurança.

As dificuldades associadas à condição de exclusão e os sofrimentos vividos, relacionados com a baixa autoestima, com os reiterados fracassos nas tentativas de reinserção social, escolar e até mesmo familiar, e com as angústias referentes ao futuro, configuram situações em que o álcool e as outras drogas podem assumir uma dimensão relevante.

Por isso, as ações implementadas pelos agentes componentes da **Rede de Garantia de Direitos** das crianças e adolescentes devem abranger não apenas as vítimas diretas, mas seus familiares, para ampliar a proteção à família, tentando mantê-los distantes dos locais de exploração.



## Resumo

Você está encerrando a Unidade 19 deste Curso. Nessa etapa, você estudou as várias formas de abuso relacionadas ao trabalho infantil e os consequentes reflexos negativos desta prática. E o mais importante, como promover a denúncia para esse tipo de agressão.

Na Unidade 20, você estudará os aspectos da violência e da exploração sexual contra crianças e adolescentes, bem como os procedimentos de denúncia e o enfrentamento destas questões. Bom estudo!

## Exercícios de fixação



Atenção! Os exercícios de fixação também estão disponibilizados no AVEA. Em caso de dúvidas, entre em contato com seu TUTOR.

### 1. Complete as lacunas:

O termo “\_\_\_\_\_” deve ser entendido como todo “trabalho executado em atividades\_\_\_\_\_ e/ou atividades de \_\_\_\_\_, com ou sem finalidade de lucro, remuneradas ou não, por crianças ou adolescentes em idade inferior a \_\_\_\_\_ anos, independentemente da sua condição social”.

- a. Trabalho Escravo; sociais; recreação; quinze.
  - b. Trabalho Infantil; econômicas; sobrevivência; dezesseis.
  - c. Trabalho Infantil; sociais; sobrevivência; quatorze.
  - d. Trabalho Escravo; recreação; lazer; dezesseis.
  - e. Trabalho Infantil; sociais; econômicas; treze.
2. Situações identificadas como exploração de trabalho infantil devem ser encaminhadas para a autoridade componente da Rede de proteção da criança e do adolescente e o trabalho infantil, que poderá tomar as seguintes medidas:
- a. Identificação e responsabilização do empregador e/ou explorador.
  - b. Encaminhamento da criança, do adolescente e de sua família a programas de inclusão social ou de profissionalização.
  - c. Encaminhamento a unidades de saúde, nos casos necessários.
  - d. Encaminhamento a instituições de ensino.
  - e. Todas as alternativas estão corretas.

## Referências

ARAQUE, Eliane. **O direito de ser criança**. Ministério Público do Trabalho. Disponível em: <http://minerva.pgt.mpt.gov.br/publicacoes/pub45.html>. Acesso em 12/02/2007.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. 4ª ed. Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2003.

BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. **Curso de formação em prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas**. Volume 2. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. **Trabalho Infantil**: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

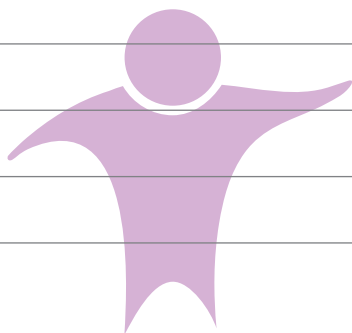
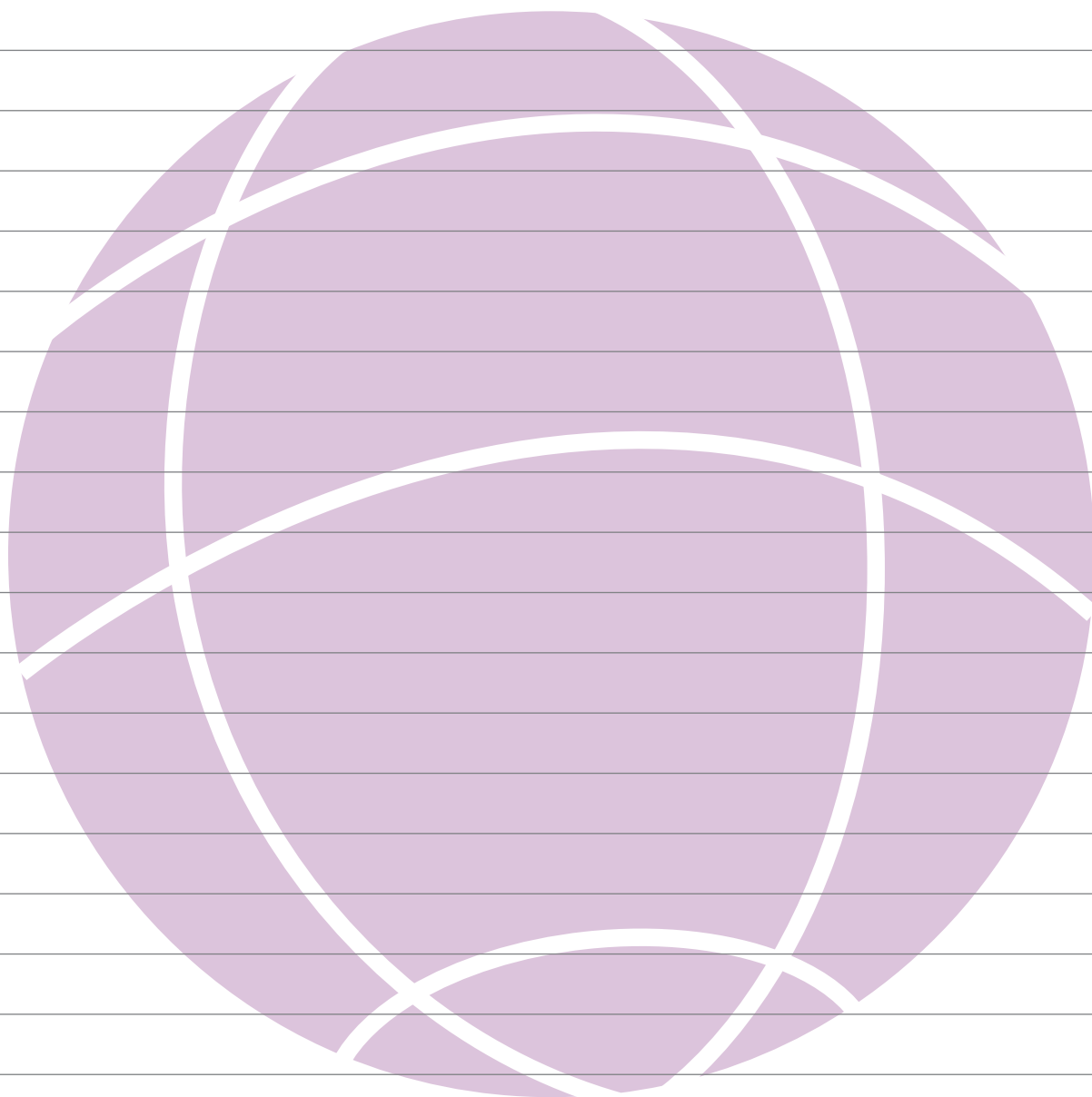
BRASIL. **Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, Secretaria de Inspeção do Trabalho, 2004.

LIMA, J. T. de M. **Competências, prerrogativas, deveres, monitoramento e controle das entidades componentes da “rede de Proteção Integral a Crianças e Adolescentes” no Brasil**. Juiz de Fora, 2006.

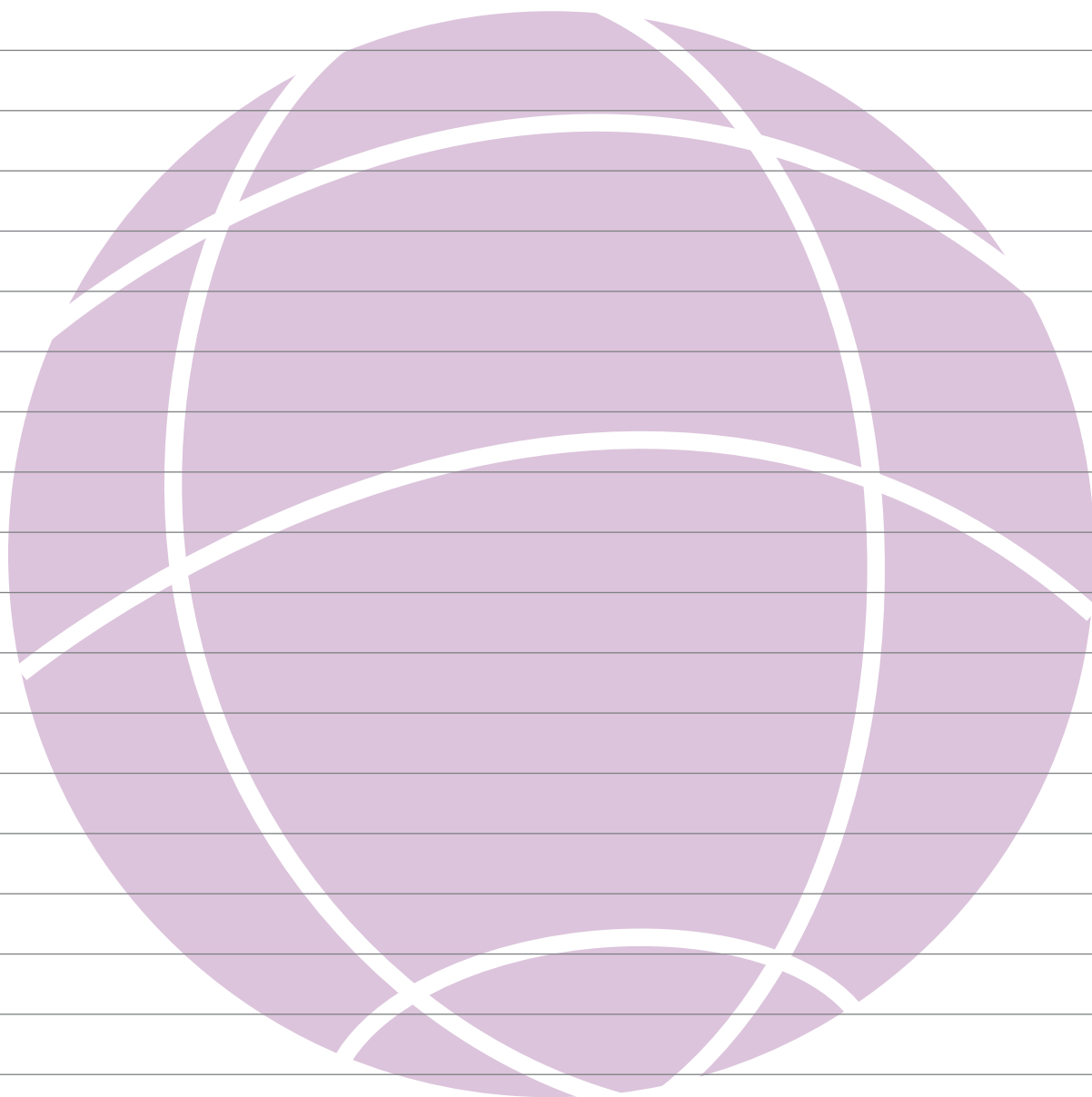
SANTOS, B. R. et al. **Guia escolar**: métodos para identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. 2 ed. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos e Ministério da Educação, 2004.

SCHWARTZMAN, Simon. **Trabalho Infantil no Brasil**. Brasília: OIT, 2000.

# Anotações



# Anotações





# Unidade 20

## Violência e exploração sexual contra crianças e adolescentes

\*Elizabeth Milward de Almeida Leitão

Nesta Unidade, abordaremos as principais formas de abuso sofridas por crianças e adolescentes e saberá como agir para denunciá-las.

Os principais temas que serão abordados:

- tipos de atos de violência contra criança e adolescente
  - formas de combate à violência
  - como denunciar abusos
- direitos sexuais da criança e do adolescente

\* Texto adaptado do original do Curso Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros Municipais, 2008.



## Violência ou Violências?

Hoje estou recuperada. Voltei para minha casa, cuido de meus dois filhos pequenos. Vocês que aqui estão não imaginam a que tivemos que nos submeter nesta vida. Tenho um corpo de 18 anos, mas uma alma velha, minha alma jamais será completa (Depoimento na Comissão Parlamentar de Inquérito – CPMI/2004).

A sociedade está cada vez mais convencida de que a violência sofrida por crianças e adolescentes é alarmante e está presente em todas as camadas sociais, representada por atos, ações ou omissões praticados por adultos que violam seus direitos em formas diversas de violências. Além das violências mais conhecidas – física, sexual, psicológica e negligência –, existe, também, a que expõe a criança e o adolescente às drogas, tanto no consumo quanto na exploração da sua mão-de-obra para o tráfico.

Dados sobre infrações cometidas por crianças e adolescentes no Rio de Janeiro, durante os últimos anos, mostram que houve um aumento destas contravenções relacionadas ao uso de drogas e tráfico, quando se comparam os dados obtidos no decorrer dos anos 90 com os de 2000. Por outro lado, um número cada vez maior de crianças em idade precoce tem ingressado no narcotráfico: a média caiu de entre 15 e 16 anos, no início da década de 90, para entre 12 e 13 anos, no ano 2000 (SANTOS). Nesse contexto, os atos de violência contra crianças e adolescentes, muitas vezes praticados por adolescentes mais velhos envolvidos em atividades ilícitas, abalam as famílias diretamente atingidas e a sociedade como um todo. Vários questionamentos surgem: mudar simplesmente a legislação? Infligir penas mais severas? A criança e o adolescente estão sendo cuidados com prioridade absoluta, como reza a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)? A sociedade, a família e o Estado estão, de fato, compartilhando responsabilidades?

As respostas não são simples e envolvem de modo fundamental os mecanismos de defesa e de proteção da criança e do adolescente. Segundo Gadelha e Miotti, nenhuma resposta será inovadora se não trazer em seu arcabouço teórico e metodológico o rompimento com modelos



culturais ultrapassados e carregados de preconceito e a consequente construção de um sistema integrado, reunindo instituições públicas e privadas, no empreendimento de políticas, programas e ações que proporcionem:

- a proteção absoluta desse segmento da população;
- a garantia de sua efetiva participação, protagonizando ações de alteração da atual realidade e;
- o exercício de funções estratégicas na observância e respeito aos seus direitos.

Acompanhe a seguir os principais conceitos relacionados à violência e entenda como diferenciá-los!

## **Violência doméstica**

É a violência praticada no âmbito familiar por meio de atos, ações ou omissões de pais e/ou responsáveis contra crianças e adolescentes. As principais formas de expressão desse tipo de violência são o abuso físico, o abuso sexual, o abuso psicológico e a negligência, que constitui a omissão dos pais ou responsáveis pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento.

