Prevenção do uso de drogas

Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias

5ª Edição

Brasília, 2013

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

SECRETÁRIO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS
Vitore André Zílio Maximiano

Revisão de Conteúdo

Equipe Técnica – SENAD

Diretoria de Articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas
Coordenação Geral de Políticas de Prevenção, Tratamento e Reinserção Social

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA (UFSC)

Reitora

Profª. Roselane Neckel

Vice-Reitora

Profª. Lúcia Helena Martins Pacheco

Pró-Reitora de Graduação

Profª. Roselane Fátima Campos

NÚCLEO MULTIPROJETOS DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Coordenação Geral

Prof. Celso Tumolo

Coordenação de Articulação e Acompanhamento de Projetos

Aluizia Aparecida Cadori

Coordenação Administrativa e Financeira

Daniel Francisco Miranda

Coordenação de Tecnologia da Informação

Wilton José Pimentel Filho

Coordenação do Projeto *Curso Prevenção do uso de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*

Profª. Roseli Zen Cerny

Consultoria Técnico-científica

Profª. Daniela Ribeiro Schneider

Profª. Patricia Von Flach

Coordenação do Design Educacional

Maria Luiza Rosa Barbosa

Designer Educacional

João Vicente Alfaya dos Santos

Design Gráfico e Editorial

Cristiane Amaral

Talita Ávila Nunes

Capa

Ramon Nunes Rebelo

Webdesign e Hipermídia

Raissa Esther da Silva Pereira

Supervisão do Sistema de Acompanhamento ao Estudante

Aline Mariana Barth

Revisão Ortográfica

Cleusa Iracema Pereira Raimundo

Contextuar

FUNDAÇÃO DE AMPARO À PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA (FAPEU)

DIRETORIA EXECUTIVA

Superintendente

Prof. Gilberto Vieira Ângelo

Superintendente Adjunta

Profª. Elizabete Simão Flausino

Diretor Executivo

Prof. Cleo Nunes de Souza

Diretor Financeiro

Prof. Oswaldo Momm

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, Edifício Sede, 2º Andar, Sala 208
Brasília-DF, CEP. 70.064.900

Tiragem: 41.500 exemplares

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

P944 Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. – 5. ed. – Brasília : SENAD, 2013.

450 p. : il., grafs., tabs.

Inclui bibliografia.
ISBN: 978-85-85820-38-1

1. Drogas – Abuso – Prevenção. 2. Drogas –Abuso – Aspectos sociológicos. 3. Drogas – Efeito fisiológico. 4. Política de saúde - Brasil. I. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

CDU : 364.272

Prefácio

Prezado(a) Estudante:

É com grande satisfação que a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD-MJ) promove, em parceria com o Núcleo Multiprojetos de Tecnologia Educacional da Universidade Federal de Santa Catarina (NUTE - UFSC), a 5ª edição do Curso de *Prevenção do uso de drogas – capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias.*

A oferta desta capacitação é parte do programa *Crack, é possível vencer*. Realizado a distância, o Curso tem por objetivo capacitar quarenta mil conselheiros municipais e líderes comunitários para atuarem na prevenção do uso de crack, álcool e outras drogas, com foco tanto na defesa quanto na promoção dos Direitos Humanos, na articulação e no fortalecimento das redes locais.

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 da manutenção de políticas públicas em âmbito local. Dessa forma, o conteúdo desta capacitação reúne informações técnico-científicas atualizadas e convergentes com a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e a Política Nacional sobre o Álcool (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 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)

Iconografia

Este 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 os 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 esses ícones?

Iconografia

É o conjunto de ilustrações ou de símbolos que constitui ou completa a documentação de uma obra impressa.

Sinaliza as temáticas que serão abordadas nos Fóruns de Conteúdo

Informação complementar disponível na internet

Informações adicionais sobre a temática discutida

Indicação de conteúdo presente na Videoaula

Indicação de conteúdo presente na Teleconferência

Indicação de exercícios de fixação

1 Módulo 1
CLASSIFICAÇÃO DAS DROGAS,
EPIDEMIOLOGIA E PADRÕES DE USO **p. 14**

01 Unidade 1
DROGAS: CLASSIFICAÇÃO
E EFEITOS NO ORGANISMO **p. 16**

02 Unidade 2
EXPERIMENTAÇÃO, USO,
ABUSO E DEPENDÊNCIA DE DROGAS **p. 42**

03 Unidade 3
EPIDEMIOLOGIA DO USO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOTRÓPICAS NO BRASIL: DADOS RECENTES **p. 56**

04 Unidade 4
PADRÕES DE CONSUMO DO
ÁLCOOL NA POPULAÇÃO BRASILEIRA **p. 76**

2 Módulo 2
PREVENÇÃO
E TRATAMENTO **p. 94**

05 Unidade 5
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
SEUS ASPECTOS SOCIOCULTURAIS **p. 96**

06 Unidade 6
PREVENÇÃO: NOVAS FORMAS
DE PENSAR E ENFRENTAR O PROBLEMA **p. 110**

07 Unidade 7I
REDES
SOCIAIS **p. 130**

07 Unidade 7II
O TRABALHO COMUNITÁRIO E A
CONSTRUÇÃO DE REDES SOCIAIS **p. 144**

08 Unidade 8
REDUÇÃO DE DANOS, PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA **p. 156**

09 Unidade 9
TRATAMENTO **p. 176**

10 Unidade 10
CRACK: UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR **p. 194**

3 Módulo 3
POLÍTICA, LEGISLAÇÃO E CONSELHOS **p. 214**

11 Unidade 11
A POLÍTICA E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DROGAS **p. 216**

12 Unidade 12
A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) **p. 236**

13 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) **p. 256**

14 Unidade 14
LEGISLAÇÕES E POLÍTICAS PARA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE E A POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS **p. 276**

15 Unidade 15
CONSELHOS: ESPAÇO DE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL **p. 296**

16 Unidade 16
POR QUE E COMO IMPLANTAR UM CONSELHO MUNICIPAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS **p. 310**

17 Unidade 17
DIREITOS HUMANOS **p. 326**

4 Módulo 4
TEMAS TRANSVERSAIS **p. 348**

18 Unidade 18
AS DROGAS E OS MEIOS DE COMUNICAÇÃO **p. 350**

19 Unidade 19
TRABALHO INFANTIL: FATOR DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA E PARA O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS **p. 366**

20 Unidade 20
VIOLÊNCIA E EXPLORAÇÃO SEXUAL CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES **p. 384**

21 Unidade 21
MEDIAÇÃO DE CONFLITOS **p. 404**

13º Concurso Nacional de Cartazes
p. 428

1

1 Módulo

Classificação das drogas, Epidemiologia e Padrões de Uso

Para prevenir o uso 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 01

DROGAS: CLASSIFICAÇÃO E EFEITOS NO ORGANISMO

Sérgio Nicastri*

Nesta Unidade, você irá estudar o que é droga segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS); e também quais substâncias são consideradas drogas, suas classificações e efeitos no organismo.

* Texto adaptado do Curso de *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*, promovido pela SENAD em 2011.

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, causando alterações em seu funcionamento.

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

Nesta Unidade, discutiremos 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.

Temas abordados no Módulo 1 serão enfocados na Teleconferência. Participe!

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

A lista de substâncias psicoativas, conforme a *10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças* (CID-10), inclui:

- álcool;
- opioides (morfina, heroína, codeína e diversas substâncias sintéticas);
- canabinoides (maconha);
- sedativos ou hipnóticos (barbitúricos, benzodiazepínicos);

- cocaína;
- outros estimulantes (como anfetaminas e substâncias relacionadas à cafeína);
- alucinógenos;
- tabaco;
- solventes voláteis.

Classificações das drogas

Do ponto de vista legal, as drogas podem ser classificadas como lícitas ou ilícitas, conforme o disposto no Quadro 1.

Quadro 1 | 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 o álcool, cuja venda é proibida a menores de 18 anos, e alguns medicamentos que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial.	São as 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:

- drogas **depressoras** da atividade mental;
- drogas **estimulantes** da atividade mental;
- drogas **perturbadoras** da atividade mental.

Dados desta unidade também estão disponíveis na videoaula. Consulte sempre que necessário.

Com base nessa classificação, vamos conhecer as principais drogas.

Drogas depressoras da atividade mental

Essa categoria inclui grande variedade de substâncias, as quais diferem acentuadamente em suas propriedades físicas e químicas, mas apresentam a característica comum de causar diminuição da atividade global ou de certos sistemas específicos do SNC. Como consequência dessa ação, há uma tendência de redução da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, sendo comum um efeito euforizante inicial e, posteriormente, 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. 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, sem dúvida, a droga psicotrópica de uso e abuso mais amplamente disseminados em grande número 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 da destilação. Em doses baixas, o álcool é utilizado, sobretudo, por causa de sua ação euforizante e da capacidade de diminuir as inibições, o que facilita a interação social.

Os efeitos do álcool estão relacionados aos níveis da substância no sangue (Quadro 2), variando conforme o tipo de bebida ingerida, a velocidade do consumo, a presença de alimentos no estômago e possíveis alterações no metabolismo da droga por diferentes condições – por exemplo, na insuficiência hepática, em que a degradação da substância é mais lenta.

Fermentação
Processo anaeróbico de transformação de uma substância em outra, produzida a partir de microrganismos, como bactérias e fungos, chamados, nesse caso, de fermentos.

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

Quadro 2 | Possíveis efeitos do álcool de acordo com os níveis da substância no sangue

Baixo	Médio	Alto
• Desinibição do comportamento. • Diminuição da crítica. • Hilaridade e labilidade afetiva (a pessoa ri ou chora por motivos pouco significativos). • Certo grau de incoordenação motora (ausência de coordenação). • Prejuízo das funções sensoriais.	• Maior incoordenação motora (ataxia). • Fala pastosa, dificuldade de marcha e aumento importante do tempo de resposta (reflexos mais lentos). • Aumento da sonolência, com prejuízo das capacidades de raciocínio e concentração.	• Náuseas e vômitos. • Visão dupla (diplopia). • Acentuação da ataxia e da sonolência (até o coma). • Hipotermia e morte por parada respiratória.

Ataxia
Perda ou irregularidade na coordenação muscular, desencadeada por disfunção neurológica que pode ter diversas causas.

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

Barbitúricos

São um grupo de substâncias quimicamente derivadas do ácido barbitúrico, sintetizadas artificialmente desde o começo do século XX. Capazes de diminuir a atividade cerebral, possuem diversas propriedades em comum com o álcool e com outros tranquilizantes (benzodiazepínicos).

Seu uso inicial foi dirigido ao tratamento da insônia; porém, atualmente não são mais empregados para este fim, pois a dose para causar os efeitos terapêuticos desejáveis não é muito distante da dose tóxica ou letal. O sono produzido por essas drogas, assim como aquele provoca-

do por todos os indutores de sono, é muito diferente do sono "natural" (fisiológico).

A lei brasileira exige que todos os medicamentos que contenham barbitúricos em suas fórmulas só sejam vendidos, nas farmácias, com a apresentação de receita médica, para posterior controle pelas autoridades sanitárias.

Efeitos

São efeitos da principal ação farmacológica dos barbitúricos:

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

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

Doses tóxicas podem provocar:

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

Tolerância e abstinência

Os barbitúricos causam tolerância (sobretudo quando o indivíduo utiliza doses altas desde o início) e síndrome de abstinência quando retirados, o que provoca insônia, irritação, agressividade, ansiedade e até convulsões.

Uso Clínico

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

Benzodiazepínicos

Esse grupo de substâncias começou a ser usado na medicina nos anos 1960 e possui similaridades importantes com os barbitúricos em termos de ações farmacológicas, com a vantagem de oferecer maior margem de segurança, ou seja, a dose tóxica (aquela que produz efeitos prejudiciais à saúde) é muitas vezes maior que a dose terapêutica (aquela prescrita no tratamento médico).

Efeitos

Neurotransmissor
Substâncias químicas produzidas pelos neurônios – as células nervosas – por meio das quais se enviam informações a outras células.

Os benzodiazepínicos potencializam as ações do GABA (ácido gama-aminobutírico), o principal neurotransmissor inibitório do SNC. Como consequência, 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 funções motoras, prejudicando atividades, como dirigir automóveis e outras que exigem reflexos rápidos.

As doses tóxicas dessas substâncias 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 apenas em relação à velocidade e à duração total de sua ação. Alguns são mais bem utilizados clinicamente como indutores do sono, enquanto outros são empregados para controlar a ansiedade ou para prevenir a convulsão.
Exemplos de benzodiazepínicos: diazepam (Valium®), lorazepam (Lorax®), bromazepam (Lexotam®), midazolam (Dormonid®), flunitrazepam (Rohypnol®), clonazepam (Rivotril®).

Opioides

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 a meperidina.

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

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

Efeitos

Os opioides causam os seguintes efeitos:

- contração pupilar importante;
- diminuição da motilidade do trato gastrointestinal;

Motilidade
é a capacidade de mover-se espontaneamente.

- efeito sedativo, que prejudica a capacidade de concentração;
- torpor e sonolência.

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

Abstinência

A abstinência provoca:

- náuseas;
- cólicas intestinais;
- lacrimejamento;
- piloereção (arrepio), com duração de até 12 dias;
- corrimento nasal;
- cãibra;
- vômitos;
- diarreia.

Uso clínico

Os medicamentos à base de opioides são receitados para controlar a tosse, a diarreia e como analgésicos potentes.

Solventes ou inalantes

Esse grupo de substâncias depressoras hoje não possui utilização clínica alguma, embora o éter etílico e o clorofórmio tenham sido bastante empregados como anestésicos gerais no passado.

Podem tanto ser inaladas involuntariamente por trabalhadores quanto utilizadas como drogas de abuso – por exemplo, a cola de sapateiro.

Outros exemplos são o tolueno, o xilol, o n-hexano, o acetato de etila e o tricloroetileno, além dos já citados éter e clorofórmio, cuja mistura é chamada com frequência 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, no Quadro 3, os efeitos observados com o uso de solventes.

Efeitos

Quadro 3 | Efeitos observados com o uso dos 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. • Possibilidade de alucinações auditivas e visuais.	• Aprofundamento da depressão, com redução acentuada do estado de alerta. • Incoordenação ocular e motora (marcha vacilante, fala pastosa, reflexos bastante diminuídos). • Alucinações mais evidentes.	• Depressão tardia. • Inconsciência. • Possibilidade de convulsões, coma e morte.

O uso crônico de tais 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 halogenados, como o clorofórmio) é sua interação com a adrenalina, pois aumenta sua capacidade de causar arritmias cardíacas, o que pode provocar morte súbita.

Tolerância e abstinência

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

Drogas estimulantes da atividade mental

Incluem-se neste grupo as drogas capazes de aumentar a atividade de determinados sistemas neuronais, o que traz, como consequências, estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos.

Tabaco

É um dos maiores problemas de saúde pública em diversos países e uma das mais importantes causas, potencialmente evitáveis, de doenças e morte.

Efeitos

O consumo de tabaco pode causar:

- doenças cardiovasculares (infarto, AVE 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 do risco de gravidez ectópica e abortamento espontâneo.

AVE
Acidente Vascular Encefálico.

Gravidez ectópica
Gravidez extrauterina, fora do útero.

Fumante passivo

Existem evidências de que os não fumantes expostos à fumaça de cigarro do ambiente (fumantes passivos) têm maior risco de desenvolver as patologias que podem afetar os fumantes.

Cabe lembrar que 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.

Ações psíquicas da nicotina

São complexas, com uma mistura de efeitos estimulantes e depressores. Mencionam-se aumento da concentração e da atenção e redução do apetite e da ansiedade.

Tolerância e abstinência

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

Cafeína

É um estimulante do SNC menos potente que a cocaína e as anfetaminas.

Seu potencial de induzir dependência vem sendo bastante discutido nos últimos anos. Criou-se até o termo "cafeinismo" para designar a síndrome clínica associada ao consumo significativo (agudo ou crônico) de cafeína, caracterizada por ansiedade, alterações psicomotoras, distúrbios do sono e alterações do humor.

Anfetaminas

São substâncias sintéticas, ou seja, produzidas em laboratório. Existem várias substâncias sintéticas que pertencem a esse grupo.

Dopamina
Medidor químico presente nas suprarrenais, indispensável para a atividade normal do cérebro. Importa destacar que sua ausência provoca o mal de Parkinson.

Noradrenalina
Medidor químico do grupo das catecolaminas, liberado pelas fibras nervosas simpáticas, precursor da adrenalina na parte interna das cápsulas suprarrenais. E vasoconstritor visceral e renal.

São exemplos de drogas "anfetamínicas": o femproporex (Desobesi – M®), o metilfenidato (Ritalina®), o mazindol (Dasten®; Absten®; Moderamin®), a metanfetamina (Pervitin, retirado do mercado) e a dietilpropiona ou anfepramona (Dualid®; Inibex®; Hipofagin®).

Seu mecanismo de ação é aumentar a liberação e prolongar o tempo de atuação de dois neurotransmissores utilizados pelo cérebro: a dopamina e a noradrenalina.

Efeitos

São efeitos do uso de anfetaminas:

- diminuição do sono e do apetite;
- sensação de maior energia e menor fadiga, mesmo quando são realizados esforços excessivos, o que pode ser prejudicial;
- fala acelerada;
- dilatação das pupilas;
- 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), assim como ter alucinações e convulsões.

Tolerância e abstinência

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, como falta de energia, desânimo e perda de motivação, que, por vezes, são bastante intensos quando tal uso é interrompido.

Uso clínico

Entre outros, destaca-se seu uso como moderadores do apetite (remédios para emagrecimento).

Cocaína

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

Pode ser consumida na forma de pó (cloridrato de cocaína), que é aspirado ou dissolvido em água e injetado na corrente sanguínea; ou na forma de uma base, denominada **crack,** que é fumada. Existe ainda a pasta de coca, conhecida como **merla,** um produto menos purificado, que também pode ser fumado.

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

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

Seus efeitos têm início rápido e duração breve. São, no entanto, mais intensos e fugazes quando a via de utilização é a intravenosa ou quando o indivíduo usa o crack.

Efeitos

Os efeitos do uso da cocaína são:

- sensação intensa de euforia e poder;
- estado de excitação;
- hiperatividade;
- insônia;

- falta de apetite;
- perda da sensação de cansaço.

Tolerância e abstinência

Apesar de não serem descritas tolerância nem síndrome de abstinência inequívoca, é comum observar aumento progressivo das doses consumidas. No caso do crack, em particular, os indivíduos desenvolvem dependência severa rapidamente; muitas vezes, em poucos meses ou mesmo em 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. Podem, também, ser observados aumento da temperatura e convulsões, frequentemente de difícil tratamento, sintomas que, se prolongados, podem levar à morte. Ocorrem, ainda, dilatação das pupilas, elevação da pressão arterial e taquicardia; tais efeitos podem provocar até parada cardíaca por fibrilação ventricular, uma das causas de morte por superdosagem.

Fator de risco de infarto e acidente vascular encefálico (AVE)

Mais recentemente e com frequência cada vez maior, têm sido verificadas alterações persistentes na circulação cerebral em indivíduos dependentes de cocaína. Existem evidências de que o uso dessa droga seja um fator de risco para o desenvolvimento de infarto do miocárdio e AVE em pessoas relativamente jovens. Um processo de degeneração irreversível da musculatura (rabdomiólise) em usuários crônicos também já foi descrito.

Drogas perturbadoras da atividade mental

Estão classificadas neste grupo diversas substâncias cujo efeito principal é provocar alterações no funcionamento cerebral, que resultam em

vários fenômenos psíquicos anormais, entre os quais se destacam os delírios e as alucinações. Por esse motivo, essas drogas são denominadas **alucinógenas**.

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 irreais, de que está sendo perseguida. Esse tipo de fenômeno se manifesta de modo espontâneo em doenças mentais denominadas **psicoses**, razão pela qual essas drogas também são chamadas *psicotomiméticas*.

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 semissólida obtida por meio de grande pressão nas inflorescências, com maiores concentrações de THC (tetraidrocanabinol), que é uma das diversas substâncias produzidas pela planta, principal responsável por seus efeitos psíquicos.

A quantidade de THC produzida pela planta depende das condições de solo, clima e tempo decorrido entre a colheita e o uso; e a sensibilidade das pessoas à sua ação é variável, 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 sensação de bem-estar, acompanhada de calma e relaxamento, menos fadiga e hilaridade; em outros, como angústia, atordoamento, ansiedade e medo de perder o autocontrole, com tremores e sudorese. Há perturbação na capacidade de calcular o tempo e o espaço, além de prejuízo da memória e da atenção.

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

- **Crônicos**

O uso continuado interfere na capacidade de aprendizado e memorização. Pode induzir um estado de diminuição da motivação, por vezes chegando 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**

Observam-se hiperemia conjuntival (os olhos ficam avermelhados), diminuição da produção da saliva (sensação de secura na boca) e taquicardia, com frequência de 140 batimentos por minuto ou mais.

- **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 benzopireno, um conhecido agente cancerígeno.

Ocorre, ainda, diminuição de até 50% a 60% na produção de testosterona dos homens, podendo causar infertilidade.

Alucinógenos

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

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

- **alucinógenos propriamente ditos ou alucinógenos primários** - são os alucinógenos capazes de produzir efeitos psíquicos em doses que praticamente não alteram outra função no organismo.

- **alucinógenos secundários como os anticolinérgicos** - 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 alguns cogumelos (*Psylocibe 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)

É uma substância alucinógena sintetizada artificialmente e uma das mais potentes com ação psicotrópica. 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

O uso de LSD causa os seguintes efeitos:

- 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 ou até mesmo de extremo medo;
- estados de exaltação (coexistem com muita ansiedade, angústia e pânico e são relatados como boas ou más "viagens").

Outra repercussão psíquica da ação do LSD sobre o cérebro são os **delírios**, descritos no Quadro 4.

Quadro 4 | Tipos de delírio

Delírios	Exemplos
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 em uma 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 na 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 depois de muito tempo do consumo de LSD.

Uma variante desse efeito é o *flashback*: semanas ou meses após o uso dessa substância, o indivíduo - mesmo sem ter voltado a consumir a

droga - volta a apresentar repentinamente todos os efeitos psíquicos da experiência. As consequências são imprevisíveis, uma vez que tais efeitos não estavam sendo procurados ou esperados e podem surgir em ocasiões bastante impróprias.

O consumo de LSD causa ainda:

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

Tolerância e abstinência

O fenômeno da tolerância desenvolve-se muito rapidamente com o LSD, mas logo desaparece com a interrupção do uso. Não há descrição de síndrome de abstinência se um usuário crônico deixa de consumir a substância, mas, ainda assim, pode ocorrer 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.

Síndrome de abstinência
Conjunto de modificações orgânicas que se dão em razão da suspensão brusca do consumo de droga geradora de dependência física e psíquica, como o álcool, a heroína, o ópio, a morfina, etc.

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

Ecstasy (3,4-metilenodioximetanfetamina 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.

Hipertermia maligna:
Aumento excessivo da temperatura corporal.

Há relatos de casos de morte por hipertermia maligna, em que a participação da droga não é completamente esclarecida. Acredita-se que o *ecstasy* estimula a hiperatividade e aumenta a sensação de sede, podendo, talvez, induzir um quadro tóxico específico.

Existem, também, 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 neurotransmissor encontrado no SNC e no sistema nervoso periférico (SNP).

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

Efeitos psíquicos

Os anticolinérgicos causam alucinações e delírios. São comuns as descrições de usuários intoxicados em que se sentem perseguidos 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 dois ou três dias.

Efeitos somáticos

Essas substâncias também provocam:

- dilatação das pupilas;
- boca seca;
- aumento da frequência cardíaca;
- diminuição da motilidade intestinal (até paralisia);

- dificuldade para urinar.

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

Hiperemia
Congestão sanguínea em qualquer parte do corpo.

São exemplos de drogas desse grupo algumas plantas, como determinadas espécies do gênero *Datura*, conhecidas como saia-branca, trombeteira ou zabumba, que produzem atropina e escopolamina, e certos medicamentos, como o tri-hexafenidil (Artane®), a diciclomina (Bentyl®) e o biperideno (Akineton®).

Esteroides anabolizantes

São drogas lícitas sintetizadas em laboratórios farmacêuticos para substituir a testosterona, hormônio masculino produzido pelos testículos. São usadas como medicamentos para tratamento de pacientes com deficiência na produção desse hormônio.

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

Muitos indivíduos que consomem essas drogas são fisioculturistas, atletas de diversas modalidades ou indivíduos que procuram aumentar a massa muscular e podem desenvolver um padrão de consumo que se assemelha ao de dependência.

Efeitos

Essas substâncias podem causar:

- diversas doenças cardiovasculares;
- alterações no fígado, inclusive câncer;

- alterações musculoesqueléticas indesejáveis (ruptura de tendões, interrupção precoce do crescimento).

Quando utilizadas por mulheres, essas substâncias podem, ainda, provocar masculinização (crescimento de pelos pelo corpo, voz grave, aumento do volume do clitóris); em homens, podem atrofiar os testículos.

Resumo

Nesta Unidade, você estudou que droga, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é qualquer substância não produzida pelo organismo capaz de causar algum tipo de alteração no seu funcionamento. Segundo a *Classificação Internacional de Doenças*, essas substâncias são as seguintes: álcool, opioides, canabinoides, sedativos ou hipnóticos, cocaína, outros estimulantes, alucinógeno e tabaco. As drogas podem ser lícitas ou ilícitas e, conforme as alterações que provocam no organismo das pessoas que as utilizam, são classificadas como depressoras, estimulantes ou perturbadoras.

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

Exercícios de fixação

1. **O álcool é uma droga considerada:**

   b. ( ) estimulante da atividade mental.

   c. ( ) depressora da atividade mental.

   d. ( ) perturbadora da atividade mental.

   e. ( ) nenhuma das alternativas anteriores.

2. **Drogas consideradas ilícitas são aquelas que:**

   a. ( ) só podem ser comercializadas com prescrição médica especial.

b. ( ) são proibidas por lei.

c. ( ) são comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição.

d. ( ) são comercializadas de forma legal, sem nenhum tipo de restrição à venda.

Referências

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

BEEDER, A. B.; MILLMAN, R. B. Patients with psychopatology. In: LOWINSON, J. H. et al. **Substance abuse**: a comprehensive textbook. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997. p. 551-562.

GALLOWAY, G. P. Anabolic-androgenic steroids. In: LOWINSON, J. H. et al. **Substance abuse**: a comprehensive textbook. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997. p. 308-318.

GREDEN, J. F.; WALTERS, A. Caffeine. In: LOWINSON, J. H. et al. **Substance abuse**: a comprehensive textbook. 3rd. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997. p. 294-307.

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

MASUR, J.; CARLINI, E. A. **Drogas**: subsídios para uma discussão. São Paulo: Brasiliense, 1989.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

SCHMITZ, J. M.; SCHNEIDER, N. G.; JARVIK, M. E. Nicotine. In: LOWINSON, J. H. et al. **Substance abuse**: a comprehensive textbook. 3rd. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997. p. 276-294.

02

Unidade 02

EXPERIMENTAÇÃO, USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE DROGAS

Cláudio Elias Duarte*
Rogério Shigueo Morihisa

Nesta Unidade, você irá compreender que as substâncias psicoativas, com suas especificidades e consequências de uso, constituem-se em problema de saúde pública e afetam, direta ou indiretamente, a qualidade de vida de todo ser humano. Para melhor aproveitamento do seu estudo, fique atento aos temas: mudanças conceituais na compreensão do fenômeno, o álcool como uma droga importante nesse contexto social e as relações entre uso abusivo e dependência de drogas.

* Texto adaptado do Curso de *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias,* promovido pela SENAD em 2011.

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, quer 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 pode assumir, também, 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, entre os cientistas de sua época, a estudar e divulgar o assunto alcoolismo. Inseriu-se nos grupos de ajuda mútua, recém-formados em 1935, como os Alcoólicos Anônimos (AA), e deles obteve amplo apoio. Além disso,

Alcoólicos Anônimos (AA)

Para saber um pouco mais sobre os Alcoólicos Anônimos, acesse: <http://www.alcoolicosanonimos.org.br/>.

exerceu 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 às perturbações mentais. Naquela época, para rever o conhecimento a respeito do assunto, a OMS convocou uma série de encontros, envolvendo representantes de diferentes disciplinas, de várias escolas de pensamento em psiquiatria e de todas as partes do mundo. 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 de 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 e é 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 Álcool*, propostos, inicialmente, por Edward e Gross, em 1976. Interessante é que o diagnóstico da *Síndrome de Dependência do Álcool* 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 "alcoolismo", 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 alcoolista (**dependente de etílicos**).

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

Conforme conceituaram, na década de 1970, 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.

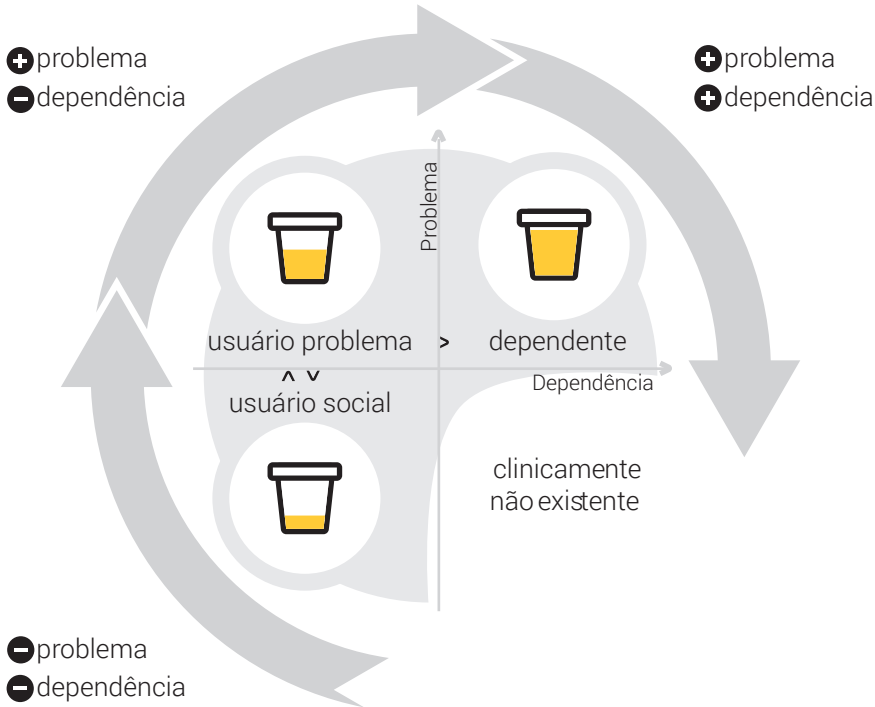
Surgem ansiedade e alterações de humor, tremores, taquicardia, enjoos, suor excessivo e até convulsões, com risco de morte.

- **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 somente não desenvolve os sintomas descritos 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 1.

Figura 1 | Padrões de consumo



Fonte: Edwards (1976).

Essa figura representa os padrões de consumo do álcool, segundo Edwards (1976), 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, no entanto, encaixa-se no quadrante superior esquerdo, observa-se que, embora ele não apresente nenhum grau de dependência, 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 utilizarem 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 ao usuário. A *Classificação Internacional de Doenças* (CID) utiliza o termo "uso nocivo", referindo-se ao uso de drogas que resulta em dano físico ou mental, enquanto o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM) emprega o termo "abuso", o qual engloba também as consequências sociais. Para uma melhor comparação, veja o Quadro 1, apresentado a seguir.

Quadro 1 | Comparação entre critérios de abuso e uso nocivo da DSM-IV e CID-10

DSM-IV	CID-10
ABUSO	USO NOCIVO
Um ou mais dos seguintes sintomas, ocorrendo no período de 12 meses, sem nunca preencherem critérios para dependência: • Uso recorrente, resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa. • Uso recorrente em situações nas quais isso representa perigo físico. • Problemas legais recorrentes relacionados à substância. • Uso continuado, apesar de problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância.	Evidência clara de que o uso foi responsável (ou contribuiu consideravelmente) por dano físico ou psicológico, incluindo capacidade de julgamento comprometida ou disfunção de comportamento. A natureza do dano é claramente identificável. O padrão de uso tem persistido por, pelo menos, um mês ou tem ocorrido repetidamente dentro de um período de 12 meses. Não satisfaz critérios para qualquer outro transtorno relacionado à mesma substância no mesmo período (exceto intoxicação aguda).

Dependência

No Quadro 2, apresentamos 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:

Quadro 2 | Comparação entre os critérios para dependência da DSM-IV e CID-10

DSM-IV	CID-10
Padrão mal adaptativo de uso, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos, manifestados por três ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses: 1. **Tolerância**, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: a. necessidade de quantidades progressivamente maiores para adquirir a intoxicação ou efeito desejado; b. acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade. 2. **Abstinência**, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: a. síndrome de abstinência característica para a substância; b. a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência. 3. **A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades** ou por um período mais longo do que o pretendido. 4. Existe um **desejo persistente** ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso. 5. **Muito tempo é gasto** em atividades necessárias para a obtenção e utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos. 6. **Importantes atividades** sociais, ocupacionais ou recreativas **são abandonadas** ou reduzidas em virtude do uso. 7. **O uso continua, apesar da consciência de se ter um problema** físico ou psicológico, persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.	Três ou mais das seguintes manifestações ocorrendo conjuntamente por pelo menos um mês ou, se persistirem por períodos menores que um mês, devem ter ocorrido juntas de forma repetida em um período de 12 meses: 1. **Forte desejo ou compulsão** para consumir a substância. 2. **Comprometimento da capacidade de controlar** 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. 3. **Estado fisiológico de abstinência** quando o uso é interrompido ou reduzido, como evidenciado pela síndrome de abstinência característica da substância ou pelo uso desta ou de outra similar para aliviar ou evitar tais sintomas. 4. **Evidência de tolerância aos efeitos**, necessitando de quantidades maiores para se obter o efeito desejado, ou estado de intoxicação ou redução acentuada destes efeitos com o uso continuado da mesma quantidade. 5. **Preocupação com o uso**, 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. 6. **Uso persistente**, a despeito de evidências claras de consequências nocivas, evidenciadas pelo uso continuado quando o sujeito está efetivamente consciente (ou se espera que esteja) da natureza e extensão dos efeitos nocivos.

Os fóruns de conteúdos são importantes para processo de aprendizagem e fundamentais para o conhecimento das diversas opiniões e ideias a respeito de uma determinada questão. Sua participação nesses fóruns enriquece o trabalho de todos e abre portas para novos planos de ações. Participe e contribua com suas ideias!

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

Resumo

Nessa Unidade, você estudou que os transtornos causados pelo 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 dos padrões de uso de substâncias psicoativas é importante para estabelecer o melhor programa terapêutico para indivíduos usuários/dependentes, além de permitir diagnóstico e classificação acurados.

Exercícios de fixação

1. **De acordo com os padrões de consumo de álcool, propostos 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**. 4th ed. Washington (USA): APA, 1994.

BABOR, T.F. 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 (UK): Oxford University Press, 1990.

BERTOLOTE, J. M. **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**, Chicago (USA), v. 294, n. 5, p. 616-618, Aug. 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,** v. 38, n. 7, p. 905-932, Jun. 2003.

EDWARD, G; GROSS, M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. **Bristish Medical Journal**, London (UK), v. 1, n. 6.017, p. 1.058-1.061, May 1976.

GHODSE, H. **Drugs and addictive behaviour:** a guide to treatment. 2nd ed. Oxford (UK): Blackwell Science, 1995.

LARANJEIRA, R.; NICASTRI, S. Abuso e dependência de álcool e drogas. In: ALMEIDA, O. P.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **Manual de Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1996. p. 83-88.

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

LEITE, M. C. **Fatores preditivos da resposta terapêutica em tratamento ambulatorial para dependentes de cocaína**. 200p. 1999. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

LOWINSON, J. H. et al. **Substance Abuse:** a comprehensive textbook. 2nd ed. Baltimore (USA): Willian & Wilckins, 1997.

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

NAIMI, T.S. et al. Binge drinking among US adults. JAMA, n. 289, p. 70-5, jan./jul.2003.

NATIONAL Institute on Alchool Abuse and Alcoholism (NIAAA). Eighth special report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. Bathesda (USA): National Institute of Health,1994.

_____. Tenth special report to U.S. Congress on Alcohol and Health. Bathesda (USA): National Institute of Health, 2000.

_____. Council approves definition of binge drinking. NIAAA **Newsletter**, Bathesda (USA), v. 3. N. 3, 2004.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde (OMS). **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, San Diego (USA), 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, Washington (USA), n. 15, p. 287-91, 2001.

ANOTAÇÕES

03

Unidade 03

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 à epidemiologia das substâncias psicoativas no Brasil. No decorrer do texto, você conhecerá os principais indicadores epidemiológicos sobre drogas, dados recentes sobre o consumo delas no País e os levantamentos populacionais.

* Texto adaptado do Curso de *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias,* promovido pela SENAD em 2011.

Conceitos fundamentais

Epidemiologia

A palavra vem do grego, *epedeméion* (aquele que visita): *epí* (sobre, em cima de), *demós* (povo), *logos* (palavra, discurso, estudo). Etimologicamente, significa: "ciência do que ocorre (se abate) sobre o povo". No campo da ciência médica e da saúde pública, "Epidemiologia é o estudo da distribuição e dos determinantes dos estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas e a aplicação desses estudos no controle dos problemas de saúde" (LAST, 2000, p. 62). Por exemplo: quantas pessoas estão infectadas com o vírus HIV? Ou quantas são fumantes? Ou, ainda, quantos morrem, no Brasil, em decorrência do uso de drogas lícitas e ilícitas? Essas 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, na pergunta: Quantos fumantes havia entre os moradores da cidade de São Paulo em 2012?

Nesse caso, teremos: (casos existentes – fumantes), (população determinada – moradores de São Paulo), e (tempo determinado – ano de 2012).

Incidência

É o número de **casos novos** de certa doença ou fenômeno em uma população determinada, em um tempo determinado. Por exemplo: Em 2012, quantos casos novos de fumantes houve entre moradores da cidade de São Paulo?

Definições importantes

As definições importantes são:

- **uso na vida** – qualquer uso (inclusive, um único uso experimental) alguma vez na vida;
- **uso no ano** – uso, ao menos uma vez, nos últimos doze meses que antecederam à pesquisa;
- **uso no mês** – uso, ao menos uma vez, nos últimos trinta dias que antecederam à pesquisa;
- **uso frequente** – uso de seis ou mais vezes nos últimos trinta dias que antecederam à pesquisa;
- **uso pesado** – uso de vinte ou mais vezes nos últimos trinta dias que antecederam à pesquisa;
- **uso abusivo** – quando a pessoa começa a ter problemas físicos, mentais e sociais aparentes em consequência do uso da substância, cumprindo, mesmo que parcialmente, suas obrigações cotidianas;
- **dependência** – quando a pessoa não consegue mais cumprir suas obrigações cotidianas em decorrência do uso da substância ou dos efeitos adversos do seu uso ("ressaca"). Ela passa quase que a totalidade de seu tempo ou sob o efeito da droga "curando a ressaca" ou na busca pela substância.

Esses conceitos foram vistos com maior aprofundamento na Unidade 2. É importante que você leia, nesta unidade, as definições de padrões de uso de álcool, tais como o uso na vida, o uso no mês e, assim, sucessivamente.

Objetivos dos estudos epidemiológicos na área de drogas

Os estudos epidemiológicos na área de drogas objetivam:

- diagnosticar o uso de drogas em uma determinada população; e

- possibilitar a implantação de programas preventivos adequados à população pesquisada.

Tipos de estudos

1. **Levantamentos epidemiológicos** – fornecem dados diretos do consumo de drogas, enfocando:
   - domiciliares (pesquisa o uso de drogas entre moradores de residências sorteadas);
   - estudantes (alunos do ensino fundamental, médio ou de cursos superiores);
   - crianças e adolescentes em situação de rua (informações colhidas de crianças e adolescentes que vivem a maior parte do tempo na rua);
   - outras populações específicas (por exemplo: profissionais do sexo, trabalhadores da indústria, policiais, etc.).
2. **Indicadores epidemiológicos** – fornecem dados indiretos do consumo de drogas de uma determinada população, tendo por base indicadores relativos a:
   - 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 Instituto Médico Legal (IML);
   - apreensões de drogas feitas pelas polícias Federal, Estaduais e Municipais;
   - prescrições de medicamentos, tais como benzodiazepínicos e anfetamínicos;
   - mídia (notícias veiculadas pelos meios de comunicações sobre as drogas);

Benzodiazepínicos

são utilizados como sedativos, hipnóticos, anticonvulsivantes, relaxantes muscular, coadjuvantes anestésicos e ansiolíticos. Essa extensa lista de indicações terapêuticas explica a grande incidência de intoxicações por esses fármacos. (BRASIL, 2006).

