



Ministério da Justiça

Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas

CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: AÇÃO INTEGRADA ENTRE AS REDES DE SEGURANÇA PÚBLICA, SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Organizadores

Lisia von Diemen

Veralice Maria Gonçalves

Flavio Pechansky

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

PRESIDENTA DA REPÚBLICA

DILMA VANA ROUSSEFF

VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA

MICHEL MIGUEL ELIAS TEMER LULIA

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

JOSÉ EDUARDO CARDOZO

SECRETÁRIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS

PAULINA DO CARMO ARRUDA VIEIRA DUARTE

**CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
AÇÃO INTEGRADA ENTRE AS REDES
DE SEGURANÇA PÚBLICA, SAÚDE
E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

Porto Alegre, 2012

VENDA PROIBIDA

Todos os direitos desta edição 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 a prévia autorização, por escrito, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Direitos exclusivos para esta edição:

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD

Esplanada dos Ministérios

Bloco T - Sala 208

Brasília – DF CEP: 70 064-900

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Supervisão Técnica e Científica

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Equipe Técnica da SENAD

Diretora de Articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas

Carla Dalbosco

Coordenador-Geral de Projetos Estratégicos

Robson Robin da Silva

Assessor Técnico

José Rossy e Vasconcelos Júnior

Impressão: Assis Artes Gráficas



**Centro de Pesquisas em Álcool
e Drogas da Universidade Federal
do Rio Grande do Sul/Hospital
de Clínicas de Porto Alegre**

Responsáveis Técnicos

Lisia von Diemen

Veralice Maria Gonçalves

Flavio Pechansky

Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Crack, álcool e outras drogas: ação integrada entre as redes de segurança pública, saúde e assistência social / Organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte – SENAD, Lísia Von Diemen, Veralice Maria Gonçalves e Flavio Pechansky - UFRGS. – Brasília : SENAD; 2012.

184 p. : il.

ISBN: 978-85-60662-68-5

1. Dependência de Drogas. 2. Prevenção. I Duarte, Paulina do Carmo Arruda Vieira. II Von Diemen, Lísia. III Gonçalves, Veralice Maria. IV Pechansky, Flávio. V Universidade Federal do Rio Grande do Sul

CDU 613.83:616-084

Catálogo na publicação: Maria Luiza Farias de Campos – CRB10/1820

Apresentação

Prezado(a) Cursista,

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, do Ministério da Justiça, tem a satisfação de apresentar o Curso “Crack, álcool e outras drogas: ação integrada entre as redes de segurança pública, saúde e assistência social”.

A oferta dessa capacitação faz parte das metas previstas no Programa “Crack, é possível vencer”, lançado pela Presidenta Dilma Rousseff em dezembro de 2011, que ampliou as ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack em Outras Drogas, implementado pelo Governo Federal em 2010. O objetivo é desenvolver ações articuladas que contemplem a prevenção do uso, o enfrentamento ao tráfico de drogas e, sobretudo, o fortalecimento da rede de cuidado aos usuários de crack, álcool e outras drogas e seus familiares.

O curso é executado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e tem por objetivo integrar e articular a rede de segurança pública com os diferentes serviços de saúde e assistência social, além de levar conhecimentos técnicos sobre drogas e a legislação que rege a matéria, para esses profissionais que atuam no enfrentamento dos problemas relacionados ao consumo de drogas.

O material didático foi cuidadosamente preparado com base em conhecimentos técnico-científicos atualizados, convergentes com a Política Nacional sobre Drogas – PNAD, a Política Nacional sobre Álcool – PNA e a lei sobre drogas nº 11.343/2006, visando ao aperfeiçoamento das ações desenvolvidas no âmbito da Segurança Pública no país.

Desejamos que este Curso promova reflexões e embase as ações desenvolvidas em sua atuação profissional, de modo articulado com as redes de saúde e assistência social de seu estado e município.

Bom estudo!

*Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
Ministério da Justiça*



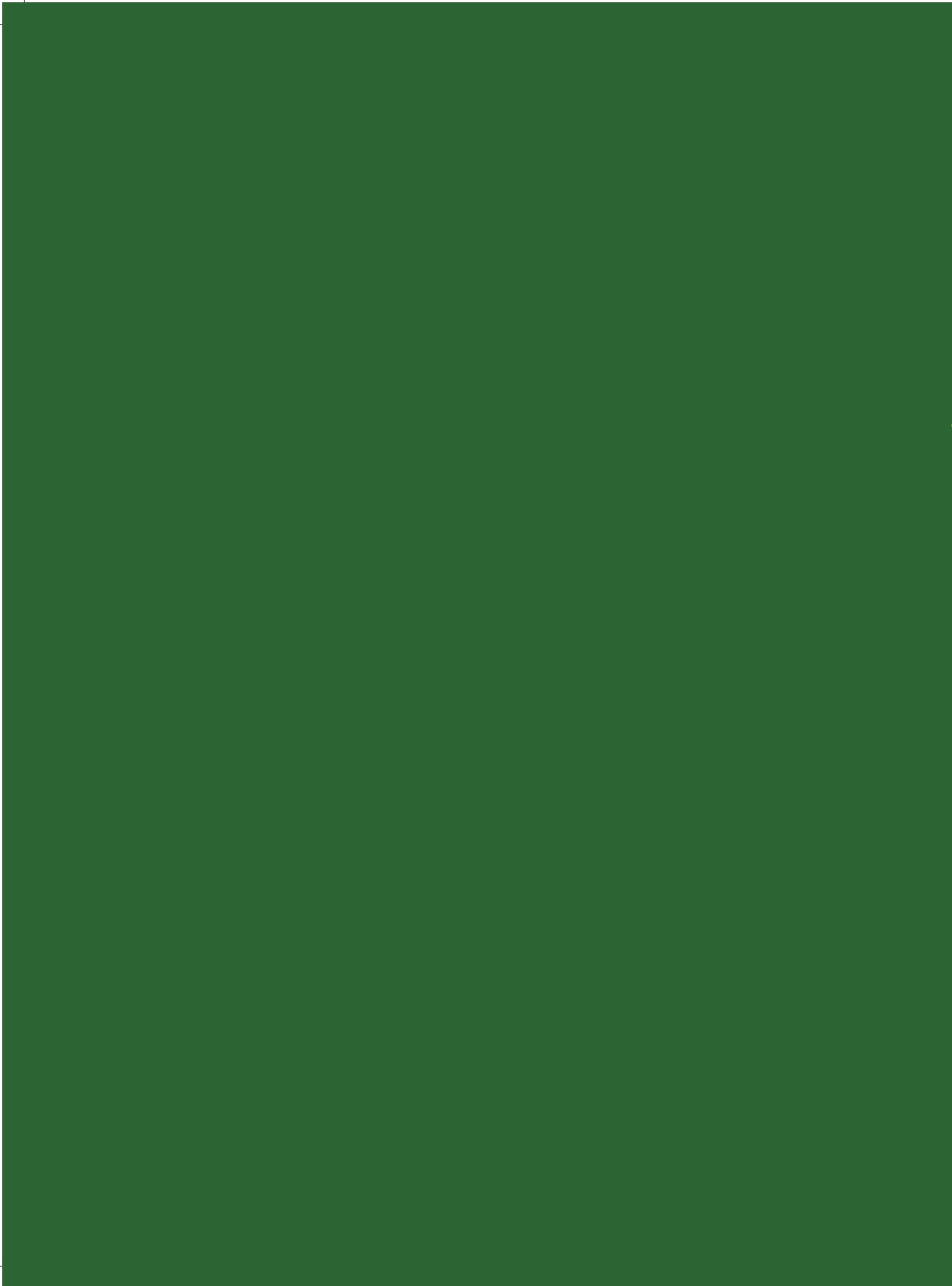
Sumário

MÓDULO 1 – Substâncias psicoativas.....	9
UNIDADE 1 – Drogas: classificação e efeitos no organismo.....	11
UNIDADE 2 – Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas.....	27
UNIDADE 3 – Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil: dados recentes	35
UNIDADE 4 – Crack – uma abordagem multidisciplinar.....	45
MÓDULO 2 – Trânsito e substâncias psicoativas.....	55
UNIDADE 5 – O uso de álcool e outras drogas no trânsito	57
UNIDADE 6 – A medida do álcool: o uso do etilômetro.....	63
UNIDADE 7 – Notificação como paradigma de mudança	67
UNIDADE 8 – O Código de Trânsito Brasileiro	71
MÓDULO 3 – Redes sociais e políticas públicas sobre drogas.....	75
UNIDADE 9 – Redes Sociais	77
UNIDADE 10 – Políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas.....	87
UNIDADE 11 – A política e a legislação brasileira sobre drogas	97
UNIDADE 12 – Sistema Único de Assistência Social – SUAS	107
UNIDADE 13 – Proteção Social Básica: a importância da dimensão preventiva do uso e dependência do crack, álcool e outras drogas.....	111
UNIDADE 14 – Proteção Social Especial: ações integradas para a atenção a situações de risco pessoal e social associadas ao uso/dependência de crack, álcool e outras drogas	121
MÓDULO 4 – Modelo restaurativo e prevenção	143
UNIDADE 15 – O modelo restaurativo para a solução adequada de conflitos, no contexto dos Juizados Especiais Criminais e das Varas de Infância e Juventude.....	145
UNIDADE 16 – Prevenção ao uso de drogas nos Juizados Especiais Criminais.....	153
MÓDULO 5 – Ação policial na abordagem do uso e abuso de drogas	165
UNIDADE 17 – Abordagem e fiscalização policial aos usuários de crack, álcool e outras drogas	167



MÓDULO 1

Substâncias psicoativas



Drogas: classificação e efeitos no organismo

Autor

Sérgio Nicastri

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. Mas também existem 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.

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

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

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

Classificação das drogas do ponto de vista legal

Drogas Lícitas

- ▲ 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.

Drogas Ilícitas

- ▲ 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:

1. Drogas **DEPRESSORAS** da atividade mental
2. Drogas **ESTIMULANTES** da atividade mental
3. Drogas **PERTURBADORAS** da atividade mental.

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 que 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.

FERMENTAÇÃO

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

DESTILAÇÃO

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

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 com os níveis da substância no sangue, 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.

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

Baixo	Médio	Alto
<ul style="list-style-type: none"> ▲ Desinibição do comportamento ▲ Diminuição da crítica ▲ Hilaridade e labilidade afetiva (a pessoa ri ou chora por motivos pouco significativos) ▲ Certo grau de ataxia (ausência de coordenação) ▲ Prejuízo das funções sensoriais 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Maior ataxia ▲ Fala pastosa, dificuldades de marcha e aumento importante do tempo de resposta (reflexos mais lentos) ▲ Aumento da sonolência, com prejuízo das capacidades de raciocínio e concentração 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Náuseas e vômitos ▲ Visão dupla (diplopia) ▲ Acentuação da ataxia e da sonolência (até o coma) ▲ Hipotermia e morte por parada respiratória

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

É um grupo de substâncias quimicamente derivadas do ácido barbitúrico, sintetizadas artificialmente desde o começo do século 20. 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. Atualmente, porém, não são mais empregados para esse 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 provocado por todos os indutores de sono são muito diferentes do sono “natural” (fisiológico).

A lei brasileira exige que todos os medicamentos que contenham barbitúricos em suas fórmulas sejam vendidos nas farmácias somente com a receita do médico, 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

GABA

Substância química produzida pelos neurônios, as células nervosas, por meio das quais se enviam informações a outras células.

Os benzodiazepínicos potencializam as ações do GABA (ácido gama-amino-butírico), 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 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-oriental (*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 (capacidade de mover-se espontaneamente) do trato gastrointestinal;
- ▲ 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;
- ▲ lacrimação;
- ▲ corrimento nasal;
- ▲ vômitos;
- ▲ cólicas intestinais;
- ▲ piloereção (arrepio), com duração de até 12 dias;
- ▲ câimbra;
- ▲ 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, o tricloroetileno, além dos já citados éter e clorofórmio, cuja mistura é chamada de “lança-perfume”, “cheirinho” ou “loló”.

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

Acompanhe na tabela abaixo os efeitos observados com o uso de solventes.

EFEITOS			
Primeira fase	Segunda fase	Terceira fase	Quarta fase
<ul style="list-style-type: none"> ▲ Euforia, com diminuição de inibição de comportamento 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Predomínio da depressão do SNC; o indivíduo torna-se confuso, desorientado ▲ Possibilidade de alucinações auditivas e visuais 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Aprofundamento da depressão, com redução acentuada do estado de alerta ▲ Incoordenação ocular e motora (marcha vacilante, fala pastosa, reflexos bastante diminuídos) ▲ Alucinações mais evidentes 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ 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, nos rins, nos nervos periféricos e na 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 existe uma descrição característica da síndrome de abstinência relacionada a esse grupo de substâncias.

DROGAS ESTIMULANTES DA ATIVIDADE MENTAL

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

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 – acidente vascular encefálico 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.

Fumantes passivos

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

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 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 importante (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.

São exemplos de drogas “anfetamínicas”: femproporex (Desobesi - M®), metilfenidato (Ritalina®), mazindol (Dasten®; Absten®; Moderamin®), metanfetamina (Pervitin, retirado do mercado) e 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 realiza 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, o crack, que é fumado. 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 da noradrenalina e da 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. No entanto, são 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.

Particularmente, no caso do crack, 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. Também podem 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 nesse 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 tal motivo, essas drogas receberam a denominação alucinógenos.

Em linhas gerais, pode-se 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 psicotomiméticos.

MACONHA

É o nome dado no Brasil à *Cannabis sativa*. Suas folhas e inflorescências secas podem ser fumadas ou ingeridas. Há também o haxixe, pasta 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 a ocorrência de 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 cardíacos 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 deste 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 aqueles 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 (*Psilocibe mexicana*, que produz a psilocibina), a jurema (*Mimosa hostilis*) e outras plantas eventualmente utilizadas na forma de chás e beberagens alucinógenas.

DIETILAMIDA DO ÁCIDO LISÉRGICO (LSD)

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 ocorre.

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 a seguir.

Delírios

Delírios de grandiosidade – Exemplo:

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 – Exemplo:

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, quando, semanas ou meses após o uso dessa substância, o indivíduo volta a apresentar repentinamente todos os efeitos psíquicos da experiência, sem ter voltado a consumir a droga. 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 também 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.

**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.

Há relatos de casos de morte por hipertermia maligna (aumento excessivo da temperatura corporal), 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.

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

ANTICOLINÉRGICOS

São substâncias provenientes de plantas ou sintetizadas em laboratório que têm a capacidade de bloquear as ações da acetilcolina, um 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, portanto, são drogas pouco específicas.

Efeitos psíquicos

Os anticolinérgicos causam alucinações e delírios. São comuns as descrições de usuários intoxicados em que eles 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.

IMPORTANTE

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

Efeitos somáticos

Essas substâncias também provocam:

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

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 (aumento da quantidade de sangue em qualquer parte do corpo), principalmente no rosto e no pescoço.

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

ESTEROIDES ANABOLIZANTES

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

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

Muitos indivíduos que consomem essas drogas são fisiculturistas, atletas de diversas modalidades ou indivíduos que procuram aumentar 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).

Em mulheres, podem ainda provocar masculinização (crescimento de pelos pelo corpo, voz grave, aumento do volume do clitóris); em homens, atrofia dos testículos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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 psychopathology. In: LOWINSON, J. H. *et al.* Substance abuse: a comprehensive textbook. 3. 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. 3. 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. 3. 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. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1997. p. 276-294.

Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas

Autores

Cláudio Elias Duarte
Rogério Shiguelo Morihisa

INTRODUÇÃO

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

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

Do ultrapassado conceito moral aos sistemas classificatórios atuais

O conceito, a percepção e o julgamento moral sobre o consumo de drogas evoluíram constantemente, e muito se baseou na relação humana com o álcool, por ser ele a droga de uso mais difundido e antigo. Os aspectos associados 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 20, nos Estados Unidos, E. M. Jellinek foi, talvez, o maior expoente, dentre os cientistas de sua época, a estudar e divulgar o assunto alcoolismo, obtendo amplo apoio dos grupos de ajuda mútua, recém-formados em 1935, como os Alcoólicos Anônimos (AA), e exercendo grande influência na Organização Mundial da Saúde (OMS) e na Associação Médica Americana (AMA).

Na década de 1960, o programa de saúde mental da OMS passou a empenhar-se ativamente a melhorar o diagnóstico e a classificação de transtornos mentais, além de prover definições claras de termos relacionados. Naquela época, a OMS promoveu uma série de encontros para rever o conhecimento a respeito do assunto, envolvendo representantes de diferentes disciplinas, de várias escolas de pensamento em psiquiatria e de todas as partes do mundo no programa. Esses encontros trouxeram os seguintes benefícios: estimularam e conduziram pesquisas sobre critérios para a classificação e a confiabilidade de diagnósticos, produziram e estabeleceram procedimentos para avaliação conjunta de entrevistas gravadas em vídeo e outros métodos úteis em pesquisa sobre diagnóstico. Inúmeras propostas para melhorar a classificação de transtornos mentais resultaram desse extenso processo de consulta, as quais foram usadas na elaboração da 8ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-8).

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

Outro sistema classificatório bastante utilizado é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), da Associação Psiquiátrica Americana. Ambos os sistemas classificatórios refletem, em seus critérios para dependência, os conceitos de Síndrome da Dependência do Álcool propostos inicialmente por Edwards e Gross, em 1976. Interessante é que o diagnóstico da Síndrome da Dependência do Álcool pode estabelecer níveis de comprometimento ao longo de um contínuo, entre o nunca ter experimentado e o gravemente enfermo, levando em conta 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 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 dependente.

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 da 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, do horário, 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 irá obtê-la, onde irá consumi-la e como irá 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 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 de abstinência descritos porque não reduz ou até aumenta gradualmente seu consumo, retardando muitas vezes o diagnóstico.

▲ *Reinstalação da síndrome de dependência*

O antigo padrão de consumo pode se restabelecer rapidamente, mesmo após longo período de não uso. Note que, nesse raciocínio sobre a Síndrome da 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.



Figura 1: Padrões de consumo

Observe a figura 1, que mostra os padrões de consumo do álcool, segundo Edwards (1977), na 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). No quadrante superior esquerdo, observa-se que, embora ele não apresente nenhum grau de dependência, tem problemas decorrentes do uso de álcool (uso problemático ou abuso). Já no quadrante superior direito, encontra-se o indivíduo que apresenta um quadro de Síndrome da 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 da Dependência do Álcool permitiu que os sistemas classificatórios atuais operacionalizassem o conceito psicopatológico da dependência, ao utilizar critérios práticos e confiáveis. Mas qual é a vantagem de estabelecer precisão em tais critérios? Possibilitar um bom diagnóstico, etapa primeira antes de qualquer abordagem.

Padrões de Consumo 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 em que aumenta o risco de consequências prejudiciais para o usuário.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o termo “uso nocivo” é aquele que resulta em dano físico ou mental, enquanto, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), “abuso” engloba também consequências sociais.

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

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

Dependência

A Tabela 2 apresenta uma comparação entre os critérios de dependência referidos no DSM-IV e na CID-10. Esses dois sistemas de classificação facilitam identificar o dependente de substância psicoativa.

Tabela 2: Comparação entre os critérios para dependência de substância psicoativa do DSM-IV e da CID-10

DSM-IV	CID-10
<p>Padrão mal adaptativo de uso, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos, manifestados por 3 ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: <ol style="list-style-type: none"> 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 um dos seguintes aspectos: <ol style="list-style-type: none"> 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. Há um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção e utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em razão do uso. O uso continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado pela substância. 	<p>Três ou mais das seguintes manifestações ocorrendo conjuntamente por pelo menos 1 mês ou, se persistirem por períodos menores que 1 mês, devem ter ocorrido juntas de forma repetida em um período de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 similar para aliviar ou evitar tais sintomas. 4. Evidência de tolerância aos efeitos, necessitando de quantidades maiores para obter o efeito desejado ou estado de intoxicação ou redução acentuada desses 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 espera-se que esteja) da natureza e extensão dos efeitos nocivos.

Considerações finais

Os transtornos por uso de substâncias psicoativas, com todas suas características e consequências biopsicossociais, apresentam-se, na atualidade, como um grave problema de saúde pública.

A determinação dos diversos padrões de uso de substâncias psicoativas é importante para estabelecer o melhor programa terapêutico para esses indivíduos, além de permitir diagnóstico e classificação acurados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). DSM-IV – Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. ed. Washington DC, 1994.
- BABOR, T. F. Social, scientific, and medical issues in the definition of alcohol and drug dependence. In: EDWARDS, G., LADER, M. (Ed.). The nature of drug dependence. Oxford: Oxford University Press, 1990.
- BERTOLETE, J. M. Glossário de termos de psiquiatria e saúde mental da CID-10 e seus derivados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- EDWARDS, G.; GROSS, M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, v. 1, nº 6017, p. 1058-1061, 1976.
- GHODSE, H. *Drugs and addictive behaviour: a guide to treatment*. 2. ed. Oxford: Blackwell Science, 1995.
- LARANJEIRA, R.; NICASTRI, S. Abuso e dependência de álcool e drogas. In: ALMEIDA, O. P.; DRATCU, L.; LARANJEIRA, R. *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. p. 83-88.
- LEITE, M. C. Fatores preditivos da resposta terapêutica em tratamento ambulatorial para dependentes de cocaína. 200 p. Tese Doutorado – Área de Psiquiatria, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.
- LOWINSON, J. H. *et al.* *Substance abuse: a comprehensive textbook*. 2. ed. Baltimore: William & Wilkins, 1997.
- MASUR, J.; CARLINI, E. A. *Drogas: subsídios para uma discussão*. 4ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10 – Critérios diagnósticos para pesquisas. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1997.



Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil: dados recentes

Autores

Cláudio Elias Duarte
Rogério Shiguelo Morihisa

EPIDEMIOLOGIA

A palavra vem do grego *epidemíon* (aquele que visita): *epí* (sobre), *demós* (povo), *logos* (palavra, discurso, estudo).

Etimologicamente, epidemiologia significa “ciência do que ocorre com o povo”.

Por exemplo: “Quantas pessoas estão infectadas com o vírus da AIDS?”, ou “Quantas são fumantes?”, ou, ainda, “Quantas ganham salário mínimo?”. São questões com as quais se preocupa a epidemiologia.

Prevalência

É a proporção de casos existentes de certa doença ou fenômeno, em uma população determinada, em um tempo determinado. Por exemplo: “Quantos fumantes havia entre os moradores da cidade de São Paulo em 2001?”. Casos existentes: fumantes; população determinada: moradores de São Paulo; tempo determinado: ano 2001.

Incidência

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

Definições importantes

Uso na vida

Qualquer uso (inclusive um único uso experimental) alguma vez na vida.

Uso no ano

Uso, ao menos uma vez, nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa.

Uso no mês

Uso, ao menos uma vez, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa.

Uso frequente

Uso, em seis ou mais vezes, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa.

Uso pesado

Uso, em 20 ou mais vezes, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa.

Uso abusivo

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

Dependência

Quando a pessoa não mais consegue cumprir com suas obrigações cotidianas devido ao uso da substância ou aos efeitos adversos de seu uso (“ressaca”). Ela passa quase todo o tempo ou sob efeito da droga, ou “curando a ressaca”, ou tentando obter a substância.

Objetivos dos estudos epidemiológicos na área de drogas

- ▲ Diagnosticar o uso de drogas em determinada população
- ▲ Possibilitar a implantação de programas preventivos adequados à população pesquisada.

Tipos de estudos

Levantamentos epidemiológicos

Fornecem dados diretos do consumo de drogas. Podem ser:

- ▲ domiciliares (pesquisam o uso de drogas entre moradores de residências sorteadas);
- ▲ com estudantes (alunos dos ensinos fundamental, médio ou superior);
- ▲ com crianças e adolescentes em situação de rua (informações colhidas entre crianças e adolescentes que vivem a maior parte do tempo na rua);
- ▲ com outras populações específicas; por exemplo: profissionais do sexo, trabalhadores da indústria, policiais, etc.

Indicadores epidemiológicos

Fornecem dados indiretos do consumo de drogas de determinada população. Podem ser:

- ▲ internações hospitalares por dependência;
- ▲ atendimentos ambulatoriais de usuários de drogas/álcool;
- ▲ atendimentos em salas de emergência 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 (ex.: benzodiazepínicos e anfetamínicos);
- ▲ mídia (notícias sobre drogas veiculadas pelos meios de comunicação);
- ▲ casos de violência decorrentes do uso de drogas;
- ▲ prisões de traficantes.

Dados Recentes sobre o Consumo de Drogas no Brasil

Levantamentos populacionais

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

O I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2001), 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 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) indicaram que 12,3% das pessoas com idade entre 12 e 65 anos das 108 maiores cidades brasileiras eram dependentes de álcool, prevalência superior à encontrada no I Levantamento, que foi de 11,2%. Além disso, no II Levantamento, cerca de 75% dos entrevistados relataram já ter feito uso de álcool na vida, 50% no último ano e 38% no último mês. Os dados também constataram 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 os 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 aumento real e significativo, segundo as análises estatísticas aplicadas.

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

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

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

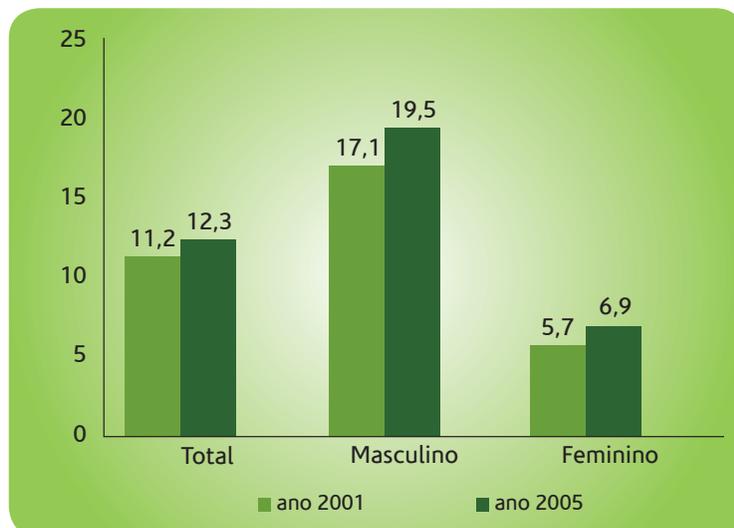


Figura 1: Comparação entre os Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil de 2001 e 2005, segundo dependência de álcool (Fonte: SENAD e CEBRID – UNIFESP).

A segunda droga com maior **uso na vida** (exceto tabaco e álcool) foram os **solventes** (6,1%), com aumento de 0,3% em relação a 2001, porcentagem inferior à encontrada nos EUA (9,5%) e superior à de países como Espanha (4,0%), Bélgica (3,0%) e Colômbia (1,4%).

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

Quanto aos **estimulantes** (medicamentos anfetamínicos), o **uso na vida** foi de 3,2% em 2005, aumentando 1,7% em comparação com 2001, porcentagem próxima à de vários países, como Holanda, Espanha, Alemanha e Suécia, mas muito inferior à dos 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**, no levantamento realizado em 2005. Em comparação com os dados de 2001 (2,3%), houve, portanto, aumento de 0,6% no número de pessoas utilizando esse derivado de coca.

Diminuiu o número de entrevistados de 2005 (1,9%) ao se comparar com o ano de 2001 (2,0%) relatando o uso de xarope à base de codeína.

O **uso na vida de heroína** em 2001 foi de 0,1%; em 2005, houve sete relatos, correspondendo a 0,09%. Esse dado é menor que o constatado nos EUA (1,3%).

Tabaco

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

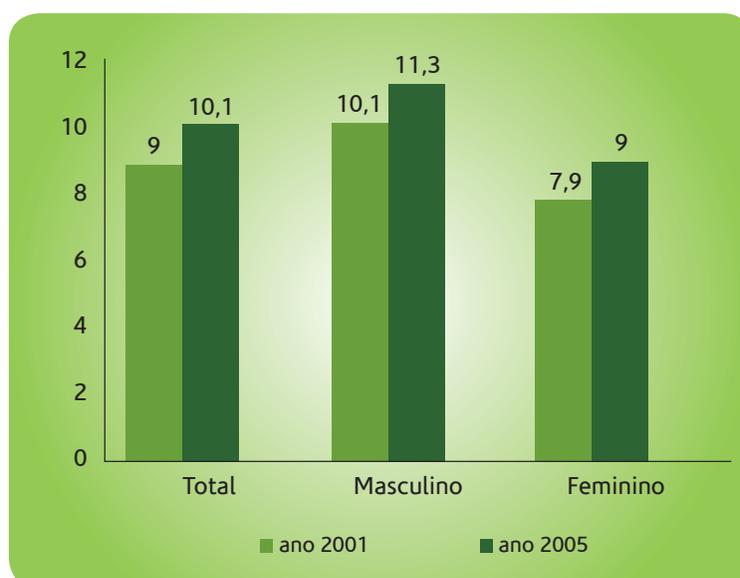


Figura 2: Comparação entre os Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil de 2001 e 2005, segundo o uso na vida de tabaco e dependência, distribuído por sexo (Fonte: SENAD e CEBRID – UNIFESP).

Drogas psicotrópicas (exceto tabaco e álcool)

A Figura 3 mostra o uso na vida, distribuído por gênero, em 2001 e 2005, para 15 drogas.

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

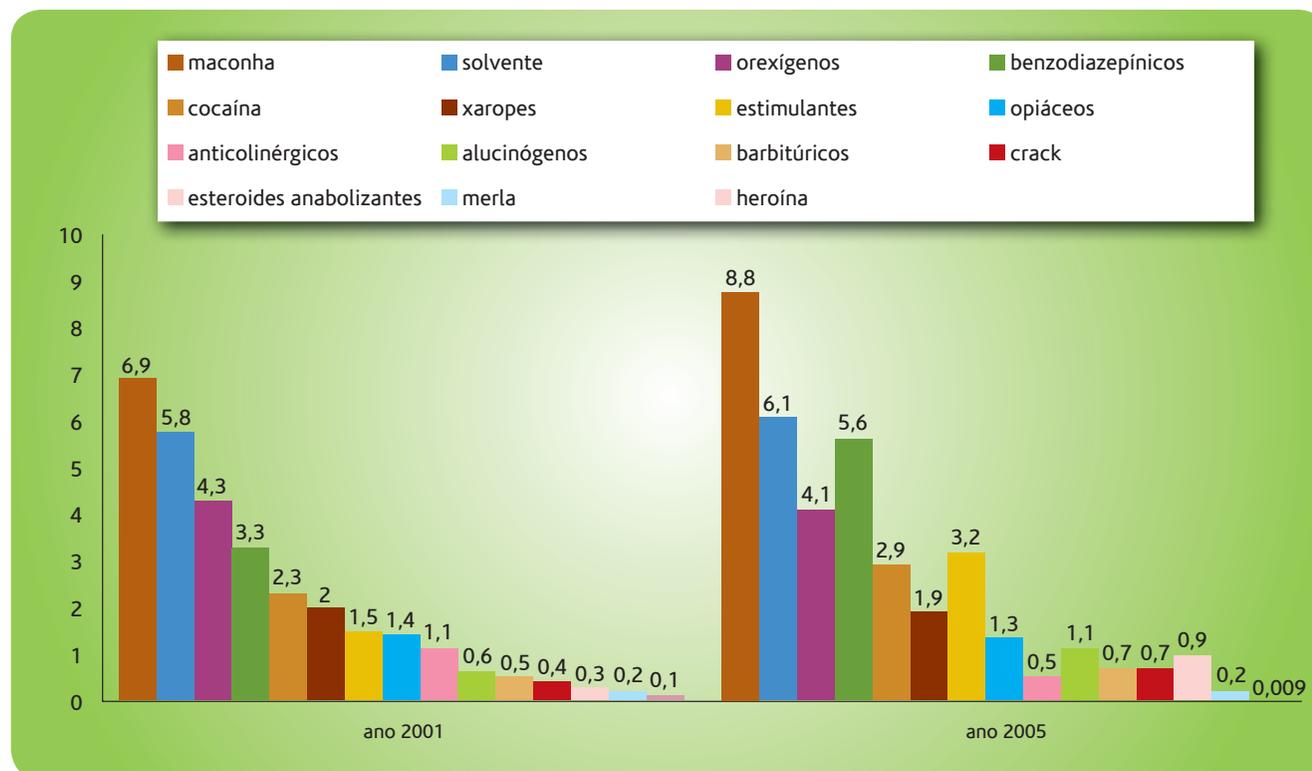


Figura 3: Comparação entre os Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil de 2001 e 2005, segundo o uso na vida de drogas, exceto álcool e tabaco (Fonte: SENAD e CEBRID-UNIFESP).

Outro importante levantamento, publicado em 2007 pela SENAD, em parceria com a UNIAD-UNIFESP, investigou os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. O estudo foi realizado em 143 municípios 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 apresentavam dependência de álcool, o que representou diminuição nos percentuais apresentados anteriormente.

O último estudo feito pela SENAD, em parceria com a UFRGS, na população geral foi 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 outros achados, que 25% dos motoristas entrevistados referiram ter consumido cinco ou mais doses de bebida alcoólica (beber pesado episódico ou *binge drinking*) entre duas e oito vezes no último mês. Também demonstrou que os motoristas que apresentaram resultados positivos nos 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 do que os que apresentavam resultados negativos nos referidos testes (sóbrios).

Populações específicas

Em 2004, dando sequência à pesquisa com estudantes dos ensinos fundamental e médio, foi realizado, também pela SENAD em parceria com o CEBRID-UNIFESP, o V Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública das 27 Capitais Brasileiras. Esse estudo indicou que o primeiro uso de álcool dava-se por volta dos 12 anos de idade e predominantemente no ambiente familiar. No entanto, as intoxicações alcoólicas ou mesmo o uso regular de álcool raramente ocorriam antes da adolescência. A pesquisa demonstrou, ainda, que 65,2% dos jovens já haviam ingerido álcool alguma vez na vida, 63,3% haviam feito algum uso no último ano e 44,3% haviam consumido alguma vez no último mês. Outros dados preocupantes referiram-se à frequência do uso dessa substância: 11,7% faziam uso frequente (seis ou mais vezes no mês) e 6,7%, uso pesado (20 ou mais vezes no mês). Embora não sejam drogas psicotrópicas, o uso na vida de energéticos por estudantes foi expressivo em todas as capitais: 12,0% no total. Essas substâncias merecem atenção especial, pois, segundo vários estudos, podem prolongar o efeito excitatório do álcool.

No segundo semestre de 2010, dando continuidade a essa série histórica, foram divulgados resultados preliminares do 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 na amostra da rede privada de ensino, o que representa um perfil mais próximo da realidade do consumo de álcool e outras drogas nesse segmento. Verificou-se diminuição estatisticamente significativa do consumo de álcool, anfetamínicos e solventes entre os estudantes dos ensinos fundamental e médio, em um período de 23 anos (desde o I Levantamento, de 1987, ao mais recente, de 2010). Observou-se, entretanto, aumento significativo do consumo de maconha e cocaína nesse mesmo período. Esse padrão de uso de drogas dos estudantes brasileiros assemelha-se ao de estudantes norte-americanos. À exceção dos inalantes, estima-se que o Brasil apresenta, atualmente, menores prevalências de consumo de drogas que os demais países, 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-UNIFESP, um importante levantamento realizado em todas as capitais do Brasil com jovens de 10 a 18 anos de idade. Nessa pesquisa, constatou-se que, entre os entrevistados que não moravam com a família, 88,6% haviam usado algum tipo de droga (incluindo álcool e tabaco) no mês anterior à entrevista. Especificamente com relação ao álcool, 43% do total de entrevistados (incluindo os que moravam e os que não moravam com a família) relataram ter feito uso no último mês.

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

Indicadores epidemiológicos

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

Outro indicador importante refere-se ao uso indevido de medicamentos psicotrópicos. No Brasil, o uso indevido de benzodiazepínicos (ansiolíticos) passou a ser motivo de preocupação no final da década de 1980. Estudos mais recentes mostram que os benzodiazepínicos compõem a classe de medicamentos psicotrópicos mais prescritos, com base na análise de receitas médicas retidas em estabelecimentos farmacêuticos. São as mulheres as maiores consumidoras dessas substâncias, e os médicos sem especialização, os maiores prescritores. No entanto, os benzodiazepínicos não são a única classe de medicamentos psicotrópicos sujeitos ao “abuso terapêutico”. Há a prescrição indiscriminada de anfetaminas (inibidores do apetite) para fins estéticos para pacientes sem evidência de indicação clínica, com índice de massa corporal (IMC) maior que 30 kg/m².

Considerações finais

Pode parecer estranho que, para uma mesma droga, apareçam porcentagens diferentes. Isso ocorre porque cada tipo de levantamento estuda determinada população com particularidades próprias. A Tabela 1 ilustra esse aspecto. É possível notar, por exemplo, que na pesquisa domiciliar (incluindo pessoas de 12 a 65 anos de idade) o uso na vida de solventes foi relatado por 5,8% dos entrevistados, enquanto entre jovens (estudantes, universitários e crianças e adolescentes em situação de rua) a porcentagem foi bem maior. Isso significa que, quando se pretende aplicar um programa preventivo ou uma intervenção, é importante conhecer antes o perfil daquela população específica, pois suas peculiaridades são relevantes para um planejamento adequado.

Tabela 1: Comparação do uso *na vida* de algumas drogas em quatro diferentes populações pesquisadas

LEVANTAMENTOS				
Drogas	Domiciliar	Estudantes dos ensinos fundamental e médio	Crianças e adolescentes em situação de rua	Universitários
Maconha	6,9%	7,6%	40,4%	26,1%
Solventes	5,8%	13,8%	44,4%	20,4%
Cocaína	2,3%	2,0%	24,5%	7,7%

Fonte: SENAD, CEBRID - UNIFESP e GREM-FMUSP.

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, A. G.; DUARTE, P. C. A. V.; OLIVEIRA, L. G. (Org.). I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras. Brasília: SENAD, 2010.
- BEAGLEHOLE, R. BONITA, R.; KJELLSTROM, T. Epidemiologia básica. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994. 186 p.
- BRASIL. O adolescente e as drogas no contexto da escola. Curso de formação em prevenção do uso indevido de drogas para educadores de escolas públicas. v. 1. Brasília: SENAD/MEC, 2004. 84 p.
- CARLINI, E. A. *et al.* I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. São Paulo: CEBRID-UNIFESP, 2002. 380 p.
- CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br>>. Acesso em: jan. 2011.
- CONACE – Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior. Quinto informe anual sobre la situación de drogas en Chile, 2005. Disponível em: <<http://www.conacedrogas.cl>>. Acesso em: jan. 2011.

- EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Disponível em: <<http://www.emcdda.eu.int>>. Acesso em: jan. 2011.
- GALDURÓZ, J.C. F. et al. V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2004. São Paulo: CEBRID-UNIFESP, 2005. 398 p.
- INCB – International Narcotic Control Board. Report for 2009: Psychotropic substances – Statistics for 2008 – Assessments of annual medical and scientific requirements or substances in schedules II, III and IV of the Convention on Psychotropic Substances of 1971. New York: United Nations, 2010. p. 369.
- LARANJEIRA, R. et al. I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. Brasília: SENAD, 2007.
- NAPPO, S. A. et al. Use of anorectic amphetamine-like drugs by Brazilian women. *Eating Behaviors*, v. 3, nº 2, p. 153-165, 2001.
- NIDA – National Institute on Drug Abuse. High School and youth trends. Disponível em: <http://www.drugabuse.gov/infofacts/hsyouthtrends.html>>. Acesso em: jan. 2011.
- NOTO, A. R. et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the state of São Paulo, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, nº 2, p. 68-73, 2002.
- NOTO, A. R. et al. Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras – 2003. São Paulo: CEBRID-UNIFESP, 2004. 246 p.
- POLÍCIA FEDERAL. Disponível em: <<http://www.dpf.gov.br>>. Acesso em: abr. 2010.
- SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies: 1999-2000 National Household Survey on Drug Abuse. U.S. Department of Health and Human Services, 2001. Disponível em: <<http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/reports.htm>>. Acesso em: jan. 2011.