Causar danos físicos, sexuais e psicológicos à vítima representa, de um lado, uma transgressão do poder e do dever que adultos possuem sobre crianças e adolescentes para prestar-lhes cuidados, atenção e o provimento de suas necessidades. De outro, uma “coisificação” da infância e da adolescência, ou seja, a ideia de que são objetos e podem ser depositários de qualquer tipo de agressão ou ação dos adultos a sua volta. Isso é uma negação do direito garantido a crianças e adolescentes de serem tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento, precisando, por conseguinte, de cuidados e atenção específicos (KOSHIMA).

Segundo estudos do Professor George Vaillant (SOARES, 1999), boa parte dos abusos cometidos contra crianças tem raiz no alcoolismo, uma vez que a pessoa que faz uso abusivo de álcool (bem como de outras drogas) pode apresentar comportamentos agressivos, fragilizando as relações existentes no âmbito doméstico.

## Violência sexual

No campo da violência sexual, estão todos os atos que violam a integridade da criança e do adolescente, destacando-se o abuso sexual e a Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes (ESCCA). Na realidade brasileira, em muitas situações, a violência sexual está associada ao tráfico de seres humanos, uma das formas mais perversas de violação dos direitos humanos, e também ao narcotráfico, organizados por redes criminosas.

Por **abuso sexual**, entende-se os “contatos ou interações sexuais entre menino ou menina e pessoa com mais idade, com mais experiência – adulto ou até outra criança mais velha (pode ser um desconhecido, mas geralmente são pessoas em quem confiam – irmãos/ãs maiores, pessoas em posição de autoridade como pais, mães, padrastos, outros parentes, cuidadores, amigos da família, vizinhos, professores, médicos, padres, etc.). A criança é utilizada como objeto de prazer para outra pessoa satisfazer suas necessidades sexuais. Estes contatos ou interações podem ocorrer mediante força, promessas, coação, ameaças, manipulação emocional, enganos ou pressão” (OIT/IPEC).

Marcel Hazeu (2004) afirma ser necessário compreender a construção social do abuso sexual num contexto em que normas sociais e culturais são quebradas, no que tange ao desenvolvimento e à vivência da sexualidade, especificamente, da criança e do adolescente, violando a sua dignidade sexual.

A **exploração sexual comercial de crianças e adolescentes** (ESCCA) abrange o abuso sexual por parte do adulto, a remuneração em dinheiro para a própria criança e/ou adolescente ou para terceiros. É definida como uma violência determinada por relações de desigualdade no âmbito econômico, social e cultural, e por relações de violências sociais e interpessoais (violência intrafamiliar e abuso sexual, violência de gênero, etnia, raça etc.), que contrariam as normas éticas e legais do trabalho, do mercado e do consumo.

Este fenômeno apresenta várias facetas, dentre elas o turismo sexual, a pornografia e a pedofilia pela Internet e o tráfico de seres humanos para fins sexuais e comerciais. Estudos e pesquisas têm indicado que crianças e adolescentes envolvidos com a ESCCA são violentados quando ainda pequenos(as), com abusos praticados por pessoas próximas, frequentemente da própria família, provocando a fragilização da autoestima, a estigmatização e a discriminação.

Segundo a declaração aprovada pelo 1º Congresso Mundial contra a Exploração Sexual de Estocolmo, em 1996:

“a exploração sexual comercial é violação fundamental dos direitos da criança e do adolescente. Esta compreende o abuso sexual por adultos e a remuneração em espécie ao menino ou menina e a uma terceira pessoa ou várias. A criança é tratada como objeto sexual e mercadoria. A exploração sexual comercial de crianças e adolescentes constitui uma forma de coerção e violência contra crianças, que pode implicar em trabalho forçado e formas contemporâneas de escravidão (IPPOLITO, 2004).”

As redes de exploração sexual comercial fazem a cooptação de adolescentes, meninos e meninas, prometendo sucesso e dinheiro como modelos e/ou no exercício de outras profissões. Em muitas situações, são levados a consumir e também a comercializar álcool e outras drogas junto aos frequentadores e/ou clientes de boates, casas de shows e/ou de prostituição, onde são expostos ao comércio sexual.

No relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPMI/2004), ficou evidenciado que a ESCCA sempre ocorre por meio de redes criminosas (nacionais e internacionais), mais ou menos organizadas em sofisticados esquemas que incluem desde a falsificação de documentos, a realização de viagens nacionais e internacionais até a colaboração de redes de hotéis e de entretenimento. Estas redes criminosas aviltam nossos meninos e meninas, submetendo-os à lógica do capital, transformando-os em objetos descartáveis, seres tratados como mercadoria, sob forte esquema de coerção, violência, trabalho forçado, muitas vezes em regime de escravidão, em uma condenável mercantilização do corpo.

O fato é que esta triste realidade é verificada em todos os Estados brasileiros, como pode ser observado no diagnóstico nacional realizado pelo Violes/Unicef/Sedh e sistematizado na “Matriz intersetorial para o Enfrentamento da Exploração Sexual no País” (2005). O levantamento detectou a existência de denúncias de exploração sexual de crianças e adolescentes em 932 municípios brasileiros, dos quais 93 em São Paulo e 92 em Minas Gerais, sobretudo, nas rodovias, portos marítimos e fluviais, aeroportos, centros urbanos e praias. São nestas circunstâncias que os adultos obrigam crianças e adolescentes a se prostituírem ou facilitam a exploração sexual.

O estudo indicou, ainda, que há uma interiorização do fenômeno, ou seja, a prática da ESCCA em cidades pequenas e, ao mesmo tempo, a migração de meninos e meninas do interior para cidades de médio e grande porte, sempre com a participação das redes criminosas.

Portanto, para erradicar este fenômeno, uma violação marcante dos direitos humanos, é necessário fortalecer os programas e as iniciativas municipais, capacitando profissionais e mobilizando a sociedade como um todo.

## **Prevenção da exploração sexual e comercial no Turismo**

Infelizmente, em muitos países existe uma forma de exploração sexual e comercial em que crianças e adolescentes são utilizados para servir a turistas. Caracteriza-se pela prática ilegal de organização de “excursões turísticas”, sejam elas nacionais ou internacionais, para proporcionar divertimento com oferta de serviços sexuais. As vítimas são geralmente recrutadas e incluídas em “pacotes turísticos” e são levadas ou traficadas como mercadorias para os “passeios”. Este comércio inclui os setores de entretenimento, redes hoteleiras, agências de viagens.

Em algumas cidades do Brasil, pioneiramente em Natal, capital do Rio Grande do Norte, graças à mobilização da sociedade civil organizada, foi lançado o “Código de Conduta contra a Exploração Sexual Infante Juvenil”, com adesão de hoteleiros e empresários do turismo para barrar a prática do turismo sexual. Esta iniciativa tem dado ótimos resultados: além de proteger crianças e adolescentes, tem atraído o verdadeiro turista.

## Pornografia infantil

Definida nos artigos 240 e 241 do Estatuto da Criança e do Adolescente, é a exposição e a reprodução de imagens do corpo ou de atos sexuais praticados com crianças, abrangendo a produção de representação teatral, televisiva, película cinematográfica, fotografias e publicações que utilizam crianças e adolescentes em cena de sexo explícito ou pornográfico. Um tipo recente de utilização de pornografia infantil é a exploração dessas imagens na Internet.

## Pedofilia

Refere-se a uma atração doentia que adultos, especialmente, homens, têm por crianças em fase pré-puberal, no início da puberdade ou ainda, em menor idade. No Código Internacional de Doenças (CID), a pedofilia está descrita como “transtorno de preferência sexual”. O que se tem visto nas investigações de crimes pela Internet é que existem redes envolvendo dezenas de países que agenciam farto material fotográfico em situações das mais aviltantes que este fenômeno pode apresentar.

## Tráfico de crianças e adolescentes

No relatório da “Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para fins de Exploração Sexual Comercial no Brasil” – Pestraf (LEAL e LEAL, 2002), foram identificadas 241 rotas nacionais e internacionais de tráfico de crianças, adolescentes e mulheres, das quais 35 encontram-se na região Sudeste, 69 no Nordeste e 76 na Região Norte.

De acordo com os dados da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) de 2003/04 – Senado e Câmara –, a região Sudeste apresentou a maior parte das denúncias de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, incluindo, também, o tráfico. Só no Estado de Minas Gerais foram localizados mais de 70 pontos de prostituição nas estradas federais, envolvendo crianças, adolescentes e mulheres, destacando-se, também, o trecho da BR-116 – Rio-Bahia –, com a presença de redes de tráfico.

Como nos outros tipos de abuso, o trabalho dessas redes envolve o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento ou o recolhimento, com o uso da ameaça e a utilização da força, coação, rapto,

fraude, engano, abuso de autoridade da oferta ou aceitação de pagamento e vantagens para obter o consentimento de uma pessoa que tenha autoridade sobre crianças e adolescentes, para fins de exploração, em sua grande maioria, sexual e comercial.

Alguns fatores que contribuem para o ingresso de crianças e adolescentes nas redes de exploração sexual são a violência doméstica com práticas de abuso sexual, físico e psicológico, a gravidez precoce, o casamento precoce com homens mais velhos, a pobreza e a cultura do consumo, a visão machista e depreciativa do papel da mulher dentro das famílias e na nossa sociedade.

Estudos de casos podem esclarecer estreita correlação da exploração sexual comercial com o uso abusivo de drogas e, a partir daí, sua relação com a oferta: “Me drogo para aguentar esta vida e vendo para ver se saio dela mais rápido” (depoimento de adolescentes em atendimento).

## Como enfrentar estas violências?

Em outubro de 2004, foram presos os chefes e 11 integrantes de uma quadrilha internacional de pedofilia, exploração sexual, prostituição e tráfico de drogas, cuja ação estava centralizada em Fortaleza, no Estado do Ceará. O desmantelamento desta rede criminosa só foi possível porque alguém, envolvido com a causa da criança e do adolescente, conhecia o programa do Governo Federal “**Disque-Denúncia Nacional** Sobre Violência Abuso e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes”.

Ao receber a denúncia, a coordenação do Disque-Denúncia, que funciona na Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH-PR), realizou o seu encaminhamento à Polícia Federal, que, em ação conjunta com a Superintendência da Polícia Federal em Pernambuco e a Coordenação de Migração em Brasília, efetuou a prisão da quadrilha que explorava sexualmente adolescentes e mulheres brasileiras na Alemanha.

Este é apenas um exemplo das inúmeras situações que chegam cotidianamente ao Disque-Denúncia e são adequadamente encaminhadas às instituições responsáveis para o correto atendimento e investigação.

O Disque-Denúncia Nacional é coordenado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República em parceria com os Ministérios da Saúde e do Turismo, no quadro de um convênio entre Cecria e Petrobras. Até 2006, o Disque-Denúncia operava pelo número 0800 990500, e hoje opera em apenas três dígitos: 100 (um, zero, zero).

Para cada denúncia, um conjunto de ações é deflagrado visando sempre a garantia de proteção às crianças e aos adolescentes. A conscientização de que a população é um agente importante dos processos de identificação para punição dos violadores é um passo fundamental na garantia de uma vida melhor para nossas crianças.

É preciso, por um lado, combater a impunidade com a aplicação de punições severas e imediatas aos agressores e, por outro, fortalecer as famílias e as instituições de proteção, além de promover a cultura da proteção integral às crianças e adolescentes. Mas, para isto, as estruturas sociais, as políticas públicas e os órgãos do Sistema de Garantia de Direitos – conselhos tutelares, delegacias de proteção, Ministério Público, varas especializadas, defensorias públicas, conselhos de direitos, conselhos setoriais e comunitários, centros de defesa – têm que funcionar de forma articulada, eficiente e rápida, para que nossas crianças e adolescentes sejam realmente protegidos.

Já é possível contabilizar resultados na área da repressão com operações das Polícias Federais, em estradas, aeroportos, fronteiras, zonas urbanas e *sites* na Internet, desmantelando redes de prostituição, tráfico de drogas e de seres humanos, exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, turismo sexual, pedofilia e pornografia.

O governo, em parceria com a sociedade civil, para implementar as ações do Sistema de Garantia de Direitos, trabalha por meio de fluxos ágeis e resolutivos na área da Defesa e Responsabilização. Estes fluxos são operacionalizados a partir do recebimento de denúncias pelo Disque Denúncia, bem como por outros órgãos que compõem este Sistema. Depois de sistematizadas, essas informações facilitam a interação entre a Polícia Federal, os Ministérios Públicos Estaduais, os Conselhos Tutelares e as Delegacias de Polícia no encaminhamento das denúncias, visando à responsabilização dos exploradores. Os órgãos de defesa também são acionados para garantir a proteção das crianças e adolescentes explorados.

## Como funciona o encaminhamento de denúncias?

O Disque-Denúncia constitui um importante instrumento para a comunidade. Ao realizar uma ligação para o número 100, qualquer pessoa, com a garantia do sigilo, pode denunciar a ocorrência de violência, abuso sexual ou exploração sexual comercial de crianças e adolescentes. Entretanto, outros órgãos do Sistema de Garantia de Direitos podem ser acionados, como as autoridades policiais e o Ministério Público.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (art. 98), os Conselhos Tutelares são órgãos responsáveis, no município, pelo cumprimento dos direitos fundamentais garantidos na legislação, sempre que estes forem ameaçados ou violados:

- por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;
- por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável e;
- em razão de sua conduta.

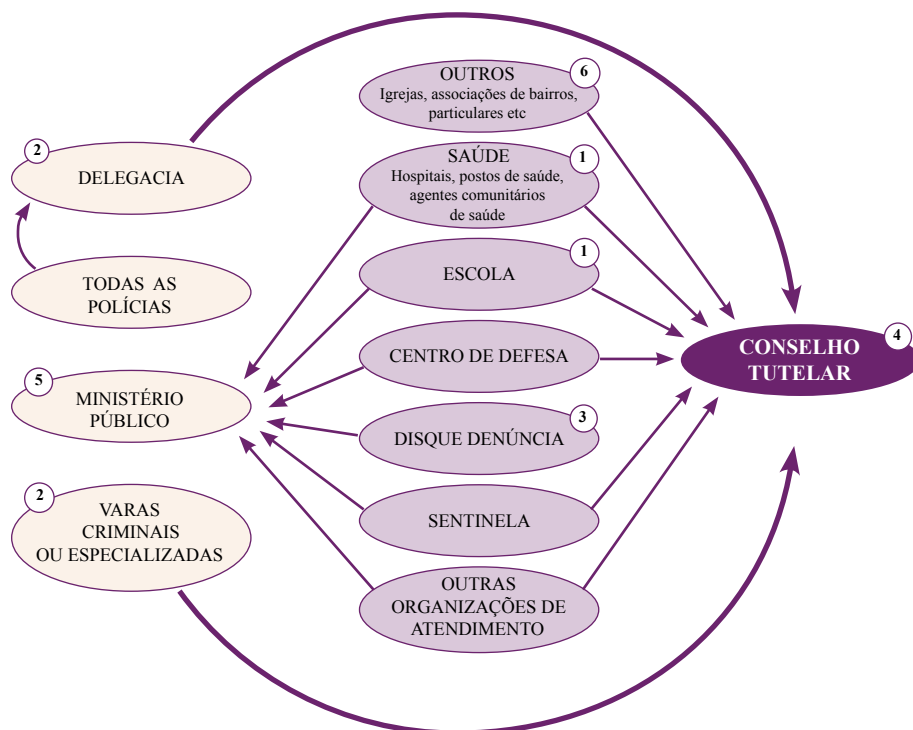
Assim, ao receber uma denúncia, o Conselho Tutelar atende os envolvidos e encaminha os casos em conformidade com a sua gravidade.