Anfetamina

A pessoa sob o efeito de anfetamina tem insônia, perde o apetite, fica eufórica (cheia de energia) e com uma fala acelerada. Além disso, apresenta sensação de poder, irritabilidade, prejuízo do julgamento, suor e calafrios. A pupila dilata-se, efeito chamado midríase, sendo prejudicial e perigoso para os motoristas que a consomem, pois ficam com o olho mais sensível aos faróis dos carros. (BRASIL, 2007).

- 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. Dentre eles, encontram-se:

Levantamentos populacionais

Os dados diretos que serão apresentados 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) 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 dessa 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,*

74,6% dos entrevistados relataram já terem bebido alguma vez na vida, 49,8% no último ano e 38,3% nos últimos trinta 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 de drogas durante a vida, exceto de 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 foi de 10,1%, o que corresponde a populações de 5.799.005 e 4.760.635 de pessoas, respectivamente; havendo aumento de 1,1% quando as porcentagens de 2001 e 2005 são comparadas, tanto para álcool como para tabaco.

O uso de **maconha**, no decorrer da vida, em 2005 aparece em primeiro lugar entre as drogas ilícitas, com 8,8% dos entrevistados – um aumento de 1,9% em relação a 2001. Comparando-se o resultado de 2005 com o de outros estudos, pode-se verificar que ele é menor do que de outros países como EUA (40,2%), Reino Unido (30,8%), Dinamarca (24,3%), Espanha (22,2%) e Chile (22,4%), porém superior à Bélgica (5,8%) e 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. Porcentagem inferior à encontrada nos EUA (9,5%) e superior a países como Espanha (4,0%), Bélgica (3,0%) e Colômbia (1,4%).

Dentre 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 à verificada nos EUA (8,3%).

Quanto aos **estimulantes** (medicamentos anorexígenos), o uso na vida foi de 3,2% em 2005, aumentando 1,7% se comparado a 2001. Porcentagens próximas a 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.

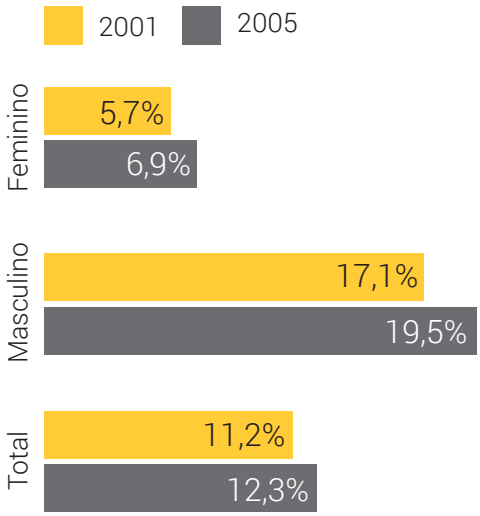
Em relação à **cocaína**, 2,9% dos entrevistados declararam ter feito uso na vida. Em relação aos dados de 2001 (2,3%), houve, portanto, um aumento de 0,6% no número de pessoas utilizando esse derivado de coca.

Diminuiu o número de entrevistados de 2005 (1,9%) em relação aos de 2001 (2,0%), relatando o uso de **xarope à base de codeína** na vida. O uso, no decorrer da vida, de **heroína** em 2001 foi de 0,1%; em 2005 houve sete relatos, correspondendo a 0,1%. Esses dados são menores que os achados nos EUA (1,3%).

Álcool

O Gráfico 1, apresentado a seguir, mostra as porcentagens de entrevistados, de ambos os sexos, preenchendo os critérios de dependência do álcool.

Gráfico 1 | Comparação entre os Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, de 2001 e 2005, segundo dependência de álcool

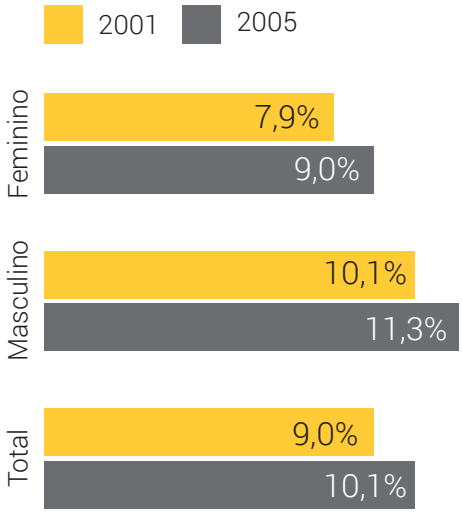


Fonte: SENAD, CEBRID e UNIFESP (2001; 2005).

Tabaco

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

Gráfico 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

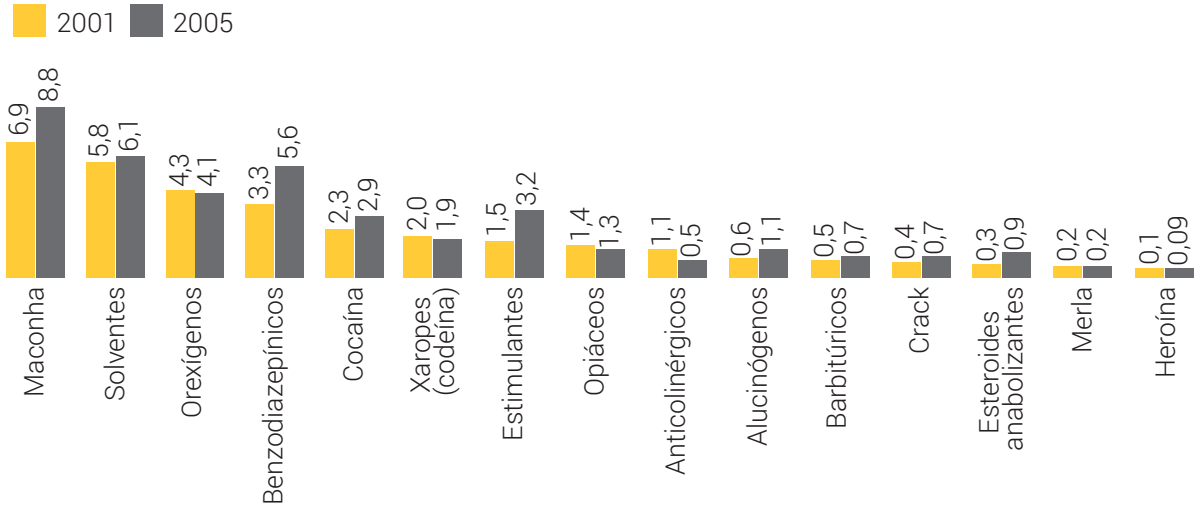


Fonte: SENAD, CEBRID e UNIFESP (2001; 2005).

Drogas psicotrópicas (exceto tabaco e álcool)

O Gráfico 3 mostra o **uso no decorrer da vida**, distribuído por gênero, nos anos de 2001 e 2005, para **quinze** drogas. Constata-se que houve um aumento de prevalência, de 2001 para 2005, em nove 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).

Gráfico 3 | Comparação entre os Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, de 2001 e 2005, segundo o uso de drogas no decorrer da vida, exceto álcool e tabaco



Fonte: SENAD, CEBRID e UNIFESP (2001; 2005).

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

Outro importante levantamento publicado em 2007 pela SENAD, em parceria com a UNIAD e a 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% relataram 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 CPAD e UFRGS, que focalizou a população de condutores de veículos automotores, 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 assumiram ter consumido cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas (beber pesado episódico ou *binge drinking*) entre duas e oito vezes no último mês. Demonstrou, também, 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 antissocial, dependência/abuso de álcool ou outras substâncias) mais elevados que os motoristas que apresentavam resultados negativos nos referidos testes (sóbrios).

Populações Específicas

Em 2010, dando continuidade a uma série histórica, foi realizada a pesquisa entre a população de estudantes de Ensino Fundamental e Médio, realizado também pela SENAD em parceria com o CEBRID e a UNIFESP, 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 dessa pesquisa foi a inclusão da rede privada de ensino na amostra, apurando ainda mais o perfil da realidade do consumo de álcool e de outras drogas nesse segmento. Dentre os achados, chamou a atenção relatos de consumo de drogas em geral, na faixa etária entre 10 e 12 anos, sendo 10,4% uso na vida, 5,4% uso no ano e 2,7% uso no mês. Outro dado relevante é que, entre os anos de 2004 e 2010, de modo geral, ocorreu uma diminuição do consumo de álcool e tabaco. Em 2004, 65,2% dos jovens já haviam feito uso de álcool alguma vez na vida, 63,3% haviam feito algum uso no último ano. Já para o tabaco era de 24,9% e 15,7%, respectivamente. Os resultados, em

2010, para o álcool foram de 60,5% para uso na vida e 42,4% para uso no ano, enquanto que para o tabaco foram de 16,9% e 9,6%.

O estudo também demonstrou uma diminuição estatisticamente significativa do consumo de anfetamínicos e solventes em um período de 23 anos, desde o *I Levantamento*, em 1987, ao mais recente, em 2010. Um dado preocupante é que houve um aumento significativo do uso na vida de cocaína em comparação aos dois últimos levantamentos. Na população pesquisada no *V Levantamento*, esse índice foi de 2,0% passando a 2,8% no *VI Levantamento*. Esse padrão de uso de drogas dos estudantes brasileiros assemelha-se ao de estudantes norte-americanos. Comparando-se escolas públicas e particulares, observou-se uma diferença no consumo no último ano na categoria "qualquer droga", que reúne todas as substâncias investigadas, exceto álcool e tabaco. Entre os estudantes da rede pública, a proporção encontrada foi de 9,9%; já entre estudantes da rede particular, o índice foi de 13,6%. Com exceção dos inalantes, estima-se que o Brasil apresenta, atualmente, menores prevalências de consumo de drogas quando comparados aos demais países do mundo, para a 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 e a 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. Especificamente com relação ao álcool, 43% do total de entrevistados (incluindo aqueles 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 e realizado em parceria com o GREA e a 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 para 1. Nota-se, contudo, quanto à frequência e à quantidade, que 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.

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, em uma análise de séries temporais de 21 anos, 1988-2008, houve redução no 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 de 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, mantiveram-se estáveis; houve, entretanto, diminuição das apreensões dos frascos de lança-perfume e o aumento da quantidade de comprimidos de *ecstasy* nos anos de 2007 e 2008.

Outro indicador importante refere-se ao uso de medicamentos psicotrópicos. No Brasil, o uso 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 dessas substâncias e os médicos sem especialização são os maiores prescritores. Os benzodiazepínicos não são, no entanto, a única classe de medicamentos psicotrópicos sujeitos ao "abuso terapêutico". Há a prescrição indiscriminada de anfetaminas (inibidores do apetite), com fins estéticos, para pacientes sem evidência de indicação clínica – índice de massa corporal (IMC) maior que 30 kg/m^2.

Considerações Finais

Pode parecer estranho que, para uma mesma droga, apareçam porcentagens diferentes. Isso ocorre porque cada tipo de levantamento estuda uma determinada população, com particularidades próprias. A Tabela 1 ilustra esse aspecto. É possível notar, por exemplo, na pesquisa domiciliar (incluindo pessoas de 12 a 65 anos de idade), que o uso na vida de solventes foi relatado por 6,1% dos entrevistados, enquanto entre jovens (tanto em estudantes quanto em crianças e adolescentes em situação de rua) as porcentagens foram bem maiores. Isso significa que, quando se pretende aplicar um programa preventivo ou uma intervenção, é importante conhecer antes o perfil da população específica a ser enfocada no estudo, pois suas peculiaridades são relevantes para um planejamento adequado.

Levantamentos

Apresenta-se, na Tabela 1, um comparativo do uso de drogas, no decorrer da vida, a partir de levantamentos realizados que focalizaram diferentes populações.

Tabela 1 | Comparação do uso na vida de algumas drogas em diferentes populações pesquisadas: dados expressos em porcentagens

Droga	Domiciliar (2005)	Estudantes do Ensino Fundamental e Médio (2010)	Crianças e Adolescentes em Situação de Rua (2003)	Universitários (2010)
Maconha	8,8%	5,7%	40,4%	26,1%
Solventes	6,1%	8,7%	44,4%	20,4%
Cocaína	2,9%	2,5%	24,5%	7,7%

Fonte: SENAD, CEBRID e GREA - FMUSP (2003; 2005; 2010).

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 essas razões, há necessidade de programas permanentes de pesquisas epidemiológicas para que novas tendências possam ser detectadas e programas de prevenção e intervenção sejam adequadamente desenvolvidos.

Resumo

Você está encerrando a Unidade 3 deste Curso. Nesta 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.

Exercícios de Fixação

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

1. **Com relação à Epidemiologia e aos 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	( ) É o uso em 6 ou mais vezes, nos últimos 30 dias.
5. Incidência	( ) É a proporção de casos existentes de certa doença ou fenômeno, em uma população determinada, em um tempo determinado.

6. Dependência	( ) É qualquer uso, inclusive um único uso experimental, alguma vez na vida.
7. Uso abusivo	( ) Realizados em domicílios, com estudantes, crianças e adolescentes ou outras populações.
8. Abuso 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

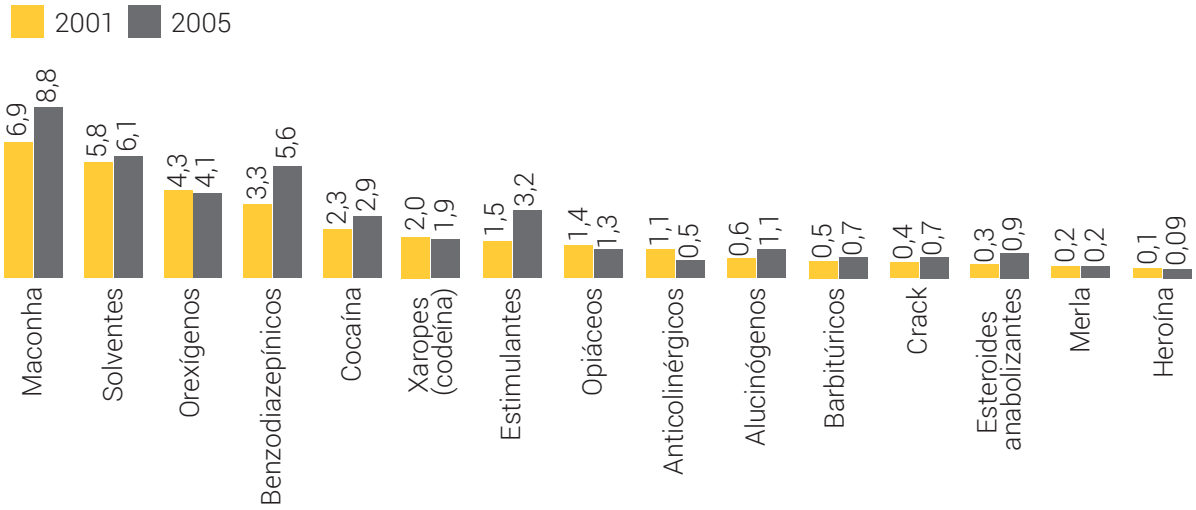
c. ( ) 5, 6, 7, 3, 1, 8, 2, 4

d. ( ) 5, 7, 6, 3, 1, 8, 4, 2

e. ( ) 1, 7, 6, 8, 5, 3, 4, 2

2. **Ao analisar o gráfico abaixo.**

Gráfico 4 | 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, CEBRID e UNIFESP (2001; 2005).

Tendo por base os dados nele apresentados, é correto afirmar que:

a. ( ) O gráfico mostra o uso no ano de drogas, exceto álcool e tabaco no período de 2001 e 2005.

b. ( ) Houve um aumento de prevalência de 2001 para 2005 em nove drogas; diminuição para quatro e o mesmo consumo para duas.

c. ( ) Houve um aumento da incidência de 2001 para 2005 em nove drogas; diminuição para quatro, e se manteve o mesmo consumo para duas.

d. ( ) Houve um aumento da incidência de 2001 para 2005 no uso de maconha, solventes, cocaína, merla, heroína, estimulantes, opiáceos, crack, anabolizantes e barbitúricos.

e. ( ) Houve um aumento de prevalência de 2001 para 2005 em quatro drogas; diminuição para duas e se manteve o mesmo consumo para nove.

Referências

BEAGLEHOLE, R; BONITA, R; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia básica**. Washington (USA): Pan American Health Organization, 1994.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Gerência-Geral de Toxicologia (GGTOX). **Toxicologia**. Rio de Janeiro: NUTES-UFRJ, 2006. Disponível em: <http://ltc.nutes.ufrj.br/toxicologia/mV.im.benz.htm>. Acesso em: 10 jun. 2013.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas **Informações sobre drogas**: anfetaminas [on-line]. Brasília (DF): SENAD-MJ, 2007. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11285&rastro=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS%2FTipos+de+-drogas/Anfetaminas#efeito>. Acesso em: 10 jun. 2013.

_____. 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**. Organização de Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcio Garcia de Oliveira. Brasília: SENAD, 2010.

_____. **O adolescente e as drogas no contexto da escola**. Curso de formação em prevenção do uso indevido de drogas para educadores de escolas públicas. Brasília: SENAD; MEC, 2004. v. 1.

_____. POLÍCIA FEDERAL. Disponível em: < http://www.dpf.gov.br/ >. Acesso em: 22 abr. 2010.

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

CENTRO Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br>. Acesso em: 10 jan. 2011.

CHILE. Ministério del Interior. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). **Quinto informe anual sobre la situación de drogas en Chile**. Chile: CONACE, 2005. Disponível em: <http://www.conacedrogas.cl>. Acesso em: 9 jan. 2011.

EUROPEAN Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). **Perspectives on drugs**. Disponível em: < http://www.emcdda.europa.eu/edr2013>. Acesso em: 10 jun. 2013.

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.

INTERNATIONAL Narcotic Control Board (INCB). **Report for 2009**: Psycho tropic 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.

LAST, J. M. **A Dictionary of Epidemiology**. 4. ed. New York (USA): Oxford University Press, 2000.

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

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.

UNITED States of America. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). **National Household Survey on Drug Abuse** – Office of Applied Studies: 1999-2000. Washington (USA): U.S. Department of Health and Human Services, 2001. Disponível em: <http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/reports.htm>. Acesso em: 18 jan. 2011.

_____. National Institute on Drug Abuse (NIDA). High School and youth trends. **National Institute on Drug Abuse** [on-line], Bethesda, Maryland (USA), Dec. 2102. Disponível em: <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/high-school-youth-trends>. Acesso em: 10 jun. 2013.

04

Unidade 04

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 seu impacto no indivíduo, na família e na sociedade. Para tanto, os tópicos referentes a esse 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; e, por fim, sobre os efeitos do uso abusivo do álcool.

* Texto adaptado do Curso de *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias,* promovido pela SENAD em 2011.

Dados epidemiológicos relacionados ao uso do álcool

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 de álcool, sendo o alcoolismo a terceira 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 dois bilhões de pessoas consomem **bebidas alcoólicas**, o que corresponde a 40% da população mundial acima de 15 anos de idade, e cerca de dois milhões de pessoas morrem em decorrência das consequências negativas do uso do álcool (por exemplo, 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.

Epidemiologia
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 de álcool, como abuso e dependência, são frequentes na nossa população.

Importa registrar que 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 hidroalcoólica] 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" (BRASIL, 2007, p. 5, grifos nossos).

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, que 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. Há, contudo, evidências de que o "beber pesado" tem se tornado cada vez mais frequente tanto em homens como em mulheres. Dessa forma, o aparecimento de problemas decorrentes desse 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 exemplo: 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 o **uso moderado de álcool** e **abuso ou dependência de álcool**, detalhados a seguir.

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.

No sítio da OMS, você encontra informações e publicações relacionadas à temática 'saúde'. Acesse: <http://new.paho.org/bra/>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece que, para se evitarem 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 uma

dose equivale, aproximadamente, a 350 ml de cerveja, 150 ml de vinho ou 40 ml de uma bebida destilada, e cada uma dessas 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 duas doses diárias de álcool; e as mulheres, de uma dose diária. Tanto homens quanto mulheres não devem beber mais de duas vezes na semana.

Importa destacar que **beber pesado episódico** (BPE) – também considerado "***Binge Drinking***" por muitos autores – é definido como o consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas, em uma única ocasião, por homens, ou quatro ou mais doses de bebidas alcoólicas consumidas, em uma única ocasião, por mulheres, pelo menos uma vez nas últimas duas semanas. O critério de BPE do NIAAA é semelhante e definido como o consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião por homens ou quatro 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 essas quantidades (5+/ 4+) aumentam o risco de o 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 no trabalho), comportamento antissocial e dificuldades escolares, tanto em jovens como na população em geral. Além disso, 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, três 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 etnias e classes socioeconômicas. O diagnóstico prediz um curso de problemas recorrentes devido ao uso do álcool e um consequente 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 quatro 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 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 disso, 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, por conta disso, "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. Essa 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 **alcoolista**, 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 **alcoolista** 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; todavia, 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 dessa substância, é "***dependente do álcool***". A dependência do álcool é uma condição clínica. Quando identificada tal dependência, são conferidos 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

Etanol
É uma molécula simples que se move facilmente através das membranas celulares, equilibrando-se rapidamente entre o sangue e os tecidos.

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

O álcool é o etanol (álcool etílico). 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, uma taça de vinho de 140 ml ou a uma dose de bebida destilada de 35 ml —, por um homem de 70 kg, resulta em uma alcoolemia de 0,2g/L, já uma 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 quatro doses de bebidas alcoólicas em uma festa, terá de esperar quatro horas, antes de

dirigir, para que todo o álcool saia de seu organismo. Vale lembrar que café preto, refrigerante ou banho gelado não são medidas que resolvem esse tipo de situação, nem são capazes de acelerar a metabolização do álcool e, consequentemente, 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 de o 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 podem, com o passar do tempo, 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

Apresentam-se, a seguir, as consequências negativas relacionadas ao abuso do álcool tanto **à saúde** quanto **à sociedade**.

Álcool e gravidez

O consumo excessivo de álcool entre as gestantes 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. Os estudiosos propõem, por isso, o desenvolvimento de programas específicos para mulheres, e o princípio fundamental para desenvolver e implementar esses programas é utilizar estratégias particularmente responsivas às necessidades das mulheres.

Você sabia que a gestante que abusa do álcool durante a gestação faz do feto um coconsumidor 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, entre 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.

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 pou-

co, 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 e de trabalho de parto prematuro, o que constitui forte indicação de sofrimento fetal.

As alterações físicas e mentais que ocorrem na síndrome alcoólica fetal podem ser totalmente prevenidas se a gestante não consumir álcool ao longo de sua gravidez; a recomendação da Academia Americana de Pediatria e do Colégio Americano dos Ginecologistas e Obstetras é, portanto, 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 desse uso abusivo, por meio de ações multiprofissionais.

Álcool e violência

Estudos científicos demonstram a **relação entre o uso de álcool e violência**. Em pesquisas realizadas nos EUA, em 2001, os autores Brecklin e 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, no Brasil e no 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; o álcool não é, contudo, a causa única e direta da violência. Outros fatores devem ser considerados, como os contextos sociais e culturais de cada situação e os fatores de risco.

Como visto, outros padrões de consumo do álcool, como o "beber pesado", antes mesmo da dependência, trazem 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.

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

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. É, por isso, necessário compreender o conceito de saúde pública para que se possam 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 Charles-Edward Amory Winslow, nos EUA, em1920:

> 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, dois bilhões o número de consumidores de bebidas alcoólicas no mundo. Nesse 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, taxação 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 disso, tratamentos cognitivo-comportamentais e farmacológicos também são avaliados como eficazes. O estudo também mostrou

que intervenções comunitárias, como o controle ao acesso de bebidas, levam à diminuição de acidentes de trânsito e de 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, especialmente os 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 à população.

Resumo

Nesta 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 desse padrão é cada vez mais comum. Também foi possível observar a relação do uso de álcool com a violência e os desafios enfrentados pela saúde pública no que concerne ao uso do álcool na sociedade brasileira.

Exercícios de fixação

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

Referências

ANDERSON, P.; CHISHOLM, D.; FUHR, D. C. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. **The Lancet**, London (UK), v. 373, n. 9.682, p. 2234-2246, jun.2009.

ANDRADE, L.; WALTERS, E. E.; GENTIL, V.; LAURENTI, R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Soc. Psychiatry Psych. Epidemiol**, Heidelberg (DE), n. 37, n. 7, p. 316-327, jan. 2002.

BRASIL. Decreto-lei nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 maio 2007, p. 5.

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.** São Paulo: UNIFESP; CEBRID, 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.; ANDREUCCETTI, G. Problemas específicos: álcool e trânsito. In: ANDRADE, A. G; ANTHONY J; SILVEIRA C. M. (Eds.). **Álcool e suas conseqüências**: uma abordagem multiconceitual. Barueri, SP. Minha Editora, 2009.T

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

REHM, J.; CHISHOLM, D.; ROOM, R.; LOPEZ, A. D. Alcohol. In: JAMISON, D. T. et al. (Eds.). **Disease Control Priorities in Developing**

Countries. 2nd ed., Washington (USA): IBRD/The World Bank; New York (USA): Oxford University Press, 2006, p. 887-906.

SILVEIRA, C. M.; PANG W.; ANDRADE, A.; ANDRADE, L. H. Heavy Episodic Drinking in the São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study in Brazil: Gender and Sociodemographic Correlates. **Journal of Studies on Alcohol**, San Diego (USA), v. 68, n. 1, p. 18-27, Jan. 2007.

2

2 Módulo

Prevenção e Tratamento

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

05

Unidade 05

ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: SEUS ASPECTOS SOCIOCULTURAIS

Fátima Büchele*
Déborah Domiceli de Oliveira Cruz

Nesta Unidade, você poderá conhecer um pouco da contextualização sociocultural do uso 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; e
- a cultura comunitária e possíveis projetos de prevenção.

* Texto adaptado do Curso de *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias,* promovido pela SENAD em 2011.

Uma abordagem histórica das drogas

O consumo de substâncias psicoativas é um fenômeno que sempre existiu em todas as culturas humanas. As características desse consumo vêm se modificando significativamente nas últimas décadas, colocando em risco a vida de muitas pessoas, tornando-se mais um dos fatores do reflexo das transformações das nossas condições sociais e culturais.

Na história da humanidade, há inúmeros registros evidenciando o uso de drogas no cotidiano. As drogas, na Antiguidade, 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).

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, de certa forma, não se sabia dos efeitos negativos que elas poderiam causar. Os estudos científicos eram inexistentes e esse uso foi raramente sendo percebido 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

Você pode aprofundar seus conhecimentos sobre esta temática lendo o artigo "As drogas e a história da humanidade", de Henrique Soares Carneiro, publicado na *Revista Diálogos* (ano 6, n. 6, nov. 2009), que está disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/revista_dialogos06.pdf>.

passou da esfera religiosa para a da biomedicina, inicialmente, nos grandes centros urbanos dos países mais desenvolvidos do Ocidente (MACRAE, 2007).

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

As substâncias psicoativas passaram, atualmente, de exóticas e fascinantes para o caráter de mercadoria. Esse problema é complexo e exige enfoque multidisciplinar de saúde pública, pois o seu consumo ultrapassa os aspectos legais, jurídicos e sociais. Configura-se como característica da sociedade contemporânea e está aí para ser estudado, de forma clara, por diferentes setores sociais.

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

A questão de licitude ou ilicitude das substâncias que alteram o comportamento humano não é algo trivial. Pode-se partir para o viés legalista e determinar que lícito e ilícito é aquilo que a legislação considera que o seja. Leia mais sobre essa questão em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/drogas2.swf>.

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 elas, 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 107 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil.

Quadro 1 | Drogas mais usadas: percentual 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

* Orexígenos são medicamentos que estimulam o apetite.
Fonte: CEBRID (2002; 2006).

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, essas 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

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 e 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 legalmente comercializadas para maiores de idade 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.

O papel da família, das culturas e das religiões

Família
A família é unidade básica da sociedade formada por indivíduos com ancestrais em comum ou ligados por laços afetivos. Latim *famulus* = que serve, lugar em função de. Latim *fama* = casa Latim ; *famulo* = do verbo *facere*, a indicar que faz, que serve.

A família é a primeira referência da pessoa, 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 pode ser 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 (BUCHELE; MARQUES; CARVALHO, 2004, p.223).

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 seu uso. (FORMIGONI, 1997). Note-se que 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 de rituais, fato que leva a "uma educação do beber" e, com isso, a uma pequena proporção de dependentes ou de bebedores-problemas.

> O uso de algumas drogas, como o álcool, é socialmente mais aceitável do que o de outras. Entretanto, o que é ou não socialmente aceitável depende das características da comunidade em questão – seus valores, sua cultura (o álcool não é socialmente aceitável em comunidades muçulmanas) – e não do risco que a droga representa (SILVEIRA, 1999, p.28).

Edwards (1999), quando discorre sobre os fatores culturais envolvidos no alcoolismo, reafirma 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.

A cultura comunitária e possíveis projetos de prevenção

Alguns fatores de risco ou de proteção podem contribuir para o uso de drogas. Esses 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, no Quadro 2, alguns exemplos de fatores de risco e de proteção para o uso de álcool e outras drogas no domínio comunitário.

Quadro 2 | 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: SENAD (2006).

Frente a essas informações, você, Conselheiro ou Líder Comunitário, 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 desses exemplos.

Fraternidade Terapêutica: o Amor é a resposta

A entidade foi criada em 2007, com o objetivo de acolher usuários de substâncias psicoativas e propor soluções para o enfrentamento de pro-

blemas decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em Teresina (PI). Com ênfase na experiência de um novo estilo de vida fraterna, visa, por meio de um acompanhamento sistemático, a uma recuperação duradoura e verdadeira dos usuários dessas substâncias.

No âmbito da prevenção primária, a Fraternidade realiza trabalho com adolescentes na faixa etária entre 9 a 14 anos, moradores de comunidades em situação de vulnerabilidade do município de Teresina. Os encontros incluem música, dinâmicas, leituras, partilhas, brincadeiras e jogos educativos. Ao todo, participam das atividades oferecidas pela Fraternidade para prevenir o uso de drogas, violência e prostituição, cerca de 40 meninos e meninas. A entidade adota ainda a metodologia do Tratamento Comunitário, focado na prevenção, redução de danos, tratamento e reinserção social a partir de um modelo que leve em conta a realidade concreta das comunidades nas quais são realizadas as intervenções.

Outras informações: <http://www.oamorearesposta.com>.

Projeto Unicirco: arte, educação & comunidade

Unicirco Marcos Frota, instalado no Parque Municipal da Quinta da Boa Vista desde 2010, executa políticas públicas de cidadania por meio da arte em parceria com a Petrobras, atuando dentro do Programa de Desenvolvimento e Cidadania com o Governo do Estado e da Prefeitura, através de suas secretarias.

Toda a rede pública de educação, saúde, segurança recebe sistematicamente ingressos gratuitos para os espetáculos.

As oficinas acolhem jovens indicados dos projetos sociais parceiros, além de outros cadastrados nas audições livres e gratuitas realizadas dentro das comunidades. Com uma equipe de coordenadores, monitores, pedagogos e assistentes sociais, a Unicirco se aproxima da realidade dos seus alunos através de contato com os seus pais, visita às suas escolas e aos seus bairros.

A missão e o objetivo maior da Unicirco com seus espetáculos, suas oficinas livres de formação e audições para seleção e revelação de novos talentos é despertar cidadania, espiritualidade e valores a todos que participam do projeto.

Com sede na Quinta da Boa Vista, o projeto participa do programa de revitalização do centro histórico da cidade do Rio de Janeiro.

Para mais informações, consulte nosso sítio: <http://www.unicirco.org.br>.

Unicirco – Arte, Educação & Comunidade inicia seu quarto ano de atividade com suas metas atingidas, relatórios e prestações de contas aprovadas no âmbito estadual, municipal e federal, projetos aprovados no Ministério da Cultura e uma imensa rede de parceiros institucionais que garantem a dimensão artística e social do projeto. Tem por objetivo a formação de jovens em situação de risco para a inserção no mercado de trabalho.

Grupo Espírita Casa da Sopa

Mais informações: <http://grupoespiritacasadasopace.blogspot.com>.

O Grupo Espírita Casa da Sopa tem como missão institucional desenvolver o cuidado social junto às pessoas em situação de rua em Fortaleza (CE), promovendo sua educação integral e integração social. Para tal, trabalha com ações integradas com a rede de assistência social do município e, em parceria com a Associação Lua Nova (Disseminação de Boas Práticas/SENAD), realiza uma acolhida de baixa complexidade a mulheres em situação de rua. A instituição oferece espaço para cuidados pessoais, alimentação, convivência e lazer, contribuindo para o fortalecimento das relações, a criação de vínculos, a geração de renda e o tratamento do uso de crack, álcool e outras drogas.

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. **Dessa 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

socioeconômicos, cultural, disponibilidade da droga e a estrutura de vida do indivíduo.

Exercícios de fixação

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

1. **Alguns fatores de risco ou de proteção podem contribuir para o uso de drogas. Esses 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. Nesse contexto, relacione as colunas abaixo:**

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

Marque a alternativa correta:

a. ( ) 2, 2, 1, 1, 2, 1

b. ( ) 1, 2, 1, 2, 2, 1

c. ( ) 2, 1, 2, 1, 1, 2

d. ( ) 2, 2, 1, 2, 1, 1

e. ( ) 2, 1, 1, 2, 1, 2

2. **Tendo em vista as relações do indivíduo com a religião, a família e com a cultura, pode-se afirmar que:**

a. ( ) Elas são consideradas irrelevantes na determinação dos padrões de consumo de drogas.

b. ( ) São significativas no desenvolvimento do alcoolismo.

c. ( ) São consideradas as primeiras referências do homem e a cultura é a principal responsável pela formação pessoal do indivíduo.

d. ( ) Nelas o uso de álcool é mais aceitável do que o de outras drogas; porém, não depende das características da comunidade em questão.

e. ( ) Todas alternativas anteriores estão corretas.

Referências

BERTOLOTE, J. M. Conceitos em alcoolismo. In: RAMOS, S. P.; BERTOLOTE, 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.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **A Prevenção do Uso de Drogas e a Terapia Comunitária**. Brasília: SENAD-MJ, 2006.

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

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1992.

_____. **Prevenção ao uso indevido de drogas**. Brasília: Programa de Educação Continuada. Brasília: Universidade de Brasília, 1992. v. 1.

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.

_____. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil** – 2005. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas (CEBRID); Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2006.

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

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: IPUB- CUCA, 2001.

EDWARDS, G.; LADER, M. A. **Natureza da dependência de drogas**. Tradução Rose Eliane Starosta. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

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

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

FIGUEIREDO, R. M. M. D. (Org.). **Prevenção ao Abuso de Drogas em Ações de Saúde e Educação**: uma abordagem sociocultural e redução de danos. São Paulo: NEPAIDS, 2002. Disponível em: <http://www.barong.org.br/phpATM/index.php?action=downloadfile&filename=Prevencao%20ao%20abuso%20de%20drogas%20em%20ac%F5es%20de%20saude%20e%20educacao.pdf&directory=Outros&PHPSESSID=9eb16049ead84f015fe4a443c510fdd5>. Acesso em: 07 jun. 2013.

FORMIGONI, M. L. S; MONTEIRO, M. A Etiologia do Alcoolismo. In: RAMOS, S. P. et al. **Alcoolismo Hoje**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

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

MACRAE, E. Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos. **Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos** [on-line], 2007. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/edward2.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2013.

SILVEIRA, D. X. **Um guia para a família**. Brasília: Presidência da República; Casa Militar; Secretaria Nacional Antidrogas, 1999. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0240.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2013.

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

VAILLANT, G. **A história natural do alcoolismo revisitada**. Tradução Bartira S. C. da Cunha e José Alaor L. dos Santos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

Unidade 06

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 do uso de crack, álcool e outras drogas. Para isso, estudará sobre a droga e sua multiplicidade de fatores, sempre atento aos dependentes e suas possibilidades de recuperação. Também acompanhará algumas propostas de prevenção que levam em consideração as necessidades e a realidade do usuário de drogas.

* Texto adaptado do Curso de *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias,* promovido pela SENAD em 2011.

O conceito de prevenção

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

Podemos observar esse preceito nas práticas religiosas como a tentativa de pregar o respeito ao próximo. A humanidade foi se desenvolvendo e conseguindo atualizar algumas formas de preservação. 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 1960, preservávamos um uso ritualístico; hoje, temos um uso que podemos definir como consumista. Com essas 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, mas, sim, considerar uma série de fatores para favorecer que o indivíduo tenha condições de fazer escolhas saudáveis.

Diante das necessidades da sociedade, ou seja, dos problemas apresentados, o conceito de prevenção se ampliou a ponto de poder se incluído no conceito de Promoção de Saúde.

A **promoção da saúde** é associada a um conjunto de valores, tais como vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceira, entre outros. Refere-se, também, a uma combinação de estratégias: do Estado buscando políticas públicas saudáveis; da comunidade nas ações comunitárias; dos indivíduos na busca de suas

Promoção de Saúde

O conceito de **Promoção da Saúde** ganhou maior impulso após a Conferência Internacional de Ottawa (1986), como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. É compreendido como um processo no qual indivíduos, comunidades e redes sociais compartilham seus conhecimentos com o objetivo de juntos encontrarem melhores condições de saúde numa contínua procura de direitos e de cidadania. Sob essa perspectiva, procura trabalhar com o desenvolvimento, com a participação e com a interação do ser humano no seu meio social, econômico e cultural, interagindo com as diversas instâncias em diferentes níveis, como uma possibilidade concreta de ruptura de paradigma no campo da saúde, considerando a realidade objetiva da sociedade globalizada.

habilidades; do sistema de saúde reorientando-o, bem como de parceiras intersetoriais, com responsabilidade múltipla. Em vista disso, é entendida como um novo modo de compreender a saúde e a doença e também uma nova maneira de os indivíduos e as coletividades obterem saúde (BUSS, 2003; LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A., 2004).

É fundamental, portanto, que o agente de prevenção conheça os diferentes aspectos envolvidos no seu trabalho. Nas páginas desta Unidade, você terá a oportunidade de aprofundar-se nesse assunto.

Os múltiplos fatores que levam às drogas

Temas abordados no Módulo 2 serão enfocados na Teleconferência. Participe!

O uso 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 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 **fatores de risco**, e fatores que colaboram para que o indivíduo, mesmo tendo contato com a droga, tenha condição de se proteger, chamados **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. Já os **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 nessa 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 em 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, recusa-se a experimentá-la.

O indivíduo que usou a droga, 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 fazer, ainda, só um uso ocasional; se, contudo, suas condições forem de risco ou prazerosas, ele poderá vir a usá-la regularmente.

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

Apresentamos, no Quadro 1, tanto os fatores de proteção quanto os de risco relacionados ao próprio indivíduo.

Quadro 1 | Fatores do próprio indivíduo

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

Fonte: SENAD (2006)

A **curiosidade**, elencada 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 demonstramos no Quadro 2, na família também podem estar contidos tanto os fatores de risco como os de proteção em relação ao uso das substâncias psicoativas.

Quadro 2 | Fatores familiares

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

Fonte: SENAD (2006).

Cultura Aditiva

É um modo de funcionamento de grupos em que a adição a diferentes objetos é o comportamento adotado para enfrentar situações de instabilidade emocional e frustrações.*

* Nota: conceito elaborado por Daniela Schneider para esta edição.

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 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 (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 (SPROVIERI, 1998).

Cuidado com os filhos na infância

Fator de proteção = acompanhamento dos filhos.

Desenvolvimento de seus filhos

Fator de risco = impossibilidade de deixar os filhos crescerem.

Fatores escolares

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. O Quadro 3 contém alguns exemplos de fatores de proteção e de riscos presentes no ambiente escolar.

Quadro 3 | Fatores Escolares

De proteção	De risco
Bom desempenho escolar	Baixo desempenho escolar
Boa inserção e adaptação no ambiente escolar	Falta de regras claras
Ligações fortes com a escola	Baixas expectativas em relação às crianças
Oportunidades de participação e decisão	Exclusão social
Vínculos afetivos com professores e colegas	Falta de vínculos com as pessoas ou com a aprendizagem
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	

Fonte: SENAD (2006).

Fatores sociais

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

Quadro 4 | Fatores sociais

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

Fonte: SENAD (2006).

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 às drogas

No quadro 5, apresentamos os fatores relacionados às drogas.

