

Prevenção ao uso indevido de drogas

Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais



Prevenção ao uso indevido de drogas

Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais



PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Luiz Inácio Lula da Silva

VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA

José Alencar Gomes da Silva

**MINISTRO DE ESTADO CHEFE DO GABINETE DE SEGURANÇA INSTITUCIONAL DA
PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA E PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS**

Jorge Armando Felix

MINISTRO DA JUSTIÇA

Tarso Genro

SECRETÁRIO NACIONAL ANTIDROGAS

Paulo Roberto Yog de Miranda Uchôa

SECRETÁRIA ADJUNTA E RESPONSÁVEL TÉCNICA DA SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

SECRETÁRIO NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA

Ricardo Brisolla Balestreri

Prevenção ao uso indevido de drogas

Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais

Brasília, 2008

VENDA PROIBIDA. Todos os direitos desta edição são reservados à SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS (SENAD) e à SECRETARIA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA (SENASP). Nenhuma parte deste material poderá ser reproduzida, transmitida e gravada, por qualquer meio eletrônico, por fotocópia e outros, sem autorização, por escrito, da Secretaria Nacional Antidrogas e da Secretaria Nacional de Segurança Pública.

Tiragem: 16.000 exemplares

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

P944 Prevenção ao uso indevido de drogas: Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2008.

288 p.

ISBN: 978-85-7426-026-6

1. Drogas – uso. 2. Drogas– prevenção. I. Secretaria Nacional Antidrogas.
II. Título.

CDD - 615.7883

Universidade Federal de Santa Catarina

Reitor

Alvaro Toubes Prata

Vice-Reitor

Carlos Alberto Justo da Silva

Secretaria de Educação a Distância

Coordenação Geral

Cícero Ricardo França Barboza

Coordenação Financeira

Vladimir Arthur Fey

Coordenação Administrativa

Nadia Rodrigues de Souza

Supervisão Pedagógica e de Linguagem de EaD

Ana Luzia Dias Pereira

Coordenação Técnica e Científica

Fátima Buchele

Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária

Diretor Executivo

Carlos Fernando Miguez

Gerente de Extensão

Fábio Silva de Souza

Equipe editorial

Secretaria Nacional Antidrogas

Supervisão Técnica e Científica

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte
Déborah Domiceli de Oliveira Cruz

Coordenação de Projetos

Márcia Maria Martins Lopes

Revisão de Conteúdo

Carla Dalbosco
Déborah Domiceli de Oliveira Cruz
Telmo Mota Ronzani
Vladimir de Andrade Stempluk

Secretaria de Educação a Distância

Supervisão Educacional

Karine Pereira Goss
Marivone Piana

Design Instrucional

André Luckman
Marcelo Mendes de Souza
Marina Cabeda Egger Moellwald (Coordenação)

Revisão Final

Rosângela Santos de Souza

Projeto Gráfico

Pricila Cristina da Silva
Thaís de Almeida Santos

Criação da Marca

Guilherme Dias Simões

Diagramação

João Henrique Moço (Coordenação)
Rafael de Queiroz Oliveira
Renata Brandão Miguez

Webdesign

Rafael Amaral de Oliveira

Apoio Pedagógico

Amanda Chraim
Ana Maria Elias Rodrigues
Juliana Schumacker Lessa
Karin Rodrigues Moritz (Coordenação)

Monitoria

Dilton Ferreira Junior

Tecnologia da Informação

Rosemeri Maria Pereira (Coordenação)
Murillo Lagranha Flores

Suporte Técnico

Rafael Barboza
Rodrigo Rocha Coelho
Tales Tombini Hommerding

Prezado(a) Conselheiro(a),

A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República e a Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP), do Ministério da Justiça, têm a satisfação de lançar o Curso de **Prevenção ao uso indevido de drogas - Capacitação para Conselheiros(as) Municipais**.

O consumo de drogas e seu impacto na vida da população se apresenta como uma questão complexa que perpassa todos os setores da sociedade. A disseminação de informações e a discussão dessa temática são estratégias fundamentais para a integração das políticas setoriais com a política nacional e a articulação dos diferentes atores no âmbito do Estado e da Sociedade.

O conteúdo do Curso, que será realizado na modalidade de Ensino a Distância, reúne informações atualizadas e convergentes com a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), a Política Nacional sobre o Álcool (PNA) e a Política Nacional de Segurança Pública.

Confiantes na capacidade de atuação conferida a você, Conselheiro(a), esperamos formar uma rede de apoio ampla e diversificada, fortalecida pela sua ação como agente multiplicador de prevenção da violência e da criminalidade relacionadas ao uso indevido de drogas.

Um bom Curso a todos!

Secretaria Nacional Antidrogas

Secretaria Nacional de Segurança Pública

Unidade 1	Drogas: Classificação e Efeitos no Organismo	20
Unidade 2	Experimentação, Uso, Abuso e Dependência de Drogas	40
Unidade 3	O Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil	50
Unidade 4	Aspectos Socioculturais Relacionados ao Uso de Álcool e Outras Drogas	64
Unidade 5	Bebidas Alcoólicas na Sociedade Brasileira	78
Unidade 6	Prevenção – Novas Formas de Pensar e Enfrentar o Problema	92
Unidade 7	As Drogas e os Meios de Comunicação	108
Unidade 8	Redução de Danos	120
Unidade 9	Redes Sociais / O Trabalho Comunitário e a Construção de Redes Sociais.....	130
Unidade 10	Tratamento	150
Unidade 11	Conselhos: Espaço de Participação e Controle Social	164
Unidade 12	Políticas Públicas sobre Álcool e Outras Drogas no Brasil	174
Unidade 13	Legislações e Políticas de Saúde e a Política Nacional Sobre Drogas	182
Unidade 14	Legislação e Políticas de Educação e a Política Nacional Sobre Drogas	192
Unidade 15	Legislações e Políticas para a Criança e o Adolescente	202
Unidade 16	SUSP e PRONASCI: Um Novo Panorama para o Brasil	218
Unidade 17	Violência e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes	228
Unidade 18	Trabalho Infantil: Fator de Risco para a Violência e para o Uso de Álcool e Outras Drogas	244
Unidade 19	Mediação de Conflitos	258
Unidade 20	Subvenção Social	276

Guia do Curso

Você está iniciando o Curso **Prevenção ao uso indevido de drogas - Capacitação para Conselheiros Municipais**, promovido pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) em parceria com a Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP) e desenvolvido pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU) em conjunto com a Secretaria de Educação a Distância (SEaD/UFSC).

Esse assunto merece sua atenção e envolvimento para a proposição de ações, em conjunto com a comunidade, que visem reduzir a demanda por meio da construção de redes sociais de prevenção.

Para realizar este Curso, você recebeu um *kit* didático do qual este livro faz parte. Este Guia do Curso foi elaborado para que você tenha uma visão geral de como está organizada esta formação e sobre quais recursos colocamos a sua disposição.