Crack – uma abordagem multidisciplinar

Autores

Marcelo Santos Cruz
Renata Werneck Vargens
Marise de Leão Ramôa

INTRODUÇÃO

O crescimento do consumo de crack e dos problemas relacionados a ele 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 na construção de um programa de intervenção integrada que inclua ações de promoção da saúde e de conscientização e informação sobre os riscos do uso de crack, disponibilização de serviços de atendimento, estudos clínicos sobre tratamento da dependência dessa substância, entre outros. O consumo de álcool, tabaco e outras drogas agrava problemas sociais, gera sofrimento para os usuários e suas famílias e tem consequências econômicas significativas. O rápido aumento do consumo de crack desde a década de 1990 incrementa a gravidade de tais problemas, amplificando as condições de vulnerabilidade especialmente para as parcelas carentes da população. No Brasil, o consumo cresceu, sobretudo, entre crianças, adolescentes e adultos em situação de rua, motivando pressões diversas sobre os atores sociais pela necessidade de ações que forneçam aos usuários de crack oportunidades de viverem de forma digna e com saúde.

Em muitos aspectos, o consumo de crack e os problemas relacionados a ele não são diferentes do que os de outras drogas. No entanto, há diferenças, e, para que as ações empreendidas sejam efetivas,

é imprescindível conhecer de maneira mais profunda os problemas relacionados ao uso de crack. A necessidade de conhecimento se estende à importância de capacitar os profissionais que lidam no dia a dia com usuários de crack e seus familiares.

Assim, o objetivo deste texto é resumir informações sobre essa substância, seus efeitos sobre o Sistema Nervoso Central e o psiquismo e as consequências de seu uso sobre o organismo. Também se discute o contexto social do uso de crack e se relatam as abordagens terapêuticas consideradas mais efetivas. O enfoque descrito sustenta-se em uma compreensão de que o consumo e os problemas relacionados ao crack devem ser entendidos como determinados por múltiplos aspectos da existência humana, incluindo as dimensões biológicas, psíquicas e socioculturais, tanto na origem dos problemas como nas propostas de sua abordagem.

O que é o crack?

O crack é uma forma distinta de levar a molécula de cocaína ao cérebro. Sabe-se que a cocaína é uma substância encontrada em um arbusto originado de regiões dos Andes, cujos principais produtores são a Bolívia, o Peru e a Colômbia. Os nativos mascam as folhas da coca desde antes da chegada dos conquistadores espanhóis no século 16. No século 19, a planta foi levada para a Europa, onde se identificou qual era a substância que provocava seu efeito. Esta foi, então, chamada de cocaína.

A partir daí, processos químicos começaram a ser utilizados para extrair a cocaína da folha da coca, gerando um pó branco, o cloridrato de cocaína. Desde o século 19, esse pó branco é inalado ou injetado nas veias, dissolvido em água. Utilizando processos de fabricação diversos, também são produzidas formas que podem ser fumadas. São elas a merla, a pasta de coca e o crack.

Esses diferentes modos de administração da molécula de cocaína (inalada, injetada ou fumada) têm efeitos distintos no indivíduo. Quando a droga é fumada, grande quantidade de moléculas de cocaína atinge o cérebro quase instantaneamente, produzindo um efeito explosivo, descrito pelos usuários como uma sensação de prazer intenso. A droga é, então, rapidamente 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 com um comportamento compulsivo, que, com frequência, caem em uma espiral em que os atos de usar a droga e procurar meios de reutilizá-la se alternam cada vez mais rapidamente. Outra diferença entre o crack e a cocaína em pó é que, para os produtores de drogas, o crack é muito mais barato. Em resumo, o crack é uma forma muito barata de levar as moléculas de cocaína ao cérebro em segundos, provocando efeito muito intenso.

Epidemiologia

O surgimento do uso de 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 como um todo, o uso de crack é muito raro. No entanto, quando se enfocam parcelas específicas da população, encontra-se consumo cada vez maior. Por exemplo, de acordo com o II Levantamento Domíliciar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado nas 108 maiores cidades do país, 0,7% da população adulta relatava já ter feito uso de crack pelo menos uma vez na vida, o que significa um contingente de mais de 380 mil pessoas. A maior porcentagem de uso de crack na vida foi encontrada entre homens, na faixa etária de 25 a 34 anos, constituindo 3,2% da população adulta ou cerca de 193 mil pessoas. Além disso, a comparação dos resultados do I Levantamento, feito em 2001, e do II, realizado em 2005, mostrou que houve aumento estatisticamente significativo daqueles que relataram uso de crack no mês anterior à pesquisa. Embora haja usuários de crack em todas as regiões brasileiras, Sul e Sudeste concentram a maior parte deles.

Os estudos que enfocavam estudantes dos ensinos fundamental e médio, conduzidos entre 1987 e 2004 em São Paulo e depois no Brasil, encontraram crescimento do consumo de cocaína em cidades do Nordeste (Salvador, Recife e Fortaleza), além de Belo Horizonte e Rio de Janeiro. Vários estudos com estudantes de diversas cidades brasileiras mostraram taxas de uso de cocaína na vida sempre menores que 3,6%. Entretanto, estudos entre universitários já identificavam taxas de até 10% de uso na vida no início da década de 1990. Quando um levantamento abrangeu estudantes universitários de todo o Brasil, a taxa caiu para 1,2% de uso de crack na vida.

Quando o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) investigou o uso de drogas por meninos em situação de rua, encontrou taxas bem maiores: os menores que haviam usado cocaína no último mês eram 45% 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.

Ação da droga no Sistema Nervoso Central

A dependência é uma complicação que pode ocorrer entre usuários de cocaína e crack. Ela se caracteriza pela perda de controle do uso e por prejuízos decorrentes do consumo, obtenção e recuperação nas diversas esferas da vida: pessoal, familiar, trabalho, lazer, judicial, etc.

Quando a cocaína é fumada na forma de crack, o vapor aspirado é rapidamente absorvido pelos pulmões, alcançando o cérebro em 6 a 8 segundos. Quando a droga é injetada nas veias, demora de 16 a 20 segundos para atingir o mesmo efeito e, quando cheirada, de 3 a 5 minutos. Fumar o crack é, portanto, a via mais rápida de fazer com que a droga chegue ao cérebro, e provavelmente essa é a razão para a rápida progressão para a dependência. Comparando o uso de crack com o de outras formas da cocaína, há maior proporção de uso intenso e de aumento da fissura.

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 provoca sensação de euforia, aumento da autoestima, indiferença à dor e ao cansaço, sensação de estar alerta especialmente a estímulos visuais, auditivos e ao toque. Os usuários também podem apresentar tonteiras e ideias de perseguição (síndrome paranoide).

Abstinência

Os sintomas de abstinência começam a aparecer de 5 a 10 minutos após o uso. Os principais são fadiga, desgaste físico, prostração, 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 de crack são decorrentes da ação local direta dos vapores em alta temperatura (como queimaduras e olhos irritados) e das ações farmacológicas estimulantes da substância.

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, haja vista que, muitas vezes, eles convivem em ambientes fechados, dividem os instrumentos de consumo da droga e apresentam baixa adesão ao tratamento, favorecendo, dessa maneira, a disseminação do bacilo da tuberculose.

Coração

O uso de crack provoca aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, podendo ocorrer isquemias, arritmias cardíacas, problemas no músculo cardíaco e infartos agudos do coração.

Sistema nervoso

As principais complicações neurológicas do uso de crack são acidente vascular cerebral (derrame cerebral), dor de cabeça, tonteiras, inflamações dos vasos cerebrais, atrofia cerebral e convulsões.

Doenças sexualmente transmissíveis/AIDS

O consumo de crack e cocaína tem sido associado 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 a troca de sexo por crack ou por dinheiro para compra da droga. Deve ser levada em consideração a vulnerabilidade social a que estão expostas as usuárias que trocam sexo por crack ou por dinheiro para comprar a droga. Ademais, não se pode esquecer que há possibilidade de transmissão de HIV através de lesões orais e labiais causadas pelos cachimbos.

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 o encontrado em pesquisas realizadas 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. Também aponta que cerca de um terço delas já havia 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. É comum haver redução do apetite, náusea e dor abdominal. Frequentemente, a alimentação e o sono são prejudicados, ocorrendo emagrecimento e esgotamento físico. Os hábitos básicos de higiene também costumam 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.

Gravidez (gestante e bebê)

Quando consumido durante a gestação, o crack, ao chegar à corrente sanguínea, aumenta o risco de complicações tanto para a mãe como para o bebê. Para a gestante, há maior risco de descolamento prematuro de placenta, aborto espontâneo e redução da oxigenação uterina. No bebê, o crack pode reduzir a velocidade de crescimento fetal, o peso e o perímetro cefálico (diâmetro da cabeça) ao nascimento. Há ainda risco de má formação congênita, morte súbita na infância, alterações do comportamento e atraso do desenvolvimento. O crack passa pelo leite materno.

Associação com bebidas alcoólicas

Se o crack for fumado associado com o consumo de bebidas alcoólicas, as duas substâncias podem se combinar, formando cocaetileno. Essa substância tóxica produz um efeito mais intenso que o crack sozinho e aumenta o risco de complicações fatais.

Outros

Várias situações já foram relacionadas ao uso de crack, como lesões do fígado, dos rins, dos músculos, intestinais, queimaduras em mãos, boca, nariz e rosto e lesões oculares pelo efeito tóxico ou por queimadura.

Danos psíquicos

Alterações cognitivas

O crack afeta o cérebro de diversas maneiras. A ação vasoconstritora (contração dos vasos sanguíneos) diminui a oxigenação cerebral, alterando tanto o funcionamento como a estrutura do cérebro. O uso de crack pode prejudicar as habilidades cognitivas (inteligência) envolvidas especialmente com a função de planejamento, tomada de decisões e atenção, prejudicando a capacidade de solução de problemas, a flexibilidade mental, a velocidade de processamento de informações, a “regulação das emoções” (capacidade de entender e integrar as emoções com outras informações cerebrais) e o controle de impulsos. O prejuízo cognitivo pode interferir na adesão desses pacientes ao tratamento proposto e na elaboração de estratégias de enfrentamento de situações de risco.

Alguns efeitos revertem rapidamente e outros persistem por semanas, mesmo depois de a 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

Problemas relacionados ao uso de outras substâncias psicoativas e outro(s) diagnóstico(s) psiquiátrico(s) (comorbidade) são comuns 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 associados com o uso de crack do que com outras vias de uso da cocaína.

A presença de comorbidade aumenta a gravidade do quadro de uso de substâncias, e o uso de crack aumenta a gravidade da comorbidade. Da mesma forma, o tratamento da condição associada permite melhor prognóstico em relação ao uso de crack.

Consequências sociais

Em São Paulo, estudo de Solange Nappo e colaboradores (2004) com profissionais do sexo usuárias de crack constatou que essas mulheres, na maioria, são jovens, mães, com baixa escolaridade, vivem com familiares ou parceiros e são sustentadas por elas mesmas. A maior parte trocava sexo por crack diariamente (de um a cinco parceiros por dia), não escolhia o parceiro nem o tipo de sexo, tampouco exigia o uso de camisinha. Outro estudo sobre mulheres trabalhadoras do sexo em Santos mostrou a associação entre consumo de crack, uso de cocaína injetável e positividade para o HIV.

Também em São Paulo, foi realizado um estudo de seguimento (*follow-up*) de cinco anos de 131 pacientes que estiveram internados. Entre eles, 18% morreram no período estudado, a maioria homens de menos de 30 anos, solteiros, com baixa escolaridade. A taxa de mortalidade anual (2,5%) era sete vezes maior do que a da população geral da cidade. As causas externas foram responsáveis por 69,6% das mortes, sendo 56,6% por homicídio, 8,7% por overdose e 4,3% por afogamento. Entre as causas naturais (não externas), 26,1% foram por HIV/AIDS e 4,3% por hepatite B.

Abordagens terapêuticas

O tratamento da dependência do crack reside, em sua maior parte, em abordagens psicoterápicas e psicossociais. Os resultados de pesquisas sobre o uso de medicações no tratamento da dependência do crack são apresentados a seguir, tornando claras suas limitações, pelo menos até o momento. Além disso, a hospitalização, quando necessária, não é suficiente no tratamento desses quadros. Deve ser feita uma avaliação abrangente, levando em conta a motivação do paciente para o tratamento, seu padrão de uso da droga, comprometimentos funcionais e problemas clínicos e psiquiátricos associados. Informações de familiares e amigos podem ser acrescentadas. Condições médicas e psiquiátricas associadas têm de ser tratadas de maneira específica.

Farmacoterapia

Os estudos realizados até o momento são para tratamento da dependência da cocaína, sem diferenciar sua forma de apresentação ou uso. Não existe qualquer medicação aprovada especificamente para esse tratamento.

Pacientes dependentes de cocaína mantêm o uso de maneira 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 dessa substância.

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 de cocaína consumida durante o tratamento. Vários anticonvulsivantes e antidepressivos já foram pesquisados e também não se mostraram eficazes. O estudo de psicoestimulantes foi inconclusivo, sem resultados na redução do uso, mas com alguns fármacos mostrando tendência de aumento do período de abstinência.

É importante lembrar que, embora não existam medicações que diminuam a vontade de usar o crack, podem ser prescritas medicações para o tratamento de intoxicações, sintomas da abstinência e principalmente 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 da droga.

Abordagem psicossocial

A revisão de estudos científicos realizada pela Agência Nacional para Tratamento do Uso Prejudicial de Substâncias da Grã-Bretanha 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 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. Como já foi descrito, não há medicações que por si só tratem a dependência do crack. Tanto para o tratamento e reinserção social como para as atividades de prevenção, é indispensável realizar atividades que aumentem a vinculação daqueles que usam a droga aos serviços e profissionais de saúde. Por esse motivo, é importante saber que usuários de crack procuram tratamento, com mais frequência, em serviços informais, que contam com profissionais que conhecem os problemas relacionados ao crack e as necessidades dos usuários e que podem até ser ex-usuários. Múltiplos serviços que não requerem agendamento prévio, redes de usuários, linhas telefônicas 24 horas podem ser usados para aumentar seu acesso ao tratamento.

Intervenções psicossociais sem prescrição de medicações e com aconselhamento extra-hospitalar têm boa relação custo-benefício para pacientes sem complicações. No entanto, para aqueles “com quadros mais graves de dependência, abordagens psicoterapêuticas individuais ou em grupo são também eficientes”. Indivíduos com múltiplas necessidades respondem melhor à abordagem em grupo em um esquema intensivo e com atividades práticas. No caso dos que não têm suporte social e apresentam problemas psíquicos graves, a internação pode ser necessária.

Pacientes que têm suas necessidades abordadas e profissionais empáticos alcançam melhores resultados. Nesse estudo de revisão, os autores afirmam que a abstinência precoce é fortemente relacionada à abstinência persistente. Uma vez que parte dos pacientes chega encaminhada pela Justiça, deve-se ampliar e aperfeiçoar a discussão sobre os problemas relacionados a drogas com os profissionais do Poder Judiciário.

Como o uso de álcool associado ao consumo de crack é muito comum, assim como os problemas familiares, psicológicos e físicos, é importante que as instituições ofereçam tratamento para esses casos. Tais problemas têm de ser enfocados porque são determinantes na evolução. Por exemplo, uma pessoa que consumia crack e, depois de interromper o uso, volta a beber tem enorme chance de recair com o crack. A recuperação mantida permite a reconstrução de laços.

Muitos usuários veem um lugar para onde ir como o primeiro passo para a abstinência. Por isso, locais que oferecem tratamentos para outros problemas (como saúde mental, emergência e serviços sociais) são ótima fonte de informações sobre os problemas locais e pontos de acesso para serviços voltados à dependência.

Para concluirmos esta unidade sobre o crack de uma perspectiva psicossocial, é importante reforçar que a abordagem ao usuário deve considerar não somente os sintomas e os efeitos da droga em seu

corpo e psiquismo, mas também os fatores sociais e culturais presentes em seu contexto, que, em algumas situações, podem se configurar como fatores de risco e, em outras, como fatores de proteção para o uso de crack. O desafio dos profissionais do Judiciário se situa na capacidade de olhar o usuário de forma integral, compreendendo seu contexto social e identificando as situações de vulnerabilidades às quais está exposto, para que, assim, seja possível, otimizar as potencialidades e minimizar os riscos.

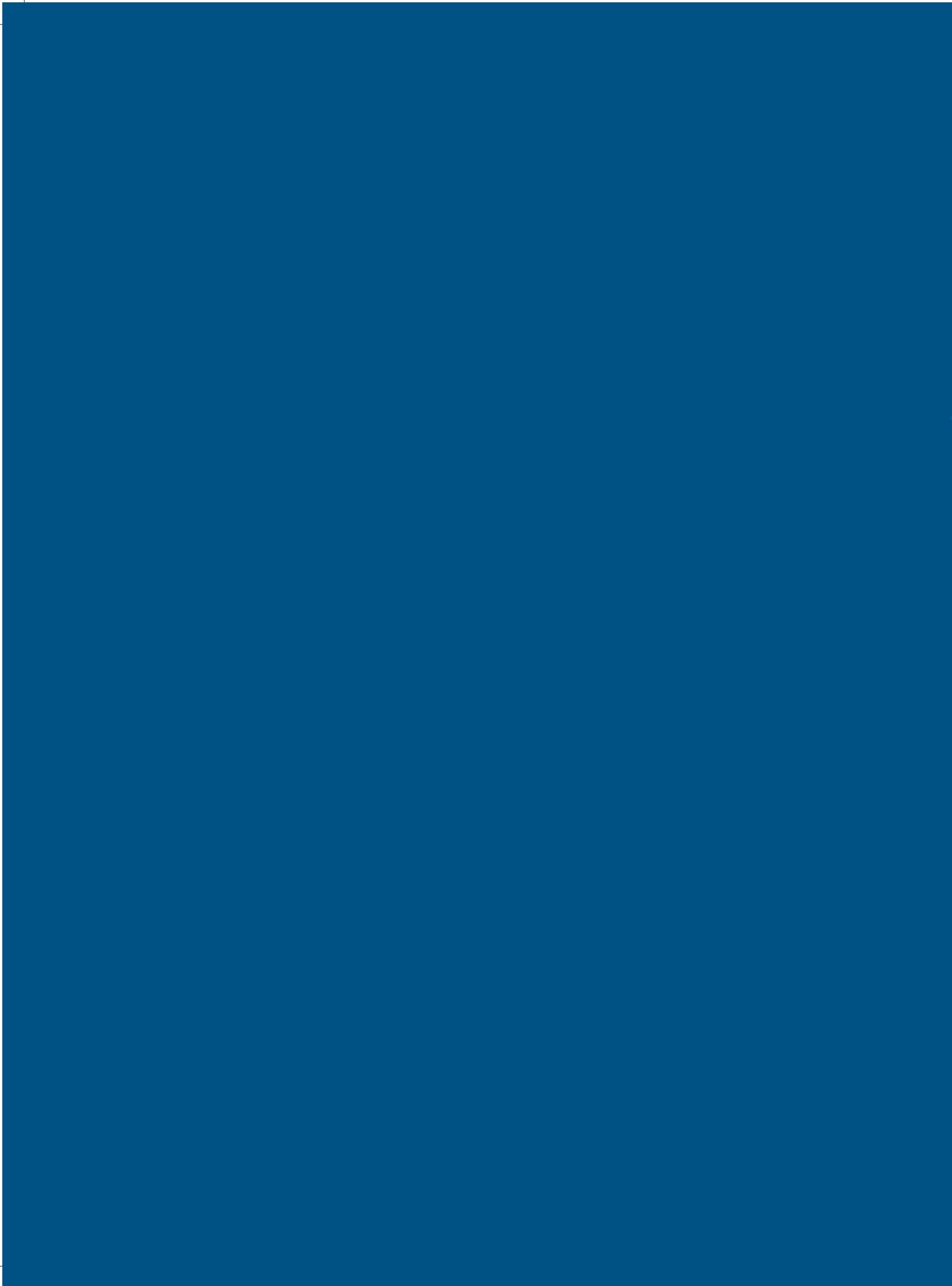
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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. 554-565, 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. 1040-1043, Sept. 15 2007.
- AMATO, L. *et al.* Antipsychotic medications for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD006306, July 18 2007.
- ANDRADE, A. G.; DUARTE, P. C. A. V.; OLIVEIRA, L. G. I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários Brasileiros das 27 Capitais Brasileiras. Brasília: SENAD, 2010.
- CARLINI, A. E. *et al.* I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2002.
- CARLINI, A. E. *et al.* II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2005.
- CASTEL, R. Da indignação à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, Antonio (Org.). *SaudeLoucura 4: grupos e coletivos*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- CASTELLS, X. Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD007380, Feb. 17 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 (Berl)*, v. 172, n. 1, p. 78-86, Feb. 2004.
- COSTA, J. F. *Violência e psicanálise*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- CRUZ, M. S. *Cocaína*. In: EGYPTO, A. C. *et al.* (Org.). *Tá na roda: uma conversa sobre drogas*. São Paulo: J. Sholna, 2003. p. 159-171.
- . *O crack e sua espiral compulsiva*. *O Estado de S. Paulo*, 12 jul. 2009. Supl. Aliás, p. J5.
- DE OLIVEIRA, L. G. *et al.* Neuropsychological assessment of current and past crack cocaine users. *Subst Use Misuse*, v. 44, n. 13, p. 1941-1957, 2009.
- DUAILIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 2008. Supl. 4, p. 545-557.
- FALCK, R. S. *et al.* 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. 503-507, July 2004.
- FOX, H. C. *et al.* Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug Alcohol Depend*, v. 89, n. 2-3, p. 298-301, July 10 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: Vozes, 1986.
- HAASEN, C. *et al.* 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. 173-176, Oct. 2005.
- HAIM, D. Y. *et al.* The pulmonary complications of crack cocaine. A comprehensive review. *Chest*, v. 107, n. 1, p. 233-420, Jan. 1995.
- HOFF, A. L. *et al.* Effects of crack cocaine on neurocognitive function. *Psychiatry Res*, v. 60, n. 2-3, p. 167-176, Mar. 29 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*, v. 10, nº 1, p. 7-18, 1994.
- MINOZZI, S. *et al.* Anticonvulsants for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD006754, Apr. 16 2008.
- NAPPO, A. S. *et al.* Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação à DST/AIDS. *São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas*, 2004.
- NIDA – National Institute on Drug Abuse. Cocaine: abuse and addiction. Disponível em: <<http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/Cocaine/Cocaine.html>>. Acesso em: 10 jun. 2010.
- 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: SENAD/CEBRID, 2003.
- NTA – National Treatment Agency. 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: jun. 2010.
- NUNES, C. L. *et al.* 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*, v. 11, n. 6, p. 561-566, Dec. 2007.
- RAMÔA, M. A desinstitucionalização da clínica na reforma psiquiátrica: um estudo sobre o projeto CAPS AD. Tese de Doutorado – Depto. de Psicologia, PUC-Rio, 2005.
- RAMÔA, M. O grupo de autoajuda em dois contextos: alcoolismo e doença mental. Dissertação de Mestrado – Depto. de Psicologia, PUC-Rio, 1999.
- SARACENO, B. *Libertando identidades*. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Besaglia, 1999.
- SILVA, N. G. Fatores associados à infecção por HIV entre trabalhadoras do sexo na cidade de Santos. Dissertação de Mestrado – Universidade de São Paulo, 2004.
- SILVA DE LIMA, M. *et al.* Withdrawn: antidepressants for cocaine dependence. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD002950. Review, Feb 17 2010.
- SLUTSKER, L. Risks associated with cocaine use during pregnancy. *Obstet Gynecol*, v.79, n. 5, p. 778-789, May 1992.
- TREADWELL, S. D.; ROBINSON, T. G. Cocaine use and stroke. *Postgrad Med J*, v. 83, n. 980, p. 389-394, Jun. 2007.
- WILSON, T.; DeHOVITZ, J. A. STDs, HIV, and crack cocaine: a review. *AIDS Patient Care STDs*, v. 1, n. 2, p. 62-66, Apr. 1997.

MÓDULO 2

Trânsito e
substâncias
psicoativas



O uso de álcool e outras drogas no trânsito

Autora

Lisia von Diemen

Em 2009, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um relatório mundial sobre segurança no tráfego. De acordo com a OMS, mais de 1,2 milhão de pessoas morrem todos os anos nas estradas de todo o mundo, e entre 20 milhões e 50 milhões sofrem traumatismos não fatais. Na maior parte do mundo, esta “epidemia” de traumatismos resultantes do trânsito rodoviário ainda aumenta, com aproximadamente 62% dessas mortes ocorrendo em 10 países (em ordem decrescente): Índia, China, EUA, Rússia, Brasil, Irã, México, Indonésia, África do Sul e Egito, nações que, juntas, englobam 56% da população mundial.

As taxas de mortalidade por acidentes de trânsito são mais altas em países de baixa e média renda (21,5 e 19,5 por 100.000, respectivamente) do que os com renda alta (10,3 por 100.000). Contudo, mesmo nos países de renda alta, os traumatismos causados por acidentes de trânsito continuam a ser uma causa importante de mortes, lesões e incapacidade.

No Brasil, cerca de 60.000 pessoas morrem e 180.000 permanecem com sequelas irreversíveis a cada ano em consequência de acidentes de trânsito.

Mais de 90% das mortes no trânsito ocorrem em países pobres ou em desenvolvimento, os quais possuem apenas 48% da frota mundial de veículos.

Em 2007, o Brasil atingiu um pico histórico, com 66.837 mortes no trânsito, obtendo uma média de 183 mortes por dia.

Os pedestres, ciclistas e motociclistas correspondem à maior parte dos usuários no trânsito e são considerados os mais vulneráveis quanto ao risco de acidentes. Esse grupo corresponde a 46% das mortes no trânsito mundial. O relatório mundial da OMS sugere que não é feito tudo o que poderia ser realizado para atender às necessidades de tais grupos vulneráveis, como, por exemplo:

- ▲ Apenas 29% dos países apresentam legislação com redução adequada da velocidade em zonas urbanas, embora a velocidade seja um fator de risco importante de traumatismos em pedestres e ciclistas.
- ▲ Menos de 10% dos países consideram a aplicação dos seus limites de velocidade como eficazes.
- ▲ 44% dos países não têm políticas que incentivem a utilização dos transportes públicos.

O relatório da OMS ainda aponta o controle da velocidade, a restrição ao uso de substâncias ao volante, o uso de capacetes, o uso do cinto de segurança e a proteção para crianças como medidas de segurança a serem reforçadas pelas legislações dos países.

Dentre essas medidas propostas pela OMS, iremos nos deter no uso de substâncias psicoativas e no volante. Dirigir sob o efeito de álcool ou outras drogas é um comportamento de risco importante, visto que essas substâncias alteram o entendimento de situações cotidianas e a percepção do que acontece ao redor do condutor. Vale ressaltar que qualquer quantidade de álcool ou de outras drogas tem a chance de afetar os reflexos, não existindo taxa segura no sangue para se conduzir um veículo. Um motorista sob o

efeito de álcool ou de outras drogas apresenta queda considerável do seu desempenho: sua atenção, seus reflexos e sua capacidade para acompanhar objetos são afetados negativamente, e, portanto, sua capacidade de conduzir um veículo fica debilitada.

Os efeitos irão depender do tipo de substâncias utilizadas pelo motorista, mas todas elas terão um impacto prejudicial à capacidade de conduzir um veículo.

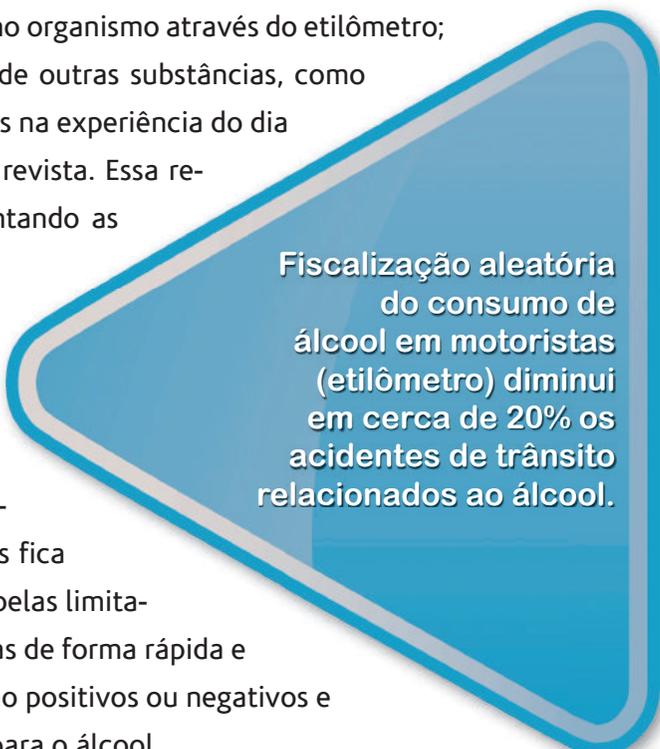
Mais de 90% de países têm uma lei nacional sobre beber e conduzir, mas somente 49% estipulam um limite de alcoolemia legal igual ou inferior a 5 dg/L (0,25 mg/L de ar no etilômetro). Além disso, apenas 11% dos países determinam limites de alcoolemia inferiores para condutores jovens e novos condutores, considerando que estes têm maior risco de acidentes de trânsito, quando sob a influência do álcool.

No Brasil, o Código de Trânsito Brasileiro (CTB) orienta quanto a dirigir sob a influência de álcool ou de qualquer outra substância que determine

O consumo de álcool aumenta consideravelmente o risco de acidente de trânsito quando a concentração de álcool no sangue ultrapassa 4 dg/L (ou 0,2 mg/L de ar no etilômetro)

dependência. A polícia tem como detectar o álcool no organismo através do etilômetro; entretanto, não tem recursos para detectar o uso de outras substâncias, como maconha, cocaína, entre outras, baseando-se apenas na experiência do dia a dia ou por encontrar alguma dessas drogas após revista. Essa realidade dificulta o trabalho da fiscalização, aumentando as estatísticas de acidentes.

Outras substâncias psicoativas também têm sido implicadas em um maior risco de acidentes, como maconha, benzodiazepínicos, cocaína, opioides e anfetaminas. Contudo, apesar do conhecimento do potencial letal dessas drogas, associadas ao trânsito, a legislação em diferentes países fica limitada ao uso de álcool. Isso acontece, em parte, pelas limitações na tecnologia atual em detectar o uso de drogas de forma rápida e eficiente, mas também porque os exames rápidos são positivos ou negativos e fica difícil estabelecer um ponto de corte como há para o álcool.



Fiscalização aleatória do consumo de álcool em motoristas (etilômetro) diminui em cerca de 20% os acidentes de trânsito relacionados ao álcool.

Efeitos do álcool ao volante

Estima-se que o álcool esteja presente em 33 a 69% dos condutores envolvidos em acidentes fatais e em 8 a 29% dos envolvidos em acidentes não fatais em países em desenvolvimento. Em 2005, foi realizado um estudo em Brasília, cujo objetivo era avaliar a alcoolemia em vítimas fatais de acidente de trânsito (AT). Da amostra total desse estudo, 53,7% apresentavam alcoolemia positiva. A maioria das vítimas estava em idade produtiva (de 18 a 35 anos) e era do sexo masculino.

Em 1964, foi realizado nos Estados Unidos um estudo que revelou que os condutores alcoolizados corriam um risco muito maior de acidentes de trânsito do que os motoristas com alcoolemia zero, e que esse risco crescia consideravelmente conforme aumentava a concentração de álcool no sangue. As pesquisas revelaram que o risco de acidente começava a aumentar de maneira significativa a partir de uma alcoolemia de 0,04g/dL (ou 4dg/L) e que, ao alcançar 0,10g/dL (ou 10dg/L), o risco de acidente em relação à alcoolemia zero era cerca de 5 vezes superior. Por sua vez, uma concentração de 0,24g/dL (ou 24dg/L) de álcool no sangue representava um risco 140 vezes superior ao risco com alcoolemia zero (Figura 2).

Os efeitos imediatos do álcool no cérebro podem ser de caráter depressor ou estimulante, em função da quantidade absorvida. Em ambos os casos, o álcool produz uma alteração fisiológica que aumenta o risco de acidentes, visto que modifica a capacidade de discernimento, torna os reflexos mais lentos, diminui a vigilância e reduz a acuidade visual. Fisiologicamente, o álcool também provoca diminuição da

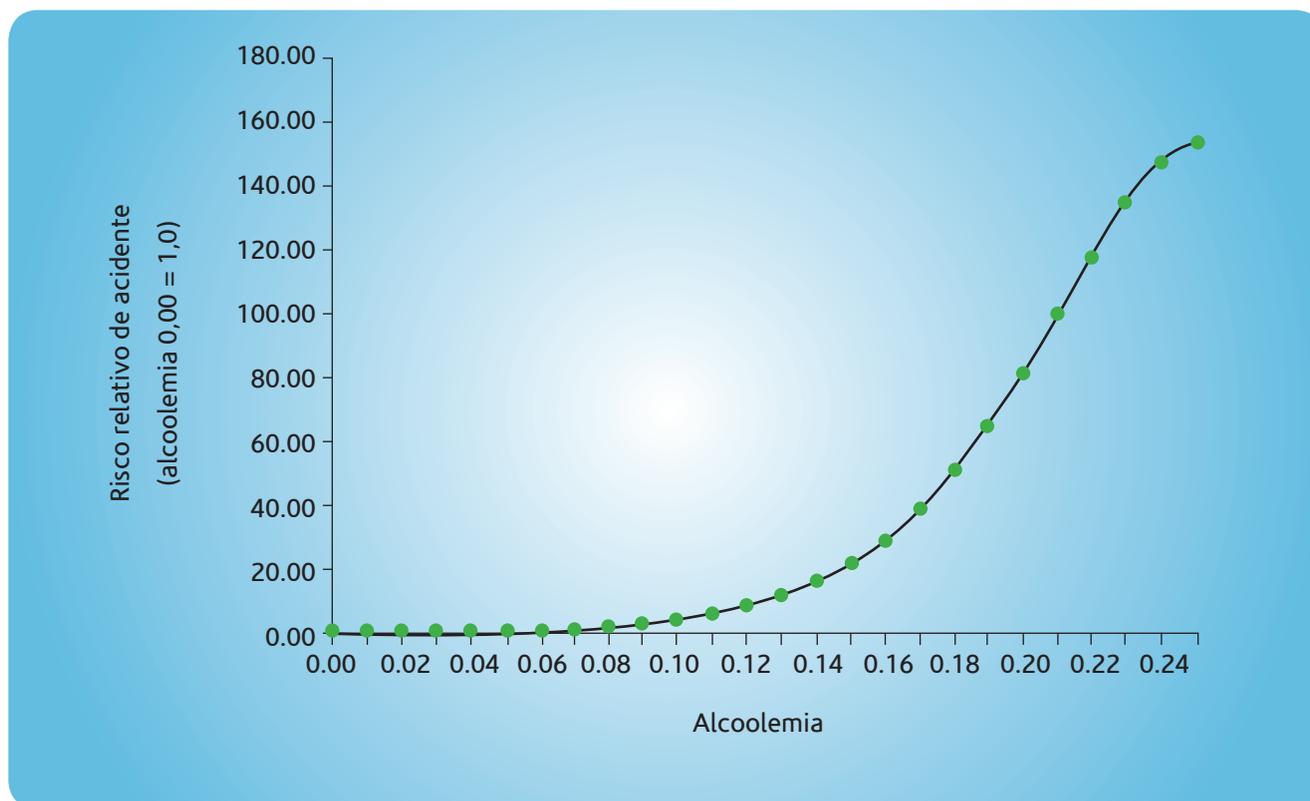


Figura 2: Risco relativo estimado de mortalidade de condutores alcoolizados em acidentes com um único veículo.

Fonte: Beber e Dirigir: Manual de Segurança Viária para profissionais de trânsito e saúde. Genebra, *Global Road Safety Partnership*, 2007.

pressão sanguínea e depressão das funções de consciência e respiração. Além disso, tem propriedades analgésicas e anestésicas e, com frequência, está associado ao uso de outras drogas que podem afetar o desempenho ao volante.

O álcool pode alterar a capacidade de discernimento e aumentar o risco de acidente, mesmo com um nível baixo de alcoolemia. Todavia, os efeitos negativos são progressivamente intensificados à medida que a alcoolemia aumenta. Além do risco direto de acidente, acredita-se que o álcool prejudique outros aspectos da segurança do condutor, como o uso de cinto de segurança, capacete e o respeito dos limites de velocidade.

A OMS sugere também algumas medidas que são potencialmente eficazes no controle do uso de álcool nas rodovias, conforme o quadro a seguir. Destaca-se a realização de testes de álcool aleatórios e seletivos, bem como a aplicação de medidas punitivas severas e imediatas. O papel fiscalizatório do agente de trânsito é essencial na percepção de que o indivíduo pode ser identificado caso consuma álcool ou outras drogas.

Tabela 2: Efeito do álcool no organismo e possíveis consequências no Trânsito.

Alcoolemia (dg/L de sangue)	Efeito no organismo	Possíveis problemas no Trânsito
2 a 2,9	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Funções mentais ficam comprometidas ▲ Diminuição da atenção, julgamento e controle ▲ Perda de eficiência 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Percepção de distância e de velocidade começa a ser afetada ▲ Euforia, alterações leves de atenção
3 a 4,9	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Controle cerebral relaxa ▲ Incoordenação motora discreta ▲ Alteração do humor, personalidade e comportamento 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Grau de vigilância e campo de visão diminuem ▲ Sensação de calma e satisfação
5 a 7,9	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Reflexos ficam retardados ▲ Aumento do Tempo de Reação 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Dificuldade de adaptação da visão em relação aos estímulos luminosos ▲ Tendência à agressividade ▲ O motorista começa a superestimar a sua capacidade
8 a 14,9	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Falhas na coordenação motora ▲ Piora dos reflexos sensitivos e humor 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Dificuldade de controlar o automóvel
15 a 29,9	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Embriaguez ▲ Torpor alcoólico 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Dupla visão
30 a 49,9	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Embriaguez profunda ▲ Inconsciência, anestesia 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Motorista não possui mais controle sobre si mesmo nem sobre o carro
Acima de 50	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Coma ▲ Morte 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Coma alcoólico

Quadro 1: Medidas potencialmente eficazes contra beber e dirigir.

Estabelecimento de um nível máximo de alcoolemia
Fiscalização dos níveis de alcoolemia: <ul style="list-style-type: none"> ▲ Realização de testes de álcool aleatórios e seletivos ▲ Aplicação de medidas punitivas severas ▲ Punição imediata.
Tratamento de infratores reincidentes
Restrições aplicáveis a condutores jovens ou inexperientes: <ul style="list-style-type: none"> ▲ Limites de alcoolemia mais baixos para jovens condutores ▲ Restrições à habilitação. Estudo feito pela OMS indica que alcoolemia positiva para jovens seja estabelecida quando acima de 0,02g/l.
Programas de apoio específicos para condutores de veículos automotores e motocicletas
<ul style="list-style-type: none"> ▲ Dispositivos de bloqueio da ignição em caso de consumo de álcool.