Acompanhe, na figura a seguir, como pode ser organizado o fluxo de recepção das denúncias e realização dos encaminhamentos necessários. Muitas podem ser as portas de entrada para o recebimento da denúncia e a realização dos encaminhamentos e atendimentos necessários: Disque-Denúncia, conselhos tutelares, conselhos de direitos e centros de defesa, escolas, equipamentos da saúde, dentre outros, por meio de um fluxo de encaminhamento visando à resolutibilidade do caso.

Thais Dumet, estudiosa do assunto, há vários anos, esquematizou o **fluxo de encaminhamentos** da seguinte maneira:

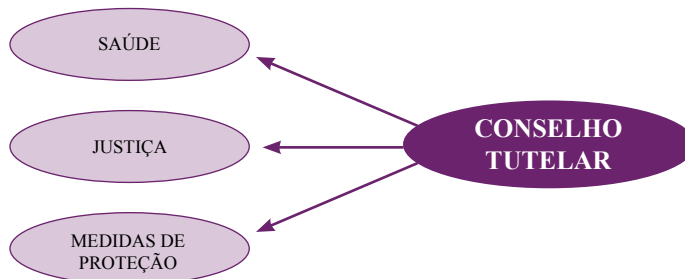
Programa de Ações  
Integradas Referenciais de  
Enfrentamento à Violência  
Sexual Infanto Juvenil  
(PAIR). Aula sobre Defesa e  
Responsabilização/Manaus,  
2005.





1. São obrigados pelo ECA a proceder a notificação.
2. A Delegacia deve ser especializada; caso não seja possível instalá-la, de imediato, deve ter sido determinada uma Delegacia para dar conta dos crimes contra crianças e adolescentes. O mesmo se sugere para a Vara Criminal, caso não seja especializada. Em cumprimento ao art. 13 do ECA, a Delegacia e a Vara encaminharão cópia da informação de violência contra crianças ou adolescentes, através do instrumento que julgarem adequado, ao Conselho Tutelar (CT).
3. O Disque-Denúncia funciona como porta de entrada e encaminha os casos para o Ministério Público (MP) estadual (verificar a que órgão está ligado, além de indicar como referência o disque nacional).

4. devem ser unificadas pelo CT (cada município deve ter uma central equipada com banco de dados para armazenar e unificar as informações). As notificações podem ser feitas a qualquer CT. Se o CT receptor não for o competente, assumirá a responsabilidade de encaminhá-la para o CT competente. O receptor da notícia do crime encaminha a ficha de notificação para o MP. Em caso de urgência, o CT encaminhará a vítima à Delegacia competente, informando imediatamente o Ministério Público. O CT competente deve conter no banco de dados as informações de todo o processo para dar informações, quando solicitado, às portas de entrada. No caso de haver núcleos jurídicos de acompanhamento (CEDECA, Serviços Sentinela, outros), o CT responsabilizar-se-á por articular esses órgãos e manter-se informado do andamento do processo.
5. Caso o MP receba a denúncia, encaminhará cópia do instrumento utilizado para o CT (art. 13 do ECA).
6. No caso de outras portas de entrada, as informações sobre a violência são encaminhadas ao CT que formaliza a ocorrência na ficha de notificação, encaminhando-a ao MP.



## Direitos sexuais da criança e do adolescente

O desenvolvimento sexual está na dinâmica das relações do sujeito com seu corpo, o outro e o mundo; portanto, a sexualidade está na estrutura da personalidade de todo ser humano. Segundo a Plataforma de Ação de Beijing, em 1995, “direitos sexuais são um elemento fundamental dos direitos humanos. Eles englobam o direito à sexualidade prazerosa, que é essencial em si mesma e, ao mesmo tempo, um veículo fundamental de comunicação e amor entre pessoas. Os direitos

sexuais incluem o direito à liberdade e autonomia, além do exercício responsável da sexualidade”.

Violar uma pessoa é muito penoso, mas violar uma criança é roubar-lhe sua infância e deixar marcas quase que insuperáveis: “minha alma jamais será completa” (conforme depoimento dado na CPMI/2004).

Entender a violência sexual que deixa marcas na vida dos sujeitos é entender, também, que a violência contra crianças é um problema que está na estrutura da nossa organização social. E para vencer esta iniquidade, é preciso que nos apaixonemos de fato pelas nossas crianças e adolescentes e, em uma só voz, possamos impregnar nossos corações e mentes pelo Art. 227 da Constituição Federal do Brasil:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Capítulo VII – Da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso).

O filme “Anjos do Sol” (2006) retrata muito bem a organização criminosa que atua no tráfico de crianças e adolescentes oriundos de cantões de pobreza, de cidades e capitais dos estados brasileiros. A obra foi fundamentada em 12 anos de pesquisa e balizada em dados reais. Trata-se de um contexto em que famílias vulnerabilizadas pela pobreza e pela falta de recursos para garantir melhores oportunidades aos seus membros sentem-se atraídas pelas ofertas apresentadas por agentes que operam nas redes de tráfico. Muitas vezes, sem conhecer a realidade a que serão submetidos seus filhos, pais os entregam aos aliciadores que os explorarão em bordéis, casas de prostituição, em zonas de garimpo em diferentes regiões do País. Este tipo de tráfico geralmente está relacionado com outras ações ilícitas de organizações criminosas, como o tráfico de drogas e de armas.



## Resumo

Você está encerrando a Unidade 20 deste Curso. Nessa etapa, você estudou os tipos de violências que ameaçam a criança e o adolescente. O caminho para enfrentar essa realidade passa pelo combate à impunidade, pelo fortalecimento das famílias e das instituições de proteção, e pela articulação das estruturas sociais e políticas públicas.

Na próxima Unidade, você conhecerá os fundamentos teóricos da mediação de conflitos e a importância desse instrumento para a administração pacífica dos mesmos. Até já!

## Exercícios de fixação



Atenção! Os exercícios de fixação também estão disponibilizados no AVEA. Em caso de dúvidas, entre em contato com seu TUTOR.

1. Para enfrentar a violência e exploração sexual contra crianças e adolescentes é importante a conscientização de que a população é um agente importante dos processos de identificação para punição dos violadores. Muitas podem ser as portas de entrada para o recebimento da denúncia e a realização dos encaminhamentos e atendimentos necessários. Marque a alternativa incorreta:
  - a. Conselhos tutelares, conselhos de direitos e centros de defesa.
  - b. Escolas.
  - c. Unidades de saúde, hospitais.
  - d. Disque- Denúncia.
  - e. Nenhuma das alternativas acima citadas podem ser consideradas porta de entrada para denúncias.
  
2. Escolha a opção que melhor define o conceito de Conselho Tutelar:
  - a. São órgãos responsáveis no município pelo cumprimento dos direitos fundamentais da criança e do adolescente garantidos na legislação, sempre que estes forem ameaçados ou violados.
  - b. São instituições responsáveis pelas medidas de proteção de crianças e adolescentes.
  - c. São órgãos ligados ao Ministério da Assistência Social que coordenam ações de educação infantil.
  - d. São instituições responsáveis pelo abrigo de crianças abandonadas.
  - e. Nenhuma das alternativas anteriores.

## Referências

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Edição Especial, CO-NANDA, 2002.

**Sistema de Garantia de Direitos**. Um caminho para Proteção Integral, CENDHEC, Recife: 1999.

DIMENSTEIN, Gilberto. **Meninas da noite**: A prostituição de meninas-escravas no Brasil. 1990.

FALEIROS, Eva (Org.) **Abuso sexual contra crianças e Adolescentes**: os descaminhos da denúncia. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos – SEDH, 2003.

GADELHA, Graça e MOTTI, Antônio J. Â. **Os desafios para proteção de crianças e adolescentes em situação de violência sexual**, POMMAR/USAID – Partners, UFMS. Disponível em: <http://www.caminhos.ufms.br/escolacons/> Acesso em abril de 2008.

GLOSSÁRIO em Português – OIT/IPEC – **Programa de prevenção e eliminação da Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes na Tríplice Fronteira**. Argentina, Brasil, Paraguai/2003/04.

GRUPO VIOLES. Relatório final do **Estudo analítico do enfrentamento da Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes no Brasil**– (Período 1996 – 2004) - SER/ UnB/ CNPq Apoio: Save the Children – Suécia.

HAZEU, Marcel. **Direitos Sexuais da Criança e do Adolescente** – Uma visão interdisciplinar para o enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescente/ TXAI, 2004.

IPPOLITO, Rita (Org.) **Guia Escolar**. Uma década de lições aprendidas. Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) e Ministério da Educação, 2004.

KOSHIMA, Karin. **Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes**: Danos Secundários. Disponível em: <http://www.caminhos.ufms.br/escolacons/> Acesso em abril de 2008.

LEAL, Maria L. e LEAL, Maria de F (Org.) **Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres Crianças e Adolescentes para fins de Exploração Sexual Comercial no Brasil**. Brasília: Pestrar, Relatório Nacional, Ministério da Justiça-MJ, 2002.

**Matriz Intersetorial para o Enfrentamento da Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes no Brasil**. Comissão intersectorial de Combate contra a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes – SEDH/Unicef/Violes-UnB, janeiro de 2005.

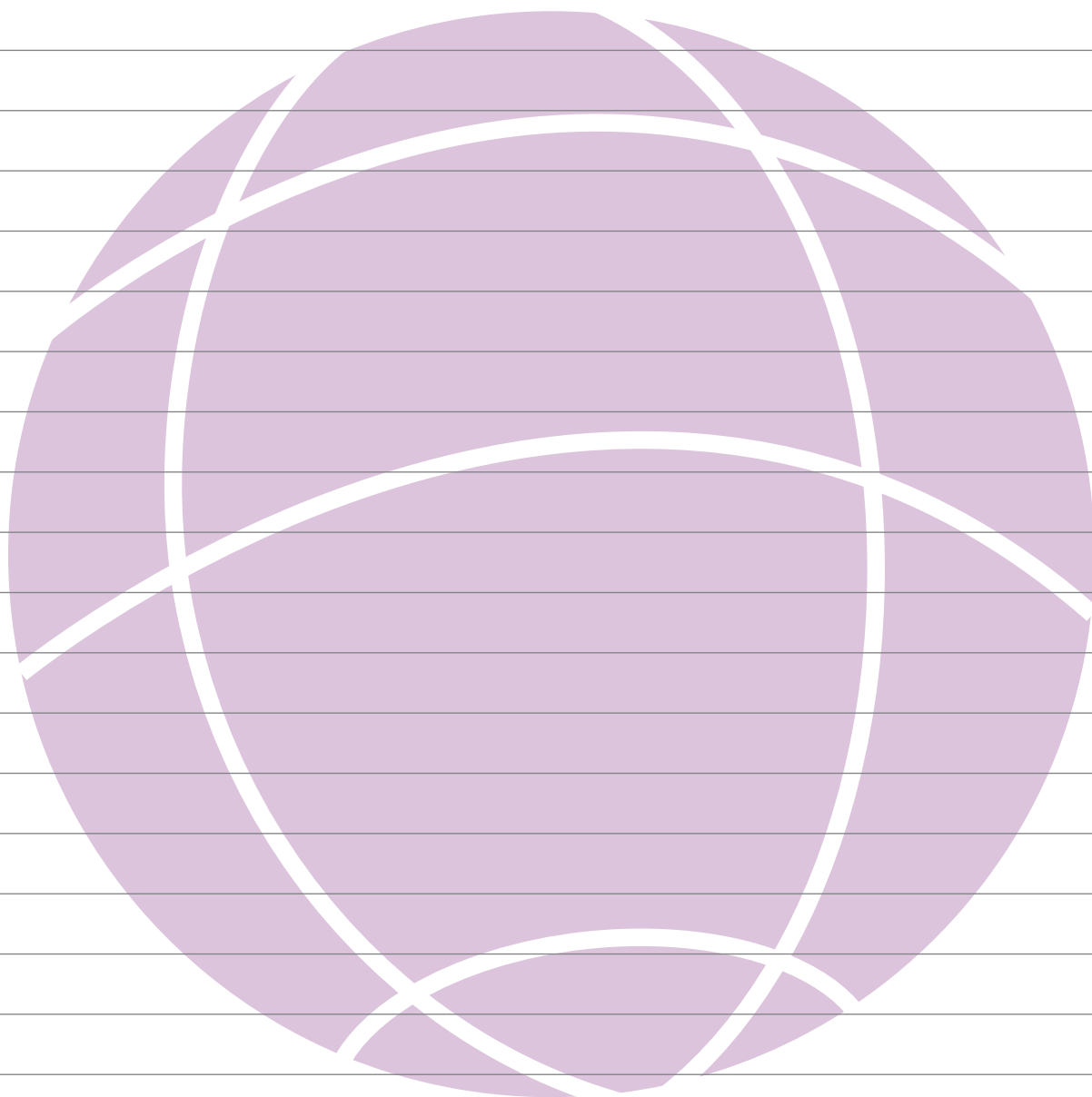
PAIR. **Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto juvenil no Território Brasileiro**. Disponível em: <http://www.caminhos.ufms.br/pair/> Acesso em 16/02/2007.

SANTOS, Adriana. **Combate ao trabalho infantil começa com a mudança de comportamento da sociedade**. Disponível em: [http://www.caminhos.ufms.br/colunistas/colunistas\\_view.htm?id=17](http://www.caminhos.ufms.br/colunistas/colunistas_view.htm?id=17).

SOARES, Lucila. O porre é grotesco. In. **Revista Veja**. Editora Abril, 18/08/1999.