Encontram-se, também, neste livro, os conteúdos que fundamentam a sua atuação na redução da demanda de drogas em seu município, com enfoque especial no trabalho conjunto de todos os conselhos.

Durante todo o desenvolvimento deste Curso, você poderá consultar nosso Sistema de Apoio ao Aluno a Distância, formado por tutores e monitores especialmente orientados para atendê-lo. Dessa forma, você receberá orientações para estudar a distância e realizar suas atividades de aprendizagem, aproveitando, assim, toda a estrutura didático-pedagógica planejada e construída para que você tenha um aprendizado significativo.

Bom trabalho!

Como o Curso está estruturado?

O Curso será realizado na modalidade Educação a Distância (EaD), por meio do uso de diferentes recursos de mídia. Nessa modalidade, é o próprio aluno que organiza seu tempo de estudo e a elaboração das atividades previstas, sempre com a orientação recebida pelos seus tutores e monitores.

Na Educação a Distância, é você quem decide quando e como vai estudar e, para isso, é fundamental ter disciplina e dedicação. Os horários e locais de estudo devem ser organizados conforme seu ritmo e as suas necessidades.

Para que o estudo a distância se torne possível, é necessária a utilização de alguns recursos didáticos, assim como recursos humanos, para o acompanhamento sistemático dos estudantes.

Para realizar este Curso, você recebeu um *kit* didático formado por este livro e uma videoaula (em DVD). Além do *kit*, estão a sua disposição outros recursos educacionais também muito importantes para o desenvolvimento de seus estudos e para a construção do seu conhecimento. São eles:

<http://conselheiros.senad.gov.br>

- o Portal do Curso;
- três sessões de teleconferência (cada uma com duração de duas horas);
- fóruns de conteúdo;
- fóruns de avaliação;
- ambientação virtual;
- *chats* (bate-papos virtuais);
- biblioteca virtual;
- o Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem (AVEA);
- o Sistema de Apoio ao Aluno a Distância.

Procure utilizar todos esses recursos disponíveis de maneira integrada e não deixe de participar das atividades previstas neste Curso. Sua participação é fundamental para o sucesso do aprendizado que estamos construindo conjuntamente!

Carga Horária
120 horas/aula

Período de realização
Três meses

Certificação

Os concluintes receberão um Certificado de Extensão Universitária registrado pela UFSC. Os critérios para a conclusão do Curso são os seguintes:

- participar de, no mínimo, 3 fóruns de discussão;
- realizar os módulos de avaliação propostos para o Curso.

Lembre-se! Para um bom aproveitamento do Curso, é necessário que você fique atento ao seguinte:

- utilize regularmente os materiais didáticos disponibilizados;
- consulte seu tutor sempre que você tiver alguma dúvida em relação ao conteúdo ministrado;
- assista às teleconferências;
- participe dos chats (bate-papos virtuais) e dos fóruns de discussão;
- assista à videoaula;
- faça as atividades de avaliação propostas.

O que eu farei neste Curso?

Recebendo o Material

Você recebeu um *kit* didático contendo o seguinte material:

- um livro
- uma videoaula
- uma brochura (Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil)

Verifique na etiqueta da embalagem do *kit* se os seus dados pessoais, como nome completo e endereço, estão corretos. Esses detalhes são importantes para que você receba outras correspondências sem problemas. Se os dados da etiqueta não estiverem corretos, entre em contato com a monitoria deste Curso através do e-mail conselheiros@sead.ufsc.br e comunique seu problema.

Organizando o Estudo

- Desenvolva hábitos de estudo. Crie um roteiro de estudo, estabelecendo os temas e horários de cada dia da semana. Procure seguir o roteiro para criar o hábito.
- Destine no roteiro um tempo para estudar as unidades do livro, assistir às teleconferências e à videoaula, participar dos bate-papos virtuais e fóruns de discussão, preparar-se para as atividades de avaliação e, sempre que necessário, entre em contato com seu tutor.
- Identifique no conteúdo os pontos que mais lhe interessam e o que mais tem relação com sua atividade profissional. Você não aprenderá eficientemente, a menos que se torne interessado pelo assunto de alguma maneira.
- Leia atentamente o Guia do Curso para tirar melhor proveito das informações e conhecer o seu Curso.
- Se preferir, procure trabalhar em grupo. Reúna colegas que participam deste Curso e organize momentos para discussão do conteúdo. Esses momentos em grupo são fundamentais para enriquecer o seu aprendizado e o de seus colegas.
- Procure utilizar todos os materiais de maneira integrada aos demais recursos disponibilizados no Curso.
- Organize seus horários de estudo observando o cronograma das atividades do Curso. Este cronograma é atualizado periodicamente no AVEA do Curso. Acesse <http://conselheiros.senad.gov.br> e fique atento a tudo o que está acontecendo no seu Curso!

Estudando com o livro

- O livro foi dividido em 20 Unidades, visando facilitar a organização e a apresentação do conteúdo.
- Faça uma leitura dinâmica e geral: leia o sumário e os objetivos de cada Unidade. Essa primeira leitura é importante para que você tenha uma noção geral das temáticas abordadas ao longo do Curso. Em seguida, faça uma leitura mais cuidadosa.
- Sublinhe os trechos que você achar importantes e elabore seus próprios resumos.
- Preste atenção nos quadros, negritos, ícones e nas ilustrações, pois eles contêm mensagens importantes.
- Tenha o hábito de fazer esquemas e anotações ao longo dos textos.

- À medida que ler, faça intervalos para compreender a essência do que foi lido.
- Anote as dúvidas que surgirem durante a leitura e esclareça-as com seu tutor.
- Ao final da leitura, volte ao início da Unidade e verifique se você atingiu os objetivos elencados. Caso não os tenha atingido, reveja os materiais didáticos ou entre em contato com seu tutor.

Consultando o Portal do Curso

Para acessar o Portal do Curso, basta digitar o seguinte endereço: <http://conselheiros.senad.gov.br>. Sugerimos que você o acesse regularmente, pois disponibilizamos as datas das atividades (teleconferências, bate-papos, fóruns) e demais informações atualizadas sobre o andamento do Curso. Além disso, o espaço de ‘dúvidas freqüentes’ também será atualizado constantemente pelos tutores, constituindo excelente ferramenta para consulta das dúvidas coletivas e fonte de informações.

O Portal foi planejado para permitir o acesso a informações atualizadas sobre o andamento das atividades e as ferramentas de interação com tutores, monitores e demais alunos do Curso.

Participando dos Fóruns e Chats Virtuais

Os *chats* (bate-papos virtuais) são espaços para discussão de temas específicos referentes ao conteúdo do Curso, bem como para troca de experiências entre os cursistas. Esses bate-papos poderão acontecer no mesmo dia das teleconferências, visando o aprofundamento das questões debatidas. Geralmente, eles têm a duração de 1 hora-aula e ocorrem em tempo real, com comunicação direta entre aluno e tutor.

Além de contar com um especialista na área do Curso, cada bate-papo terá um mediador. O mediador será um tutor que faz a abertura da sala com a apresentação do tema e intervém para que a discussão se mantenha dentro do tema proposto.