Quadro 5 | Fatores relacionados às drogas

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

Fonte: SENAD (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 1970, 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 os técnicos tinham uma posição muito moralista diante do proble-

ma. Se o usuário não era julgado pelo sistema prisional, ele era julgado pelo sistema psiquiátrico.

Nos anos 1980, tivemos que repensar a posição diante do aumento do consumo das drogas injetáveis e do aparecimento da AIDS. Foi nessa época que dois conceitos importantes passaram a ser cuidadosamente estudados e aplicados: "resiliência" e "redução de danos". Acompanhe.

Resiliência

De acordo com Junqueira e Deslandes (2003, p. 228), resiliência é entendida como uma "reafirmação 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.

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.

Essas definições já nos 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 essa 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 desses indivíduos?

Muitos estudos foram feitos com as populações chamadas de "alto risco". Um estudo longitudinal, realizado por Werner e Smith (1982 *apud* YUNES, 2003), 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 dessas crianças desenvolveu problemas de aprendizagem e de comportamento.

Outro grupo estudado por era composto por 49 jovens cujos 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 esses problemas. (WERNER, 1986 *apud* YUNES, 2003).

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), em consonância 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.

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 esses usuários causavam a si próprios compartilhando seringas. Essa 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

esse número é menor que 17%. No Brasil, na mesma época, também foram feitas tentativas nesse 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:

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 (MARLATT, 1999 *apud* MOREIRA; SILVEIRA; ANDREOLI, 2006, p. 813).

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 de drogas em uma pessoa em um determinado meio ambiente.

As categorias de prevenção primária, secundária e terciária que herdamos dos modelos médicos não dão, no entanto, 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.

Cabe destacarmos que, hodiernamente,

> [...] 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; MOREIRA, 2006, p. 314).

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

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

O Quadro 6 apresenta esses tipos de prevenção, informando o que são e onde se aplicam.

Quadro 6 | Tipos de prevenção

O que é?	Onde se aplica ?
Prevenção universal são programas destinados à população geral, supostamente sem qualquer fator associado ao risco.	Na comunidade, em ambiente escolar e nos meios de comunicação.
Intervenção seletiva são ações voltadas para populações com um ou mais fatores associados ao risco de uso de substâncias psicoativas.	Por exemplo, em grupos de crianças, filhos de dependentes de drogas.
Prevenção indicada são intervenções voltadas para pessoas identificadas como usuárias ou com comportamentos violentos relacionados direta ou indiretamente ao uso de drogas, como alguns acidentes de trânsito.	Em programas que visem diminuir o consumo de álcool e outras drogas e também melhorar aspectos da vida do indivíduo, como desempenho acadêmico e reinserção escolar.

Fonte: SENAD (2006)

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 atores biopsicossociais, 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; BASSIT, 1995, p. 86).

Sabemos que o problema do uso de drogas é sério e importante. Entendemos, 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 desse conhecimento, estão a identificação da população a ser trabalhada, a identificação dos fatores de risco e de proteção dessa 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 nessa área.

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

- receber o conhecimento científico e se manter atualizada;
- 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 definam 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 estarmos 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

Nesta Unidade foi visto que são os fatores de risco que levam uma pessoa ao uso de drogas. Não existe um único fator que explique a causa para o indivíduo usar drogas. Existem situações de vida que estão associadas à decisão de usá-las ou não. Os fatores de risco aumentam a probabilidade de uso de drogas, e os fatores de proteção diminuem tal probabilidade do uso. Os fatores de risco e proteção estão presentes em diferentes contextos. Os conceitos de *resiliência* e de *redução de danos* são fundamentais no que diz respeito à possibilidade de recuperação de dependentes, bem como à iniciativa de como planejar e elaborar propostas de prevenção adequadas às reais necessidades do usuário.

Exercícios de fixação

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

1. **Os fatores de risco e proteção podem estar:**

   b. ( )Nos aspectos biológicos.

   c. ( )Nas interações familiares.

   d. ( )Na cultura em que cada um vive.

   e. ( )Nas peculiaridades das relações interpessoais.

   f. ( )Todas as alternativas anteriores.

2. **Na década de 1980, fomos obrigados a repensar algumas posições diante do aumento do consumo das drogas injetáveis e do aparecimento da AIDS. Nessa 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.

ANDRADE, A.G.; BASSIT, A.Z. **Avaliação de programas de prevenção de drogas**. São Paulo: GREA; IPQ; HC; FMUSP, 1995.

BASTOS, F.I.; MESQUITA, F. **Estratégias de redução de danos**. In: SEIBEL, S.D.; TOSCANO JR, A. (Eds.). Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 181-190.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Curso de Prevenção do uso de drogas para Educadores de escolas públicas**. Brasília: SENAD; MEC, 2006.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

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

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

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**, São Paulo, n.1, v. 2, p. 217-230, 1994.

CAVALCANTI, L. A necessidade de reinventar a prevenção. Entrevista para a **Revista Pedro,** Publicação da Unesco, Comissão Europeia e Onusida, dez. 2001.

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

JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus tratos à criança. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 227-235, jan./fev. 2003.

LEFEVRE F; LEFEVRE, A. M. C. **Promoção de Saúde**: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.

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

MOREIRA, F.G.; SILVEIRA, D.X.; ANDREOLI, S.B. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [on-line], n. 11, p. 807-16, jul./set. 2006. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=63011328>. Acesso em: 10 jan. 2013.

NOTO A. R.; MOREIRA, F. G. Prevenção ao uso indevido de drogas: conceitos básicos e sua aplicação na realidade brasileira. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 313-18.

WERNER, E. E. The concept of risk from a developmental perspective. In: KEOGH, B. K. (Ed.). **Advances in special education, developmental problems in infancy and preschool years**, Greenwich (USA): JAI Press, 1986. V.4, p. 1-23.

WERNER, E. E.; SMITH, R. S**. Vulnerable but invincible**: a longitudinal study of resilient children and youth. New York (USA): McGraw-Hill, 1982.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá (PR), v. 8, n. esp., p. 75-84, 2003.

ZEMEL, M. L. S. O papel da família no tratamento da dependência. **Revista do Imesc**, São Paulo, n. 3, p. 43-63, out. 2001.

07

Unidade 07 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. A partir do estudo realizado com esses textos, você irá refletir sobre a importância dos laços comunitários para a integração e o fortalecimento de programas sociais. Para tanto, os seguintes assuntos serão abordados: os fundamentos do trabalho comunitário e das redes sociais; experiências de trabalho em rede; o papel da comunidade na prevenção ao uso de drogas; e os principais desafios no trabalho comunitário.

* Texto adaptado do Curso de *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias,* promovido pela SENAD em 2011.

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 lhe confere o aprendizado e a socialização, que se estendem para outras redes sociais. É pela convivência com grupos e pessoas que se moldarão muitas das características pessoais determinantes da sua identidade social. Surgem, nesse contexto, o reconhecimento e a influência dos grupos como elementos decisivos para a manutenção do sentimento de pertinência e de valorização pessoal.

Todo indivíduo carece de aceitação, e é na vida em grupo que ele irá externar e suprir essa necessidade. Os vínculos estabelecidos tornam-se intencionais, definidos por afinidades e interesses comuns. O grupo, 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, os quais 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.

Identidade social

É o conjunto de características individuais, reconhecido pela comunidade da qual a pessoa faz parte.

Relações sociais

A consideração do homem como ser histórico implica necessariamente considerá-lo como ser social e, mais do que isso, como ser político (PARO, 2010).

Na videoaula, você verá exemplos de ações compartilhadas que vêm sendo implantadas em todo o país.

- **negativo** – marcado por atitudes e comportamentos de agressão à vida.

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 de prevenção pertinentes a problemas específicos apresentados pelo grupo.

A construção da rede somente poderá ser concretizada à medida que se associarem os princípios da **responsabilidade** pela busca de soluções com os princípios da **solidariedade.** É preciso, evidentemente, que cada cidadão busque, dentro de si, o verdadeiro sentido da gratificação pessoal mediante a participação.

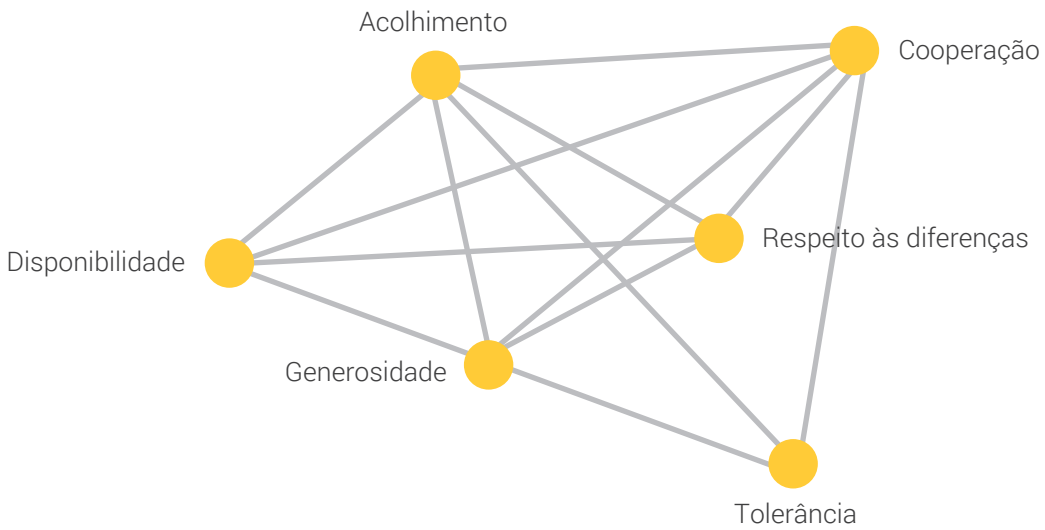
Ao **conselheiro** e ao **líder comunitário** compete potencializar a força natural dos indivíduos e da comunidade em ações para a formação e fortalecimento de redes voltadas à garantia de acesso aos direitos sociais e ao exercício da cidadania.

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

Apresenta-se, na Figura 1, um exemplo da articulação das características de rede.

Figura 2 | Articulação das características de rede



Fonte: Duarte (2002).

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 também 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 recursos 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. 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-lhes ou impedir-lhes o uso e o abuso. Por exemplo: ação de orientação para estudantes de Ensino Médio, que comumente frequentam festas nas quais 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 na rede de saúde.

Experiências de trabalho em rede

Existem inúmeras experiências que demonstram ser possível o trabalho em rede. Você irá conhecer alguns projetos, instituições, organizações, associações, entre outros, que realizam esses trabalhos com a intenção de solucionar ou amenizar os problemas causados pelo uso de álcool, crack 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 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 autossustentabilidade de jovens mães vulneráveis, facilitando sua inserção como multiplicadoras de um processo de transformação de comunidades em risco" (ASSOCIAÇÃO LUA NOVA, 2007, p. 09).

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 a 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 o Projeto Criando Arte – que consiste na formação de costureiras e criação, desenvolvimento, produção e venda de bonecas e brindes – e o projeto Panificadora Lua Crescente – que trabalha na produção e venda de biscoitos artesanais, entre 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 Po-

o sítio da Lua Nova está em construção. Pode ser acessado no endereço: <http://www.luanova.org.br>.

líticas sobre Drogas financiou a sistematização dessa metodologia, com o objetivo de disseminá-la em outros municípios brasileiros.

Terapia Comunitária

A metodologia da Terapia Comunitária (TC), desenvolvida no Brasil, é fundamentada no reconhecimento dos potenciais e competências existentes em cada pessoa, nos grupos e na comunidade, para o enfrentamento dos problemas em seu cotidiano.

Nesse 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. 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, crack ou outras drogas por parte de algum de seus membros, fortalecendo, assim, os vínculos sociais e as redes de proteção. Nessa 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.

Conheça o sítio da Associação Brasileira de Terapia Comunitária acessando: <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 grafite, 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 de 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,

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

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.

Outros projetos de trabalho em rede

Além dos projetos já apresentados, julga-se relevante que você conheça, também, outros projetos de trabalho em rede.

Projeto Pracatum

Para obter mais informações adicionais sobre o projeto Pracatum, acesse: <http//:www.carlinhosbrown.com.br>.

A Associação Pracatum Ação Social foi fundada, em 1994, pelo músico 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 Candeal (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

Conheça os projetos e a história do AfroReggae acessando: <http//:www.afroreggae.org>.

Com vinte anos de existência, o AfroReggae é uma organização que trabalha pela transformação social e exercício da cidadania por meio da cultura, da arte e da educação. Busca despertar potencialidades artísticas que elevem a autoestima de jovens das camadas populares, como uma ferramenta de enfrentamento ao tráfico e à criminalidade.

Foram criados, para isso, **núcleos comunitários de cultura que promovem atividades de amparo** a jovens em situação de vulnerabilidade, passíveis de envolvimento com ações de violência. Esses jovens passam a integrar projetos sociais que abarcam atividades de dança, percussão, futebol, reciclagem de resíduos e capoeira. O AfroReggae atua principalmente em comunidades do Rio de Janeiro, tais como: Vigário Geral, Parada de Lucas, Nova Iguaçu, Complexo do Alemão, Cantagalo e Vila Cruzeiro. No total, o grupo tem mais de 350 funcionários, 75 projetos sociais e estabelece parcerias no Brasil e fora dele.

Escola 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.

Conheça os projetos da Escola Olodum acessando: <http//:www.blogescolaolodum.com.br>.

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.

Maiores informações sobre o Programa Social da Mangueira são encontradas no sítio: <http//:www.mangueira.com.br/mangueira/>.

Referências

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

ASSOCIAÇÃO Lua Nova. **Lua Nova**: a trajetória da Associação Lua Nova, um projeto de parceria com jovens mães e seus filhos em situação de vulnerabilidade social. Brasília (DF): SENAD, 2007. V. 1.

BARNES, J. A. Redes Sociais e processo político. In: FELDMAN-BIANCO, B. (Org.). **Antropologia das sociedades contemporâneas.** São Paulo: Global, 1987. p. 159-194.

DUARTE, P. C. A. V. Reinserção Social. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **Tratamento das dependências químicas**: aspectos básicos – curso a distância. Brasília: SENAD; São Paulo: USP, 2002.

DUARTE, P. C. A. V. Redes sociais. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **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: SENAD, 2006.

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

DESLANDES, S. F.; MENDONÇA E. A. Estudo Qualitativo: as redes sociais e as representações de risco entre usuários de drogas injetáveis. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Projeto AJUDE-Brasil**: Avaliação Epidemiológica dos Usuários de Drogas Injetáveis dos Projetos de Redução de Danos (PRD) apoiados pelo PN-DST/AIDS. 2000**.** Cap. VII. (Série Avaliação 6). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/projeto-ajude-brasil-avaliacao-epidemiologica-dos-usuarios-de-drogas-injetaveis-dos-proje>. Acesso em: 10 jan. 2012.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Redes locales frente a la violencia familiar. Série: Violencia Intrafamiliar y salud. **Documento de Análise n. 2**. La asociación de solidariedad para países emergentes. Peru, jun. 1999.

PARO, V. H. **Educação como Exercício do Poder**: crítica ao senso comum em educação. São Paulo: Cortez, 2010.

07

Unidade 07 II

O TRABALHO COMUNITÁRIO E A CONSTRUÇÃO DE REDES SOCIAIS

Maria Fátima Olivier Sudbrack*

* Texto adaptado do Curso de *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias,* promovido pela SENAD em 2011.

Introdução

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**, que tem na cidadania o princípio de atuação.

Essa 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.

Saber

"Adquirir saber permite assegurar-se de um certo domínio do mundo no qual se vive, comunicar-se com os outros seres e partilhar o mundo com eles, viver certas experiências e, assim, tornar-se maior, mais seguro de si, mais independente" (CHARLOT, 2000, p. 60).

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, 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 e centrado na valorização da vida e na participação da comunidade. O Quadro 1 mostra a diferença entre esses dois enfoques.

Quadro 1 | Diferença entre o enfoque tradicional do medo e o enfoque sistêmico

Enfoque do tradicional medo	Enfoque sistêmico
Controle da oferta Preocupação em controlar a oferta de drogas ilícitas, com pretensão de acabar com elas.	**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 e promovendo a opção pela saúde e pela vida.
Questão individual Envolvimento com drogas visto como um problema pessoal e tratado como um processo patológico individual.	**Questão relacional** Envolvimento com drogas visto como um problema de relações e 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.

Fonte: Adaptado de Sudbrack (1997, p. 109-11)

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 sob a **óptica da circularidade**; ou seja, que a demanda gera oferta, mas também que a oferta gera demanda. Essa compreensão sistêmica da circularidade entre oferta e demanda, sobretudo no caso de jovens e de crianças, remete-nos 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 em que ele compreender o sentido desse ato e aceitar o limite como uma regra em benefício a sua saúde.

- **Ampliação do conhecimento e competência para a ação** – o enfoque sistêmico privilegia os aspectos positivos e a 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 das motivações relacionadas ao ato de drogar-se.

Autonomia

Do grego *auto* e *nomos*, significa a atividade e o poder de dar a si um regramento, definindo os próprios interesses e relações. Autonomia é, portanto, poder exercido com absoluta independência pelo sujeito.

Pelo medo e pelo terror

Pensando nisso, qual a sua opinião sobre a internação compulsória para os usuários de drogas?

- **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 é 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.

O papel dos conselheiros e lideranças comunitárias para a formação de redes também é enfocado na videoaula. Consulte sempre que necessário.

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.

O papel das redes sociais também será enfocado na Teleconferência. Participe!

Ao mesmo tempo em 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 se junta 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 mais uma Unidade deste Curso. Os dois textos trabalhados 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, seja pela sua necessidade de ajuda, seja pela sua disponibilidade para ajudar;
- o trabalho de prevenção do uso de drogas evoluiu da repressão ao usuário e do amedrontamento da população para um novo enfoque, voltado para a educação e para a saúde e centrado na valorização da vida e na participação da comunidade;
- no trabalho comunitário, os profissionais precisam estar bem preparados e integrados nas redes profissionais.

Educação

Hoje em dia temos muitas informações disponibilizadas pelos meios de comunicação (rádio, TV, internet). Lembre-se, porém, do ensinamento de Paulo Freire: "ensinar não é transferir conhecimentos". Se a pura transmissão fosse suficiente, não precisaríamos nos preocupar com o problema do uso de drogas; a simples informação daria conta de resolver o problema.

Exercícios de fixação

Atenção!

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

1. **Assinale o item que não se refere aos objetivos das "redes sociais":**

   a. ( ) Favorecer a construção de vínculos positivos, através da interação entre os sujeitos, estimulando o exercício da solidariedade e da cidadania.

   b. ( ) Estimular a constituição de espaços para reflexão, troca de experiências e busca de soluções para problemas comuns.

   c. ( ) Incentivar o estabelecimento de relações coletivas pautadas nos interesses individuais, estimulando a construção e efetivação de projetos de vida singulares.

   d. ( ) Mobilizar pessoas, grupos e instituições para a utilização de recursos existentes na própria comunidade.

e. ( ) Implementar programas de orientação e prevenção pertinentes a problemas específicos apresentados pelo grupo, através do estabelecimento de parcerias entre setores governamentais e não governamentais.

2. **Leia as expressões a seguir e combine-as com os termos que expressam as características a serem identificadas e desenvolvidas no trabalho em rede.**

- _____é a demonstração do real interesse em ajudar e de compartilhar experiência na busca das soluções;
- _____é a demonstração de um clima emocional positivo (apoio, carinho, atenção e "dar" sem exigir retorno);
- _____ é a capacidade de suportar a presença ou interferência do outro sem sentimento de ameaça ou invasão;
- _____ é a capacidade de acolher e compreender o outro, sem impor quaisquer condições ou julgamentos;
- _____ às diferenças étnicas, econômicas e sociais, reconhecimento e consideração pela diversidade;
- _____ é a demonstração de interesse e de atitude e associação a um compromisso solidário.

a. ( ) Cooperação; generosidade; tolerância; acolhimento; respeito; disponibilidade.

b. ( ) Cooperação; generosidade; disponibilidade; respeito; acolhimento; tolerância.

c. ( ) Generosidade; tolerância; cooperação; acolhimento; respeito; disponibilidade.

d. ( ) Disponibilidade; cooperação; generosidade; acolhimento; respeito; tolerância.

e. ( ) Acolhimento; tolerância; cooperação; generosidade; disponibilidade; respeito.

Referências

CHARLOT, B. **Da relação com o saber**: elementos para uma teoria. Porto Alegre: Artmed, 2000.

COLLE, F. X. **Toxicomanies, Systèmes et Familles**: oú les drogues rencontrent les emotions. Paris: ESF, 1995.

COSTA, L. F. **Reuniões Multifamiliares**: uma proposta de intervenção em psicologia na comunidade. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, 1998.

DABAS, E.; NAJMANOVICH, D. **Redes**: El lenguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Buenos Aires: Paidos, 1995.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática docente. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

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. In: MACEDO, R. M. **Família e Comunidade**. Rio de Janeiro: ANPEPP, 1997. Coletâneas da ANPEPP n. 2.

Unidade 08

REDUÇÃO DE DANOS, PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA

Marcelo Santos Cruz*

Nesta Unidade, você irá conhecer algumas das estratégias utilizadas para reduzir os danos causados nas pessoas usuárias de drogas. Os temas a serem trabalhados estão relacionados às estratégias de redução de danos e às diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Também serão estudadas a redução de danos e as políticas públicas de saúde.

* Texto adaptado do Curso de *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias,* promovido pela SENAD em 2011.

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* – assim como seus alcances, limitações e o debate que as envolve – permitirá aos conselheiros e líderes comunitários formularem sua compreensão e contribuição 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 só 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 também 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 desse século. Na década de 1980, 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 preocu-

pação 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, esses profissionais desenvolvem esses 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. Assim, 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, à 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 isso pode ser muito difícil, demorado ou inalcançável. É, portanto, pragmática a ideia de que é necessário oferecer serviços, inclusive para aquelas pessoas que não querem ou não conseguem interromper o uso dessas substâncias. O oferecimento desses serviços pode evitar que se exponham a situações de risco e viabilizar sua aproximação das instituições, abrindo a possibilidade de que peçam ajuda posteriormente.

Pragmatismo
(do grego *prâgma*, ação) é uma escola de filosofia estabelecida no final do século XIX, segundo a qual o conceito de verdade de uma ideia corresponde à sua utilidade prática.

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

As *Estratégias de Redução de Danos* foram implementadas, no Brasil, 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 e 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, os quais têm 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 1980, esse município apresentava altíssimas taxas de prevalência de soropositividade para o HIV entre usuários de drogas injetáveis. Houve repressão policial a essas atividades e ações civis e criminais contra seus organizadores alegando que essas atividades estimulariam o consumo de drogas, 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*; e, 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.

Acesse páginas na internet para saber mais sobre programas de *Redução de Danos*: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/web/artigo_cientifico/ler_artigo_cientifico.php?id_artigo_cientifico=9 e http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/cuidado/reducao-de-danos>.

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 4.092 (29,5% do total) em 1993 para 849 (7,7% do total) em 2007 (BRASIL, 2008). Estudos realizados em Santos (MESQUITA *et al.*, 2001), no Rio de Janeiro (BASTOS; TELLES; HACKER, 2001) e em Salvador (ANDRADE *et al.*, 2001) encontraram importante queda na prevalência de soropositividade para HIV e hepatite B e C quando comparados com estudos realizados, nessas cidades, antes da instituição de estratégias de *Redução de Danos*. Nesses grupos atendidos pelas estratégias de *Redução de Danos*, essas 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

(em Salvador). Essas 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, à qual Bastos e Mesquita (2001) 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. Essas pessoas descrevem que o difícil não é, exatamente, parar de fumar, mas conseguir evitar voltar a fumar.

A explicação para esse 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 desses fatores (biológicos, psicológicos e sociais) que dificultam a interrupção do uso de qualquer droga, podemos pensar nas pessoas que têm problemas com o álcool e a cocaína. Nesses 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; devem estender-se também 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 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 essas instituições de saúde. Esses 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 encaminhamentos 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. Isso 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 de 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, essa 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 às 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 isso, 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 melhoria no relacionamento com a família, o afastamento de pessoas com quem ele usava drogas, o interesse em atividades produtivas (educação ou trabalho) são consequências dessas mudanças psíquicas, da melhoria do bem-estar emocional e também (mas não exclusivamente) da interrupção do uso de drogas. Esse cuidado é importante, inclusive, porque há pessoas que, mesmo estando abstinentes 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.

As equipes experientes no tratamento de dependentes de drogas, no entanto, 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.

Esse é um dos motivos pelos quais se sabe que não se pode ter uma atitude passiva e ficar esperando que o paciente decida se tratar. Também não se pode 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 essa 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".

Ambiguidade
É uma disposição contraditória diante de uma escolha. (Do ponto de vista da Psicopatologia Fenomenológica, o termo correto seria ambitendência, uma alteração da vontade. Utilizamos, no entanto, o termo ambiguidade por ser consagrado pelo uso com o significado descrito no texto.)

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.

É uma dificuldade que se observa com frequência entre pessoas com problemas com drogas no que se refere a sua motivação para interromper o uso da droga. Muitas vezes, esses pacientes querem intensamente parar o uso da substância e, no momento seguinte, decidem reiniciá-lo. Em alguns casos, os pacientes descrevem que, em um mesmo momento, querem e não querem usar drogas; ou seja, percebem seus danos e prejuízos e se preocupam com isso, querem evitá-los e sabem que só o conseguirão interrompendo o uso da droga; permanecem, todavia, com o desejo de manter o uso da substância. É preciso, evidentemente, 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 usá-las necessariamente estava mentindo.

A ambiguidade apresentada por usuários de drogas também deve ser compreendida como um fenômeno que tem determinação tanto biológica como psicológica. Para que essa descrição seja compreendida de forma empática por pessoas que não têm problemas com drogas nem experiência na atenção a esses 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 esses 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; 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 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 usuárias 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. Esse laço se desenvolve lentamente, pois essas 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, esse 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 isso, 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, diminuir as resistências, propiciar o estreitamento de um vínculo com o profissional e com a instituição. Essas abordagens incluem atendimento médico, psicoterapia (individual ou em grupo), atendimento e orientação aos familiares e oferecimento de atividades ocupacionais, como oficinas terapêuticas. A conjugação desses 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 nesse 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. Essa insegurança é agravada pelas sucessivas perdas decorrentes do uso das drogas. Reagem, por isso, 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 nesse campo sabem que é muito raro que essas 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 essa pessoa, são questões centrais abordadas no tratamento. Com frequência, a mudança e a melhora desses aspectos ocorrem 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 opioides, como a morfina ou a heroína. A metadona é também um opioide e igualmente pode provocar dependência, mas, como os riscos e os danos são menores, essa 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 opioides não são tão comuns, mas, quando ocorrem, o tratamento da dependência também é realizado em serviços médicos incluindo a troca provisória pela metadona. O uso de benzodiazepínicos, como o clordiazepóxido ou o diazepan, no tratamento da abstinência alcoólica, rotina nos serviços médicos no Brasil e no exterior, constitui outro exemplo de terapia de substituição e, evidentemente, 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. Dentre esses desafios enfrentados pelos conselheiros e lideranças comunitárias, incluímos a situação do risco sem demanda de ajuda. Essa 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 ou não aceita a necessidade do tratamento. Nessa situação, é importante diferenciar o que é um risco imediato, concreto e grave e o que é um risco suposto em longo prazo ou menos provável.

Drogas

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 50% das pessoas que fumam morrem de doença associada ao fumo.

Uma situação exemplar de risco suposto em longo prazo é o caso das pessoas que fumam tabaco. Sabe-se da grande chance de morte produzida pela droga; não se cogita, no entanto, tratamento compulsório para fumantes. Por outro lado, um jovem que usa uma droga e se coloca continuamente em risco sem perceber a necessidade de tratamento pode

precisar receber alguma forma de controle externo para preservação da sua vida ou dos demais.

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-las 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 casos 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 esses e para a definição de modos melhores de abordar as situações em que o uso de drogas se encontra na interface da Saúde, é imprescindível o estreitamento da interlocução dos profissionais dessa área de conhecimento com os conselheiros e líderes comunitários. Esse diálogo promissor pode, evidentemente, permitir a construção conjunta de soluções no campo da prevenção e no campo da assistência ao uso de drogas.

Resumo

Você está encerrando mais uma Unidade deste Curso. Nesta 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 tem grande alcance, pois se dirige à população em

geral. Além disso, viabiliza um contato na compreensão e no respeito pelas escolhas de cada indivíduo, em que se inclui a disponibilização de serviços de saúde, tendo como foco de atuação o estabelecimento de práticas de cuidado à saúde, modificações de hábitos e de conceitos, contribuindo com a prevenção de problemas relacionados com o álcool e as outras drogas.

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

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 de 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 levada em conta a diversidade que envolve o combate às 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:**

   1 **Pragmatismo**

   2 **Tolerância**

   3 **Compreensão da diversidade**

   - ( ) 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.
- ( ) Propõe alternativas diferentes de intervenções autoritárias e preconceituosas.
- ( ) É imprescindível oferecer serviços de saúde, visando a preservação da vida, a todas as pessoas que têm problemas com drogas.

Assinale 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

Referências

ANDRADE, T. M. *et al*. Redução de danos e redução da prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Salvador -Bahia. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil**: 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 95-109.

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

BASTOS, F. I.; MESQUITA, F. Estratégias de redução de danos. In: SEIBEL, S.; TOSCANO JÚNIOR A. (Eds.). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 181-190.

BASTOS, F. I.; TELLES, P.; 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: BRASIL. Ministério da Saúde. **A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia**

de HIV/AIDS entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 51-78.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil**: 10 anos de pesquisa e redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico – AIDS e DST. **Boletim Epidemiológico** – AIDS e DST, Brasília: Ministério da Saúde, Ano V, n. 1, dez. 2008.

CARLINI-COTRIM, B. Movimentos e discursos contra as drogas nas sociedades ocidentais contemporâneas. **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, n.17, v.3, p.93-101, 1995.

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

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

CRUZ, M. S. **Formação profissional para o atendimento a usuários de drogas.** 2001. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

CRUZ, M. S.; SÁAD, A. C; FERREIRA, S. M. B. 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**, Rio de Janeiro, n. 5, p. 355-362, set./out. 2003.

CRUZ, M. S; FERREIRA, S. M. B. Determinantes socioculturais do uso abusivo de álcool e outras drogas: uma visão panorâmica. In: _____. (Orgs.). **Álcool e drogas**: usos, dependência e tratamentos. Rio de Janeiro: Edições IPUB; CUCA, 2001. p. 95-113.

DIAS, A. I. S. **Políticas de Redução de Danos no Brasil e as lições aprendidas de um modelo americano.** 2008. 105p. Dissertação (Mes-

trado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

HESSEN, J. **Teoria do conhecimento**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

LIMA, R. C. C. **A História da droga e de seu proibicionismo**: relações Brasil-EUA e os organismos internacionais. 2009. 366p. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MENDES, M. H. S. **Drogas**: lei, saúde e sociedade. 2009. Monografia (Especialização em Assistência a Usuários de Drogas) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MESQUITA, F. *et al*. AIDS entre usuários de drogas injetáveis na região metropolitana de Santos, na década de 1990. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil**: 10 anos de pesquisa e redução de danos Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 11-48.

PERNAMBUCO. Tribunal de Justiça de Pernambuco. **Poder Judiciário de Pernambuco.** Disponível em: <http://www.tjpe.jus.br/index.asp>. Acesso em: 14 out. 2010.

RODRIGUES, T. Narcotráfico: um esboço histórico. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (Orgs.). **Álcool e drogas na história do Brasil.** São Paulo: PUC Minas, 2005. p. 291-310.

SÁAD, A. C. Tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos. In: CRUZ, M. S.; FERREIRA, S. M. B (Orgs.). **Álcool e drogas**: usos, dependência e tratamentos. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001. p. 11-32.

TOSCANO JR, A. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: SEIBEL, S.; TOSCANO JR, A. (Eds.). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 181-190.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tobacco key facts. **Fact Sheet**, n. 339, May 2012. Disponível em: < http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/index.html>. Acesso em: 14 out. 2012.

Unidade 09

TRATAMENTO

Raquel De Boni *
Félix Kessler

Nesta Unidade, você terá subsídios para avaliar a necessidade de tratamento de um indivíduo com dependência de crack, álcool e outras drogas e conhecerá as principais formas de tratamento. Os principais temas abordados serão os seguintes: os objetivos de um tratamento para dependência química; a definição de quem precisa de tratamento; a escolha do tratamento e suas várias formas (terapias, aconselhamento, entrevista motivacional); e, por fim, a redução de danos.

* Texto adaptado do Curso de *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias,* promovido pela SENAD em 2011.

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. 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, 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 por que 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. No Quadro 1, encontram-se uma descrição sucinta de cada estágio e algumas estratégias que podem ser aplicadas nos diferentes momentos. Acompanhe.

Quadro 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 **discrepância,** 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.

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

Definições de objetivos de um tratamento para dependência química

Como vimos, muitas vezes os dependentes de crack, álcool e outras drogas nem percebem que possuem problemas relacionados ao uso dessas

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 o 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 esses 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.

Fazem parte dessa 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 reincidente da dependência química.

Quem precisa de tratamento

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

Quem precisa de tratamento? Para responder a essa pergunta, é necessária uma avaliação cuidadosa e ampla do indivíduo. Nessa 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; e 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.

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 psicoativas –, 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). Ressalta-se, porém, que 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 nos sujeitos:

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. Veja no Quadro 2 as situações em que é indicada a internação.

Quadro 2 | Indicações de internação

- Condições médicas ou psiquiátricas que requeiram observação constante (estados psicóticos graves, ideias suicidas ou homicidas, debilitação ou abstinência grave).
- Complicações orgânicas devido 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.

Estados psicóticos graves

Estados em que o indivíduo se distancia da realidade, muitas vezes ouvindo vozes ou tendo pensamentos estranhos como de perseguição.

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, constituem-se 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).

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.

Benzodiazepínicos
Calmantes em geral, que costumam ser utilizados para insônia e ansiedade.

AA e NA
Os grupos de AA/NA são gratuitos e amplamente disponíveis em todo o País.

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). Esses 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 de outras drogas.

Esses programas servem de apoio aos dependentes de crack, álcool e outras drogas, 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.

Filosofia dos 12 passos

Trata-se de uma técnica baseada na filosofia dos Alcoólicos Anônimos em que são recomendados doze princípios básicos para manter a abstinência. Leia e ouça as explicações sobre os doze passos no sítio http://www.alcoolicosanonimos.org.br/36-principios/os-doze-passos.html.

Comunidades terapêuticas

As comunidades terapêuticas e as fazendas para tratamento de dependentes químicos disponíveis no nosso país pautam-se nas mais variadas orientações teóricas e, em geral, utilizam uma filosofia terapêutica baseada em disciplina, trabalho e religião. Esse recurso deve ser reservado para aqueles indivíduos que necessitam de um controle externo, por apresentarem dificuldades em manter a abstinência sem auxílio.

É importante que essas instituições trabalhem de forma articulada com as redes de assistência social e de saúde, já que algumas pessoas demandam outras intervenções, sejam elas de caráter médico, psicológico ou psicossocial. O atendimento médico, por exemplo, é necessário nos casos em que há a indicação de uso de medicação por comorbidade ou por dependência grave.

Como uma das estratégias do programa "Crack, é possível vencer", o Governo Federal, por meio da SENAD, lançou em 2012 um edital de chamamento público para utilização de cerca de 10 mil vagas de acolhimento gratuito a usuários e dependentes de drogas em comunidades terapêuticas de todo o país, apontando para a importância do fortalecimento da rede de cuidado aos usuários.

Edital de Chamamento Público

Para concorrer, as instituições deveriam: estar alinhadas à resolução nº 29 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); não permitir a contenção física, isolamento ou restrição à liberdade; respeitar a internação voluntária, exceto nos casos previstos em lei; comunicar o acolhimento voluntário da pessoa em tratamento ao Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS); participar de capacitação específica, na modalidade a distância, a ser promovida pela SENAD-MJ.

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, por exemplo, vermelhidão facial, dor de cabeça, palpitação e enjoo; reações mais graves, como depressão respiratória, arritmias cardíacas e convulsões – que podem, inclusive, levar à morte – ocorrem quando o indivíduo ingere concomitantemente álcool e dissulfiram).

Antagonizar
Fazer efeito contrário à droga.

Tratamentos psicossociais

Dentre 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 Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad), 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 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 tratamento. Consiste, fundamentalmente, no 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, por exemplo. 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. Elas começam 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 problemas também determina que se apliquem intervenções mais especializadas em 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, procura-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.

Prevenção da recaída

É um recurso essencial no tratamento da dependência química. Visa melhorar o estágio de manutenção no processo de mudança de hábitos, com o objetivo de transmitir confiança aos que buscam uma mudança em seu comportamento. A prevenção de recaída tem como objetivo capacitar os pacientes a aprenderem a prever e a lidar com o problema, permitindo-lhes desenvolver habilidades para interromper a evolução de um reinício de uso, evitando a recaída (SOARES, 2009).

Terapia de Grupo

O desenvolvimento da técnica de grupoterapia é uma alternativa para atender um maior número de pessoas, em um menor tempo e, consequentemente, 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, frequentemente, 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* é utilizado com a finalidade de prevenir ou reduzir as consequências negativas associadas a um determinado comportamento.

Ao se considerar o tratamento de dependência de crack, álcool e outras drogas, a redução de danos é útil, por exemplo, na redução da transmissão de HIV e hepatites através de programas de troca de seringas, para usuários de drogas injetáveis.

Resumo

Você está encerrando a Unidade **Tratamento**. Nesta etapa, você conheceu critérios para avaliar a necessidade de internação para dependentes de crack, álcool e outras drogas, bem como as variadas formas de tratamento que podem ser aplicadas a cada caso específico. Os locais de atendimento podem ser acessados no sítio: http//:www.obid.senad.gov.br.

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

Exercícios de fixação

1. **São objetivos do tratamento para dependência química:**

   a. ( ) Melhoria da qualidade de vida.

   b. ( ) Prevenção de recaídas.

c. ( ) Abstinência.

d. ( ) Redução dos problemas familiares relacionados ao uso da substância.

e. ( ) 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

a. 10 LETRAS. Remover barreiras ao tratamento, ajudar ativamente e demonstrar interesse e apoio à atitude do indivíduo.

b. 4 LETRAS. Implementar o plano terapêutico.

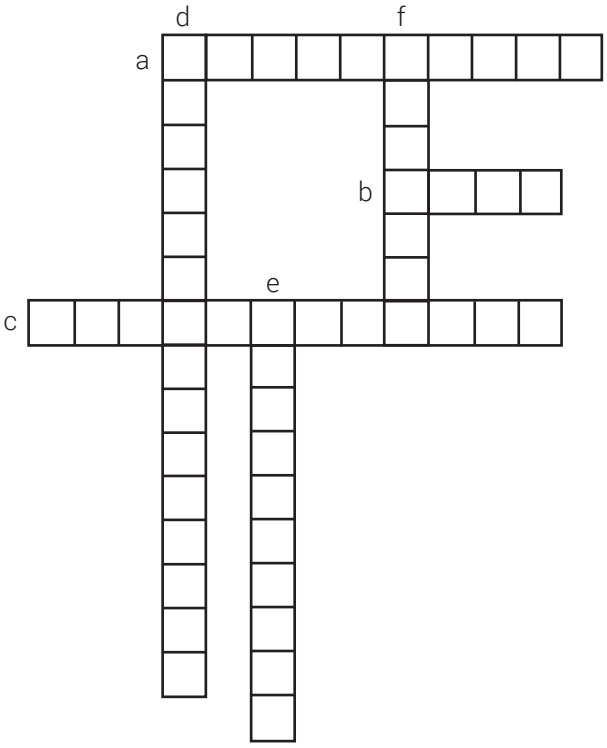
c. 12 LETRAS. O indivíduo percebe os problemas relacionados ao uso, mas não toma nenhuma atitude em direção à abstinência. Pensa em parar nos próximos seis meses.

Vertical

d. 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.

e. 10 LETRAS. Está em abstinência há mais de seis meses.

f. 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. Washington (USA): APA, 2006.

ARRIERO, M. A. J.; ALFARO, G. P; JIMÉNEZ, R. R.; HOENICK, A.J. Objetivos y estrategias generales de tratamento. In: SOCIEDAD Española de Toxicomanías. **Tratado SET de transtornos adictivos**. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2006.

CONSELHO Regional de Medicina do Estado de São Paulo; ASSOCIAÇÃO Médica Brasileira. **Usuários de substâncias psicoativas**: abordagem, diagnóstico e tratamento. 2. ed. São Paulo: CREMSP, 2003.