Fonte: Adaptado – Beber e dirigir: Manual de Segurança Viária, OMS, 2004.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cubas, F. P. *Um estudo preliminar com motoristas de caminhão sobre o uso de álcool e outras drogas nas rodovias federais*. (2009). 131 f + anexos f. – Mestrado em Psicologia, Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2009.
- Hingson, R; Winter, M. *Epidemiology and consequences of drinking and driving*. Alcohol Res. Health 27:63-78, 2003.
- Leyton, V; Greve, J.M.D.A; Carvalho, D.G, Munoz, D.R. *Perfil epidemiológico das vítimas fatais por acidente de trânsito e a relação com o uso do álcool*. Saúde, Ética & Justiça, São Paulo. 2005;10(1/2):12-8.
- National Highway Traffic Safety Administration. *Pilot test of new roadside survey methodology for impaired driving*. Disponível em: <http://www.nhtsa.dot.gov/people/injury/research/pub/HS810704/Pilot-Test-of_NRSM.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2010.
- OMS. *Global status report on road safety: time for action*. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf>. Acesso em 4 de abril de 2010.
- OMS. *Beber e Dirigir: manual de segurança viária para profissionais de trânsito e saúde*. Genebra, Global Road Safety Partnership, 2007.

A medida do álcool: o uso do etilômetro

Autores

Bárbara Ponzi Holmer
Felix Kessler

BREVE HISTÓRIA DO SURGIMENTO DO ETILÔMETRO

Desde o século 19, as autoridades se preocupam com o consumo de álcool e suas consequências. Nessa época, a única forma encontrada era deter o indivíduo até que este se recuperasse da embriaguez. O problema começou a se agravar no século 20, através do surgimento dos veículos motorizados e a relação do consumo de álcool com os acidentes automobilísticos. Ao longo do tempo, com o aparecimento das indústrias e o manuseio de máquinas complexas, por parte dos operários, e também com a utilização de meios de transportes de alta velocidade, foi necessário, por parte das empresas, verificarem possíveis consumos de álcool em seus motoristas e operários, no intuito de impedir que funcionários, sob efeito dessa substância, realizassem trabalhos de alto risco ou dirigissem embriagados.

Em 1940, a única forma de verificação de alcoolemia em um indivíduo era através de exames de urina ou sangue. No entanto, eram considerados métodos muito demorados e nada precisos. Além disso, colher uma amostra de urina ou sangue para, posteriormente, examiná-la não era nada prático para deter motoristas suspeitos de estarem sob efeito de álcool. A necessidade de detectar a presença da substância no sangue, de forma rápida e não invasiva para o indivíduo, contribuiu para que, em 1954, o Dr. Robert Borkenstein, da polícia do estado de Indiana, nos EUA, criasse o bafômetro, um aparelho que permitia detectar os níveis de álcool através do ar exalado pelos pulmões.

Esses equipamentos tornaram-se populares no final da década de 1950, e até hoje os fabricantes têm estudado suas tecnologias. Nos EUA e em outros países, nos anos 1980, o etilômetro tinha uma importância comprobatória através de uma homologação pelo Departamento de Transporte. Nesse período, o controle dos trabalhadores do Departamento de Defesa e de empresas de transporte tornou-se frequente, sendo obrigado o controle de álcool em motoristas profissionais, pilotos de avião, bem como operários de gasodutos.

O que é um etilômetro?

O etilômetro é um aparelho que permite detectar se determinado indivíduo fez ou não uso de bebida alcoólica, através do ar expelido pelos pulmões. Ele é extremamente sensível à medição do álcool no corpo humano e é capaz de detectar até 0,01 miligrama de álcool por litro de ar expirado. As medidas de álcool no sangue e, conseqüentemente, no etilômetro, variam de acordo com o peso, altura e sexo da pessoa. O instrumento é ligado a um detector que mede a quantidade exata de álcool ingerido. A fidelidade do etilômetro permite que se possa averiguar com precisão a quantidade de bebida ingerida.

É importante ressaltar que ele é capaz de captar e medir a quantidade de álcool expelido pelos alvéolos pulmonares através do ar, mas não distingue se o mesmo provém de um copo de cerveja, um alimento, um antisséptico bucal, entre outros. Da mesma forma, existe a possibilidade do teste acusar um resultado positivo após o uso de certos medicamentos (xaropes e sprays), sucos de frutas mal acondicionados ou alimentos, ainda que a concentração de álcool seja pequena.

Assim, em linhas gerais, é importante destacar que o álcool exerce seu efeito, independentemente de sua forma de apresentação. Apesar do risco de uma pequena concentração da substância ser detectada devido à ingestão de certos medicamentos ou alimentos, a recomendação científica é de que a aplicação do teste de alcoolemia através do etilômetro seja repetida.

Sempre que o teste for positivo, oriente-se o indivíduo a lavar a boca com água e repetir o teste em 15 minutos. Isso evita que o teste seja alterado pelos resíduos de álcool presentes na boca.

Atualmente, no Brasil, o etilômetro é a forma mais eficaz e precisa para verificar se os níveis de álcool no sangue de um condutor estão acima do limite permitido por lei. Entretanto, os aparelhos exigem manuseio adequado por parte dos agentes de fiscalização do trânsito. Além disso, são obrigatórias a presença do Selo do Instituto de Metrologia (Inmetro) e a manutenção anual ou semestral do produto.

Qual é a diferença entre bafômetro e etilômetro?

O bafômetro foi a primeira nomenclatura utilizada para os “dispositivos” que detectavam a presença de álcool no organismo do indivíduo. A grande diferença entre etilômetro e bafômetro não está apenas na nomen-

clatura, mas, sim, na técnica empregada em cada aparelho para medir o álcool. Somente os aparelhos capazes de medir o nível de álcool dos alvéolos pulmonares são chamados de etilômetro. Já o bafômetro capta somente o nível de álcool presente na cavidade bucal, sendo assim, menos eficiente. É possível diferenciá-los através da tecnologia de cada instrumento.

Problemas encontrados na utilização de etilômetros

Os maiores problemas encontrados referentes à detecção de álcool através do uso do etilômetro normalmente estão relacionados a algumas substâncias que contêm acetona. Esta pode estar presente no organismo por algumas razões, como: *diabetes mellitus*, jejum prolongado e dietas pobres em carboidratos. No entanto, o nível de acetona presente no ar alveolar não é considerado significativo, portanto, não interfere nos resultados do etilômetro. Já foi constatado que pessoas em jejum de 36 horas não apresentam a presença de acetona no ar alveolar suficiente para interferir de forma significativa nos resultados em testes comprobatórios.

As questões que podem interferir em resultados são importantes de serem analisadas, pois, normalmente, os condutores alegam que os etilômetros não estão expressando resultados confiáveis. A falta de informações a respeito dessas interferências nos resultados pode, muitas vezes, inocentar indivíduos que de fato haviam ingerido bebida alcoólica.

Com relação a alimentos que possuam em sua composição algum tipo de substância etílica, como, por exemplo, bombons de licores, a recomendação é de que se repita a testagem entre no mínimo 15 e no máximo 20 minutos da primeira medida. Além disso, pessoas que ingeriram bebida em um curto espaço de tempo antes da testagem podem apresentar altas concentrações, devido ao álcool residual na boca. Por esse motivo, sempre que o teste for positivo, orienta-se o indivíduo a lavar a boca com água e repetir o teste em 15 minutos. Isso evita que o teste seja alterado pelos resíduos de álcool na boca, sendo importante registrar que o procedimento foi realizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, T.M.; Espinheira, C.G.A. *A presença de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira*. In: Duarte, Paulina do Carmo Arruda; Formigoni, Maria Lucia Oliveira de Souza. (coord). SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamentos, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2008. V. 1. p. 2-10
- Carlini, E.A.; Galduroz, J.C.F., et al. (org). *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País – 2005*; Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.
- Fontes A., Figlie NB., Laranjeira R. *O comportamento de beber entre dependentes de álcool: estudo de seguimento*. Rev. Psiq. Clín. 33 (6); 304-312, 2006.
- Formigoni, M.L.O.S.; Galduróz, J.C.F.; Micheli D. *Álcool: efeitos agudos e crônicos no SNC e em outros sistemas orgânicos*. In: Duarte, Paulina do Carmo Arruda; Formigoni, Maria Lucia Oliveira de Souza. (coord). SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamentos, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2008. V. 2. p. 12-27.
- McIntosh C, Chick J. *Alcohol and The Nervous System*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75 (Suppl III):16-21.

Moussas G, Christodoulou C, Douzenis A. *A short review on the aetiology and pathophysiology of alcoholism. Annals of General Psychiatry* 2009, 8:10.

OMS. *Beber e Dirigir: manual de segurança viária para profissionais de trânsito e saúde*. Genebra, *Global Road Safety Partnership*, 2007.

Pechansky F, Szobo CM; Scivoletto S. *Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etio-patogênicos*. *Rev. Bras. Psiquiatria*, São Paulo, 2010.



Notificação como paradigma de mudança

Autores

Anderson Ravy Stolf
Débora Leal
Felix Kessler

FATORES QUE PODEM INIBIR ATITUDES ILÍCITAS POR PARTE DE CONDUTORES

A notificação do condutor utiliza o princípio do reforço negativo: o medo da abordagem e aplicação de sanções, tanto administrativas quanto criminais. Existem muitas formas de gerar tal sensação no condutor, que variam conforme a cultura local e a efetividade das punições.

No que se refere ao medo, observa-se que existe um temor por parte de alguns motoristas da estigmatização social ao serem abordados e notificados pela polícia por um ato infracional, pois isso pode levar o infrator a um banco de réus e a um processo criminal. Já em relação à efetividade das punições, a sanção administrativa que leva à suspensão do direito de dirigir tem sido especialmente importante. Uma das medidas existentes nos Estados Unidos, mas ainda não implementada aqui, por exemplo, é a perda do seguro do veículo. O setor de seguros lá oferece sanções severas para quem é notificado, e isso também contribui para desestimular a prática de dirigir sob influência de álcool ou de outras substâncias psicoativas.

Se o condutor tiver a percepção de que sua chance de ser detectado é baixa, dificilmente promoverá mudança de atitude.

É importante dizer que, mesmo com reforço da mídia e das leis, somente o contínuo trabalho de fiscalização e notificação é que pode manter o alto nível de motivação para não utilização de substâncias psicoativas no trânsito brasileiro.

Quantificação do problema

As estatísticas do *U. S. Department of Transportation* (Departamento de Transporte Norte-Americano) mostram alguns dados relevantes. Estima-se que cerca de 25% dos condutores norte-americanos dirijam sob influência de substâncias psicoativas ocasionalmente, e a média de episódios em que isso se repete se situa em torno de 80 vezes ao ano. A partir desses dados, a pergunta imediata que o policial pode fazer é: como podemos diminuir esse número?

A notificação de parte desse grupo, a cada fiscalização efetuada, aumenta a sensação do “medo de ser fiscalizado” de forma bastante intensa. Cálculos estatísticos indicam que se a cada 200 infratores norte-americanos um deles for notificado em cada ocasião, cumulativamente podemos ter cerca de um terço deles notificados dentro de um ano – reproduzindo as mesmas condições de fiscalização.

Existe alguma indicação de que todo esse trabalho pode modificar o comportamento do condutor? Ou apenas estaríamos punindo mais condutores e isso não teria efeito prático algum? Experiências internacionais consistentes demonstraram a importância desse trabalho de modo muito prático. Em 1976, foi iniciado um trabalho na Califórnia (EUA), realizado na cidade de Stockton, que envolveu o aumento de notificações policiais aos finais de semana, treinamento dos policiais com relação à abordagem, reforço de informações na mídia local e mais equipamentos de fiscalização para a polícia. Na ocasião, foi notificado 1 a cada 400 condutores possivelmente infratores em cada situação de fiscalização, o que poderia levar a pensar: “Então, 399 não foram notificados, a eficácia disso deve ser pequena”. No entanto, essas ações de fiscalização promoveram a mudança de comportamento em pelo menos um em cada três dos condutores possivelmente infratores. Após três anos, o número de colisões caiu 34%, e o percentual de condutores infratores diminuiu em um terço.

Nos EUA, desde esse estudo histórico, que se mostrou um verdadeiro marco na comprovação de resultados de efetividade, vários outros estados conduziram experiências semelhantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson, Peter. Baumberg, Ben. **Álcool na Europa**. Disponível em: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_pt_en.pdf
Acessado em: 06/06/08.

Código de Trânsito Brasileiro: CTB. Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997; com as alterações da Lei nº 9.602, de 22 de janeiro de 1998. Brasília: Imprensa Nacional, 1998.

Desapriya EB, Iwase N, Brussoni M, Shimizu S, Belayneh TN. *International policies on alcohol impaired driving: are legal blood alcohol concentration (BAC) limits in motorized countries compatible with the scientific evidence?* Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zasshi. 2003 Apr;38(2):83-102.

- Dunbar J.A., Penttila A, Pikkarainen J. *Drinking and driving: success of random breath testing in Finland*. Br Med J (Clin Res Ed). 1987 Jul 11;295(6590):101-3.
- DWI *Detection and Standardized Field Sobriety Testing: Student Manual*, 2004 Edition. Disponível no site: <http://www.justia.com/criminal/drunk-driving-dui-dwi/docs/dwi-student-manual-2004.pdf> Acesso em 06/06/08
- Hingson, R. and M. Winter. 2003b. *Epidemiology and consequences of drinking and driving*. Alcohol Res. Health 27:63-78.
- Holder HD, Gruenewald PJ, Ponicki WR, Treno AJ, Grube JW, Saltz RF, Voas RB, Reynolds R, Davis J, Sanchez L, Gaumont G, Roeper P. *Effect of community-based interventions on high-risk drinking and alcohol-related injuries*. JAMA. 2000 Nov 8;284(18):2341-7..
- Kypri K, Stephenson S. *Drink-driving and perceptions of legally permissible alcohol use*. Traffic Inj Prev. 2005 Sep;6(3):219-24.
- Mourão, L.N.G.; Muñoz, D.R.; Mourão, T.T.G.; Andrade, A.G.; *A embriaguez e o trânsito: avaliação da nova lei de trânsito no que se refere à abordagem da embriaguez*. Revista de Psiquiatria Clínica, vol. 27, nº 2; 2000.
- Wagenaar AC, Maldonado-Molina MM, Ma L, Tobler AL, Komro KA. *Effects of legal BAC limits on fatal crash involvement: analyses of 28 states from 1976 through 2002*. J Safety Res. 2007;38(5):493-9. Epub 2007 Sep 29.
- World Health Organization. *World report on road traffic injury prevention*. Geneva: World Health Organization, 2004.



O Código de Trânsito Brasileiro

Autor

Carolina Fernandez Fernandes
José Roberto Goldim
Julia Schneider Protas
Márcia Pettenon
Márcia Santana Fernandes

O Código de Trânsito Brasileiro (CTB), Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, disciplina o trânsito nas vias terrestres do território nacional, abertas à circulação.

Dentre as prioridades do CTB, está o estabelecimento de um sistema nacional de trânsito, que busca unificar normas e condutas para preservar a segurança, a responsabilidade e a vida humana no trânsito. O CTB foi promulgado para responder, de certa forma, aos anseios sociais e mudanças evidentes nesta área, tais como aumento significativo do número de automóveis nos centros urbanos e segurança das estradas e vias.

Desde sua promulgação, no ano de 1998, o CTB vem sofrendo diversas alterações, sendo a mais significativa a instituída pela Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008, conhecida popularmente como “Lei Seca”. Esta lei, além de instituir a alcoolemia ZERO, ou seja, intolerância para qualquer nível de alcoolemia, anteriormente estabelecida em 0,6 grama de álcool por litro de sangue, introduziu algumas modificações no texto da Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, a qual dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas.

Assim, a mudança legislativa instituiu a comumente conhecida “tolerância zero” para condutores que dirigirem sob a influência do álcool, impondo penalidades mais severas, estendendo tais penalidades àqueles condutores que dirigirem sob o efeito de substâncias psicoativas.

Os artigos do CTB que sofreram alterações quanto às regras relacionadas à direção e ao uso do álcool e das drogas no trânsito são os seguintes: artigos 165, 276, 277 e 306. Tais artigos serão comentados na tabela anexa ao final do texto, apresentando as suas principais modificações.

O consumo de álcool, conforme determina o artigo 277, parágrafo segundo (§ 2º), pode ser constatado pelo agente de trânsito mediante notórios sinais de embriaguez, excitação ou torpor apresentados pelo condutor ou por outro meio de prova admitidas em direito.

O etilômetro é um desses meios de prova; entretanto, para a sua utilização, deverá ser obtido pelo agente de trânsito com o consentimento do condutor.

Observa-se que o objetivo do legislador é fortalecer o senso de responsabilidade e cuidado no trânsito, incluindo, para tanto, toda a comunidade, dos condutores aos prestadores de serviços e vendedores. Portanto, o papel fiscalizador deverá ser exercido de forma eficiente e eficaz para que os efeitos da Lei, até a sua internalização pela sociedade, auxiliem na mudança da realidade no país quanto aos acidentes de trânsito provocados pelo uso de álcool e drogas.

Abaixo estão compilados os artigos alterados da Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008, e pelo Decreto nº 6488, de 19 de junho de 2008:

“Art. 165. Dirigir sob a influência de álcool ou de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência:

Infração – gravíssima;

Penalidade – multa (cinco vezes) e suspensão do direito de dirigir por 12 (doze) meses;

Medida Administrativa – retenção do veículo até a apresentação de condutor habilitado e recolhimento do documento de habilitação.

Qualquer concentração de álcool por litro de sangue sujeita o condutor às penalidades administrativas do Art 165.

§ 1º As margens de tolerância de álcool no sangue para casos específicos serão definidas em resolução do Conselho Nacional de Trânsito – CONTRAN, nos termos de proposta formulada pelo Ministro de Estado da Saúde.

§ 2º Enquanto não editado o ato de que trata o § 1º, a margem de tolerância será de duas decigramas por litro de sangue para todos os casos.

§ 3º Na hipótese do § 2º, caso a aferição da quantidade de álcool no sangue seja feita por meio de teste em aparelho de ar alveolar pulmonar (etilômetro), a margem de tolerância será de um décimo de miligrama por litro de ar expelido dos pulmões.

Art. 2º Para os fins criminais de que trata o art. 306 da Lei nº 9.503, de 1997 – Código de Trânsito Brasileiro, a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia é a seguinte:

I. exame de sangue: concentração igual ou superior a seis decigramas de álcool por litro de sangue; ou

II teste em aparelho de ar alveolar pulmonar (etilômetro): concentração de álcool igual ou superior a três décimos de miligrama por litro de ar expelido dos pulmões.

“Art. 276. Qualquer concentração de álcool por litro de sangue sujeita o condutor às penalidades previstas no art. 165 deste Código.

Parágrafo único. Órgão do Poder Executivo federal disciplinará as margens de tolerância para casos específicos.” (NR)

“Art. 277.

§ 2º A infração prevista no art. 165 deste Código poderá ser caracterizada pelo agente de trânsito mediante a obtenção de outras provas em direito admitidas, acerca dos notórios sinais de embriaguez, excitação ou torpor apresentados pelo condutor.

§ 3º Serão aplicadas as penalidades e medidas administrativas estabelecidas no art. 165 deste Código ao condutor que se recusar a se submeter a qualquer dos procedimentos previstos no *caput* deste artigo.” (NR)

Informações importantes para a aplicação da lei:

- ▲ O artigo 165 determina quais são as infrações ao CTB, ou seja, a penalidade não envolve restrição ao direito de ir e vir (não há prisão). O artigo 306 determina os crimes de trânsito tipificados ao CTB, ou seja, a penalidade poderá envolver restrição de liberdade (prisão) ou multa.
- ▲ Para criminalização, no caso do artigo 306, atualmente faz-se necessária alcoolemia igual ou superior de 6 (seis) decigramas de álcool por litro de sangue ou 0,3 mg/L ar expelido no etilômetro.
- ▲ Para medidas administrativas e infrações, contidas no artigo 165 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, – CTB, qualquer concentração de álcool por litro de sangue sujeita o condutor às penalidades administrativas, respeitando os limites de tolerância (etilômetro – 0,1 dg/L de ar expelido). No caso de o motorista se recusar ao teste do etilômetro, serão aplicadas as mesmas penalidades administrativas, apenas não se caracterizando crime.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Clotet J. *Una Introducción al tema de la Ética*. Psico. 1986;12(1).
- Goldim, J.R. *Bioética e interdisciplinariedade*. Educação, subjetividade & poder. 1997;4:24-28.
- Goldim, J.R. *Bioética: origens e complexidade*. Revista HCPA 2006;26(2):83-92.
- Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Eisenberg M, et al. *Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process*. American Journal of Psychiatry. 1998;155(9):1254-60.
- Jesus, Damásio E. de. *Embriaguez ao volante: notas à Lei nº 11.705/2008*. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=11510> Acessado em: 17/10/2008.
- Notícia no site: <http://www.cabecadecuia.com/noticias/28166/condutor-consegue-direito-de-nao-fazer-teste-do-bafometro.html>. Acessado em 26 de dezembro de 2008.
- Notícia no site: <http://www.direito2.com.br/tjrj/2008/jul/24/liminar-da-a-condutor-salvo-conduto-contrabafometro>. Acessado em 26 de dezembro de 2008.
- Notícia no site: <http://www.conjur.com.br/static/text/69337,1>. Acessado em 26 de dezembro de 2008.
- Notícia no site: <http://www.direito2.com.br/tjdf/2008/ago/28/juiz-nega-mandado-de-seguranca-contrabafometro>. Acessado em 26 de dezembro de 2008.
- Piaget, J. *El juicio moral en el niño*. Madrid: Beltrán, 1935:9-11.

Piaget, J. *Les trois systèmes de la pensée de l'enfant ; étude sur les rapports de la pensée rationnelle et de l'intelligence motrice.*

Bulletin de la Société Française de Philosophie, t. XXVIII, 1928 : 121-122.

Singer, P. *Ethics*. Oxford: OUP, 1994:4-6.

Veatch, R. *Medical Ethics*. 2ed. Boston: Jones and Bartlett, 2000.

Zilles U. *O que é Ética*. Porto Alegre: EST; 2006:7.

MÓDULO 3

**Redes sociais
e políticas
públicas sobre
drogas**



Redes sociais

Autora

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

O conceito de **rede social**, como o 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 com a família, que é também considerada o núcleo primário de proteção. A interação com a família confere-lhe o aprendizado e a socialização, os quais se estendem para outras redes sociais. É pela convivência com grupos e pessoas que se moldarão muitas das características pessoais determinantes de 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.

O trabalho em rede amplia o horizonte de possibilidades da comunidade, dos profissionais e dos próprios cidadãos na busca de alternativas de melhoria da qualidade de vida da comunidade e, também, da solução de problemas específicos.

Todo indivíduo carece de aceitação, e é na vida em grupo que ele vai 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.

É o equilíbrio dessas interações que irá determinar a qualidade das relações sociais e afetivas do indivíduo com os pontos de sua rede, que são: a família, a escola, os amigos, os colegas de trabalho, entre outros. Assim, o indivíduo pode constituir ou fazer parte de uma rede, cujo padrão de interação será positivo, privilegiando atitudes e comportamentos que valoriza na vida, ou 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, pois dificilmente uma pessoa se relacionará de forma totalmente negativa ou totalmente positiva.

- ▲ Favorecer o estabelecimento de vínculos positivos, por meio da interação entre os indivíduos.
- ▲ Oferecer um espaço para reflexão, troca de experiências e busca de soluções para problemas comuns, permitindo que as diferenças sejam preservadas.
- ▲ Estimular o exercício da solidariedade e da cidadania.
- ▲ Mobilizar pessoas, grupos e instituições para a utilização de recursos existentes na própria comunidade.
- ▲ Estabelecer parcerias entre setores governamentais e não governamentais, para implementar programas de orientação e prevenção pertinentes a problemas específicos apresentados pelo grupo.

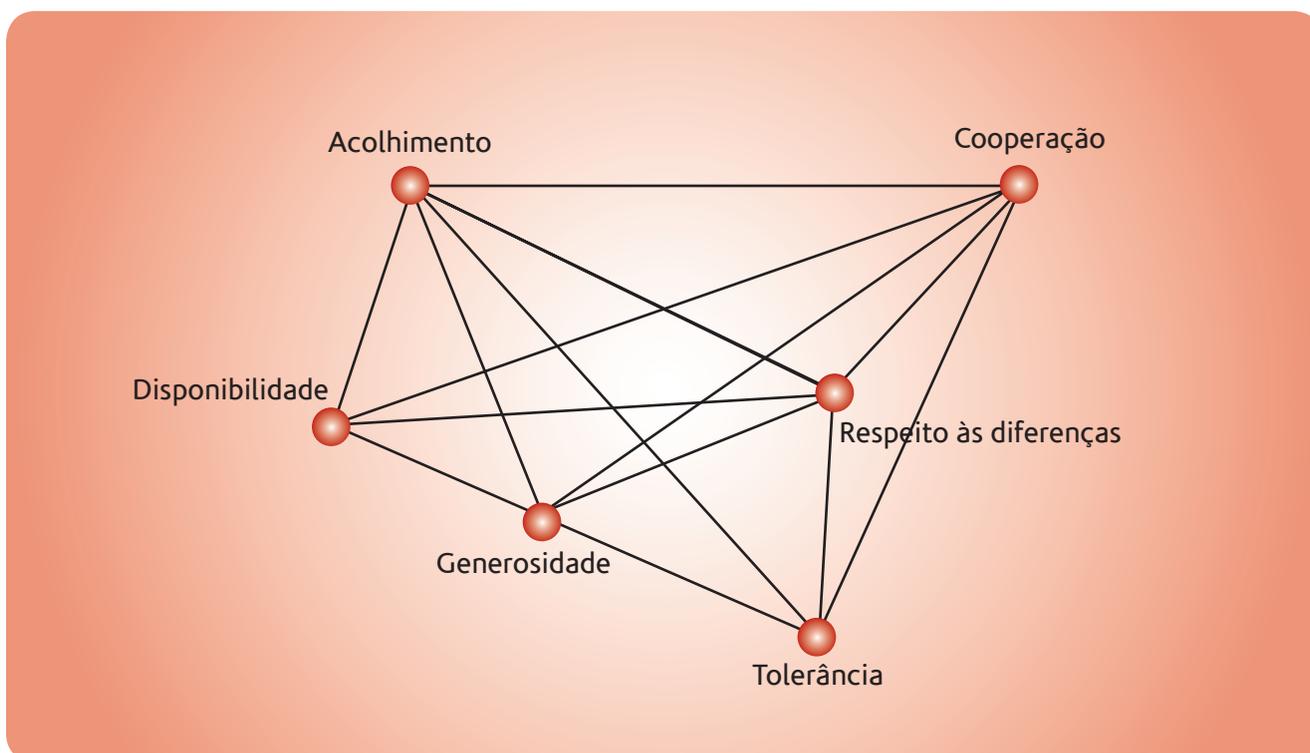
A construção da rede somente será concretizada quando se associarem os princípios da **responsabilidade** pela busca de soluções com os princípios da **solidariedade** e da **cooperação**.

Objetivos das redes sociais

Características a serem identificadas e desenvolvidas no trabalho em rede

- ▲ Acolhimento – Capacidade de acolher e compreender o outro, sem impor quaisquer condições ou julgamentos nem impor-se.
- ▲ Cooperação – Demonstração do real interesse em ajudar e compartilhar na busca das soluções.
- ▲ Disponibilidade – Demonstração e associação a um compromisso solidário.
- ▲ Respeito às diferenças étnicas, econômicas e sociais – Reconhecimento da diversidade e respeito por ela.
- ▲ Tolerância – Capacidade de suportar a presença ou interferência do outro, sem sentimento de ameaça ou invasão.
- ▲ Generosidade – Demonstração de um clima emocional positivo (apoio, carinho, atenção e “dar sem exigir retorno”).

A figura a seguir ilustra um exemplo da articulação das características de rede.



O trabalho em rede amplia o horizonte de possibilidades da comunidade, dos profissionais e dos próprios cidadãos na busca de alternativas de melhoria da qualidade de vida da comunidade e, também, da solução de problemas específicos.

A rede é, ao mesmo tempo, uma proposta de ação e um modo espontâneo de organização, por meio do qual se torna possível criar novas formas de convivência entre as pessoas. O uso de drogas é um importante problema de saúde pública, com enorme repercussão social e econômica para nossa sociedade.

Apesar dos esforços do poder público e da sociedade civil na busca de alternativas, o aumento do consumo e o fato de as pessoas experimentarem vários tipos de drogas cada vez mais cedo deixam um alerta em uma direção comum: é preciso prevenir! Prevenir no sentido de educar o indivíduo para assumir atitudes responsáveis no manejo de situações de risco que possam ameaçar a opção pela vida.

Essa visão enfatiza a prevenção não apenas como um “pacote pronto” de divulgação de informações sobre drogas, mas também como um processo que envolve a contribuição de todos, compartilhando responsabilidades, estreitando parcerias e aproveitando o que há de positivo na comunidade. Assim, ganha destaque o saber construído entre todos no encontro de várias experiências.

A articulação de diferentes pontos da rede social pode melhorar os espaços de convivência positiva entre as pessoas, favorecendo a troca de experiências para a identificação de situações de risco pessoal e possíveis fragilidades sociais que possam levar ao uso de drogas. Há um caráter transformador nesse novo modo de pensar e prevenir o uso de drogas por meio do trabalho comunitário e de construção

de redes sociais, tendo em vista que este deixa de focalizar exclusivamente os profissionais e inclui a participação de toda a comunidade.

É impossível a proteção de todos os riscos, mas é preciso criar condições para enfrentá-los. Por exemplo, ao participar do atendimento oferecido nos Juizados Especiais Criminais (JECs), os usuários têm a oportunidade de repensar suas escolhas, sua relação com as drogas e seu envolvimento com a Justiça. No JEC, o profissional exerce importante papel ao estabelecer um vínculo de confiança e escuta do usuário e familiares. Dessa maneira, ajuda-os a reforçar as redes sociais e os auxilia, também, na prevenção do uso de drogas e na construção de novos fatores de proteção.

O apoio mútuo, a troca de experiências e a integração social representam um dos caminhos na busca de alternativas que tragam bem-estar para todos os integrantes da comunidade. 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 em sua necessidade ou em sua disponibilidade para ajudar.

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 diversos indivíduos diante de uma tarefa comum a ser cumprida não só abrem caminho para uma atuação efetiva, mas também permitem a transformação.

O trabalho comunitário pode ser definido segundo três dimensões:

- ▲ A **participação**, que gera mudanças na maneira de se posicionar e nas atitudes práticas das pessoas diante do problema. Nessa perspectiva, a intervenção adquire outra eficácia, porque se fundamenta na contribuição de todos.
- ▲ O **enraizamento social**, ou seja, o trabalho tem sua origem no grupo de pessoas para o qual a ação se dirige. Nesse caso, enfatiza-se uma **atuação de parcerias** que tem como resultado o funcionamento em rede de todas as iniciativas ligadas à prevenção.
- ▲ As **parcerias múltiplas**, as quais 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. Por meio dessas dimensões, a maneira inovadora de perceber o envolvimento das pessoas com as drogas na comunidade propicia conhecer melhor a realidade, na medida em que se articulam **saberes diferentes** para chegar a um **saber mais abrangente**.

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

Ao mesmo tempo 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 sustentar a rede social. Inicia-se, assim, um processo de construção de um novo saber. O saber popular junta-se aos saberes acadêmico e 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. Os operadores tutelares dos direitos da criança e do adolescente, de segurança, da educação, da saúde, sobre drogas, 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 relevante suporte centrado na integração que se estabelece em torno do objetivo comum que o grupo tem. Com esse modelo de atuação, nascem novas maneiras de encarar o problema e abrem-se outras perspectivas, pois a crise é considerada um momento de enorme potencial para a mudança e surgimento de novas possibilidades.

A proposta de implantação de redes sociais favorece o estabelecimento de estratégias que promovam a aproximação entre as pessoas de 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.

Conhecimento da rede

O conhecimento dos recursos da comunidade é o maior aliado do profissional. A identificação, a análise e a eleição do recurso adequado aumentam as chances de o usuário e/ou familiares terem acesso e se beneficiar da melhor alternativa.

Quando nos referimos a recurso, estamos falando de uma rede composta por profissionais, instituições públicas e privadas, além daquelas que compõem o terceiro setor e que hoje desempenham importante papel como suporte às redes pública e privada de tratamento e reinserção social. Conhecer pessoalmente o recurso para o qual o usuário será encaminhado pode ser o primeiro passo para o estabelecimento de uma produtiva parceria entre os profissionais do Judiciário e o recurso comunitário.

Identificação dos recursos comunitários

A identificação dos recursos comunitários não deve estar limitada:

- ▲ à necessidade de encaminhamento imediato;
- ▲ ao tipo de profissão ou atividade de quem procura o recurso;
- ▲ ao local onde se identifica o problema.

Como conhecer os recursos da comunidade

- Conhecendo a proposta da instituição
- Buscando informações e referências com outros profissionais da área
- Conhecendo o local (dependências físicas, higiene, o atendimento prestado pelos funcionários da instituição e, quando possível, o grau de satisfação dos usuários do recurso)
- Acompanhando o atendimento prestado ao trabalhador.

Experiências de trabalho em rede

Inúmeras experiências demonstram ser possível o trabalho em rede. Apresentam-se, a seguir, algumas instituições, organizações, associações, projetos e programas que realizam esses trabalhos com a intenção de solucionar ou amenizar os problemas causados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas.

Associação Lua Nova

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 que se encontram em situação de risco”.

Para que isso ocorra, a ONG desenvolve uma série de programas. A etapa inicial é dar residência, alimentação, assistência médica, psicológica e educacional às jovens e seus filhos. A etapa seguinte, chamada de Lua Crescente, 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 Criando Arte, que consiste na formação de costureiras e criação, desenvolvimento, produção e venda de bonecas e brindes, e a Panificadora Lua Crescente, que trabalha na produção e venda de biscoitos artesanais.

Por meio de seu trabalho e dos métodos terapêuticos empregados, a Associação Lua Nova tornou-se importante referência em termos de inserção social de jovens/adolescentes em situações de risco. Reconhecendo a excelência desses programas e buscando um efeito multiplicador de experiências bem-sucedidas, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) financiou a sistematização da metodologia Lua Nova com o objetivo de disseminá-la em outros municípios brasileiros.

Para saber mais: <<http://www.luanova.org.br>>.

Terapia Comunitária

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

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

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

Para saber mais: <<http://www.abratecom.org.br>>.

Central Única das Favelas (CUFA)

É uma organização criada por jovens de várias favelas do país que buscavam espaço para expressar atitudes, questionamentos ou simplesmente sua vontade de viver.

Promove atividades nas áreas de educação, lazer, esportes, cultura, cidadania, por meio de recursos como grafite, formação de DJs, *break*, *rap*, audiovisual, basquete de rua, literatura, entre outros. O *hip-hop* é sua principal forma de expressão e serve como ferramenta de integração e inclusão social. A Cufa produz, distribui e veicula a cultura *hip-hop* em publicações, discos, vídeos, programas de rádio, shows, concursos, festivais de música, cinema, oficinas de arte, exposições, debates e seminários. A equipe 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, que atuam em rede com as comunidades locais.

Para saber mais: <<http://www.cufa.org.br>>.

Conheça outros Projetos de Trabalho em Rede Acessando:

Projeto Pracatum

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**. Sua missão é a melhoria da qualidade de vida dos moradores da comunidade do Candeal, em Salvador (BA), por meio de 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 temáticas ligadas à cultura afro-brasileira, além de uma escola infantil.

Para saber mais: <<http://www.carlinhosbrown.com.br>>.

Grupo Cultural AfroReggae

O AfroReggae é uma organização não governamental que também atua como banda musical e tem por objetivo atender à comunidade de origem de seus membros. Para tal, foi criado o Núcleo Comunitário de Cultura, que promove atividades de amparo a jovens em situação de vulnerabilidade, passíveis de envolvimento com a criminalidade. Esses jovens passam a integrar projetos sociais que abrangem atividades de dança, percussão, futebol, reciclagem de resíduos e capoeira. No total, o grupo tem mais de 65 projetos sociais e atua em todo o Brasil e fora dele.

Para saber mais: <<http://www.afroreggae.org>>.

Grupo Cultural Olodum

Possui a Escola Criativa Olodum, 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 a manter a comunidade limpa e reaproveitar parte do lixo como material reciclável.

Para saber mais: <http://www.facom.ufba.br/com112/olodum_e_timbalada/olodum_index.htm>.

Programa Social da Mangueira

O Programa Social da Mangueira reúne um conjunto de ações nas 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 a cerca de 2.500 crianças e adolescentes e mantém 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.

Para saber mais: <http://www.mangueira.com.br/site/conteudo/programas_sociais.asp>.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARATANGY, L. R. Desafios da convivência: pais e filhos. São Paulo: Gente, 1998.
- ALBORNOZ, M.; ALFARAZ, C. Redes de conocimiento: construcción, dinámica y gestión. Buenos Aires: RICYT, 2006. 314 p.
- BARBOSA, M. T. S.; BYINGTON, M. R. L.; STRUCHINER, C. J. Modelos dinâmicos e redes sociais: revisão e reflexões a respeito de sua contribuição para o entendimento da epidemia do HIV. Caderno de Saúde Pública, v. 16, supl. 1, 2000.
- BARNES, J. A. Redes sociais e processo político. In: FELDMAN-BIANCO, B. (Org.). Antropologia das sociedades contemporâneas. São Paulo: Global, 1987. p. 159-194.
- CASTEL, R. As armadilhas da exclusão social. In: CASTEL, R.; WANDERLEY, L. E. W.; BELFIORE, M. W. Desigualdade e a questão social. São Paulo: Educ, 2004. p. 17-50.
- _____. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 2005.
- DUARTE, P. C. A. V. Redes sociais. In: Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar. Curso a distância. Secretaria Nacional Antidrogas, Serviço Social da Indústria e Universidade Federal de Santa Catarina, Brasília, 2006.
- _____. Reinserção social. In: Tratamento das dependências químicas: aspectos básicos. Curso a distância. Secretaria Nacional Antidrogas e Universidade de São Paulo, Brasília, 2002.
- FALEIROS, V. P. Estratégias em serviço social. São Paulo: Cortez, 2001.
- GOVERNO FEDERAL. Estudo qualitativo: as redes sociais e as representações de risco entre usuários de drogas injetáveis. Série Avaliação – Projeto Ajude Brasil. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/51projeto_ajudeBrasil.pdf>. Acesso em: fev 2011.
- MIRANDA, C. F.; MIRANDA, M. L. Construindo a relação de ajuda. Belo Horizonte: Crescer, 1983.
- OPAS. Redes locais frente a la violencia familiar. Série: Violencia intrafamiliar y salud. Documento de análise n. 2. La Asociación de Solidariedad para Países Emergentes. Peru, jun. 1999.
- SLUZKI, C. E. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.



Políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas

Autores

Telmo M. Ronzani
Daniela C. Belchior Mota

Para maior conhecimento de como os usuários do sistema de saúde acessam os serviços de prevenção, tratamento e reabilitação e para que você, operador do direito, tenha melhores condições de encaminhar ou prestar cuidado mais adequado ao usuário de álcool e outras drogas, é importante que conheça um pouco sobre a política de saúde brasileira e como o acesso aos serviços é organizado no sistema de saúde.

Por essa razão, apresentam-se aqui os seguintes temas:

- ▲ A Política de Saúde Brasileira
- ▲ A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas
- ▲ A Rede Assistencial para a Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

A Política de Saúde Brasileira

Na década de 1980, o intenso debate sobre os direitos humanos teve como ponto culminante, no Brasil, a elaboração da Constituição de 1988, a qual destacou a saúde como uma das condições essenciais

à vida digna, sendo, portanto, um direito humano fundamental. Assim, a Política de Saúde Brasileira foi formulada a fim de viabilizar a garantia normativa máxima do direito à saúde.