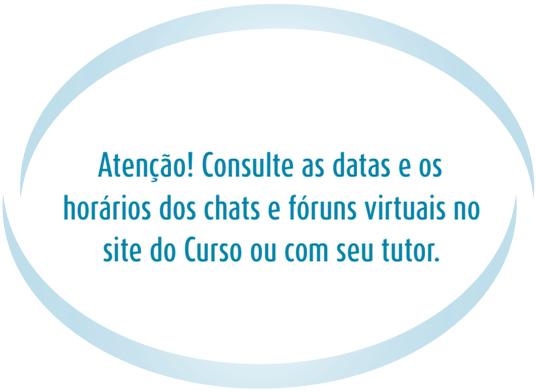
Para o melhor aproveitamento dos chats, siga as orientações abaixo:

- Acesse o endereço <http://conselheiros.senad.gov.br> e na hora marcada entre no AVEA do Curso. Clique, então, em “BATE-PAPO”.
- Na janela “BATE-PAPO”, clique no grupo do seu tutor.
- Você visualizará a discussão somente a partir do momento de sua entrada. Não é possível ler as mensagens anteriores. Por isso, é importante acompanhar a discussão desde o início.
- Procure se ater ao tema proposto, questione seus colegas e dê sua opinião.

- Se tiver alguma dúvida específica em relação a outras temáticas abordadas no Curso, entre em contato com seu tutor posteriormente. Não utilize o espaço do bate-papo para isso.
- Para sair da conversa, feche a janela.

Os fóruns, por sua vez, não ocorrem em tempo real, com comunicação direta entre tutores e alunos. Com a disponibilização de fóruns, busca-se, fundamentalmente, responder questões específicas de conteúdo. Estas questões serão publicadas pelos tutores no AVEA do Curso e você terá um período de, no mínimo, sete dias para responder a cada uma delas. Tal período é fundamental para que todos possam ter tempo de construir, argumentativamente, suas respostas.

Além de fóruns de conteúdo, há os fóruns de avaliação do Curso. A sua participação nos fóruns de conteúdo configura-se como pré-requisito para a certificação. Já nos fóruns de avaliação, sua participação é facultativa. Estes fóruns, muito embora facultativos, são de extrema importância para garantirmos a qualidade do nosso desenvolvimento educacional. Por isso, não deixe de publicar a sua opinião sobre os recursos educacionais que serão utilizados neste Curso. Participe!



Atenção! Consulte as datas e os horários dos chats e fóruns virtuais no site do Curso ou com seu tutor.

Além disso, durante todo o período do Curso, um fórum virtual ficará disponível, permanentemente, no espaço chamado “Intervalo Interativo”. Em qualquer dia e horário, você poderá manter contato *on-line* com seus colegas de Curso, sobre o tema que for do seu interesse.

Neste Curso, teremos, então, dois tipos de fórum: um que ficará aberto permanentemente e sem tema específico (Intervalo Interativo) e, outro, fechado, que tem data e horário agendados com antecedência, além de temática própria (fórum de conteúdo). Seu tutor fará contato periódico para acompanhar o andamento de seus estudos. Por isso, é importante manter seus dados cadastrais atualizados, principalmente endereço eletrônico e números de telefone para contato.

Assistindo às teleconferências

O que é uma teleconferência?

É um programa de televisão transmitido ao vivo, via satélite, com recepção por antena parabólica. O principal objetivo da teleconferência é ampliar os conteúdos disponibilizados nos materiais didáticos, oferecendo atualização e aprofundamento em relação ao tema do Curso, além de propiciar a interação dos espectadores com os especialistas.

Como eu posso participar?

Você, cursista, poderá enviar perguntas para os especialistas que estiverem participando do programa. As dúvidas devem ser encaminhadas durante a realização do programa, pelo telefone 0800 6482007 ou pelo *e-mail* conselheiros@sead.ufsc.br.

Onde eu posso assistir?

Em qualquer ambiente equipado com uma antena parabólica: escolas, centros comunitários, prefeituras ou, mesmo, em sua própria residência.

Como eu faço para sintonizar o canal do programa?

Todas as antenas parabólicas instaladas no Brasil podem receber a transmissão da teleconferência, que é via satélite. Para receber a transmissão, é preciso ter um aparelho de TV conectado a uma antena parabólica. Para localizar o canal de transmissão, fique atento às informações abaixo sobre a sintonia.

- Verifique com antecedência se os equipamentos são adequados (TV e antena parabólica) e se estão regulados na frequência indicada (1.220 Mhz).
- Procure organizar e ajustar o canal com antecedência. Cinco minutos antes de iniciar a teleconferência, é possível ver uma imagem com o logotipo do Curso e ouvir a seguinte mensagem: “Dentro de instantes, você irá assistir a uma teleconferência do Curso **Prevenção ao uso indevido de drogas - Capacitação para Conselheiros Municipais**”, para facilitar a identificação do canal.
- Todas as teleconferências serão publicadas no AVEA do Curso e, quando você receber seu Certificado de Conclusão, também receberá um CD contendo a gravação dessas teleconferências para que você possa assisti-las sempre que desejar.
- Você poderá organizar a recepção da teleconferência para assisti-la em grupo, utilizando material de apoio e promovendo discussões sobre a temática apresentada.

Assistindo à videoaula

A videoaula deste Curso tem como objetivo ilustrar, reforçar e complementar o conteúdo do livro. Trata da questão da organização de redes para a redução da demanda de drogas nos municípios, com a integração de diferentes conselhos com a comunidade.

Assista à videoaula quantas vezes considerar necessário. Ela é um importante recurso didático, que auxiliará seu estudo e sua atuação em redes de prevenção.

Participando das lições virtuais

No decorrer do Curso, algumas lições virtuais serão publicadas no AVEA, visando a auxiliá-lo no seu processo de aprendizagem.

Estes são momentos de diálogo com os autores do livro, em que se confrontam seus entendimentos sobre os conceitos estudados. Essas atividades permitem, ainda, a resolução de algumas situações concretas, estabelecendo uma estreita relação entre teoria e prática.

Preste muita atenção às lições virtuais e não deixe de participar desses momentos tão significativos para a construção do conhecimento.

Contato

Secretaria de Educação a Distância
Universidade Federal de Santa Catarina
Rua Dom Joaquim, 757
Centro
CEP 88015-310
Florianópolis
conselheiros@sead.ufsc.br
0800 6482007

Recursos do livro

Este livro foi organizado para facilitar sua leitura e seu estudo durante o Curso. Para isso, ele contém alguns recursos visuais no decorrer de suas páginas. Observe-os.