DIEMEN, L. V.; KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Drogas: uso, abuso e dependência. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. (Orgs.). **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 917-931.

EDWARDS, G.; Marshall, E. J.; COOK, C. C. H. **O tratamento do Alcoolismo**: um guia para profissionais da saúde. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

KNAPP, P. **Prevenção de recaída**: um manual para pessoas com problemas pelo uso do álcool e de drogas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

LARANJEIRA, R. Abuso e dependência de álcool: diagnóstico e tratamento farmacológico. In: COSTA LEITE, M. et al. (Orgs.). **Dependência química**: novos modelos de tratamento. São Paulo: Roca, 2001. p. 1-18.

LOWINSON, J. H. et al. **Substance Abuse**: a comprehensive textbook. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

MARLATT, G. A. et al. (Orgs.). **Prevenção da recaída**: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M. **Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde**. São Paulo: Prefeitura da Cidade de São Paulo; Secretaria Municipal de Participação; Conselho Municipal de Políticas Públicas de Drogas e Álcool de São Paulo, 2006.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista Motivacional**: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

PROCHASKA, J. O.; DI CLEMENTE, C. C. Stages and processes of selfchange in smoking: toward an integrative model of change. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 51, n. 3, p. 390-395, 1983.

SCHUCKIT, M. A. **Drug and alcohol abuse**: a clinical guide to diagnosis and treatment. 5th ed. New York: Kluwer Academic; Plenum Publishers, 2000.

SOARES, J. R. **Prevenção da recaída**: motivos do alcoolista. 2009. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

10

Unidade 10

CRACK: UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Marcelo Santos Cruz *
Renata Werneck Vargens
Marise de Leão Ramôa

Nesta Unidade, você irá estudar os aspectos relacionados ao crack, seus efeitos sobre o sistema nervoso central e o psiquismo, bem como as consequências do seu uso sobre o corpo. É importante você compreender que, para uma abordagem terapêutica ser mais efetiva, é fundamental levar-se em conta o contexto social do uso do crack. Outro aspecto essencial desse estudo é a percepção de que os problemas relacionados ao crack devem ser entendidos como determinados por múltiplos fatores, incluindo as dimensões biológicas, psíquicas e socioculturais, e os diferentes modos de abordar a problemática de seu uso.

* Texto adaptado do Curso de *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias,* promovido pela SENAD em 2011.

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.

Esse desafio exige respostas eficazes do governo e da sociedade, agindo em favor da construção de um programa de intervenção integrada, que inclua ações relacionadas à promoção da saúde, à conscientização e à informação sobre os riscos do uso do crack, à disponibilização de serviços de atendimento, aos estudos clínicos sobre tratamento, dentre outros.

O consumo do álcool, tabaco e de outras drogas agrava problemas sociais, traz sofrimento para indivíduos e famílias e tem consequências econômicas importantes. Nesse contexto, o surgimento e o aumento rápido do consumo do crack, desde a década de 1990, incrementam a gravidade desses 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. Há, no entanto, diferenças e, para que as ações empreendidas sejam efetivas, faz-se necessário 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 principal dessa Unidade é:

> Informar aos conselheiros e líderes comunitários a respeito de aspectos relacionados ao crack, seus efeitos sobre o sistema nervoso central e o psiquismo, bem como das consequências do seu uso sobre o corpo.

Crack

"O crack é a cocaína fumada e é obtido pelo aquecimento de cocaína misturada a água e bicarbonato de sódio. O resultado dessa mistura solidifica-se na temperatura ambiente, formando 'pedras' de formatos irregulares" (CARLINI-COTRIM, 1999, p. 29).

Década de 1990

Acessando o *link* a seguir é possível compreender como a pasta-base de cocaína, matéria-prima do crack, chega ao Brasil: <http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/seguranca-publica/trafico-e-consumo_1>.

Na sequência, abordaremos o contexto social do uso do crack e relataremos as abordagens terapêuticas consideradas mais efetivas. Isso se deve à compreensão de que o consumo e os problemas relacionados ao crack precisam ser entendidos como determinados por múltiplos aspectos da existência humana, incluindo dimensões biológicas, psíquicas e socioculturais, desde a origem dos problemas até as 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 dessa região mascam as folhas da coca desde antes da chegada dos colonizadores 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. Este material foi, então, chamado 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, seja dissolvido em água para sua injeção nas veias. Dessa maneira, 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.

Essas 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 a 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. Essa sequência é vivida pelos usuários como 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

Merla

"A merla (mela, mel ou melado) é a cocaína apresentada sob a forma de base ou pasta, um produto ainda sem refino e muito contaminado com as substâncias utilizadas na extração" (BRASIL, 2010, p. 27).

Oxi

O oxi "[...] é um derivado da cocaína, vendido em forma de pedra, para ser fumado, assim como o crack. As duas drogas visualmente são quase idênticas. A diferença está exatamente no que é adicionado como ingredientes junto à pasta base da cocaína. No crack são adicionados éter, acetona e bicarbonato de sódio. No oxi, até onde se sabe, são utilizados gasolina, querosene e cal virgem" (FIOCRUZ, 2011, p. 3).

mais rapidamente. Outra diferença entre o crack e a cocaína em pó é que, para os produtores de drogas, o crack é muito mais acessível. 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 1990.

Quando se compara a distribuição do uso de vários tipos de drogas pelas parcelas da população brasileira, percebe-se, que, considerando a população, o uso do crack é muito raro. Quando se enfocam, no entanto, determinadas parcelas específicas da população, encontra-se 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 entre 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 em outras regiões do Brasil, encontraram um crescimento do consumo de cocaína em cidades de Estados do nordeste, como Salvador, Recife e Fortaleza, além de Belo Horizonte e Rio de Janeiro. Vários estudos foram feitos com estudantes em diversas cidades do Brasil, encontrando taxas de uso de cocaína, sempre menores que 3,6%, pelo menos uma vez na vida. Estudos entre universitários já encontravam, contudo, taxas de até 10% de uso no início da década de 1990. Quando o estudo sobre o uso inclui estudantes universitários de todo o Brasil, essa 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 parte de meninos que vivem na rua, encontrou taxas bem maiores: o estudo encontrou uso de cocaína, no último mês, em 45% em menores de idade 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 1990, 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. Ao ser injetada nas veias, a droga 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, essa 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.

Fissura
Vontade intensa de usar a droga.

Danos físicos

Intoxicação

Os efeitos do crack aparecem quase imediatamente depois de uma única dose. Esses 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 pro-

voca 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, esses pacientes convivem em ambientes fechados, dividem os instrumentos de consumo da droga e apresentam baixa adesão ao tratamento, favorecendo, dessa 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.

Isquemias

Interrupção ou diminuição do fluxo sanguíneo que impede a irrigação dos tecidos (MITCHELL *et al.*, 2007)

Arritmias cardíacas

"Alteração da frequência, formação e/ou condução do impulso elétrico através do miocárdio" (PASTORE *et al.*, 2009, p. 3).

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

As alterações de comportamento ocasionadas pelo consumo de crack e cocaína têm sido associadas 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, especialmente, a vulnerabilidade social a que estão expostas as usuárias de crack, que trocam sexo pela droga ou por dinheiro para comprá-la. Não se deve esquecer que há a possibilidade de transmissão de HIV através de lesões orais e labiais causadas pelos cachimbos.

Um 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 esse achado a ações de redução de danos que ocorrem nas proximidades do local de seleção das entrevistadas. Esse 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 prematuro 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. Cabe lembrar, ainda, que 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 danos

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 diminui a oxigenação cerebral, alterando tanto o funcionamento quanto

Vasoconstrição
Contração/diminuição do calibre dos vasos sanguíneos.

a estrutura do cérebro. O uso do crack pode prejudicar as habilidades cognitivas (inteligência) envolvidas especialmente na 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 desses 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 desses efeitos com a abstinência prolongada ainda é incerta. As alterações cognitivas devem ser levadas em conta no planejamento do tratamento desses pacientes.

Quadros Psiquiátricos

A presença de problemas relacionados ao uso de outras substâncias psicoativas e a concomitância 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 do 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 dessas mulheres é jovem, mãe, com baixa esco-

laridade, vive com familiares ou parceiros e é sustentada por elas mesmas. A maioria trocava sexo por crack diariamente, tendo 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% dessas 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 serão 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 isso pode lhes trazer graves prejuízos. Tentando modificar esse 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 – National Treatment Agency (NTA) for Substance Misuse – em 2002 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 e líderes comunitários 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 (CAPSad), redes de usuários, como os Narcóticos Anônimos (NA), e linhas telefônicas 24 horas, como o serviço VIVAVOZ (132). 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 extra-hospitalar 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 suporte 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 esses problemas conjuntamente.

Todas essas situações precisam 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, mes-

mo que socialmente, tem grande chance de recair no 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 que ocorre 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. Exatamente por isso, locais que oferecem atendimento 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.

Para conclusão desta Unidade sobre o crack, dentro de uma perspectiva psicossocial, surgem as palavras do filósofo Georges Bataille, que diz: "A violência é um discurso sem voz". Quanto mais nos silenciamos, através de uma posição alienada sob a forma de violência, menos transformamos nossas realidades e esquecemos que, para mudá-las, temos de nos aproximar da realidade de outrem.

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 de 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 como conselheiro ou líder comunitário. Se tiver alguma dúvida, procure pelo seu tutor. Participe!

Participe dos Fóruns, pois eles são bons momentos para compartilhar ideias e experiências

Resumo

Nesta Unidade, você estudou o crack e seus aspectos multidisciplinares juntamente com as consequências de seu uso para o sistema nervoso central e o psiquismo do indivíduo. Observou, também, quais são os danos físicos causados pelo uso dessa substância. Além disso, conheceu as principais abordagens terapêuticas utilizadas para o tratamento de pessoas que, em um determinado momento de suas vidas, decidiram fazer uso dessa substância.

Exercícios de fixação

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

1. **Com relação ao crack, numa perspectiva multidisciplinar, relacione as alternativas corretamente:**

I - Danos Físicos	( ) Incluem não apenas os aspectos médicos ou biológicos, mas ações que privilegiem o contexto socioemocional dos indivíduos envolvidos. ( ) A presença de problemas relacionados ao uso de outras substâncias psicoativas e a concomitância de outro(s) diagnóstico(s) psiquiátrico(s) é comum entre usuários de cocaína e crack.
II - Danos Psíquicos	( ) 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. ( ) 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.
III - Consequências Sociais	( ) 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. ( ) Farmacoterapia.

IV - Abordagens Terapêuticas	( ) O uso do crack pode prejudicar a inteligência, especialmente em relação à função de planejamento, tomada de decisões e atenção. ( ) Um estudo com profissionais do sexo que usam crack mostrou que a maioria dessas mulheres é jovem, mãe, com baixa escolaridade, vive com familiares ou parceiros e são sustentadas por elas mesmas.

a. ( ) II, II, III, III, I, IV, II, III

b. ( ) IV, II, I, III, I, IV, II, III

c. ( ) IV, IV, III, I, II, II, III, I

d. ( ) IV, III, I, II, I, IV, III, II

2. **Os efeitos do crack aparecem quase imediatamente depois de uma única dose. São eles:**

a. ( ) cansaço, dores nas pernas e dor de cabeça.

b. ( ) sudorese, tremor muscular e aumento da pressão arterial.

c. ( ) diminuição da autoestima e diminuição dos estímulos visuais e táteis.

d. ( ) diminuição da pressão arterial e dores no corpo.

Referências

ACKERMAN, J.P.; RIGGINS T.; BLACK, M.M. A review of the effects of prenatal cocaine exposure among school-aged children. **Pediatrics**, v. 125, n. 3, p. 554-65, Mar. 2010.

AFONSO, L.; MOHAMMAD, T.; THATAI, D. Crack whips the heart: a review of the cardiovascular toxicity of cocaine. **Am J Cardiol**, v. 100, n. 6, p. 1040-3, Sep. 2007.

AMATO, L.; MINOZZI, S.; PANI, P.P.; DAVOLI, M. Antipsychotic medications for cocaine dependence. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 18, n. 3, Jul. 2007.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Drogas**: cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes. Conteúdo e texto original de Beatriz H.Carlini. 2. ed. Brasília: Presidência da República;Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010

_____. **I levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREA; IPq – HCFMUSP, 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: J. C. 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: J. C. Galduroz. Pesquisadores Colaboradores: Ana Regina Noto *et al*.: Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2005.

CARLINI-COTRIM, B. **Drogas**: mitos e verdades. São Paulo: Ática, 1999.

CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (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**,v. 17, n. 2, Feb. 2010.

CHEN, C.Y., ANTHONY, J.C. Epidemiological estimates of risk in the process of becoming dependent upon cocaine: cocaine hydrochloride powder versus crack cocaine. **Psychopharmacology**, v. 172, n. 1, p. 78-86, 2004.

COSTA, J.F. **Violência e Psicanálise**. Rio de Janeiro, Graal, 1986.

CRUZ, M.S. Cocaína. In: EGYPTO, A.C. et al. (Orgs.). **Tá na roda**: uma conversa sobre drogas. 1 ed. São Paulo: J. Sholna, 2003. v. 1, p. 159-71.

CRUZ, M.S. O crack e sua espiral compulsiva. **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 12 jul. 2009, Sect Aliás J5.

DUAILIBI, L.B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **Profile of cocaine and crack users in Brazil. Cad Saúde Pública**, n.24 Supl. 4, p. 545-57, 2008.

FALCK, R.S.; WANG, J.; SIEGAL, H.A.; CARLSON, R.G. The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. **J Nerv Ment Dis**., v. 192, n. 7, p. 503-7, Jul. 2004.

FUNDAÇÃO Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Oxi: uma droga não tão nova assim é objeto de pesquisa da Fiocruz. **Fiocruz** [on-line], 14 jun. 2011. Disponível em: <http://www.amazonia.fiocruz.br/br/component/content/article/41-destaques/861-oxi-uma-droga-nao-tao-nova-assim.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2013.

FOX, H. C.; AXELROD S.R.; PALIWAL, P.; SLEEPER, J.; SINHA, R. Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. **Drug Alcohol Depend**, v.89, n.2-3, p. 298-301, jul. 2007.

GALDURÓZ, J.C.F. 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; Instituto Franco Besaglia, 1994.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica:** cartografias do desejo. Petrópolis (RJ): 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**, v. 4, n. 3, p. 173-6, Oct. 2005.

HAIM, D.Y.; LIPPMANN, M.L.; GOLDBERG, S.K.; WALKENSTEIN, M.D. The pulmonary complications of crack cocaine. A comprehensive review. **Chest**, v. 107, n. 1, p. 233-40, Jan. 1995.

HOFF, A.L.; RIORDAN, H.; MORRIS, L.; CESTARO, V.; WIENEKE, M.; ALPERT, R.; WANG, G.J.; VOLKOW, N. Effects of crack cocaine on neurocognitive function. **Psychiatry Res**, v. 60, n. 2-3, p. 167-76, Mar. 1996.

KAEZ, R. **A Instituição e as instituições**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

MAGALHÃES, M.P.; BARROS, R.S.; SILVA, M.T.A. Uso de drogas entre universitários: a experiência da maconha como fator delimitante. **Rev. ABP-APAL**, n. 13, p. 97-104, 1991.

MINAYO, M.C.S. 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, A.A.; PANI, P.P.; SILVA DE LIMA, M.; SOARES, B.; VECCHI, S. Anticonvulsants for cocaine dependence. **Cochrane Database Syst Ver**, v. 16, n.2, Apr. 2008.

MITCHELL, R. N. et al. **Compendio de Robbins y Cotran de Patología Estructural y Funcional**. 7. ed. Madri (ES): Elsevier España, 2007.

NAPPO, A.S.; SANCHEZ, Z.M.; OLIVEIRA, L.G.; SANTOS, A.S.; CORADETE JÚNIOR, J.; PACCA, J.C.B. 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). Disponível em: <http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/Cocaine/Cocaine.html>. Acesso em: 08 out. 2010.

NATIONAL Treatment Agency for Substance Misuse. Research into practice 1b. August 2002, Disponível em: <http://nta.shared.hosting.zen.co.uk/publications/documents/nta_commissioning_crack_cocaine_treatment_2002_rip1b.pdf.> Acesso em: 08 out. 2010.

NOTO, A.R.; GALDURÓZ, J.C.; NAPPO, A.S.; FONSECA, A.M.; CARLINI, C.M.A.; MOURA, Y.G. 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 Antidrogas; Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2003.

NUNES, C.L.; ANDRADE, T.; GALVÃO-CASTRO, B.; BASTOS, F.I.; 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**., Salvador (BA), v.11, n.6, p. 561-66, dez.2007.

OLIVEIRA, L.G.; BARROSO, L.P.; SILVEIRA, C.M.; SANCHEZ, Z.V.; DE CARVALHO PONCE, J.; VAZ, L.J.; NAPPO, S.A. Neuropsychological assessment of current and past crack cocaine users. **Subst Use Misuse**, v. 44, n. 13, p. 1941-57, 2009.

PASTORE, C.A.; PINHO, C; GERMINIANI, H; SAMESIMA, N.; MANO, R. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Análise e Emissão de Laudos Eletrocardiográficos. **Arq Bras Cardiol**, v. 93, n.3, 3 supl.2, p.1-19, 2009.

RAMÔA, M. **O grupo de Autoajuda em dois contextos:** alcoolismo e doença mental. 1999. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Curso de Pós-graduação em Psicologia, PUC, Rio de Janeiro, 1999.

RAMÔA, M. A **Desinstitucionalização da Clínica na Reforma Psiquiátrica**: um estudo sobre o projeto CAPS ad. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia) – Curso de Pós-graduação em Psicologia, PUC, Rio de Janeiro, 2005.

SARACENO, B. **Libertando identidades**. Rio de Janeiro: Te Corá; IFB, 1999.

SILVA DE LIMA, M.; FARRELL, M.; LIMA REISSER, A.A.; SOARES, B. Withdrawn: Antidepressants for cocaine dependence. **Cochrane Database Syst Ver**, v. 17, n. 2, review, Feb. 2010.

SILVA, N.G. **Fatores associados à infecção por HIV entre trabalhadoras do sexo na cidade de Santos**. 2004. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

SLUTSKER, L. Risks associated with cocaine use during pregnancy. **Obstet Gynecol**, v. 79, n. 5 (Pt 1), p. 778-89, May 1992.

TREADWELL, S.D.; ROBINSON, T.G. Cocaine use and stroke. **Postgrad Med J**, v. 83, n. 980, p. 389-94, Jul. 2007.

WILSON, T.; DEHOVITZ, J.A. STDs, HIV, and crack cocaine: a review. **AIDS Patient Care STDS**, v. 11, n. 2, p. 62-6, Apr. 1997.

3

3 Módulo

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 os direitos das crianças e adolescentes, voltados para a temática do álcool e outras drogas no Brasil. Destaca-se, também, a compreensão do importante papel dos Direitos Humanos e 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

Nesta Unidade, você irá estudar o histórico das políticas públicas sobre o crack, o álcool e outras drogas no Brasil e a atual situação do País em relação a esse assunto. Conhecerá, também, o *Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas* e o *Programa crack, é possível vencer*, em que são apontadas diversas ações de aplicação imediata e outras de caráter estruturante para o enfrentamento da questão de forma intersetorial.

* Colaboração de José Rossy e Vasconcelos Júnior. Texto adaptado do curso *Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias,* promovido pela SENAD em 2011.

Política nacional sobre drogas

A partir de 1998, o Brasil dá início à construção de uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda e da redução da oferta de drogas. Foi depois da realização da XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas, aderidos pelo Brasil, que as primeiras medidas foram tomadas. O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD, 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 a 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 nº 4.345 de 26 de agosto de 2002, foi instituída a primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) do país.

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

- **integração das políticas públicas** setoriais com a Política 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.

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

Redução da demanda

Ações referentes à prevenção do uso 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.

Redução da oferta

Atividades inerentes à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

SENAD

Medida Provisória nº 1.669 e Decreto nº 2.632 de 19 de junho de 1998.

Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas

O documento de registro do Seminário pode ser acessado no sítio: http://www.obid.senad.gov.br/portais/Internacional/biblioteca/documentos/links/Seminarios_internacionais/327099.pdf

Política Nacional sobre Drogas (PNAD)

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

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). Como resultado, o prefixo "anti" da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo "sobre", já de acordo com as tendências internacionais, com o posicionamento do governo e com a nova demanda popular, manifestada ao longo do processo de realinhamento da política.

A Política Nacional sobre Drogas estabelece os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços, voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas, possam ser conduzidos de forma planejada e articulada.

Todo esse empenho resultou em amplas e importantes conquistas, refletindo transformações históricas na abordagem da questão no país. O documento está dividido em cinco capítulos:

1. prevenção;
2. tratamento, recuperação e reinserção social;
3. redução de danos sociais e à saúde;
4. redução da oferta;
5. estudos pesquisas e avaliações.

Em 2006, a SENAD coordenou um grupo de trabalho do governo que assessorou os parlamentares no processo que culminou na aprovação da Lei nº 11.343/2006, que instituiu o **Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas** (**SISNAD**), suplantando uma legislação de trinta

anos a qual se mostrava obsoleta e em desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações sociais.

A Lei nº 11.343/2006 – Lei de Drogas

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

Essa Lei nasceu da necessidade de compatibilizar os dois instrumentos normativos que existiam anteriormente: as Leis nº 6.368/1976 e nº 10.409/2002. A partir de sua edição, foram revogados esses dois dispositivos legais, com o reconhecimento das diferenças entre a figura do traficante e a do usuário/dependente, os quais passaram a ser tratados de modo diferenciado e a ocupar capítulos diferentes da lei.

O Brasil, seguindo a tendência mundial, entendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade. Essa abordagem em relação ao porte de drogas para uso pessoal tem sido apoiada por especialistas que apontam resultados consistentes de estudos, nos quais: **a atenção ao usuário/dependente deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, ao invés de encarceramento**.

Assim, a justiça retributiva, baseada no castigo, é substituída pela justiça restaurativa, cujo objetivo maior é a ressocialização por meio de penas alternativas:

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

A Lei nº 6.368 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.

A Lei nº 10.409 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.

A justiça retributiva

Concentra-se, por exemplo, no foco punitivo voltado ao infrator e há o predomínio de penas privativas de liberdade.

Justiça restaurativa

O foco da justiça restaurativa incide sobre a conciliação e existe o predomínio da reparação do dano causado ou da prestação de serviços comunitários.

Recentemente a Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei nº 7.663/10, que propõe a alteração de alguns itens da lei de drogas; dentre eles, a definição de critérios para a atenção aos usuários e dependentes e o financiamento das ações sobre drogas no país. A proposta aguarda a apreciação do Senado Federal.

Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas (SISNAD)

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

> I) Contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco em relação ao uso de drogas, ao tráfico e a outros comportamentos relacionados;
>
> II) Promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;
>
> III) Promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
>
> IV) Reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas;
>
> V) Promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios (BRASIL, 2006, p. 11).

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

CONAD

Acesse o sítio do CONAD para saber mais sobre a legislação e Conselhos Municipais e Estaduais: http://www.obid.senad.gov.br/portais/CONAD/.

Em 23 de julho de 2008, foi instituída a Lei nº 11.754, por meio da qual o Conselho Nacional Antidrogas passou a se chamar Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). A nova lei também alterou o nome

da Secretaria Nacional Antidrogas para **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).** Essa modificação histórica era aguardada desde o processo de realinhamento da Política Nacional sobre Drogas, em 2004, tornando-se um marco na evolução das políticas públicas no Brasil.

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

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 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.

Fundo Nacional Antidrogas

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

O Decreto nº 5.912/2006, com as alterações introduzidas pelo Decreto nº 7.426/2010, regulamentou, ainda, as competências dos Órgãos do Poder Executivo no que se refere às ações de redução da demanda de drogas.

Atribuições da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)

- Articular e coordenar as atividades de prevenção do uso de drogas, 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.

OBID

O OBID é um órgão de estrutura do Governo Federal, vinculado à 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 cientificamente. Mais informações podem ser obtidas através do sítio do OBID: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php.

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

O trabalho da SENAD é desenvolvido em três eixos principais.

Diagnóstico situacional

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

Capacitação de Agentes do SISNAD

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

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

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

A Política Nacional sobre o 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 so-

bre 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.

Intersetorialidade

Nas políticas públicas, a intersetorialidade aparece como possibilidade de superação de práticas fragmentárias ou sobrepostas na relação com os usuários de serviços estatais, ou mesmo de serviços ofertados por organizações privadas, sob iniciativas da sociedade civil ou de fundações empresariais.

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

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

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

- 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 e do abuso de bebidas alcoólicas;
- redução da demanda de álcool por populações vulneráveis;
- segurança pública;
- associação de álcool e trânsito;

- capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informações sobre temas relacionados à saúde, à educação, ao trabalho e à segurança pública;
- estabelecimento de parceria com os municípios para a recomendação de ações municipais;
- propaganda de bebidas alcoólicas.

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

Após exaustivo processo de discussão e com ampla participação popular, a Lei nº 11.705, conhecida como "lei seca", foi sancionada em 19 de junho de 2008, por ocasião da realização da X Semana Nacional sobre Drogas. Essa Lei alterou alguns dispositivos do Código de Trânsito Brasileiro, impondo penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência de álcool ou de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência.

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

Foram vedados, na faixa de domínio de rodovia federal ou em local próximo à faixa de domínio com acesso direto à rodovia, a venda varejista

Morbidade
Variável característica das comunidades de seres vivos, refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquiriram doenças num dado intervalo de tempo. Denota-se morbidade ao comportamento das doenças e dos agravos à saúde em uma população exposta.

Mortalidade
Variável característica das comunidades de seres vivos, refere-se ao conjunto dos indivíduos que morreram num dado intervalo de tempo.

Etilometria
Bafômetro, balão ou etilômetro é um aparelho que permite determinar a concentração de bebida alcóolica em uma pessoa, analisando o ar exalado dos pulmões. É um equipamento utilizado por policiais para verificar o nível de álcool etílico presente no ar expirado por motoristas.

ou o oferecimento de bebidas alcoólicas (teor superior a 0,5 graus Gay -Lussac) para consumo no local.

Essa Lei previu também que os estabelecimentos comerciais que vendem ou oferecem bebidas alcoólicas sejam obrigados a exibir aviso informativo de que **é crime dirigir sob a influência de álcool, punível com detenção**.

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

O condutor poderá ser submetido a teste de alcoolemia, exame clínico, perícia, prova testemunhal ou outro procedimento que permita identificar o consumo de álcool ou outra substância psicoativa. A infração também poderá ser caracterizada mediante imagem, vídeo ou constatação de sinais que indiquem alterações na capacidade psicomotora.

Alcoolemia
Concentração de álcool etílico no sangue resultante da ingestão de bebidas alcoólicas.

Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN)
É o órgão máximo normativo, consultivo e coordenador da política nacional de trânsito, competente do Sistema Nacional de Trânsito (SNT), responsável pela regulamentação do Código de Trânsito Brasileiro (CTB).

A resolução do CONTRAN nº 432, de 23 de janeiro de 2013, dispõe sobre os procedimentos a serem adotados pelas autoridades de trânsito e agentes de fiscalização: exame de sangue, exames laboratoriais, teste com etilômetro, exames clínicos, verificação de sinais que indiquem alteração psicomotora, com a possibilidade de utilizar prova testemunhal, vídeo ou imagem.

Com a nova lei, além de qualquer concentração de álcool por litro de sangue estar sujeita a penalidades administrativas, o valor da multa, que antes era de R$ 957,70, foi estabelecido em R$ 1.915,40, podendo ser duplicado em caso de reincidência.

Todas essas medidas têm como objetivo reduzir o número de acidentes de trânsito no Brasil, coibindo a associação entre o consumo de álcool ou outras substâncias psicoativas e o ato de dirigir.

Programa "Crack, é possível vencer"

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

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

Crack, é possível vencer

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

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

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

- **cuidado:** aumentar a oferta de ações de atenção aos usuários de crack e outras drogas e seus familiares, por meio da ampliação dos serviços especializados de saúde e assistência social, como os Consultórios na Rua, os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad), as Unidades de Acolhimento adulto e infantojuvenil, Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), leitos de saúde mental em hospitais gerais, entre outros.

O Programa "Crack, é possível vencer" também é enfocado na videoaula.

- **autoridade:** enfrentar o tráfico de drogas e as organizações criminosas através de ações de inteligência entre a Polícia Federal e as polícias estaduais. Estão sendo realizadas, também, intervenções de segurança pública com foco na polícia de proximidade em áreas de maior vulnerabilidade para o consumo, que contam com a ampliação de bases móveis e videomonitoramento para auxiliar no controle e planejamento das ações nesses locais.

Assim, o Programa prevê uma atuação articulada intersetorial e descentralizada entre Governo Federal, estados, Distrito Federal e municípios, além de contar com a participação da sociedade civil e diversas universidades, sempre com o monitoramento intensivo das ações.

Compõem a equipe responsável pelas ações do Programa, os Ministérios da Justiça, Saúde, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Educação, além da Secretaria de Direitos Humanos e a Casa Civil da Presidência da República. No âmbito local, foram criados comitês gestores estaduais e municipais, com o objetivo de coordenar e monitorar o andamento de todas as ações realizadas.

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

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

Resumo

Nesta Unidade, você conheceu a formação de Políticas Públicas para a redução da demanda e da oferta de drogas (com ênfase no Programa "**Crack, é possível vencer**") que tem como objetivo um conjunto de ações para a prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e de outras drogas nas comunidades em que vivem.

Exercícios de fixação

Atenção!

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

1. **Em julho de 2008, foi instituída a Lei nº 11.754, por meio da qual o Conselho Nacional Antidrogas passou a se chamar Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). A nova lei também alterou o nome da Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Relacione as colunas que explicitam as atribuições do CONAD e da SENAD:**

   1. **CONAD**

   2. **SENAD**

   ( ) 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.

   ( ) Articular e coordenar as atividades de prevenção do uso de drogas, de atenção e reinserção social de usuários 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 pela PNAD e acompanhar sua execução.

( ) Acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas.

Assinale a alternativa correta:

a. ( ) 2, 1, 1, 2, 1, 2, 2, 1, 2

b. ( ) 1, 2, 1, 1, 2, 2, 2, 1, 1

c. ( ) 2, 2, 1, 2, 1, 1, 2, 1, 2

d. ( ) 1, 2, 2, 1, 2, 1, 1, 2, 1

e. ( ) 2, 2, 1, 2, 2, 1, 2, 1, 2

2. **O trabalho da SENAD é desenvolvido em três eixos principais. Correlacione adequadamente as colunas quanto aos objetivos dos três eixos principais:**

1. **Diagnóstico situacional**

2. **Capacitação de Agentes do SISNAD**

3. **Projetos Estratégicos**

( ) capacitação de atores que trabalham diretamente com o tema das drogas, e, também, de multiplicadores de informações de prevenção, tratamento e reinserção social.

( ) realizar estudos que permitam um diagnóstico sobre a situação do consumo de drogas no Brasil e seu impacto nos diversos domínios da vida da população.

( ) projetos de alcance nacional que ampliam o acesso da população às informações, ao conhecimento e aos recursos existentes na comunidade para a prevenção do uso de drogas.

Assinale a alternativa correta

a. ( ) 1, 2, 3

b. ( ) 3, 2, 1

c. ( ) 2, 1, 3

d. ( ) 2, 3, 1

e. ( ) 1, 3, 2

Referências

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

_____. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas, cria o seu comitê gestor, e dá outras providências. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%207.179-2010?OpenDocument> Acesso em: 20 fev. 2013.

_____. Decreto nº 7.637, de 08 de dezembro de 2011. Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Disponível em: < http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:2011-12-08;7637> Acesso em: 20 fev. 2013.

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

_____. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2011.343-2006?OpenDocument>. Acesso em: 22 fev. 2013.

_____. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que 'institui o código de trânsito brasileiro', e a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumígeros, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do par. 4° do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2011.705-2008?OpenDocument>. Acesso em: 10 fev. 2013.

_____. Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o código de trânsito brasileiro. Disponível em:<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:lei:2012-12-20;12760>. Acesso em: 20 fev. 2013.

_____. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Presidência da República; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

ANOTAÇÕES

12

Unidade 12

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Leon Garcia*
Patrícia Santana
Pollyanna Pimentel
Roberto Tykanori Kinoshita

Esta unidade trata da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Aborda a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do SUS, e apresenta aspectos gerais do Programa: "Crack, é possível vencer". Ao final desta Unidade, você terá uma compreensão histórica da Política de Saúde Mental e de como garantir os direitos e a cidadania das pessoas que sofrem com transtornos mentais, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

* Texto inédito.

A construção da política de saúde mental no Brasil

A atual política de saúde mental brasileira é resultado da mobilização de usuários, familiares e trabalhadores da saúde, iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais. O movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos *direitos humanos* adquiriu no combate à Ditadura Militar e alimentou-se das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental, baseado no hospital psiquiátrico, por um modelo de serviços não hospitalares com forte inserção territorial.

Acesse o *link:* http://acompanhamentoterapeutico.com/2009/06/23/politica-nacional-de-saude-mental/ para obter mais informações sobre a história da política nacional de saúde mental.

Ainda na década de 1980, experiências municipais iniciaram a desinstitucionalização de moradores de manicômios, criando serviços de atenção psicossocial para realizar a (re)inserção de usuários em seus territórios existenciais. Foram fechados hospitais psiquiátricos à medida que se expandiam serviços diversificados de cuidado tanto longitudinal quanto intensivo para os períodos de crise. A atenção aos portadores de transtornos mentais passa a ter como objetivo o pleno exercício de sua cidadania, e não somente o controle de sua sintomatologia. Isso implica organizar serviços abertos, com participação ativa dos usuários formando redes com outras políticas públicas (educação, moradia, trabalho, cultura, etc.). O desafio que se coloca é, ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade. Isso leva o desafio da saúde mental para além do Sistema Único de Saúde (SUS), já que, para realizar-se, ele implica a abertura da sociedade para a sua própria diversidade.

Sintomatologia
É o estudo dos sintomas e seus significados; ou seja, estudo e interpretação do conjunto de sinais e sintomas observados no exame de um paciente.

A aprovação de leis estaduais alinhadas com esses princípios, ao longo da década de 1990, reflete o progresso desse processo político de mobilização social não só no campo da saúde como também no conjunto da sociedade. Normativas federais passam a estimular e regular a nascente rede de serviços de base territorial. Em 2001, após mais de dez anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei nº 10.216 que assegura os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e re-

direciona o modelo assistencial em saúde mental. Os princípios do movimento iniciado na década de 1980 tornam-se uma política de Estado. Na década de 2000, com financiamento e regulação tripartite (União, Estados e Municípios), ampliam-se os serviços que viriam a constituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A partir do Decreto Presidencial nº 7508 de 2011, a RAPS passa a integrar o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde do Sistema Único de Saúde.

Saúde mental e cidadania

A Lei Federal nº 10.216

A Lei Federal nº 10.216, de 06 de dezembro de 2001, garante os direitos das pessoas com transtorno mental, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. De forma geral, a Lei assegura às pessoas que se beneficiam das ações e serviços do SUS o direito a um tratamento que respeite a sua cidadania e que, por isso, deve ser realizado de preferência em serviços comunitários, ou de base territorial, sem excluí-los, portanto, do convívio na sociedade. O texto da Lei destaca os seguintes direitos dos usuários do SUS:

> I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades;
>
> II - ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
>
> III - ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração;
>
> IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade, ou não, de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001, não paginado).

Não paginado
Por tratar-se de publicação não paginada, disponível na internet, usa-se o termo "não paginado", conforme preconizado na NBR 6023 (ABNT, 2002).

Atenção psicossocial, território e rede sociais

O conceito de **território** para a saúde é muito importante, pois não trata apenas de uma área geográfica. Um serviço de base territorial é um serviço de portas abertas (qualquer um pode acessar, entrar e sair) que está localizado perto de onde o usuário vive, onde está a sua família, seus amigos, as instituições com as quais tem contato (igreja, terreiro, escola, polícia, etc.), os lugares que frequenta (unidade de saúde, lojas, etc.); e, como consequência, onde circulam seus sentimentos, afetos e laços sociais. Esses elementos que fazem parte da vida do usuário compõem o que chamamos de **rede social**.

Dessa forma, entende-se que o cuidado à saúde das pessoas é muito mais potente nesse território, onde a sua rede social pode auxiliá-lo no tratamento e no alívio do seu sofrimento. Por outro lado, a aproximação das ações de saúde mental dos territórios deve contribuir para que as comunidades estejam mais bem preparadas para incluir, sem estigmatizar, a diversidade que a "loucura", assim como o uso de drogas, expressa.

Da coerção à coesão: dependência de drogas e reabilitação psicossocial

"Desde 1990, o UNODC atua no Brasil com a colaboração do Governo Brasileiro. O UNODC apoia o Governo Brasileiro no cumprimento das obrigações que assumiu ao ratificar as Convenções da ONU sobre Controle de Drogas; contra o Crime Organizado Transnacional e seus três Protocolos [...]." Acesse mais informações sobre a UNODC no Brasil pelo *link*: http://www.onu.org.br/onu-no-brasil/unodc/.

A evolução da ética no cuidado resultante da reforma psiquiátrica inclui o cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, e está alinhada com o consenso internacional sobre o tema. O UNODC (Escritório das Nações Unidas sobre o crime e as drogas) definiu uma diretriz clara em relação ao problema da droga ao escolher investir no cuidado de saúde e na coesão social, e não em medidas coercitivas de restrição à liberdade, seja no sistema penal, seja no tratamento de saúde fechado e involuntário.

Nesse sentido, a importância da atuação no território e a relevância dos laços sociais na atenção ao sofrimento mental, expressas na Lei nº 10.216 e nos princípios da RAPS, não devem ser vistas como contraditórias com o cuidado daqueles que fazem uso prejudicial da droga. A RAPS inclui um dispositivo para internações breves motivadas por urgências médicas, os leitos especializados em Hospital Geral. A RAPS também oferece possibilidades de acolhimento imediato e breve (leitos em CAPS 24 horas) em situações de crise ou de grande vulnerabilidade. Em médio e longo prazo, é preciso, todavia, considerar que os territórios existenciais e laços sociais das pessoas que fazem uso de drogas são mais diversos do que um retrato momentâneo sobre o usuário pode fazer supor. Eles não estão apenas ligados ao universo da droga, por isso não devem ser desconsiderados em seu cuidado.

O trabalho do cuidado está justamente em (re)encontrar, se possível com família e amigos, os espaços de inserção e de trocas sociais que a droga inibiu ou encobriu. E esse não pode ser um processo solitário, realizado em reclusão, ainda que algum tipo de proteção deva ser oferecida, como no caso dos serviços residenciais de caráter transitório da RAPS. Ele deve ser um movimento assistido de (re)aproximação com os espaços de troca (trabalho, lazer, cultura, esporte, etc.) que podem criar sentido na vida de qualquer pessoa.

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

É verdade que, quando há a associação do uso prejudicial e, sobretudo, precoce da droga com uma condição de miséria extrema, pode ser exigido um trabalho de (re)inserção social mais abrangente, intensivo e prolongado. Esse trabalho não deixa de ser, no entanto, fundamentalmente realizado nos espaços sociais de troca e criação de laços, nos espaços de exercício da cidadania. Ele não pode ter, portanto, na exclusão da comunidade seu princípio orientador.

A situação de crianças e adolescentes que fazem uso de drogas não é diferente, particularmente quando esse uso está combinado com miséria extrema e abandono familiar. Nesses casos, fica evidente que é a miséria e o abandono que precedem o uso da droga. É, portanto, na garantia dos direitos dessas crianças e desses adolescentes, da saúde à educação, como determinado no Estatuto da Criança e do Adolescente, que devem ser investidos os esforços de ações abrangentes de proteção e cuidado.

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é um conjunto de normas do ordenamento jurídico brasileiro que objetiva a proteção integral da criança e do adolescente, aplicando medidas e expedindo encaminhamentos para o juiz. É o marco legal e regulatório dos direitos humanos de crianças e adolescentes. Conheça mais sobre o estatuto acessando http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm.

Aspectos legais da internação em saúde mental

O artigo 4º da Lei nº 10.216 afirma que "a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes"; ou seja, **a internação psiquiátrica nunca deve ser a primeira opção no tratamento das pessoas que sofrem por conta de transtornos mentais, incluindo a dependência a substâncias**. E a internação involuntária fica restrita às situações de risco iminente de morte para o usuário, a partir de avaliação direta de um médico e com autorização da família ou responsável legal. Seu caráter de excepcionalidade fica evidenciado na Portaria GM nº 2.391, de 26 de dezembro de 2002, que regulamenta o controle dessas internações e

sua notificação ao Ministério Público por todos os estabelecimentos de saúde, vinculados ou não ao SUS.