Na política de saúde, a operacionalização desse princípio constitucional ocorreu com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo funcionamento é organizado pelas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990. Com o SUS, a saúde passa a ser pensada como obrigatoriedade do Estado, por meio da responsabilidade das esferas de governo federal, estaduais e municipais. Isso inclui não só a gestão do sistema de saúde, mas também a participação dessas esferas no financiamento e oferta de serviços. O SUS foi concebido com base nos seguintes princípios doutrinários:

- ▲ **Universalidade:** assegura o direito à saúde a todos os cidadãos, independentemente de condição de saúde, gênero, idade, região, condições financeiras, etc.
- ▲ **Integralidade:** considera as diversas dimensões do processo saúde-doença que afetam o indivíduo e a coletividade, atuando, portanto, na promoção, prevenção e tratamento de agravos.
- ▲ **Equidade:** garante o direito à assistência de acordo com o nível de complexidade/anuência.

Para que o direito à saúde não seja negado na prática constitucional, há diretrizes organizativas que visam a proporcionar maior efetividade aos referidos princípios.

Entre essas diretrizes, estão: a **descentralização**, que aponta a ênfase nos municípios como principal esfera de acesso aos serviços e gestão de saúde; a **hierarquização**, que se refere à criação de uma rede de cuidados em níveis de complexidade para racionalização e melhor gasto dos serviços de saúde; e a **participação comunitária ou controle social**, que garante a participação de representantes da comunidade na proposição, fiscalização e gestão dos sistemas de saúde.

Quanto à participação comunitária, destaca-se a institucionalização dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, definidas pela Lei 8.142/1990. Trata-se de espaços para que a população possa vocalizar suas demandas e atuar na proposição de diretrizes para a formulação de políticas e para que o modelo de gestão participativa do SUS seja consolidado.

Portanto, o SUS é o arranjo organizacional para a implementação da política de saúde. Mas quais são as questões que afetam a saúde da população e que devem estar incluídas na agenda da política de saúde?

Embora tradicionalmente o uso de álcool e outras drogas tenha sido alvo de abordagens moralistas e reducionistas, considerando a diversidade de danos relacionados ao uso dessas substâncias, em 2003 foi publicada no Brasil a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Essa política comprometeu-se a enfrentar os diferentes problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas como questão de saúde pública.

No próximo tópico, você observará como a política de álcool e outras drogas foi operacionalizada segundo a lógica da política de saúde brasileira.

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas

De maneira resumida, a história das políticas de saúde mental no Brasil é marcada por embates e disputas de diferentes interesses, o que levou à mobilização de diversos setores da sociedade para que houvesse um **cuidado mais digno e humanizado** aos portadores de sofrimento mental. Esse movimento ficou conhecido como Luta Antimanicomial e propôs as mudanças para a Reforma Psiquiátrica, que, de modo geral, defendia a inversão do sistema de manicômios fechados para o tratamento de portadores de sofrimento mental, os quais, na maioria das vezes, eram excludentes e desumanizados. Mais tarde, graças a experiências exitosas que aconteceram no Brasil, foi possível a formulação da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

A política voltada para os usuários de álcool e outras drogas está articulada a essa política. Um importante marco institucional é a **Lei 10.216/2002**, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, entre elas os usuários de álcool e outras drogas, destacando que é **responsabilidade do Estado** o desenvolvimento de ações de assistência e promoção de saúde a tal população. Essa lei direciona também o modelo assistencial em saúde mental, de acordo com os preceitos do movimento da Reforma Psiquiátrica, voltada para a criação de uma rede assistencial baseada em dispositivos extra-hospitalares, a qual será detalhada a seguir.

Especificamente em relação às políticas sobre álcool e outras drogas, outro marco legislativo relevante é a **Lei 11.343/2006**, que prescreve medidas para prevenção do uso de drogas, atenção e reinserção social de usuários e dependentes, bem como estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. Segundo essa lei, o usuário e o dependente de drogas que, em razão da prática de infração penal, estiverem cumprindo pena privativa de liberdade ou submetidos à medida de segurança **têm garantidos os serviços de atenção à sua saúde**, definidos pelo respectivo sistema penitenciário. Além disso, a mesma lei faz a distinção entre usuários/dependentes de drogas e traficantes. Embora o porte continue sendo caracterizado como crime, usuários e dependentes não estão mais sujeitos à pena privativa de liberdade, mas, sim, a medidas socioeducativas.

Desse modo, há a superação do modelo moralizante do cuidado e o **resgate da cidadania dos usuários** como sujeitos com plenos direitos, inclusive o de se cuidar. Da perspectiva teórico-prática, a política do Ministério da Saúde baseia-se nos princípios de redução de danos, tendo em vista o rompimento com as metas de abstinência como única possibilidade terapêutica.

Destaque-se que a política para os usuários de álcool e outras drogas é convergente com os princípios e as orientações do SUS, buscando a **universalidade do acesso e do direito à assistência** aos usuários. De acordo com a perspectiva da política de saúde brasileira, é possível verificar os seguintes pontos principais da política de álcool e outras drogas:

- ▲ **Integralidade das ações**, que envolve desde ações de promoção e prevenção destinadas à população geral até ações assistenciais para os usuários que necessitam de tratamento.

- ▲ **Descentralização e autonomia da gestão** pelos níveis estaduais e municipais para o desenvolvimento de ações voltadas para álcool e outras drogas e estruturação dos serviços mais próximos do convívio social.
- ▲ **Equidade** do acesso dos usuários de álcool e outras drogas às ações de prevenção, tratamento e redução de danos, de acordo com prioridades locais e grau de vulnerabilidade.
- ▲ **Mobilização da sociedade civil**, bem como estabelecimento de parcerias locais para a defesa e promoção dos direitos.

Para a consecução de tais objetivos, a política está organizada segundo uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, pois não se pode considerar a assistência de maneira fragmentada, mas, sim, de forma integral e intersetorial. Esses dois princípios são fundamentais para nosso curso, porque é com base neles que podemos pensar quão importante é **articular o setor judiciário com o de saúde** para que o usuário tenha um cuidado integral, de acordo com suas necessidades e problemas.

Tendo em vista a importância de que você, operador jurídico, incorpore a perspectiva do direito à saúde à sua prática e, desse modo, proceda ao encaminhamento dos usuários de álcool e outras drogas para o setor de saúde, descreve-se a seguir como a política brasileira de álcool e outras drogas organiza a rede assistencial para essa população.

A rede assistencial para os usuários de álcool e outras drogas

A política de saúde mental brasileira está voltada para viabilizar que a atenção aos usuários seja baseada em evidências científicas e para o cuidado integral aos portadores de transtornos mentais, o que envolve práticas de promoção, prevenção e reabilitação.

Conforme essa política, busca-se a implantação de dispositivos assistenciais que evitem o isolamento social e a cronificação do usuário, isto é, o círculo vicioso de internações hospitalares, que produzem um distanciamento permanente entre os usuários e sua rede social.

O aparato organizativo pensado para implementar a política e promover a Reforma Psiquiátrica foram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a fim de substituir de maneira organizada e gradual o modelo hospitalocêntrico.

As atividades e responsabilidades dos CAPS para a organização da política de saúde mental são:

- ▲ Direcionamento local das políticas e programas de saúde mental, desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários.
- ▲ Dispensação de medicamentos, encaminhamento e acompanhamento de usuários que moram em residências terapêuticas, as quais são alternativas de moradia para os portadores de transtornos mentais que não contam com suporte familiar e social suficiente.
- ▲ Assessoramento e retaguarda para o trabalho dos agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família no cuidado domiciliar.

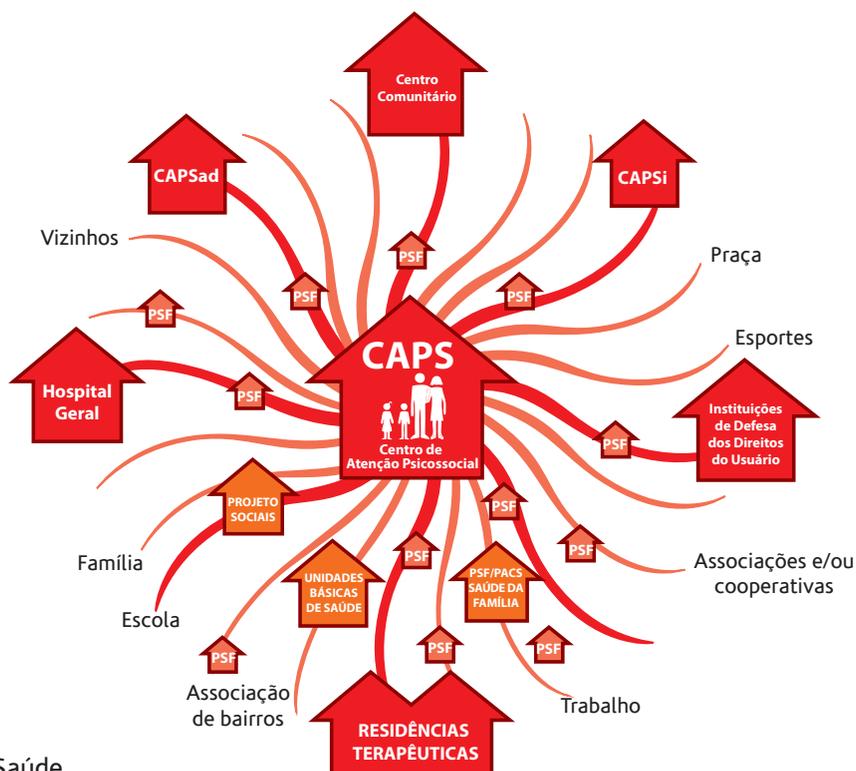
- ▲ Promoção de saúde e de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico.
- ▲ Prestar atendimento em regime de atenção diária.
- ▲ Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado.
- ▲ Promover a inserção social dos usuários por meio de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas.
- ▲ Organizar a rede de serviços de saúde mental do território.
- ▲ Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na atenção primária à saúde.
- ▲ Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental da área de abrangência do CAPS.
- ▲ Coordenar com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no território.
- ▲ Manter atualizada a listagem dos pacientes da região que utilizam medicamentos para a saúde mental.

Apoiada pela Lei 10.216/2002, a Política Nacional de Saúde Mental tem suas diretrizes alinhadas com o processo de Reforma Psiquiátrica, objetivando consolidar um modelo de atenção aberto, extra-hospitalar, que possibilite a criação de uma rede assistencial que promova a inserção dos usuários na comunidade.

As atividades desenvolvidas nos CAPS são:

- ▲ Atendimento individual
- ▲ Atendimento em grupo
- ▲ Atendimento para a família
- ▲ Atividades comunitárias
- ▲ Assembleias ou reuniões de organização do serviço.

Da perspectiva de trabalho em rede e de atenção integral, cada vez mais se procura articular as atividades e ações de saúde mental com os serviços de **Atenção Primária à Saúde (APS)**. A reinserção social dos portadores de sofrimento mental deve ser realizada na comunidade onde vivem, e os serviços de APS, como as equipes de saúde da família, podem desempenhar papel fundamental nesse processo. Há também a possibilidade de acompanhamento e melhoria do acesso ao cuidado de saúde de pacientes que não procuram o CAPS ou que podem ser acompanhados pelas equipes de saúde da família. Observe, na figura a seguir, como a rede de saúde mental é pensada de uma perspectiva integral, também a possibilidade de acompanhamento e melhoria do acesso ao cuidado de saúde de pacientes que não procuram o CAPS ou que podem ser acompanhados pelas equipes de saúde da família.



Fonte: Ministério da Saúde

Os CAPS podem ser de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS AD) e Infantojuvenil (CAPSi). A implantação desses serviços é definida de acordo com o porte do município:

- ▲ Municípios com até 20.000 habitantes: rede básica com ações de saúde mental.
- ▲ Municípios com 20.000 a 70.000 habitantes: CAPS I e rede básica com ações de saúde mental.
- ▲ Municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes: CAPS II, CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental.
- ▲ Municípios com mais de 200.000 habitantes: CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi e rede básica.

Caso o município não tenha CAPS AD, está prevista a atenção aos usuários de álcool e outras drogas na modalidade CAPS nele disponível.

Mas como funcionam especificamente os CAPS para usuários de drogas e como a rede assistencial é organizada para essa população? Da mesma forma como planejou a assistência à saúde mental, o Ministério da Saúde está implementando os **Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)**.

Os CAPS AD são dispositivos com funcionamento ambulatorial e de hospital-dia, com trabalho interdisciplinar e integral, procurando oferecer e criar uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. As atividades e funções dos CAPS AD são:

- ▲ Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, segundo a lógica de redução de danos.
- ▲ Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados.

- ▲ Prestar atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, de acordo com a necessidade dos usuários, garantindo que eles recebam atenção e acolhimento.
- ▲ Proporcionar condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados.
- ▲ Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços.
- ▲ Promover, mediante diversas ações de esclarecimento e educação da população, a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais.
- ▲ Trabalhar, com usuários e familiares, os fatores de proteção para uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo.
- ▲ Visar à diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo.

É relevante acentuar que os CAPS AD são instâncias não só de cuidado aos usuários, mas também de **organização e articulação de toda a rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas**. Juntamente com sua regulamentação, o Ministério da Saúde instituiu o **Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas**, o qual objetiva:

- ▲ Aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir os danos sociais e à saúde representados pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas.
- ▲ Organizar/regular as demandas e os fluxos assistenciais.
- ▲ Promover, em articulação com instituições formadoras, a capacitação e supervisão das equipes de APS, serviços e programas de saúde mental locais.

Com ênfase na reabilitação e reinserção social de seus usuários, esse programa está voltado para o desenvolvimento de uma rede de assistência centrada na **atenção comunitária** associada à rede de serviços de saúde e sociais.

Em situações de urgência decorrentes do consumo indevido de álcool e outras drogas para as quais os recursos extra-hospitalares disponíveis não tenham sido bem-sucedidos, está previsto o suporte hospitalar à demanda assistencial por meio de internações de curta duração em **hospitais gerais** (Portaria 2.629, de 28 de outubro de 2009), evitando a internação de usuários de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos.

Portanto, a política de álcool e outras drogas é intersetorial e inclusiva, com ações em várias áreas: saúde, justiça, educação e social. Por meio do estabelecimento dessa rede de atenção integral ao usuário e da articulação do CAPS AD com outros níveis de atenção à saúde e setores da sociedade, a política preconiza que a assistência deve pautar-se por ações de **prevenção, tratamento e reinserção social**.

Além dos serviços que compõem a rede do Sistema Único de Saúde, as comunidades terapêuticas se configuram como importantes dispositivos para tratamento de usuários de álcool e outras drogas, respondendo por parte significativa dos serviços disponibilizados em nosso país.

Portaria GM/MS 336/2002: estabelece as modalidades de serviços CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS AD para os Centros de Atenção Psicossocial.

Portaria GM/MS 816/2002: institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Portaria GM/MS 2.197/2004: institui, no âmbito do SUS, a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas

Portaria GM/MS 384/2005: autoriza os CAPS I a atender a usuários de álcool e outras drogas.

Portaria GM/MS 1.612/2005: credenciamento e habilitação de serviços hospitalares de referência para atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

As comunidades terapêuticas surgiram em um contexto de oposição ao hospital psiquiátrico e sua estrutura rígida, apresentando uma abordagem de ajuda mútua, na qual se almeja a participação ativa dos usuários no processo terapêutico, em uma comunicação democrática e igualitária. No Brasil, a regulamentação desses serviços ocorreu em 2001, com a publicação da Resolução 101 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sendo esta um relevante instrumento técnico sobre as exigências mínimas para o funcionamento das comunidades terapêuticas.

Assim, essas comunidades podem se constituir em modalidade de suporte aos usuários, a maioria delas de natureza filantrópica. Tendo em vista a necessidade de atender às demandas de estruturação e ao fortalecimento da rede de serviços, a SENAD, em parceria com o Ministério da Saúde, disponibiliza, por meio de editais públicos, apoio financeiro a municípios para a utilização de leitos por usuários de álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas.

É importante que você, operador do direito, saiba que esse pode ser mais um dispositivo assistencial integrado às redes locais para prover o acolhimento aos usuários de álcool e outras drogas. No quadro a seguir, estão sintetizados os principais pontos das portarias que norteiam a atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

Conclusão

Como você pôde observar, existem pressupostos e princípios da política de saúde brasileira que precisamos resguardar não só como cidadãos, mas também como profissionais de diversas áreas, para que a população tenha acesso à saúde universal e de qualidade, como assegura a Constituição.

A política de drogas do Ministério da Saúde procura criar mecanismos de atenção integral de acordo com a perspectiva geral do SUS. No entanto, ainda nos deparamos com uma série de desafios e com

a necessidade de ampliação de nossa rede de cuidados, a fim de melhorar o acesso ao tratamento e implementar ações de prevenção mais efetivas.

Nesse sentido, é importante que você, operador do direito, conheça como funciona a rede de atenção e como é planejada a política de drogas. Como apontado, a intersetorialidade e a integralidade são fundamentais, e o trabalho integrado entre os setores judiciário e de saúde pode melhorar de maneira significativa a atenção aos usuários. Por essa razão, conheça um pouco mais sobre o que é feito em seu município e procure parceiros na área de saúde. Com certeza, essa parceria será recompensadora para as partes envolvidas, sobretudo para o usuário/paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Leis 10.216, de 6 de abril de 2001; 11.343, de 23 de agosto de 2006. _____. Portarias GM/MS 336, de 19 de fevereiro de 2002; 816, de 30 de abril de 2002; 2.197, de 14 de outubro de 2004; 384, de 5 de julho de 2005; 1.612, de 9 de setembro de 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. _____. A saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.
- FRENK, J. Dimensions of health system reform. *Health Policy*, n. 27, p. 19-34, 1994. VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.) Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.



A política e a legislação brasileira sobre drogas

Autores

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte
Carla Dalbosco

POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

A partir do ano de 1998, o Brasil dá início à construção de uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda¹ e da oferta de drogas². 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)³, diretamente vinculada à, então, Casa Militar da Presidência da República.

Com a missão de “**coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade**” e como Secretaria Executiva do Conselho Nacional Antidrogas, coube à SENAD mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da política brasileira. Assim,

¹ Redução da demanda: ações referentes à prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, bem como aquelas relacionadas com o tratamento, a recuperação, a redução de danos e a reinserção social de usuários e dependentes.

² Redução da oferta: atividades inerentes à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. As ações contínuas de repressão devem ser promovidas para reduzir a oferta das drogas ilegais e/ou de abuso, pela erradicação e apreensão permanentes destas produzidas no país, pelo bloqueio do ingresso das oriundas do exterior, destinadas ao consumo interno ou ao mercado internacional e pela identificação e desmantelamento das organizações criminosas.

³ Medida Provisória nº 1.669 e Decreto nº 2.632, de 19 de junho de 1998.

em 2002, por meio de Decreto Presidencial nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, foi instituída a Política Nacional Antidrogas – PNAD.

Em 2003, o Presidente da República apontou a necessidade de construção de uma nova Agenda Nacional para a redução da demanda 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 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)**⁴. Como resultado, o prefixo “anti” da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo “sobre”, já de acordo com as tendências internacionais, com o posicionamento do governo e com a nova demanda popular, manifestada ao longo do processo de realinhamento da política.

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

Todo esse empenho resultou em amplas e importantes conquistas, refletindo transformações históricas na abordagem da questão das drogas.

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

⁴ 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.

1.1 A Lei nº 11.343/2006 – Lei de Drogas

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

Essa Lei nasceu da necessidade de compatibilizar os dois instrumentos normativos que existiam anteriormente: as Leis 6.368/1976⁵ e 10.409/2002⁶. 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. Esta abordagem em relação ao porte de drogas para uso pessoal tem sido apoiada por especialistas que apontam resultados consistentes de estudos, nos quais: **a atenção ao usuário/dependente deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, ao invés de encarceramento.**

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

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

SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS (SISNAD)

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

- I. contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados;
- II. promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;
- III. promover a integração entre as políticas de **prevenção** do uso indevido, **atenção e reinserção social** de usuários e dependentes de drogas;
- IV. reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas;
- V. promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios.

⁵ Lei nº 6.368/1976, de 21 de outubro de 1976, fala sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

⁶ Lei nº 10.409/2002, de 11 de janeiro de 2002, dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícito de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica.

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.

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

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

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

- ▲ Acompanhar e atualizar a Política Nacional sobre Drogas, consolidada pela SENAD.
- ▲ Exercer orientação normativa sobre ações de redução da demanda e da oferta de drogas.
- ▲ Acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do **Fundo Nacional Antidrogas**⁷ e o desempenho dos planos e programas da Política Nacional sobre Drogas.
- ▲ Promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal.

O Decreto nº 5912/2006, com as alterações introduzidas pelo Decreto nº 7426/2010, regulamentou, ainda, as competências dos Órgãos do Poder Executivo no que se refere às ações de redução da demanda de drogas.

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

- ▲ Articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.
- ▲ Consolidar a proposta de atualização da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) na esfera de sua competência.
- ▲ Definir estratégias e elaborar planos, programas e procedimentos para alcançar as metas propostas na PNAD e acompanhar sua execução.
- ▲ Gerir o Fundo Nacional Antidrogas e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID)⁸.
- ▲ Promover o intercâmbio com organismos internacionais na sua área de competência.

⁷ O Fundo Nacional Antidrogas é composto por recursos oriundos de apreensão ou de perdimento, em favor da União, de bens, direitos e valores, objeto do crime de tráfico ilícito de substâncias entorpecentes ou de drogas que causem dependência física ou psíquica, e outros recursos colocados à disposição da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

⁸ O OBID é um órgão de estrutura do Governo Federal, vinculado 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, que contribuam para o desenvolvimento de novos conhecimentos aplicados às atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e de reinserção social de usuários e dependentes de drogas e para a criação de modelos de intervenção baseados nas necessidades específicas das diferentes populações-alvo, respeitadas suas características socioculturais.

O trabalho da SENAD é desenvolvido em três eixos principais:

1) Diagnóstico situacional

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

2) Capacitação de Agentes do SISNAD

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

3) Projetos Estratégicos

- ▲ **Objetivo:** projetos de alcance nacional que ampliam o acesso da população às informações, ao conhecimento e aos recursos existentes na comunidade.
- ▲ **Exemplos de ações:** parceria com estados e municípios para fortalecimento dos conselhos sobre drogas; apoio técnico e financiamento a projetos por meio de subvenção social; manutenção de serviço nacional de orientações e informações sobre drogas (Viva Voz); ampliação e fortalecimento da cooperação internacional, criação da rede de pesquisa sobre Drogas, entre outros.

Para potencializar e articular as ações de redução da demanda e redução da oferta de drogas, em janeiro de 2011 a SENAD foi transferida do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça. Essa mudança teve como principal objetivo articular as ações de prevenção e as de repressão ao tráfico numa perspectiva cidadã, na qual ações de segurança pública interagem com diferentes políticas sociais, priorizando as de prevenção do uso de drogas.

A POLÍTICA NACIONAL SOBRE O ÁLCOOL

A Política Nacional sobre o Alcool 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 a finalidade de ampliar o espaço de participação social para a discussão de tão importante tema, instalou a **Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Alcool (CEPPA)**, composta por diferentes

órgãos governamentais, especialistas, legisladores e representantes da sociedade civil. A Câmara Especial iniciou suas atividades a partir dos resultados do Grupo Técnico Interministerial criado no Ministério da Saúde, em 2003.

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

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

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

Estas 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 indevido e do abuso de bebidas alcoólicas.
- ▲ Redução da demanda de álcool por populações vulneráveis.
- ▲ Segurança pública.
- ▲ Associação álcool e trânsito.
- ▲ Capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informações sobre temas relacionados à saúde, à educação, ao trabalho e à segurança pública.
- ▲ Estabelecimento de parceria com os municípios para a recomendação de ações municipais.
- ▲ Propaganda de bebidas alcoólicas.

Merecem destaque, dentre estas medidas estratégicas para minimizar os impactos adversos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, as ações ligadas à associação álcool e trânsito, tendo em vista que os problemas relacionados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas não atingem apenas populações

vulneráveis, mas associam-se diretamente com os índices de morbidade e mortalidade da população geral. Por esta razão, tornou-se urgente desenvolver medidas contra o ato de “beber e dirigir”.

Após exaustivo processo de discussão e com ampla participação popular, a nova Lei 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. Esta Lei alterou alguns dispositivos do Código de Trânsito Brasileiro, impondo penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência de álcool.

O motorista que tiver qualquer concentração de álcool por litro de sangue estará sujeito às **penalidades administrativas**, previstas no artigo 165 da Lei nº 9503/97, como multa, apreensão do veículo e suspensão do direito de dirigir por 12 (doze) meses.

O motorista que apresentar concentração de álcool **igual ou superior a 0,6 g/L** de sangue sofrerá **pena de detenção de seis meses a três anos**, além das penalidades administrativas⁹.

- 1) Penalidades Administrativas – até 0,6 g/L.
- 2) Penalidades Criminais – a partir de 0,6 g/L.

São vedados, na faixa de domínio de rodovia federal ou em local próximo à faixa de domínio com acesso direto à rodovia, a venda varejista ou o oferecimento de bebidas alcoólicas (teor superior a 0,5 Graus Gay-Lussac) para consumo no local.

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

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

PLANO INTEGRADO DE ENFRENTAMENTO AO CRACK E OUTRAS DROGAS E PROGRAMA CRACK, É POSSÍVEL VENCER

O avanço da criminalidade associada ao tráfico de drogas e as complexas relações existentes entre situações de risco e consumo de drogas, principalmente o crack, têm imposto desafios cada vez maiores, que exigem respostas eficazes do governo e da sociedade. Para esse enfrentamento, é preciso convergir esforços de diferentes segmentos na construção de alternativas que extrapolem as ações repressivas e considerem os diversos componentes associados aos problemas decorrentes do consumo de crack e outras drogas.

⁹ O Decreto nº 6488, de 19 de junho de 2008, no seu artigo 2º determina que: “para fins criminais de que trata o artigo 306 da Lei nº 9.503/1997 – Código de Trânsito Brasileiro, a equivalência entre os distintos testes de alcoolemia é a seguinte:

I – Exame de sangue: concentração igual ou superior a seis decigramas de álcool por litro de sangue (0,6 g/L);

II – Teste de aparelho de ar alveolar pulmonar (etilômetro): concentração de álcool igual ou superior a três décimos de miligramas por litro de ar expelido dos pulmões.

Na busca por soluções concretas, capazes de enfrentar os desafios que os problemas associados ao crack vêm impondo a todo o país, foi lançado em 20 de maio de 2010, por meio do Decreto nº 7.179, o **Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas**, que indicou a implementação de ações para a abordagem do tema de forma intersetorial.

Esse Plano teve por objetivo desenvolver um conjunto integrado de ações de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, bem como enfrentar o tráfico em parceria com estados, Distrito Federal, municípios e sociedade civil, tendo em vista a redução da criminalidade associada ao consumo dessas substâncias junto à população.

Visando à ampliação e ao fortalecimento do Plano Integrado, em dezembro de 2011, já no Governo Dilma Rousseff, foi lançado o **Programa “Crack, é possível vencer!”**, que propõe ações em três eixos: prevenção, cuidado e autoridade. Os objetivos desse Programa são:

- ▲ **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, 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 (CAPS ad), as Unidades de Acolhimento adulto e infanto-juvenil, Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), entre outros;
- ▲ **AUTORIDADE:** enfrentar o tráfico de drogas e as organizações criminosas através de ações de inteligência entre a Polícia Federal e as polícias estaduais. Serão realizadas também intervenções de segurança pública com foco na polícia de proximidade em áreas de maior vulnerabilidade para o consumo, as quais contarão com a ampliação de bases móveis e videomonitoramento para auxiliar no controle e planejamento das ações nesses locais.

Assim como o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, o **Programa Crack, é possível vencer** prevê uma atuação articulada entre governo federal, estados, municípios e Distrito Federal, além da participação da sociedade civil e o monitoramento intensivo das ações.

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

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

O uso de crack e outras drogas afeta a todos, seja 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 de enfrentamento ao crack e outras drogas, contribui para o fortalecimento de uma rede de atenção às questões relativas ao uso de crack e outras drogas numa perspectiva inclusiva, de respeito às diferenças, humanista, de acolhimento e não estigmatizante do usuário e seus familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BRASIL. **Decreto nº 7.179/2010**, de 20 de maio de 2010.

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

BRASIL. **Lei nº 11.343/2006**, de 23 de agosto de 2006.

BRASIL. **Lei nº 11.705/2008**, de 19 de junho de 2008.

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



Sistema Único de Assistência Social – SUAS

Departamento de Gestão
do SUAS/SNA/MDS*

A Assistência Social é política pública componente da Seguridade Social prevista pela Constituição Federal de 1988 (art. 194, 203 e 204) e regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei nº 8.742, de 1993), alterada pela Lei nº 11.258, de 2005, e pela Lei nº 12.435, de 6 julho de 2011 (Lei do SUAS). Os processos, mecanismos e instrumentos de sua operacionalização encontram-se, por sua vez, definidos e regulamentados pela Política Nacional de Assistência Social - PNAS, de 2004, e pela Norma Operacional Básica do SUAS - NOB/SUAS, de 2005¹⁰, ano em que se inicia o processo de implantação do SUAS no território brasileiro.



A Assistência Social está voltada à **garantia de direitos sociais**. Opera serviços, programas, projetos e benefícios, devendo realizar-se de forma integrada às demais políticas públicas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender a contingências sociais e acesso aos direitos sociais.

Segundo as legislações, a Assistência Social está configurada na forma de um **sistema, o SUAS - Sistema Único de Assistência Social¹¹**, que tem como características:

¹⁰ Igualmente em 2005, foi sancionada a Lei nº 11.258 que alterou a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, a qual dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua.

¹¹ O SUAS implica numa perspectiva de integralidade e complementaridade, com o propósito de superar a fragmentação e sobreposição na política de Assistência Social.

* Rosário de Maria Costa Ferreira; José Ferreira da Cruz; Mariana Lopez Matias

- ▲ a noção de **território**;
- ▲ a centralidade no atendimento à **família**;
- ▲ a garantia de **atenção** diferenciada por **níveis de proteção social** (básica e especial);
- ▲ a **gestão compartilhada** das ações entre Estado e sociedade civil, sob coordenação e primazia do primeiro na atribuição de **competências** técnicas e políticas diferenciadas para as diferentes esferas federativas;
- ▲ a corresponsabilidade entre os entes federados;
- ▲ o planejamento, monitoramento e a avaliação por meio de **sistemas de informações**;
- ▲ o controle social exercido pelos Conselhos de Assistência Social.

Conforme previsão legal, de acordo com a Lei nº 8.742/1993 e suas alterações, a Assistência Social tem por objetivos:

I - a **proteção social**, que visa à garantia da vida, à prevenção da incidência de situações de risco pessoal e social e de seus agravamentos, em especial:

- ▲ a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- ▲ o amparo às crianças e aos adolescentes;
- ▲ a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- ▲ a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e
- ▲ a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família;

II - a **vigilância socioassistencial**, que visa analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e comunidades, bem como a ocorrência de vulnerabilidades e riscos pessoais e sociais;

III - o **acesso a direitos** no conjunto das provisões socioassistenciais.

Ao ter por direção o desenvolvimento humano e social e os direitos de cidadania, a **proteção social de assistência social** tem por princípios:

- ▲ matricialidade sociofamiliar;
- ▲ territorialização;
- ▲ proteção pró-ativa;
- ▲ integração à Seguridade Social;
- ▲ integração às políticas sociais e econômicas.

A matricialidade sociofamiliar¹² e o território, que orientam este novo paradigma da proteção social, têm como finalidade principal fortalecer e garantir apoio à família no exercício de seu papel de proteção e cuidados e fortalecimento da convivência familiar e comunitária. Assim, a família e os indivíduos devem ser apoiados com o propósito de exercer sua função protetiva nos territórios em que vivem.

Ainda nessa perspectiva, tem como objetivo afiançar:

- ▲ segurança de sobrevivência (de rendimento e de autonomia);
- ▲ segurança de acolhida;
- ▲ segurança do convívio ou vivência familiar e comunitária.

A proteção social afiançada pelo SUAS tem como meta principal fortalecer vínculos familiares e comunitários, na perspectiva de potencializar a autoestima, estabelecer identidades e referências, bem como efetivar os direitos socioassistenciais por meio da implementação dos serviços, programas, projetos, benefícios e transferências de renda.

O SUAS materializa assim a Política Nacional de Assistência Social - PNAS, estabelecendo um novo modelo de gestão, com enfoque na proteção social que se estrutura conforme matriz padronizada de serviços socioassistenciais, definidos na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais¹³, organizados em dois níveis: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE) de Média e Alta Complexidade¹⁴.

Simultaneamente e de forma integrada ao SUAS, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), por meio da Secretaria Nacional de Renda e Cidadania (SENARC), é responsável pela coordenação do Programa Bolsa Família (PBF), que articula ações transversais com outras políticas setoriais, em particular a política de Saúde e Educação. Além disso, desenvolve ações no campo da política de Segurança Alimentar e Nutricional através da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SESAN).

O PBF constitui-se numa estratégia de inclusão social que, integrada aos serviços e programas socioassistenciais, contribui para a melhoria das condições de vida das famílias. Em relação às políticas de Segurança Alimentar e Nutricional, os programas de apoio à produção e acesso aos alimentos, de

¹² **Matricialidade sociofamiliar** – parte da concepção de que a família é o núcleo protetivo intergeracional, presente no cotidiano e que opera tanto o circuito de relações afetivas como de acessos materiais e sociais. Fundamenta-se no direito à proteção social das famílias, mas respeitando seu direito à vida privada. A centralidade na família recoloca a responsabilidade do Estado de apoiar as famílias, no seu papel de proteger os seus membros e indivíduos. É um eixo estruturante da política de Assistência Social, importante para a concepção e a implementação dos serviços, programas, projetos, benefícios e transferências de renda. Nessa perspectiva, a Assistência Social supera o conceito de família como unidade econômica, mera referência de cálculo de rendimento per capita e a entende como núcleo afetivo, vinculado por laços consanguíneos, de aliança ou afinidade, que circunscrevem obrigações recíprocas e mútuas, organizadas em torno de relações de geração e de gênero (PNAS, 2004, p. 90).

¹³ Resolução CNAS Nº 109, de 11 de novembro de 2009, publicada no Diário Oficial da União em 25 de novembro de 2009.

¹⁴ As proteções sociais básica e especial serão ofertadas pela rede socioassistencial, de forma integrada, diretamente pelos entes públicos e/ou pelas entidades e organizações de assistência social vinculadas ao SUAS, respeitadas as especificidades de cada ação (Lei nº 8.742/1993 e suas alterações ao Art. 6º - B, por meio da Lei nº 12.431, de 6 de julho de 2011). As entidades e organizações de assistência social são aquelas sem fins lucrativos que, isolada ou cumulativamente, prestam atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por esta Lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de direitos. (Art. 3º da Lei nº 8.742/1993 e suas alterações).

acesso à água, educação alimentar e nutricional, os restaurantes populares e cozinhas comunitárias, bem como o Programa Cisternas tendem a possibilitar maior autonomia e melhoria das condições de vida das famílias.

O SUAS, executado de forma integrada aos programas e benefícios que transferem renda, por meio da Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, articulado com as demais políticas e o Sistema de Garantia de Direitos (SGD), desempenha papel fundamental na proteção social.

Nos termos do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, instituído pelo Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, cujas ações intersetoriais foram ampliadas e fortalecidas por meio do programa “**Crack, é possível vencer**”, lançado pelo Governo Federal em dezembro de 2011, a política de Assistência Social tem um importante papel no enfrentamento à questão do uso abusivo e dependência de crack e outras drogas, particularmente no que diz respeito às ações de prevenção e reinserção social. O texto a seguir tem como objetivo apresentar as possibilidades de atuação da Assistência Social no trabalho com indivíduos e famílias em situação de uso abusivo/dependência de crack e outras drogas, questão complexa e desafiante, que exige uma atuação intersetorial.

...

Proteção Social Básica: a importância da dimensão preventiva do uso e dependência do crack, álcool e outras drogas

Departamento de Proteção Social Básica/SNA/MDS*

A discussão sobre o uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas tem se tornado mais frequente nos meios de comunicação atuais. Seja por meio da mídia seja pela observação do cotidiano das cidades, veem-se cenas que provocam perplexidade à população e demandam respostas dos poderes públicos e da sociedade em geral.

A dimensão e a complexidade do problema colocam em alerta até mesmo os pequenos municípios, demandando do poder público e da sociedade em geral respostas mais abrangentes, que combinem ações nas esferas da segurança pública, da saúde, da assistência social, da educação, dentre outras, em um plano nacionalmente articulado de enfrentamento ao consumo de drogas. Alguns aspectos relativos ao fenômeno do uso, abuso e dependência dessas substâncias apontam para a importância da dimensão preventiva das ações.

* Aidê Cançado Almeida, Adriana da Silva Pereira, Alexandre Valle dos Reis, Maria do Socorro Tabosa, Bruna D'ávila de Andrade, Cristiana Gonçalves de Oliveira, Keli Rodrigues de Andrade, Luciana Maria de Almeida, Márcia Padua Viana, Maria Valdenia Santos de Souza, Rita de Cássia Alves de Abreu, Selaide Rowe Camargos

É preciso reconhecer, também, o tripé biopsicossocial das dependências químicas, fruto da interação dinâmica de três fatores distintos: o tipo de substância consumida, o indivíduo e o seu contexto social e familiar. Dito de outra maneira, um mesmo tipo de droga pode ter efeitos diferentes em diferentes indivíduos. Acredita-se que a apresentação de um número maior de possibilidades de apoio (familiar, comunitário, políticas públicas) ao indivíduo diminui o risco de desenvolver uma dependência química, mesmo que venha a ter contato com a droga e a experimentá-la. Atuando, por meio de espaços de escuta, favorecendo a discussão, troca de experiências e construção de saberes sobre o enfrentamento das situações de vulnerabilidade social, considera-se possível desenvolver aquilo que se denomina resiliência, que é a capacidade de se manter saudável mesmo quando submetido a situações adversas. No entanto, não se pode perder de vista o fato de que o consumo de crack, bem como outras drogas, está presente entre crianças ainda muito jovens. Desta forma, há a necessidade de se atuar nestas situações, agindo, sobretudo, preventivamente.

O Estatuto da Criança e do Adolescente dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente e, em seu artigo 70, estabelece como dever de todos prevenir a ocorrência de ameaças ou violação dos seus direitos. O referido estatuto, ainda, proíbe a venda de bebidas alcoólicas e produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica a este público. Desta forma, é dever de todos protegê-los do uso dos diversos tipos de drogas existentes, sejam elas lícitas ou ilícitas.

Se, por um lado, há necessidade de definição de estratégias de enfrentamento ao tráfico centradas na abordagem repressiva, por meio do aparato jurídico-policial, por outro lado, deve-se fortalecer as ações da rede pública de saúde para a oferta de tratamentos eficazes aos usuários, ao mesmo tempo em que se empreendem ações articuladas às demais políticas públicas relativas à prevenção.

No tocante à prevenção, há que se destacar, na última década, a criação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS e a conformação de uma extensa rede de proteção social básica, a partir da implantação dos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, cujas equipes de referência são responsáveis pela oferta de serviços socioassistenciais a famílias em situação de vulnerabilidade social e pela atuação, nos territórios, de forma a prevenir a ocorrência de riscos e enfrentar vulnerabilidades.