The diagram shows a page layout with several annotated features:

- Unidade 4**: Located in the top right corner of the page.
- Links**: A URL (http://www.ssp.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=4682) and an email icon (@) are located in the right margin, with a note indicating the link was accessed on 02 de março de 2007.
- Quadro-destaque**: A highlighted text box in the center of the page containing information about art courses and psychological support.
- Glossário**: A definition of **hipertermia maligna** (malignant hyperthermia) is provided in the right margin, explaining it as a condition where drug use leads to excessive body temperature and symptoms like increased thirst.
- Negrito**: The word **hipertermia maligna** is bolded in the main text, and **hiperatividade** is bolded in the glossary definition.
- Resumo**: A summary section at the bottom of the page, starting with "Você está encerrando a Unidade 4 deste Curso..." and ending with "Na Unidade 5, você estudará a história do álcool especificamente na sociedade brasileira..."
- Número da página**: The page number **71** is located in the bottom right corner.



Drogas: classificação e efeitos no organismo

* Sérgio Nicastri



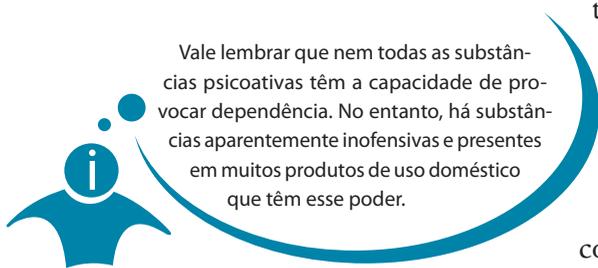
Ao fim desta Unidade, você será capaz de diferenciar os tipos de drogas psicotrópicas e também seus efeitos:

- depressoras
- estimulantes
- perturbadoras

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

O que é droga?

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



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

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

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

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

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

Classificação das drogas

Há diversas formas de classificar as drogas.

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

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

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

Com base nessa classificação, conheça agora as principais drogas.

Drogas depressoras da atividade mental

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

♦ Álcool

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

Suas propriedades euforizantes e intoxicantes são conhecidas desde tempos pré-históricos e praticamente todas as culturas têm ou tiveram

alguma experiência com sua utilização. É seguramente a droga psicotrópica de uso e abuso mais amplamente disseminada em grande número e diversidade de países na atualidade.

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

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

Níveis de Álcool no Sangue

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

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

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

Ausência de coordenação

O álcool induz **tolerância** (necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para se 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

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

Seu uso inicial foi dirigido ao tratamento da insônia, porém 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 todas as drogas indutoras de sono, é muito diferente do sono “natural” (fisiológico).

São efeitos de sua principal ação farmacológica:

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

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

Doses tóxicas dos barbitúricos podem provocar:

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

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

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

◆ Benzodiazepínicos

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

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

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

Como consequência dessa ação, os benzodiazepínicos produzem:

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

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

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

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

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

◆ Opióides

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

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

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

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

Causam os seguintes efeitos:

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

Capacidade de mover-se espontaneamente.

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

São efeitos da abstinência:

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

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

◆ Solventes ou inalantes

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

Solventes podem tanto ser inalados involuntariamente por trabalhadores quanto ser utilizados como drogas de abuso, por exemplo, a cola de sapateiro. Outros exemplos são o tolueno, o xilol, o n-hexano, o acetato de etila, o tricloroetileno, além dos já citados éter e clorofórmio, cuja mistura é chamada freqüentemente 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 conseqüências às vezes desastrosas. Acompanhe na tabela os efeitos observados com o uso de solventes.

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

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

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

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

Drogas estimulantes da atividade mental

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

♦ Anfetaminas

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

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

Os efeitos do uso de anfetaminas são:

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

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

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

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

♦ Cocaína

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

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

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

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

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

Efeitos do uso da cocaína:

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

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

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

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

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

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

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

Drogas perturbadoras da atividade mental

Nesse grupo de drogas, classificam-se diversas substâncias cujo efeito principal é provocar alterações no funcionamento cerebral, que resultam em vários fenômenos psíquicos anormais, entre os quais destacamos os delírios e as alucinações. Por esse motivo, essas drogas receberam a denominação *alucinógenos*.

Em linhas gerais, podemos definir **alucinação** como uma percepção sem objeto, ou seja, a pessoa vê, ouve ou sente algo que realmente não existe. **Delírio**, por sua vez, pode ser definido como um falso juízo da realidade, ou seja, o indivíduo passa a atribuir significados anormais aos eventos que ocorrem à sua volta. Há uma realidade, um fator qualquer, mas a pessoa delirante não é capaz de fazer avaliações corretas a seu respeito. Por exemplo, no caso do delírio persecutório, nota em toda parte indícios claros – embora irrealis – de uma perseguição contra a sua pessoa.

Esse tipo de fenômeno ocorre de modo espontâneo em certas doenças mentais denominadas psicoses, razão pela qual essas drogas também são chamadas *psicotomiméticos*.

♦ Maconha

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

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

Efeitos psíquicos agudos

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

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

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

Efeitos psíquicos crônicos

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

Efeitos físicos agudos

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

Efeitos físicos crônicos

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

◆ Alucinógenos

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

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

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

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

◆ Dietilamida do Ácido Lisérgico - LSD

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

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

Efeitos do uso de LSD:

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

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

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

Outros efeitos tóxicos

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

Uma variante desse efeito é o *flashback*, quando, após semanas ou meses depois de uma experiência com LSD, o indivíduo volta a apresentar, repentinamente, todos os efeitos psíquicos da experiência anterior, sem ter voltado a consumir a droga novamente, com conseqüências imprevisíveis, uma vez que tais efeitos não estavam sendo procurados ou esperados e podem surgir em ocasiões bastante impróprias.

Efeitos no resto do organismo:

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

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

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

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

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

Aumento excessivo da temperatura corporal.

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 também provocam alterações de funcionamento em diversos sistemas biológicos, portanto, são drogas pouco específicas.

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

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

Efeitos somáticos:

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

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

Congestão sangüínea em qualquer parte do corpo.

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

▪ Outras drogas

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

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

◆ Tabaco

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

Efeitos:

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

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

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.

Gravidez extra-uterina, fora do útero.

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

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

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

♦ Cafeína

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

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

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



♦ Esteróides anabolizantes

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

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

Efeitos adversos:

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

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

Resumo

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

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

Referências

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

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

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

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

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

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

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

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



Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas



* Cláudio Elias Duarte
Rogério Shigueo Morihisa



Ao fim desta Unidade, você terá entendido que as substâncias psicoativas, com suas características e conseqüências, constituem-se em problema de saúde pública. Para um melhor aproveitamento do seu estudo, preste atenção nas temáticas que seguem:

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

Do ultrapassado conceito moral aos sistemas classificatórios atuais

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

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

No entanto, o conceito, a percepção humana e o julgamento moral sobre o consumo de drogas evoluiu constantemente e muito se baseou na relação humana com o álcool, por ser ele a droga de uso mais difundido e antigo. Os aspectos relacionados à saúde só foram mais estudados e discutidos nos últimos dois séculos, predominando, antes disso, visões preconceituosas sobre os usuários, vistos muitas vezes como “possuídos por forças do mal”, portadores de graves falhas de caráter ou totalmente desprovidos de “força de vontade” para não sucumbirem ao “vício”.