Assim, são três os tipos de internação psiquiátrica definidos na legislação brasileira:

> I - *internação voluntária:* o próprio usuário solicita ou consente com sua internação e tem o direito de pedir a qualquer momento a sua suspensão.
>
> II - *internação involuntária:* acontece sem o consentimento do usuário, é a pedido de terceiro. Nesse caso, a internação deve ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando ocorrer a alta. Nesse caso, a família tem direito a pedir a suspensão da internação a qualquer momento.
>
> III - *internação compulsória:* aquela determinada pela Justiça. (BRASIL, 2001, não paginado).

Inimputável
"É a pessoa que cometeu uma infração penal, porém, no momento do crime, era inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. São considerados inimputáveis os doentes mentais ou a pessoa que possua desenvolvimento mental incompleto ou retardado, e os menores de dezoito anos". Para mais informações, acesse: http://www.jusbrasil.com.br/topicos/291372/inimputavel.

No espírito da Lei nº 10.216, a internação compulsória deve ser aplicada à pessoa com transtorno mental que comete um delito; ou seja, sua aplicação está restrita às pessoas que, tendo cometido um delito, foram julgadas por esse delito e consideradas inimputáveis pela sua condição de saúde mental pelo Sistema Judiciário. Nesses casos, ao invés de cumprirem pena, essas pessoas são submetidas a uma medida de segurança. A medida de segurança traduz-se em tratamento compulsório, que pode ou não incluir internação. A modalidade desse tipo de tratamento deve estar baseada em uma avaliação completa realizada por profissionais de saúde mental e seguir as mesmas diretrizes expostas pela Lei nº 10.216.

O tema da internação motivada pelo uso da droga no Brasil adquiriu um relevo sem paralelo no contexto internacional e, como vimos, sem suporte na legislação que orienta a política de saúde mental no país. A defesa da internação para usuários de drogas como política prioritária, particularmente quando involuntária, parte de uma premissa contraditória que tira a liberdade de adultos, crianças e adolescentes, que não

cometeram delitos passíveis de prisão, para supostamente garantir sua cidadania.

O recurso à internação, seja ela voluntária, involuntária, seja compulsória, não deve, nem pode pretender suprir o desafio que nossa sociedade tem de garantir às pessoas fragilizadas pela droga, pelos transtornos mentais ou pela miséria o direito de exercer sua cidadania.

O SUS e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A publicação da Portaria nº 3088, de 26 de dezembro de 2011, veio regulamentar de forma detalhada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pelo Decreto Presidencial nº 7508/2011. Nela estão descritos os principais serviços e ações que oferecem atenção psicossocial, no país, para todas as pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, incluindo aqueles decorrentes do uso prejudicial de drogas.

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados pontos de atenção promove a constituição de um conjunto vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Essa rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede conforma-se à medida que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades.

Para a organização dessa rede, a noção de território é especialmente orientadora. O **território** é a **designação não apenas de uma área geográfica, mas também das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária**. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças concretas da comunidade que

propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa, assim, resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental.

Tecidas essas considerações, elencam-se, a seguir, os componentes da RAPS no território.

Atenção Básica em Saúde

Estratégia Saúde da Família (ESF)

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

O que faz: considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. A Atenção Básica em Saúde constitui-se da grande base, ordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde, fazendo-se presente de forma bastante capilarizada em todo o território nacional. Ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, podem e devem ser realizadas nestes pontos de atenção, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

O que é: os NASFs são equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (incluindo psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, psiquiatras e outros), para atuarem em conjunto com as Equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de SF no qual o NASF está cadastrado. Ofertam apoio especializado a essas equipes (***apoio matricial***), que inclui a discussão de casos e o cuidado compartilhado dos pacientes, o que, entre outras ações, pode incluir o manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de álcool, crack e outras drogas.

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

No caso das ações de Saúde Mental, os profissionais dos NASFs podem potencializar as ações de saúde já desenvolvidas pela Atenção Básica, através do apoio especializado, favorecendo a inclusão dos usuários com problemas de saúde mental nestas práticas. Além disso, as Equipes do NASF podem desenvolver, de forma conjunta com as equipes da AB, ações de Saúde Mental para a população, como grupos terapêuticos, intervenções familiares, bem como o apoio e suporte nas proposições de projetos terapêuticos construídos junto aos adolescentes e suas famílias.

O apoio matricial

É "[...] uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contra-referência, protocolos e centros de regulação. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnicopedagógico às equipes de referência" (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 399-400). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2013.

Equipe de Consultório na Rua

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

O que faz: ofertam ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde. Prestam atenção integral à saúde da população em tais condições, trabalhando junto a usuários de álcool, crack e outras drogas, com a estratégia de Redução de Danos; a atuação se dá de forma itinerante e *in loco*, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às unidades básicas, CAPS, serviços de Urgência e Emergência e outros pontos de atenção.

Centro de Convivência e Cultura

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

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

Atenção Psicossocial Estratégica

Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

O que é: Ponto de Atenção constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente acompanhamento de pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, ou outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Atua de forma **territorial**, seja em **situações de crise**, seja nos diversos momentos do **processo de reabilitação psicossocial**. Há diversas moda-

lidades de CAPS: I, II, III, álcool e drogas (CAPSad) e infantojuvenil (CAPSi). Os CAPS III e CAPSad III funcionam 24 horas. Os CAPS são serviços estratégicos para agenciar e ampliar as ações de saúde mental, devendo se organizar tanto para ser porta aberta às demandas de saúde mental do território quanto também devem identificar populações específicas e mais vulneráveis que precisam ser objeto de estratégias diferenciadas de cuidado.

O que faz: provê **acompanhamento longitudinal** de pessoas com problemas graves de saúde mental e suas famílias, prioritariamente a partir de espaços coletivos, dentro e fora do serviço, de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes, visando sempre à construção de novos lugares sociais e à garantia dos direitos. O cuidado é articulado através de Projetos Terapêuticos Singulares, envolvendo em sua construção usuários, famílias e seus contextos, o que requer constantes mediações dos profissionais em abordagens territoriais. Realiza apoio matricial a outros pontos de atenção, de modo a garantir sustentação qualificada tanto nos acompanhamentos longitudinais quanto nas ações de urgência e emergência. Os CAPSad III (24 horas) realizam acolhimento noturno de 8 a 12 usuários que podem permanecer por períodos de dias. Esse acolhimento está indicado em situações de crise, mas não nos casos de urgências que necessitem de cuidados médicos contínuos.

Atenção Residencial de Caráter Transitório

Unidades de Acolhimento

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

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

Serviços de Atenção em Regime Residencial (comunidades terapêuticas)

O que é: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos, de caráter **residencial** transitório, por até nove meses, para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Recebe demandas referenciadas pelos CAPS do território.

O que faz: provê cuidado **residencial** transitório a pessoas que requeiram, temporariamente, afastamento de seus contextos. Atua, de forma articulada junto aos demais pontos de atenção, na operacionalização dos Projetos Terapêuticos Singulares construídos junto aos CAPS e UBS, de modo a favorecer a construção de novas perspectivas para pessoas com problemas de uso e abuso de drogas e para suas famílias.

Atenção Hospitalar

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

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

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

Mediato
Refere-se ao que é condicionado, dependente de outro que atua como intermediário.

Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

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

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

Serviço Hospitalar ou Enfermaria Especializada em Hospital Geral

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

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

Estratégia de Desinstitucionalização

Serviço Residencial Terapêutico

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

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

Programa de Volta pra Casa

O que é: programa de inclusão social, instituído pela Lei nº 10.708/2003, que visa contribuir para o fortalecimento dos processos de desinstitucionalização.

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

Estratégia de Reabilitação Psicossocial

Estratégias de Reabilitação Psicossocial

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

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

Com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial, como uma das redes prioritárias no reordenamento das ações e serviços do SUS, a partir de

2011, o Hospital Psiquiátrico deixou de ser considerado um ponto de atenção em saúde mental, sendo que as internações necessárias devem ocorrer em Hospitais Gerais. Esses serviços dispõem de recursos e de tecnologias de suporte adequado aos comprometimentos e/ou comorbidades clínicas, agravantes nos transtornos mentais.

Considerações finais

Nascida com a redemocratização e a reforma sanitária que levaria à construção do SUS, a reforma da assistência psiquiátrica é parte de um Brasil que escolheu garantir a todos os seus cidadãos o direito à saúde e a todos os que perdem a saúde, o direito à cidadania. Não é, portanto, por acaso que saúde e cidadania são indissociáveis.

A política de saúde mental compartilha com as práticas de redução de danos e com a tradição da ética médica o mesmo princípio fundamental. Qual seja: que acima de qualquer juízo moral sobre comportamentos e crenças de usuários de drogas e/ou pacientes, deve estar a defesa da vida e o direito à saúde. Essa é a finalidade última do cuidado clínico ao usuário/paciente. Esse é, enfim, o objetivo das políticas públicas que articulam esse cuidado para a construção e garantia da cidadania.

Resumo

Você está encerrando a Unidade 12 deste Curso. Nessa etapa, você pôde 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.

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

Exercícios de Fixação

1. **Assinale a alternativa correta. O que são as RAPS?**

   a. ( ) Rede de Assistência Social.

   b. ( ) Rede de Atenção Psicossocial.

   c. ( ) Rede Ambulatorial de Apoio ao cidadão.

   d. ( ) Rede de Apoio Psicossocial.

2. **Assinale a alternativa correta. Um serviço de base territorial é um serviço:**

   a. ( ) de portas fechadas (poucas pessoas têm acesso).

   b. ( ) está localizado perto de onde o usuário vive.

   c. ( ) está localizado distante de onde o usuário vive.

   d. ( ) não leva em conta a rede social do usuário (família, amigos, lugares que frequenta, etc.).

Referências

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial Eletrônico**, Brasília (DF), 09 abr. 2001, p. 2. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 29 mar. 2012.

_____. Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/1990. **Diário Oficial Eletrônico**, Brasília (DF), 29 jun. 2011, p. 1 Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 27 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/>. Acesso em: 29 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde**. Humaniza SUS:** Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

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

_____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília (DF): Ministério da Sáude, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 130, de 26 de Janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012.** Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 121, de 25 de Janeiro de 2012.** Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Álcool, Crack e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012**. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Justiça. **Cartilha Crack, é possível vencer**. Enfrentar o crack. Compromisso de todos. Brasília: MJ, 2013.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública** [on-line], Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 399-407, fev.2007.

CRUZ, M. S. (org.) **As redes comunitárias e de Saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas**: módulo 6. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009. (SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas)

DELGADO, P. G. G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei nº 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-21, 2011.

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

13

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

Nesta Unidade, você estudará sobre a promoção da saúde e a prevenção do uso de drogas na escola – tema atual que necessita da reflexão de todos nós como atores sociais desse processo – e sobre as diferentes políticas públicas e intersetoriais, saúde e educação integral. Refletirá sobre a importância dos diferentes programas de promoção da saúde e prevenção, integrados na Política Nacional de Educação, como o Programa Saúde na Escola (PSE) e o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE).

* Texto adaptado do Curso de *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias,* promovido pela SENAD em 2011.

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 à 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 integrados na política nacional de educação. Destacam-se, por suas propriedades convergentes, os programas: Saúde na Escola, Prevenção nas Escolas e Mais Educação.

Políticas públicas intersetoriais voltadas à educação e à saúde: tecendo conceitos

Diversos conceitos se constituem para dar conta da tendência das políticas públicas contemporâneas voltadas à educação e à saúde do estudante e pautadas pela construção da autonomia, pela inclusão e pelo respeito à diversidade. São eles: Territorialidade, Intersetorialidade, Educação Integral e Saúde Integral. Vejamos cada um deles.

Território

Little (2002, p. 3) define o conceito de territorialidade 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".

Importante: **reflita** sobre os conceitos de Território de Responsabilidade, Intersetorialidade, 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"

À medida que a educação começa a se impor como condição fundamental para o desenvolvimento do País, a escola se apresenta como *locus* para a construção de condições que garantam espaços de aprendizagens democráticas, populares, inclusivas e plurais. Nesse sentido, as políticas públicas voltadas para a educação e a saúde convergem para o território da escola, visando contribuir com a qualidade de vida do escolar e tudo que o 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 habitam em nós.

Um exemplo de território de responsabilidade são as cidades educadoras onde todos são responsáveis por todos. Acesse o sítio: www.fpce.up.pt/ciie/OCE/index.htm e conheça um pouco mais sobre as Cidades Educadoras.

Por meio desse conceito, é possível compreender o sentido de "pertencer" a um lugar, de ser parte, responsabilizar-se por ele, construí-lo coletivamente.

Vale lembrar que a *Carta das Cidades Educadoras* explicita que

> 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

Você pode ler, na íntegra, a referida Carta em: http://www.cm-evora.pt/NR/rdonlyres/00004ead/awtuvhezgywlwffaxvjxllxizxmc-nmct/Cartadascidadeseducadoras.pdf .

sua autonomia em face de uma informação transbordante e controlada por certos centros de poder econômico e político.

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" (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1997, não paginado). Esse modo de ver o fenômeno na sua totalidade, embora exigente, pois lida diretamente não com a divisão, mas com a soma de potencialidades, revela-se 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.

Você pode ler, na íntegra, a *Declaração Universal dos Direitos Humanos* em: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm.

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, 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 na comunidade 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 está inscrita no amplo campo das políticas sociais.

A 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" (BRASIL, 2009, não paginado).

Acesse http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/cadfinal_educ_integral.pdf e conheça na íntegra o documento da Série Mais Educação - Educação Integral: texto de referência para o debate nacional, produzido pelo Ministério da Educação.

Saúde integral: a busca da autonomia

O mesmo movimento que ocorre na educação ocorre também na saúde. O conceito toca a dimensão social e inscreve-se, portanto, 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 um "[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988, não paginado).

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 de o 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 essa 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 (BRASIL, 1988, Art. 3).

Sistêmica
O olhar sistêmico nos possibilita perceber possíveis concepções, teias, elos e, sobretudo, olhar o território.

PDE
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.

Vejamos alguns programas e projetos intersetoriais voltados à educação e à saúde.

Possivelmente, você conhece algum dos programas que ora apresentamos. É importante perceber que a base que sustenta esses projetos é sistêmica e deve colaborar na redução das desigualdades sociais.

Os programas a seguir fazem parte do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), que produz, em suas orientações, a perspectiva de consolidar uma educação que lance seu olhar para a autonomia e que

possibilite 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 nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que afirma, em seu artigo 1º, o seguinte: "Fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da 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" (BRASIL, 2007, não paginado).

Saiba mais sobre o Decreto. Acesse: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>.

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, unem-se 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 no Quadro 1 a convergência de seus objetivos:

Quadro 1 | Convergência dos objetivos do Programa Saúde na Escola e do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas

Programa de Saúde na Família	Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas
• 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. • Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos. • Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos. • Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar. • Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes. • Fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nas três esferas de governo.	• Contribuir para a prevenção da infecção pelo HIV, outras doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez não planejada, entre jovens. • Contribuir para a redução de preconceitos e estigmas relacionados à raça, etnia e orientação sexual, bem como a promoção da igualdade de gênero. • Desenvolver ações de prevenção ao uso do álcool, tabaco e outras drogas. • Fortalecer a inclusão das ações de prevenção às vulnerabilidades estudantis e as ações de promoção da saúde nos Projetos Políticos-pedagógicos das Escolas. • Desenvolver ações articuladas nas escolas e nas unidades básicas de saúde. • Envolver toda a comunidade escolar na promoção de ações em saúde sexual e saúde reprodutiva.

As ações do PSE dividem-se em cinco componentes: avaliação das condições 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. Inclui 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 da 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 do PSE - Educação Permanente e Capacitação de Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens - emprega metodologias presenciais e de educação a distância (EaD). Nesse sentido, são priorizadas as seguintes estratégias:

- Programa "Salto para o Futuro" da TV Escola, que 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.

Acesse o sítio da TV Escola e da TV Brasil para maiores informações sobre o programa *Salto para o Futuro*. Disponíveis em <http://www.tvbrasil.org.br/saltoparaofuturo/> e <http://tvescola.mec.gov.br/index.php? option=com_content&view=article&id=552: programacao-salto-para-o-futuro-06-a-31-de -dezembro&-catid=71:destaque>.

Conheça mais sobre o programa Universidade Aberta do Brasil em < http://www.uab.capes.gov.br/>.

- 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. Essa 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, objetos das demais atividades propostas pelo PSE.

Se você tem interesse em saber mais sobre os dados obtidos nessa pesquisa, acesse: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pense.pdf>.

O quarto componente é o Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes, que implica a 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) monitora a gestão do programa, e o Ministério da Saúde, por meio do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), do HIPERDIA e outros, monitora as condições de saúde do escolar.

Programa Mais Educação: uma estratégia para educação integral no Brasil

A **Portaria Normativa Interministerial nº 17**, de 24 de abril de 2007, instituiu 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 4°. 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.
>
> § 1º Ações de outros Ministérios ou Secretarias Federais poderão integrar o Programa.
>
> § 2° 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 (BRASIL, 2007, não paginado).

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. Sua "novidade" firma-se, todavia, 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 nº 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.**

Também o Estatuto da Criança e do Adolescente prevê direitos que passam pela educação integral.

Art.4°- 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.

> 2° parágrafo: O ensino fundamental será ministrado progressivamente em tempo integral a critério dos sistemas de ensino.
>
> [...]
>
> Art. 87- parágrafo 5° - Serão conjugados todos os esforços objetivando a progressão das redes escolares públicas urbanas de ensino fundamental para o regime de escolas de tempo integral (BRASIL, 1996, não paginado, grifos nossos).

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 (BRASIL, 2010, não paginado, grifos nossos).

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 nº. 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.
>
> § 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.
>
> [...]

> § 3° 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 (BRASIL, 2010, não paginado, grifos nossos).

Eis as ideias que se apresentam e provocam a discussão sobre tempo e espaço na educação integral pública e aproximam 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 ao seu desenvolvimento integral. Dessa forma, o Programa Mais Educação possui os chamados macrocampos, os quais são: 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.

Para saber sobre o Programa Mais Educação, acesse: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/passoapasso_maiseducação.pdf>.

Na concepção ampla do conceito de saúde, todos os macrocampos contribuem para a qualidade de vida do estudante. O macrocampo da "Promoção da Saúde", no entanto, constitui-se 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).

Doença Falciforme

Doença hereditária causada pela mutação genética na hemoglobina S, o que faz com que a hemácia torne-se enrijecida e em formato de foice, dificultando sua circulação pelos vasos sanguíneos. Para mais informações, acesse: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm>.

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, portanto, convidada a partilhar sua "intimidade" com o território e com os programas e projetos. Aceitem esse convite. Relacionem-se. Melhorem a qualidade de vida do território escolar.

Temas abordados no Módulo 3 serão enfocados na Teleconferência. Participe!

Em pontuações silenciosas, podemos afirmar que as políticas públicas atuais, por meio de seus programas e ações voltados para a 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 mais uma Unidade deste Curso. Nessa etapa, foi possível refletir sobre a seguinte questão: Qual é 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 isso, 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, abre-nos um caminho em direção à diminuição das vulnerabilidades e riscos a que estão expostos as crianças e os 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.

Exercícios de fixação

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

1. Territorialidade	( ) Reconstruindo o sujeito na sua completude. ( ) Pertencimento.
2. Intersetorialidade	( ) Cuida-se do sujeito na sua completude. ( ) Soma de esforços na resolução de situações complexas, questões tão multicausais, como uso das drogas, violência, desigualdade social, desemprego e outras.
3. Educação Integral	( ) Autonomia. ( ) Uma escola que seja a um só tempo educadora e garantidora de proteção social.
4. Saúde Integral	( ) Por meio desse conceito é possível compreender o sentido de ser parte de algum lugar, responsabilizar-se por ele, construí-lo coletivamente. ( ) 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 nº 6.286, 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. Constituição. Constituição da República Federativa do Brasil, 5 de outubro de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 mar. 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS, 8).

_____. Decreto nº 7.083, de 27 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o Programa Mais Educação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 27 jan. 2010. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7083.htm>. Acesso em: 10 mar. 2013.

_____. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília (DF), 6 dez. 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm> . Acesso em: 14 out. 2010.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e Bases da Educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 23 dez. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm>. Acesso em: 10 mar. 2013.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília (DF), 20 set. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 mar. 2013.

_____. Ministério da Educação. **Educação Integral**: texto referência para o debate nacional. Brasília (DF): MEC; Secad, 2009. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/cadfinal_educ_integral.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2013.

_____. Projeto de Lei nº 8035, de 2010, do Poder Executivo, que "aprova o Plano Nacional de Educação para o decênio 2011-2020 e dá outras providências". Brasília (DF): Câmara dos Deputados, 2010.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000.

CARTA das Cidades Educadoras – Proposta Definitiva. Gênova (IT): [s.n.], nov.2004. Disponível em: <http://www.cm-evora.pt/NR/rdonlyres/00004ead/awtuvhezgywlwffaxvjxllxizxmcnmct/Cartadascidadeseducadoras.pdf>. Acesso em: 02 jun. 2013.

HADDAD, F. **O Plano de Desenvolvimento da Educação**: razões, princípios e programas. 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, 1997. Mimeo.

LITTLE, P. E. **Territórios sociais e povos tradicionais no Brasil**: por uma antropologia da territorialidade. Brasília: UnB, 2002. Série Antropologia, 322. Disponível em: <http://www.unb.br/icsldan1Serie322empdf.pdf>. Acesso em: 14 out. 2010.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro: IMSIUERJ; ABRASCO, 2001. p. 39-64.

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. Fique atento aos temas que serão desenvolvidos nesta Unidade: 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 Curso de *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias,* promovido pela SENAD em 2011.

Introdução

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 a adolescência. Esse 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.

Paradigma

É um termo que provém do grego *"parádeigma"*, cujo significado é modelo, padrão, a ser seguido ou imitado. Para saber mais sobre os usos desse termo na atualidade, acesse: <http://www.senado.gov.br/senado/ilb/ead/Conteudo/EXCATE/aula3modulo1txt1.asp>.

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 1970 e 1980, 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 as-

sociados 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. Compreende-se o importante papel da sociedade na promoção de condições adequadas de desenvolvimento para a infância e a juventude, mas respeitando o papel e a competência da família como parte do sistema social em que os indivíduos se formam.

Sistema social vigente

O papel de outras instâncias, que não somente a família, é reforçado no artigo 4º do ECA: "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" (BRASIL, 1990, não paginado).

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 social e familiar 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.

Crianças e adolescentes

Ghiraldelli (2001, p. 33) afirma que a educação pós-moderna "[...] não precisa de uma noção de infância para falar sobre a educação, ela quer é estar atenta às novas metáforas, inclusive as novas metáforas sobre as crianças, e, com isso, ver se ela consegue ampliar direitos democráticos e inventar novos direitos democráticos, para todas as crianças".

Os anos 1990 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 dignos, portanto, 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 sujeitos 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.

Desenvolvimento humano

Veja a redação do artigo 3º do ECA: "Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade" (BRASIL, 1990, não paginado).

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.

Sociedade civil

se refere à totalidade das organizações e instituições cívicas voluntárias que formam a base de uma sociedade em funcionamento, por oposição às estruturas apoiadas pela força de um estado (independentemente de seu sistema político).

No que se refere ao primeiro ponto, identifica-se um progressivo aprimoramento dos modelos de atuação de tais organizações desde a implantação do ECA. A maior dificuldade no trato entre essas 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 uso abusivo de drogas. A implementação de ações e programas voltados à proteção integral da criança e do adolescente em risco pelo uso de drogas, 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, portanto, sujeitos de direitos, tais como: direito à vida, à 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: definição dos agentes sociais responsáveis por tal atividade – família, sociedade e Estado –, com clara divisão de responsabilidades e papéis específicos; ênfase na prevenção e na promoção social em lugar da sanção, por meio da educação, nas instituições sociais encarregadas, bem como na Justiça.
6. Mudanças nos termos de referência: “criança” e “adolescente” em lugar de “menor”; “sujeito em conflito com a lei” em lugar de “delinquente”; “ato infracional” em lugar de “delito”; medida “socioeducativa” em lugar de “pena” ou “punição”.

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 ser 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 da 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 1, um comparativo das principais mudanças entre o antigo Código de Menores e o atual Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Quadro 1 | Comparativo entre o Código de Menores e o Estatuto da Criança e do Adolescente

	Código de Menores	Estatuto
Visão de criança	Objeto de medidas judiciais.	Sujeito de direitos.
Pátrio poder	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 dos responsáveis.
Detenção	Permitia prisão cautelar.	Apenas em flagrante ou por ordem judicial.
Defesa	Restrito ao curador de menores.	Garantia de defesa no processo judicial, incluindo assistência judiciária gratuita.
Internação	Por estarem em "situação irregular" e por tempo indeterminado.	Apenas para atos infracionais graves e no máximo por três anos.
Juiz	Amplos poderes.	Poderes restritos.
Participação	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 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 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 ao 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, todavia, 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 "delinquente". Assim, os usuários e dependentes de drogas, que foram outrora tratados como bandidos, passam a ser considerados pessoas que precisam de ajuda ou de 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 pro-

teção. 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 mantêm estreita relação com o fenômeno da violência, principalmente em contextos que envolvem o tráfico. Tal fenômeno revela-se, entretanto, mais complexo e sua compreensão envolve mais elementos, como a mortalidade juvenil. Acompanhe.

Redução da idade penal

O Instituto Não Violência tem uma página na internet dedicada ao tema da redução da maioridade penal. Veja, no *link* a seguir, as razões pelas quais o Instituto se posiciona contrariamente a esse tema: http://www.naoviolencia.org.br/sobre-manifesto-projeto-nao-violencia.htm.

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

Universalização da educação básica

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional garante, além da obrigatoriedade do Ensino Fundamental, progressiva extensão da obrigatoriedade e gratuidade da educação ao Ensino Médio, conforme inciso II do artigo 4º da referida lei. Acesse a LDBEN no sítio: http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf.

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 96% das crianças em idade escolar matriculadas em instituições de ensino), 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 se está perdendo uma parte dos jovens, devido ao acirramento da violência e das práticas de risco.

Tigres Asiáticos

"Tigres Asiáticos" é denominação dada ao bloco econômico formado por Hong Kong, Cingapura, Coreia do Sul e Taiwan (Formosa). Esses países, na década de 1980, apresentaram um vertiginoso crescimento econômico, graças às táticas agressivas com vistas a elevar seus indicadores econômicos (JESUS, 2006).

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, encontra-se o Estatuto da Juventude – discutido em 2004, na Comissão Especial de Políticas Públicas para a Juventude da Câmara dos Deputados –, que tem o objetivo de propor e acompanhar a consolidação de políticas nas áreas de saúde, de educação, de trabalho e de justiça, entre outras. Esse 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. Esse programa tem por objetivo ampliar o acesso e a permanência na escola, a erradicação do analfabetismo, geração de emprego e renda, bem como a 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 da Criança e do Adolescente, que se mostrou um excelente exemplo de política pública intersetorial não só no planejamento, mas também 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, entre 18 a 24 anos, cursando o ensino superior. Esse 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.

ProJovem

foi lançado em fevereiro de 2008, e está implantado em todas as capitais e no Distrito Federal. Atende moças e rapazes com idade entre 18 a 24 anos, 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. Veja mais em: <http://www.projovem.gov.br/site/>.

ProUni

Conheça mais sobre o ProUni acessando <http://prouniportal.mec.gov.br/>.

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, 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.

Projeto Rondon

Manuais e documentos sobre o Projeto Rondon podem ser baixados diretamente no sítio: <http://projetorondon.pagina-oficial.com/portal/>.

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 Ibero-americana 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 à 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, de adolescentes e de 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 mais uma Unidade 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 1970 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 1990.

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

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.

Referências

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Conferência Nacional da Juventude.** Disponível em: <http://www.conferenciadejuventude.com.br/index.asp?opcao=gruposdiscussao>. Acesso em: 20 jun. 2012.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Programa Primeiro Emprego**. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/programas/primeiroemprego/conteudo/programa.asp>. Acesso em: 17 jun. 2006.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, 2000.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília (DF), 27 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 31 maio 2013.

_____. Secretaria Nacional da Juventude. **Política Nacional da Juventude.** Disponível em: <http://www.juventude.gov.br/politica>. Acesso em: 10 jan. 2013.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. **Política Nacional sobre Drogas (PNAD).** Disponível em: <http://www.senad.gov.br>. Acesso em: 10 dez. 2012.

_____. **Relatório preliminar da comissão especial destinada a acompanhar e estudar propostas de políticas públicas para a juventude.** Brasília: Câmara dos Deputados, 2004.

BULHÕES, A.N.A. Depoimento na audiência pública sobre a redução da maioridade penal de 18 anos para 16, realizada em 10/11/1999. In: BULHÕES, A. et al. (Orgs.). **A Razão da Idade:** mitos e verdades. Brasília: Ministério da Justiça; Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, 2001. p. 13-23. (Coleção Garantia de Direitos. Série Subsídios. Tomo VIII)

CHENIAUX, S. **Trapaceados e trapaceiros:** o menor de rua e o serviço social. São Paulo: Cortez, 1982.

CURY, B. Apostar na juventude é investir no Brasil. In: Brasil. **Secretaria Nacional da Juventude**. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sec_geral/noticias/artigos/artigo_betocury_2/view?searchterm=Beto%20Cury>. Acesso em: 10 out. 2012.

FARIA, V. A montanha e a pedra: os limites da política social brasileira e os problemas de infância e de juventude. In: FAUSTO, A.; CERVI, N. I. R. (Orgs.). **O Trabalho e a Rua:** crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80. São Paulo: Cortez; UNICEF; FLACSO; CEIA, 1992. p. 195-225.

GHIRALDELLI JR., P. As concepções de infância e as teorias educacionais modernas e contemporâneas. **Educação** – UFSM, Santa Maria (RS), v. 26, n. 2, p. 23-33, jul./dez. 2001.

JESUS, J. M. C. R. Desenvolvimento econômico no Leste e no Sudeste Asiático, na segunda metade do século XX. **Ensaios FEE**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 179-206, maio 2006. Disponível em: <http://revistas.fee.tche.br/index.php/ensaios/article/download/2116/2498.>. Acesso em: 04 jun. 2013.

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. **Revista dos Tribunais**, São Paulo, 1985.

NOGUEIRA, M.P. **Teatro com meninos de rua.** 1993. Dissertação (Mestrado Teatro-Educação) – ECA-USP, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

OLIVEIRA, B.A.B. Uma visão crítica da política do menor. **Psicologia**: ciência e profissão, v.1, n. 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.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência IV:** os jovens do Brasil. Unesco -Brasil. Disponível em: < http://www.mapadaviolencia.org.br/publicacoes/MapaViolencia_IV.pdf >. Acesso em: 12 jan. 2007.

ANOTAÇÕES

15

Unidade 15

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, serão abordados 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 Curso de *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias,* promovido pela SENAD em 2011.

Introdução

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, seja 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 aos espaços onde são tomadas as decisões e tornando-se, portanto, sujeito na formulação das políticas públicas. Dessa forma, o cidadão 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.

Note-se que **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

Constituição Cidadã

Leia mais sobre a história da "Constituição Cidadã" em: http://www.educacional.com.br/reportagens/20AnosConstituicao/cidada.asp.

Participação

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. Trata-se de um processo educativo de construção de argumentos e de formulação de propostas, além de ser um espaço em que os cidadãos aprendem a ouvir outros pontos de vista, a reagir, a debater e a chegar ao consenso. Nesse sentido, essas são atitudes que transformam todos aqueles que integram os processos participativos.

de diretrizes, normas e contratos dessas organizações. Ele pode ser exercido pela via formal – mediante previsão legal ou estatutária dessa participação da sociedade civil – ou informalmente, por meio de espaços institucionalizados ou não de exercício do controle social. 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 inexiste 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 processos, mas não necessariamente de forma ativa. Ele vai mais além, na medida em que demanda, de fato, tornar-se parte ativa e pressupõe não só a capacidade, mas também a oportunidade de o sujeito opinar, avaliar, implementar ações e atuar na fiscalização de organizações públicas ou privadas.

Para que haja uma efetiva participação da sociedade civil na formulação e na implementação das políticas sociais, cabe considerar, ainda, a importância de se promoverem condições efetivas de cidadania, como a melhoria das condições de vida dos grupos sociais em situação de exclusão social, diminuição dos procedimentos burocráticos das instituições estatais, organização de um sistema de informação sobre os serviços, com amplo acesso e garantia da autonomia local na execução dessas políticas.

Outro elemento essencial ao processo de redemocratização do Estado brasileiro, incorporado na Constituição de 1988, foi a descentralização político-administrativa que concedeu às estruturas locais maior autonomia, com a transferência da execução das políticas sociais para essas instâncias. O município ressurge, nesse contexto, como um espaço pri-

vilegiado 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 (GOHN, 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, relacionadas às ações e aos serviços públicos, como saúde e educação, aos interesses coletivos, como meio ambiente e de grupos específicos – crianças e adolescentes, idosos, etc. (GOHN, 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 06.07.06.

A Lei nº 11.343/06 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm. Acesso em: 04 de julho de 2013.

Conselhos como espaços públicos de exercício da participação via controle social

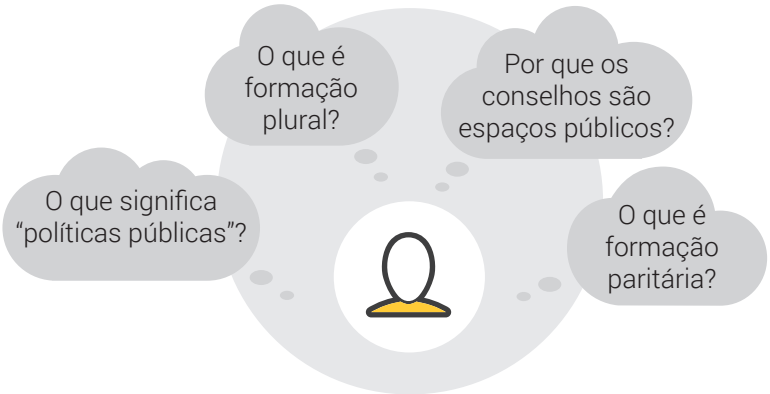
Sociedade civil organizada

"Sociedade civil organizada é uma parte da sociedade civil que se organiza na luta por maior inserção na atividade política, legitimada, principalmente, pela ocorrência de duas determinantes: a impossibilidade de resolução dos grandes problemas, que hoje assolam a humanidade, através de ações apenas governamentais ou de mecanismos de mercado; e em função da atual situação de descrédito nos sistemas de representação política." (MARX, 2000, p. 1)

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.

Figura 1 | Termos-chave para o entendimento acerca dos conceitos



Fonte: Produzida pelas autoras

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 socie-

dade civil, sejam eles de associações, sejam 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 –** 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;

- **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 o suprimento das necessidades, 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.**

Os conselhos têm, portanto, um papel essencial na promoção e no reordenamento das políticas públicas brasileiras e, principalmente, na garantia e concretização dos direitos sociais dos cidadãos.

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 requer, portanto, 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.

O papel dos conselheiros e lideranças comunitárias também é enfocado na videoaula. Consulte sempre que necessário.

A 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 de 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 desses 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).

Conselhos

Se você tiver interesse em conhecer mais sobre o funcionamento de diferentes conselhos, acesse os sítios: http://www.brasil.gov.br/sobre/o-brasil/estrutura e http://www.portaldatransparencia.gov.br/controleSocial/ConselhosMunicipaiseControleSocial.asp.

Assim, o desafio da construção de uma sociedade efetivamente democrática, que requer o fortalecimento dos conselhos, na sua condição de 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.

Resumo

Você está encerrando a Unidade: **Conselhos: espaço de participação e controle social**. 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.

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

Exercícios de fixação

1. **Com relação aos conselhos como espaços de participação e controle social, relacione as colunas abaixo:**

Horizontal

a. 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

b. 18 LETRAS. Significa que o Estado, para decidir sobre o direcionamento das políticas públicas, deve consultar o respectivo conselho gestor.

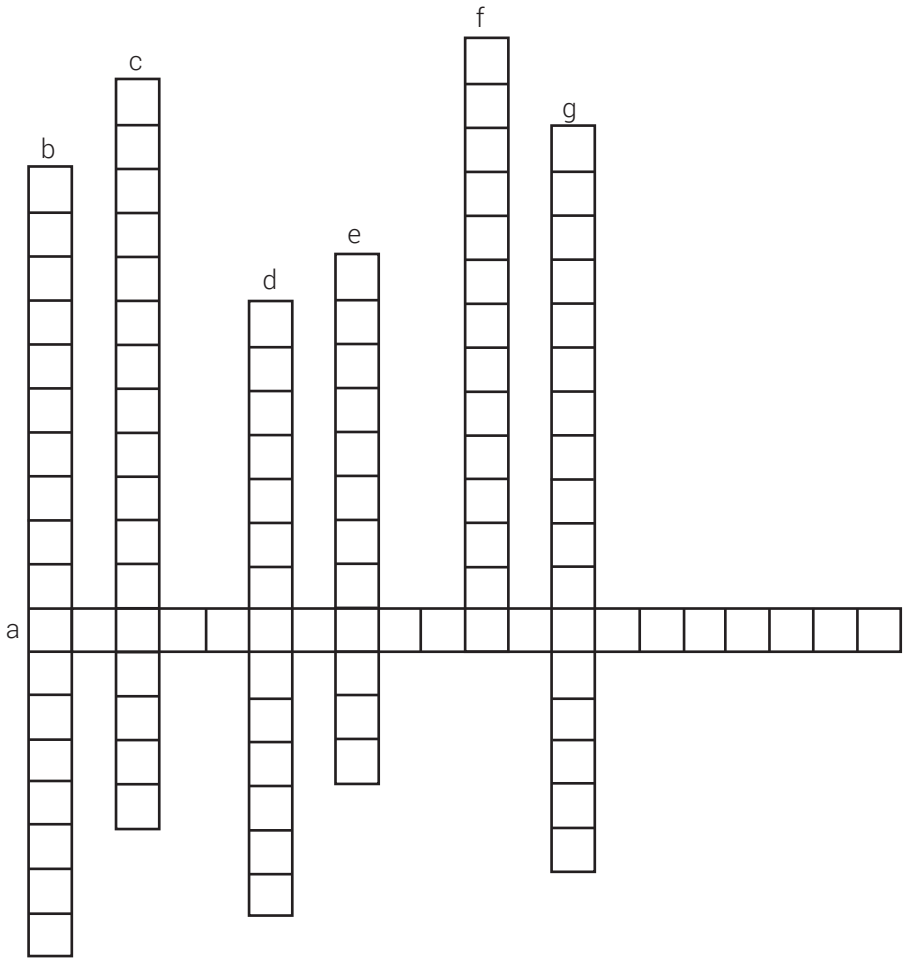
c. 17 LETRAS. Igualdade numérica de conselheiros representando a sociedade civil e o Estado.

d. 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.

e. 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.

f. 14 LETRAS. Permitir a participação de cidadãos, que representem todas as diversidades que constituem a sociedade brasileira.

g. 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, K.S. **Setor Público não-estatal**: (des)caminhos do controle social e da eqüidade no acesso aos serviços de saúde. 2005. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Curso de Pós-graduação em 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**, São Paulo, v. 28**,** n. 2. p. 137-145, 1994.

DAGNINO, E. Sociedade civil, espaços públicos e a construção democrática no Brasil: limites e possibilidades. In: DAGNINO, E. (Org.). **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil.** São Paulo: Paz e Terra, 2002. p. 279-301.

_____. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando? In: MATO, D. (Org.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización.** Caracas: Universidad Central de Venezuela, 2004. p.95-110.

GOHN, M. G. O papel dos conselhos gestores na gestão urbana. In: RIBEIRO TORRES, C. A. (Ed.). **Repensando la experiência urbana de America Latina:** cuestiones, conceptos y valores. Buenos Aires: CLACSO, 2000. p. 175-201. (Coleccion Grupos de Trabajo de Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales). Disponível em: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/subida/clacso/gt/20100930063218/torres2.pdf > Acesso em: 07 jun. 2013.

MARX, I. C. Sociedade civil e sociedade civil organizada. **Jus Navigandi** [on-line], p. 1-2, fev.2006. Disponível em: <http://jus.com.br/revista/texto/8257/sociedade-civil-e-sociedade-civil-organizada>. Acesso em: 07 jun. 2013.

PINTO, V. D. S. O exercício do direito de participar para democratizar a gestão pública municipal. **Ser Social**, n.15, p. 57-84, 2004.