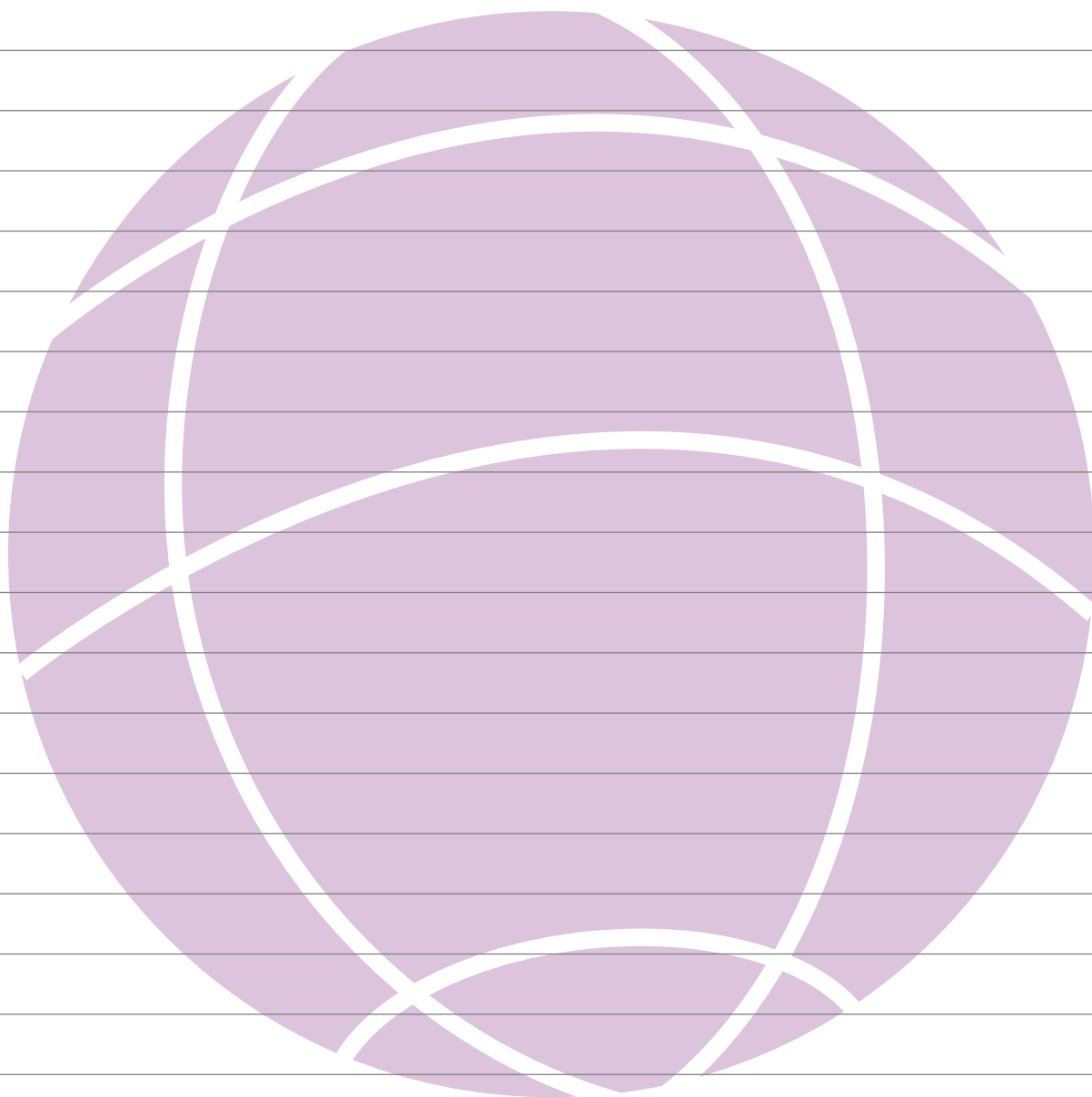
VAILLANT, George. **A História Natural do Alcoolismo Revisitada**. Trad. Bartira S.C. da Cunha e José Alaor L. dos Santos. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul Ltda., 1999, p.350.

# Anotações





# Anotações





# Unidade 21

## Mediação de Conflitos

\* Célia Regina Zapparoli

Nesta Unidade, nosso objetivo é apresentar os fundamentos teóricos da mediação bem como a importância desse instrumento de administração pacífica de conflitos entre sujeitos: pessoas, grupos sociais, comunidades etc. Para isso, você estudará os seguintes temas:

- a importância da mediação
- especificidades dos conflitos intersubjetivos e intrapsíquicos
  - diferenças entre disputas, conflitos e violências
  - distinção entre mediação e conciliação
- a comunicação na administração pacífica de conflitos
- as diferenças entre a mediação técnica interdisciplinar e a mediação comunitária

\* Texto adaptado do original do Curso Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros Municipais, 2008.

## A importância da mediação

A mediação é um instrumento de administração pacífica de conflitos entre sujeitos, em relações continuadas (exemplo: famílias, vizinhos, nas escolas, comunidades etc). O mediador é um terceiro, treinado, que não faz parte do conflito, mas que auxilia os envolvidos a solucioná-los por si mesmos, sem sugestões, imposições e, o mais importante, sem tomar partido de um lado ou de outro. A mediação é voluntária e confidencial e procura desenvolver um ambiente de respeito e cooperação com o objetivo de estabelecer uma comunicação e um relacionamento mais funcionais.

Mas isso não seria atribuição do Judiciário e das Polícias? Não. **O Judiciário e as Polícias não se constituem como veículos exclusivos**, por intermédio dos quais é possível a administração de conflitos e o desenvolvimento de políticas públicas de justiça e de segurança.

Esclarecemos que não estamos desqualificando a importância da atuação do Judiciário e das Polícias (Estado) à promoção da harmonia das relações sociais. Todavia, essa atuação tem limites e deve estar voltada para os casos que não podem ser administrados pelos próprios envolvidos, ou através do auxílio de terceiros, sem a intervenção do Estado.

De um lado, é muito cômoda a delegação dos problemas para outros solucionarem, mas isso tem lá seus efeitos colaterais. Quantas pessoas já não ajuizaram processos e depois não conseguiram ver a situação decidida da maneira como desejariam organizar? E quantas vezes o número “190”, destinado aos chamados policiais, não é discado e, quando a polícia chega, os envolvidos em conflitos não ouvem ou não desejam a saída dada pelo policial?

A possibilidade de solução de disputas e conflitos fora da esfera decisória do Judiciário teve forte abertura a partir da segunda metade dos anos 40, com a negociação nas relações trabalhistas americanas.

**Mas você poderia pensar, estamos falando de negociação ou de mediação?** Na verdade, a mediação está embasada em três pilares teóricos: **a teoria dos conflitos, a teoria da comunicação e a teoria da negociação.**

A visão da negociação, inicialmente nada pacífica, evoluiu, chegando à

negociação ganha-ganha: para ganhos mútuos, de todos os envolvidos. Posteriormente, introduziu-se a figura do terceiro facilitador nas negociações. E, daí, para a mediação foi apenas um passo.

A escola de Harvard foi muito eficiente nos estudos da negociação, nessa visão de ganhos mútuos, da separação das pessoas dos problemas; da diferenciação entre interesses e posições. E, depois, na década de 80, da mediação. Trazendo-nos o chamado modelo de Harvard.

Novos estudos, modelos e técnicas de mediação foram se sucedendo e elencaremos alguns deles:

1. o modelo *Transformativo* tem por base a ideia da modificação da maneira dos envolvidos em um conflito se relacionarem;
2. o modelo *Circular-Narrativo* contribuiu com técnicas de comunicação, já que a teoria da comunicação é um dos pilares da mediação;
3. a proposta da interdisciplinaridade na mediação técnica em conflitos de família;
4. a metodologia de mediação focada nas populações de baixa renda;
5. a abordagem de mediação desenvolvida para contextos de crimes de gênero e família;
6. a mediação em segurança integral e;
7. a mediação comunitária em política de justiça, segurança, habitação, saúde, educação, entre outros.

**Não há uma ou outra escola ou metodologia de mediação que seja melhor.** Para cada caso concreto e contexto, uma ou várias metodologias podem ser aplicadas, dentro de uma estratégia predefinida pelo mediador.

Devemos considerar as culturas, os sistemas, a natureza das relações conflituosas, o grau de violência, a judicialização dos conflitos ou não, a situação compartilhada pelos envolvidos e de cada um deles individualmente, o sujeito que praticará a mediação (agente comunitário ou técnico), o momento e o espaço em que se dará a mediação (se foi

proposta ou não uma ação judicial; se a mediação será realizada num escritório, no fórum, na comunidade), além dos conflitos sociais e das violências estruturais existentes.

Na teoria, a mediação parece bem simples. Quantos de nós já não auxiliamos os outros a resolverem os seus problemas? **Mas só isso não basta, pois muitos dos sujeitos em conflito ainda enxergam o mundo com a visão adversarial, ou seja, como se o outro fosse o inimigo, sem conseguir separar os problemas das pessoas** e que ainda se relacionam de forma violenta. Visão que necessita ser previamente transformada com o uso de técnicas, a fim de que se obtenha a segurança de todos os envolvidos no processo de mediação, inclusive do mediador. O conhecimento técnico, com a prática, dá conta disso, mas é preciso capacitação e treinamento.

### Distinção entre conflitos intersubjetivos e intrapsíquicos

Como já afirmado, a mediação está voltada para **conflitos intersubjetivos** ou interpessoais. A mediação trabalhará com vistas à administração de conflitos entre sujeitos, não só pessoas, pois nem tudo se resume às relações entre humanos. Há pessoas jurídicas (umas regidas pelo direito público, outras pelo direito privado), grupos sociais, quase pessoas, etc.

Os conflitos intersubjetivos surgem a partir do momento em que pretensões individuais ou grupais não são satisfeitas, seja porque aquele que poderia satisfazê-las não o faz, seja porque o próprio direito veta sua satisfação voluntária.

Os **conflitos intersubjetivos** surgem com a insatisfação dos interesses (anseios e necessidades) individuais ou grupais, por ação de alguém, pelo contexto ou, quando não há nada objetivo, mas ocorre o sentimento de insatisfação.

#### Exemplos de sujeitos:

1. **Pessoas físicas:** seres humanos nascidos com vida até seu falecimento ;
2. **Pessoas jurídicas:** sociedades, associações, fundações, que “nascem” com o registro de seus atos constitutivos em cartório;

**3. Quase pessoas**, a quem a lei garante direitos e dá a possibilidade de defendê-los, mas que não são nem pessoas físicas, nem jurídicas. Exemplos:

- “**nascituro**” (o feto no ventre materno, que ainda não nasceu com vida) ;
- **condomínio nos edifícios**;
- **massa falida** (patrimônio das empresas que “quebraram” ou faliram) espólio (patrimônio das pessoas que morreram);
- **espólio** (patrimônio das pessoas que morreram) ;

**4. Grupos sociais** sem registro em cartório, que não são nem pessoas físicas isoladas, nem jurídicas, pois não se organizaram como tal. Exemplos:

- **Comunidades** (ex.: de bairro; religiosas; amigos etc.) ;
- **Outros Grupos** .

Os **conflitos intrapsíquicos**, conscientes ou inconscientes, decorrem da contraposição dos impulsos internos do indivíduo e a realidade.

Não devemos confundir conflitos intersubjetivos com os conflitos intrapsíquicos. Os conflitos intrapsíquicos são objeto de trabalho da psicoterapia ou da psicanálise. A mediação está voltada aos conflitos intersubjetivos, mas não no âmbito dos intrapsíquicos. Os **conflitos intrapsíquicos** são conflitos inconscientes entre os impulsos internos do indivíduo e as pressões da realidade externa.

## Diferenças entre disputas, conflitos e violências

Há certa confusão entre os conceitos de conflitos, disputas e violências. A fim de explicitar melhor a diferença entre estes termos, faremos os devidos esclarecimentos neste tópico.

Os conflitos decorrem das diferenças. São gerados a partir da contraposição de ideias e de condutas, que não necessariamente implicam violências.

Assim, **os conflitos** entre os sujeitos são **inevitáveis** e, conforme sejam tratados, podem crescer e tomar dimensões de violências e até de crimes. **A mediação é muito útil para evitar que os conflitos cresçam à situação de violências e crimes.**

Vamos a um exemplo, em três diferentes contextos:

**Hipótese 1:** João deseja a guarda de seus dois filhos, porque entende que sua presença é importante para eles. Procura Maria, mãe das crianças, para isso. Maria responde que não quer e, deixa claro que também deseja a guarda dos filhos. **Ambos param para conversar a respeito.**

João	Maria
→	←
Quer a guarda dos filhos	Quer a guarda dos filhos

Obs.: Na hipótese 1, João está em contraposição de ideias e condutas a Maria. Os dois estão em situação de conflito, mas não de violência.

Vejamos o mesmo exemplo de outra maneira:

**Hipótese 2:** João deseja a guarda de seus dois filhos, porque entende que sua presença é importante para eles. Para isso, procura, gritando, a mãe das crianças, Maria. Maria responde que não quer, deixa claro que também deseja a guarda dos filhos, **grita que o pai não mais visitará os filhos e bate a porta na cara de João.**

João	Maria
→	←
Quer a guarda dos filhos	Quer a guarda dos filhos
<b>Grita</b>	<b>Ameça e grita</b> que o pai não visitará mais os filhos
	<b>Bate a porta</b> na cara de João

Obs.: Na hipótese 2, além de um conflito, expresso na disputa pela guarda dos filhos, temos violências: gritos, ameaças, bater a porta, etc. Contudo, nem sempre é tão simples a identificação das violências, há hipóteses em que elas são mais sutis: como a violência psicológica em que os filhos são privados da presença paterna e o pai, da presença dos filhos, das crianças serem pressionadas a decidir entre o pai e a mãe etc.

As violências não são somente as físicas, podem ser morais, psicológicas e estruturais. Uma violência não exclui a outra e todas podem estar presentes em uma só situação.

Ainda há violências e conflitos mais amplos, que ultrapassam a dimensão individual e que acabam por envolver as pessoas, agravando a situação. São esses os denominados conflitos sociais que, muitas vezes,



chegam às denominadas violências estruturais (como a ausência de escolas, hospitais, transporte, etc). Nesses casos, a mediação deve buscar o trabalho em sintonia com a rede pública. E, se não houver o trabalho em rede, o programa de mediação deve desenvolvê-lo.

Voltemos ao exemplo de João e Maria, para entendermos o que são problemas estruturais e conflitos sociais:

**Hipótese 3:** João deseja a guarda de seus dois filhos, porque entende que sua presença é importante para eles, eis que ele sabe que Maria está positivada com o vírus HIV (AIDS) e que as crianças estão sendo discriminadas na escola pelos amiguinhos, pois a notícia da doença da mãe espalhou-se. Ocorre que já se iniciou o ano escolar e não há vagas nas escolas próximas à casa de Maria para os seus filhos serem transferidos. João procura a mãe das crianças, Maria, e propõe ficar com a guarda dos filhos. Maria responde que não e deixa claro que também deseja a guarda dos filhos.