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

Na década de 60 do século passado, o programa da saúde mental da Organização Mundial de Saúde tornou-se ativamente empenhado em **melhorar o diagnóstico e a classificação de transtornos mentais**, além de prover definições claras de termos relacionados. Naquela época, a OMS convocou uma série de encontros para rever o conhecimento a respeito do assunto, envolvendo representantes de diferentes disciplinas, de várias escolas de pensamento em psiquiatria e de todas as partes do mundo, com o programa.

Esses encontros trouxeram os seguintes benefícios: estimularam e conduziram pesquisas sobre critérios para a classificação e a confiabilidade de diagnósticos, produziram e estabeleceram procedimentos para avaliação conjunta de entrevistas gravadas em vídeo e outros métodos úteis em pesquisa sobre diagnóstico. Numerosas propostas para melhorar a classificação de transtornos mentais resultaram desse extenso processo de consulta, as quais foram usadas no rascunho da 8ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID - 8).

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

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

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

Esse conceito de dependência transcende o modelo moral, que considerava beber excessivamente falha de caráter e até mesmo o modelo de doença “alcoolicismo”, diagnóstico categorial, em que só se pode variar entre ser ou não portador da doença, sem permitir graduações de gravidade dos quadros; modelo 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

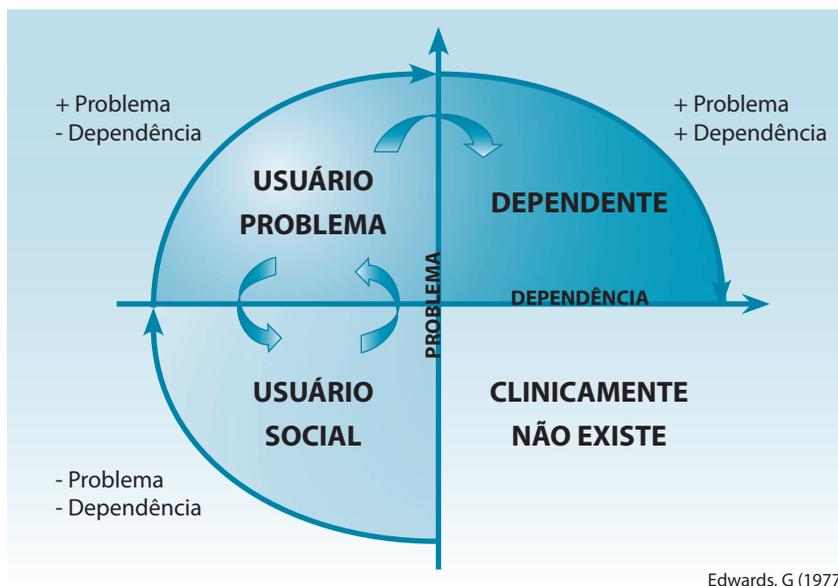
Conforme conceituaram os cientistas Edwards e Gross, os principais sinais e sintomas de uma Síndrome de Dependência do Álcool são os seguintes:

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

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

Observe a figura:

Figura 2.1 - **Padrões de consumo**



Essa figura representa os padrões de consumo do álcool, segundo Edwards (1977), no qual o eixo horizontal representa o grau de dependência e o eixo vertical o grau de problemas existente 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 devido ao uso de álcool (uso problemático ou abuso). Já no quadrante superior direito, encontramos o indivíduo que apresenta um quadro de Síndrome de Dependência do Álcool. O quadrante inferior direito não existe clinicamente, uma vez que o quadro de dependência está sempre associado a algum tipo de problema na vida do indivíduo. É interessante notar que, apesar do quadro ter sido primariamente desenvolvido para explicar os padrões de consumo do álcool, ele pode ser adaptado para diversas outras drogas com potencial de causar dependência.

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

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

Padrões de consumo de drogas

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

Uso de drogas

É a auto-administração de qualquer quantidade de substância psicoativa.

Abuso de drogas

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

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

Para uma melhor comparação, veja a seguinte tabela.

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

DSM-IV	CID-10
ABUSO	USO NOCIVO
Um ou mais dos seguintes critérios ocorrendo no período de 12 meses, sem nunca preencher critérios para dependência. 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 isto 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.	a. Evidência clara de que o uso foi responsável (ou contribuiu consideravelmente) por dano físico ou psicológico, incluindo capacidade de julgamento comprometida ou disfunção de comportamento. b. A natureza do dano é claramente identificável. c. O padrão de uso tem persistido por pelo menos um mês ou tem ocorrido repetidamente dentro de um período de 12 meses. d. Não satisfaz critérios para qualquer outro transtorno relacionado à mesma substância no mesmo período (exceto intoxicação aguda).

Dependência

Na tabela seguinte, encontra-se uma comparação entre os critérios de dependência referidos nas classificações do Manual Diagnóstico e Estatís-

tico de Transtornos Mentais e da Classificação Internacional de Doenças. Esses dois sistemas de classificação facilitam identificar o dependente de substância psicoativa, portanto, observe com atenção.

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

DSM-IV	CID-10
<p>Padrão mal-adaptativo de uso, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos, manifestados por três 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) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores para adquirir a intoxicação ou efeito desejado; (b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade. 2. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: <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 freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido. 4. Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso. 5. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção e utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos. 6. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso. 7. O uso continua, apesar da consciência de 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, um mês ou, se persistirem por períodos menores que um 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 freqüente 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 destes efeitos com o uso continuado da mesma quantidade. 5. Preocupação com o uso, manifestado pela redução ou abandono das atividades prazerosas ou de interesse significativo por causa do uso ou do tempo gasto em obtenção, consumo e recuperação dos efeitos. 6. Uso persistente, a despeito de evidências claras de conseqüências nocivas, evidenciadas pelo uso continuado quando o sujeito está efetivamente consciente (ou espera-se que esteja) da natureza e extensão dos efeitos nocivos.

Resumo

Você está encerrando a Unidade 2 deste Curso. Nesta etapa, você estudou que os transtornos por uso de substâncias psicoativas, com todas as suas características e conseqüências 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.

Na próxima Unidade, você estudará dados sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil. Até lá!

Referências

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

BABOR TF. “Social, scientific, and medical issues in the definition of alcohol and drug dependence”. In: EDWARDS, G. & LADER, M. (eds.). **The Nature of Drug Dependence**. Oxford: Oxford University Press, 1990.

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

EDWARD, G. & GROSS, M. **Alcohol dependence**: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal* 1, 1976, p. 1058-1061.

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**. 200p. Tese de Doutorado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – Área de Psiquiatria. São Paulo, 1999.

LOWINSON, J.H. & COL. **Substance Abuse**: A Comprehensive Textbook. 2. ed. Baltimore: Willian & Wilckins, 1997.