Assim, no âmbito da assistência social básica destacam-se as ações de caráter preventivo voltadas ao território, que visam ao desenvolvimento da mobilização comunitária por meio de atividades como: campanhas e palestras, filmes, debates, projetos de conscientização, etc. A prevenção se dá também em outras atividades que compõem os serviços de proteção básica, uma vez que estes configuram espaços de convivência estimulantes e agregadores. Estas são estratégias importantes para prevenção ao uso, abuso e dependência de drogas, na medida em que se mostram prazerosas e capazes de gerar identidade grupal, em especial para crianças e adolescentes, que, em muitos casos, encontram-se expostos a um ambiente familiar e comunitário no qual, dentre outras vulnerabilidades, figuram o consumo e a comercialização de drogas.

Uma ação consistente e intersetorial de atenção aos casos de consumo de drogas no Brasil não pode prescindir dessa rede de proteção, localizada em áreas de maior vulnerabilidade social, e do potencial dos

serviços que visam à redução de fatores de risco e à promoção do desenvolvimento integral de crianças e adolescentes.

Para além das ações regularmente executadas no âmbito do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF e do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV, organizado por ciclos de vida, trata-se agora de eleger o enfrentamento ao uso, abuso e dependência de drogas como um desafio nacional colocado para as políticas públicas e, em particular, para a política de Assistência Social.

Ações de prevenção ao uso de crack e outras drogas em territórios de vulnerabilidade social

A análise das vulnerabilidades sociais deve levar em conta a existência ou não, por parte dos indivíduos ou das famílias, de recursos disponíveis e capazes de enfrentar determinadas situações de risco. Assim, vulnerabilidade refere-se à maior ou menor capacidade de um indivíduo, família ou grupo social de controlar as forças que afetam seu bem-estar, ou seja, a posse ou controle de ativos que constituem os recursos requeridos para o aproveitamento das oportunidades propiciadas pelo Estado, mercado ou sociedade, sejam eles físicos, humanos ou sociais.

A condição de vulnerabilidade está, portanto, relacionada à situação das pessoas e famílias no que se refere à sua inserção e estabilidade no mercado de trabalho, à debilidade de suas relações sociais e, por fim, ao grau de regularidade e de qualidade de acesso aos serviços públicos ou outras formas de proteção social. Entende-se que a concepção de vulnerabilidade adotada pela PNAS, ao dialogar com as proposições anteriormente citadas, possibilita à Assistência Social uma visão menos determinista e mais complexa das situações de pobreza, pois dá um sentido dinâmico para o estudo das desigualdades, a partir da identificação de zonas de vulnerabilidades, possibilitando um maior poder explicativo de uma realidade social cada vez mais complexa e composta por uma heterogeneidade de situações de desproteção social.

Sob esta ótica, o enfrentamento das vulnerabilidades pressupõe o comprometimento e a implementação das diversas políticas públicas nacionais que tenham em suas diretrizes o desenvolvimento de ações preventivas, de natureza socioeducativa, pautadas no fortalecimento do convívio familiar e comunitário, do protagonismo dos usuários das políticas sociais, ações de transferência de renda e de inclusão produtiva, a serem realizadas nos territórios mais vulneráveis, de risco, e destinadas aos segmentos mais excluídos socialmente.

Dentre as diversas vulnerabilidades e riscos sociais aos quais uma comunidade pode estar exposta, um elemento de extrema importância, devido à sua complexidade e amplitude, é o fenômeno das drogas. O uso, abuso e dependência dessas substâncias podem agravar outras situações de vulnerabilidade vivenciadas, podendo repercutir na qualidade de vida das famílias, na medida em que, dentre outras possibilidades, pode reduzir a capacidade produtiva dos indivíduos; dificultar as relações intrafamiliares;



potencializar a ocorrência de violência intrafamiliar e urbana. Da mesma forma, situações de vulnerabilidade e risco social podem, em determinados contextos, potencializar fatores de risco ao uso de drogas. Quando associadas, situações de vulnerabilidade e risco social e uso de drogas podem conduzir a agravamentos que exigirão estratégias integradas de atenção aos usuários e suas famílias, que considerem a perspectiva social e de saúde.

Além disso, a existência de atividades relacionadas ao tráfico pode implicar no cerceamento do uso de espaços da comunidade e da circulação no território, bem como expor crianças e adolescentes a uma das piores formas de trabalho infantil. Neste contexto, a ampliação do olhar para a relação da questão do tráfico de drogas com fenômenos como violência, criminalidade, e suas implicações no contexto social das famílias, deverá ser contemplada nas ações, nos serviços, programas e projetos de assistência social desenvolvidos no território, articulados entre si e envolvendo toda a comunidade.

Tendo a Proteção Social Básica o objetivo de prevenir situações de vulnerabilidade e risco social, por meio do desenvolvimento de potencialidades, aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, sua principal estratégia é a oferta territorializada de serviços socioassistenciais: *atividades continuadas que objetivam a melhoria da qualidade de vida da população, com ações focadas no atendimento de necessidades básicas, seja por meio do PAIF ou do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.*

Não obstante, para garantir a efetiva superação dos riscos ou das vulnerabilidades sociais, são necessários um amplo conhecimento do território e a articulação da rede socioassistencial e intersetorial existente. A articulação pode tornar a atenção ao uso, abuso e à dependência de drogas mais eficaz do que quando são empregadas ações isoladas de cada política. A realização de um diagnóstico do território, a partir de informações da vigilância social e da busca ativa, identificando as potencialidades do território e da família, bem como a incidência de situações de vulnerabilidade e/ou risco social são preponderantes para a realização de um trabalho preventivo dentro do território de abrangência do CRAS. Tal conhecimento do território possibilita nortear as ações desenvolvidas no PAIF, de modo a alcançar as demandas identificadas e da necessidade de oferta de outros serviços de proteção social básica.

No tocante às ações de enfrentamento ao crack e outras drogas, bem como suas consequências nas localidades de maior vulnerabilidade social, fica evidente a importância da oferta dos serviços de proteção básica em sintonia com demais serviços, programas e projetos socioassistenciais e intersetoriais, por meio do encaminhamento e, sobretudo, da garantia do atendimento prioritário aos indivíduos e às famílias que deles necessitarem; e do desenvolvimento de ações em parceria, unindo esforços na divulgação de campanhas socioeducativas nacionais ou até mesmo desenvolvimento de estratégias locais de prevenção.

Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)

As ações de proteção social básica devem organizar-se em torno do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que é uma unidade pública estatal descentralizada da política de Assistência Social. Este equipamento tem como responsabilidade: *a oferta do principal serviço de proteção básica, o PAIF, em áreas de vulnerabilidade e risco social e a gestão territorial, articulando os demais serviços de proteção social básica.* Caracteriza-se, portanto, como uma unidade que propicia o acesso das famílias à rede de proteção básica nos municípios ou no DF.



São serviços de caráter continuado de proteção social básica:

- ▲ Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)
- ▲ Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e o
- ▲ Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas¹⁵.

Conforme a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, o PAIF:

Consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida; prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo; expressa um conjunto de ações relativas à acolhida, informação e orientação, inserção em serviços da assistência social, tais como socioeducativos e de convivência, encaminhamentos aos serviços de outras políticas setoriais, promoção de acesso à renda e, especialmente, acompanhamento sociofamiliar¹⁶.

Um dos objetivos do serviço PAIF é o fortalecimento da função protetiva da família, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. Neste sentido, o Serviço compreende a família como o lugar do cuidado, da proteção, do aprendizado, dos afetos, da construção de identidade e vínculos relacionais e de pertencimento, mas, sem perder de vista que ela pode também configurar um espaço de reprodução de desigualdades e de violência, muitas vezes refletindo o que é vivenciado no âmbito público. O uso, abuso e dependência de drogas configuram uma importante e complexa temática a ser abordada na esfera familiar,

¹⁵ Ressalta-se que todos os serviços de proteção social básica têm caráter preventivo, protetivo e proativo. O PAIF deve necessariamente e exclusivamente ser ofertado nos CRAS, já os demais serviços podem ser ofertados neste equipamento desde que garantida a oferta com qualidade do PAIF (espaço físico e equipe compatível), e em outras unidades públicas de assistência social, bem como, de forma indireta, nas entidades e organizações de assistência social da área de abrangência do CRAS. Devem, no entanto, ser referenciados ao CRAS.

¹⁶ Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Resolução nº 109 - Comissão Intergestores Tripartite – CIT; 2009b. Pág: 06.

para qual não existe uma fórmula exata. Destaca-se, entretanto, a importância do caráter protetivo, e preventivo do PAIF como forma de abordar a questão das drogas junto às famílias de seu território.

No que se refere ao caráter protetivo, destacam-se os atendimentos particularizados, por meio da acolhida e das ações particularizadas, nas quais as famílias e seus membros recebem informações sobre o Serviço e apresentam situações mais específicas que possam vir a demandar encaminhamentos e/ou acompanhamento familiar. Em relação ao caráter preventivo, destacam-se os atendimentos coletivos, por meio de oficinas com famílias e ações comunitárias, espaços propícios para realização de campanhas, debates e mobilização em prol de objetivos comuns.

Há que se destacar ainda que o processo de acompanhamento familiar contempla tanto o caráter protetivo quanto preventivo. Ao se dar de forma particularizada, permite o desenvolvimento de ações para a superação de vulnerabilidades de modo mais singular, por meio do plano de acompanhamento familiar. Quando realizado em grupo, criam-se espaços para discussão de temáticas que interferem na dinâmica familiar de um conjunto de famílias.

Neste sentido, para consecução do objetivo de fortalecimento da função protetiva da família, é necessária a promoção de atividades que propiciem o diálogo, a troca de experiências e valores, bem como a discussão de situações externas que afetam a família e a comunidade. As oficinas com famílias são espaços propícios para sua abordagem, na medida em que suscitam a reflexão sobre vulnerabilidades, riscos ou potencialidades e, portanto, contribuem para o alcance de aquisições, fortalecimento de laços comunitários, conhecimentos, acesso a direitos e prevenção de riscos. As oficinas podem abordar, dentre outros pontos: formas de prevenção ao uso, abuso e dependência de drogas; estratégias de enfrentamento ao uso, abuso e dependência; redes de apoio e informações sobre serviços disponíveis no território, além de alternativas de atividades de convívio específicas por faixas etárias, em especial crianças, adolescentes e jovens; oportunidades de lazer e trabalho.

Complementam o rol de objetivos do PAIF a potencialização do protagonismo e da autonomia dos indivíduos e famílias e a promoção do acesso à rede de proteção social e aos serviços setoriais, contribuindo para garantia de direitos. Neste âmbito, para o trabalho de prevenção ao uso, abuso e dependência de drogas e seus efeitos na comunidade, destaca-se a potencialidade das ações comunitárias, uma vez que estas atividades visam à mobilização social, ao protagonismo, ao sentimento de coletividade e ao fortalecimento da comunicação e organização comunitária. Esta organização propicia, portanto, a participação cidadã, ampliando a capacidade das famílias de interferirem na construção da vida pública de seu território.

Dentre as diversas formas de implementação das ações comunitárias, apontam-se palestras, campanhas e eventos comunitários, que reúnem condições ideais para o trabalho preventivo com a temática das drogas. Como salientado anteriormente, estas atividades podem ser potencializadas quando realizadas em parceria com lideranças locais, atores da rede socioassistencial e demais políticas setoriais, como, por exemplo, por meio de palestras ministradas por profissionais da saúde, pesquisadores, dentre outros.

Dentre as atividades do PAIF que contribuem para prevenção ao uso de drogas e minimização dos efeitos gerados na família e na comunidade, ressalta-se, ainda, a importância de encaminhamentos para rede socioassistencial ou intersetorial. Dentro da perspectiva preventiva, um exemplo seria a inclusão de crianças e adolescentes expostos a contextos em que há uso de drogas nos demais serviços de convivência da proteção básica. São também extremamente relevantes os encaminhamentos que viabilizem o acesso a políticas de geração de trabalho e renda, educação e documentação civil, dentre outras. Com relação a situações que demandem acompanhamento especializado, destaca-se a referência aos CREAS - Centros de Referência Especializados de Assistência Social, quando identificados rompimento de vínculos e/ou violação de direitos.

Neste sentido, entendem-se como público-alvo das ações do PAIF aquelas famílias com integrante(s) com histórico de uso, abuso e dependência de drogas, contrarreferenciadas pelo CREAS; famílias com usuário(s) de drogas nas quais não se observa violência; violação de direitos e/ou rompimento de vínculos, bem como a comunidade como um todo quando observada alta incidência de uso de drogas.

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) organiza-se em torno do PAIF, sendo a ele articulado. No trabalho social com as famílias, realizado pelo Serviço PAIF, identificam-se os membros mais vulneráveis e que necessitam acessar o SCFV. Desse modo, as situações de vulnerabilidade enfrentadas pelas famílias e pelos indivíduos devem receber um tipo de atenção diferenciada, de acordo com as necessidades de cada público. Além disso, as potencialidades das famílias devem ser ponto de partida para a organização dos serviços de proteção social básica e para o estímulo à participação social.



Em razão disso, a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais instituiu o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, organizado por faixa etária, tendo como objetivo prevenir possíveis situações de risco, visando à melhoria da qualidade de vida.

O SCFV tem como objetivos prioritários: prevenir a institucionalização e a segregação de crianças, adolescentes, jovens e idosos e oportunizar o acesso às informações sobre direitos e participação cidadã. Ocorre por meio do trabalho em grupos (ou coletivos) e organiza-se de modo a ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária.

O SCFV pode ser ofertado nos CRAS, em outras unidades públicas ou em entidades privadas sem fins lucrativos, desde que referenciadas ao CRAS. Deve ainda possuir uma equipe de profissionais capacitados para atender às demandas específicas de cada faixa etária.

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos deve se organizar de forma a atender aos membros das famílias, por faixa etária, a saber:

1. crianças de até 6 anos;
2. crianças e adolescentes de 6 a 15 anos;
3. adolescentes de 15 a 17 anos;
4. idosos.

Nos grupos devem ser fomentadas discussões sobre o fenômeno do uso do crack e outras drogas, conforme peculiaridade de cada faixa etária. Destaca-se ainda que, no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Crianças e Adolescentes de 6 a 15 anos e para Adolescentes de 15 a 17 anos, as ações devem ser intensificadas. O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Crianças e Adolescentes de 6 a 15 anos tem por foco a constituição de espaços de convivência, formação para a participação e exercício da cidadania, fortalecimento do protagonismo e da autonomia das crianças e adolescentes, a partir dos interesses, demandas e potencialidades dessa faixa etária. Nesse contexto, as atividades desenvolvidas podem contemplar ações de enfrentamento ao uso e dependência de crack e outras drogas na realização de campanhas, eventos e gincanas, que informem crianças e adolescentes sobre as repercussões do uso dessas substâncias, sessões de vídeos e outros, teatros e outras formas de manifestação cultural que possam transmitir mensagens educativas, estimulando sempre a participação e o protagonismo infanto-juvenil no desenvolvimento de ações de enfrentamento ao crack e outras drogas.

Nas ações de convivência e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, é fundamental que haja o envolvimento e a participação das crianças e adolescentes na elaboração e efetivação das ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Nesse sentido, o SCFV deve assegurar espaços de discussão, estimulando a participação na vida pública do território, na medida em que propicia aos usuários o desenvolvimento de competências para a compreensão crítica da realidade social e do mundo contemporâneo.

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Adolescentes e Jovens de 15 a 17 anos é uma importante estratégia para este Plano, pois tem por foco o fortalecimento da convivência familiar e comunitária, o retorno dos adolescentes à escola e sua permanência no sistema de ensino. Isso é feito por meio do desenvolvimento de atividades que estimulem a convivência social, a participação cidadã e uma formação geral para o mundo do trabalho. O público-alvo constitui-se, em sua maioria, de jovens cujas famílias são beneficiárias do Programa Bolsa Família, estendendo-se também aos jovens em situação de risco pessoal e social, encaminhados pelos serviços de proteção social especial do SUAS ou pelos órgãos do Sistema de Garantia de Direitos da criança e do adolescente.

Esse serviço tem um papel estratégico na prevenção do uso de drogas, por meio de ações socioeducativas que possibilitam aos jovens uma reflexão sobre temas de interesse e dificuldades que podem afetar a juventude, dentre elas, o consumo das diferentes drogas. Os encontros possibilitam um espaço privilegiado para o diálogo aberto e para reflexão sobre as consequências e ações de fortalecimento da autonomia e protagonismo dos jovens. O envolvimento grupal que há nos coletivos juvenis é um fator

importante para a prevenção, uma vez que surgem vínculos que podem reforçar a autoestima, laços de amizade e outras possibilidades de fortalecimento de atitudes saudáveis.

No âmbito das ações socioeducativas, é muito importante reforçar o protagonismo dos jovens, podendo surgir iniciativas de participação cidadã, com atuação dos jovens em suas comunidades, por meio de campanhas, projetos de ação coletiva de interesse social, que podem gerar a produção de vídeos, apresentações artísticas e debates com a comunidade, entre outros.

Deste modo, devido à complexidade da problemática do uso de crack e outras drogas, é fundamental que as equipes técnicas dos serviços socioassistenciais sejam permanentemente capacitadas. É importante que abordem as famílias por meio de uma postura inovadora, e não moralizadora, que não esteja focada na simples disseminação de informações e/ou repressão ao uso de drogas, mas que fomente a reflexão e problematização da temática, o desenvolvimento de projetos de vida, que deem visibilidade a outras alternativas. Os profissionais estarão desta maneira agindo de forma preventiva, proativa, protetiva e com maiores chances de alcançar efetividade em sua intervenção.

Por fim, faz-se necessário reforçar que, nesta temática, a política de Assistência Social não é autosuficiente, que depende da articulação intersetorial para seu sucesso, ou seja, é imprescindível que cada ator (saúde, educação, segurança pública, assistência social) faça sua parte, mas que todos trabalhem em conjunto, em especial nos territórios violentos e com presença de tráfico. Como forma de fomento desta articulação, incentiva-se a constituição de espaços de diálogo em nível local, tal como comitês gestores, compostos pelos gestores da assistência, saúde, educação, entre outros, conforme a realidade do município, que coordene as ações de enfrentamento ao crack e outras drogas.



Proteção Social Especial: ações integradas para a atenção a situações de risco pessoal e social associadas ao uso/dependência de crack, álcool e outras drogas

Departamento de Proteção Social Especial/SNA/MDS*

No âmbito do SUAS, a Proteção Social Especial (PSE) organiza a oferta de serviços, programas e projetos de caráter especializado, destinado a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos. Sua atuação direciona-se a situações que, concretamente, demandam trabalho social especializado no SUAS, como as exemplificadas no quadro a seguir.

As situações atendidas nos serviços de PSE incidem sobre os indivíduos, suas relações familiares e comunitárias. São situações que envolvem conflitos, tensões e, até mesmo, fragilização ou rompimento de vínculos, além de violação de direitos, demandando, portanto, atenção especializada e trabalho em rede. Nessa direção, a atenção na PSE tem como objetivos principais contribuir para assegurar proteção

* Kelvia de Assunção Ferreira Barros, Juliana Maria Fernandes Pereira, Ana Angélica Campelo de Albuquerque Melo, Ana Luisa Coelho Moreira, Mariana de Sousa Machado Neris, Juliana Marques Petroceli, Nivia Maria Polezer, Adriana de Almeida Faustino, Carlos Alberto Ricardo Junior, Maria de Jesus Bonfim de Carvalho, Aparecida Rodrigues dos Santos, Zora Yonara Torres Costa, Telma Maranhão Gomes.

- ▲ Violência física e psicológica
- ▲ Abandono
- ▲ Violência sexual (abuso e exploração sexual)
- ▲ Tráfico de pessoas
- ▲ Situação de rua
- ▲ Trabalho infantil
- ▲ Cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto
- ▲ Afastamento do convívio familiar.

social especial nestes casos, de modo a prevenir agravamentos; e potencializar recursos e o acesso a direitos socioassistenciais e à rede de proteção, na perspectiva da superação das situações vivenciadas.

Considerando as situações atendidas e a intencionalidade da atenção ofertada, faz-se importante apontar que os serviços de PSE requerem especialização no acompanhamento socioassistencial a famílias e indivíduos. E considerando o princípio da incompletude institucional e a complexidade das situações atendidas, as intervenções no âmbito dos serviços demandam, ainda, estreita articulação com a rede, incluindo, além da rede socioassistencial, as demais políticas públicas, com destaque para a política de Saúde, e órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar, Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública).

Além da oferta de serviços, a PSE também conta com o PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil), programa que articula ações de forma integrada e complementar com o objetivo de qualificar, incentivar e melhorar o enfrentamento ao trabalho infantil¹⁷ no país.

Cabe destacar que a PSE está organizada no SUAS em dois níveis de complexidade, quais sejam: PSE de Média Complexidade e PSE de Alta Complexidade. Tal organização considera a natureza e a especificidade do atendimento ofertado, de acordo com o agravamento das situações vivenciadas por famílias e indivíduos e as demandas relativas à proteção social identificadas.

Enquanto os serviços de PSE de Média Complexidade são destinados à oferta de acompanhamento especializado, os de PSE de Alta Complexidade devem assegurar proteção integral aos sujeitos atendidos. Os serviços de acolhimento devem ser ofertados em unidades inseridas na comunidade com características residenciais, ambiente acolhedor e estrutura física adequada, oferecendo condições de habitabilidade, higienização, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade, com orientação psicossocial para a construção de novos projetos de vida e acesso a direitos sociais, até que se viabilize a transição para o retorno ao convívio familiar/comunitário ou vida autônoma, conforme o caso.

Proteção Social Especial de Média Complexidade	Proteção Social Especial de Alta Complexidade
Oferta de atendimento socioassistencial especializado e continuado a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social.	Oferta de serviços de atendimento integral. Destinado ao acolhimento a indivíduos e/ou famílias afastados temporariamente do núcleo familiar e/ou comunitário de origem.

¹⁷ De acordo com a Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011.

Tanto na PSE de Média Complexidade quanto na PSE de Alta Complexidade, a oferta de serviços deve ter caráter continuado e consonância com a realidade dos territórios. Assim, a organização dos serviços deve se estruturar, em âmbito nacional, com desenho homogêneo, de modo a assegurar observância à padronização nacional do SUAS - conforme parâmetros da Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, com possibilidades, todavia, de adaptações à realidade e demandas de cada território.

Diretrizes e objetivos da PSE de Média Complexidade:

DIRETRIZES QUE DEVEM NORTEAR O ATENDIMENTO NA PSE DE MÉDIA COMPLEXIDADE

- ▲ Centralidade na família.
- ▲ Contextualização da situação vivenciada, considerando o contexto familiar, social, cultural e econômico.
- ▲ Ética, respeito à diversidade, singularidade, dignidade e não discriminação.
- ▲ Respeito à autonomia individual e familiar na construção de trajetórias de vida individual e familiar.
- ▲ Especialização e qualificação do atendimento.
- ▲ Acesso a direitos socioassistenciais.
- ▲ Fortalecimento da capacidade de proteção das famílias, inclusive por meio da ampliação do acesso a direitos socioassistenciais, suportes e apoios.

OBJETIVOS DA PSE DE MÉDIA COMPLEXIDADE

- ▲ Proporcionar o acesso das famílias e indivíduos a direitos socioassistenciais e à rede de proteção social.
- ▲ Apoiar a família e contribuir para o fortalecimento de sua função de proteção.
- ▲ Potencializar os recursos dos indivíduos e famílias para a superação da situação vivenciada.
- ▲ Contribuir para a superação de padrões de relacionamentos familiares e comunitários com violação de direitos.
- ▲ Contribuir para o fortalecimento ou reconstrução de relacionamentos familiares, comunitários e com o contexto social.
- ▲ Contribuir para a construção de novas referências familiares e comunitárias, quando for o caso.
- ▲ Fortalecer, junto aos indivíduos e famílias, o exercício do protagonismo e da participação social.
- ▲ Prevenir agravamentos e a institucionalização.
- ▲ Promover, junto com os (as) usuários (as), a construção de projetos de vida.

Diretrizes e objetivos da PSE de Alta Complexidade:

DIRETRIZES QUE DEVEM NORTEAR O ATENDIMENTO NA PSE DE ALTA COMPLEXIDADE

- ▲ Excepcionalidade e provisoriedade do afastamento do convívio familiar.
- ▲ Direito à convivência familiar e comunitária.
- ▲ Preservação, fortalecimento ou resgate dos vínculos familiares e comunitários, ou construção de novas referências, quando for o caso.
- ▲ Potencialização da família/indivíduo na sua capacidade protetiva e na superação de suas dificuldades.
- ▲ Garantia de acesso a direitos socioassistenciais.
- ▲ Respeito à diversidade, dignidade e não discriminação.
- ▲ Participação dos usuários nas decisões e fomento à construção de novos projetos de vida.
- ▲ Respeito à autonomia individual e familiar na construção de trajetórias de vida.
- ▲ Atendimento personalizado, individualizado e em pequenos grupos.
- ▲ Fortalecimento da capacidade de proteção das famílias, inclusive por meio da ampliação do acesso a direitos socioassistenciais, suportes e apoios.

OBJETIVOS DA PSE DE ALTA COMPLEXIDADE

- ▲ Reordenar os serviços de acolhimento, rompendo com modelos totalizantes e segregacionistas.
- ▲ Oferecer ambiente seguro de moradia e convivência com dignidade e padrões de qualidade.
- ▲ Preservar e respeitar a identidade e a história de vida dos usuários.
- ▲ Potencializar, junto à família/indivíduo, a sua capacidade protetiva.
- ▲ Potencializar os recursos dos indivíduos e famílias para a superação da situação vivenciada.
- ▲ Contribuir para o fortalecimento ou resgate de relacionamentos familiares, comunitários e com o contexto social.
- ▲ Oportunizar a construção de novas referências familiares e comunitárias, quando for o caso.
- ▲ Contribuir para o fortalecimento do protagonismo, da participação social e da autonomia.
- ▲ Prevenir agravamentos e possibilitar a construção de projetos de vida, junto com os (as) usuários (as).

Os serviços de PSE devem ser ofertados de forma descentralizada, pelo Distrito Federal e municípios, podendo, em determinados casos, ser prestado pelos estados e/ou por meio de agrupamentos intermunicipais, quando a realidade justificar a oferta de serviços organizados de forma regionalizada¹⁸.

UNIDADES E SERVIÇOS DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE TIPIFICAÇÃO NACIONAL DE SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS

(Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009¹⁹)

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE		
UNIDADE DE OFERTA	SERVIÇO	PÚBLICO
CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social)	PAEFI (Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos)	Trabalho social especializado com famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos, tais como: ▲ violência física, psicológica, abuso ou exploração sexual, negligência ▲ trabalho infantil ▲ descumprimento de condicionalidades do PBF e do PETI relacionadas a situações de risco pessoal e social, com violação de direitos ▲ tráfico de pessoas ▲ abandono ou afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida protetiva ▲ discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia ▲ etc.
	Serviço de MSE (Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida e de Prestação de Serviços à Comunidade)	Adolescentes em cumprimento de MSE de Liberdade Assistida e Prestação de Serviços à Comunidade, aplicadas pela autoridade judicial (Estatuto da Criança e do Adolescente).
	Serviço Especializado em Abordagem Social ²⁰	Crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos, famílias, que utilizam os espaços públicos como forma de moradia e/ou sobrevivência.
CENTRO POP (Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua)	Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua	Jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência.

¹⁸ Para mais informações sobre a oferta regionalizada de serviços de PSE, recomenda-se a leitura da NOB/SUAS e, no caso de serviços de acolhimento para crianças e adolescentes, as "Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento de crianças e adolescentes", disponíveis no sítio do MDS: www.mds.gov.br

¹⁹ Disponível em: www.mds.gov.br

²⁰ Este Serviço pode ser ofertado tanto pelo CREAS quanto por Unidade a ele referenciada, de natureza pública ou pública não estatal. O Serviço Especializado em Abordagem Social pode também ser ofertado no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), conforme avaliação e planejamento do órgão gestor local.

Unidades de referência da PSE de média complexidade Saiba mais!



O CREAS é a unidade pública estatal de atendimento e referência para o trabalho social especializado no SUAS.

Conforme Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, todo CREAS deve ofertar o PAEFI, podendo, a depender da realidade e demanda do território, ofertar outros serviços de PSE de média complexidade.

Sua implantação, funcionamento e a oferta direta dos serviços constituem responsabilidades do poder público local e, no caso dos CREAS Regionais, do Estado e municípios envolvidos, conforme pactuação de responsabilidades.

Saiba mais: consulte www.mds.gov.br



O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) é a unidade pública e estatal, lócus de referência e trabalho social especializado com população adulta em situação de rua.

Conforme Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, todo Centro POP deve ofertar o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. A depender da realidade local, a unidade poderá também ofertar o Serviço Especializado em Abordagem Social.

A unidade deve representar espaço de referência para o convívio grupal e acompanhamento de pessoas em situação de rua. As estratégias adotadas para o acompanhamento devem buscar favorecer:

- ▲ Acesso a direitos socioassistenciais e à rede de proteção social
- ▲ Construção gradativa do processo de saída da situação de rua e fortalecimento da autonomia
- ▲ Fortalecimento da autoestima e construção/reconstrução de projetos de vida
- ▲ Resgate/fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, ou construção de novas referências, quando for o caso.
- ▲ Fortalecimento de vínculos de pertencimento, da mobilização e participação social
- ▲ Encaminhamento para inclusão no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal.

Saiba mais: consulte www.mds.gov.br

UNIDADES E SERVIÇOS DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE TIPIFICAÇÃO NACIONAL DE SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS

(Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009)

Conforme mencionado, a PSE de Alta Complexidade tem como o objetivo ofertar serviços especializados com vistas a afiançar segurança de acolhida a indivíduos e/ou famílias afastados do núcleo familiar e/ou comunitários de origem. Com a finalidade de afiançar acolhimento e desenvolver atenções socioassistenciais a famílias e indivíduos para possibilitar a reconstrução de vínculos sociais e conquistar maior grau de independência individual e social, as ações socioassistenciais visam proteger a dignidade e os direitos humanos e monitorar a ocorrência dos riscos e do seu agravamento.

Em razão do público ou das situações atendidas, os serviços de PSE de Alta Complexidade descritos a seguir poderão se articular com a rede de atenção à questão do uso abusivo e dependência de crack e outras drogas:

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE	
SERVIÇO	PÚBLICO
<p>Serviço de Acolhimento Institucional</p> <p>Pode ser ofertado nas seguintes unidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▲ Abrigo institucional ▲ Casa-Lar ▲ Casa de Passagem 	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Pessoas em situação de risco social que demandem afastamento temporário do núcleo familiar e/ou comunitário de referência ▲ Famílias/indivíduos em situação de rua ▲ Mulheres, acompanhadas ou não de seus filhos, em situação de violência doméstica e familiar, causadora de lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico ou dano moral ▲ Pessoas em situação de abandono e/ou sem referência familiar <p>Os serviços são organizados para o atendimento de cada segmento separadamente, considerando suas especificidades e legislações relacionadas, quando for o caso (crianças e adolescentes²¹, idosos, pessoas em situação de rua, mulheres etc.).</p>
<p>Serviço de Acolhimento em República</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Jovens entre 18 e 21 anos em processo de desligamento de serviço de acolhimento para adolescentes ▲ Jovens e adultos em processo de saída das ruas.
<p>Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Crianças e adolescentes, inclusive aqueles com deficiência, aos quais foi aplicada medida de proteção, por motivo de abandono ou violação de direitos, cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção.
<p>Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e Emergências</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▲ Famílias/indivíduos atingidos por situações de emergência e calamidade pública (incêndios, desabamentos, deslizamentos, alagamentos, dentre outras), que tiveram perdas parciais ou totais de moradia, objetos ou utensílios pessoais, e se encontram temporária ou definitivamente desabrigados ▲ Famílias/indivíduos removidos de áreas consideradas de risco, por prevenção ou determinação do Poder Judiciário.

²¹ Por determinação da autoridade judiciária (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990).

PETI: a intervenção na questão do uso/dependência de crack e outras drogas associado ao trabalho infantil

O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI compreende um conjunto de ações integradas e complementares de caráter intersectorial. Integrante da Política Nacional de Assistência Social, no âmbito do SUAS o Programa compreende a transferência de renda, o trabalho social com famílias e a oferta de serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para crianças e adolescentes que se encontrem em situação de trabalho.



A intervenção do Programa se materializa, portanto, por meio de serviços já existentes no SUAS, a saber:

1. Quanto ao acompanhamento familiar:
 - a. Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos – PAEFI (CREAS)
 - b. Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF (CRAS).
2. Quanto à identificação:
 - a. Serviço Especializado de Abordagem Social.
3. Quanto à criança/adolescente:
 - b. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV.

Uma das linhas de ação do programa refere-se à transferência de renda às famílias, a ser realizada por meio do Programa Bolsa Família (PBF) ou do próprio PETI, quando a família não possuir os requisitos de elegibilidade de acesso ao PBF.

O PETI possui, ainda, em seu desenho a diretriz de cadastramento das situações de trabalho infantil no Cadastro Único, o monitoramento do acesso de crianças e adolescentes a direitos e sua garantia (condicionalidades) e a gestão da informação através dos sistemas: CadÚnico, SIBEC, SISPETI e SICON.

Frente ao exposto, pode-se concluir que o impacto do Programa na colaboração do enfrentamento do uso de crack e outras drogas aparece em três linhas de atuação:

- ▲ Prevenção
- ▲ Proteção
- ▲ Colaboração ao enfrentamento.

Há que se reconhecer, portanto, que o Programa possui um grande potencial para colaboração no enfrentamento das questões relacionadas ao uso de crack e outras drogas, já que:

- ▲ Cumpre o papel de proteção e cuidado de crianças e/ou adolescentes
- ▲ Qualifica o tempo em que as crianças e adolescentes são atendidos nos SCFV
- ▲ Atua na prevenção das situações de risco das crianças e dos adolescentes, evitando assim sua permanência nas ruas, expostas a todas as situações de vulnerabilidades e risco pessoal e social
- ▲ Impacta positivamente no: a) relacionamento familiar; b) desenvolvimento infantojuvenil através da oferta de atividades lúdicas, esportivas, artísticas, educacionais, dentre outras; c) desempenho escolar.



O trabalho socioassistencial nos espaços públicos: possibilidades de atuação do serviço especializado em abordagem social

Nos espaços públicos, o **Serviço Especializado em Abordagem Social** configura-se como importante canal de identificação de situações de risco pessoal e social que podem, em determinados casos, associar-se ao uso, abuso ou dependência de drogas. Ofertado de forma planejada e continuada, o Serviço objetiva assegurar trabalho social de busca ativa e abordagem social, considerando como território de sua atuação os espaços públicos, tais como: praças, locais de intensa circulação de pessoas e existência de comércio, terminais de ônibus, trens, metrô, dentre outros.

Constituem público deste Serviço: crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam os espaços públicos como forma de moradia e/ou sobrevivência.

Para além da identificação destas situações e busca da resolução de necessidades mais imediatas, o Serviço representa estratégia essencial para o acesso a benefícios socioassistenciais e vinculação à rede de serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas, na perspectiva da construção do processo de saída das ruas. A vinculação aos serviços socioassistenciais e à rede de proteção, em muitos casos, somente será possível por meio de um processo gradativo de aproximação, conhecimento e construção de vínculos de referência e confiança do público atendido com os profissionais e com o Serviço.

Nessa conjuntura, a aproximação gradativa para a construção de vínculos entre usuários (as) e equipes tem a finalidade, dentre outras, de envolvê-los (as) no acompanhamento especializado nas unidades de referência da PSE de média complexidade do SUAS nos territórios – Centro POP e CREAS. Há que se destacar que, no caso de pessoas adultas em situação de rua, a vinculação a serviços socioassistenciais poderá incluir encaminhamento a serviço de acolhimento, a depender da realidade de cada caso.



Percebemos, portanto, que, no âmbito do SUAS, o Serviço Especializado em Abordagem Social constitui importante canal para a identificação de situações que venham a demandar ações e atendimentos continuados na rede socioassistencial e, ainda, de serviços de saúde e das demais políticas públicas. A atuação da equipe requer, desse modo, o conhecimento sobre as ofertas existentes nos territórios, incluindo a rede de serviços, benefícios, programas de transferência de renda, etc., que poderão ser acessados. É importante, ainda, que a equipe busque identificar as redes de apoio que os (as) seus (as) usuários (as) dispõem nos espaços onde convivem/sobrevivem.

Uma das primeiras e mais importantes ações a serem realizadas pelo Serviço para a intervenção qualificada nos espaços públicos será o mapeamento dos territórios e locais onde se observam, dentre outras, situações de risco pessoal e social associadas ao uso ou dependência de crack e outras drogas. Para este mapeamento pode-se recorrer, inclusive, a dados e informações preexistentes levantadas por outras unidades/serviços socioassistenciais (CRAS, CREAS, etc.) ou pelo próprio órgão gestor da Assistência Social do município, assim como dados e informações produzidas por outras políticas, em especial a política de Saúde.

Este mapeamento será um importante instrumento para fundamentar o planejamento da atuação articulada e coordenada das áreas da assistência social e saúde nos territórios. Cabe destacar que tanto o mapeamento quanto o planejamento e o desenvolvimento de intervenções nestes espaços podem se dar de modo conjunto entre a política de Saúde e de Assistência Social.

É importante destacar que a abordagem nos locais com pessoas em situação de risco social associadas ao uso ou dependência de crack e outras drogas deve ser realizada conjuntamente pelas equipes dos serviços socioassistenciais e as equipes de saúde que também atuam nos espaços públicos/rua (por exemplo: consultórios na rua). Esta observação é importante, pois, além das demandas relativas à assistência social, muitas situações demandarão avaliação imediata de profissionais da saúde quanto à necessidade de encaminhamento a serviços específicos de saúde, frente às implicações do uso ou dependência de drogas. Nesses casos, somente uma atuação intersetorial poderá promover resultados satisfatórios, seja do ponto de vista físico/biológico, seja do ponto de vista social.

É importante enfatizar que somente as equipes de saúde têm competência para avaliar os encaminhamentos necessários na sua área de atuação. Nesse sentido, a partir da avaliação destes profissionais, os (as) usuários (as) poderão ser encaminhados (as) tanto para serviços de tratamento ambulatorial (como os CAPS), de internação (hospitalar, unidade de acolhimento da saúde, etc.) como de pronto-atendimento, conforme demandas identificadas. A avaliação de saúde será importante, ainda, para identificar outras demandas de saúde, para além da questão do uso de crack e outras drogas. Nos casos de risco extremo à saúde, que demandem imediato atendimento nesta rede, o momento mais adequado para o início do acompanhamento socioassistencial deverá ser avaliado conjuntamente pelas equipes.

A articulação e, conseqüentemente, a realização de encaminhamentos para a rede socioassistencial dependerão das especificidades apresentadas pelas famílias e indivíduos em situação de rua e das

demandas mais imediatas de atendimento. É certo, pois, que sua equipe deverá atuar em estreita articulação com o Centro POP²² e serviços de acolhimento, no caso de população adulta ou famílias, e com o CREAS e Conselho Tutelar nos casos de crianças e adolescentes – os quais serão melhor abordados adiante. Tais serviços de âmbito da PSE representam espaços estratégicos para a oferta de trabalho social especializado com famílias e indivíduos em situação de rua. Devido a isto, o trabalho das equipes da assistência social nas ruas, a partir da situação de cada indivíduo, deve, necessariamente, incluir a informação sobre os recursos da rede socioassistencial existentes no território que possam ser acessados.