Obs.: O preconceito a respeito da AIDS, a estigmatização do doente e de seus filhos não são violências físicas, mas morais e psicológicas. A ausência de vagas nas escolas decorre de problemas estruturais, pela limitação de recursos e da maneira como são distribuídos. Os problemas estruturais decorrem e geram mais conflitos sociais, não se restringem apenas aos envolvidos, mas contaminam a sociedade como um todo. Envolvem sujeitos que nem se conhecem, mas pertencem a uma mesma comunidade e a uma mesma sociedade.

A forma como administram-se os conflitos e as disputas pode levar a situações de violências, ou não. Depende dos envolvidos e de suas atitudes diante do conflito.

Os relacionamentos vão se construindo como edificações, pequenos tijolos são postos, um a um. Se a construção ruir ou for sólida, será de responsabilidade de todos os participantes dessa construção (do relacionamento) e não de apenas um ou outro. Isso vale para as relações intersubjetivas, comunitárias e sociais.

O conflito não deve ser associado a uma coisa ruim, pois pode gerar meios para transformações. Depende de cada um e de como é encarado o conflito.

**Vamos a uma nova hipótese:** Os condomínios do Sol e da Lua estão em conflito. Ambos são vizinhos e disputam a área na divisa de seus terrenos, aproximadamente, 500 metros quadrados. Os filhos de seus moradores não têm local seguro para brincar, pois na rua passam muitos carros. Esse conflito poderia tomar dimensões catastróficas, como: os moradores ofenderem-se uns aos outros, machucarem-se, processarem as construtoras, mas, numa iniciativa de ganhos mútuos, os síndicos optam pela mediação. E, ponderando o convívio comum no bairro, os prós e contras, os condomínios aprovam o uso comum da área para a edificação de um parquinho, onde as crianças dos dois prédios terão lazer e segurança, além da contratação conjunta de professores de ginástica para os moradores, com vistas à sua integração. A mediação não para por aí. Ela segue para trabalhar a comunicação e o relacionamento entre os moradores de ambos os condomínios, pois a disputa pela área gerou desgastes entre todos, além de possíveis inimizades.

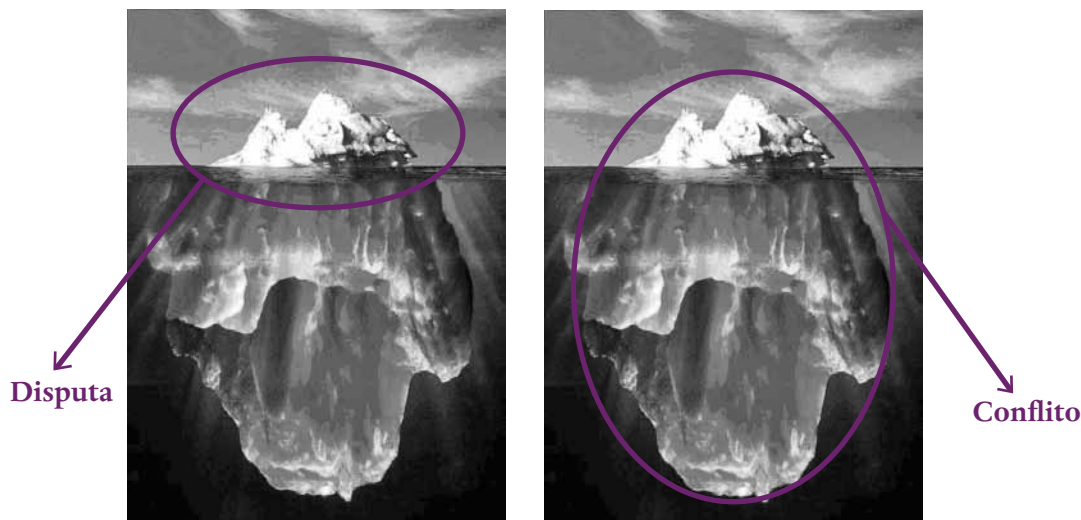
Como visto acima, **não foi pondo um ponto final à disputa pela área que o conflito se administrou.**

Para que um conflito seja administrado, é necessário que haja a modificação da maneira como se dá a comunicação entre os envolvidos e a transformação do funcionamento da relação entre eles. **Assim, técnicas de comunicação e de escuta ativa são imprescindíveis na mediação.**

“Trabalhar o conflito é ambição maior que resolver disputas. A disputa é apenas uma projeção exterior do conflito. A administração do conflito vai além da mera composição de seu lado aparente” Freitas Jr., Antonio R. e Zapparolli, Célia R.

Para melhor esclarecermos o conceito acima apresentado, em especial, acerca das disputas, conflitos, interesses e posições, faremos a imagem de um *Iceberg* no mar.

Como é difícil ver um *iceberg* no Brasil, ou explicá-lo a quem nunca o viu, podemos adaptar para **uma pedra de gelo colorida, num copo d'água** (pois o *iceberg* nada mais é que uma imensa pedra de gelo na água do mar). Grande parte do bloco de gelo ficará submersa, somente aparecendo sobre a água uma parte dele. Qual seria a relação do gelo com a mediação? Na imagem, denominaremos de “disputa” a porção aparente sobre a água, e de “conflito” todo o *iceberg* (ou gelo).



www.uol.com.br busca de imagens

**Inicialmente, aparece uma pequena ponta do conflito.** Isso é comum vermos nas narrativas dos boletins de ocorrência, petições iniciais e defesas processuais, além das denúncias aos conselhos tutelares, à administração pública e dos filhos, quando querem comer o último brigadeiro ou a última cocada.

**Vamos a mais um exemplo. Como disputa, temos a guarda de Júnior, pretendida pelos pais, Magnólia e João:**

**Num processo judicial,** o juiz, uma pessoa concursada, que em nome do Estado tem a função de julgar, decidirá o pedido de guarda (A DISPUTA). Um vencerá e o outro perderá (se Magnólia ganha, necessariamente João perde, ou vice-versa). **Isso se todos não perderem, em especial, Júnior, pelo desgaste que os processos dessa natureza geram.** Não estamos aqui abordando a situação de ambos os genitores serem destituídos do poder familiar (antigo pátrio poder) ou de seu exercício.

**Todavia, sendo escolhida voluntariamente a mediação, antes do ajuizamento de uma ação,** o mediador trabalhará usando de técnicas de comunicação, de escuta ativa e de negociação, com vistas a identificar os interesses dos envolvidos, que poderão ser a intenção da manutenção do vínculo conjugal (ex: casamento ou união estável) ou a guarda para o não pagamento da pensão.

Na mediação, busca-se desenvolver uma comunicação e um relacionamento mais funcionais **entre os envolvidos, não se restringindo às pessoas que seriam partes num processo** (no caso da guarda de Júnior: a Magnólia, João e Júnior). Isso porque, quase sempre, há outros envolvidos que influenciam as relações, são por elas enredados e que também devem participar da mediação (exemplo: as sogras, a empregada da casa, os vizinhos). A definição das pessoas que participarão da mediação, leva em conta o conflito concreto e a estratégia previamente desenvolvida pelo mediador.

**Ainda, tratando-se a hipótese de um conflito que tenha efeitos e expressões jurídicas, é necessário o encaminhamento para advogados ou defensores para o aconselhamento das partes.** Não importando que o mediador tenha formação jurídica, pois mediador é mediador, advogado é advogado, psicólogo é psicólogo.

E mais, **os casos que envolvem crianças, adolescentes, idosos, empregados, família e crimes devem ser dirigidos à homologação judicial, na hipótese de eventual acordo.** Essa homologação não se configura em ato judicial decisório, como em um processo tradicional, mas em uma verificação formal do acordo (vindo da mediação) pelo Judiciário e o Ministério Público. **Nesse caso, o acordo não é redigido pelo mediador, mas por um advogado.**

Todavia, nem todos os atos do ser humano geram consequências na ordem jurídica. A mediação não ocorre somente em situações para auxiliar ou substituir os processos judiciais. Vamos trazer outro exemplo e lê-lo em duas distintas hipóteses:

**Hipótese 1:** Imaginemos crianças que disputam o espaço pelo uso de um campinho de futebol, num parque público da cidade. **Inicialmente, apenas e tão somente crianças intencionam jogar futebol e não conseguem.** Uma mediação nesse ponto seria perfeita para trabalhar uma comunicação mais funcional entre os envolvidos, os aspectos das diferenças, das discriminações, das violências etc, desde a primeira expressão da ponta do iceberg. Ou seja, a disputa pelo uso do campinho.

Obs.: Até aqui, poderíamos pensar numa mediação sem qualquer efeito na ordem jurídica, como uma medida preventiva, um instrumento

a evitar a escalada dos conflitos a uma avalanche de mais violências e até de crimes.

**Hipótese 2:** Digamos, todavia, que a mediação não tenha ocorrido e nada tenha sido feito no caso acima narrado. E essas crianças que não conseguiram um espaço na disputa pelo uso do campinho de futebol continuam a frequentar o mesmo parque, convivendo com aqueles que as “impediram de jogar”. Digamos que essas crianças, no sentimento de exclusão, congreguem-se, inicialmente, exprimindo verbalmente sua revolta, num círculo vicioso de exclusão, exposição, discriminação, mais exclusão, isolamento e estigma. Enfim, sentindo-se excluídas, chegam às violências verbal, física e a atos infracionais; ou ainda, são acolhidas ou aliciadas pelo crime organizado; ou ainda, evadem da escola. **A isso chamamos de escalada dos conflitos a situações de violência.**

#### **Análise das hipóteses postas no caso acima, do campinho de futebol:**

- **Relação continuada:** Entre cidadãos e usuários do mesmo parque público.
- **Posição:** “Queremos jogar futebol!”
- **Interesse:** Respeito, equidade, oportunidade, inclusão etc.
- **Disputa:** Uso do campo de futebol.
- **Conflitos:** Conflitos sociais, raciais, religiosos etc.

#### **Escalada do Conflito:**

- **Violências:** Estrutural; moral; psicológica; verbal; física.
- **Crises e atos infracionais:** Diversos.

## **Distinção entre mediação e conciliação**

**Mediação:** A mediação trabalhará nas situações de conflitos intersubjetivos, em relações continuadas, através de um terceiro, equidistante, estranho ao conflito, que não tem poder decisório a respeito do conflito mediado. Visa à transformação do padrão comunicativo e relacional dos envolvidos para patamares mais funcionais, com vistas a que eles cheguem à administração do conflito, por si mesmos.

O mediador **NÃO** propõe, **NÃO** aconselha, **NÃO** sugere.

## **UNIDADE 21**

Quando há violências, atos infracionais e crimes, já há efeitos na ordem jurídica, de segurança, saúde e educação etc. Nessa segunda hipótese, ainda poderia haver uma mediação, mas **NÃO** no exato momento em que os atos de violência (do crime ou da infração) estejam acontecendo. Não há mediação no momento das violências, das infrações ou dos crimes.



**Conciliação:** A conciliação atua sobre **disputas** intersubjetivas, em relações não continuadas, também é realizada através de um terceiro equidistante, estranho à disputa, **que tem o poder decisório sobre ela ou age em nome de quem a tenha. A conciliação objetiva um acordo. O conciliador propõe, aconselha e sugere. Não ocorrendo o acordo, haverá uma decisão.**

### **As diferenças entre a mediação técnica interdisciplinar e a mediação comunitária**

A mediação é um instrumento não adjudicatório (não será exercido por um juiz em suas atribuições de julgador ou conciliador) que visa facilitar a comunicação participativa, propiciando aos envolvidos em uma situação de conflito, violência e/ou crime, a transformarem a dinâmica de comunicação e de relacionamento, alcançando, em grande parte das vezes, acordos criativos que satisfaçam suas reais necessidades. O acordo não é a meta da mediação que procura ir mais a fundo, na funcionalidade do relacionamento. Os acordos vêm como consequência. Quando procuramos apenas um acordo não necessariamente estaremos alcançando o aspecto relacional e prevenindo novos problemas, naquele mesmo conflito.

A mediação, segundo seu foco, ator e metodologia, pode ser:

**ÂMBITO DE ATUAÇÃO DA MEDIAÇÃO:** a mediação pode ocorrer no âmbito privado ou público, estando vinculada diretamente, ou não, ao Estado, nas políticas de segurança, saúde, educação, habitação, justiça e ao Judiciário (diversas fases do processo judicial: pré-processual, para-processual ou após o processo), ela pode ser realizada por técnicos, por agentes comunitários e por ambos em integração.

**MEDIAÇÃO TÉCNICA INTERDISCIPLINAR:** é indicada para conflitos mais complexos e em contextos de violências e crimes. Na categoria técnica, a mediação pode ser realizada por profissionais de distintas áreas de formação. Exemplificamos: um mediador com formação em psicologia e outro em direito ou um mediador com formação em serviço social e outro em engenharia, todos com capacitação própria em mediação. A formação de origem facilita os diferentes olhares e as diferentes escutas.

**MEDIAÇÃO TÉCNICO - COMUNITÁRIA:** realizada somente por técnicos ou em parceria com agentes comunitários. Voltada às comunidades que estejam muito contaminadas por conflitos e violências sociais e problemas estruturais. Pode agir em conflitos que envolvam membros da comunidade, além daqueles de interesse da comunidade e da sociedade.

**MEDIAÇÃO COMUNITÁRIA:** é realizada por agentes comunitários, nas situações de conflitos que envolvam alguns membros da comunidade, ou de interesse de toda a comunidade (como, por exemplo, a ausência de escolas, hospitais, transporte etc). A mediação comunitária deve buscar agir em sintonia com a rede pública. O agente comunitário, formado em mediação comunitária, faz parte da comunidade, ficando mais fácil o seu relacionamento e o reconhecimento pelos demais membros da comunidade. Além disso, a ação do agente comunitário facilita a identificação dos problemas locais e dos conflitos intersubjetivos, pois ele está dentro do contexto comunitário. Conhece os costumes e códigos dos mediados, sendo mais acessível aos membros da comunidade.

**É totalmente desaconselhada a mediação comunitária para contextos de crime e violências,** justamente porque o mediador comunitário faz parte da comunidade, mora ou lá trabalha, podendo colocar-se em risco. Assim, é importantíssimo que o mediador comunitário identifique o que são violências e se o conflito trabalhado está escalando para patamares de violências, justamente para preservar os envolvidos e a si mesmo.

Atenção: No exato **momento** da explosão da raiva e da violência, ninguém ouve ninguém! **JAMAIS** um mediador deve intervir no momento das violências, pois as emoções estão acaloradas e ninguém ouve mais ninguém. Situação diametralmente oposta de dois aspectos relevantes da mediação: respeito e funcionalidade da comunicação.