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

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



O uso de drogas psicotrópicas no Brasil



* Beatriz Carlini



Ao fim dessa Unidade, você terá informações sobre o padrão do consumo das principais drogas no Brasil. São essas informações que permitem o desenvolvimento de programas e políticas de ação mais eficazes. Para isso, você estudará dados divididos em:

- álcool
- tabaco
- outras drogas

Contextualizando a importância dos dados

Agora que você já conheceu as principais drogas e seus efeitos no organismo, vamos conhecer sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil.

Dentre os diversos tipos de informação sobre a problemática do uso de drogas, os **dados epidemiológicos** são muito importantes. Programas, políticas e ações de prevenção e tratamento, quando desenvolvidos a partir de conhecimento mais profundo dos tipos de drogas utilizadas, suas conseqüências e a quantidade de indivíduos que as utilizam (prevalência) ou começam a utilizá-las (incidência), têm maior chance de alcançar seus objetivos, pois se baseiam em informações mais apuradas acerca da realidade que pretendem modificar.

Dados epidemiológicos: são levantamentos realizados para conhecer a distribuição dos eventos e agravos da população.

Conheça, nas páginas a seguir, o retrato do consumo de drogas no Brasil.

Álcool

O álcool é, possivelmente, a única substância de abuso que a maioria dos adultos do mundo ocidental já experimentou e uma proporção considerável usa, periodicamente, durante a maior parte de sua vida. Assim, dados de comparações entre taxas de uso de álcool na vida em diferentes grupos etários, sexo e regiões ou países não são esclarecedores.

Para estudar o consumo de álcool, é indicado o uso de medidas que se baseiem em quantidade e frequência de álcool ingerido, que possam situar sociedades, indivíduos ou grupos sociais num *continuum* de padrões de uso.

Uma dessas medidas é o **consumo per capita de álcool puro**, com base em dados fornecidos pelas indústrias produtoras de bebidas e calculada internacionalmente de forma padrão.

Perceba que esse cálculo não incorpora dados clandestinos de produção e venda, como pinga de alambiques domésticos e uísques “escoceses” de procedência desconhecida, mas é útil na comparação de tendências.

Você sabia?

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) completou um estudo chamado *Global Status Report on Alcohol*, o qual apresentou o uso

Você sabia que o uso de bebida alcoólica ocorre há, pelo menos, oito mil anos? Sempre se teve conhecimento de seus possíveis malefícios e, periodicamente, o álcool sofria restrições de uso, como no início do cristianismo. No entanto, somente em 1966 a Associação Médica Americana (AMA) passou a considerar o alcoolismo doença e, em 1988, incluiu as dependências de outras drogas como condições médicas possíveis de tratamento.

Consumo per capita: produção interna - exportação + importação, dividido pela população de 15 anos ou mais.

Álcool puro: consideram-se cervejas com 4% de álcool puro, vinhos 12% e destilados 45%.

per capita de álcool de 185 países. O Brasil ficou situado em 80^o lugar e, quando comparado com alguns países selecionados, apresentou consumo razoavelmente discreto (ver Tabela 1).

Tabela 1 - **Ranking internacional de consumo de álcool puro em litros *per capita* entre a população com 15 anos ou mais, em países selecionados, 2004**

Países	Posição	Total
França	6 ^o	13,54
Reino Unido	22 ^o	10,39
Argentina	40 ^o	8,55
EUA	41 ^a	8,51
Canadá	43 ^o	8,26
Chile	71 ^o	6,02
Brasil	80 ^o	5,32

Fonte: WHO. Global Status Report on Alcohol, 2004

Essa situação relativamente confortável de nosso País muda bastante quando a OMS compara a evolução do consumo *per capita* de álcool entre as décadas de 1970 e 90, em 137 países. Então, os dados brasileiros indicam crescimento de 70,44% no consumo de álcool, situando o País entre os 25 que mais aumentaram o consumo de bebidas alcoólicas durante esse período.

O consumo de álcool no Brasil não é particularmente alto, mas vem aumentando rápida e intensamente.

A Tabela 2 ilustra essa tendência, comparando o Brasil com alguns países selecionados.

Tabela 2 - **Tendências de consumo *per capita* de álcool puro (em litros) por adultos com 15 anos ou mais, entre 1970-2001, em países selecionados**

Países	1970 - 1972	1994 - 1996	1997 - 2001	% mudança
Brasil	3,18	5,55	5,42	+70,44
Reino Unido	7,35	9,25	10,20	+38,77
EUA	9,92	8,98	9,42	-15,12
Canadá	9,16	7,62	8,14	-11,13
França	21,37	14,0	13,77	-35,56
Chile	13,01	7,46	5,51	-57,64
Argentina	17,52	9,73	9,07	-48,23

Fonte: WHO. Global Status Report on Alcohol, 2004

O cálculo de consumo *per capita* é um indicador melhor do que simplesmente pesquisar quem já teve contato com bebida alcoólica, mas ele não é suficiente para caracterizar a situação. Afinal, como afastar a hipó-

tese de que o crescimento do consumo de álcool foi apenas expressão de que o poder aquisitivo do brasileiro aumentou e, finalmente, todos podem tomar cerveja no fim da tarde ou combinar churrasco com caipirinha, sem que isso acarrete problemas maiores?

Para refutar ou aceitar esse argumento, são necessários mais dados. Os dados disponíveis até então sugerem que, infelizmente, a tão propalada tese de que “brasileiro sabe beber” não se sustenta.

O consumo de álcool em nosso País parece desempenhar papel importante em uma série de problemas sociais, pessoais e de saúde, que vem nos afligindo, especialmente nas últimas duas décadas.

Situação do consumo de álcool no Brasil

Em 2001, foi realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), da Universidade Federal de São Paulo, o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. Este estudo inaugurou uma série histórica de pesquisas nacionais sobre o tema, garantindo ao Brasil informações atualizadas e padronizadas internacionalmente sobre as prevalências do uso de álcool e outras drogas pela população e suas tendências.

O I Levantamento foi realizado nas 107 maiores cidades do País, com pessoas com idade entre 12 e 65 anos, de ambos os sexos. Apontou que 68,7% delas já haviam feito uso de álcool alguma vez na vida. Além disso, estimou-se que **11,2% da população brasileira apresentava dependência desta substância**, o que correspondia a 5.283.000 pessoas.

Os dados do II Levantamento (2005) apontam que **12,3% das pessoas, com idades entre 12 e 65 anos, são dependentes do álcool**, taxa superior à encontrada no I Levantamento (2001), que corresponde a 5.799.905 pessoas. Além disso, cerca de 75% dos entrevistados já beberam alguma vez na vida, 50% no último ano e 38% nos últimos 30 dias. Os dados também **indicam o consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces** e sugerem a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento.

Outro importante levantamento realizado em 2006 pela SENAD em parceria com Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), da Universidade Federal de São Paulo, investigou os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira. O estudo foi realizado em 143 municípios do

País e detectou que **52% dos brasileiros acima de 18 anos fazem uso de bebida alcoólica**, pelo menos, uma vez ao ano. Do conjunto dos homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28% de 1 a 4 vezes por semana.