A inserção destas pessoas em uma rede de proteção intersetorial deverá estar associada também ao acesso a benefícios e programas de transferência de renda (PBF, BPC, PETI, dentre outros), de modo que as equipes dos serviços socioassistenciais estejam atentas ao perfil exigido, promovendo os encaminhamentos necessários, quando for o caso.

Orientações e encaminhamentos para o acesso à documentação pessoal e a inclusão no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal deverão também ser realizados pelas equipes dos serviços socioassistenciais sempre que houver demanda. A inclusão no Cadastro Único deverá ser feita quando a família apresentar o perfil para tal, mesmo que se configure como família unipessoal²³. Tal inclusão deve estar associada à vinculação a serviços socioassistenciais e à rede de proteção social, para que intervenções de caráter intersetorial, considerando a realidade de vida destes indivíduos e famílias, possam conduzir a resultados mais efetivos.

No processo de aproximação gradativa, ao longo do desenvolvimento do trabalho de abordagem social com adultos que utilizam a rua como espaço de moradia e/ou sobrevivência, a equipe deverá esclarecer o seu papel e aproximar-se para a constituição de vínculos de confiança, buscando tornar-se uma referência no espaço da rua. Nesse processo, é importante que a equipe não perca de vista o momento em que cada usuário se encontra, respeitando decisões e escolhas. Por isso, a abordagem deverá ser qualificada e, em muitos casos, persistente, utilizando diversos meios e estratégias que permitam ao (a) usuário (a) vislumbrar novas possibilidades e projetos de vida, que os mobilize para adesão às alternativas disponíveis na rede.

No processo de aproximação gradativa, ao longo do desenvolvimento do trabalho de abordagem social com adultos que utilizam a rua como espaço de moradia e/ou sobrevivência, a equipe deverá esclarecer o seu papel e aproximar-se para a constituição de vínculos de confiança, buscando tornar-se uma referência no espaço da rua. Nesse processo, é importante que a equipe não perca de vista o momento em que cada usuário se encontra, respeitando decisões e escolhas. Por isso, a abordagem deverá ser qualificada e, em

²² Nos locais onde não houver esta unidade específica, as pessoas adultas em situação de rua poderão ser acompanhadas também pela equipe do CREAS, a exemplo das situações que envolverem crianças/adolescentes em situação de rua.

²³ Quando o indivíduo adulto, idoso ou adolescente maior de 16 anos encontra-se desacompanhado de outros familiares, ou seja, sem referência familiar.

muitos casos, persistente, utilizando diversos meios e estratégias que permitam ao (a) usuário (a) vislumbrar novas possibilidades e projetos de vida, que os mobilize para adesão às alternativas disponíveis na rede.

Frente aos desafios colocados para o desenvolvimento do trabalho de abordagem social, faz-se necessário que os profissionais sejam qualificados para este trabalho e que tenham oportunidade de participar de atividades que ampliem seus conhecimentos e habilidades. Além disso, é fundamental que tenham a possibilidade de discutir casos em equipe, inclusive com as equipes dos serviços de saúde, de modo a planejar, avaliar e aperfeiçoar continuamente o processo de trabalho, frente à diversidade e complexidade das situações que se apresentarão no cotidiano. É importante, ainda, que tenham claros a missão e objetivos traçados pelo Serviço, que se associa, fundamentalmente, à finalidade da política de Assistência Social, qual seja, atuar no campo da proteção social.

Atenção especial deve ser dada à situação de crianças e adolescentes que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência, casos em que a equipe do Serviço de Abordagem deverá observar os encaminhamentos necessários para a sua efetiva proteção. Nos casos em que identificado uso ou dependência de crack ou outras drogas, os encaminhamentos para a rede de saúde deverão ser avaliados por suas equipes presentes nas ruas, que possuem competência para tal.

No que diz respeito particularmente às competências da política de Assistência Social, o Serviço de Abordagem deverá: comunicar ao Conselho Tutelar a situação identificada, para aplicação de medidas protetivas e comunicação à autoridade judiciária, sempre que necessário; identificar junto à criança/adolescente os motivos que conduziram à saída de casa e trabalhar pela busca ativa de familiares/pessoas de referência e de rede social de apoio que possam contribuir para a retomada do convívio e construção do processo de saída da situação de rua. Esta busca ativa deve, inclusive, considerar os registros de famílias que procuram por crianças/adolescentes desaparecidos.

É importante destacar que o trabalho pela busca ativa da família da criança/adolescente em situação de rua deve sempre considerar a participação da criança ou do adolescente no processo, inclusive para analisar se há possibilidades de retorno ao convívio familiar ou se trata de demanda para encaminhamento a serviço de acolhimento, situação na qual a autoridade judiciária deverá ser comunicada, para avaliação da situação e providências relacionadas. Norteadas também por metodologia de trabalho pautada na gradativa aproximação e vinculação à rede de proteção, a abordagem social realizada com crianças/adolescentes em situação de rua deve primar pelo resgate dos direitos que não estejam acedendo em razão da situação identificada, em particular o direito à convivência familiar e comunitária. Deve-se buscar, sempre que possível - e esta representar a melhor alternativa para a criança/adolescente -, viabilizar seu retorno ao convívio familiar, acompanhado de suportes e apoios que possam se mostrar necessários para auxiliar a família no exercício do papel de cuidado e proteção²⁴.

²⁴ Ex: encaminhamento da criança ou adolescente para serviço de convivência e fortalecimento de vínculos da PSB; para atividades de esporte, cultura e lazer; retomada dos estudos; inclusão da família em programas de transferência de renda, se identificado perfil; além dos encaminhamentos para a saúde, seja para a criança/adolescente, seja para a família.

Tão logo seja localizada, a família deve ser sensibilizada ao atendimento pela equipe do PAEFI, ofertado pelo CREAS, para acompanhamento do processo de retomada do convívio familiar. Nos casos em que não houver possibilidades de retomada do convívio, a equipe deve trabalhar junto ao Conselho Tutelar e à autoridade judiciária buscando a gradativa vinculação da criança/adolescente a serviço de acolhimento, onde sua segurança, direitos e proteção poderão ser melhor assegurados.

Igualmente, deve-se trabalhar com as situações de crianças/adolescentes em situação de rua que não façam uso de drogas. Para esses casos, intervenções que visem à construção do processo de saída da rua terão papel fundamental de prevenir situações mais complexas e o agravamento da situação de risco a que já se encontrem expostas. A priorização da retomada das possibilidades de convívio familiar, ou encaminhamento para serviço de acolhimento, se for o caso, acompanhada do acesso a direitos, como educação e inclusão em serviços de convivência e fortalecimento de vínculos da PSB, impactarão de forma particularmente benéfica e preventiva. De modo geral, é importante que se busque trabalhar com intervenções precoces, uma vez que quanto mais tempo a criança e o adolescente permanecerem nesta situação, mais complexa poderá se mostrar a reversão deste processo.

Nas situações de trabalho infantil, o Serviço Especializado em Abordagem Social deve articular-se com a coordenação ou pessoa de referência do PETI para garantir a inclusão no Programa, o apoio especializado à família e a inserção das crianças/adolescentes no SCFV e/ou em outras ações socioeducativas. O acompanhamento familiar inicial pela equipe do PAEFI e, posteriormente, pelo PAIF, conforme previsão no Programa, representa, ainda, uma importante estratégia para a superação da situação vivida e proteção da criança/adolescente.

Finalmente, é importante destacar que as intervenções no espaço da rua possuem uma perspectiva também preventiva, podendo, por exemplo, ser um espaço para disseminação de campanhas, orientação e sensibilização relativas a cuidados com saúde, acesso a direitos, enfrentamento de situações de violação de direitos, etc.

Agora que tratamos do trabalho nos espaços públicos, pelo Serviço Especializado de Abordagem Social, que pode ser ofertado pelo CREAS, unidade específica referenciada ao CREAS, ou pelo Centro POP, conforme realidade e organização da gestão local, passaremos a tratar do trabalho nas unidades de referência da PSE de Média Complexidade, enfocando como o trabalho social nestes equipamentos pode contribuir para a prevenção ao uso de crack e outras drogas e para a identificação e o acompanhamento destas situações, quando associadas a riscos pessoais e sociais.

Centro POP: fortalecendo a rede de atendimento a pessoas em situação de rua

Nunca perdi a esperança de sair da rua e sonhava. Mas eram sonhos pequenos, sabe? De cortar o cabelo, tomar um banho, comer em uma mesa. Coisas que fazem a diferença entre ser humano e nada. Foi o que me salvou - Tião Nicomedes²⁵.

O Centro POP (Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua) é a unidade pública e estatal de referência da PSE de Média Complexidade para o trabalho social especializado com a população adulta em situação de rua.

Todo Centro POP deve, necessariamente, ofertar o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, que, de acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, atende a jovens, adultos, idosos e famílias em situação de rua. Além deste Serviço, a Unidade pode ofertar também o Serviço Especializado em Abordagem Social, conforme avaliação e planejamento do órgão gestor local, desde que isso não incorra em prejuízos ao desempenho da oferta do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

Quando não ofertado pelo Centro POP, o Serviço de Abordagem Social deverá atuar em estreita articulação com o mesmo, buscando a gradativa vinculação de pessoas jovens/adultas/idosas em situação de rua a esta Unidade e aos serviços de acolhimento do SUAS, quando for o caso.

O Centro POP representa um importante e estratégico equipamento para o atendimento socioassistencial especializado e a construção gradativa do processo de saída das ruas. A atenção ofertada visa possibilitar tanto o acesso aos espaços e recursos da Unidade (tais como: espaços para higienização e guarda de pertences), quanto ao trabalho social especializado que deve ser, concomitantemente, desenvolvido na perspectiva do acesso a direitos socioassistenciais, (re)construção de projetos de vida, trabalho com a autoestima e autonomia, com vistas à construção gradativa do processo de saída das ruas.

Nessa direção, o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua deve atuar junto às possibilidades de retomada do convívio familiar ou o fortalecimento de vínculos com pessoas de referência, assim como na articulação estreita com os serviços de acolhimento da PSE de Alta Complexidade, os quais também representam importantes recursos para a construção gradativa do processo de saída das ruas, especialmente nos casos de indivíduos que já se encontrem sem referência familiar e nos casos em que não haja mais possibilidades de retomada imediata deste convívio.

O acompanhamento especializado, ofertado por este Serviço, pode ser realizado por meio de diversas técnicas e metodologias, incluindo a realização de atendimentos continuados, atividades coletivas e oficinas que possibilitem o fortalecimento da autoestima e da identidade, o desenvolvimento de sociabilidades e o fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a (re)construção de novos projetos de vida com os (as) usuários (as). O acompanhamento também deve contemplar

²⁵ Disponível em: diariotiao.zip.net

os encaminhamentos para assegurar a inclusão deste público no Cadastro Único para Programas Sociais e a benefícios socioassistenciais, inclusive o BPC, conforme necessidades e perfil identificado. Para facilitar a inclusão no Cadastro Único e acesso a direitos, o endereço do Centro POP poderá, inclusive, ser utilizado como endereço de referência pelo usuário (Portaria GM/MDS nº 376/2008). Na perspectiva da integração entre serviços, benefícios e transferência de renda, estes encaminhamentos devem ser realizados no contexto de sua vinculação aos serviços.

As possibilidades vislumbradas no trabalho social desenvolvido neste Serviço podem ser reunidas no Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar, cuja construção deve acontecer de forma participativa envolvendo a equipe e os (as) usuários (as). Na construção e no desenvolvimento do plano de acompanhamento deve-se identificar necessidades, demandas e potencialidades dos (as) usuários (as) e da rede local, na perspectiva da construção do processo de saída da situação de rua. Assim, iniciativas de outras políticas como Trabalho e Renda e Habitação, dentre outras, deverão ser buscadas, assim como o acompanhamento conjunto com a rede de saúde quando identificadas estas demandas.

Ao proporcionar espaço de acompanhamento especializado à população em situação de rua, o Centro POP será também espaço estratégico para o trabalho com a questão da saúde, seja para o desenvolvimento de atividades preventivas, seja para a identificação de demandas desta natureza, além do acompanhamento em parceria com serviços de saúde daquelas situações que exijam atendimento concomitante pelas duas políticas.

Assim, o Centro POP pode incorporar atividades como oficinas de prevenção, com temas diversos (como DSTs e AIDS e uso/dependência de crack e outras drogas) e recepcionar visitas de equipes de saúde para encaminhamentos necessários. Deve, ainda, incorporar, em sua dinâmica de funcionamento, reuniões/trabalhos conjuntos entre equipe do Serviço e equipes de saúde - em especial de saúde mental - para planejamento; encontros periódicos para discussão de caso; e até mesmo desenvolvimento de atividades conjuntas de acompanhamento das situações que exigirem a atenção concomitante das duas políticas.

Tendo em vista o exposto, no Centro POP poderão vir a ser identificadas realidades nas quais a situação de rua se associe ao uso ou à dependência de crack e outras drogas, as quais demandarão

Fique sabendo!

A Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua (2008) aponta os problemas de alcoolismo e/ou outras drogas como um dos principais motivos pelos quais essas pessoas passaram a viver e morar na rua (35,5%), seguido do desemprego (29,8%) e conflitos familiares (29,1%).

Dos entrevistados, 71,3% citaram pelo menos um desses três motivos para a situação de rua (sendo que estes podem estar correlacionados entre si ou um ser consequência do outro, tendo em vista que a situação de rua é, muitas vezes, ocasionada por todo um contexto social de ausência de oportunidades e vivência de situações violadoras de direitos).

Estes e outros dados apresentados nessa pesquisa indicam que possíveis intervenções junto a esta população devam ser potencializadas intersetorialmente.

sensibilização para avaliação pela rede de saúde, seguida dos encaminhamentos necessários para assegurar estes cuidados.

A equipe do Centro POP, além de conhecer as ofertas na área da saúde existentes no território, deve poder contar com fluxos com previsão de possibilidades de trabalho e encaminhamento dos (as) usuários (as) quando identificadas demandas afetas a esta área, por exemplo, a questão do uso de crack e outras drogas.

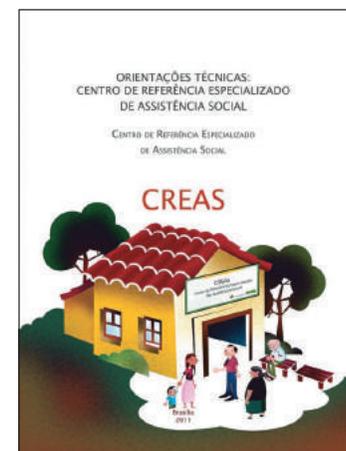
Particularmente em relação à situação de rua associada ao uso/dependência de drogas, o Centro POP representará uma importante retaguarda para o acompanhamento na rede de saúde, seja na realização do trabalho social com os indivíduos que permaneçam em atendimento ambulatorial, seja para aqueles, por exemplo, que se encontrem sem referência familiar e prestes a receber alta de tratamento hospitalar, momento em que a rede de assistência social poderá também ser acionada.

Diante disso, conclui-se que o trabalho conjunto entre as políticas de Saúde e Assistência Social será fundamental para que se desenvolva um trabalho integrado, que inclua cuidados necessários no campo da saúde e o fortalecimento de outros campos/áreas da vida destes indivíduos. Esta é uma perspectiva essencial no trabalho com a questão do uso abusivo/dependência de drogas associada a situações de risco pessoal e social, cujo enfrentamento requer a construção de novos projetos de vida, a interação em outros espaços e grupos de referência e o resgate/fortalecimento/construção de vinculações familiares e comunitárias.

CREAS e saúde mental: juntando as pontas na ponta

Como já vimos, o CREAS é a unidade pública estatal, de abrangência municipal ou regional, que tem como papel constituir-se em lócus de referência da oferta de trabalho social especializado no SUAS a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos. Conforme também já mencionado, toda unidade CREAS deve obrigatoriamente ofertar o PAEFI (Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos), de acordo com os parâmetros dispostos na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais.

O PAEFI configura-se como **serviço de apoio, orientação e acompanhamento especializado a famílias em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos**. Suas atenções devem buscar a promoção de acesso a direitos socioassistenciais, à rede de proteção, suportes e apoios que possam contribuir para o fortalecimento da função protetiva das famílias e o exercício de seu papel de cuidado, proteção e socialização. A reconstrução de relações familiares e a perspectiva de preservação/fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, ou construção de novas referências, quando for o caso, devem também ser buscadas ao longo do acompanhamento no conjunto de estratégias direcionadas à superação das situações vivenciadas que impliquem em violência/violação de direitos.



Responsáveis pelo acompanhamento especializado ofertado no CREAS, as ações desenvolvidas no PAEFI devem fundamentar-se na ética e no respeito à heterogeneidade, nas potencialidades, nas diversidades, na história, na dignidade e na identidade dos indivíduos e famílias, assim como no respeito à autonomia destes sujeitos na construção da trajetória de superação das situações vivenciadas.

Confira a seguir as situações que poderão motivar o início do acompanhamento da família/indivíduo pelo PAEFI:

- ▲ Violência intrafamiliar (física, psicológica)
- ▲ Negligência ou abandono
- ▲ Violência sexual: abuso e/ou exploração sexual
- ▲ Afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida de proteção
- ▲ Tráfico de pessoas
- ▲ Situação de rua
- ▲ Vivência de trabalho infantil
- ▲ Discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia
- ▲ Descumprimento de condicionalidades do PBF e do PETI em decorrência de violação de direitos.

Embora o ingresso no Serviço esteja relacionado a situações específicas vivenciadas por famílias ou indivíduos, como apontado anteriormente, sua equipe deverá ampliar o olhar para a família no decorrer do acompanhamento, buscando compreender o histórico de vida familiar e individual e contextualizar a situação vivida, considerando o contexto familiar, comunitário e social, assim como as fragilidades/dificuldades e as potencialidades/recursos dos indivíduos e da família.

Conforme já apontado neste texto, muitas vezes as famílias atendidas pelo PAEFI também poderão vivenciar a realidade do uso de crack e outras drogas. Nesse contexto, este Serviço poderá vir a se conformar como um importante espaço para a identificação de demandas de intervenção no campo da saúde, frente a possíveis efeitos do uso/dependência de crack e outras drogas. Os profissionais deverão, nesses casos, estar preparados para orientar e promover o suporte devido à família/indivíduo, acionando, a partir de suas escolhas, serviços de saúde que possam oportunizar atendimento adequado.

É importante destacar aqui a importância da garantia de serviços que possam atuar tanto no tratamento no campo da saúde, quanto no acompanhamento especializado no âmbito do SUAS, buscando fortalecer recursos e apoio para o enfrentamento da situação. Nestes casos, é fundamental que a equipe do PAEFI realize encontros periódicos com a equipe de saúde mental para a discussão dos casos atendidos, planejamento e avaliação das intervenções, sempre tendo em vista o aprimoramento do trabalho e a qualificação do atendimento à família.

A seguir, indicamos alguns exemplos de ações que podem ser desenvolvidas pelo PAEFI, quando observada demanda de situações de risco pessoal e social associadas a circunstâncias de uso/dependência de crack e outras drogas:

Atenção!

O trabalho desenvolvido pelo PAEFI não deve substituir o trabalho a ser realizado pela saúde mental no que diz respeito ao tratamento do uso/dependência de drogas, que poderá também incluir o trabalho com a família.

- ▲ Acompanhamento especializado e continuado das famílias/indivíduos, com foco na discussão e superação das situações de risco pessoal e social (violência/violação de direitos)
- ▲ Encaminhamento para Inclusão do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – viabilidade de acesso a programas de transferência de renda (Ex: PBF), quando contemplar o perfil
- ▲ Encaminhamento para acesso ao BPC, quando contemplar perfil
- ▲ Encaminhamento para acesso à documentação pessoal, quando for o caso
- ▲ Encaminhamentos monitorados para a rede de saúde (Ex: CAPS) e para os CRAS, tendo em vista a inserção de membros da família nos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
- ▲ Trabalho em rede e articulação intersetorial, considerando as demandas identificadas (demais políticas públicas, órgãos de defesa de direitos, dentre outras).

Quando da identificação de situações de uso abusivo/dependência de crack e outras drogas no acompanhamento pelo PAEFI, é importante que se processe o encaminhamento devido para a área da Saúde e que, a partir de uma avaliação conjunta (serviço de saúde e serviço socioassistencial), defina-se sobre a continuidade do acompanhamento pelo CREAS. Se a avaliação indicar a necessidade de acompanhamento da família concomitantemente pelo PAEFI e pelo serviço de saúde, as equipes deverão reunir-se periodicamente para assegurar uma convergência positiva das ações, que potencialize o trabalho intersetorial. Nesses encontros poderão, por exemplo, ser discutidas as competências de cada um, limites de atuação, intervenções conjuntas e elaboração de Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar integrados. Estes encontros poderão representar, ainda, espaços estratégicos para a discussão e estudo de casos em conjunto, que contribuam para aprofundar o conhecimento compartilhado da situação e qualificar ainda mais o trabalho com a família.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os CAPS AD serão importantes parceiros dos CREAS para o atendimento destas famílias/indivíduos que vivenciem situações de risco pessoal/social, por violação de direitos, e uso/dependência de crack e outras drogas.

Finalmente, é importante destacar que os CREAS também representam espaços estratégicos importantes para o desenvolvimento de ações preventivas ao uso /dependência de drogas. A realização de oficinas e outras atividades incluindo as famílias, crianças, adolescentes e até mesmo a comunidade podem contribuir para o fortalecimento das estratégias preventivas nos territórios.



CREAS na medida: serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida (LA) e de prestação de serviços à comunidade (PSC)

Este Serviço tem a finalidade de prover acompanhamento especializado a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto, determinada judicialmente, conforme previsão no Estatuto da Criança e do Adolescente. Deve contribuir para o acesso a direitos e para a ressignificação de valores na vida pessoal e social dos (as) adolescentes.

Ao desenvolver o PIA (Plano Individual de Atendimento) de cada adolescente, a equipe do Serviço deverá estar atenta ao seu contexto de vida, considerando suas relações familiares, comunitárias e sociais. Nas situações em que a equipe do Serviço perceber o uso ou dependência de crack e outras drogas, deverá considerar esta situação para o desenvolvimento do acompanhamento, esclarecendo o (a) adolescente e seus familiares sobre as possibilidades de tratamento e a sua importância. Nessas situações, o acompanhamento no Serviço deverá utilizar-se de estratégias para motivar e apoiar o (a) adolescente e sua família na busca por cuidados de saúde.

Ao traçar estratégias que envolvam também as famílias dos (as) adolescentes, a equipe deverá proceder aos encaminhamentos necessários, a partir das demandas apresentadas, inclusive para serviços de saúde que possibilitem a avaliação e o tratamento do uso ou dependência de crack e outras drogas. Igualmente, deve-se avaliar se há necessidade de acompanhamento familiar especializado pelo PAEFI.

Quando houver demanda de internação para tratamento de saúde, a equipe do Serviço deverá avaliar, em conjunto com a equipe de saúde, a possibilidade de continuidade do acompanhamento do adolescente em cumprimento de Liberdade Assistida (LA) pelo Serviço. Os casos de internação para tratamento de saúde dos adolescentes em cumprimento de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) deverão ser encaminhados para avaliação da autoridade competente, tendo em vista a especificidade da MSE e a impossibilidade do seu cumprimento nesse contexto.

Nas situações em que o atendimento na saúde não indicar internação, a equipe do Serviço deverá atuar em estreita articulação com a equipe de saúde que atenda ao adolescente e sua família. A elaboração de planos de atendimento integrados e a realização de intervenções conjuntas para a obtenção de melhores resultados configuram estratégias a serem consideradas pelas duas equipes.

No contexto de uso ou dependência de crack e outras drogas, sempre que possível, o fortalecimento dos vínculos familiares configurar-se-á como importante objetivo a ser perseguido pelo Serviço, assim como o fortalecimento da função protetiva da família, para que esta possa dar apoio ao (à) adolescente

no enfrentamento da questão. Na mesma direção, as vinculações sociais e comunitárias devem também ser observadas e trabalhadas ao longo do acompanhamento, buscando sempre que possível inserir o (a) adolescente em grupos e espaços de interação favoráveis ao seu desenvolvimento. A construção de novas possibilidades de interação e vinculações sociais poderá contribuir para que o adolescente ocupe novos espaços e papéis sociais. A relevância da atuação, nesta direção, é corroborada por diversos estudos que apontam que, em alguns contextos, pode haver relação do ato infracional e do uso de drogas na adolescência com o contexto de interação grupal no qual o (a) adolescente se encontra inserido.

Finalmente, cabe destacar que, no contexto do acompanhamento da MSE, poder-se-á buscar oportunizar o desenvolvimento de ações preventivas ao uso ou dependência de drogas que envolvam a participação protagonista dos adolescentes. Estas estratégias são particularmente importantes no trabalho com adolescentes que, segundo dados de pesquisa, constituem público particularmente vulnerável ao consumo de drogas.

As ações desenvolvidas ao longo do cumprimento da MSE, de caráter individual ou coletivo, poderão ser planejadas estrategicamente para maior interação do (a) adolescente com o seu contexto social, contribuindo para o acesso a direitos, novas vivências e oportunidades; para a capacidade de reflexão sobre suas ações; e para a (re)construção de projetos, sem perder de vista, contudo, a perspectiva da sua conscientização, frente ao ato infracional praticado.

Serviços de Acolhimento

No âmbito do SUAS, os serviços de acolhimento são destinados a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, ou até mesmo sem referência familiar. Visam garantir proteção integral aos sujeitos atendidos, com atendimento personalizado e em pequenos grupos, pautado no respeito a diversidades de ciclos de vida, arranjos familiares, raça/etnia, religião, gênero e orientação sexual.

Os serviços de acolhimento do SUAS devem atuar de forma articulada com as demais políticas públicas e serviços da rede, de modo a realizar ações complementares, evitando sobreposições.

Destaca-se, em particular, que a interface permanente com a rede de serviços de saúde é de suma importância, sobretudo para estabelecer fluxos de atendimento e encaminhamento nos casos que



SERVIÇO DE
ACOLHIMENTO

Atenção!

Os Serviços de Acolhimento do SUAS não devem ser confundidos com instituições da rede de saúde destinadas à internação para tratamento da dependência de crack e outras drogas.

demandem acompanhamento por esta área. Nas situações em que a Saúde avaliar que, em razão do uso ou dependência de crack e outras drogas, há necessidade de internação em unidade de acolhimento de saúde para tratamento da dependência química, este indivíduo/família que se encontrar sem referência familiar ou moradia convencional poderá ser encaminhado, após a alta em saúde, para os serviços de acolhimento do SUAS. Nestas situações, se houver seguimento do tratamento em saúde na rede ambulatorial, é importante que tais serviços atuem de forma articulada e coordenada.

Ao ingressar nos Serviços de Acolhimento do SUAS, o indivíduo deve ser acolhido em serviços adequados às suas necessidades e especificidades, e ter possibilidades de interagir e compreender a dinâmica estabelecida neste contexto, bem como de participar das definições e decisões relativas a encaminhamentos que possam repercutir sobre sua trajetória de vida.

Desde o momento inicial da acolhida no serviço – que deve ser o mais acolhedor possível –, a equipe técnica deve começar o investimento junto às possibilidades de retorno familiar. Ao longo de todo o período de acolhimento deve-se buscar, ainda, o fortalecimento da autonomia, o desenvolvimento de potencialidades, a garantia de acesso à rede de proteção social e à reinserção social.

Nas situações em que o indivíduo/família já for usuário do serviço de acolhimento e ao longo deste atendimento for observado o uso ou dependência de crack e outras drogas, a equipe do serviço deverá buscar a sensibilização para a realização de um trabalho articulado, conjunto e/ou complementar e, conforme avaliação técnica, o encaminhamento a um serviço de internação ou acolhimento de saúde para o devido tratamento. Nestes casos, a equipe do serviço socioassistencial deve planejar o desligamento da



- ▲ O usuário de substâncias psicoativas deve ser tratado sob a perspectiva de que esta é uma questão de saúde pública
- ▲ O diagnóstico e o tratamento do uso abusivo ou dependência de drogas são de competência da política pública de saúde
- ▲ O trabalho com o uso abusivo ou dependência exige uma abordagem intersetorial e intervenções em rede, incluindo, além da questão da saúde, as várias outras dimensões da vida destes sujeitos, como: relações familiares, comunitárias, interações sociais, vida ocupacional, etc.
- ▲ A atenção qualificada ao usuário e sua família exige uma compreensão complexa da questão. Julgamentos, culpabilizações e posturas moralistas devem ser evitados
- ▲ A família deve ser buscada e incluída no acompanhamento, sempre que possível
- ▲ O conhecimento sobre o uso abusivo e dependência de drogas deve alimentar o planejamento e o desenvolvimento de políticas preventivas nos territórios
- ▲ Os serviços de acolhimento do SUAS não devem se confundir com serviços da rede de saúde voltados ao tratamento da dependência química.

pessoa dependente de forma qualificada, com o cuidado de não revitimizar o usuário do serviço. Deve realizar, ainda, a supervisão do período de permanência do dependente na unidade de saúde, tendo em vista as possibilidades de reintegração familiar e comunitária ou, na sua impossibilidade, o seu retorno ao serviço de PSE de alta complexidade.

Nestes casos, a escuta profissional deve ser qualificada, principalmente em relação à (re)significação do uso de drogas e ao afastamento do convívio familiar e comunitário. Além disso, será necessário buscar resgatar e reconstruir com o indivíduo/família sua rede de relacionamentos familiares e sociais e vínculos institucionais adquiridos durante a vida, na tentativa de fortalecer suportes e apoios e prevenir episódios e situações críticas.

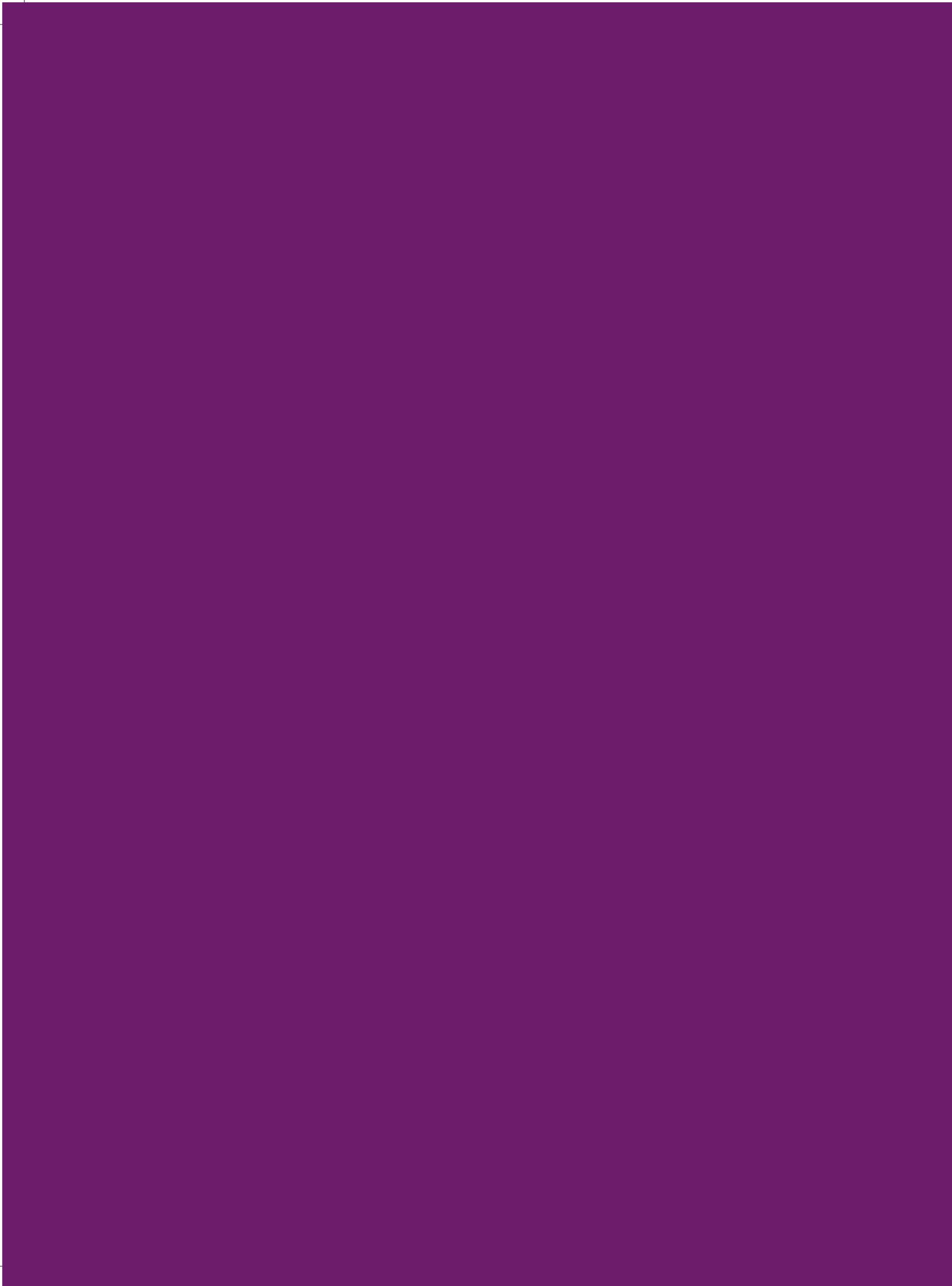
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica (NOB/SUAS)**. Resolução Nº 130, de 15 de julho de 2005. Brasília, 2005a.
- BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS)**. Resolução Nº 145, de 15 de outubro de 2005. Brasília, 2005b.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, 2008.
- BRASIL. Comissão Intergestores Tripartite. **Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no Âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS**. Resolução Nº 07, de 10 de setembro de 2009. Brasília, 2009a.
- BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009. Brasília, 2009b.
- BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social e Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes**. Brasília: 2009c.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS**. Brasília, 2009d.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Levantamento Nacional de Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes**. Brasília, 2011a.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS**. Brasília, 2011b.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua - Centro POP**. Brasília, 2011c.
- GABBARD, G.O. **Psiquiatria Psicodinâmica**. 2ª Ed. Porto Alegre, ARTMED, 1998.
- MINAYO E DESLADES. "A Complexidade das Relações entre Drogas, Álcool e Violência". **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1998.
- NOTO, Ana Regina; GALDURÓZ, José Carlos F.; NAPPO, Solange A.; FONSECA, Arilton M.; CARLINI, Carla M. A.; MOURA, Yone G.; CARLINI, E. A. **Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo, UNIFESP, CEBRID, 2003.



MÓDULO 4

Modelo
restaurativo
e prevenção



O modelo restaurativo para a solução adequada de conflitos, no contexto dos Juizados Especiais Criminais e das Varas de Infância e Juventude

Autores

Roberto Portugal Bacellar
Joaquim Domingos de Almeida Neto

Pirro, rei do Épiro, passou à história como notável general da Antiguidade ao vencer o poderoso exército romano na batalha de Ásculo, em 279 a.C. Todavia, esse triunfo militar causou-lhe tão elevadas perdas que, segundo a tradição, teria dito: “Mais outra vitória como esta e estou perdido”. Nascia aí a expressão “vitória de Pirro”, tão cara a nossos juristas.

Tradicionalmente, o Direito Penal tem sido mero “multiplicador de danos”. Utilizando o modelo retributivo, da imposição de um mal legalmente aceito em troca de outro mal praticado, pouco vem contribuindo para a obtenção da paz social.

No que diz respeito às drogas, essa política penal, de inspiração norte-americana, até então existente, desprezava totalmente o usuário de drogas e aplicava o modelo retributivo consistente na punição e na palavra de ordem “pagar o mal com o mal”. Esquecia-se, entretanto, de promover políticas de atendimento, atenção e reinserção social dos usuários de drogas que eram punidos com penas privativas de liberdade, ou seja, eram punidos com a mesma pena dos traficantes, mas em quantidade menor.

Como alerta Maria Lúcia Karam (2006),

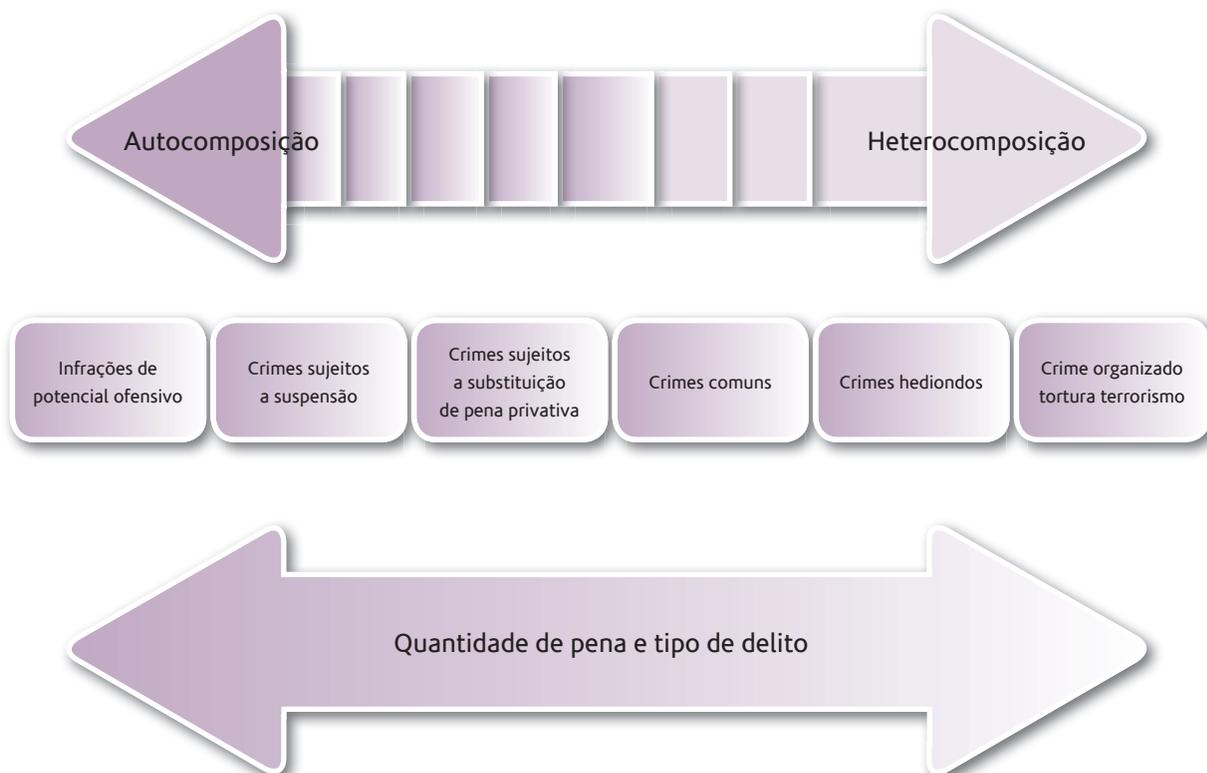
“é preciso buscar instrumentos mais eficazes e menos nocivos do que o fácil, simplista e meramente simbólico apelo à intervenção do sistema penal, que, além de não realizar suas funções explícitas de proteção de bens jurídicos e evitação de condutas danosas, além de não solucionar conflitos, ainda produz, paralelamente à injustiça decorrente da seletividade inerente à sua operacionalidade, um grande volume de sofrimento e de dor, estigmatizando, privando da liberdade e alimentando diversas formas de violência”.

O momento histórico atual, em boa hora, passa a se inspirar em um modelo ajustado a outra política: uma política criminal humanista. O Brasil se afasta, portanto, do modelo repressivo norte-americano integrado ao movimento de Lei e de Ordem.