Por fim, com vistas à facilitação da transmissão e assimilação do conhecimento a respeito da mediação, é citada, a seguir, a sua sistematização em tópicos:

## Mediação:

1. é um processo não adjudicatório, ou seja, um instrumento que não implica decisão judicial e que visa à administração pacífica de conflitos, em relações continuadas (famílias, vizinhos, nas escolas, comunidades etc);
2. importa num conjunto de técnicas **voltadas para conflitos intersubjetivos (permeados ou não por conflitos sociais ou violências)**;
3. é reciprocamente voluntária: **não é obrigatória**;
4. é **confidencial**: o que é dito na sessão de mediação não pode ser objeto de testemunho, relato a terceiros ou aos envolvidos não presentes na sessão (é lavrado termo de confidencialidade pelo mediador e pelas partes-tema tratado na capacitação);
5. é **informal**: suas etapas não precisam seguir sequência rígida, mas o que fazer leva em conta uma técnica adequada (temas tratados na capacitação);
6. proporciona espaços de confiabilidade, segurança e respeito; **caso não seja possível, a sessão ou a mediação é suspensa** (temas tratados na capacitação);
7. disponibiliza aos sujeitos meios ao equilíbrio de poderes, ao protagonismo, empoderamento (empowerment), à autoreflexão, à mudança da visão adversarial (de inimigos e luta). **Deve gerar aos envolvidos instrumentos para que possam ser senhores de seus próprios destinos de maneira pacífica, separando o problema das pessoas**;
8. disponibiliza aos sujeitos o alcance dos motivadores e efeitos da juridificação e da judicialização das relações: **outros modos de ver a relação e o conflito, diferentemente de somente enxergar pela ótica do direito**, do processo ou “por no pau”, como muito ouvimos, não é?;
9. visa à **flexibilização de posturas rígidas dos envolvidos em conflitos intersubjetivos**; à **uma comunicação mais eficiente entre eles e à transformação do padrão relacional, muitas vezes disfuncional** (temas tratados na capacitação);



- 10.**proporciona meios à sua autorresponsabilização, **para que as pessoas em conflito assumam seus deveres e responsabilidades e entendam que fazem parte do conflito, são responsáveis por sua gestão, mesmo não se confundindo com o problema. Então, se os sujeitos realmente entenderem-se e se chegarem por si mesmos a um pacto, serão responsáveis por ele e não o descumprirão;**
- 11.**trabalha a identificação pelos envolvidos dos fatores que detonam a escalada dos conflitos para situações de violências e de crimes; somente, se possível e desejado pelas partes, **proporciona a celebração de acordos**, escritos ou não, que venham delas, por elas e para elas, **sem sugestões ou pressões: o acordo não é o objetivo da mediação.** A redação de eventual acordo não é feita pelo mediador se houver efeitos jurídicos, mas por um advogado. Assim, para saber se tem ou não efeitos jurídicos, é importante o aconselhamento das partes mediante o encaminhamento a um advogado ou defensor;
- 12.**é praticada por um terceiro, capacitado e treinado, **estranho ao conflito, que não esteja no exercício da autoridade decisória** e que atua em equidistância, utiliza técnicas de comunicação, escuta ativa e negociação (temas tratados na capacitação) e que deve ser remunerado: pelos interessados ou pelo projeto. **Excetua-se dessa hipótese o mediador comunitário**, cujo trabalho é realizado por um agente da comunidade, de natureza essencialmente voluntária. Esclarece-se que as políticas públicas estatais (em justiça, segurança integral, saúde, educação etc) que veiculam a mediação comunitária, devem prever: sustentabilidade ou autosustentabilidade, instrumentos eficientes à seleção dos agentes, meios à sua adesão, vinculação, capacitação, treinamento, supervisão e seu deslocamento, uso de espaço físico e telefone sem ônus pelo agente, além da natural transitoriedade dos agentes comunitários.

A partir das características acima apontadas e somente, então, será possível pensar-se na mediação e sua ação na prevenção primária e secundária.

dária da violência, redução da reincidência e a liberação do Judiciário para situações em que sua presença é insubstituível.

## **A comunicação na administração pacífica de conflitos**

A comunicação não implica somente fala. Mesmo não falando, estamos nos comunicando.

Lembra-se da letra da música “ Paz que eu quero para mim”, do Rappa, também cantada pela Maria Rita? Num trecho é cantado: “...paz sem voz, não é paz, é medo”.

Essa é uma reflexão muito importante. Não é porque há silêncio que a situação é pacífica. Mas o silêncio pode, sim, também ocorrer numa situação de paz. Entender o contexto faz toda a diferença. Nos meios de resolução pacífica de conflitos (mediação, conciliação, negociação etc), temos que entender os códigos culturais e relacionais, que não necessariamente são verbalizados e, muitas vezes, passam subentendidos.

Portanto, as habilidades comunicativas para a administração de conflitos abrangem mais do que a verbalização, os sinais e símbolos. E, também, o ouvir muito e falar pouco; ser atento ao outro e a si mesmo, com suas reações.

Enfim, proporcionar um agir comunicativo de maneira que se possibilite a troca eficiente de informações, a identificação dos sentimentos e problemas concretos e, o mais importante, gerar reflexão.

A seguir traremos algumas informações e técnicas sobre o agir comunicativo nos meios de resolução pacífica de conflitos. São elas:

- comunicar-se com intuito de ser compreendido e de compreender;
- ouvir para compreender, fazendo-se uso da escuta ativa;
- olhar para a pessoa com quem se está falando;
- não interromper. Mas também não permitir que a fala de um sobreponha ou tome espaço demasiado;
- dar indicações ao outro sobre seu interesse na conversa através de dicas corporais;

- remodelar as falas que tenham grande intensidade emocional, buscando termos positivos e com menor potencial explosivo;
- exemplo: “Meu filho é um vagabundo, não estuda. —→”Pelo que eu entendi, então, o seu filho tem dificuldades nos estudos?”;
- buscar repetir o que está sendo dito com as próprias palavras para sinalizar que está compreendendo;
- encorajar a fala;
- exemplo: “é muito importante entender o que você sente (ou pensa) sobre essa colocação”;
- fazer perguntas buscando clarear o assunto e ter maiores informações.

As questões devem ser respeitosas, para entender como funciona o relacionamento e proporcionar reflexão, sem curiosidade, **possibilitando que os envolvidos em uma situação de conflito, recriem uma história em que possam viver**, ocupando-se com o que querem e não com o que não querem. Deve-se distanciar as partes dos lamentos, fazendo questões que deem lugar às afirmações, **realizando perguntas para que elas responsabilizem-se pelas respostas**. Sempre perguntar o que cada um quer, com vistas ao presente e **ao futuro** e, não ao passado. **Tribunais fixam-se na prova de fatos passados, a Mediação em recriar possibilidades ao presente e ao futuro.**

- Buscar a equidade, não acusando, julgando, nem tampouco criticando, ou permitindo que as partes assim o façam;
- Manter o respeito nas pautas de comunicação;
- Validar os sentimentos do outro. “eu sinto como é difícil esse momento.”;
- Indicar às partes que falem por si;

Exemplo: “Ele não quer um acordo” —→ “Deixemos um pouco as pretensões dele. O que você quer?”;

- Incentivar o uso do “eu” e evitem o “você”.

Exemplo: “Você não cuida das crianças” —> “Eu me sinto muito sozinha no cuidado das crianças.”;

- Indicar às partes que evitem o uso de atributos e aja assim, também, não o faça;

Exemplo: “Esse cara é um tolo” —> “Vamos nos focalizar no problema e no que é possível fazer.”;

- Aja para que as partes separem as pessoas dos problemas;
- Fazer, através de perguntas, com que uma parte coloque-se no lugar da outra;

Exemplo: “Como você acha que ele vê o problema?”.

Essas são só umas poucas informações. É imprescindível aprofundar-se na temática.

Torne-se um mediador (técnico ou comunitário). Aprofunde-se, não só teoricamente por meio deste texto, **mas participando de capacitação específica, de treinamentos em casos reais, supervisões e aperfeiçoamento.**

## Resumo

Você está encerrando a Unidade 21 deste Curso. Nessa etapa, você estudou os principais fundamentos da mediação, a importância desse instrumento na administração pacífica de conflitos, a distinção entre mediação e conciliação e entre diferentes tipos de mediação, algumas dicas de comunicação nos meios de solução pacífica de conflitos.

Na próxima Unidade, você verá a importância da Subvenção Social e terá acesso às principais informações referentes ao tema. Estamos chegando ao final do nosso livro. Continue o seu estudo. Boa leitura!



Atenção! Os exercícios de fixação também estão disponibilizados no AVEA. Em caso de dúvidas, entre em contato com seu TUTOR.

## Exercícios de fixação

1. O que deve ser considerado no momento da Mediação de Conflitos?
  - a. As culturas e os sistemas.
  - b. A natureza das relações conflituosas e o grau de violência.
  - c. A judicialização dos conflitos ou não e a situação compartilhada pelos envolvidos e de cada um deles individualmente.
  - d. O sujeito que praticará a mediação (agente comunitário ou técnico) e o momento e espaço em que se dará a mediação (se foi proposta ou não uma ação judicial).
  - e. Todas as alternativas estão corretas.
  
2. São características do processo de Mediação de Conflitos:
  - a. É reciprocamente voluntária, sendo obrigatória.
  - b. É pública: o que é dito na sessão de mediação pode ser objeto de testemunho, relato a terceiros ou aos envolvidos não presentes na sessão.
  - c. É um processo formal: suas etapas seguem uma sequência rígida.
  - d. Disponibiliza aos sujeitos meios ao equilíbrio de poderes, ao protagonismo, empoderamento (empowerment), autorreflexão, à mudança da visão adversarial
  - e. Pode ser praticada por um dos envolvidos no conflito, desde que capacitado e treinado.

## Referências

ELIÇABE-URRIOL, D.B. **Ensayo:** Mediación Familiar Interdisciplinaria. Madrid: Editorial Asociación Interdisciplinaria Española Estudios de Familia, 1993.

FRANÇOIS-SIX, J. **Dinâmica da Mediação.** Barcelona: Paidós, 1997.

FREITAS JR., A. R. e ZAPPAROLLI, C.R. **Mediação de Conflitos -** Justiça Pública não Judiciária e Promoção da Cultura da Paz. Brasil: Rascunho, 2006.

FISHER, R. e URY, W. & PATTON, B. **Getting To Yes -** Negotiating Agreement Without Giving In. New York: Penguin Books, 1991.

FOLGER, J.P.; Bush, R. A.B. Ideología, Orientaciones Respecto del Conflicto y Discurso de la Mediación. In: Folger, J.P.; Jones, T.S.(orgs). Nuevas direcciones en mediación. Investigación y perspectivas comunicacionales. Buenos Aires: Paidós, 1997. HAYNES, J.M. e HAYNES, G.L. **La mediación en el divorcio.** Barcelona: Granica, 1997.

KOLB, D. & Outros. **Cuando Hablar de resultado – perfiles de mediadores.** Barcelona: Paidós, 1996.

MAYER, B. **The Dynamics of Conflict Resolution –** A practitioner's Guide. San Francisco: Jossey-Bass, 2000.

MOORE, C. W. **O Processo de Mediação: estratégias práticas para a resolução de conflitos.** Porto Alegre: ArtMed, 1998.

SANTOS, B.S. **O Discurso e o Poder.** Porto Alegre: Fabris Ed., 1988.

VICENTE, R. G. & BIASOTO, L. G. A. P. O Conhecimento Psicológico e a Mediação Familiar. In: MUSZKAT, M. (org.). **Mediação de Conflitos.**

– **Pacificando e prevenindo a violência.** São Paulo: Summus Editorial, 2003. URY, W.L.; BRET'T, J.M. & GOLDBERG, S.B. **Getting Disputes Resolved** Designing Systems to Cut The Costs Of Conflict. San Francisco: Jossey Bass, 1988.

WATZLAWICK e BEAVIN, J. H. & JACKSON, D.D. **A Pragmática da Comunicação Humana**. Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo, 1967.

ZAPPAROLLI, Celia Regina. Freitas Jr & ANTONIO Rodrigues de. “Mediação e demais meios de resolução pacífica de conflitos e a Polícia Comunitária”. In: **Curso Nacional de Promotor de Polícia Comunitária**. Brasília: Secretaria Nacional de Segurança Pública - SENASP, 2007, p. 333-364.

ZAPPAROLLI, Celia Regina “Questões Sobre a Efetividade do Sistema Jurídico nos Crimes Decorrentes das Relações de Gênero e Família- A Experiência da Mediação nas sedes da Lei 9099/95 - Aspectos Cíveis e Penais”. In: **Juizados Especiais Criminais - Lei 9099/95. Aspectos Jurídicos Relevantes. Doutrina e Jurisprudência – 10 anos da Lei**. São Paulo: Quartier Latin, 2008, p. 113-136.

ZAPPAROLLI, Celia Regina. “A Experiência pacificadora da Mediação: uma alternativa contemporânea para a implementação da cidadania e da justiça”. In: **Mediação de Conflitos – Pacificando e prevenindo a violência. Mediação de Conflitos – Pacificando e prevenindo a violência**. São Paulo: Summus Editorial, 2003, p. 49-76.