O V Levantamento Nacional com estudantes do ensino fundamental e médio, realizado em 2004 nas 27 capitais brasileiras, indicou que o **primeiro uso de álcool se deu por volta dos 12 anos de idade** e, predominantemente, no ambiente familiar. No entanto, as intoxicações alcoólicas, ou mesmo o uso regular de álcool, raramente ocorriam antes da adolescência. Segundo este levantamento, 65,2% dos jovens já haviam feito uso de álcool alguma vez na vida, 63,3% haviam feito algum uso no último ano e 44,3% haviam consumido o álcool alguma vez nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa.

Outros dados preocupantes referiram-se à frequência do uso desta substância: 11,7% faziam uso freqüente (seis ou mais vezes no mês) e 6,7% faziam uso pesado (vinte ou mais vezes no mês).

Com relação ao uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua, foi realizado, em 2004, um importante levantamento em todas as capitais do Brasil, incluindo jovens de 10 a 18 anos de idade, tendo sido observada uma **taxa de uso de álcool na vida de 76% dos entrevistados**.

Conseqüências adversas do uso de álcool na população brasileira

Uma análise dos exames toxicológicos realizados no Instituto Médico Legal de São Paulo, durante 1994, apontou que 52% das vítimas de homicídio, 64% das vítimas de afogamentos fatais e 51% das vítimas fatais de acidentes de trânsito apresentaram álcool na corrente sanguínea em níveis mais elevados do que o permitido por lei (a taxa máxima de álcool no sangue prevista pelo Código Brasileiro de Trânsito era de 0,6 gramas por litro).

Em Curitiba, encontraram-se evidências de que 58,9% dos autores dos crimes e 53,6% das vítimas de 130 processos de homicídio, ocorridos entre 1990 e 1995 e julgados nos Tribunais do Júri da cidade, estavam sob efeito de bebida alcoólica no momento da ocorrência.

Você sabia que, em 19 de junho de 2008, foi sancionada a Lei nº 11.705, que estabelece alcoolemia 0 (zero) e impõe penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência do álcool.



Em Recife, durante o Carnaval de 1997, 88,2% das vítimas fatais e 80,7% das vítimas não-fatais de acidentes de trânsito apresentaram exame positivo para intoxicação alcoólica.

Estudos feitos em prontos-socorros de Brasília, Curitiba, Recife, Salvador, São Paulo e Campinas, por diferentes autores e instituições, também constataram presença de álcool no sangue de vítimas de acidentes em porcentagens que variaram de 29 a 61%.

Em relação a distúrbios mentais propriamente ditos, o diagnóstico de síndrome de dependência do álcool vem tendo destaque absoluto na proporção de internações psiquiátricas por drogas no Brasil, variando entre 90 e 95% do total, desde os anos 1980.

Estudos do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) indicam que a proporção de estudantes de ensino fundamental e médio que já experimentaram bebidas não vem se alterando significativamente nos últimos anos (está em torno de 60 a 80%).

O que vem aumentando, no entanto, é o uso pesado de álcool entre essas crianças e jovens, em comparação com os índices de 1987 a 1997.

Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas em quantidades potencialmente prejudiciais, o levantamento dos Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira indicou que 40% dos homens e 18% das mulheres consumiram cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas numa única ocasião, pelo menos, uma vez no último ano. Este padrão, definido como “uso pesado episódico do álcool”, apresenta associação positiva com problemas de saúde física e mental, bem como com acidentes e violência.

Pesquisa conduzida em São Paulo, em 1998, com alunos de idades entre 12 e 18 anos, mostrou que 10% dos estudantes da rede estadual de ensino e 25% de estudantes de uma amostra de escolas particulares relataram ter tomado cinco ou mais doses de bebida alcóolica no período de duas horas em, pelo menos, uma ocasião nos últimos 30 dias. Esses bebedores, quando comparados com estudantes que não bebiam ou que bebiam moderadamente, apresentaram maiores chances de se envolver em brigas, portar armas e consumir outras drogas, como maconha, inalantes ou cigarros.

Finalmente, estudo realizado com moradores de dois bairros de classe média da cidade de São Paulo, entre os anos de 1994 e 1995, com o objetivo de estimar a prevalência de “uso pesado episódico de álcool”, indicou que 15,4% dos homens e 7,2% das mulheres apresentaram o referido com-

portamento no último ano. Entre esses indivíduos, a maioria reportou este padrão de consumo de bebidas alcoólicas, pelo menos, uma vez por semana nos últimos 12 meses (84,4% dos homens e 73% das mulheres).

A pesquisa indicou, também, associação positiva entre este padrão de consumo de álcool e a dependência desta substância entre mulheres. Das mulheres com “uso pesado episódico de álcool”, nos últimos 12 meses, 19,4% cumpriam critérios para alcoolismo.

Tabaco

Poucas drogas são mais poderosas do que os cigarros em termos de capacidade de gerar dependência. Pouquíssimos fumantes conseguem fumar somente nos fins de semana ou apenas quando estão em férias. Na grande maioria dos casos, ser fumante requer dedicação diária e várias vezes por dia, para evitar nervosismo, desconforto, irritação e ansiedade.

Se, por um lado, essa situação torna a vida dos fumantes difícil, por outro, torna a vida dos pesquisadores mais simples, pois a evolução do tabagismo em um país pode ser razoavelmente avaliada pelo consumo de cigarros *per capita*.

A melhor fonte de indicadores internacionais para o consumo *per capita* é o recentemente implantado sistema NATIONS (*National Tobacco Information Online System*), iniciativa pioneira da Organização Mundial da Saúde, da *American Cancer Society*, do Banco Mundial e do *Center for Disease Control and Prevention*. O sistema é sofisticado e rápido, permite compor tabelas, comparar países, conhecer tendências.

A Tabela 3 descreve o consumo *per capita* de países selecionados e do Brasil, de 1970 a 1998, usando o NATIONS.

Tabela 3 - Consumo de unidades de cigarro *per capita*, em países selecionados*

País \ Ano	Brasil	França	Reino Unido	EUA	México	Argentina
1970	1.266	1.850	3.057	3.681	1.501	1.788
1975	1.555	2.194	3.114	3.652	1.479	2.062
1980	2.009	2.093	2.727	3.544	1.470	1.976
1985	1.687	2.213	2.119	3.209	1.243	1.869
1990	1.674	2.118	2.109	2.762	1.068	1.462
1995	1.015	1.892	1.933	2.464	856	1.576
1998	714	1.764	1.748	2.255	784	1.527
% de decréscimo	43,5%	4,6%	42,8%	38,7%	47,8%	14,6%

* Cálculo feito considerando-se a produção industrial de cigarros (- exportação, + importação) dividida pela população de 15 anos de idade ou mais.

Como pode ser visto, o decréscimo do uso de cigarros é tendência internacional, observável nos últimos 20 anos. O Brasil partiu de um patamar não muito alto de uso e conseguiu diminuir em 43,6% seu consumo *per capita*. O País apresenta tendência de decréscimo do consumo de tabaco *per capita*, quando se comparam as décadas de 1970 e 1990.