RAICHELIS, R. Articulação entre conselhos de políticas públicas – uma pauta a ser enfrentada pela sociedade civil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano XXVII, n.85, p. 109-22, 2006.

16

Unidade 16

POR QUE E COMO IMPLANTAR UM CONSELHO MUNICIPAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS

Déborah Domiceli de Oliveira Cruz*

Nesta Unidade, você verá a importância de se implantar um Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas (COMAD), 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).

* Texto adaptado do Curso de *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias,* promovido pela SENAD em 2011.

Introdução

A *Constituição Federal* de 1988 introduziu os princípios da descentralização e da municipalização na gestão da implementação das Políticas Públicas. Nesse sentido, cabe aos Conselhos uma articulação entre o Governo, sociedade e seus órgãos, pois a proximidade existente entre esses setores, em âmbito municipal, permite o desenvolvimento de políticas públicas adequadas à realidade e dirigidas à responsabilidade compartilhada.

Esta unidade introduz a importância da implantação de um Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas (COMAD) 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 técnico-orçamentária, prevista para criação de um Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas (COMAD).

Para que você possa compreender o que é um Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas (COMAD) e qual o seu papel, temos de nos reportar ao processo histórico e entender primeiro o que é o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD) e o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD).

descentralização e municipalização

A Constituição Federal de 1988 estabelece: "Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social; [...]" (BRASIL, 2013 [1988], p. 34).

O Decreto nº 85.110, de 2 de setembro de 1980, instituiu o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes (SNPFRE) e o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN). Coordenado pelo Ministério da Justiça, o Conselho tinha atribuições de natureza normativa e de supervisão técnica das atividades disciplinadas pelo Sistema.

Em 20 de dezembro de 1993, a Lei nº 8.764 criou a Secretaria Nacional de Entorpecentes (SNE/CONFEN/SNPFRE), no âmbito do Ministério da Justiça, mudando para Departamento de Entorpecentes, em 24 de janeiro de 1996.

Normativo

Tem a função fiscalizadora, pois se refere à verificação do cumprimento da legislação. Pode propor a adequação e a regulamentação das leis existentes, por meio de resoluções. O Conselho não tem a função de criar leis. Isso compete ao Poder Legislativo.

SISNAD

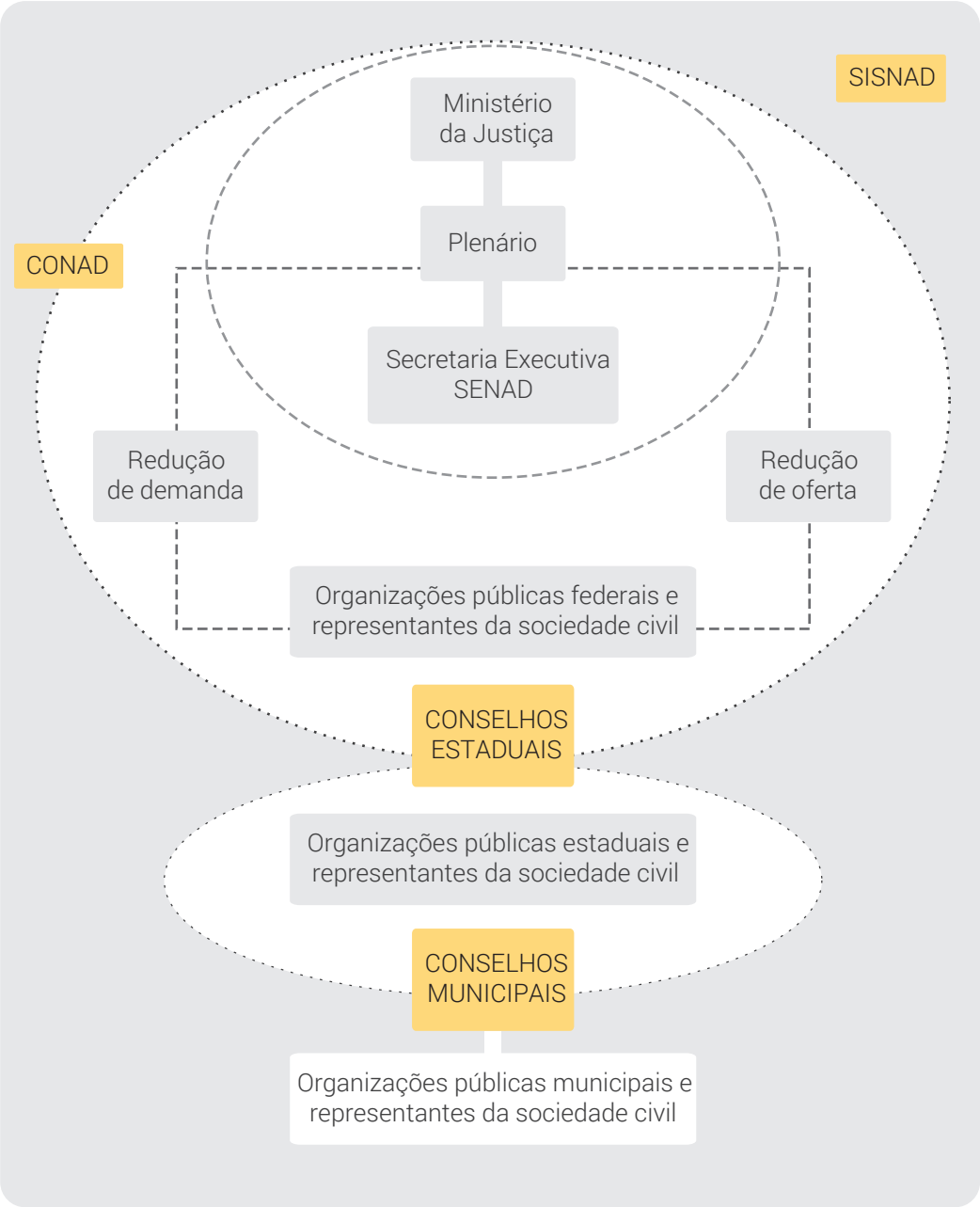
Foi regulamentado pelo Decreto n° 5.912/06 (BRASIL, 2006).

A Medida Provisória nº 1669, de 19.06.98, promoveu a reestruturação do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão – que passou a se denominar "Sistema Nacional Antidrogas" e transformou o Conselho Federal de Entorpecentes, vinculado ao Ministério da Justiça em "Conselho Nacional Antidrogas", presidido pela Casa Militar da Presidência da República. Nesse mesmo instrumento legal, foi instituída a Secretaria Nacional Antidrogas para exercer a função de secretaria executiva do Conselho Nacional Antidrogas.

Em 23 de agosto de 2006, a Lei nº 11.343 instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que tem por finalidade:

> **I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;**
>
> **II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.**

Figura 1 | Estrutura do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)



Fonte: SENAD-MJ (2006)

A organização do SISNAD assegura a orientação central e a execução descentralizada das atividades realizadas em seu âmbito, nas esferas federal, distrital, estadual e municipal. No âmbito federal, está o CONAD.

Os âmbitos estadual e municipal são estimulados a instituir Conselhos de Políticas sobre Drogas, a exemplo do CONAD, para conduzir, em seu âmbito, a Política Nacional sobre Drogas, de forma integrada e com o apoio das organizações públicas, da iniciativa privada e da sociedade civil organizada.

Deliberativo

A natureza deliberativa dos conselhos é sua capacidade própria de decidir sobre a formulação, controle, fiscalização, supervisão e avaliação das políticas públicas, inclusive nos assuntos referentes à definição e aplicação do orçamento. Ex.: se o Prefeito quiser desenvolver um projeto social e o conselho quiser a implantação de outro no lugar daquele, deve prevalecer a vontade do conselho, dado seu caráter deliberativo.

Paritário

Significa que os conselhos devem ser compostos por um número par de conselheiros, sendo que, para cada conselheiro representante do município, haverá um representante da sociedade civil.

Cabe destacar que a Política Nacional sobre Drogas tem como pressuposto

> Garantir que o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas seja implementado por meio dos Conselhos em todos os níveis de governo e que esses possuam caráter deliberativo, articulador, normativo e consultivo, assegurando a composição paritária entre sociedade civil e governo" (BRASIL, 2011, p. 16).

O CONAD é o órgão normativo, de deliberação coletiva, do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas para os assuntos referentes à redução da demanda de drogas – incluindo a prevenção do uso de drogas; a redução dos danos provenientes desse uso; o tratamento e a reinserção social de pessoas que fazem uso prejudicial de drogas – e da oferta de drogas. Tem por objetivo integrar e organizar as ações dos diversos órgãos do governo federal, estadual e municipal, estabelecendo orientações estratégicas, articulando e acompanhando as questões relacionadas à redução da demanda e da oferta de drogas.

Suas competências específicas são as seguintes:

> I - acompanhar e atualizar a política nacional sobre drogas, consolidada pela SENAD;
>
> II - exercer orientação normativa sobre as atividades de prevenção e repressão;

III - acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) e o desempenho dos planos e programas da política nacional sobre drogas;

IV - propor alterações em seu Regimento Interno; e

V - promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. (BRASIL, 2006, não paginado).

Em 23 de julho de 2008, entrou em vigor a nova Lei nº 11.754, que altera a denominação do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), para Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), bem como da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). A alteração dos nomes do CONAD e da SENAD demonstra sintonia com os rumos das políticas públicas sobre drogas no País, evidenciando a preocupação do Estado com o tema, que deve ser tratado com realismo e sem qualquer discriminação.

Em 07 de janeiro de 2011, por força do Decreto nº 7.426, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas foi transferida do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça.

Por que implementar um Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas (COMAD)?

O consumo e o impacto das drogas na vida da população são questões complexas que perpassam 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, 74% ingeriu algum tipo de bebida al-

coólica 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 da **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 COMAD promover ações pautadas na Política Nacional sobre Drogas e na Política Nacional sobre o Álcool, de forma integrada, através da intersetorialidade; ou seja, integrando os diversos setores afins: educação, saúde, trabalho, direitos humanos, assistência social, cultura, esportes, sociedade civil organizada, dentre outros.

Intersetorialidade

"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, 1998).

Cada município conta com uma realidade distinta que requer ações diferenciadas em relação à política sobre drogas. Nesse sentido, os COMADs devem ser compostos por diferentes atores sociais para aproximar as ações, discussões e debates às reais necessidades e demandas locais.

A implantação de um COMAD tem como objetivo proporcionar um diálogo entre atores sociais em prol da **integração** e da **responsabilidade compartilhada** nas ações voltadas à prevenção, ao tratamento e 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 ela ocupe o espaço que lhe cabe quando da elaboração de um Plano Municipal de Políticas sobre Drogas e seu respectivo acompanhamento e atualização.

Qual o papel de um Conselho Municipal sobre Drogas (COMAD)?

O principal papel de um COMAD consiste na formulação, acompanhamento, gestão e articulação da Política Municipal de Políticas sobre

Drogas, com a qual deverão estar integradas as demais políticas setoriais e outras áreas afins.

O COMAD é um órgão consultivo, normativo, de deliberação coletiva e de natureza paritária, do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), responsável pela elaboração, articulação, implantação, acompanhamento e fiscalização das Políticas Municipais sobre Drogas, em sintonia com as diretrizes do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas (CONEN) e o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD).

Consultivo

significa que, para o Estado decidir sobre o direcionamento das políticas públicas, deve consultar o conselho correspondente ao segmento em questão. Ex.: se o Prefeito, juntamente com o Secretário de Saúde, resolve implantar um programa de prevenção às drogas, deve consultar, antes, o COMAD que é composto por profissionais que têm condições de opinar a respeito da proposta.

Principais atribuições dos Conselhos Municipais de Políticas sobre Drogas (COMAD)

- 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.

Passos para criar um Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas (COMAD)

Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas

Há uma cartilha, disponível na internet, com o modelo para a criação e a elaboração do regimento do Conselho. Disponível em <http://www.justica.pr.gov.br/arquivos/File/passos_criacao_conselhos.pdf>.

Existem alguns procedimentos que podem ser utilizados para a criação de um Conselho Municipal de Políticas 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 de Políticas 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 à **Câmara Municipal**.

Fase 3 – Regimento Interno

Nesta fase, será elaborado e aprovado o Regimento Interno, que consiste em um documento que, de acordo com a lei, define a estrutura

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 residente e colegiados; atribuições de seus membros; prazos para execução de projetos e/ou ações deliberadas no Conselho; dentre outras.

Constituição do Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas (COMAD)

O Conselho deve ser constituído por representantes dos órgãos do governo municipal que desenvolvam atividades diretamente ligadas ao tema *drogas*, como 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 COMAD 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

Assim como no CONAD, os Conselheiros, cujas nomeações serão publicadas em Diário Oficial do Município, cumprirão mandato de **dois** anos, permitida uma única recondução.

Ver Decreto nº 5.912/06 – Art. 6º.

Como cadastrar um Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas na SENAD?

Para efetivamente estar integrado ao Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), o COMAD 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 sítio da SENAD. A seguir, os passos para realizar o cadastro:

- o responsável pelo **Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas** deverá acessar: **www.senad.gov.br**, preencher a Ficha de Cadastro e enviar via e-mail;
- deverá enviar pelos Correios, 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 de Políticas sobre Drogas e cópia da nomeação dos Conselheiros**;
- e adotar os mesmos procedimentos para cadastrar o Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas junto ao Conselho sobre Drogas do seu Estado.

Resumo

Você está encerrando a Unidade 16 deste *Curso*. Nessa etapa, você estudou que os Conselhos Municipais são pontes entre a população e o governo, assumindo a cogestão das políticas públicas. Verificou, também, que o importante nos Conselhos é garantir a "paridade" entre Estado e sociedade. Além disso, ficou ciente de que Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas deve ser criado pelo Prefeito Municipal e integrar a estrutura básica do seu Gabinete, como órgão de assessoramento. Por fim, compreendeu que o processo de municipalização

do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) se realiza em três etapas consecutivas: Preparação, Planejamento e Implementação.

Exercícios de fixação

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

1. **Cabe ao Conselho Municipal de Políticas 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. ( ) intrassetorialidade.

2. **Para criar um Conselho Municipal de Políticas 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

BRASIL. Ministério da Justiça. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Justiça; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006. Regulamenta a Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), p. 8, 28 set. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm>. Acesso em: 08 jun. 2013.

_____. Decreto nº 85.110, de 2 de setembro de 1980. Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), Seção 1, p. 17482, 4 set. 1980.

_____. Decreto nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011. Dispõe sobre a transferência da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD e da gestão do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça, bem como sobre remanejamento de cargos para a Defensoria Pública da União. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), p.1, 10 jan. 2011.

_____. Lei nº 8.764 , de 20 de dezembro de 1993. Cria a Secretaria Nacional de Entorpecentes e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília (DF), p. 19805, 21 dez. 1993.

_____. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à

produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), p. 2, 24 ago. 2006. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 07 jul. 2013.

_____. Lei nº 11.754, de 23 de julho de 2008. Acresce, altera e revoga dispositivos da Lei no 10.683, de 28 de maio de 2003, cria a Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, cria cargos em comissão; revoga dispositivos das Leis nos 10.869, de 13 de maio de 2004, e 11.204, de 5 de dezembro de 2005; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), p. 1, 24 jul. 2008.

_____. Medida Provisória nº 1669, de 19 de junho de 1998. Altera a Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998 que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília (DF), p. 4, 22 jun. 1998.

_____. Senado Federal. Secretaria Especial de Informática. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília: Secretaria Especial de Informática, 2013 [1988]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2013.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In: XI Concurso de Ensayos del CLAD – El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones, Caracas, 1997. **Anais**... Caracas: Unesco; Clad, 1998. Disponível em: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/unpan003743.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2013.

Unidade 17

DIREITOS HUMANOS

Márcia Cristina de Oliveira*

Ao final desta Unidade, você terá compreendido que os Direitos Humanos são direitos universais, inerentes à pessoa humana, e baseiam-se no princípio de respeito em relação ao indivíduo, tendo em vista que cada pessoa é um ser moral e racional que merece ser tratado com dignidade. Esses direitos são considerados fundamentais porque sem eles a pessoa não é capaz de se desenvolver e de participar plenamente da vida em sociedade. Nesse sentido, é fundamental entender que não existe um direito mais importante que o outro. Para o pleno exercício da cidadania, é preciso a garantia do conjunto dos Direitos Humanos. Respeitar os Direitos Humanos é promover a vida em sociedade, sem nenhum tipo de discriminação, seja de classe social, cultura, religião, raça, etnia, seja de orientação sexual.

* Texto inédito.

Introdução

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

História, fundamentos e proteção dos Direitos Humanos

Para darmos início ao estudo sobre **Direitos Humanos**, compete de antemão nos questionar sobre o que entendemos por Direitos Humanos, isto é, cabe primeiramente uma reflexão sobre:

- O que são os Direitos Humanos?
- Por que eles estão em evidência nos dias atuais?
- Qual a importância da promoção de uma cultura baseada nos Direitos Humanos?

Sobre a história e os fundamentos dos Direitos Humanos

> Somos o que fazemos, mas somos, principalmente, o que fazemos para mudar o que somos.
>
> A história é um profeta com o olhar voltado para trás: pelo que foi, e contra o que foi, anuncia o que será.
>
> (Eduardo Galeano)

Ninguém vive sozinho

"A consideração do homem como ser histórico implica necessariamente considerá-lo como ser social e, mais do que isso, como ser político." (PARO, 2010, p. 26).

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

Situações de conflito armado (causadas principalmente por divergências políticas, religiosas, culturais, étnico-raciais e disputas territoriais) são uma constante em nossa história. Por outro lado, muitas vezes em resposta a tais situações, temos uma história de construção de realidades nas quais a vida é considerada o valor maior e, portanto, deve ser protegida e viabilizada na sua integridade. Dessa compreensão surgem diversos mecanismos de defesa dos Direitos Humanos e de promoção de uma cultura que se oponha radicalmente a todos os tipos de violência.

É nesse contexto de construção de valores humanistas e de promoção de uma cultura pautada na paz que percebemos e tecemos a história dos Direitos Humanos. É importante considerar que tal processo tem se dado em meio a conflitos, disputas e conquistas.

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

É, principalmente, a partir da segunda metade do século XX que o paradigma dos Direitos Humanos se consolida, reunindo referenciais jurídicos, teóricos e empírico-metodológicos. Desde então, ampliou-se o escopo de direitos e hoje trabalhamos com uma abordagem que reúne **não somente os direitos civis e políticos, mas também os direitos sociais, econômicos, culturais e ambientais. O princípio máximo desse**

paradigma é a universalidade da dignidade humana, sendo considerada a singularidade de cada indivíduo e seu segmento sociocultural.

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

Declaração Universal dos Direitos Humanos

Para ler os trinta artigos que compõem a *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, acesse: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos

Para você ter uma ideia da amplitude da *Declaração dos Direitos Humanos*, apresentamos, no quadro a seguir, um excerto desse documento.

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

Preâmbulo

Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo,

Considerando que o desprezo e o desrespeito pelos direitos humanos resultaram em atos bárbaros que ultrajaram a consciência da Humanidade e que o advento de um mundo em que os homens gozem de liberdade de palavra, de crença e da liberdade de viverem a salvo do temor e da necessidade foi proclamado como a mais alta aspiração do homem comum,

Considerando essencial que os direitos humanos sejam protegidos pelo Estado de Direito, para que o homem não seja compelido, como último recurso, à rebelião contra a tirania e a opressão,

Considerando essencial promover o desenvolvimento de relações amistosas entre as nações,

Considerando que os povos das Nações Unidas reafirmaram, na Carta, sua fé nos direitos humanos fundamentais, na dignidade e no valor da pessoa humana e na igualdade de direitos dos homens e das mulheres, e que decidiram promover o progresso social e melhores condições de vida em uma liberdade mais ampla,

Considerando que os Estados-Membros se comprometeram a desenvolver, em cooperação com as Nações Unidas, o respeito universal aos direitos humanos e liberdades fundamentais e a observância desses direitos e liberdades,

Considerando que uma compreensão comum desses direitos e liberdades é da mais alta importância para o pleno cumprimento desse compromisso,

A Assembléia Geral proclama

A presente Declaração Universal dos Diretos Humanos como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, tendo sempre em mente esta Declaração, se esforce, através do ensino e da educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades, e, pela adoção de medidas progressivas de caráter nacional e internacional, por assegurar o seu reconhecimento e a sua observância universais e efetivos, tanto entre os povos dos próprios Estados-Membros, quanto entre os povos dos territórios sob sua jurisdição. (ONU, 1948)

Disponível em:<http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm.>. Acesso em: 28 jun. 2013.

Os Direitos Humanos são, portanto, um conjunto de princípios e de direitos que juntos representam a defesa e a promoção da vida digna para a pessoa humana. Isso implica considerar a universalidade do ser humano e também as especificidades de cada pessoa, ou seja, a prática dos Direitos Humanos deve considerar que o direito à vida digna é um princípio que rege todas as políticas públicas diante da especificidade de cada grupo e de cada segmento social. Segundo Rodrigues (2007, p. 11, grifos do autor):

> A Declaração consolidou uma visão contemporânea de direitos humanos marcada pela *universalidade*, pela *indivisibilidade* e pela *interdependência.*
>
> A *universalidade* implica o reconhecimento de que todos os indivíduos têm direitos pelo mero fato de sua humanidade. [...].
>
> A indivisibilidade implica na percepção de que a dignidade humana não pode ser buscada apenas pela satisfação de direitos civis e políticos, [...].
>
> Já a *interdependência* aponta para a ligação existente entre os diversos direitos humanos. A efetivação do voto, que é um direito político, depende da garantia do direito à educação, que é um direito social. [...].
>
> O conceito atual de direitos humanos foi confirmado com a realização da Conferência mundial sobre Direitos Humanos, ocorrida em Viena, em 1993. Naquela ocasião, foram elaborados a Declaração e o Programa de Ação de Viena. Em seu parágrafo quinto, a Declaração estabelece que: 'Todos os direitos humanos são universais, interdependentes e inter-relacionados. A comunidade internacional deve tratar os direitos humanos globalmente de forma justa e equitativa, em pé de igualdade e com a mesma ênfase'.

É nessa esteira que a luta pelo direito à vida digna na diversidade vem consolidando novos debates e promovendo a constituição de um marco

legal abrangente (mundial, regional e local) e de um marco teórico atualizado, multidisciplinar, que considere novas compreensões e as culturas instituintes dessas realidades; e, sobretudo, pautando a proposição de políticas públicas diversificadas e inclusivas.

Proteger, promover e consolidar a cultura dos Direitos Humanos

A essência dos Direitos Humanos é o direito a ter direitos.

(Hannah Arendt)

O movimento em defesa dos Direitos Humanos ganhou força internacionalmente, após o fim da Segunda Guerra Mundial (1945). Já, no Brasil, o final do período da Ditadura Militar possibilitou a ampliação da mobilização em defesa dos direitos fundamentais e, consequentemente, a consolidação de conquistas importantes nesse campo; dentre elas, a nossa Constituição Federal (1988).

Ditadura Militar

Para saber mais sobre o período da Ditadura Militar no Brasil, você pode assistir a filmes como: Pra frente Brasil (1982), O que é isso companheiro (1997), Zuzu Angel (2006), Batismo de sangue (2007), O ano em que meus pais saíram de férias (2006).

Constituição Federal

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

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

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

- ainda existem muitos conflitos armados no mundo e no Brasil;
- a fome e a miséria estão presentes nos continentes colonizados pelos europeus e norte-americanos;

- a discriminação de todos os tipos ainda está por ser vencida;
- o acesso ao saneamento básico e à saúde é absolutamente precário para grande parte da população mundial;
- a exploração indiscriminada do meio ambiente causa problemas quase irreversíveis para a vida no planeta;
- a compreensão de crianças, adolescentes, jovens e idosos, como prioridade, **é uma construção a ser consolidada**;
- a violência e a tortura estão presentes e visíveis, sendo uma cultura a ser superada.

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

Ao mesmo tempo, é indispensável a atuação comprometida da sociedade civil organizada e de cada cidadão. Essa parceria possibilita o atendimento das necessidades locais (específicas) e globais (universais); a construção de conhecimentos e a proposição de políticas públicas diferenciadas, assim como meios para consolidar novas práticas culturais.

O caminho é longo, não tenhamos dúvidas.

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

Permanentes, de amplo alcance, diversificadas e inclusivas

Acessando os sítios indicados, você pode conhecer algumas das principais conquistas no marco jurídico dos Direitos Humanos, nos campos internacional e nacional. Tais conquistas têm se desdobrado em dispositivos legais, em instituições governamentais e não governamentais e se organizado redes de proteção de direitos. Confira nos sítios: <http://www.onu.org.br>, <http://www.sdh.gov.br>, <http://www.direitoshumanos.usp.br>.

Sujeitos e atuação em direitos humanos

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

Somos todos sujeitos de direitos

> "Toda pessoa tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição" (Declaração Universal dos Direitos Humanos, Art 2º, ONU, 1948).

Como já vimos anteriormente, viver com dignidade em um contexto de respeito aos direitos fundamentais tem sido uma busca permanente da sociedade civil e dos movimentos sociais, processo que se acentuou nas décadas finais do século XX, período conhecido como *redemocratização do Brasil*. Foi a partir dos anos 1980 que os processos de defesa e concretização dos direitos constitucionais e dos Direitos Humanos ganharam nova energia e visibilidade, e, culturalmente, passaram a fazer parte do cotidiano nacional de uma maneira mais universalizada. Podemos considerar que, com o fim da ditadura, a retomada dos princípios e das garantias universais instituintes da vida e da vida em comunidade se tornou um objetivo para a sociedade brasileira.

Historicamente, os Direitos Humanos vêm se transformando e ampliando sua abordagem frente às conquistas sociais e transformações culturais. A princípio, referiam-se ao homem como indivíduo (direitos de liberdade). Em seguida, observamos uma compreensão de homem

como sujeito social e político (direitos de igualdade), aspectos que ampliam o campo dos direitos para essas dimensões. Atualmente, a abordagem dos direitos humanos é bem mais ampla, na qual se compreende o homem como um ser coletivo (direitos de fraternidade e solidariedade), que existe em um mundo em interação, complexo, quase sem fronteiras, que – graças aos avanços tecnológicos – amplia infinitamente as possibilidades de trocas, de construção de conhecimento e de acesso às informações.

A construção histórica dos Direitos Humanos

Direitos da primeira geração ou direitos de liberdade: surgiram nos séculos XVII e XVIII e foram os primeiros reconhecidos pelos textos constitucionais. Compreendem direitos civis e políticos, inerentes ao ser humano e oponíveis ao Estado, visto na época como grande opressor das liberdades individuais. Incluem-se nessa geração o direito à vida, à segurança, à justiça, à propriedade privada, à liberdade de pensamento, ao voto, à expressão, à crença, à locomoção, entre outros.

Direitos da segunda geração ou direitos de igualdade: surgiram após a 2ª Guerra Mundial com o advento do Estado Social. São os chamados direitos econômicos, sociais e culturais que devem ser prestados pelo Estado através de políticas de justiça distributiva. Abrangem o direito à saúde, ao trabalho, à educação, ao lazer, ao repouso, à habitação, ao saneamento, à greve, à livre associação sindical, etc.

Direitos da terceira geração ou direitos de fraternidade/solidariedade: são considerados direitos coletivos por excelência, pois estão voltados à humanidade como um todo. Nas palavras de Paulo Bonavides (2003, p. 569), são

> [...] direitos que não se destinam especificamente à proteção dos interesses de um indivíduo, de um grupo ou de um determinado Estado. Têm por primeiro destinatário o gênero humano mesmo, em um momento expressivo de sua afirmação como valor supremo em termos de existencialidade concreta.

Incluem-se aqui o direito ao desenvolvimento, à paz, à comunicação, ao meio ambiente, à conservação do patrimônio histórico e cultural da humanidade, entre outros.

Texto adaptado. Fonte: <http://juriscondictio.blogspot.com.br/2011/01/resumo-de-direitos-humanos.html>. Acesso em: 10 out. 2012.

Assim como se transformou a compreensão sobre o conjunto de direitos a serem garantidos, também tem se reconfigurado a compreensão sobre quem são "os sujeitos" desses direitos e qual a dinâmica que se estabelece nessa relação, pois um indivíduo é, ao mesmo tempo, um sujeito social e coletivo. Dependendo da situação em que se encontra, pode demandar, acessar e buscar usufruir de um determinado conjunto de direitos. Assim sendo, voltamos à compreensão de indivisibilidade e interdependência dos Direitos Humanos. É importante termos a clareza de que nós, cada indivíduo, grupo ou coletivo, "temos o direito de acessar os direitos", enquanto o Estado tem o dever de prover e garantir o acesso a eles.

Sobre esse aspecto, vejamos uma síntese possível, a seguir.

Os sujeitos dos Direitos Fundamentais

Sujeito Ativo

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

I. Os Direitos Individuais: são aqueles cujo titular é uma pessoa física, um indivíduo, um ser humano. A ele assimila-se todo direito de um ente personalizado.

II. Os Direitos de Grupos: são, na definição legal do art. 81, parágrafo único, III, do Código do Consumidor, os direitos individuais homogêneos, assim entendidos os decorrentes de origem comum. Na verdade,

consistem numa agregação de direitos individuais que, todavia, têm uma origem comum.

III. Direitos Coletivos: é o transindividual de natureza indivisível (Código do Consumidor, art. 81, parágrafo único, II); ou seja, o de que é titular de uma coletividade, povo, categoria, classe, etc., cujos membros estão entre si vinculados por uma relação jurídica básica.

IV. Direitos Difusos: é o que se reconhece, sem individualização, a toda uma série indeterminada de pessoas que partilham de certas condições; isto é, os transindividuais de natureza indivisível, de que sejam titulares pessoas indeterminadas e ligadas por circunstâncias de fato. (Código do Consumidor, art. 81, parágrafo único, I).

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

Sujeito Passivo

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

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

Texto adaptado. Fonte: <http://juriscondictio.blogspot.com.br/2011/01/resumo-de-direitos-humanos.html>. Acesso em: 10 out. 2012.

Entendemos que as mudanças culturais – aquelas que definem nossos modos de ser, agir e pensar – ganham universalidade quando ampara-

das na construção de um referencial jurídico-formal. Da mesma forma, as mudanças desencadeadas pelos textos legais só encontram sentido se refletem os anseios e sentimentos coletivos. Cultura e ação política se completam em cenários de transformação, e é nesse encontro, de mudanças aceleradas e de composição de forças e de significados, que a temática dos Direitos Humanos vem se constituindo.

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

Direitos Humanos, Democracia e Cidadania

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

> São cinco os princípios da democracia. São cinco e, juntos, totalmente suficientes. Cada um separado já é uma revolução. Pensar a *liberdade*, o que acontece em sua falta e o que se pode fazer com sua presença. A *igualdade*, o direito de absolutamente todos e a luta sem fim para que seja realidade. E assim o poder da *solidariedade*, a riqueza da *diversidade* e a força da *participação*.
>
> E quanta mudança ocorre por meio deles. Se cada um separado quase daria para transformar o mundo, imagine todos eles juntos. O desafio de juntar igualdade com diversidade; de temperar com solidariedade conseguida pela participação. Essa é a questão da democracia: a simultaneidade na realização concreta dos cinco princípios, meta sempre irrealizável, e, ao mesmo tempo, possível de se tentar a cada passo, em cada relação, em cada aspecto da vida.
>
> [...] Cidadania e democracia se fundam em princípios éticos e, por isso, têm o infinito como seu limite. Não exis-

> te o limite para a solidariedade, para a liberdade, para a igualdade, para a participação e para a diversidade... A democracia é uma obra inesgotável. (Conversando com Betinho. In: *Democracia Viva*, n. 28, ago./set. 2005).

Na concepção do autor, os princípios-direitos que fundamentam a democracia e o exercício da cidadania são os mesmos instituintes dos Direitos Humanos. Essa aproximação, essa organicidade, é fundamental quando entendemos que os Direitos Humanos se concretizam em espaços, tempos e condições concretas da vida das pessoas, das sociedades e, principalmente, na relação com o Estado. Sabemos que a existência da lei não é suficiente para garantir a existência de novas realidades, mas é fundamental para promover e garantir novas condutas. Precisamos de políticas, de práticas, de pessoas e de instituições comprometidas com a promoção de novas perspectivas políticas quando a temática é o bem-estar de todos.

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

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

No campo das práticas democráticas, almejamos avançar do modelo de democracia de baixa intensidade (caracterizado por mecanismos de representação – eleições, voto) para o modelo de democracia de alta intensidade, cuja tônica busca articular mecanismos de representação e

de participação, procedimento que tende a potencializar a qualificação do regime democrático naquilo que diz respeito não somente à representatividade, mas também à diversidade, ao alcance e à transparência dos governos e da gestão das políticas públicas.

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

Muito há que avançarmos nessa empreitada, de maneira inovadora, contextualizada. Cenários em que o valor da argumentação e da diversidade das experiências de vida ganham destaque e passam a ser referência para a construção de realidades socialmente mais democráticas, mais justas e mais solidárias.

Desde 2003, essa realidade está em transformação, experiência promovida no âmbito do Governo Federal, com desdobramentos nos estados e municípios, conforme constata Lambertucci (2009, p. 72-73):

> A governabilidade política do país é constituída por meio da relação do Poder Executivo com o Legislativo – democracia representativa –, mas, no atual mandato presidencial, ganha importância a relação do estado com a sociedade-democracia participativa. Ambas se complementam, fortalecendo a democracia de um modo geral.
>
> Na concepção desse governo não existe contradição entre modalidades de representação participativa (conferências, conselhos, mesas de diálogos, ouvidorias e precursoras) e representativa. Elas são absolutamente complementares. As demandas sociais, que muitas vezes são dinâmicas e mudam rapidamente, exigem debate contínuo. Neste contexto a participação social assume

> lugar de importância, porque possibilita o diálogo cotidiano, permanente e dinâmico entre a sociedade e os vários representantes, estejam eles no Executivo ou no Legislativo, e permite canais de influência consistentes.

Lambertucci (2009, p. 71) prossegue, ainda, destacando a importância da participação social em espaços institucionalizados de formulação de políticas públicas:

> O Governo [...] recuperou as funções do Estado combalidas pelo esvaziamento neoliberal, o que possibilitou maior eficiência administrativa, ações mais contundentes contra a corrupção e mais transparência.
>
> Por outro lado, adotou, na gestão pública, o diálogo social com as entidades da sociedade civil e o fortalecimento e consolidação dos espaços de participação social como forma de elaboração, aperfeiçoamento e acompanhamento das políticas públicas, sempre reconhecendo a importância das entidades da sociedade civil e respeitando sua representatividade e autonomia.
>
> A participação social no Governo [...] é uma necessidade e assume papel central porque amplia e fortalece a democracia, contribui para a cultura da paz, do diálogo e da coesão social e é a espinha dorsal do desenvolvimento social, da equidade e da justiça. Acreditamos que a democracia participativa revela-se um excelente método para enfrentar e resolver problemas fundamentais da sociedade brasileira.

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

República Federativa do Brasil

Constituição da República Federativa do Brasil, Artigo 3.

São, por exemplo, objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

> I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;
>
> II - garantir o desenvolvimento nacional;
>
> III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
>
> IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988, não paginado).

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

Temas abordados no Módulo 3 também serão enfocados na Teleconferência. Participe!

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

As últimas três décadas foram marcadas por uma acentuada qualificação de nossa democracia e de visibilização da pauta dos Direitos Humanos e, consequentemente, da consolidação de políticas públicas mais inclusivas e diversificadas. A sociedade civil organizada e os movimentos sociais têm papel relevante nesse processo.

Participe dos Fóruns no AVEA e contribua com suas ideias.

A necessidade de continuar avançando e consolidando as conquistas é enorme. Existe muito a conquistar e, neste momento, é urgente qualificar os debates e garantir a participação diferenciada da população no enfrentamento das desigualdades e injustiças; e, principalmente, sua participação na definição do destino do País.

Resumo

Nesta Unidade, você compreendeu que todas as pessoas são sujeitos dos Direitos Humanos, independente de grupo social, raça, reli-

gião, opção política, idade, ou nacionalidade. Também percebeu que o Estado é responsável pela promoção e garantia desses direitos, e que a democracia e a participação cidadã são processos indispensáveis para a consolidação de realidades socialmente justas.

Exercícios de fixação

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

1. **Sobre os Direitos Humanos, pode-se afirmar que:**

   ( ) Os Direitos Humanos refletem uma concepção de mundo, de sociedade que se deseja construir, e de pessoas que se deseja formar.

   ( ) Os Direitos Humanos são consequência de um movimento inspirado intelectualmente, a partir do processo de aprendizado de um campo específico: o social.

   ( ) Os Direitos Humanos são um conjunto de princípios e de direitos que juntos representam a defesa e a promoção da vida digna para a pessoa humana.

   ( ) Os Direitos Humanos consideram que o direito à vida digna é um princípio que rege todas as políticas públicas, não devendo considerar a especificidade de cada grupo e de cada segmento social.

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

   a. ( ) V, F, V, F, V
   b. ( ) V, F, V,V,V
   c. ( ) F, F, V, F, F
   d. ( ) F, V, F, F, V
   e. ( ) Nenhuma das anteriores

2. **A_____ é uma referência basilar na qual encontramos todos os princípios e direitos expressos. Esse documento é um marco para a humanidade, uma vez que buscou alinhar as nações a um compromisso de defesa incondicional do direito de todos à vida digna em qualquer contexto em que ela se encontre.**

   a. ( ) A Constituição da República Federativa do Brasil ou "Constituição cidadã"

b. ( ) Declaração Universal dos Direitos Humanos

c. ( ) A carta de direitos de usuários do SUS

d. ( ) A Declaração dos direitos dos usuários de drogas

e. ( ) A Lei nº 11. 343/2006

Referências

AVRITZER, L. (Org.). **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez. 2009.

BENEVIDES, M. V. **A cidadania ativa**. São Paulo: Ática, 1991.

_____. Prefácio. In: SCHILLING, F. **Direitos Humanos e educação**: outras palavras, outras práticas. São Paulo: Cortez, 2005.

BONAVIDES, P. **Curso de Direito Constitucional**. 13. ed. São Paulo: Malheiros, 2003.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. 4. ed. Brasília(DF): Câmara dos Deputados; Coordenação de Publicações, 2003 [1990].

_____. Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos. **Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos**. Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Ministérios da Educação, Ministérios da Justiça, 2007.

_____. Ministério da Educação. **Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB, Lei n. 9.394/96)**. Brasília (DF): MEC, 1996.

_____. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica**. Indagações sobre currículo**. Brasília (DF): MEC, 2007.

_____. Ministério da Justiça. Direitos do cidadão: Declaração Universal dos Direitos Humanos. **Portal Brasil** [on-line], Brasília (DF), 2010. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/cidadania/direitos-do-cidadao/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 12 jun. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 03 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 12 jun. 2013.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3)**. ed. rev. Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2010.

_____. **Diretrizes Nacionais para a Educação em Direitos Humanos**. (Parecer CNE/CP No. 08/2012). Brasília (DF): MEC; Conselho Nacional de Educação, 2012.

_____. Senado Federal. Secretaria Especial de Informática. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília: Secretaria Especial de Informática, 2013 [1988]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2013.

GODOY, R. et al. **Educação em Direitos Humanos**. Fundamentos teórico-metodológicos. Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2010.

LAMBERTUCCI, A. A participação social no governo Lula. In: AVRITZER, L. **Experiências nacionais de participação social**. São Paulo: Cortez. 2009. p. 70-89.

OLIVEIRA, M. **Os direitos da pessoa idosa no contexto da redemocratização do Brasil.** Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – NESCON, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG. 2012.

ORGANIZAÇÃO das Nações Unidas (ONU). **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Assembleia Geral das Nações Unidas. 01 de dezembro de 1948. Disponível em: <http://styx.nied.unicamp.br/todosnos/documentos-internacionais/declaracao-universal-dos-direitos-humanos-1948/view>. Acesso em: 12 jun. 2013.

PARO, V.H. **Educação como exercício do poder**: critica ao senso comum em educação. São Paulo: Cortez, 2010.

RODRIGUES, M. et al. **Formação de Conselheiros em Direitos Humanos**. Brasília (DF): Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2007.

SANTOS, B.; AVRITZER, L. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B. S. **Democratizar a democracia**: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Record, 2003. p. 39- 82.

4

4 Módulo

Temas Transversais

A proposta deste módulo é refletir sobre temas que estão relacionados ao uso 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.

18

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. Estude, por isso, atentamente as temáticas que serão abordadas:

- os meios de comunicação e a opinião pública sobre drogas;
- o jornalismo em descompasso com a saúde pública; e
- os meios de comunicação, a prevenção e a responsabilidade social.