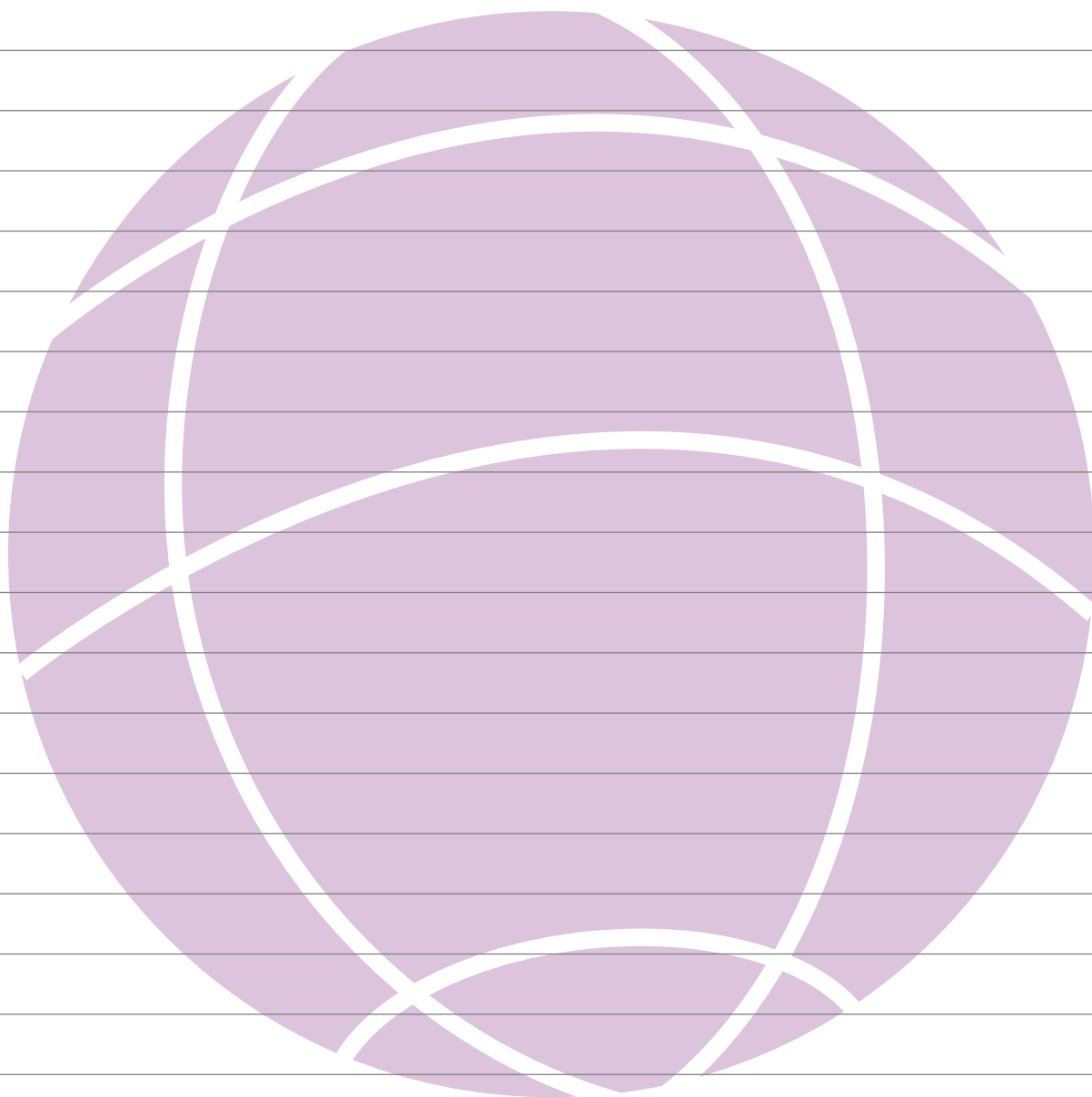
ZAPPAROLLI, Celia Regina, VICENTE, R.G, BIASOTO, L. G. A. P., VIDAL,

G. **Curso de Mediação Técnico-Comunitária ao Programa Justiça Comunitária** do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. SENASP/ PNUD/TJDFT -2a. ED Ampliada. Apostila. Brasília: Ed. Senasp -Secretaria Nacional de Segurança Pública-Ministério da Justiça/ Pnud, 2007.

ZAPPAROLLI, Celia Regina, VICENTE, R.G, BIASOTO, L. G. A. P., VIDAL, G. **Curso de Mediação Técnico-Comunitária ao Programa Justiça Comunitária** do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios. PNUD/TJDF- 1a. ed. Apostila. São Paulo: Ed . PNUD -Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2006.



# Anotações





# Unidade 22

## Subvenção Social

\*Manoel Teles Meneses Neto

Nesta Unidade, você terá informações necessárias para conhecer aspectos relacionados a subvenção social. Para isso vai estudar:

- cadastramento de instituições
- aplicação de recursos
- roteiro para elaboração de projetos
- natureza de inovação nos gastos

\*Texto adaptado do original do Curso Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros Municipais, 2008.

## Subvenção social

O princípio da responsabilidade compartilhada, previsto na Política Nacional sobre Drogas (PNAD), tem orientado as ações da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) no sentido de criar mecanismos de participação social, visando comprometer os diversos segmentos sociais com o desenvolvimento de atividades de redução da demanda de drogas no País.

Nesse sentido, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) tem estimulado as organizações que atuam de forma efetiva na redução da demanda de drogas e que seguem os objetivos e as diretrizes previstos na PNAD, através do estabelecimento de convênios com organizações governamentais e não governamentais por meio de Subvenção Social.

A Subvenção Social é uma modalidade de transferência de recursos financeiros públicos para organizações governamentais e não governamentais, sem fins lucrativos, com o objetivo de cobrir despesas de custeio no desenvolvimento de ações nas áreas de redução da demanda de drogas.

Desde a sua criação, a SENAD recebe, anualmente, inúmeros projetos com propostas diversificadas e pedidos de financiamento das ações sugeridas. Para atender esse número crescente de pedidos e garantir iguais oportunidades para todas as organizações concorrentes aos recursos financeiros, foi necessária a reestruturação da gestão da Subvenção Social. Organizou-se, portanto, a partir de 2006, um Processo Seletivo, por edital público de responsabilidade de uma Comissão Especial de Licitações com o objetivo de selecionar projetos de instituições regularmente cadastradas na SENAD e que desenvolvam ações inovadoras de interesses da PNAD.

A partir desse novo modelo de gestão e conforme a disponibilidade orçamentária, a SENAD publica, regularmente, editais com critérios claros e objetivos para realização de processo seletivo de Projetos para a modalidade de Subvenção Social, tendo em vista garantir isonomia nas condições de acesso aos recursos. Para se garantir essa isonomia a SENAD promoveu capacitações a nível nacional, referente a elaboração de projetos, com foco nas ações e nos gastos e por consequência reforçando a gestão das ONG's.

Esta iniciativa visa dar maior transparência ao processo de avaliação e seleção de projetos, bem como democratizar o acesso aos recursos financeiros. Trata-se de mais uma estratégia de articulação de esforços entre governo e sociedade, que maximiza os resultados das ações e viabiliza a implementação da PNAD, com a consequente otimização de recursos públicos.

## **Quem pode receber Subvenção Social?**

As organizações governamentais e não governamentais, sem fins lucrativos, inscritas há, pelo menos, três anos, no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) e que estejam regularmente cadastradas na SENAD e inseridas no Portal de Convênios - SICONV.

## **Como cadastrar as instituições?**

**Documentação necessária ao cadastro de instituições filantrópicas e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP's):**

- Ofício, em papel timbrado, assinado pelo proponente, dirigido ao Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas, solicitando o cadastramento e encaminhando o questionário devidamente preenchido e a documentação necessária;
- Cópia autenticada dos atos constitutivos (estatuto e ata de fundação) da instituição, com eventuais alterações devidamente registradas, ou certidão de inteiro teor fornecida pelo Cartório de Registro de Pessoa Jurídica;
- Relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas pela instituição durante os 3 últimos anos discriminados ano a ano;
- Cópia autenticada em cartório dos balanços (patrimonial e financeiro) dos últimos três exercícios, assinados pelo representante legal da instituição e por técnico registrado no Conselho Regional de Contabilidade;
- Cópia do Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);

- Parecer avaliatório emitido pelo Conselho Municipal sobre Drogas sobre o funcionamento da instituição;
- Se OSCIP's - certificado de OSCIP's.

### Documentação necessária ao cadastro de instituições públicas:

- Ofício, em papel timbrado, assinado pelo proponente, dirigido ao Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas, solicitando o cadastramento e encaminhando o questionário devidamente preenchido e a documentação necessária;
- Relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas pela instituição durante os 3 últimos anos, discriminados ano a ano;
- Parecer avaliatório emitido pelo Conselho Municipal sobre Drogas sobre o funcionamento da instituição.

### Quem não pode solicitar subvenção social?

- As organizações privadas com fins lucrativos e as que estejam em mora (com dívida atrasada), inadimplentes com outros convênios ou estejam irregulares com a União ou com entidades da Administração Pública Federal Direta ou Indireta; e organizações que receberam recursos da SENAD nos prazos definidos em editais.

Não serão concedidos recursos financeiros da Subvenção Social para a criação e manutenção dos Conselhos Estaduais e Municipais de Políticas sobre Drogas, uma vez que estes são vinculados às estruturas públicas de Estados e Municípios.

### Onde e em que os recursos poderão ser aplicados?

Os recursos deverão ser utilizados, preferencialmente, em ações inovadoras em relação às realizadas ordinariamente pela organização, para cobrir despesas de custeio, desde que contextualizados, ou seja:

- material de expediente: lápis, caneta, papéis, pastas etc;

- material de divulgação para campanhas: cartazes, folhetos, faixas, anais etc;
- prestação de serviços de profissionais da área a que se refere o projeto: palestrantes, instrutores etc.

## **Em quais hipóteses os recursos não poderão ser aplicados?**

De acordo com a legislação vigente, não será possível a concessão de recursos financeiros destinados à:

- compra, construção ou reforma de bens imóveis (casas, galpões, terrenos, pousadas, hotéis);
- compra de bens móveis e material permanente (veículos, embarcações, mobiliário: cadeiras, mesas, armários, camas, computadores, impressoras, fax, aparelhos telefônicos);
- realização de despesas a título de taxa de administração, de gerência ou similar.

## **Que tipo de projeto pode ser apresentado?**

- Os projetos deverão contemplar uma das seguintes áreas de interesse da PNAD: Prevenção: Universal, Seletiva ou Indicada, Tratamento, Recuperação e Reinserção Social, Redução de Danos Sociais e à Saúde, Eventos Científicos e de Mobilização Social, Ensino e Pesquisa com enfoque na formação de Recursos Humanos. Cada edital define a área de interesse da SENAD.

## **Sugestão de roteiro para elaboração do projeto (padrão ABNT)**

O projeto deverá conter os seguintes itens:

- Identificação da organização executora ;
- Título do projeto;
- Abrangência;

## Subvenção social

- Introdução;
- Justificativa;
- Objetivos (geral e específicos);
- Prazo de Execução do Projeto;
- Procedimentos Metodológicos;
- Articulação Institucional;
- Proposta orçamentária;
- Cronograma de execução;
- Equipe técnica;
- Aplicação detalhada dos Recursos;
- Produtos;
- Referências Bibliográficas;



Para obter informações mais detalhadas sobre Subvenção social, acesse o site: <http://www.obid.senad.gov.br>

Acesso realizado em: 18 set. 2009.

## Prestação de contas financeira/social

A prestação de contas financeira/social segue a Portaria nº 27, de 29 de maio de 2008, do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG); Ministério da Fazenda (MF) e Ministério do Controle e da Transparência (MCT) e no item Produto será observado o resultado que remete a Prestação de Contas do Produto Social produzido com o valor investido nas ações previstas no projeto.



## Resumo

Você está encerrando a Unidade 22 deste Curso. Nessa etapa você estudou subvenção social e os mecanismos necessários para se utilizar dela.

Essa unidade encerra nosso livro e, com isso, o Curso Prevenção ao uso indevido de drogas.

Nossa intenção com esse Curso é divulgar um conhecimento que nossa sociedade precisa ampliar, para que com esse aprendizado possamos ajudar nossa comunidade a se prevenir dos efeitos causados pelo uso abusivo das drogas.

Continue a sua formação e acesse, sempre que possível, o Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem no endereço: <http://conselheiros.senad.gov.br>

Obrigado pela sua participação!

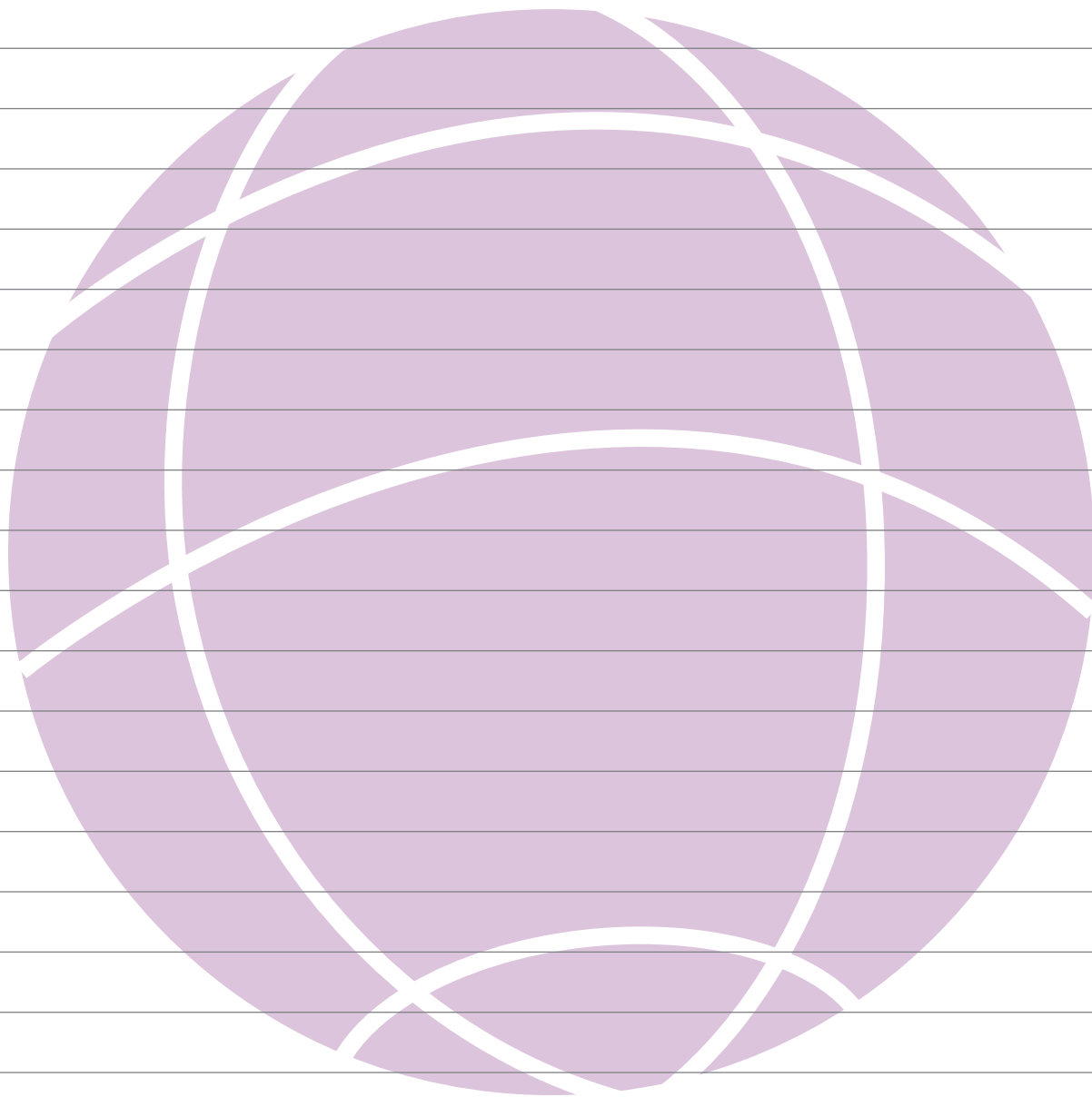
**UNIDADE 22**

exercícios  
também estão  
disponíveis no AVEA.  
Atividades, entre  
outras, com seu TUTOR.