Nascem, no contexto humanista, novos paradigmas sociojurídicos para o enfrentamento das drogas, distinguindo-se o traficante (a quem ainda se reserva atuação punitiva) do usuário (para quem se elabora políticas de atenção, reinserção e redução das vulnerabilidades).

O próprio conceito de direitos humanos leva à necessidade de repensar a atuação da Justiça penal impondo-se uma nova ao juiz do século 21: entregar o direito pacificado ao homem.

É claro que nem todo tipo de conflito permite a adoção de uma justiça consensual, havendo necessidade de recurso à verdadeira solução alternativa, a heterocomposição.



A Constituição cidadã, em seu artigo 98, revoluciona o Direito Penal brasileiro ao criar a possibilidade de adoção de resposta penal negociada, dentro da própria estrutura do Estado: o Juizado Especial Criminal.

Esse novo sistema de Justiça efetivamente revolucionou o Judiciário com a extinção do inquérito policial, a implantação da transação penal e da suspensão condicional do processo, a ampliação das hipóteses de disponibilidade da ação penal e a aplicação de medidas alternativas que, gradativamente, modificaram o modelo penal do país.

Acompanhando o movimento da novíssima defesa social, a favor da descriminalização e contra o uso indiscriminado das penas privativas de liberdade e das prisões preventivas, nos Juizados Especiais Criminais foi adotado um sistema de despenalização: a criminalidade violenta continua recebendo tratamento punitivo, porém as pequenas infrações (de menor potencial ofensivo) passam a ser mais bem compreendidas e tratadas sem imposição de pena.

Em 2006, com a edição da nova Lei sobre Drogas (Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006), o legislador mais uma vez avança, promove alterações importantes e modifica conceitos arraigados de nosso sistema jurídico. Estabelece para o crime de posse de drogas para uso próprio penas e medidas diversas da privação da liberdade, além de trazer para o próprio sistema de fixação das penas o consenso e a visão interdisciplinar. Isso torna inegável a adoção do conceito de Justiça restaurativa pelo Direito Penal brasileiro.

Abandona-se, para toda uma classe de delitos, a visão retributiva do mal pelo mal, em favor de uma Justiça pós-moderna, que encara o conflito com o propósito de promover a verdadeira pacificação e não mais sob a mera roupagem de um tipo penal abstrato.

“A promessa de se resolver o problema da violência sem limite é a razão pela qual aquela outra violência, a limitada, pode e deve ser suportada, o motivo pelo qual alguns podem ser sacrificados para tutela de todos os outros, a razão, enfim, pela qual a violência do Direito Penal seria uma violência não violenta.”

O conceito de Justiça restaurativa, hoje universal, decorre de princípios básicos resumidos na Resolução do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas de 13 de agosto de 2002. São eles:

- ▲ Programa restaurativo – Qualquer programa que utiliza processos restaurativos voltados para resultados restaurativos.
- ▲ Processo restaurativo – Participação coletiva e ativa da vítima e do infrator, e, quando apropriado, de outras pessoas ou membros da comunidade afetados pelo crime, na resolução dos problemas causados pelo crime, geralmente com a ajuda de um facilitador. O processo restaurativo abrange mediação, conciliação, audiências e círculos de sentença.
- ▲ Resultado restaurativo – Acordo alcançado por um processo restaurativo, incluindo responsabilidades e programas, tais como reparação, restituição, prestação de serviços comunitários, objetivando suprir as necessidades individuais e coletivas das partes e logrando a reintegração da vítima e do infrator.

Como vimos, o exemplo clássico da Justiça retributiva criminal se encontra nos Estados Unidos da América. Ali, segundo Vogel (2003), “em 31 de dezembro de 2001 quase dois milhões de prisioneiros estavam a ser mantidos nas prisões federais e estaduais, bem como em cárceres locais”, índice que corresponde a mais de 450% da média entre 1925 e 1974 (no ano 2000, o índice era de 478 encarcerados por 100 mil habitantes; entre 1925 e 1974, de 106 por 100 mil); “entre 1982 e 1997 as despesas com punições aumentaram uns colossais 381%, os custos policiais saltaram 204% e os desembolsos para funções judiciais expandiram-se 267%”, e o desperdício com o sistema de Justiça criminal nos Estados Unidos aproximou-se dos US\$ 130 bilhões em 1997; “o total de população adulta agora (2003) sob controle correcional ultrapassa os 6,6 milhões”.

Naquele país, detectou-se que as infrações associadas às drogas constituem os crimes mais comuns em todas as comunidades. A partir de 1980, houve enorme salto no número de detenções atribuíveis às drogas, especialmente em razão do ingresso do crack entre as substâncias mais consumidas.

Diante desse quadro, foram implementados tribunais para dependentes químicos, visando a conter o abuso de drogas, lícitas e ilícitas, e estabelecendo a submissão ao tratamento, a manutenção da abstinência e a troca da sanção mais gravosa (prisão) por uma sanção mais leve. Entretanto, o sistema norte-americano, baseado em autoincriminação e no instituto do *plea bargain* (aceitação de responsabilidade penal sem processo), ainda reproduz o conceito de Justiça retributiva.

O figurino legal do processo penal dificilmente serve para revelar o interesse real das partes. A lide processual encobre a lide real (sociológica) da vida. Ao juiz é entregue um caderno processual (*quod non est in actis non est in mundo*) que compreende as provas e descreve o litígio jurídico: é a parte visível do iceberg do litígio real humano.

“A Justiça restaurativa ou reparadora pretende substituir o Direito Penal, ou pelo menos a punição, por uma reparação na qual, de um lado, a vítima (e também a comunidade) desempenharia um papel central na resposta ao delito e na pacificação social, ao passo que, de outro, se prescindiria em maior ou menor grau da retribuição como eixo de uma justiça com sintomas de esgotamento. Esta nova Justiça contribui para que cada parte assuma a responsabilidade por sua conduta e para proteger a dignidade das pessoas. A mediação seria sua expressão mais extensa porque implica na possibilidade de produzir a reintegração social dos delinquentes e em responder às necessidades das vítimas de acordo com os valores da comunidade” (Samaniego, 2007, p. 76).

Renato Sócrates Gomes Pinto (2005) enfrenta o tema nos seguintes termos:

“A Justiça restaurativa baseia-se num procedimento de consenso, em que a vítima e o infrator, e, quando apropriado, outras pessoas ou membros da comunidade afetados pelo crime, como sujeitos centrais, participam coletiva e ativamente na construção de soluções para a cura das feridas, dos traumas e perdas causados pelo crime. Trata-se de um processo estritamente voluntário, relativamente informal, a ter lugar preferencialmente em espaços comunitários, sem o peso e o ritual solene da arquitetura do cenário judiciário, intervindo um ou mais mediadores ou facilitadores e podendo ser utilizadas técnicas de mediação,

conciliação e transação para se alcançar o resultado restaurativo, ou seja, um acordo objetivando suprir as necessidades individuais e coletivas das partes e se lograr a reintegração social da vítima e do infrator”.

Analisando a possibilidade de aplicação no Direito Penal brasileiro, Leonardo Sica propõe uma reconstrução dogmática do artigo 59 do Código Penal, utilizando o funcionalismo reductor, que levaria à pena zero quando a mediação for suficiente e necessária para a reprovação.

No modelo tradicional adversarial, o delito é visto como violação à lei e à sociedade, sendo a vítima mero objeto de prova para o processo, que persegue apenas a atribuição da culpa do réu e a imposição de uma pena. A vontade das partes é desprezada, entregando-se a um terceiro (o Estado-juiz) a solução do litígio formal, em verdadeira “terceirização de responsabilidades”.

Em 2006, a Organização das Nações Unidas publicou o Manual de Programas de Justiça Restaurativa, que apresenta questões-chave para a implementação de respostas ao fenômeno criminal “assentes em abordagens de Justiça restaurativa, bem como um leque de medidas e programas (flexíveis em sua adaptação aos diferentes sistemas de Justiça criminal) inspirados nos valores da Justiça restaurativa”.

O manual confirma e desenvolve a concepção da relevância dos programas de mediação entre vítima e agressor como principais iniciativas de Justiça restaurativa. Nessa linha, elenca os três pressupostos básicos que devem preexistir para que a mediação vítima-agressor possa ter lugar:

1. O agressor deve aceitar (ou não negar) sua responsabilidade pelo crime.
2. Vítima e agressor devem ser livres de participar ou não no processo.
3. Vítima e agressor devem sentir segurança ao participar no processo de mediação.

Observe-se que, em sede penal, a mediação não deve visar ao estabelecimento de um acordo. Ele é mero instrumento útil para obtenção da pacificação de relações humanas em conflito, deslocando o foco do processo para as pessoas envolvidas, tornando desnecessária a imposição de uma resposta repressiva (retributiva) substituída por uma resposta construtiva (restaurativa).

“Nessa linha, o conceito que se encaixa no âmbito da construção do novo paradigma elaborado a partir da ideia da Justiça restaurativa é: a mediação é uma reação penal (concebida sob o ponto de vista político-criminal) alternativa, autônoma e complementar à Justiça formal punitiva, cujo objeto é o crime em sua dimensão relacional, cujo fundamento é a construção de um novo sistema de regulação social, cujo objetivo é superar o déficit comunicativo que resultou ou que foi revelado pelo conflito e, contextualmente, produzir uma solução consensual com base na reparação dos danos e na manutenção da paz jurídica” (Mannozi, 2003, p. 359).

O Poder Judiciário, por meio da aplicação do que tem sido denominado de Justiça restaurativa, está se aperfeiçoando para dar uma resposta à solução dos problemas e não apenas à percepção do passado, da retribuição do mal pelo mal (Justiça retributiva).

A nova Lei 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas e prescreveu medidas de prevenção, atenção e reinserção social de usuários e dependentes, representa um firme passo em direção ao desenvolvimento de uma abordagem técnica pelos operadores do direito.

Essas novas soluções passam pela fundamental ideia da interdisciplinaridade e caberá aos operadores do direito vencer preconceitos e implementar nos Juizados Especiais Criminais ideias de mediação, intervenção breve, reconstrução de relacionamentos, restauração de redes familiares, formação de redes sociais, segundo uma nova visão sistêmica.

A necessidade de uma Justiça mais próxima das demandas sociais é, atualmente, uma questão central na proposta de uma democracia participativa. A estrutura jurídica formal, por si só, não atende aos reclames da sociedade, apesar de possuímos mecanismos legais, a exemplo do Estatuto da Criança e do Adolescente e da própria Constituição da República, que buscam garantir direitos fundamentais.

Exige-se hoje uma tutela jurídica justa, efetiva e eficaz e, mesmo assim, em tempo razoável (célere). O controle social do Estado ainda está preso ao paradigma retributivo com indicação de pena e privação de liberdade.

A ideia, nessa visão pós-moderna, é amenizar os danos gerados pelo crime e restaurar as relações pela aplicação da Justiça restaurativa, por consenso e com a participação da comunidade. A sustentabilidade do Poder Judiciário passa pela percepção de que o sistema judiciário, com sua atuação especializada (técnico-jurídica), mata processos, mas não soluciona conflitos nem pacifica os contendores. No ambiente criminal, não recupera nem ressocializa os condenados. Essas novas soluções passam pela fundamental mudança de mentalidade dos operadores do direito.

Será preciso vencer preconceitos e implementar em todos os Juízos brasileiros, inclusive nas Varas de Infância e Adolescência (Juventude), as ideias de solução das questões de fundo com a aplicação de ferramentas de mediação, de intervenção breve, procurando a reconstrução de relacionamentos, a restauração de redes familiares, a formação de redes sociais, de acordo com uma visão holística, global e eclética.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVA, E. Metrôpoles (in)sustentáveis. Bonsucesso: Relume Dumará, 1997.
- BACELLAR, Roberto Portugal. Juizados Especiais: a nova mediação paraprocessual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.
- BACELLAR, Roberto Portugal; MASSA, Adriana Accioly Gomes. A dimensão sociojurídica e política da nova Lei sobre Drogas (Lei 11.343/2006). Revista IOB de Direito Penal e Processual Penal, v. 9, p. 177-195, 2008.
- BJS – Bureau of Justice Statistics. Drugs, crime and the criminal Justice system: a national report. Washington, DC: U.S. Department of Justice, 1992.
- BOBBIO, Norberto. Estado, governo e sociedade: por uma teoria geral da política. Trad. Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Trad. Roberto Machado. 20ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.
- KARAM, Maria Lúcia. Violência de gênero: o paradoxal entusiasmo pelo rigor penal. Boletim IBCCRIM, nº 168, nov. 2006. Disponível em: <<http://www.ibccrim.org.br>>. Acesso em: 28 out. 2008.

- MANNOZZI, Grazia. *La giustizia senza spada: uno studio comparato su giustizia riparativa e mediazione penale*. Milão: Giuffrè, 2003.
- MARTINS, Nadia Bevilaqua. *Resolução alternativa de conflitos: complexidade, caos e pedagogia*. Curitiba: Juruá, 2006.
- MASSA, Adriana Accioly Gomes; BACELLAR, Roberto Portugal. *A interface da prevenção ao uso de drogas e o Poder Judiciário*. 2º Seminário sobre Sustentabilidade, 2007. CD-ROM 1.
- MASSA, Adriana Accioly Gomes; NOVAK, A. S.; SOUZA, Raquel Pusch. *Responsabilidade social: um caminho para sustentabilidade*. 2º Seminário sobre Sustentabilidade, 2007. CD-ROM 1.
- MESSNER, C. *Ermete ovvero sul ruolo delle sanzioni alternative nella politica penale minorile e l'idea della mediazione*. *Minori-giustizia*, n. 1, p. 76, 1996.
- MORIN, Edgar. *Epistemologia da complexidade*. In: SCHNITMAN, Dora Fried (Org.). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- NETO, F.; FROES, C. *Empreendedorismo social: a transição para a sociedade sustentável*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.
- ONU. *Handbook on Restorative Justice Programmes*, United Nations, New York. Disponível em: <<http://www.restorativejustice.org/editions/2007/feb07/unhandbook>>. Acesso em: 5 fev. 2008.
- RAWLS, John. *Uma teoria da justiça*. Trad. Almiro Pisetta e Lenita Maria R. Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- SAMANIEGO, José Luis Manzanares. *Mediación, reparación y conciliación en El Derecho Penal*. Granada: Comares, 2007.
- SANTOS, Boaventura S. *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.
- _____. *Para uma revolução democrática da justiça*. São Paulo: Cortez, 2007. _____. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social*. Trad. Mouzar Benedito. São Paulo: Boitempo, 2007.
- SCURO, Pedro *et al.* *Justiça restaurativa: desafios políticos e o papel dos juízes*. In: SLAKMON, C.; MACHADO, M. R.; BOTTINI, P. C. (Org.). *Novas direções na governança da justiça e da segurança*. Brasília: Ministério da Justiça, 2006. v. 1, p. 543-567.
- SEM, Amartya. *Desenvolvimento como liberdade*. Trad. Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- SLUZKI, Carlos E. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- SÓCRATES GOMES PINTO, Renato. *Justiça restaurativa: é possível no Brasil?* In: SLAKMON, C.; DE VITTO, R.; GOMES PINTO, R. (Org.). *Justiça restaurativa*. Brasília: Ministério da Justiça/Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – Pnud, 2005. p. 19-39. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/reforma/pdf/publicacoes/Livro%20Justi%20E7a%20restaurativa.pdf>>. Acesso em: 7 fev. 2008.
- VOGEL, Richard D. *Capitalismo e encarceramento revisitado*. Disponível em: <http://resistir.info/mreview/capitalismo_encarceramento.html#asterisco>. Acesso em: fev 2011.
- ZOLO, Danilo; COSTA, Pietro. *O Estado de direito: história, teoria, crítica*. São Paulo: Martins Fontes, 2007.



Prevenção ao uso de drogas nos Juizados Especiais Criminais

Autores

Roberto Portugal Bacellar
Adriana Accioly Gomes Massa

INTRODUÇÃO

O consumo de drogas é, sem dúvida, um fenômeno de preocupação sociopolítica e de saúde pública que afeta os mais variados sistemas sociais, como a família, as escolas, a polícia e o governo.

O antigo modelo doença-jurídico utilizado para o enfrentamento do uso de drogas ilícitas no Brasil não reduziu o número de usuários; contrariamente, houve aumento significativo. Novos modelos foram estudados, e, em 2005, foi publicada a Política Nacional sobre Drogas, com postura descentralizadora e fundamentada no princípio da responsabilidade compartilhada para o enfrentamento dessa questão. Com essa recontextualização, várias práticas foram aparecendo e, no âmbito do Judiciário paranaense, uma proposta de alternativa penal, de cunho socioeducativo, respaldada em um novo paradigma restaurativo e não mais punitivo, foi adotada, visando a prevenir o uso de drogas como forma de precaver as consequências sociais a ele relacionadas e favorecer o desenvolvimento de uma sociedade mais saudável.

Da experiência advinda, especialmente, dos Juizados Especiais Criminais do Paraná, percebe-se que quanto maior o envolvimento do indivíduo com o uso de drogas, maior também seu comprometimento no mundo da ilegalidade, ou seja, é comum que esse indivíduo, dependente ou não, passe a cometer crimes para a manutenção do uso.

Há evidências de eventuais envolvimento de usuários de drogas com crimes como furto, roubo, invasão de domicílio e até outros mais graves, a exemplo do latrocínio, todos previstos no Código Penal

brasileiro. A proposta deste texto é a de descrever a atuação do Poder Judiciário no que concerne ao uso de drogas ilícitas, desde a entrada em vigor da Lei 6.368/1976, considerando depois as alterações ocorridas com a Lei 9.099/1995, dos Juizados Especiais, até o advento da Lei 11.343/2006. Além disso, este trabalho abordará os fundamentos da lógica jurídica quando de sua atuação com usuários de drogas ilícitas, ressaltando os modelos de Justiça restaurativa e retributiva.

Uso de drogas e política criminal

A reflexão sobre uso de drogas e política criminal pode nos levar a imaginar os crimes como doenças e a lei como a receita do médico.

Será que tratar todas as doenças com o mesmo remédio trará o resultado desejado?

Será que a aplicação de pena privativa de liberdade (prisão em sentido amplo) é a solução para todos os casos quando a infração penal é o uso de drogas?

As décadas de 1970 e 1980, no Brasil, foram marcadas por uma tentativa de controle do uso de drogas. A política de “combate às drogas” previa o envolvimento dos poderes do Estado, por meio do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), atual Conselho Nacional sobre Drogas (CONAD). Nos estados e municípios, havia um desdobramento dessas ações na forma de Conselhos Estaduais e Municipais de Entorpecentes.

Essa política, até então adotada no Brasil, de inspiração norte-americana, anunciava um “combate”, uma “guerra contra as drogas”. Sua perspectiva paradigmática baseava-se em uma cosmologia própria e autoritária, partindo do princípio de que é possível existir uma sociedade perfeita, sem conflitos, controlada e controlável. Nos anos 1980, foram notórias a expansão do narcotráfico e sua estruturação como crime organizado, haja vista que essa política não dava a devida atenção ao usuário de drogas, ou seja, pouco havia sido feito em termos de atendimento aos usuários de drogas. Como consequência, na década seguinte, observou-se que 134 países notificaram problemas relacionados ao uso indevido de drogas.

Além de uma política impositiva de abstenção e controle social, dependentes químicos eram tratados junto a pacientes psiquiátricos. Utilizava-se, de maneira geral, a internação como forma de segregação e exclusão social. É interessante notar que, na vigência dessa política, segundo dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), teria havido aumento significativo do uso de drogas no Brasil, principalmente a partir dos anos 1980.

Somente a partir de 1998, com a criação da Secretaria Nacional Antidrogas, hoje denominada Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), e o atual Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, o Brasil começou a traçar uma política de redução da demanda de drogas, que passou a envolver estratégias e ações de prevenção, repressão, tratamento, recuperação, reinserção social e redução de danos.

Nessa mesma linha, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), de 2005, manteve a estratégia de tratar da prevenção, do tratamento, da recuperação, da reinserção social e da redução dos danos.

Assim, vivenciamos um momento histórico inspirado em uma política criminal humanista. Definitivamente, o Brasil se afastou do modelo norte-americano de “tolerância zero” e de repressão ao crime apenas pela privação de liberdade (reclusão, detenção e prisão simples), pelo agravamento das penas (longas e em regime fechado) e pela eliminação de benefícios às pessoas em conflito com a lei.

Hoje, não se imagina mais possível uma sociedade ideal, perfeita, que tenha conseguido eliminar o crime e a violência. Sabidamente, banir o crime e a violência é missão árdua, se não impossível. Assimilou-se o conhecimento de que a criminalidade é inerente à sociedade; portanto, deve-se aprender a conviver com ela, procurando meios, formas e modelos para mantê-la em níveis toleráveis. Para isso, não há um único remédio nem uma única receita, e temos de considerar as muitas variáveis inerentes aos conflitos que ocorrem em uma sociedade complexa e em constante transformação.

Seguimos agora rumo a uma tendência destinada a encontrar a harmonia entre uma política preventiva de restauração (Justiça consensual, que sintoniza as relações sociais para prevenir futuros crimes) e uma política punitiva de repressão (Justiça retributiva, que paga o mal com o mal), entendendo que o campo das políticas públicas não pode mais ser analisado de uma óptica simplista, mas a partir da complexidade social.

Nesse sentido, a Política Nacional sobre Drogas nasceu com o propósito de construir uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas. Os pressupostos da PNAD estão relacionados ao incentivo, à orientação e ao aperfeiçoamento da legislação para a garantia da implementação de fiscalização de ações decorrentes dessa política.

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e a Justiça

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), instituído e descrito formalmente na Lei 11.343/2006, não exclui a repressão, mas de maneira adequada separa claramente a figura do usuário de drogas, que necessita de atenção (e será tratado conforme a experiência preventiva dos Juizados Especiais Criminais), da figura do traficante, a quem ainda prevalece a ideia da punição (e será tratado conforme a receita repressiva das Varas Criminais tradicionais).

Acompanhando, em relação aos usuários, o processo de humanização do tratamento jurídico do uso de drogas, a nova lei, em seu art. 28, eliminou a tradicional pena privativa de liberdade, propondo medidas socioeducativas. Ocorreu uma inovação consistente na chamada despenalização, pela qual o uso de drogas para consumo pessoal continua a ser uma infração penal, mas sem a previsão de quaisquer formas de prisão. Com base nessa ideia, e no contexto do movimento da novíssima defesa social, destaca-se uma política criminal humanista, que afasta a aplicação de pena privativa de liberdade nas infrações de menor potencial ofensivo, mantendo-a nas infrações mais graves.

O tráfico continua recebendo tratamento punitivo, inclusive com o agravamento das penas e a eliminação de benefícios, tal qual se recomenda no movimento de lei e de ordem.

Muito embora tenha havido significativo avanço na nova legislação sobre drogas, em geral as políticas criminais, como formas de controle social do Estado, ainda se encontram presas ao paradigma

Despenalização: Trata-se de algo diferente da descriminalização, que implica retirar determinada conduta do âmbito e preocupação do Direito Penal, ou seja, deixar de tratá-la como crime. O conceito de despenalização, por sua vez, explica-se pela redução do tratamento penal de qualquer forma, podendo revelar-se pela substituição da pena de prisão por penas de natureza menos severa (caso do art. 28 da Lei 11.343/2006) ou mesmo pela simples redução da quantidade de pena a ser aplicada.

retributivo, cerceado dos conceitos de punibilidade, com privação de liberdade, resultando na ineficiência da construção de um sujeito de direitos (objetivo da proposta ressocializadora das políticas criminais dominantes), levando em conta as limitações do acesso às políticas sociais e a própria seletividade das políticas penais.

A tendência à desconsideração dos aspectos relacionados ao fenômeno da criminalidade – “resolvidos” pela sociedade com privação de liberdade, mesmo com conhecimento da ineficiência do sistema penitenciário – faz emergir a necessidade de adotar políticas públicas integradas e mais efetivas, a fim de que se abordem temas transversais, como cidadania, violência, direitos humanos e outros.

As drogas, a despenalização e a aplicação da Lei 9.099/1995 (LJE)

A Lei 11.343/2006 buscou integrar o Poder Judiciário, o Poder Executivo e demais segmentos sociais e, como descrito anteriormente, separou de maneira elogiável o uso para consumo pessoal (usuário) do tráfico de drogas. Nos termos do art. 48 e parágrafos da Lei 11.343/2006, os usuários serão processados e julgados pelos Juizados Especiais Criminais com os benefícios da Lei 9.099/1995, e, no curso do procedimento, poderão ser aplicadas as medidas despenalizadoras da nova lei sobre drogas.

Ao usuário, Justiça restaurativa; ao traficante, Justiça retributiva. Vamos nos ater aqui aos usuários de drogas para consumo pessoal, a quem poderão ser aplicadas as medidas despenalizadoras dos Juizados Especiais constantes na Lei 9.099/1995 (LJE), conforme o seguinte procedimento.

Os usuários de drogas ilícitas (dependentes ou não), após lavratura de termo circunstanciado pela autoridade policial (civil ou militar), serão encaminhados aos Juizados Especiais Criminais, instituídos pela Lei 9.099/1995, e lá poderão ser beneficiados com as medidas despenalizadoras da transação penal e da suspensão condicional do processo. A transação penal (art. 76 da LJE) consiste na possibilidade de que o promotor de Justiça, tendo elementos para promover uma acusação formal contra o usuário (denúncia), proponha, antes disso, a aplicação de medidas alternativas, penas restritivas de direito ou multa.

Dentre essas medidas propostas, além da tradicional prestação de serviços comunitários, pode estar a de frequentar programas ou cursos educativos. Aceita a proposta, ela é homologada pelo juiz e, quando cumprida, extingue-se a punibilidade.

A suspensão condicional do processo (art. 89 da LJE) também é requerida pelo promotor de Justiça por ocasião do oferecimento da denúncia. São estabelecidas algumas condições, que, uma vez aceitas

pelo autor do fato, permitem que o juiz, ao receber a denúncia, suspenda o processo de dois a quatro anos. Dentre essas condições, além da reparação do dano (salvo impossibilidade de fazê-lo), proibição de frequentar determinados lugares, comparecimento pessoal e obrigatório ao juízo todos os meses e proibição de ausentar-se da comarca sem autorização do juiz, igualmente pode estar a de frequentar programas ou cursos educativos.

Vejamos a previsão relativa aos usuários de drogas para consumo pessoal na Lei 11.343/2006:

Art. 28. Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

- I. advertência sobre os efeitos das drogas;
- II. prestação de serviços à comunidade;
- III. medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

A aplicação dessas penas requer olhar atencioso, pois, sem abordagens técnicas adequadas ao usuário de drogas, elas podem ser banalizadas, como já ocorreu com a aplicação generalizada de cestas básicas no caso dos crimes de menor potencial ofensivo. Uma das inovações que merecem destaque é a advertência sobre os efeitos das drogas prevista no inciso I do art. 28.

Em um programa iniciado nos Juizados Especiais Criminais de Curitiba, Paraná, essa medida, entre outras, passou a ser aplicada com base em conhecimento científico multidisciplinar. O programa utiliza-se de técnicas e abordagens específicas no atendimento dos usuários de drogas. Tal experiência foi motivada pelo alarmante índice de condenações e posterior reincidência nos frequentes casos de utilização de drogas para consumo pessoal. Com base na conclusão inicial dirigida a orientar a aplicação de uma técnica-padrão para abordagem de usuários e dependentes de drogas, por ocasião das audiências preliminares (individuais), foram estabelecidas algumas premissas.

Nos grupos de trabalho criados para discutir o assunto, os especialistas informaram que, em muitos casos, a primeira pessoa com quem o usuário falará seriamente sobre o assunto poderá ser o juiz ou o promotor de Justiça. Por isso, se a primeira abordagem desses operadores do direito for referenciada por padrões técnicos, há melhores chances de prevenir (**prevenção secundária**), dar atenção e reinserir o usuário ou dependente na sociedade, alcançando a desejada recuperação com evidente diminuição da reincidência.

A prevenção secundária é realizada em indivíduos que já fazem uso de qualquer droga e tem por finalidade evitar que esse uso se torne nocivo; seu maior objetivo é a abstinência.

Assim, percebeu-se a fundamental importância de que todos os profissionais da rede pública (servidores) ou da sociedade civil que atuam com usuários de drogas sejam conhecedores dos instrumentais técnicos mais efetivos de prevenção. De maneira mais ampla, uma boa primeira abordagem pode ser o fator diferencial na interrupção da escalada da violência associada ao uso de drogas.

Plano-piloto nos Juizados Especiais Criminais: prevenção ao uso de drogas

Antes ainda da publicação da Lei 11.343/2006, iniciou-se uma pesquisa destinada a identificar o perfil básico dos usuários dos Juizados Especiais Criminais de Curitiba. Constatou-se que o uso de drogas foi a infração que apresentou o maior índice percentual de beneficiários da transação penal. Verificou-se, também, que mais de 70% dos casos de reincidência na Justiça envolviam o uso de drogas.

Com o consumo de drogas, a rede social pessoal era alterada, prevalecendo as relações com outros usuários e ficando cada vez mais restritos os vínculos anteriormente estabelecidos, como os decorrentes das relações de trabalho, estudo e família. Para manutenção do uso de drogas e, algumas vezes, para sustentar a dependência, o indivíduo passava a furtar pequenos objetos dentro de casa e, posteriormente, em sua comunidade. Do furto, caminhava para outros crimes mais graves, em uma espiral destrutiva (escalada da violência).

Percebeu-se que a repetição de condutas infracionais e a reincidência estavam relacionadas não só ao uso de drogas, mas também a pequenos furtos e outras infrações, como violação de domicílio, lesão corporal, ameaça e vias de fato, consideradas de menor potencial ofensivo.

De acordo com a mencionada pesquisa, os noticiados (como autores de atos infracionais) em cumprimento de medidas alternativas por uso de drogas nos Juizados Especiais Criminais de Curitiba tinham idade de 18 a 25 anos, estavam desempregados e apresentavam alto índice de evasão escolar.

Constatou-se, ainda, que a droga ilícita mais utilizada era a maconha, seguida do crack. Essa realidade é condizente com o 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, promovido pela SENAD em parceria com o CEBRID, que verificou que na Região Sul as drogas ilícitas mais utilizadas pelos estudantes, excetuando o álcool e o tabaco, foram a maconha e a cocaína.

Também foi possível perceber um alto índice de descumprimento das alternativas penais acordadas na transação penal, a maioria das quais consistindo na prestação de serviços comunitários em instituições filantrópicas.

Nas prestações pecuniárias (convertidas em remédios, produtos ou cestas básicas para instituições), observou-se que, quando cumprida a alternativa penal proposta, comumente o pagamento era realizado por algum familiar do transacionado. Em análise, verificou-se que esse procedimento revelava a codependência do sistema familiar, dado que está em sintonia com a teoria, que informa: a codependência abrange todas aquelas pessoas que se envolvem em uma relação dependente e que têm como característica principal a extrema “ajuda” ao outro, sem ajudar-se, tomando para si uma responsabilidade que não é sua.

Concluiu-se, então, que a ausência de um trabalho específico com usuários e dependentes de drogas possibilitava a inadequabilidade das medidas alternativas propostas em audiência.

Sabe-se que a dependência química resulta de uma série de fatores psicológicos, hereditários, familiares e sociais e expõe o indivíduo ao preconceito e à rejeição. Isso destrói sua autoestima e tolhe suas oportunidades, uma vez que a sociedade encara o uso de drogas como algo que deve ser punido e condenável. Nesses casos, a falta de um auxílio técnico e de um olhar mais amplo poderá empurrar esses cidadãos para a escalada da violência.

Para enfrentar essa realidade, foi criado, no primeiro semestre de 2005, nos Juizados Especiais Criminais de Curitiba, o programa de atenção sociojurídica às pessoas envolvidas com uso de substâncias psicoativas, com o objetivo de prevenir o uso abusivo e não penalizar o indivíduo pelo consumo pessoal.

A abordagem adotada no programa é a do acolhimento inicial dessa população, utilizando-se da **entrevista motivacional**, entendendo que há um indivíduo que está sofrendo, desejando alívio e esperando poder contar com alguém para ajudá-lo.

Com a vinculação da pessoa ao programa, as ações adotadas são:

- ▲ Ampliar a rede social do indivíduo que faz uso de drogas.
- ▲ Possibilitar a identificação de seu **padrão de uso de drogas** por meio de avaliações individuais e grupais.
- ▲ Possibilitar a vivência em grupos que visem à obtenção de prazer por meio de comportamentos saudáveis.
- ▲ Oferecer suporte social para o pleno exercício da cidadania, visando à garantia de seus direitos sociais.
- ▲ Promover ações político-sociais voltadas para o enfrentamento do uso de substâncias psicoativas.

Para melhor adequação das alternativas penais voltadas aos usuários de substâncias psicoativas e como maneira de resolver o “problema de fundo” no qual estes se encontram, criou-se a Oficina de Prevenção ao Uso de Drogas (OPUD), de caráter socioeducativo, condizente com a realidade e com as necessidades por eles apresentadas.

A frequência a essa oficina é uma das condições introduzidas pelos operadores de direito na aplicação das medidas despenalizadoras da transação penal e da suspensão condicional do processo.

A Oficina de Prevenção ao Uso de Drogas realizada no Juizado Especial Criminal de Curitiba, com duração de 13 horas, em cinco encontros semanais, conta com uma equipe multidisciplinar, formada por médicos, psicólogos, sociólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais.

A OPUD estimula a autocrítica e possibilita a construção e ampliação da rede social pessoal de cada participante, por meio de dinâmicas e montagens, além dos encaminhamentos aos serviços pertinentes e às políticas públicas, especialmente na área da assistência social.

Esse trabalho tem como base o entendimento de que o universo relacional do indivíduo compreende todo o contexto no qual ele está inserido. As redes sociais pessoais referem-se à soma de todas

as relações que ele percebe como significativas, contribuindo para a construção de sua autoimagem e desempenhando papel fundamental na construção de sua identidade.

“Experimentação: uso ocasional, para satisfazer a curiosidade ou integrar-se a um grupo; uso: consumo moderado que não expõe o indivíduo ou o grupo a situações de risco para a sua saúde física ou psicológica e do qual não advém problema social; abuso: situação em que o consumo causa danos à saúde física, psíquica ou social do indivíduo ou o expõe a riscos; dependência: uso compulsivo, priorização do seu consumo em detrimento dos danos que causa e de outros interesses pessoais, sociais ou profissionais”

(Maluf, 2002, p. 23-24).

As necessidades apresentadas nas oficinas estão diretamente correlacionadas à dificuldade de acesso a recursos sociais, principalmente aqueles ligados à saúde, assistência social e educação.

A ênfase nesse programa é trabalhar com os usuários de substâncias psicoativas sob o prisma biopsicossocial e espiritual, linha já adotada cientificamente na área da dependência química, e o enfoque de seu trabalho profilático é classificado como de prevenção secundária.

É realizada constantemente a integração das redes de tratamento de dependência química da Comarca de Curitiba e Região Metropolitana com o Juizado Especial Criminal para a adequada prevenção terciária, quando verificada a necessidade de tratamento. Concomitantemente, a construção de uma rede social mais ampla, cujos participantes são pessoas e organizações envolvidas e motivadas pela prevenção, é vista como um caminho para o desenvolvimento de uma sociedade mais saudável.

Houve significativa diminuição da repetição de conduta infracional, com estabilização dos percentuais em índices muito inferiores àqueles verificados anteriormente, na perspectiva da Justiça retributiva.

A utilização de práticas restaurativas foi fundamental nos trabalhos dos Juizados Especiais Criminais por meio da prevenção ao uso de drogas (prevenção secundária), pois conseguiu interromper a escalada da violência com a restauração das relações pessoais e sociais.

Crime e Justiça: prevenção ao uso de drogas pelas lentes restaurativas

Em vez de punir o criminoso, a ideia de reparar ou amenizar os danos gerados pelo crime está sendo construída por meio da Justiça restaurativa.

A Justiça restaurativa pode ser entendida como um novo paradigma que busca restaurar relações conflituosas pelo consenso e com o envolvimento da comunidade, amparado por uma rede social, que

participa ativamente da construção de resoluções de conflitos, visando à cura das feridas sociais, dos traumas e perdas causados pelo crime.

O modo de fazer justiça, em uma perspectiva restaurativa, consiste em dar uma resposta às infrações e suas consequências, contando com a participação de todos os envolvidos, inclusive a comunidade, na resolução dos conflitos. As práticas de Justiça com o objetivo restaurativo identificam os males infligidos e influem na reparação dos danos, envolvendo as pessoas e transformando suas atitudes. A ideia é restaurar os relacionamentos e não concentrar-se na determinação de culpa.

A Justiça restaurativa representa, também, um modelo para alcançar a democracia participativa, uma vez que a vítima, o infrator e a comunidade participam do processo decisório, a fim de, construtivamente, satisfazer seus interesses e alcançar a pacificação social.

Esse processo que busca resolver o problema de fundo do conflito de maneira cooperativa e integrada, em forma de rede social, amplia as possibilidades de construir um verdadeiro Estado Democrático de Direito Social, empoderando a sociedade e desmonopolizando o papel do Estado, que, por enquanto, atua somente de modo retributivo.

Nesse aspecto, cabe distinguir, conceitualmente, esses dois modelos de Justiça. Segundo Zehr (2008, p. 170), o crime, para a Justiça retributiva, é como “uma violação contra o Estado, definida pela desobediência à lei e pela culpa”. Assim, quem determina a culpa é a Justiça, a qual atribui dor em uma disputa entre ofensor e Estado. Esse modelo é regido por regras sistemáticas. Já para a Justiça restaurativa, o crime é uma violação de pessoas e relacionamentos. Nesse modelo, a Justiça cria a obrigação de corrigir os erros, envolvendo vítima, ofensor e comunidade, com o intuito de buscar soluções que promovam reparação, reconciliação e segurança.

Da óptica restaurativa, o crime passa a ser percebido como um agravo à vítima, mas também pode ser um agravo ao ofensor. Ora, partindo do pressuposto de que muitos crimes nascem de violações, os ofensores podem ter sido vítimas de abuso na infância e necessitam, muitas vezes, de oportunidades e de um significado para a vida. Para Zehr (2008), muitos ofensores buscam validação e empoderamento, e o crime acaba tornando-se uma forma de gritar por socorro e afirmar sua condição como pessoa.

Qual é a relação entre a Justiça restaurativa e a prevenção ao uso de drogas?

Investir na prevenção ao uso de drogas é investir na educação para a vida, ou seja, ensina-se o indivíduo a conviver com drogas lícitas e ilícitas em condições de optar por uma vida mais saudável e lúcida.

Como afirma Maluf (2002, p.19), prevenir é “todo e qualquer ato que tem como objetivo chegar antes que determinado fato aconteça, ou seja, precaver”. Para tanto, é necessário também um trabalho de redefinição ou construção de um plano de vida.

Tanto a prevenção ao uso de drogas como a Justiça restaurativa se propõem a desenvolver um trabalho restaurador, emancipador do ser humano, entendendo que o crime ou o uso de drogas estão

relacionados a determinada situação, a um contexto muito mais amplo que o próprio fato em si. Nesse aspecto, a educação preventiva pode facilitar a socialização, ou seja, possibilitar a ampliação da rede social do indivíduo, tornando mais complexo, assim, o processo de desenvolvimento interpessoal, o que, segundo Vygotsky (1998), auxilia no desenvolvimento cognitivo, pois a ação transformadora do processo intrapessoal se dá por meio do desenvolvimento do relacionamento interpessoal.

Apesar dos mais variados modelos de prevenção no sentido restaurativo, o mais efetivo é o da educação afetiva, que enfatiza o desenvolvimento inter e intrapessoal, a autonomia, a ampliação da rede social, sendo as drogas mais um assunto a tratar.