* Texto adaptado do Curso de *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias,* promovido pela SENAD em 2011.

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, com efeito, 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 de outras drogas é marcada pela contradição do lícito e do ilícito, bem como pela diversidade de opiniões a respeito de 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 1980, mostraram que, até aquele momento, o número de estudantes usuários de substâncias ilícitas era relativamente pequeno e estável. Constata-se, no entanto, que 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. Filmes como *Paraísos Artificiais* e documentários como *Quebrando o Tabu* são alguns exemplos de materiais artísticos que mobilizaram a opinião pública sobre drogas no Brasil. Outro filme que aborda a questão do uso de drogas e, principalmente, a questão manicomial é o filme *Bicho de Sete-Cabeças*. Mais informações sobre esse filme podem ser acessadas no sítio http://bichodesetecabecas.com.br/.

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 que 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, 2003 e 2006, 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". Dentre as matérias que abordaram drogas específicas, foi observado, no entanto, 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.

Vale, todavia, 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 ter sido detectado um cenário jornalístico menos tendencioso, nos anos de 2000 a

Você pode ler, na íntegra, o artigo "Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas", de Noto e colaboradores (2003), em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid-S0102311X2003000100008>.

2006, 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 terem sido observadas 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 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 as observadas para o tabaco, a cocaína e o 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. Os debates sobre como lidar com crack, com a cracolândia e a polêmica que envolve a internação involuntária ganharam espaço na mídia, mobilizando a opinião pública nos últimos anos.

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 2006, foi observado, para as bebidas alcoólicas, aumento na frequência de temas relativos às 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 décadas, o jornalismo brasileiro carece de debates mais amplos e amadurecidos na abordagem das intervenções de saúde pública. Apesar dos avanços do debate sobre internação voluntária, involuntária, compulsória e outras formas de assistência, a mídia parece negligenciar a diversidade de opções terapêuticas e a possibilidade de recuperação. Essa carência de debates se reflete na estreita perspectiva que a população tem sobre como lidar com casos de dependentes.

Persecutória
"Que envolve ou em que há perseguição" (CALDAS AULETE, 2009, não paginado).

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, seja por meio das campanhas publicitárias elaboradas, especificamente, com essa finalidade. Quando se trata, no entanto, do uso 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.

Para saber mais sobre os estudos realizados pela ANDI, acesse: <http://www.andi.org.br/>.

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 às diferentes temáticas relativas à infância e à 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 de crack, álcool e de 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. 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, do crack e de outras 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 há 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 1980. 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, oferecendo serviços especializados em saúde com esclarecimentos semanais feitos por especialistas com dúvidas do público (como o caso do Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo), assim como páginas direcionadas aos mais jovens que também ajudam nesse sentido.

Trabalhos como esses podem, sem dúvida alguma, 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 trinta 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 estão apenas começando. Há um longo caminho a ser percorrido. Esse caminho ficará, efetivamente, 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 à grande pressão que outros setores da mídia exercem sobre o estímulo ao beber, ao fumar ou ao experimentar drogas. É, contudo, com um olhar atento a essas 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, sítios jornalísticos ou na televisão (noticiário ou outros programas). Embasado no conteúdo desta 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 essas informações? Registre suas avaliações por escrito e compartilhe-as (sem se esquecer de copiar ou descrever a matéria avaliada) no fórum do ambiente virtual. Se tiver dúvidas sobre como fazer isso, procure o seu Tutor!

Participe das discussões nos Fóruns.

Resumo

Você está encerrando a Unidade 19 deste Curso. Nesta etapa, você estudou que os meios de comunicação, historicamente, avançaram no papel de esclarecer à sociedade quanto ao uso de álcool, crack e de 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.

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

Exercícios de fixação

1. **Um grande desafio que se coloca para quem trabalha com prevenção do uso de crack, álcool e de outras drogas é "de que forma é possível utilizar a mídia como aliada?". Neste sentido, assinale com um "X" a proposta que pode ser considerada uma forma positiva e eficaz de utilizar a mídia como "aliada" para a prevenção ao uso de álcool e outras drogas:**

   a. ( ) A utilização de letras de música pop, em que a maconha é idealizada, é uma poderosa estratégia preventiva ao abuso desta substância.

   b. ( ) As propagandas de cerveja, trazendo situações sempre paradisíacas, invadem a casa e o imaginário dos jovens, e podem funcionar como estratégia de redução de danos.

   c. ( ) Noticiar incansavelmente as apreensões de drogas e prisão de traficantes evita que outros jovens envolvam-se com as drogas ilícitas.

   d. ( ) A estratégia da emissora MTV, que há anos elabora algumas vinhetas e campanhas que mostram a discussão do impacto e do risco no uso de álcool e outras drogas, é um bom exemplo de uso da mídia como aliada na prevenção do uso e abuso de álcool e outras drogas.

   e. ( ) As campanhas preventivas do tipo "Drogas: cadeia ou caixão" são as mais eficazes para atingir o público jovem.

2. **Segundo o texto, os debates na mídia sobre álcool, maconha e cocaína, versam sobre:**

   ( ) As matérias sobre maconha enfocaram a defesa pela legalidade dessa droga.

( ) Foram observadas várias matérias sobre uso terapêutico e descriminalização da maconha.

( ) As matérias sobre bebidas alcoólicas vêm acompanhadas de uma mobilização social, com a mensagem: "se beber, não dirija; se dirigir, não beba".

( ) 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.

( ) Os debates sobre como lidar com crack, com a cracolândia, e a polêmica que envolve a internação involuntária perderam espaço na mídia nos últimos anos.

a. ( ) F, V, V, V, F

b. ( ) V, V, V, V, F

c. ( ) V, V, V, V, V

d. ( ) F, F, F, V, F

e. ( ) F, V, F, V, F

Referências

AGÊNCIA Nacional dos Direitos da Infância (ANDI). **Equilíbrio distante**: tabaco, álcool e adolescência no jornalismo brasileiro. São Paulo: Cortez, 2003. v. 3. (Série Mídia e Mobilização Social)

_____. **Mídia e drogas**. São Paulo: Cortez, 2005.

CALDAS AULETE, F. J. **Dicionário contemporâneo da língua portuguesa Caldas Aulete** [Digital]. Rio de Janeiro: Lexikon, 2009. Disponível em: <http://www.auletedigital.com.br/download.html>. Acesso em: 11 jun. 2013.

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

GORGULHO, M. The role of the media in promoting responsible alcohol use. In: BUNING, E; GORGULHO, M; MELCOP, A; O´HARE, P. **Alcohol and harm reduction**: an approach for countries in transi-

tion. Amsterdam (NE): International Coalition on Alcohol and Harm Reduction (ICAHRE), 2003. p. 107-28.

LACERDA, A; MASTROIANNI, F; NOTO, A. Tobacco in the media: analysis of journalistic texts. **Ciência & Saúde Coletiva,** n. 15, v. 3, p. 725-731, 2010.

MASTROIANNI, F. **As drogas psicotrópicas e a imprensa brasileira**: análise do material publicado e do discurso dos profissionais da área do jornalismo. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2006.

NOTO, A. et al. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 19, p. 79-69, 2003.

NOTO, A.; 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**, n. 41, 2006.

RONZANI, T. et al. Media and drugs: a documental analysis of the Brazilian writing media between 1999 and 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, n.14, v. 5, p. 1751-1761, 2009.

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 Curso de *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias,* promovido pela SENAD em 2011.

Introdução

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, realizadas por crianças ou adolescentes em idade inferior a **dezesseis** anos, ressalvada a condição de aprendiz a partir dos quatorze anos, independentemente da sua condição ocupacional.

Trabalho Infantil

Neste texto, optou-se pela utilização do termo "trabalho infantil" referindo-se às atividades realizadas por crianças e adolescentes até dezesseis anos de idade, distinguindo do trabalho permitido por lei aos adolescentes.

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 é garantido ao aprendiz um contrato de trabalho especial com direitos trabalhistas. 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.

Vale lembrar que o Decreto nº 6.481 foi aprovado em 12 de junho de 2008, relacionando as atividades consideradas como as piores formas de trabalho infantil, sendo proibidas a crianças e adolescentes.

Mão de obra infantil

A utilização da mão de obra infantil, especialmente nos meios rurais, é enfocada de modo bastante singular no curta-metragem *Vida Maria* (2006), produzido por Márcio Ramos e Joelma Ramos e dirigido por Márcio Ramos. Você pode assisti-lo em: http://www.youtube.com/watch?v=rcCAOUur2mg.

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, madeireiras, 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 outras atividades ilícitas, como o tráfico de drogas, que comprometem seriamente sua formação e seu desenvolvimento.

A realidade do trabalho infantil é complexa e violenta, reflexo das desigualdades sociais que conduzem crianças e adolescentes para o trabalho, oprimidos pela dura realidade da luta pela sobrevivência e pelo desemprego ou subemprego dos pais. Crianças e adolescentes 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; esse cenário contribui, também, para o aumento da fragilidade dessas crianças e desses 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 nesse contexto que crianças e adolescentes, especialmente as em situação de pobreza e/ou vulnerabilidade social, com vínculos afetivos e familiares fragilizados, convivendo com adultos que não têm 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, mas 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.

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.

Crianças e Adolescentes

Os Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente são órgãos deliberativos responsáveis por assegurar, na União, nos Estados e nos Municípios, prioridade para a infância e a adolescência. Previstos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990), os conselhos formulam e acompanham a execução das políticas públicas de atendimento à infância e à adolescência. Ver mais em: <http://www.direitosdacrianca.org.br/conselhos/conselhos-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente>.

Conselhos Tutelares

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; podem, inclusive, requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança.

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 nas esferas estadual e federal. Seus membros são escolhidos mediante processo eleitoral na própria comunidade** (Art. 131 a 140 do ECA).

Superintendências Regionais do Trabalho e Emprego

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 fazer o consequente acionamento das entidades que compõem a Rede de Garantia de Direitos, a fim de assegurar a inserção dessas crianças e desses 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.

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.

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 amparo 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.

PETI

No sítio do Ministério do Desenvolvimento Social, há mais informações sobre o PETI e de como implementá-lo. Acesse <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/peti>.

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 tenha 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.

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.

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 dos adolescentes;
- sérios prejuízos físicos, intelectuais e emocionais que o trabalho infantil pode causar;
- outros assuntos relacionados ao tema.

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, dada sua 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. Dentre 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 os 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. Além disso, 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 na escola. Dessa forma, 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 TID é proibido para menores de **dezoito** 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 ou o adolescente reside no domicílio do empregador.

Você pode ler o texto na íntegra acessando: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6481.htm.>.

Uma importante preocupação nesse 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 proibição do TID para adolescentes de dezesseis e dezessete anos está prevista no Decreto nº 6.481/2008.

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 crian-

ças e dos adolescentes envolvidos como para a atenção aos pais ou responsáveis e para 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).

ECA

Você pode ler o texto na íntegra em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/785/estatuto_crianca_adolescente_7ed.pdf.>.

Medidas de proteção previstas no Art. 101 do ECA

> **Art. 101.** Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 98, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:
>
> 1. encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade;DADE 19
>
> 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 (BRASIL, 2003 [1990], p. 62).

O trabalho infantil doméstico deve ser combatido porque, além de prejudicar a frequência à escola, aos estudos, ao lazer e à 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 adolescentes

que trabalham e proceder com a imediata retirada e 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.

Crianças e adolescentes envolvidos na entrega e venda de drogas ou na segurança armada do tráfico cometem, no entanto, ato infracional. Podem responder por esse ato, conforme previsto no ECA, que estabelece medidas judiciais diferenciadas de acordo com a faixa etária. A criança fica sujeita a medidas de proteção previstas no art. 101; e o adolescente, a medidas socioeducativas expressas no 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:

> a) 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;
>
> b) a utilização, o recrutamento ou a oferta de crianças para a prostituição, a produção de pornografia ou atuações pornográficas;
>
> c) 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;
>
> d) 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 [que, no caso do Brasil, estão relacionadas no anexo do Decreto nº 6.481/2008] (OIT, 1999, não paginado).

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. As ações implementadas pelos agentes componentes da **Rede de Garantia de Direitos** das crianças e dos adolescentes devem, por isso, abranger não apenas as vítimas diretas, mas também 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 dessa prática. E, o mais importante, como promover a denúncia para esse tipo de agressão.

Exercícios de fixação

Atenção!
Os exercícios de fixação também estão disponibilizados no AVEA. Em caso de dúvidas, entre em contato com o 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 do 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, E. **O direito de ser criança**. Brasília (DF): Ministério Público do Trabalho, 2003. Disponível em: < http://www.pgt.mpt.gov.br/publicacoes/pub45.html.>. Acesso em: 11 jun. 2013.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. 4. ed. Brasília: Câmara dos Deputados; Coordenação de Publicações, 2003.

_____. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. **Curso de formação em prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2004. V.2.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **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.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 6.481, de 12 junho de 2008. Regulamenta os artigos 3o, alínea "d", e 4o da Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que trata da proibição das piores formas de trabalho infantil e ação imediata para sua eliminação, aprovada pelo Decreto Legislativo no 178, de 14 de dezembro de 1999, e promulgada pelo Decreto no 3.597, de 12 de setembro de 2000, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), p. 1, 13 jun. 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/decreto/d6481.htm>. Acesso em: 11 jun. 2013.

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: [s.n.], 2006. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=-j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCcQFjAA&url=http%3A%-2F%2Fmpto.mp.br%2Fintranet%2Fcaopij%2Ftrab_infantil%2Fdoutrina%2FREDE%2520DE%2520PROTECAO%2520TRAB.%2520ADOL.doc&ei=77-1UcTOGKvr0QGz-IHYDw&usg=AFQjCNE3ypjKvCmFsfG-VeD5X7WxeRc6yCA&sig2=Os61Z0lWOY2LrNcqhGevJg >. Acesso em: 10 de jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO Internacional do Trabalho (OIT). **Convenção 182**: proibição das piores formas de trabalho infantil e a ação imediata para a sua eliminação. Brasília (DF): OIT Brasil, 1999. Disponível em: <http://www.oit.org.br/node/518>. Acesso em: 11 jun. 2013.

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; Ministério da Educação, 2004.

SCHWARTZMAN, S. **Trabalho Infantil no Brasil**. Brasília: OIT, 2000.

VIDA Maria. Produção de Márcio Ramos e Joelma Ramos e direção de Márcio Ramos. Fortaleza: Trio Filmes; VIACG, 2006. 1 CD (9 min.): Ntsc, son., color. Port. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=rcCAOUur2mg>. Acesso em: 11 jun. 2013.

40

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 mostraremos como agir para denunciá-las. Os principais temas abordados são:

- os tipos de atos de violência contra criança e adolescente;
- as formas de combate à violência;
- como denunciar abusos; e
- os direitos sexuais da criança e do adolescente.

* Texto adaptado do Curso de *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias,* promovido pela SENAD em 2011.

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 – CPI/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 esses 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.

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em 2011, aponta que o abuso sexual é o segundo maior tipo de agressão sofrida por crianças no país. Para saber mais, acesse: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/11319/783/boletim-epidemiologico-_-volume-44-_-no-9-_-2013.html>.

Dados sobre infrações cometidas por crianças e adolescentes no Rio de Janeiro, durante os últimos anos, mostram que houve um aumento dessas contravenções relacionadas ao uso de drogas e tráfico, quando se comparam os dados obtidos no decorrer dos anos 1990 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 1990, para entre 12 e 13 anos, no ano 2000 (SANTOS [20--]).

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 em sua totalidade. Vários questionamentos surgem: mudar simplesmente a legislação? Infligir penas mais severas? A criança e o adolescente estão sendo cuidados com prioridade absoluta, como rezam a *Constituição Federal* e o *Estatuto da Criança e do Adolescen*te (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 Motti ([20--]), nenhuma resposta será inovadora se não trouxer 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 lado, trata-se de 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 à sua volta. Isso é uma negação do direito garantido às crianças e aos

adolescentes de serem tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento, precisando, por conseguinte, de cuidados e atenção específicos (KOSHIMA, [20--]).

Segundo estudos do Professor George Vaillant (*apud* 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, 1992, não paginado).

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.

Esse 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.

Você pode ler o texto na íntegra em: <http://matriz.sipia.gov.br/images/cmes/i-congresso-estocolmo.pdf.>.

Tendo por base a declaração aprovada pelo 1º Congresso Mundial contra a Exploração Sexual de Estocolmo, em 1996, Ippolito (2004, p. 90) destaca que

> **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.**

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.

Cooptar
Atrair (alguém) e fazer participar de um movimento, ideologia, partido, ideal, etc. (CALDAS AULETE, 2009, não paginado).

No relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI/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. Essas redes criminosas aviltam meninas e meninos, 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 essa 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 nessas 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.

Para erradicar esse fenômeno, uma violação marcante dos direitos humanos, é necessário, portanto, fortalecer os programas e as iniciativas municipais, capacitando profissionais e mobilizando a sociedade em sua totalidade.

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, sejam 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". Esse comércio inclui os setores de entretenimento, redes hoteleiras, agências de viagens, etc.

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 Infantojuvenil*, com adesão de hoteleiros e empresários do turismo para barrar a prática do turismo sexual. Essa 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 tea-

tral, 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), organizado por Maria Lúcia Leal e Maria de Fátima 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, na Nordeste; e 76, na 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 **setenta** pontos de prostituição nas estradas federais envolvendo crianças, adolescentes e mulheres, destacando-se 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 adolescente em atendimento).

Como enfrentar essas violências?

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).

Em outubro de 2004, foram presos os chefes e onze 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 dessa 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 (SDH), 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. Esse 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.

Para cada denúncia, um conjunto de ações é deflagrado visando sempre à 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 aos adolescentes. Mas, para isso, 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 nossos adolescentes sejam realmente protegidos.

Já é possível contabilizar resultados na área da repressão com operações da Polícia Federal 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. Esses 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 denún-

cias, visando à responsabilização dos exploradores. Os órgãos de defesa também são acionados para garantir a proteção das crianças dos 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. Outros órgãos do Sistema de Garantia de Direitos podem, entretanto, ser acionados, como as autoridades policiais e o Ministério Público.

De acordo com o *Estatuto da Criança e do Adolescente* (ECA), no 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 as pessoas envolvidas e encaminha os casos em conformidade com a sua gravidade.

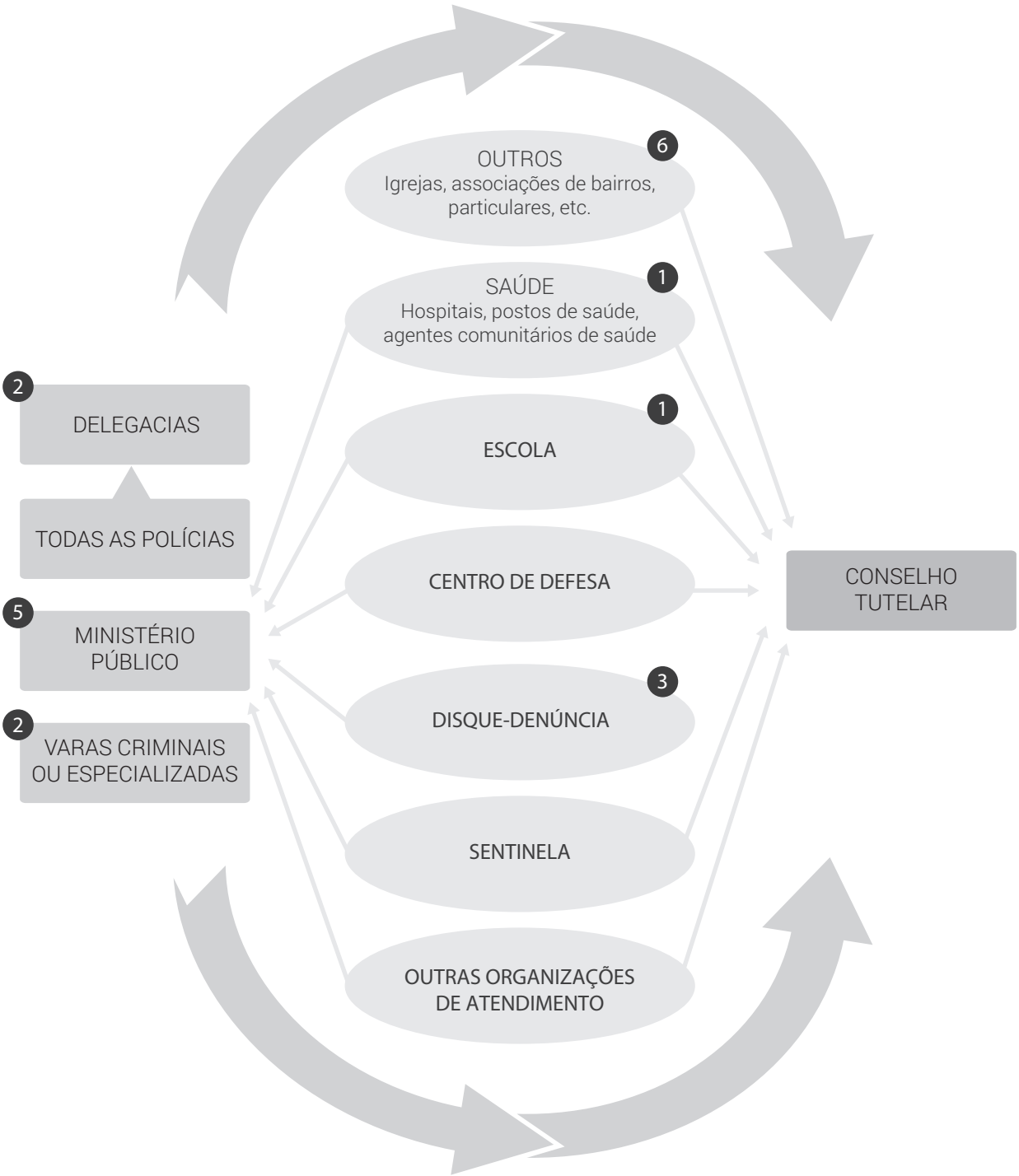
Acompanhe, na Figura 1, a seguir, como pode ser organizado o fluxo de recepção das denúncias e realização dos encaminhamentos necessários. Muitas podem ser as portas de entrada para o recebimento da denúncia e a realização dos encaminhamentos e atendimentos necessários: Disque-Denúncia, conselhos tutelares, conselhos de direitos e centros de defesa, escolas, equipamentos da saúde, dentre outros, por meio de um fluxo de encaminhamento visando à resolubilidade do caso.

Fluxo de encaminhamentos

Programa de Ações Integradas Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infantojuvenil (PAIR). Aula sobre Defesa e Responsabilização, ministrada em Manaus (2005).

Thais Dumet, estudiosa do assunto, há vários anos, esquematizou o fluxo de encaminhamentos da seguinte maneira:

Figura 1 | Fluxo de encaminhamentos



Fonte: Dumet (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).

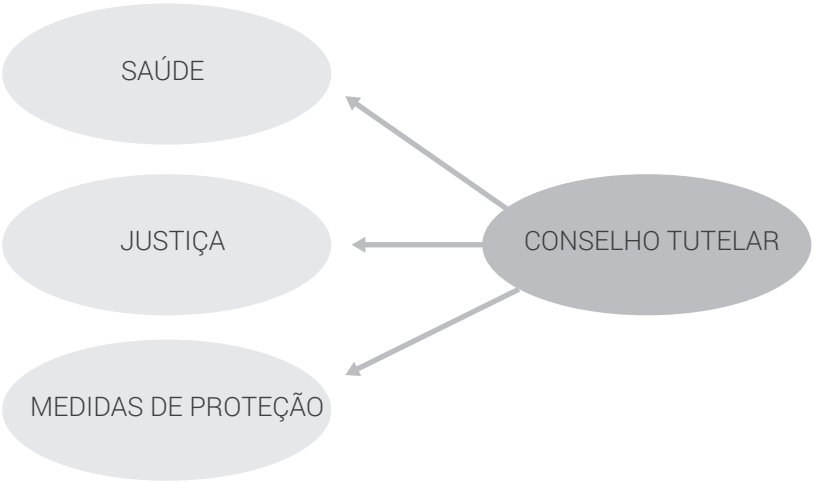
3. O Disque-Denúncia funciona como porta de entrada e encaminha os casos para o Ministério Público (MP) estadual (verificar a que órgão está ligado, além de indicar como referência o disque nacional).

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-las 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, quando solicitado, fornecer 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.

Figura 2 | Encaminhamentos do Conselho Tutelar



Fonte: Produzido pela Autora.

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; a sexualidade está, portanto, na estrutura da personalidade de todo ser humano. No que concerne a essa questão, a *Plataforma de Ação de Beijing* (1995, não paginado) destaca que

> [...] 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).

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 doze 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. Esse tipo de tráfico geralmente está relacionado com outras ações ilícitas de organizações criminosas, como o tráfico de drogas e de armas.

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 essa iniquidade, é preciso que nos apaixonemos, de fato, pelas nossas crianças e nossos 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 (BRASIL, 1988, não paginado).**

Resumo

Você está encerrando a Unidade 20 “Violência e exploração sexual contra crianças e adolescentes”. 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.

Exercícios de fixação

Atenção!
Os exercícios de fixação também estão disponibilizados no AVEA. Em caso de dúvidas, entre em contato com o 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 em relação a essas portas de entrada:**

   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. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 05 de out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 11 jun. 2013.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Edição Especial. Brasília (DF): CONANDA, 2002.

CALDAS AULETE, F. J. **Dicionário contemporâneo da língua portuguesa Caldas Aulete** [Digital]. Rio de Janeiro: Lexikon, 2009. Disponível em: <http://www.auletedigital.com.br/download.html>. Acesso em: 11 jun. 2013.

CENDHEC. Sistema de Garantia de Direitos. **Um caminho para Proteção Integral**. Recife: [s.n.], 1999.

DIMENSTEIN, G. **Meninas da noite:** a prostituição de meninas-escravas no Brasil. São Paulo: Ática, 1990.

FALEIROS, E. (Org.). **Abuso sexual contra crianças e Adolescentes:** os descaminhos da denúncia. Brasília (DF): Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH), 2003.

GADELHA, G.; MOTTI, A. A. **Os desafios para proteção de crianças e adolescentes em situação de violência sexual**. Brasília: POMMAR; USAID-Partners; UFMS, [20--]. Disponível em: <http://www.caminhos.ufms.br/escolacons/>. Acesso em: 05 abr. 2008.

GRUPO VIOLES. **Relatório final do Estudo analítico do enfrentamento da Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes no Brasil** (Período 1996-2004). Brasília: SER; UnB; CNPq; Save the Children-Suécia, [20--].

HAZEU, M. **Direitos sexuais da criança e adolescente**: uma visão interdisciplinar para o enfretamento da violência sexual contra crianças

e adolescentes. Movimento República de Emaús. Belém: Sagrada família, 2004.

IPPOLITO, R. (Org.). **Guia Escolar**: uma década de lições aprendidas. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH); Ministério da Educação, 2004.

KOSHIMA, K. **Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes:** Danos Secundários. Campo Grande (MS): UFMS, [20--]. Disponível em: <http://www.caminhos.ufms.br/escolacons />. Acesso em: 20 abr. 2008.

LEAL, M. L; LEAL, M. F. (Orgs.). **Pesquisa sobre tráfico de mulheres, crianças e adolescentes para fins de exploração sexual comercial no Brasil**. Brasília (DF): CECRIA, 2002. Disponível em: <http://www.namaocerta.org.br/pdf/Pestraf_2002.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2013.

_____. **Matriz Intersetorial para o Enfrentamento da Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes no Brasil**. Comissão intersetorial de Combate contra a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes. Brasília: SEDH; Unicef; Violes-UnB, 2005. Disponível em: <https://www.violes.unb.br/site2/phocadownload/Pesquisas/matriz_intersetorial.PDF>. Acesso em: 10 de jun. de 2013.

ORGANIZAÇÃO Internacional do Trabalho (OIT). Programa de prevenção e eliminação da Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes na Tríplice Fronteira: Argentina, Brasil, Paraguai. **Glossário IPEC**. Brasília: OIT, 1992. Disponível em: <http://www.oit.org.br/sites/all/ipec/gloss.php>. Acesso em: 11 jun. 2013.

PROGRAMA de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil no Território Brasileiro (PAIR). Disponível em: <http://www.caminhos.ufms.br/ pair />. Acesso em: 16 out. 2007.

SANTOS, A. **Combate ao trabalho infantil começa com a mudança de comportamento da sociedade**. Campo Grande (MS): UFMS, [20--]. Disponível em: <http://www.caminhos.ufms.br/colunistas/colunistas_view.htm?id= 17>. Acesso em: 25 abr. 2009.

SOARES, L. O porre é grotesco. **Revista Veja**. São Paulo, 18 ago.1999.

UNITED Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. **Plataforma de Ação de Beijing**. Beijing (China): The United Nations Fourth World Conference on Women, 1995. Disponível em: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/plat1.htm#statement>. Acesso em: 11 jun. 2013.

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

21

Unidade 21

MEDIAÇÃO DE CONFLITOS

Célia Regina Zapparolli*

Nesta Unidade, serão apresentados 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:

- a importância da mediação;
- as especificidades dos conflitos intersubjetivos e intrapsíquicos;
- as diferenças entre disputas, conflitos e violências;
- a distinção entre mediação e conciliação;
- a comunicação na administração pacífica de conflitos; e, por fim,
- as diferenças entre a mediação técnica interdisciplinar e a mediação comunitária.

* Texto adaptado do Curso de *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias,* promovido pela SENAD em 2011.

A importância da mediação

A mediação é um instrumento de administração pacífica de conflitos entre sujeitos, em relações continuadas (exemplo: em famílias, com 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 dessas instituições, 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. Essa atuação, todavia, tem limites e deve estar voltada para os casos que não podem ser administrados pelos próprios envolvidos, ou por meio 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, 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 1940, com a negociação nas relações trabalhistas americanas.

Você acha que 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, criada 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, em que se dividem as pessoas dos problemas; em que há diferenciação entre interesses e posições. E, depois, na década de 1980, a mediação, trazendo-nos o chamado modelo de Harvard.

Novos estudos, modelos e técnicas de mediação foram se sucedendo. A seguir, 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, existe uma ou várias metodologias que 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 em um escritório, no fórum, na comunidade), além dos conflitos sociais e das violências estruturais existentes.

Judicialização
Entrar com ação, entrar na justiça, efetivar uma ação judicialmente.

Conflitos intersubjetivos
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.

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.

Quadro 1 | Exemplos de sujeitos

1. **Pessoas físicas**: seres humanos, desde o início da vida até seu falecimento.

2. **Pessoas jurídicas**: sociedades, associações ou 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); e
   - **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; de amigos, etc.); e
   - **outros grupos.**

Intrapsíquicos
Os conflitos intrapsíquicos, conscientes ou inconscientes, decorrem da contraposição dos impulsos internos do indivíduo e da 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. Já 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 esses 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 são 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 negociar 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 e deixa claro

que também deseja a guarda dos filhos, **gritando que o pai não mais visitará os filhos e batendo a porta na cara de João.**

João	Maria
–▶	◀–
Grita que quer a guarda dos filhos.	Quer a guarda dos filhos.
	Ameaça e grita que o pai não visitará mais os filhos.
	Bate a porta 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. Note-se, contudo, que nem sempre é tão simples a identificação das violências, pois 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, já que 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 deverá 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. Ele sabe que Maria está positivada com o vírus HIV (AIDS) e que as crianças estão sendo discriminadas na escola pelos amiguinhos, já que 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 que os seus filhos sejam 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 e 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 ocorrem e geram mais conflitos sociais, não se restringindo apenas aos envolvidos, mas contaminando a sociedade como um todo. Envolvem sujeitos que nem se conhecem, mas pertencem a uma mesma comunidade e uma mesma sociedade.

A forma como se administram 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, com pequenos tijolos sendo 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, a qual tem, 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, por exemplo: os moradores ofenderem-se uns aos outros, machucarem-se, processarem as construtoras, etc. Mas, em uma 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.

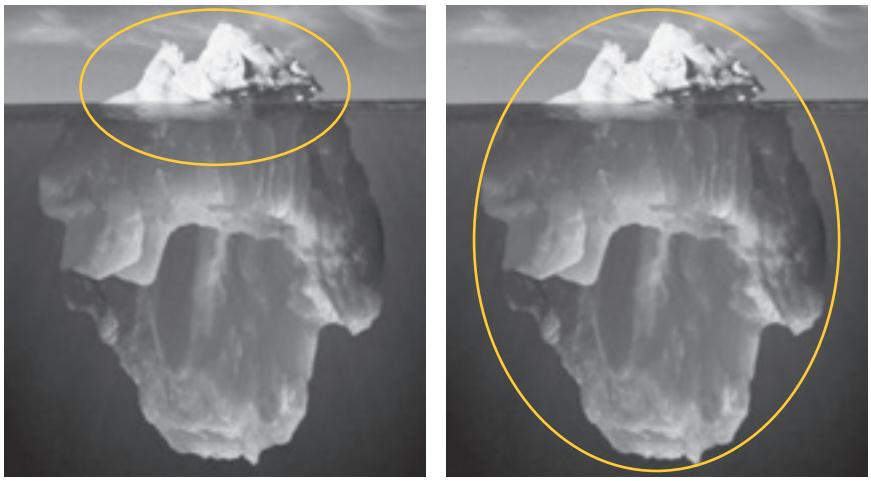
Como visto acima, **não foi pondo um ponto final à disputa pela área que o conflito se administrou**. Para que um conflito seja administrado, é necessário que haja a modificação da maneira como se dá a comunicação entre os envolvidos e a transformação do funcionamento da relação entre eles. **Assim, 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. (ZAPPAROLLI; JUNIOR; RODRIGUES, 2007).

Para melhor esclarecermos o conceito acima apresentado, em especial, acerca das disputas, dos conflitos, dos interesses e das 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 a explicação para a ideia de **uma pedra de gelo colorida, em um copo d'água** (pois o *iceberg* nada mais é do 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 media-

ção? Na imagem, denominaremos de "disputa" a porção aparente sobre a água, e de "conflito" todo o *iceberg* (ou gelo).

Figura 1 | Ilustração representando disputa *versus* conflito



Fonte: <http://www.oceanografia-ufsc.blogger.com.br/Iceberg.jpg>

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.

Em um 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.

Sendo escolhida voluntariamente a mediação, antes do ajuizamento de uma ação, o mediador trabalhará, contudo, usando de técnicas de co-

municação, 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 em um processo** (no caso da guarda de Júnior: 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 (ex.: as sogras, a empregada da casa, os vizinhos, etc.). A definição das pessoas que participarão da mediação leva em conta o conflito concreto e a estratégia previamente desenvolvida pelo mediador.

Ainda tratando-se da hipótese de um conflito que tenha efeitos e expressões jurídicas, é necessário o encaminhamento para advogados ou defensores, a fim de realizar o aconselhamento das partes, não importando que o mediador tenha formação jurídica, pois mediador é mediador, advogado é advogado e 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 pelo Ministério Público. **Nesse caso, o acordo não é redigido pelo mediador, mas por um advogado.**

Nem todos os atos do ser humano geram, todavia, 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 em um 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, discriminações, violências, etc., desde a primeira expressão da ponta do *iceberg*, ou seja, desde o início da disputa pelo uso do campinho.

Obs.: até aqui, poderíamos pensar em uma 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, em um círculo vicioso de exclusão, exposição, discriminação e mais exclusão, isolamento e estigma. Enfim, sentindo-se excluídas, chegam às violências verbal e 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 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

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 crimtes.

Mediação: a mediação trabalhará nas situações de conflitos intersubjetivos, em relações continuadas, por meio 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, por si mesmos, à administração do conflito.

O mediador NÃO propõe, NÃO aconselha, NÃO sugere.

Conciliação: a conciliação atua sobre **disputas** intersubjetivas. Em relações não continuadas, também é realizada por meio 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 transformação da 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 apresentar diferentes especificidades.

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 e justiça, e ao judiciário (em diversas fases do processo judicial: pré-processual, para-processual ou após o processo). Ela pode também ser realizada por técnicos, 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, mas todos com capacitação própria em mediação. É importante destacar que 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, é 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 crimes *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 sendo escalado 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 estarão acaloradas e ninguém ouvirá mais ninguém. Situação diametralmente oposta de dois aspectos relevantes da mediação: respeito e funcionalidade da comunicação.

Por fim, com vistas a facilitar a 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 em decisão judicial e que visa à administração pacífica de conflitos em relações continuadas (com famílias, vizinhos, nas escolas, comunidades, etc.);

2. consiste em um conjunto de técnicas voltadas para conflitos intersubjetivos (permeados ou não por conflitos sociais ou violências);

3. é reciprocamente voluntária, ou seja, 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 (por isso, é lavrado um termo de confidencialidade pelo mediador e pelas partes envolvidas, contendo o 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 será suspensa (temas tratados na capacitação);

7. disponibiliza aos sujeitos meios ao equilíbrio de poderes, ao protagonismo, empoderamento (*empowerment*), à autorreflexão, 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;

9. visa à flexibilização de posturas rígidas dos envolvidos em conflitos intersubjetivos, a 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.

Juridificação

"[...] forma particular de institucionalização caracterizada por três componentes: obrigação, precisão e delegação" (ABBOTT *et al.*, 2000, p.401, tradução nossa).

Então, se os sujeitos realmente se entenderem 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 for 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 atue em equidistância, utilizando técnicas de comunicação, escuta ativa e negociação (temas tratados na capacitação) e devendo 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 autossustentabilidade, 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 anteriormente apontadas, então, será possível pensar na mediação e sua ação na prevenção primária e secundária da violência, na redução da reincidência e na liberação do judiciário para situações em que sua presença é insubstituível.

A comunicação na administração pacífica de conflitos

A comunicação não implica somente a fala. Mesmo não falando, estamos nos comunicando. Você se lembra da letra da música "Paz que eu quero para mim", do grupo O Rappa, também cantada por Maria Rita? Em um 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 no silêncio pode, sim, também ocorrer uma situação de paz. Entender o contexto faz toda a diferença. Nos meios de resolução pacífica de conflitos (mediação, conciliação, negociação, etc.), temos de entender os códigos culturais e relacionais, que não necessariamente são verbalizados e, muitas vezes, passam subentendidos.

As habilidades comunicativas para a administração de conflitos abrangem, portanto, mais do que a verbalização, os sinais e os símbolos. É também importante ouvir muito e falar pouco; ser a tento ao outro e a si mesmo, com suas reações.

Enfim, deve-se 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, trataremos de algumas informações e técnicas sobre o *agir comunicativo* nos meios de resolução pacífica de conflitos. São elas:

- comunicar-se com o intuito de ser compreendido e de compreender;
- ouvir para compreender, fazendo-se o 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, por meio de dicas corporais;

- remodelar as falas que tenham grande intensidade emocional, buscando termos positivos e com menor potencial explosivo. Exemplo: "Seu 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"; e
- fazer perguntas buscando clarear o assunto e ter maiores informações.

As questões devem ser respeitosas, a fim de 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 evitar as partes dos lamentos, levantando questões que deem lugar às afirmações, **realizando perguntas para que todos se responsabilizem 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**.

É preciso, ainda:

- buscar a equidade, não acusando, julgando, tampouco criticando ou permitindo que as partes assim o façam;
- manter o respeito nas pautas de comunicação;
- validar os sentimentos do outro. Exemplo: "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 evitar 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. Exemplo: "Esse cara é um tolo". → "Vamos nos focalizar no problema e no que é possível fazer.";
- agir para que as partes separem as pessoas dos problemas;
- fazer, por meio de perguntas, com que uma parte se coloque no lugar da outra. Exemplo: "Como você acha que ele vê o problema?".

Essas são só algumas sugestões. De todo modo, é imprescindível aprofundar-se na temática. Torne-se um mediador (técnico ou comunitário). Aprofunde-se, não só teoricamente, por meio deste texto, **mas também participando de capacitação específica, de treinamentos em casos reais, supervisões e aperfeiçoamentos.**

Resumo

Você está encerrando a Unidade "Mediação de Conflitos". 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, com algumas dicas de comunicação nos meios de solução pacífica de conflitos. Esta Unidade encerra o nosso livro e, com isso, o Curso "Prevenção do uso de drogas". Nossa intenção com este 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 de drogas.

Agradecemos a sua participação!

Atenção!

Os exercícios de fixação também estão disponibilizados no AVEA. Em caso de dúvidas, entre em contato com o 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 voluntário, sendo obrigatório.

   b. ( ) É público: 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 praticado por um dos envolvidos no conflito, desde que capacitado e treinado.

Referências

ABBOTT, R .K. *et al*. The Concept of Legalization. **International Organization**, v. 54, n. 3, p. 401-419, Summer, 2000.