## Exercícios de fixação

1. Quem pode receber a Subvenção Social?
  - a. Organizações privadas com fins lucrativos.
  - b. Organizações privadas que estejam com dívida atrasada, inadimplentes com outros convênios ou estejam irregulares com a União.
  - c. Organizações que receberam recursos da SENAD nos prazos definidos em edital.
  - d. Organizações governamentais e não-governamentais, sem fins lucrativos, inscritas há, pelo menos, três anos no CNPJ e que estejam regularmente cadastradas na SENAD.
  - e. Todas as alternativas estão corretas.
  
2. São áreas de interesse da SENAD para a concessão de Subvenção Social:
  - a. Prevenção, Prevenção Universal, Prevenção Seletiva, Prevenção Indicada.
  - b. Tratamento, Recuperação e Reinserção Social.
  - c. Redução de Danos Sociais e à Saúde.
  - d. Eventos Científicos e de Mobilização Social, Ensino e Pesquisa com enfoque na formação de Recursos Humanos.
  - e. Todas as alternativas estão corretas.

# Anotações





# VIVAVOZ

LIGUE PRA GENTE. A GENTE LIGA PRA VOCÊ.

**0800 510 0015**

Orientações e informações para uma vida mais saudável.

**VIVAVOZ**  
**LIGUE PRA GENTE.**  
**A GENTE LIGA PRA VOCÊ.**  
**0800 510 0015**

**UMA BOA CONVERSA PODE SER UM BOM COMEÇO**

Falar sobre drogas não é fácil. E quando alguém precisa tocar no assunto, nem sempre encontra pessoas dispostas a conversar. Por isso existe o VIVAVOZ. Para orientar, informar e, principalmente, escutar você. Isto porque, quanto mais os familiares de usuários, pessoas com o problema ou que precisam evitá-lo souberem sobre o assunto, melhor saberão lidar com ele.

**É BOM FALAR COM QUEM ENTENDE**

Resultado da parceria entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, o VIVAVOZ é uma central telefônica que presta orientações e informações sobre as drogas psicoativas, prevenção ao uso e indicação de recursos que a comunidade dispõe para quem precisa de ajuda. O teletendimento é feito por consultores altamente capacitados e supervisionados por profissionais da área de saúde. Um serviço que, devido à sua utilidade pública, foi ampliado com o apoio do Programa Nacional de Segurança Pública do Ministério da Justiça, aumentando o período de atendimento à comunidade.

## **LIGUE PRA GENTE, A GENTE LIGA PRA VOCÊ**

- Serviço aberto a toda a população;
- Totalmente gratuito;
- Não é preciso se identificar;
- Profissionais de qualquer área podem solicitar informações técnicas e receber material bibliográfico;
- Horário de funcionamento: de segunda a sexta, das 8h às 24h.





# Informações Gerais



# INFORMAÇÕES GERAIS

## Aprendendo com os filmes:

- Meu nome não é Johnny, 2008
- Maria Cheia de Graça, 2004
- Ray, 2004
- Cazuza – O tempo não pára, 2004
- Bicho de Sete Cabeças, 2000
- 28 Dias, 2000
- Traffic, 2000
- O barato de Grace, 2000
- A corrente do bem, 2000
- Notícias de uma guerra particular, 1999
- Despedida em Las Vegas, 1996
- Trainspotting, 1996
- Diário de um adolescente, 1995
- Quando um homem ama uma mulher, 1994
- Ironweed, 1987
- Por volta da meia noite, 1986
- Eu, Christiane F., 13 anos, drogada e prostituída, 1981
- La Luna, 1979

## Leituras que ajudam:

- **Depois daquela viagem: Diário de Bordo de uma Jovem.** Valéria Piassa Polizzi. Ática, 2003
- **Satisfaçam Minha Curiosidade – As Drogas.** Susana Leote. São Paulo: Impala Editores, 2003

- **Eu, Christiane F., 13 anos, Droga e Prostituída.** Kai Her-  
mann. Bertrand Brasil, 2002
- **Drogas, Prevenção e Tratamento: o que você queria saber  
sobre drogas e não tinha a quem perguntar.** Daniela Maluf  
e cols. São Paulo: Cla Editora, 2002
- **Esmeralda – Por que não dancei.** Esmeralda do Carmo Or-  
tiz. São Paulo: Editora Senac, 2001
- **O vencedor.** Frei Betto. Ática, 2000
- **Liberdade é Poder Decidir.** Maria de Lurdes Zemel e Maria  
Elisa De Lamboy. São Paulo, FTD, 2000
- **Drogas Mitos e Verdades.** Beatriz Carlini Cotrim. São Paulo:  
Ática, 1998
- **Doces Venenos – Conversas e Desconversas sobre Drogas.**  
Lídia Rosenberg Aratangy. São Paulo: olho D'Água, 1991

### **Série de publicações disponibilizadas pela SENAD:**

As publicações listadas abaixo são distribuídas gratuitamente e enviadas pelos Correios. Estão disponíveis no site do OBID ([www.obid.senad.gov.br](http://www.obid.senad.gov.br)) para download e podem ser solicitadas no site da SENAD ([www.senad.gov.br](http://www.senad.gov.br)) ou ainda pelo telefone do serviço VIVAVOZ.

Cartilhas da Série “**Por Dentro do Assunto**”. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2010:

- **Drogas: Cartilha para Educadores**
- **Drogas: Cartilha “mudando comportamentos”**
- **Drogas: Cartilha para pais de adolescentes**
- **Drogas: Cartilha sobre tabaco**
- **Drogas: Cartilhas para pais de crianças**
- **Drogas: Cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes**

**Glossário de álcool e drogas.** Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010

**Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas.** CEBRID/SENAD, 2010

As cartilhas podem ser obtidas pelo *site*: <http://www.senad.gov.br>.

### **Centros de informação:**

Se você tem acesso à Internet, consulte o OBID.

No Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas você vai encontrar muitas informações importantes. Contatos de locais para tratamento em todo o País. Instituições que fazem prevenção, grupos de ajuda-mútua e demais recursos comunitários também têm seus contatos disponibilizados. Você encontra informações atualizadas sobre as drogas, cursos, palestras e eventos. Encontra, também, uma relação de *links* para outros *sites* que irão contribuir com seu conhecimento.

- OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas  
Portal: <http://www.obid.senad.gov.br>
- SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas  
Esplanada dos Ministérios Bloco A - 5º andar  
Cep: 70050-907  
*Site*: <http://www.senad.gov.br>  
Contato: [senad@planalto.gov.br](mailto:senad@planalto.gov.br)

### **Ministério da saúde:**

*Site*: <http://www.saude.gov.br>

Disque Saúde: 0800 61 1997

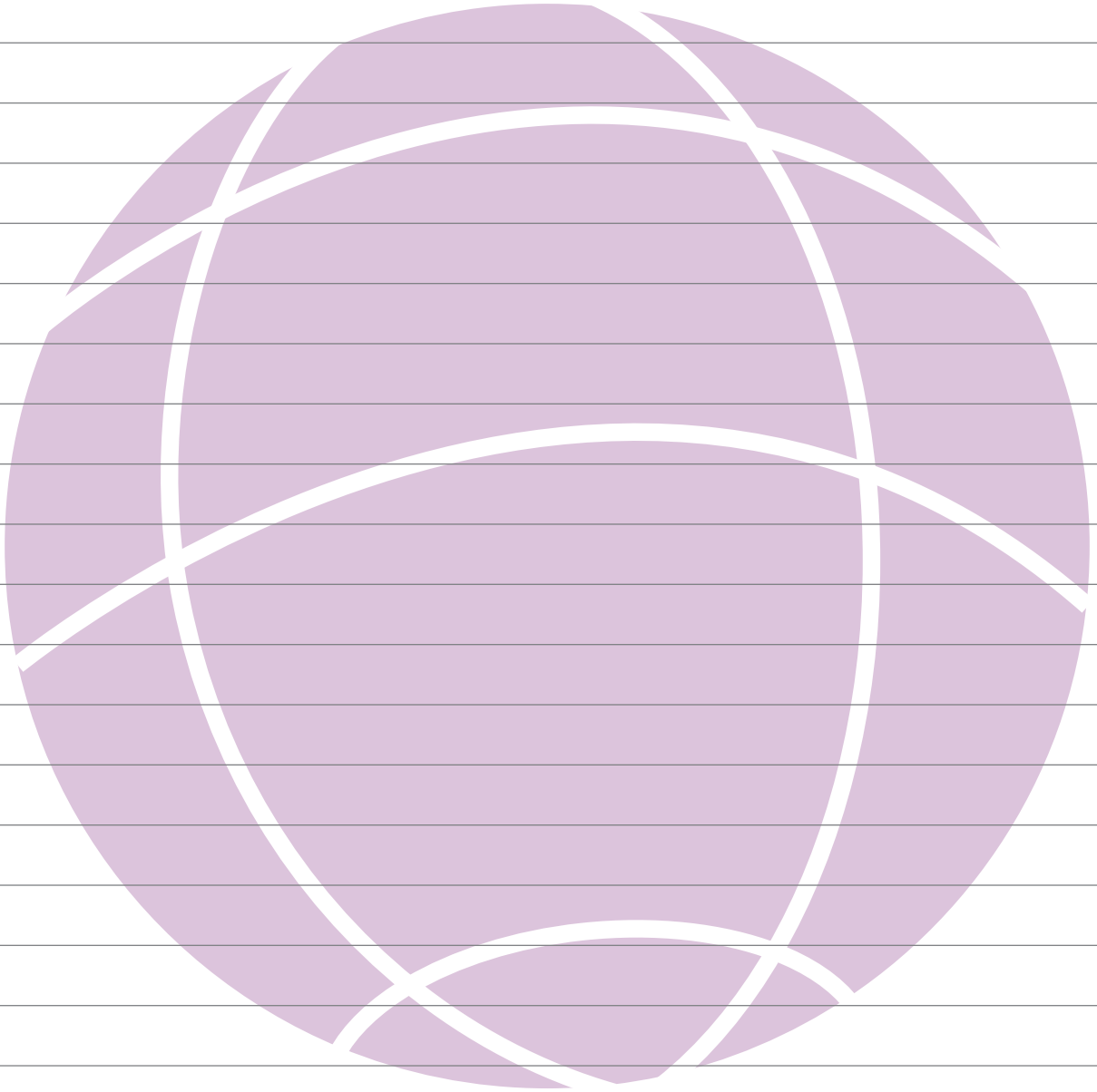
### **Conselho Estadual ou Municipal sobre Drogas**

Para saber o endereço dos Conselhos do seu estado consulte o *site*:

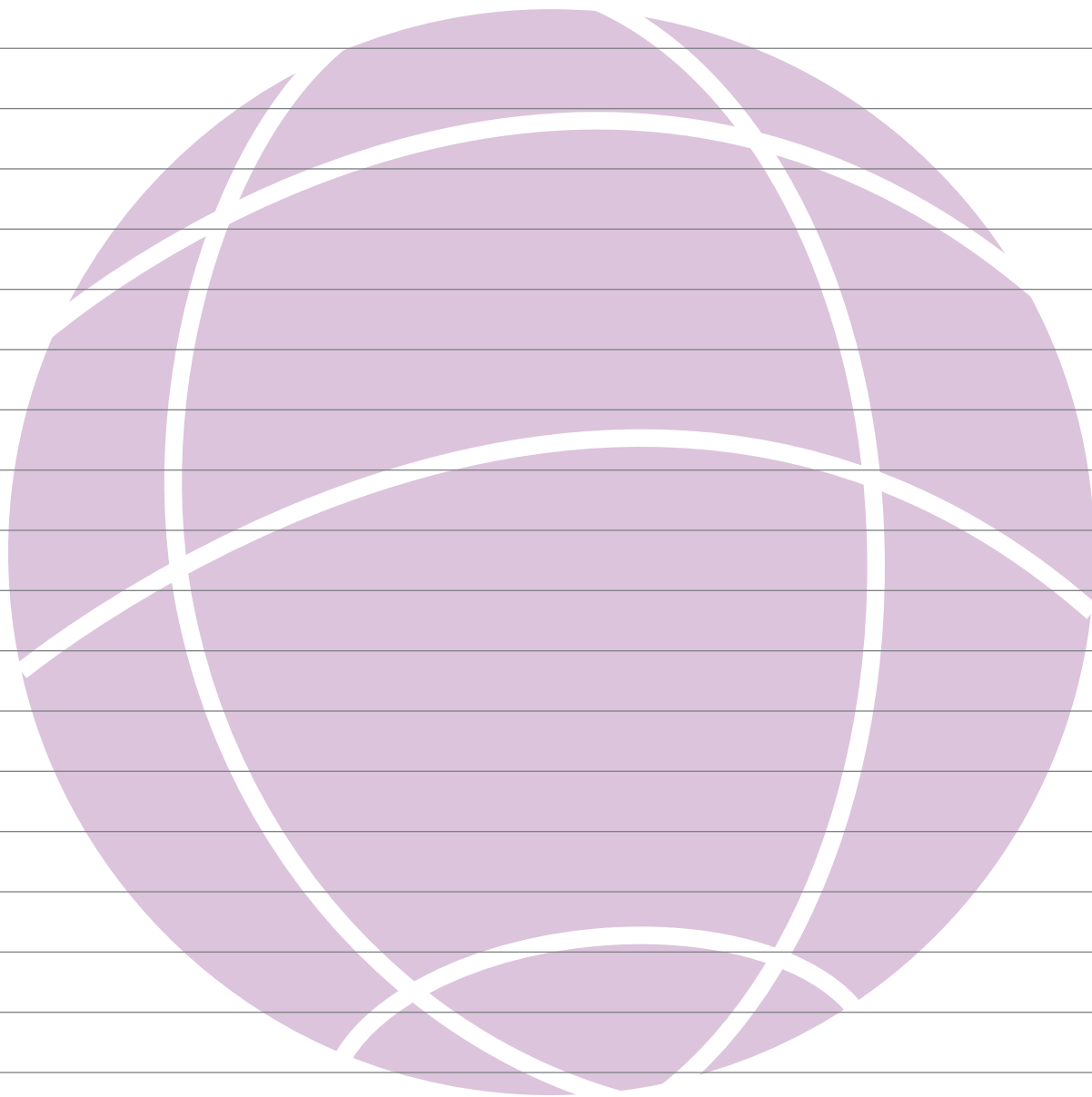
<http://www.obid.senad.gov.br>



# Anotações



# Anotações



# Anotações