Considerações finais

Este artigo procurou demonstrar a eminente necessidade de novos paradigmas sociojurídicos para o enfrentamento e realinhamento das políticas criminais concernentes ao uso de drogas, haja vista as consequências desse fenômeno no contexto social.

Dessa óptica, a Justiça retributiva não consegue interromper tal ciclo, por não ter caráter preventivo e educativo, apenas punitivo. No entanto, pelas lentes restaurativas, é possível tratar da prevenção ao uso de drogas no ambiente comunitário e também no âmbito da Justiça.

É preciso compreender que o uso/abuso de drogas ilícitas não se encerra apenas em sua ilegalidade ou como um problema de polícia ou de Justiça. Ao tratar do uso de drogas, é importante perceber a complexidade que o tema traz que sugere a integração dos mais diversos segmentos sociais e governamentais, entendendo a temática das drogas como um problema comum a todos, ressaltando, desse modo, o fundamento no princípio da responsabilidade compartilhada, conforme prevê a atual Política Nacional sobre Drogas.

Apresentou-se ainda, como exemplo, o modelo de Justiça aplicado no âmbito dos Juizados Especiais Criminais de Curitiba, que, ao utilizar uma proposta preventiva, de caráter socioeducativo, transforma a Justiça criminal em um grande “hospital de relações humanas”, com o intuito de promover, de maneira descentralizadora e por meio de redes cooperativas, a pacificação social, propiciando autonomia ao jurisdicionado, e a restauração de relações sociais conflituosas em vez da perda da liberdade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

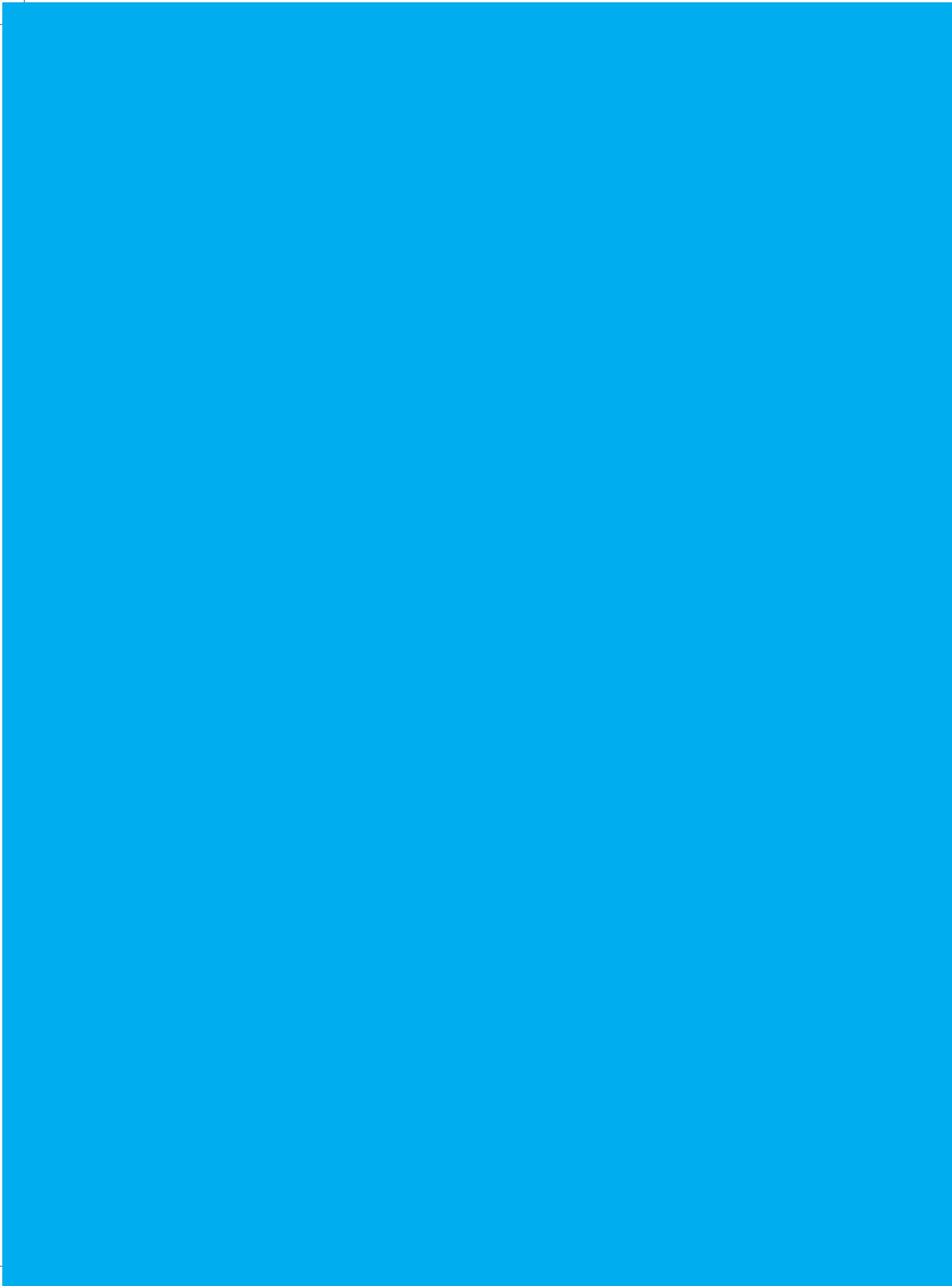
- BACELLAR, Roberto Portugal. Juizados Especiais: a nova mediação paraprocessual. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.
- BEATTIE, Melody. Codependência nunca mais: pare de cuidar dos outros e cuide de você mesmo. 5ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- FORWARD, Susan; BUCK, Craig. Pais tóxicos: como superar a interferência sufocante e recuperar a liberdade. Trad. Rose Nânime Pizzinga. 2ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1990.
- GALDURÓZ, José Carlos 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. São Paulo: CEBRID-UNIFESP, 2004.
- GOMES, Luiz Flávio *et al.* Lei de Drogas comentada: Lei 11.343/2006. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

- MALUF, Daniela Pinotti *et al.* Drogas: prevenção e tratamento – o que você queria saber e não tinha a quem perguntar. São Paulo: CL-A Cultural, 2002.
- MASSA, Adriana Accioly Gomes; BACELLAR, Roberto Portugal. A dimensão sociojurídica e política da nova Lei sobre Drogas (Lei 11.343/2006). *Revista IOB de Direito Penal e Processual Penal*, v. 9, p. 177-195, 2008.
- _____. A interface da prevenção ao uso de drogas e o Poder Judiciário. 2º Seminário sobre Sustentabilidade, 2007. CD-ROM 1.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Sobre a toxicomania da sociedade. In: BAPTISTA, Marcos; CRUZ, Marcelo Santos; MATIAS, Regina. *Drogas e pós-modernidade: facês de um tema proscrito*. v. 2. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003.
- SCURO, Pedro *et al.* Justiça restaurativa: desafios políticos e o papel dos juízes. In: SLAKMON, C.; MACHADO, M. R.; BOTTINI, P. C. (Org.). *Novas direções na governança da Justiça e da segurança*. Brasília: Ministério da Justiça, 2006. v. 1, p. 543-567.
- SLUZKI, Carlos E. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- VYGOTSKY, Lev Semenovich. *A formação social da mente*. Trad. José Cipolla Neto. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- ZEHR, Howard. *Trocando as lentes: um novo foco sobre o crime e a Justiça*. Trad. Tônia Van Acker. São Paulo: Palas Athena, 2008.



MÓDULO 5

**Ação policial na
abordagem do uso
e abuso de drogas**



Abordagem e fiscalização policial aos usuários de crack, álcool e outras drogas

Autores

José Rossy e Vasconcelos Júnior
Robson Robin da Silva

INTRODUÇÃO

Ao ler o termo “Abordagem e Fiscalização Policial”, logo vem em mente do profissional de segurança pública uma gama de informações que remetem a um contexto em que se encontram o agente fiscalizador (abordador), o fiscalizado (abordado), os recursos (meios), o local e o tipo da abordagem e da fiscalização, entre outros.

Ao colocar em ação a abordagem, o profissional de segurança pública encontra-se embasado e amparado por diversas leis, decretos, convenções, pactos e protocolos institucionais que legislam sobre este tema, sempre visando à garantia dos direitos e à determinação de deveres para que a ação seja realizada de forma segura e que respeite os direitos fundamentais do homem.

LEGISLAÇÃO APLICADA AO TEMA ABORDAGEM E FISCALIZAÇÃO POLICIAL

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM
PACTO INTERNACIONAL SOBRE DIREITOS CIVIS E POLÍTICOS
CONVENÇÃO AMERICANA SOBRE DIREITOS HUMANOS
CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CÓDIGO PENAL BRASILEIRO

Contudo, neste capítulo, esse amplo tema sobre abordagem e fiscalização policial será focado nas situações que envolvem, no papel de fiscalizado (abordado), **os indivíduos sob efeitos de substâncias psicoativas (SPAs)**, como também a **intervenção policial nas cenas de consumo dessas substâncias**.

ABORDAGEM E FISCALIZAÇÃO POLICIAL

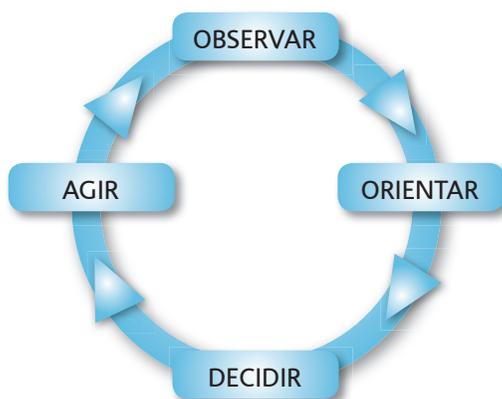
Em toda abordagem e fiscalização policial, independentemente do fato que a motivou, deve-se, inicialmente, sempre garantir a segurança de todos os envolvidos na ação, minimizando os riscos ao escolher o local para abordagem, a realização da busca pessoal (revista) e da busca em ambiente e/ou veículos, entre outros.

A obediência aos princípios da abordagem (**SSUAR**) é requisito básico para a garantia do sucesso da ação policial.

SEGURANÇA
SURPRESA
UNIDADE DE COMANDO
AÇÃO VIGOROSA
RAPIDEZ

- ▲ **Segurança:** analisar a ação e realizá-la caso não haja riscos à integridade física
- ▲ **Surpresa:** ao agir, surpreender a(s) pessoa(s) abordada(s)
- ▲ **Unidade de comando:** necessária para organização da ação. Um único comandante determinando as diretrizes e os comandos da ação
- ▲ **Ação vigorosa:** agir com vigor, firmeza e energia. Sempre norteado pelo uso legal e seletivo da força
- ▲ **Rapidez:** a rapidez nas ações minimiza os desgastes e a reação do(s) abordado(s).

O profissional de segurança pública deve estar condicionado a gerenciar suas ações no **ciclo sistemático** de: Observar, Orientar, Decidir e Agir.



Contudo, um dos fatores primordiais para a garantia da segurança na abordagem é a avaliação do **estado físico, mental, emocional e cognitivo** do abordado. Esta capacidade de traçar o perfil do indivíduo fiscalizado no momento da abordagem é de fundamental importância, pois norteará todas as demais ações que levarão a uma abordagem e a uma fiscalização segura, eficiente e sem desdobramentos indesejados.

E é justamente esta capacidade desenvolvida pelo agente de segurança pública que refletirá o seu nível de preparo e de profissionalismo no desempenhar de suas funções.

Ao dividir a abordagem e fiscalização em três momentos distintos: **pré-abordagem**, **abordagem** (fiscalização) e **manejo/encaminhamento**, pode-se, sistematicamente, elencar algumas orientações relacionadas a estas ações.

- ▲ **Pré-abordagem:** momento importante em que o profissional de segurança pública deve se amparar de recursos, materiais e se preparar física e psicologicamente para o momento da abordagem.
- ▲ **Abordagem (fiscalização):** momento de maior contato e proximidade com o fiscalizado. Ideal para determinar o perfil comportamental do indivíduo naquele momento da abordagem. Momento que irá nortear toda as ações a serem desenvolvidas a partir deste primeiro contato.
- ▲ **Manejo/encaminhamento:** etapa da fiscalização em que se determinarão quais os procedimentos a serem tomados a partir do resultado da fiscalização e do desenrolar do contato com o fiscalizado. Manejo das possíveis situações que por ventura surgirem e, em seguida, o encaminhamento do fiscalizado de acordo com o resultado da fiscalização.

ABORDAGEM E FISCALIZAÇÃO POLICIAL AOS INDIVÍDUOS SOB EFEITOS DE CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Na atualidade, a imagem do usuário de substâncias psicoativas é amplamente vinculada a ações marginais, como a violência, crimes e até mesmo à imagem do traficante em si. Desta forma, o usuário passou a ser preconceituado, o que gerou reflexos nos serviços prestados pela educação, saúde e segurança pública.

No âmbito da segurança pública, alguns preconceitos e estigmas enraizados nas instituições, somados ao reflexo da imagem social do usuário, acabam por direcionar as formas de abordagem e fiscalização ao usuário sob um viés criminal. Entretanto, difunde-se hoje a grande importância de desvincular a imagem do usuário de SPAs da figura do traficante, como também aos eventos relacionados necessariamente à violência e aos crimes.

Partindo do princípio de que a pessoa que faz uso de crack, álcool e outras drogas pode ter um padrão de consumo que o caracterize como dependente e precisa de um atendimento diferenciado pelo estado, na abordagem e na fiscalização de indivíduos sob efeitos de substâncias psicoativas, vários fatores físicos, mentais, emocionais e comportamentais devem ser levados em consideração pelo profissional de segurança pública, como:

- ▲ *A aparência geral: estado físico e emocional.*
- ▲ *A capacidade de entendimento a perguntas.*
- ▲ *A capacidade de formulação de respostas.*
- ▲ *A capacidade de executar comandos.*
- ▲ *Sinais e sintomas relacionados ao uso de substâncias psicoativas.*
- ▲ *O nível de emergência de saúde e o risco de morte.*

Esta capacidade de percepção do agente fiscalizador sobre o fiscalizado promoverá um direcionamento a uma abordagem mais segura e correta.

Imagine o caso de uma abordagem a um condutor de veículo embriagado, isto é, sob efeito de um depressor do sistema nervoso central: o álcool. Ao abordá-lo, o que observar de imediato? Como está seu estado geral: físico, emocional e comportamental? Eufórico ou apático? Agressivo? Arrogante? Exaltado? Desorientado? Dificuldade de encontrar os documentos de fiscalização e de responder a perguntas? Todas estas respostas darão um direcionamento para um manejo e encaminhamento do indivíduo após a abordagem.

O que se costuma constatar são situações em que o profissional de segurança pública, sem avaliar a situação geral do fiscalizado e sem levar em consideração que muitas daquelas atitudes e comportamentos são referentes ao uso e efeitos das SPAs, direciona o nível da abordagem a situações de maior estresse e agressividade, chegando algumas vezes a perder o controle da situação, aumentando em muito a possibilidade da ocorrência de erros.

Desta forma, fazer exercícios cognitivos que abordem comportamentos de indivíduos sob efeitos de SPAs e colocar em discussão esse assunto no grupo de trabalho promoverão a formação de um consenso de julgamento e de ação que resultará em uma prestação de serviço de melhor qualidade e mais profissional.

Então, pensar na abordagem a indivíduos sob efeitos de cocaína, crack, anfetaminas, álcool, benzodiazepínicos, LSD, ecstasy, maconha, entre outras, analisando os sinais e os sintomas relacionados ao consumo, seus possíveis comportamentos, limitações e ações, faz do agente de segurança pública um profissional melhor preparado para atuar neste contexto.

O que se deve levar em consideração é que, nas abordagens a indivíduos sob efeito de SPAs, muitos comportamentos e atitudes tomadas por eles são provenientes dos efeitos destas substâncias, e que, muitas vezes, os mesmos perdem o senso crítico e de discernimento dessas ações. A partir desta consciência que o profissional de segurança pública desenvolve, ele poderá manejar e gerenciar as crises de forma mais objetiva, coerente e segura, protegendo, assim, a sua integridade, a do fiscalizado e a de terceiros.

Com este preparo e lucidez, o policial poderá elaborar a melhor estratégia para agir no momento da fiscalização, escolhendo os melhores meios para abordagem e encaminhamento do indivíduo sob efeitos de crack, álcool e outras drogas.

Uma das ações equivocadas que podem ocorrer durante a abordagem e fiscalização de um indivíduo sob efeito de SPAs é o embate direto do fiscalizador, como resposta à agressividade do fiscalizado, na tentativa de neutralizá-lo. O mais coerente, ao se deparar com comportamentos agressivos e não participativos na fiscalização, é sempre avaliar qual a melhor maneira de gerenciar essa crise, de forma que garanta a segurança da ação e o uso legal e seletivo da força.

Como de costume, o profissional de segurança pública tende a canalizar os resultados de suas atividades de fiscalização à polícia judiciária ou, no caso que envolve lesões e risco de morte, ao hospital. Estes procedimentos, de forma geral, já são bem estabelecidos e determinados por suas instituições. Nas abordagens ao indivíduo sob efeitos de SPAs, é importante avaliar sinais e sintomas que inferem ao risco eminente de morte, isto é, o fiscalizado não aparenta bom estado momentâneo de saúde, comumente relacionados a intoxicações ou síndrome de abstinência. Neste tipo de situação, o policial deverá avaliar a emergência e encaminhar o usuário a um centro de pronto atendimento de saúde.

Recomendações na abordagem a indivíduos sob efeito de SPAs

- ▲ Planeje bem as ações da abordagem e da fiscalização.
- ▲ Procure, o mais rapidamente possível, observar os principais sinais e sintomas relacionados ao uso de SPAs.
- ▲ Refira-se ao usuário pelo seu nome e, caso necessite relatar tecnicamente a ocorrência, escolha termos corretos para adjectivar o ocorrido. Use o termo “alcoolista” ao invés de “bêbado, bebum, cachaceiro,...”. Use o termo “usuário de substância psicoativa” ao invés de “drogado, nóia,...”.
- ▲ Infira qual possível classe de SPAs que foi consumida pelo usuário, correlacione seus efeitos ao comportamento apresentado pelo fiscalizado.
- ▲ Antecipe-se a possíveis reações e comportamentos resultantes do consumo de SPAs.
- ▲ Seja claro e objetivo nas atividades e comandos relacionados à fiscalização.
- ▲ Mantenha o controle de toda a situação da abordagem e fiscalização.
- ▲ Esteja atento a sinais e sintomas relacionados à tolerância, dependência e à síndrome de abstinência do uso de SPAs.
- ▲ Avalie o estado geral de saúde do abordado, observe sinais evidentes de risco de morte.
- ▲ Se necessário, acione apoio de equipes especializadas em atendimento e assistência aos usuários de SPAs.
- ▲ Contacte familiares e responsáveis.
- ▲ Esteja atualizado sobre a rede de atendimento e assistência ao usuário de SPAs e seus familiares, existentes em seu município.

As peculiaridades das atividades desenvolvidas pelo profissional de segurança pública, a sua capacidade de ação, a sua capilaridade e o seu conhecimento do local de ação permitem que esse profissional possa atuar também em ações de prevenção e diminuição da demanda de drogas. Dessa forma, é importante que o policial não se limite somente aos procedimentos relacionados à fiscalização, mas que ele conheça e localize a rede regional de apoio aos usuários de SPAs e seus familiares, para assim poder orientá-los e encaminhá-los a tratamentos e acompanhamentos, fortalecendo, desse modo, a rede saúde e assistência social, e minimizando as reincidências destas ocorrências policiais envolvendo uso de SPAs e seus desdobramentos em crimes e violência.

Tabela da Rede de Atendimento e Assistência aos usuários e familiares de SPAs

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CAPS-ad – Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas	CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
VIVAVOZ – 132 - Central telefônica de orientações e informações sobre a prevenção e o uso de crack, álcool e outras drogas.	CT – COMUNIDADES TERAPÊUTICAS
Hospitais Gerais, Psiquiátricos e Especializados em álcool e outras drogas	UBS – Unidades Básicas de Saúde
ESF – Equipes de Saúde da Família	Grupos de Autoajuda AA, NA, Amor Exigente
Consultórios na Rua	UA – Unidades de Acolhimento

INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA NA ÁREA (CENA) DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O profissional de segurança pública precisa estar atualizado e preparado para atuar nos vários contextos sociais que se impõem. Nos tempos atuais, identifica-se a existência do uso do crack em diferentes classes sociais, porém, essa droga é especialmente devastadora para populações em situação de vulnerabilidade e exclusão social. A vulnerabilidade de populações em risco social potencializa a ação do crack e a formação das ditas “cracolândias”, ou seja, cenas de uso que impactam diuturnamente o noticiário. Pela insegurança que estes espaços inspiram, de regra, o ator policial é o mais acionado e instado a intervir nesse quadro de vulnerabilidade social. Mas, o propósito vai mais além desta droga atualmente em destaque: o crack, tendo em vista que outras drogas existem, outras podem surgir e a qualificação deve propiciar estratégias eficazes para atuar em qualquer cenário.

O problema das drogas, notadamente no que diz respeito ao uso, embora colocado no mais das vezes na esfera policial, é muito mais um tema que demanda ações de saúde pública e assistência social. Nunca é demais lembrar que o “bem tutelado”, pela Lei 11.343/2006, que trata dos crimes e das penas sobre drogas, “é a saúde pública”. Assim, o foco correto é ter uma visão mais integral e interdisciplinar sobre esse fenômeno.

O erro estratégico de muitos países na condução de suas políticas sobre drogas foi ter um enfoque só na perspectiva da repressão, quando o caso é também de saúde pública, porém intimamente associado ao “tráfico de drogas” e ao crime organizado, o que sempre justificou a intervenção policial. Mas, não é o policial um ator social? Não é a polícia invariavelmente a porta de entrada da maioria dos problemas que envolvem drogas e crime?

É a partir deste enfoque que se apresenta a necessidade de levar, ao profissional da segurança pública, estratégias e conhecimentos para que possa intervir em contextos que apresentam o binômio droga-crime,

mas que também possa avaliar o grau de relação do “autor do delito” com a droga. Esta avaliação exige conhecimentos mais que básicos, e dela depende a atuação justa e eficaz de todos os sistemas de persecução penal. Assim, mais que individualizar o sujeito da ação *a priori* ilícita, é necessário contextualizá-lo. É preciso saber se aquele sujeito é dependente de uma SPAs, qual o grau de sua vulnerabilidade social, qual capacidade psicológica e cognitiva que ele dispõe para entender seus atos e de ser responsabilizado penalmente.

Portanto, quando o agente policial agir em situações como as aqui contextualizadas, resta clara a ideia de que não é a aplicação pura e simples da lei que trará a solução do problema. O sucesso depende da correta compreensão e encaminhamento desse indivíduo, que pode estar em conflito com a lei, mas que precisa também de intervenções de saúde e assistência social.

É nesta perspectiva que o SUS - Sistema Único de Saúde desenvolve seus equipamentos, como os CAPS ad, por exemplo, e o SUAS - Sistema Único de Assistência Social promove seus CRAS e CREAS.

É importante destacar essa mudança comportamental do Estado, pois ela representa o amadurecimento sistêmico de que a questão da droga não é só assunto de polícia. Mas, como já afirmado, ocorrências envolvendo drogas tendem a envolver intervenções policiais.

De acordo com o atual contexto nacional sobre a questão das drogas, é preciso rever o comportamentos de vários atores e, especialmente, promover o reconhecimento mútuo entre eles, dar notícia de suas competências, de suas vocações e desenvolver seu potencial de atuar em rede e de forma integrada.

A proposta estratégica é de que o operador da segurança pública, que atua na promoção da segurança e lida com a questão da droga, além de cumprir seu mandamento legal, pode e deve se inserir e interagir com as redes de saúde e assistência social. Mas, de que forma?

O primeiro passo é ter a visão, o olhar estratégico. Pode-se afirmar que até agora a máxima tem sido o ciclo “prende-solta-migra-prende”, com um gasto de tempo, trabalho e envolvimento de todo sistema de persecução penal, sem nenhuma eficácia, quando se trata de dependentes de droga. Esta visão passa necessariamente por identificar e conhecer minimamente a lógica de atuação dos sistemas **SUS** e **SUAS** e seus órgãos especializados para atuar quando o problema é o consumo de drogas. Em seguida, vem a necessidade da identificação local desta rede instalada na região onde o profissional da segurança atua; a identificação física do endereço, o nome dos profissionais responsáveis pelas estruturas de saúde e assistência social postas à disposição.

Compreendido isso, pode-se aplicar a lei com um encaminhamento, devidamente pactuado com o Poder Judiciário e Ministério Público, mais adequado ao problema, e concorrendo para o processo eficaz, da interrupção “do ciclo”, pois só com tratamento e assistência eficazes, o sujeito que deu entrada por meio da polícia não mais reincidirá na ocorrência. No mais das vezes, não se trata de um “bandido, delinquente”, mas sim de um cidadão, muito vulnerabilizado socialmente, transtornado mentalmente e depauperado na sua capacidade de reagir, pelo uso de drogas.

Tal contexto pode apresentar um ser frequentemente violento, transtornado, sem capacidade de discernimento do certo e errado, e que, portanto, precisa ser abordado com muita cautela. Assim, o dependente

de drogas concorre diretamente para “fatos tipificados como crime”, ensejando muitas vezes ações de legítima defesa, do exercício regular do direito ou estrito cumprimento do dever legal, por parte do agente do Estado que o aborda.

O compromisso social que precisa ser inaugurado pelo profissional de segurança pública é uma interação com um sistema de apoio, acolhimento, proteção, tratamento, assistência, de competência de outras secretarias, mais além da segurança. Esta atitude é fundamental para que o Brasil promova uma política realmente eficaz para o problema do uso, abuso e dependência das drogas. Não se entenda aqui que se queira onerar ainda mais o trabalho do profissional da segurança, mas sim que ele conheça melhor o sistema que atua na atenção aos usuários de crack e outras drogas. Nesta perspectiva, que a segurança pública passe a contar com outros profissionais, coopere com seus trabalhos e principalmente saiba demandá-los, observando os preceitos éticos e legais que regem também os profissionais da saúde e da assistência social.

Os integrantes do sistema de segurança devem ter um olhar cooperativo para outras iniciativas não governamentais, como, por exemplo, comunidades terapêuticas e grupos de autoajuda, pois não só entidades públicas atuam neste processo. Temos também instituições não governamentais sérias, engajadas e fundamentais no contexto social. Todos precisam de infraestrutura, de fomento, de apoio, de reconhecimento e, por exemplo, muitos bens apreendidos do tráfico de drogas podem e devem ser disponibilizados para entidades públicas e não governamentais para que executem, com mais potencial, seus propósitos.

Esta lógica cooperativa, participativa, deve ser apreendida por todos e deve operar uma mudança comportamental em nível individual, familiar, profissional, levando a um resultado muito mais eficaz do trabalho. Ela concorre para a economia de recursos, para otimização de gastos, para o fortalecimento de instituições envolvidas.

Outro resultado esperado é a reversão do quadro de intolerância e discriminação para com os dependentes de drogas, populações de rua, vulneráveis, etc. Há a necessidade de distensionar a relação da sociedade com essas pessoas vulnerabilizadas pela vida, pela droga, pelo sistema. Elas precisam, por sua vez, perceber uma nova mensagem do Estado, inspirando-lhes mais confiança e segurança para virem ao encontro de serviços que lhes facilitarão a retomada de um projeto de vida para além do consumo de drogas.

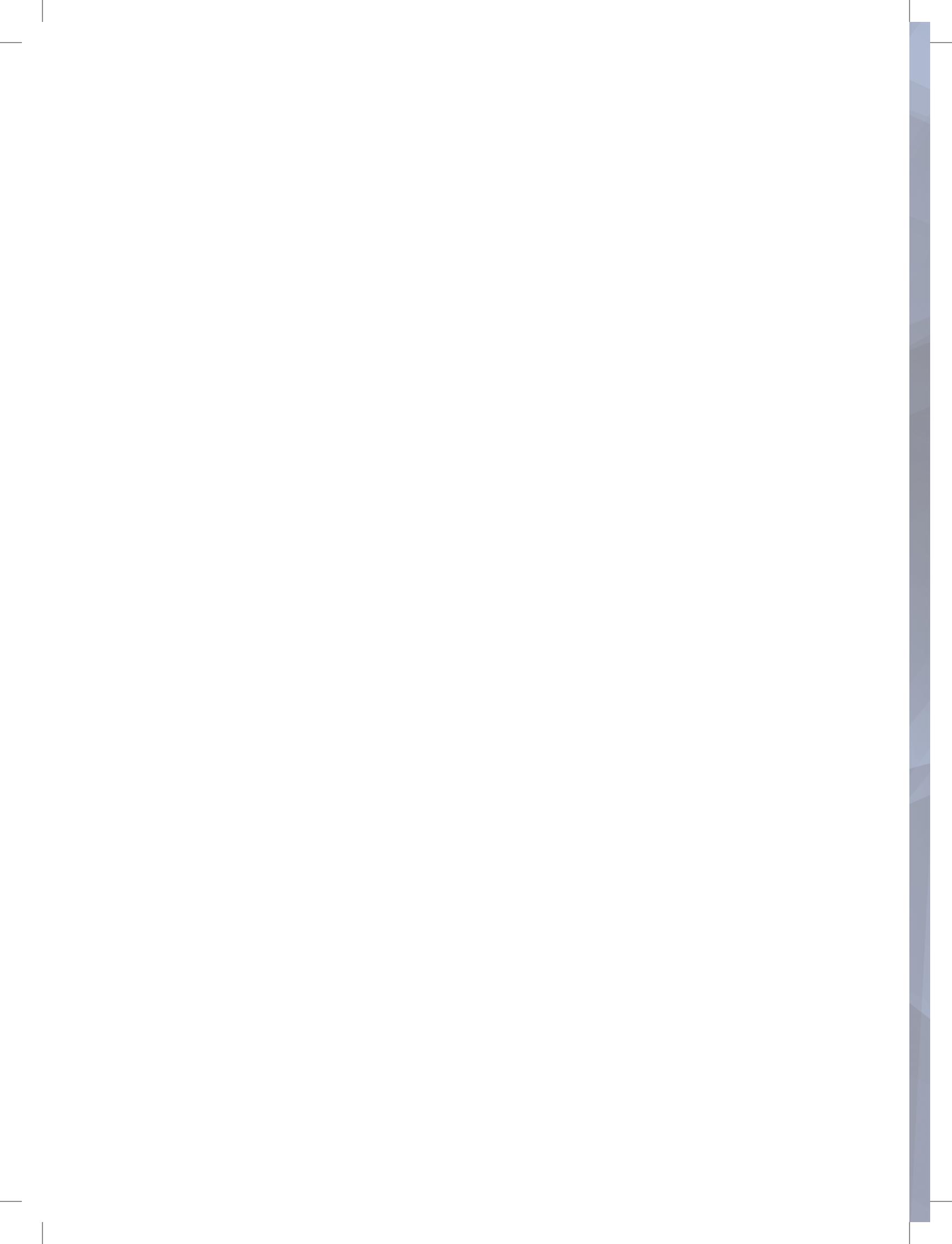
Sob esta nova perspectiva, espera-se que quando em sua jurisdição administrativa chegarem demandas do tipo - intervir em cenas de uso de crack e outras drogas – as ditas “cracolândias”, o planejamento seja precedido de um levantamento de local, devidamente compartilhado com agentes de saúde e assistência social. Que a investigação revele as particularidades daquele quadro, permitindo identificar quem fornece a droga, papel da polícia, mas também individualizar os dependentes da droga e, especialmente para estes, trazer para a operação no local o olhar dos agentes de saúde e assistência social através de abordagens, como os consultórios na rua, por exemplo.

Só através dessa abordagem sistêmica, efetivamente é possível interromper o ciclo, na medida em que diferentes agentes atuarão nas várias frentes para enfrentar os diversos fatores que produzem aquele ser humano, dependente de crack ou outras drogas, desassistido, vulnerável, sem perspectiva e sem ajuda.

O resultado esperado é a desconstrução das cenas de uso, com ações integradas que vão além da atuação policial. A mensagem de Estado que chegará aos cidadãos que demandam atenção será outra, na medida em que não teremos mais uma ação isolada de polícia. A certeza de ter se enfrentado o problema da forma correta traz alívio e satisfação aos agentes públicos envolvidos. Todos terão resultados melhores nas suas respectivas áreas de competência e serão vistos pela sociedade como agentes eficazes e legítimos para atuar, refletindo para a população, mais confiança no trabalho das instituições.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Técnicas de Abordagem - Curso de Formação Profissional - Coordenação de Ensino - Departamento de Polícia Rodoviária Federal/MJ, Brasília/DF, 2009.



PARA SABER MAIS

Apresentamos a seguir algumas indicações de instituições públicas, privadas e órgãos não governamentais onde você encontrará informações confiáveis sobre drogas.

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
Esplanada dos Ministérios Bloco T – 2º Andar – sala 208
Brasília – DF. CEP: 70.064-900
www.senad.gov.br

Central de Atendimento VIVA VOZ – 132



OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
www.obid.senad.gov.br

No Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), você irá encontrar muitas informações importantes. Contatos de locais para tratamento em todo o país, instituições que fazem prevenção, grupos de ajuda mútua e outros recursos comunitários. Você encontra, ainda, informações atualizadas sobre drogas, cursos, palestras e eventos.

Dentro do OBID, há dois sites específicos voltados para os jovens: **Mundo Jovem** e **Jovem sem Tabaco**, além de uma relação de *links* para outros *sites* que irão ampliar o seu conhecimento.

- ▶ **Mundo Jovem:** www.obid.senad.gov.br/portais/mundojovem
- ▶ **Jovem sem Tabaco:** www.obid.senad.gov.br/portais/jovemsemtabaco

Crack, é possível vencer
www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack

Outras Referências

MINISTÉRIO DA SAÚDE:

www.saude.gov.br

Disque Saúde: 136

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS

www.saude.gov.br

Disque Saúde: 0800 61 1997

CONSELHOS ESTADUAIS SOBRE DROGAS

Para saber o endereço dos Conselhos do seu estado, consulte o site:

www.obid.senad.gov.br

CONSELHOS MUNICIPAIS SOBRE DROGAS

Para saber o endereço dos Conselhos do município, consulte o site: www.obid.senad.gov.br

Grupos de autoajuda

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS – AA

www.alcoolicosanonimos.org.br

Central de Atendimento 24 horas: (11) 3315 9333

Caixa Postal 580 CEP 01060-970 – São Paulo

AL-ANON

Grupos para familiares e amigos de alcoólicos.

www.al-anon.org.br

AL-ATEEN

Grupos para adolescentes e jovens afetados pelo alcoolismo de algum familiar.

www.al-anon.org.br

NARCÓTICOS ANÔNIMOS – NA

www.na.org.br

Grupos Familiares – NAR-ANON

Grupos para familiares e amigos de usuários de drogas

www.na.org.br

FEDERAÇÃO DE AMOR EXIGENTE

Programa de proteção social, que visa à prevenção e à qualidade de vida, através de grupos de apoio.

www.amorexigente.org.br

Leituras que ajudam

Série de publicações disponibilizadas pela SENAD:

As publicações listadas a seguir são distribuídas gratuitamente e enviadas pelos Correios. Estão também disponíveis no portal do OBID (www.obid.senad.gov.br) e no site da SENAD (www.senad.gov.br) para download.

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 Álcool e Jovens
- ▶ Drogas: Cartilha para Pais de Adolescentes
- ▶ Drogas: Cartilha sobre Tabaco
- ▶ Drogas: Cartilha para Pais de Crianças
- ▶ Drogas: Cartilha sobre Maconha, Cocaína e Inalantes.

Glossário de álcool e drogas.

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010

Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas

Leitura recomendada para alunos a partir do 7º ano do ensino fundamental.

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD – e Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID – da Universidade Federal de São Paulo, 2010.

Outras referências de leituras

- ▶ **Anjos caídos – Como prevenir e eliminar as drogas na vida do adolescente**
Içami Tiba. São Paulo: Gente, 1999.
- ▶ **Cuidando da Pessoa com Problemas Relacionados com Álcool e Outras Drogas – Coleção Guia para Família. v.1.**
Selma de Lourdes Bordin; Marine Meyer; Sérgio Nicastri; Ellen Burd Nisenbaum e Marcelo Ribeiro. São Paulo: Atheneu, 2004.
- ▶ **Depois daquela viagem: Diário de Bordo de uma Jovem que aprendeu a viver com AIDS**
Valéria Piassa Polizzi. São Paulo. Ática, 2003.
- ▶ **Desafio da convivência – Pais e Filhos**
Lídia Rosenberg Aratangy. São Paulo: Gente, 1998.
- ▶ **Doces Venenos – Conversas e Desconversas sobre Drogas**
Lídia Rosenberg Aratangy. São Paulo: Olho D'Água, 1991
- ▶ **Drogas, Prevenção e Tratamento: o que você queria saber sobre drogas e não tinha a quem perguntar**
Daniela Maluf e cols. São Paulo: Cia. Editora, 2002
- ▶ **Drogas – Mitos e Verdades**
Beatriz Carlini Cotrim. São Paulo: Ática, 1998.
- ▶ **Esmeralda – Por que não dancei**
Esmeralda do Carmo Ortiz. São Paulo: Editora Senac, 2001.
- ▶ **Liberdade é Poder Decidir**
Maria de Lurdes Zemel e Maria Elisa De Lamboy. São Paulo, FTD, 2000.
- ▶ **Pais e Filhos – Companheiros de Viagem**
Roberto Shinyashiki. São Paulo: Gente, 1992.
- ▶ **Satisfaçam minha Curiosidade – As Drogas**
Susana Leote. São Paulo: Impala Editores, 2003.
- ▶ **O Vencedor**
Frei Betto. São Paulo. Ática, 2000.
- ▶ **Tabebuias: ou Histórias Reais daqueles que se livraram das drogas na Fazenda da Esperança**
Christiane Suplicy Teixeira. São Paulo. Cidade Nova. 2001.

Filmes sobre o Tema:

- ▶ *28 Dias*, 2000. Direção: Betty Thomas
- ▶ *A corrente do bem*, 2000. Direção: Mini Leder
- ▶ *Bicho de Sete Cabeças*, 2000. Direção: Laís Bodanzky
- ▶ *Despedida em Las Vegas*, 1996. Direção: Mike Figgis
- ▶ *Diário de um adolescente*, 1995. Direção: Scott Kalvert
- ▶ *É proibido fumar*, 2009. Direção: Anna Muylaert.
- ▶ *Ironweed*, 1987. Direção: Hector Babenco
- ▶ *La Luna*, 1979. Direção: Bernardo Bertolucci
- ▶ *Maria Cheia de Graça*, 2004. Direção: Joshua Marston
- ▶ *Meu nome não é Johnny*, 2008. Direção: Mauro Lima
- ▶ *Notícias de uma guerra particular*, 1999. Direção: João Moreira Salles e Kátia Lund
- ▶ *O Informante*, 1999. Direção: Michael Mann
- ▶ *Por volta da meia-noite*, 1986. Direção: Bertrand Tavernier
- ▶ *Quando um homem ama uma mulher*, 1994. Direção: Luis Mandoki
- ▶ *Ray*, 2004. Direção: Taylor Hackford
- ▶ *Réquiem para um sonho*, 2000. Direção: Darren Aronofsky
- ▶ *Todos os corações do mundo*, 1995. Direção: Murillo Salles

**CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
AÇÃO INTEGRADA ENTRE AS REDES
DE SEGURANÇA PÚBLICA, SAÚDE
E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