ELIÇABE-URRIOL, D. B. **Ensayo**: Mediación Familiar Interdisciplinaria. Madrid: Asociación Interdisciplinaria Espafiola Estudios de Familia, 1993.

FRANÇOIS SIX, J. **Dinámica da Mediación**. Barcelona: Paidós, 1997.

FREITAS JR., A. R.; ZAPPAROLLI, C. R. **Mediação de Conflitos**: Justiça Pública não Judiciária e Promoção da Cultura da Paz. Brasil: Rascunho, 2006.

FISHER, R.; 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 mediacíon**: Investigacion y perspectivas comunicacionales. Buenos Aires: Paidós, 1997.

HAYNES, J. M. e HAYNES, G .L. **La mediación en el divorcio**. Barcelona: Granica, 1997

KOLB, D. *et al*. **Cuando Hablar de resultado**: perfiles de mediadores. Barcelona: Paidós, 1996.

MAYER, B. **The Dinamics of Confict 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, 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, 2003.

URY, W. L.; BRETT, 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, C. R. 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. São Paulo: Summus, 2003, p. 49-76.

_____. Questões Sobre a Efetividade do Sistema jurídico nos Crimes Decorrentes das Relações de Gênero e Família: a Experiência da Mediação nas sedes da Lei nº 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.

_____. *et al.* **Curso de Mediação Técnico Comunitária ao Programa Justiça Comunitária do Tribunal de justiça do Distrito Federal e Territórios**. 2. ed. rev. e amp. Brasília: SENASP; PNUD, 2007.

_____.; 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**. São Paulo: PNUD, 2006.

_____.; JUNIOR, F.; RODRIGUES, A. de. Mediação e demais meios de resolução pacífica de conflitos e a Polícia Comunitária. In: CURSO NACIONAL DE PROMOTOR DE POLÍCIA COMUNITÁRIA, 2007, Brasília. **Anais**... Brasília: SENASP, 2007, p. 333-364.

CAR

TAS

ZES

XIII CONCURSO NACIONAL DE CARTAZES

PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS É COMPROMISSO DE TODOS

Promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD-MJ), o XIII Concurso Nacional de Cartazes envolveu estudantes do 2º ao 5º ano do Ensino Fundamental, matriculados em escolas públicas e privadas de todo o país. Para essa edição, o tema geral foi “A Prevenção do uso de Droga é Compromisso de todos”.

O *XIII Concurso Nacional de Cartazes* envolveu estudantes do 2º ao 5º ano do Ensino Fundamental, matriculados em escolas públicas e privadas de todo o país. Integrou o concurso promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD-MJ), cujo tema geral para as cinco categorias – cartazes, fotografia, *jingle*, vídeos e monografia – foi "A Prevenção do uso de Droga é Compromisso de todos". Realizado anualmente, o concurso tem por objetivo "[...] incentivar a reflexão e a discussão sobre a questão das drogas nos ambientes escolar e universitário, e no dia a dia do cidadão brasileiro" (BRASIL, 2012, não paginado).

Concurso

Os concursos da SENAD também são oferecidos nas categorias vídeo, *jingle*, fotografia e monografia. Mais informações podem ser obtidas em: http://www.obid.senad.gov.br.

A partir do mote do concurso, professores de todo o país, que se engajaram na proposta, estimularam "[...] a participação de seus alunos na confecção dos cartazes, utilizando elementos artísticos e culturais presentes na região em que vivem" (BRASIL, 2012, p. 2). Ademais, puderam suscitar reflexões que levaram seus alunos e a comunidade escolar a "[...] pensar na realidade local e em como ela pode ser melhorada ou transformada representa um passo importante rumo à prevenção de drogas" (BRASIL, 2012, p. 2).

Cada escola pôde participar com apenas um cartaz por categoria, de acordo com o ano escolar do aluno participante. O cartaz deveria ser produzido "[...] em cartolina ou papel cartão, preferencialmente na cor branca, tamanho 66 x 50cm" (BRASIL, 2012, p. 3). Após a avaliação realizada por uma comissão especializada, foram premiados, em cada categoria, três cartazes por região – Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste, os quais são apresentados a seguir. Cabe destacar que, originalmente, os cartazes são coloridos, porém são apresentados, neste livro-texto, em preto em branco, haja vista a necessidade de adaptação às cores (miolo em preto e branco) licitadas para o material impresso.

Cartazes

Você pode ver a riqueza de cores e detalhes dos cartazes acessando: http://portal.mj.gov.br/senad/main.asp?ViewID=%7B92DF86A1%2D8892%2D40D7%2DACD9%2DDDDF81834E4F9%7D&params=itemID=%7B17EC26A5%2DA6F2%2D4166%2DAC89%2D17D1D7D8EA08%7D;&UIPartUID=%7B04411A04%2D62EC%2D410D%2DAC93%2D9F2FA9240471%7D.

Referências

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção do uso de drogas: um compromisso de todos. **Blog do Ministério da Justiça** [on-line], 14 mar. 2012. Disponível em: <http://blog.justica.gov.br/inicio/tag/secretaria-nacional-de-politica-sobre-drogas/>. Acesso em: 24 jun. 2013.

_____. **Folder do XIII Concurso Nacional de Cartazes**. Brasília: SENAD, 2012. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Concursos/2012/328877.pdf.>Acesso em: 24 jun. 2013.

REGIÃO CENTRO - OESTE

RAPHAEL LUCAS SILVA OLIVEIRA

1º COLOCADO | 2ª SÉRIE

REGIÃO CENTRO - OESTE

JOÃO PEDRO RAMOS SILVA

1º COLOCADO | 3ª SÉRIE

REGIÃO CENTRO - OESTE

SAMIRA SOUSA PAIVA

1º COLOCADO | 4ª SÉRIE

REGIÃO CENTRO - OESTE

VICTÓRIA JULIANA DE OLIVEIRA SANTOS

1º COLOCADO | 5ª SÉRIE

REGIÃO NORDESTE

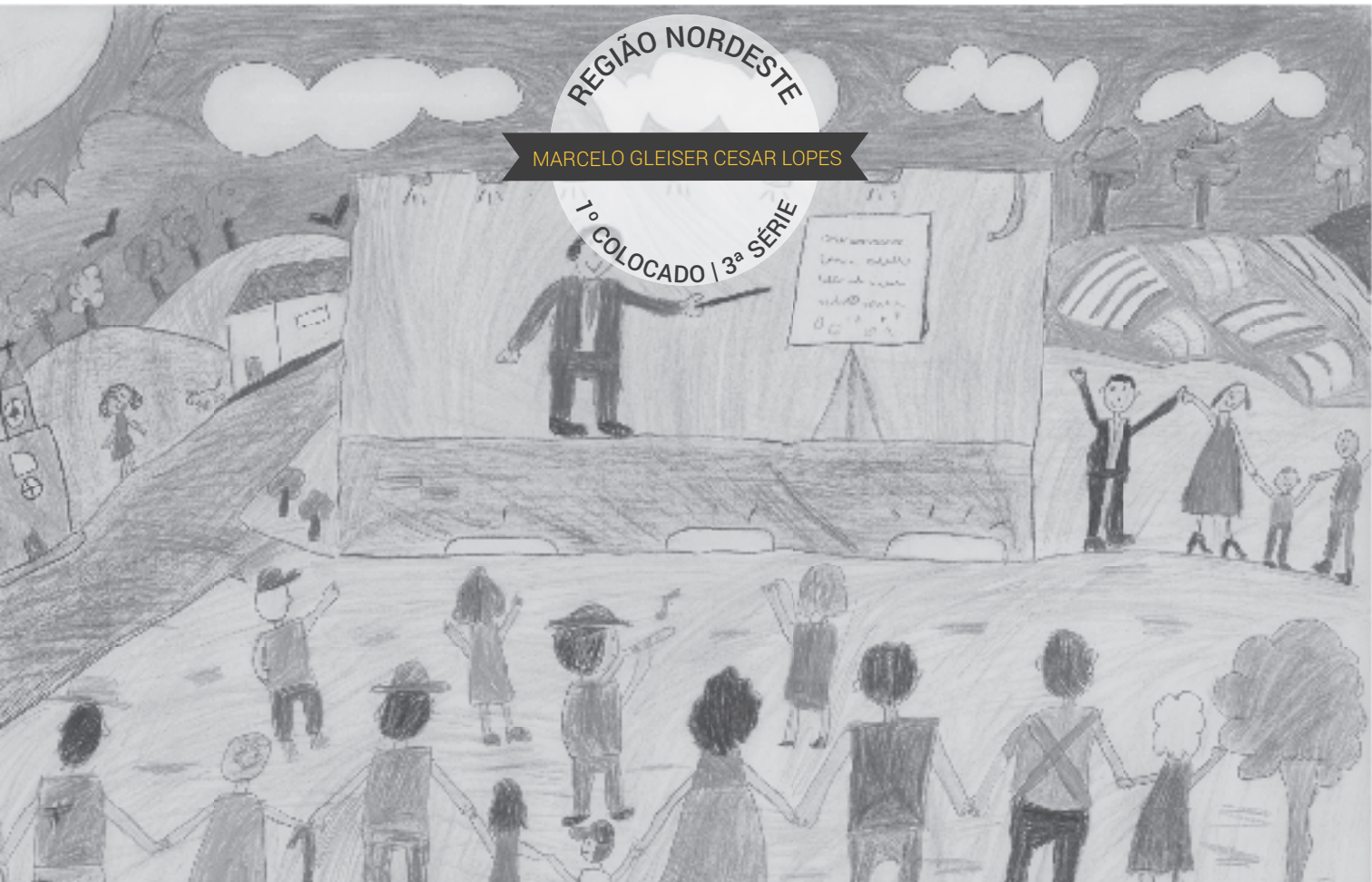
LARYSSA SARAIVA BARROSO

1º COLOCADO | 2ª SÉRIE

REGIÃO NORDESTE

MARCELO GLEISER CESAR LOPES

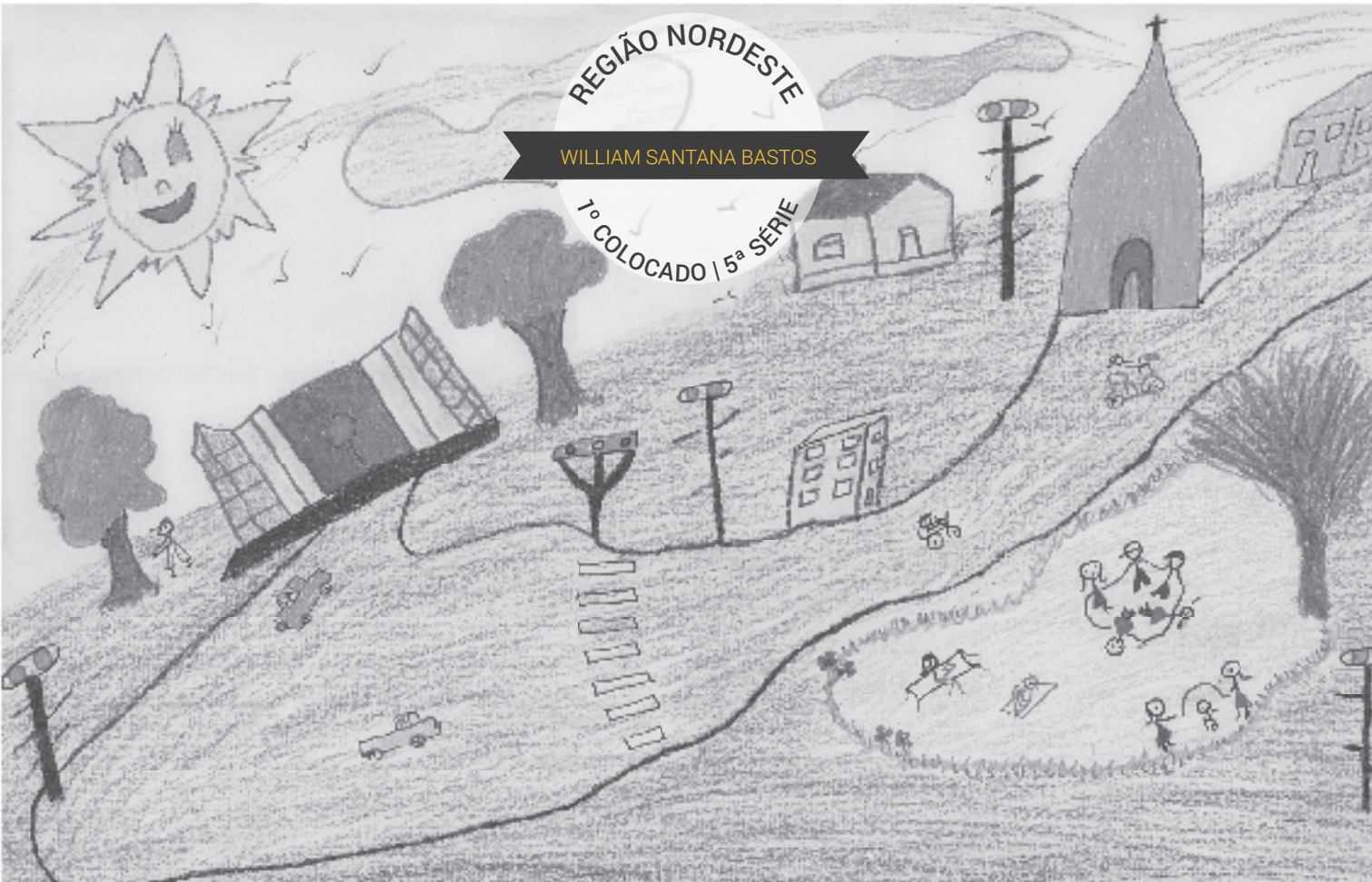
1º COLOCADO | 3ª SÉRIE



REGIÃO NORDESTE

ANTÔNIO SAMUEL PEREIRA E SILVA

1º COLOCADO | 4ª SÉRIE



REGIÃO NORDESTE

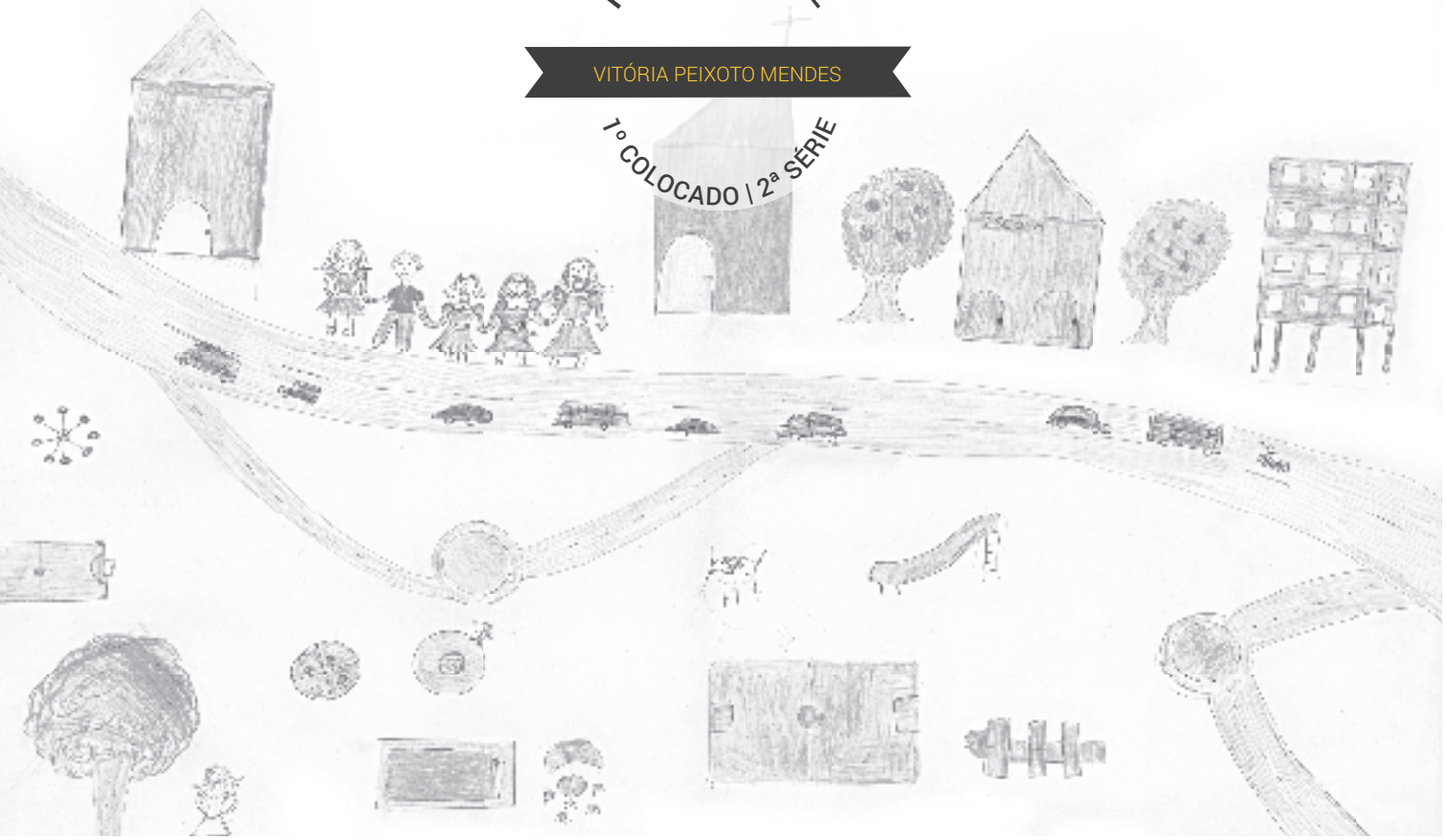
WILLIAM SANTANA BASTOS

1º COLOCADO | 5ª SÉRIE

REGIÃO NORTE

VITÓRIA PEIXOTO MENDES

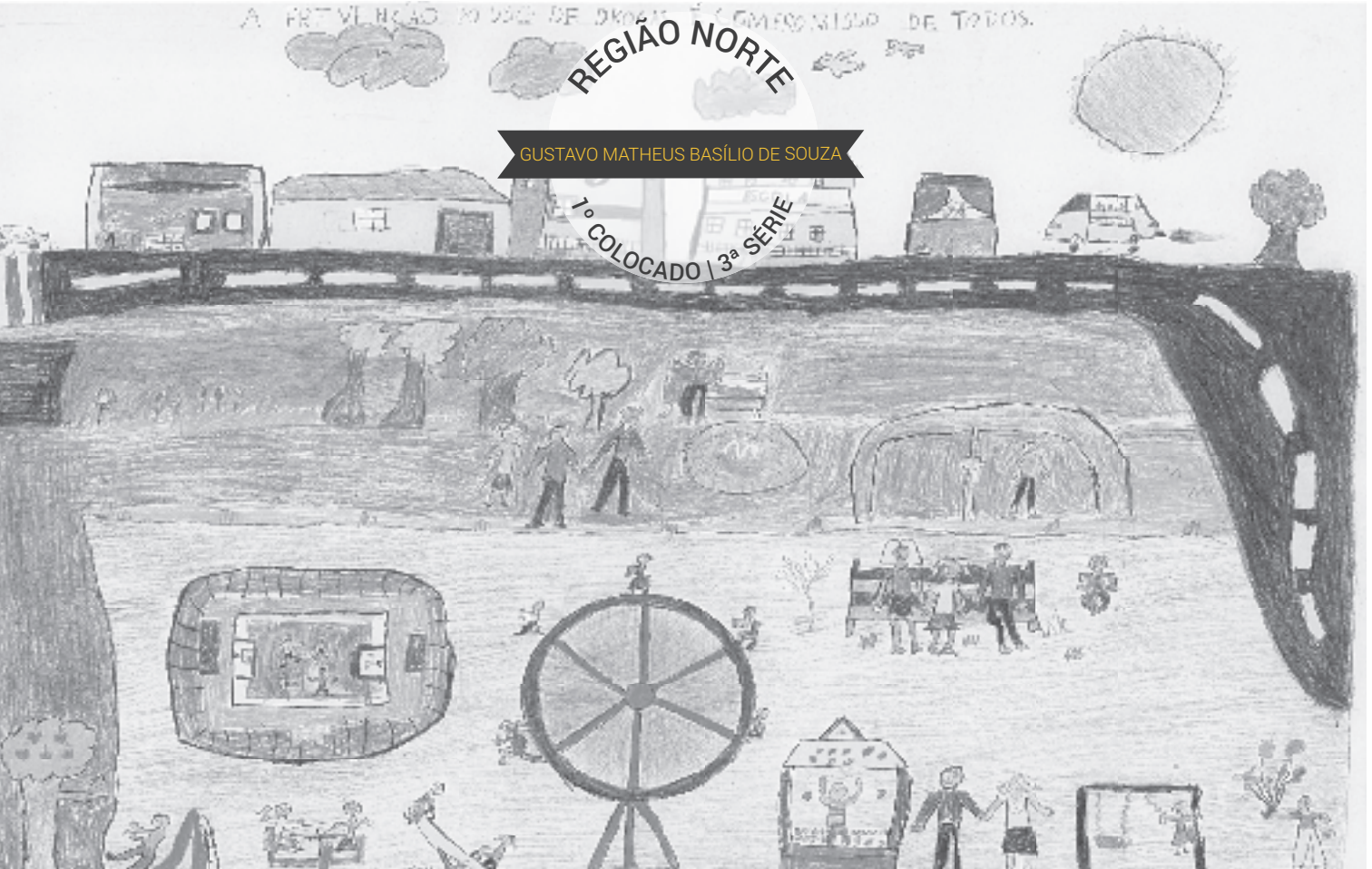
7º COLOCADO | 2ª SÉRIE



REGIÃO NORTE

GUSTAVO MATHEUS BASÍLIO DE SOUZA

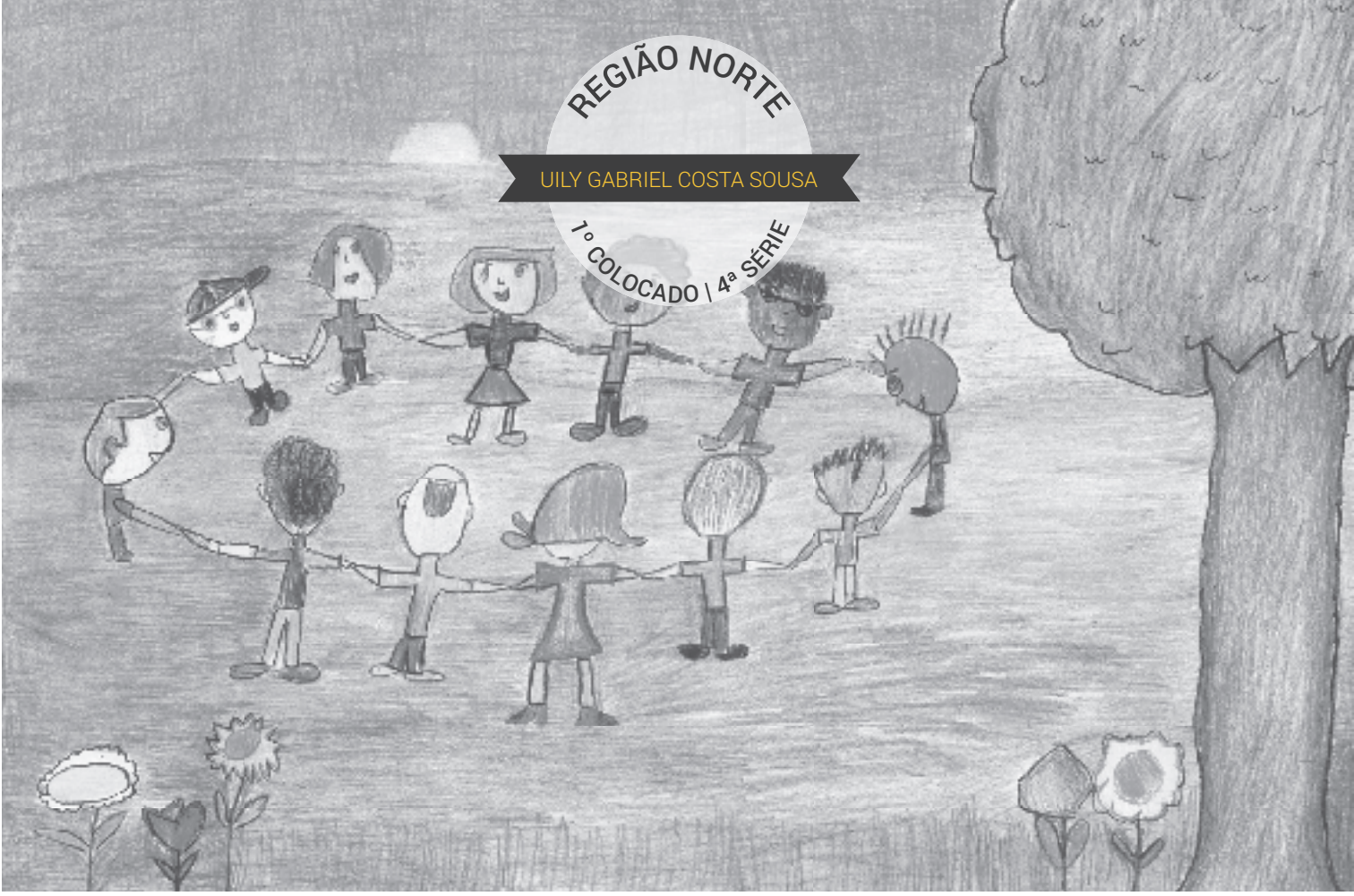
7º COLOCADO | 3ª SÉRIE



REGIÃO NORTE

UILY GABRIEL COSTA SOUSA

1º COLOCADO | 4ª SÉRIE



REGIÃO NORTE

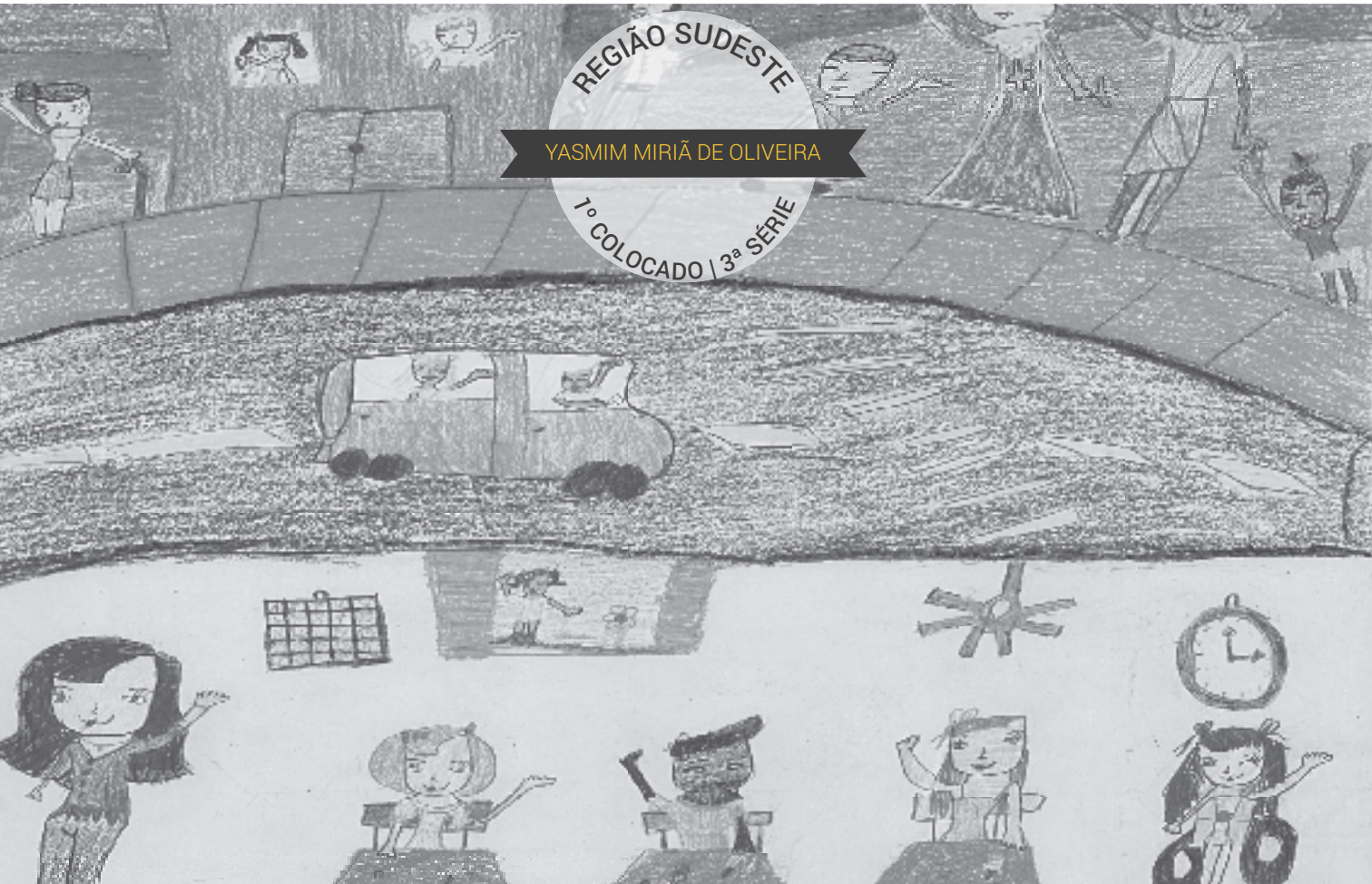
ISERLOHN FREITAS VIEIRA

1º COLOCADO | 5ª SÉRIE

REGIÃO SUDESTE

POLYANA SOARES ROVOLI

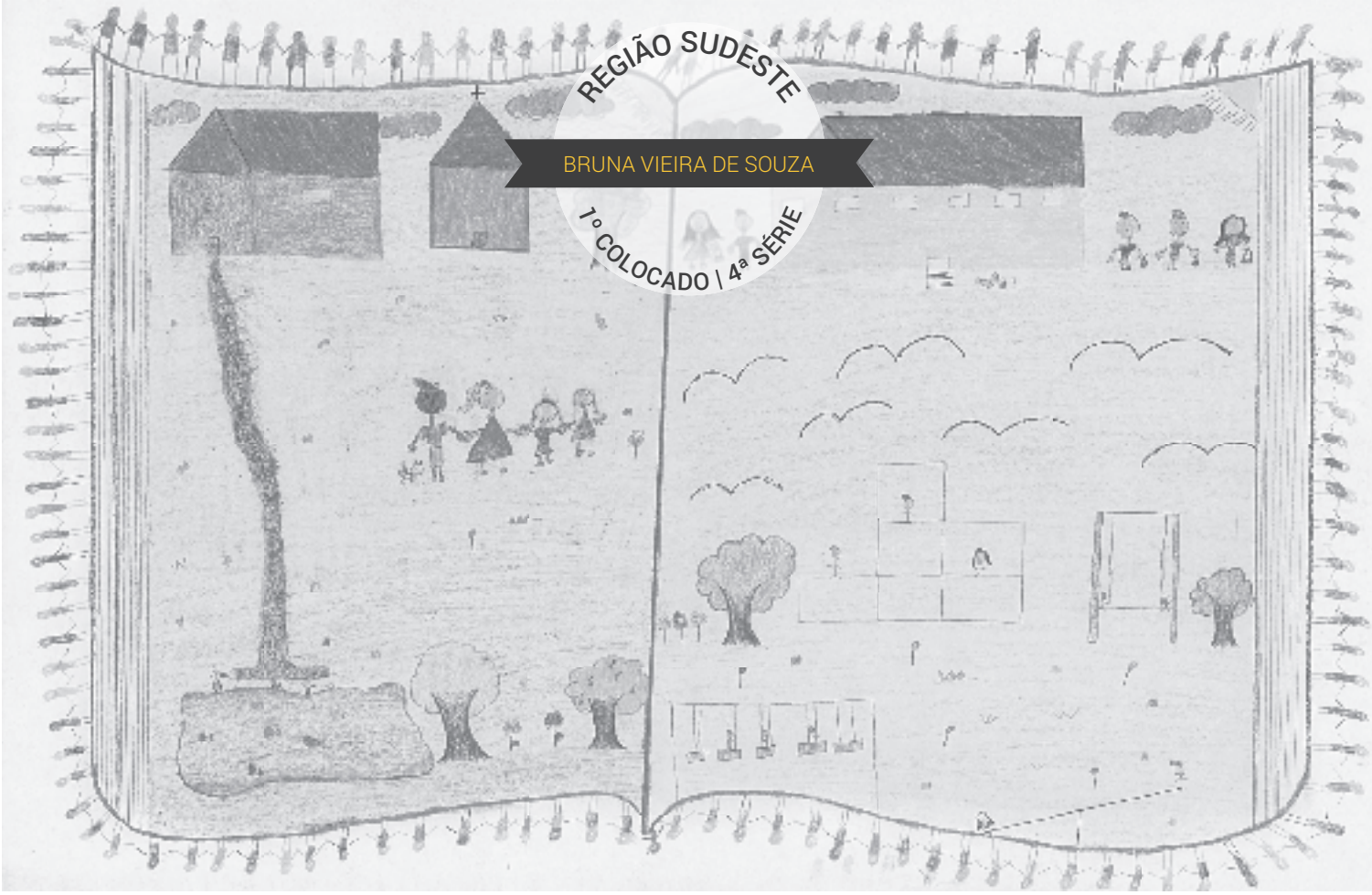
1º COLOCADO | 2ª SÉRIE



REGIÃO SUDESTE

YASMIM MIRIÃ DE OLIVEIRA

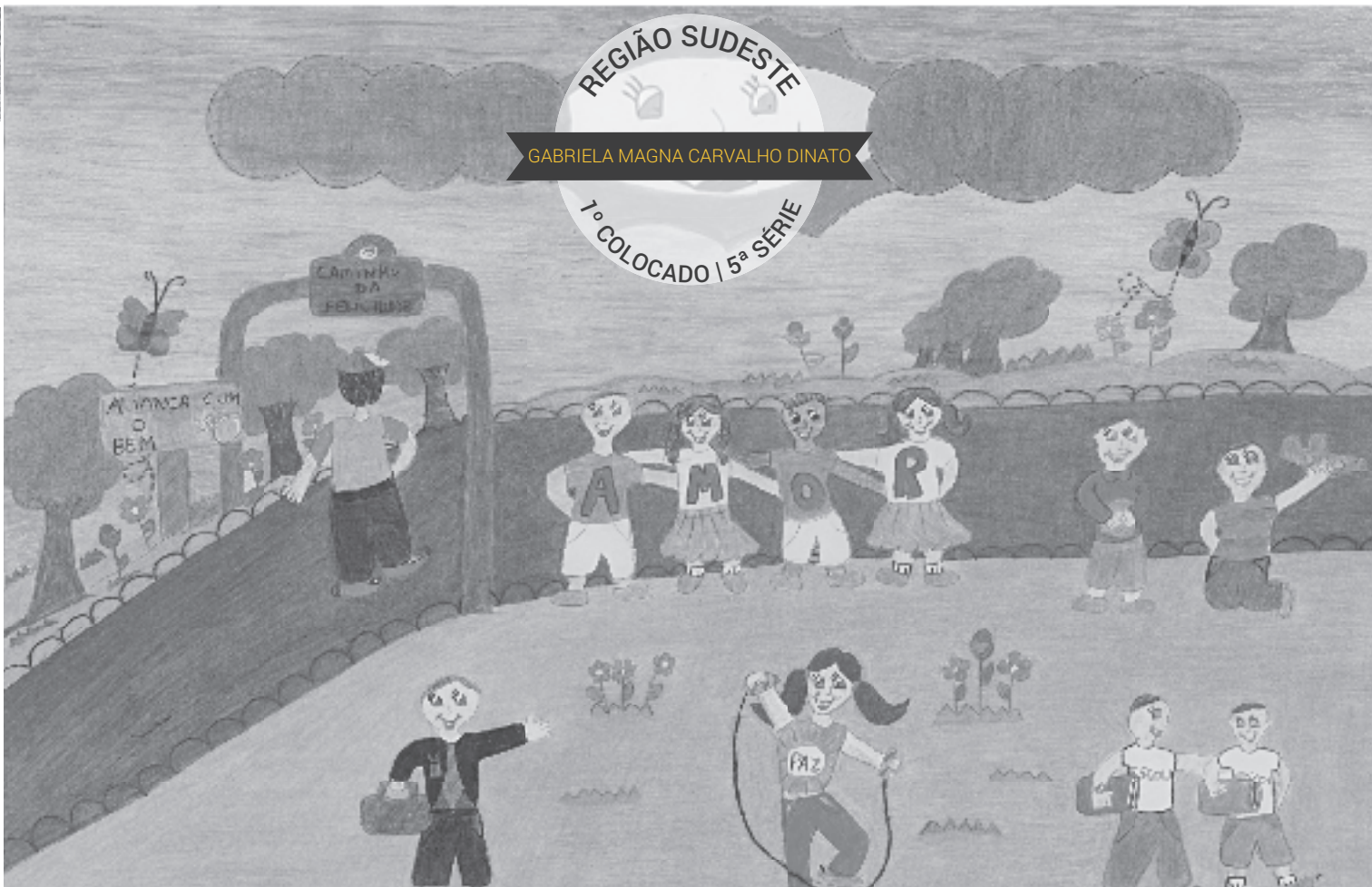
1º COLOCADO | 3ª SÉRIE



REGIÃO SUDESTE

BRUNA VIEIRA DE SOUZA

1º COLOCADO | 4ª SÉRIE



REGIÃO SUDESTE

GABRIELA MAGNA CARVALHO DINATO

1º COLOCADO | 5ª SÉRIE

REGIÃO SUL

LAURA GARCIA LOPES

1º COLOCADO | 2ª SÉRIE

REGIÃO SUL

ALAN DELLON MARMENTINI

1º COLOCADO | 3ª SÉRIE

REGIÃO SUL

MATHEUS MUCHAU

1º COLOCADO | 4ª SÉRIE

REGIÃO SUL

JAQUELINE VIEBRANTZ

1º COLOCADO | 5ª SÉRIE

132 VIVAVOZ
Orientações e informações sobre prevenção do uso de drogas

O que é o VIVAVOZ?

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

É bom falar com quem entende

- O atendimento é realizado por consultores capacitados e supervisionado por profissionais, mestres e doutores, da área da saúde.
- Os profissionais indicam locais para tratamento.
- Oferecem aconselhamento, por meio de intervenção breve, para pessoas que usam drogas e seus familiares.
- Prestam informações científicas sobre drogas.

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

Outras fontes de pesquisa

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, Drogada e Prostituída**. Kai Hermann. São Paulo: 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 Ortiz. São Paulo: Editora Senac, 2001.
- **O vencedor**. Frei Betto. São Paulo: 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, a seguir, são distribuídas gratuitamente e enviadas pelos Correios. Estão disponíveis no sítio do OBID (www.obid.senad. gov.br) para *download* e podem ser solicitadas no sítio da SENAD (www.senad.gov.br); ou, ainda, pelo telefone do serviço VIVAVOZ.

1. **Cartilhas da Série "Por Dentro do Assunto"**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2010:
   - **Drogas: Cartilha para Educadores**
   - **Drogas: Cartilha "mudando comportamentos"**
   - **Drogas: Cartilha para pais de adolescentes**
   - **Drogas: Cartilha sobre tabaco**
   - **Drogas: Cartilhas para pais de crianças**
   - **Drogas: Cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes**
2. **Glossário de álcool e drogas**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.
3. **Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas**. CEBRID/SENAD, 2010

As cartilhas podem ser obtidas em: **http://www.senad.gov.br**.

Centros de informação

Se você tem acesso à internet, consulte o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID).

No OBID, você vai encontrar muitas informações importantes. Contatos de locais para tratamento em todo o País. Instituições que fazem prevenção, grupos de ajuda mútua e demais recursos comunitários também têm seus contatos disponibilizados. Você encontra informações atualizadas sobre as drogas, cursos, palestras e eventos. Encontra, igualmente, uma relação de *links* para outros sítios que irão contribuir com seu conhecimento.

- Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID)
- Portal: http://www.obid.senad.gov.br
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)

Esplanada dos Ministérios Bloco T – Anexo II - Sala 205

CEP: 70064-900

Sítio: http://www.senad.gov.br

Contato: senad@mj.gov.br

Ministério da saúde

Sítio: http://www.saude.gov.br

Disque Saúde: 136

Conselho Estadual ou Municipal sobre Drogas

Para saber o endereço dos Conselhos do seu estado, consulte o sítio: http://www.obid.senad.gov.br