Vale notar que os cigarros ou tabaco puro não comercializados legalmente não estão computados nessa tabela, o que pode ser particularmente relevante no Brasil, que é o quarto maior produtor de fumo do mundo. No entanto, como somos também um dos maiores exportadores mundiais de fumo, é possível que os dados acima estejam próximos da realidade.

De todo modo, várias fontes atuais sugerem que cerca de um terço (33%) da população brasileira adulta fuma. Esse dado é adotado como oficial pelo Ministério da Saúde. Nos Estados Unidos, o índice é de 25%, enquanto, no México, é de 32%. Ou seja, são proporções significativas de pessoas expostas a uma das substâncias de enorme risco à saúde, responsável por grande proporção de mortes por câncer, doenças cardiovasculares e outras mazelas crônico-degenerativas na população adulta.

Mesmo que se mantenha certo otimismo diante dos declínios observados, há suficientes motivos para preocupação. No Brasil, o preço do cigarro é relativamente baixo e há falta de restrição na comercialização. Esses fatos tornam nossa população jovem alvo promissor para as indústrias de tabaco.

Segundo o Ministério da Saúde, 90% dos fumantes no Brasil ficaram dependentes da nicotina antes dos 19 anos de idade. Assim, se as indústrias de tabaco conseguirem convencer um jovem a fumar, as chances de esse jovem se tornar um freguês assíduo de seus produtos, na vida adulta, são altas.

Pesquisas de âmbito nacional realizadas pelo CEBRID constataram aumento de experimentação de cigarros entre estudantes do ensino fundamental e médio, particularmente no sexo feminino, em sete das 10 capitais que integraram o estudo, entre os anos de 1987 e 1997.

Já o último levantamento realizado com essa mesma população, em 2004, mostra que a tendência se inverte. A comparação entre os cinco levantamentos realizados até o momento (1987, 1989, 1994, 1997 e 2004) mostra diminuição de consumo em Belém, Brasília, Belo Horizonte e Salvador, estabilização em Curitiba, Porto Alegre e São Paulo, e aumento em Fortaleza, Recife e Rio de Janeiro. O maior índice de uso de tabaco na vida foi encontrado em Porto Alegre, onde 37,7% das estudantes do sexo

feminino, pesquisadas em 2004, admitiram ter fumado cigarros, sendo isso verdade para 29,1% dos estudantes do sexo masculino. Curitiba, em segundo lugar, apresentou taxas de 27,5% e 23,3% para os estudantes do sexo feminino e masculino, respectivamente.

O Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis, realizado entre os anos de 2002 e 2004 pelo Ministério da Saúde, indicou que a prevalência de uso regular de cigarros apresenta grande variação dependendo da região geográfica investigada. Desse modo, foram encontradas as maiores prevalências em Porto Alegre (25,2%) e as menores em Aracajú (12,9%).

O estudo mostra, ainda, que das oito cidades com maiores prevalências, sete situam-se nas regiões sul e sudeste do Brasil. A tendência geral encontrada foi de que as cidades menos populosas e menos industrializadas apresentaram menores prevalências. Quanto à faixa etária, o grupo de pessoas com mais de 25 anos de idade apresentou prevalências superiores às encontradas entre os indivíduos na faixa de 15 a 24 anos. O tabagismo foi mais freqüente, também, entre pessoas com ensino fundamental incompleto do que entre pessoas de maior escolaridade.

Outras drogas

Freqüentemente, deparamo-nos com alguém que tem medo de viajar de avião, que só de pensar nisso tem palpitações. Não raramente, essa mesma pessoa dirige nas estradas brasileiras em fins de semana e feriados ou guia de volta para casa depois das 23 horas, nas ruas de São Paulo, Brasília ou Rio de Janeiro, e não é por falta de ciência de que as chances de se acidentar ou morrer num acidente de trânsito no chão são, infinitamente, maiores do que no ar. Por algum motivo, contudo, essa informação parece ter pouco efeito nos sentimentos, e o medo de avião se perpetua.

Com as drogas ilegais, parece acontecer processo semelhante. Mesmo que a maioria das pessoas tenha pelo menos um parente com sérios problemas com álcool e conheça várias pessoas que se acidentaram ou se envolveram em confusão por estarem embriagadas, continuamos muito mais apavorados com o “crack” e com o “êxtase”.

Do ponto de vista epidemiológico, no entanto, os dados disponíveis são unânimes em mostrar impacto menor do consumo de drogas ilegais e de produtos legais usados para fins de abuso do que do uso de álcool e cigarro. Sugerem, também, que o uso de substâncias

ilícitas em nosso meio é pequeno, quando comparado com o de vários países industrializados ou, no máximo, dentro da média internacional.

A comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005 mostra que o consumo de substâncias psicoativas no Brasil tem aumentado em índices relativamente baixos. De todas as substâncias que apresentaram aumento, somente entre os estimulantes observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os dois levantamentos.

Tabela 4 - **Comparação das prevalências do uso na vida de diferentes drogas psicotrópicas (exceto álcool e tabaco), entre os levantamentos domiciliares realizados em 2001 e 2005.**

DROGAS	2001 (%)	2005 (%)
QUALQUER DROGA	19,4	22,8
MACONHA	6,9	8,8
SOLVENTES	5,8	6,1
COCAÍNA	2,3	2,9
ESTIMULANTES	1,5	3,2
BENZODIAZEPÍNICOS	3,3	5,6
OREXÍGENOS	4,3	4,1
XAROPES (codeína)	2,0	1,9
ALUCINÓGENOS	0,6	1,1
ESTERÓIDES	0,3	0,9
CRACK	0,4	0,8
BARBITÚRICOS	0,5	0,7
ANTICOLINÉRGICOS	1,1	0,5
OPIÁCEOS	1,4	1,3
MERLA	0,2	0,2
HEROÍNA	0,1	0,09

FONTE: CEBRID/SENAD – I e II Levantamentos Domiciliares sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2001 e 2005

Quanto ao uso freqüente de drogas ilícitas entre estudantes (definido como uso em 6 a 20 ocasiões nos últimos 30 dias), a comparação entre os cinco levantamentos mostrou estabilidade de prevalência em nove das 10 capitais investigadas. Somente a cidade de Salvador apresentou tendência de diminuição de consumo dessas substâncias (Galduróz et al., 2005).

Na tabela a seguir, podem ser vistas as prevalências de uso na vida das principais substâncias consumidas pelos estudantes brasileiros nos diversos levantamentos realizados com essa população até o momento.

Tabela 5 - **Análise de tendência do consumo (uso na vida) de vários psicotrópicos entre estudantes da 5ª série do ensino fundamental ao último ano do ciclo médio, em dez capitais brasileiras, em diferentes anos**

Droga	Ano				
	1987	1989	1993	1997	2004
Solventes	14,7%	17,3%	15,4%	13,4%	15,5%
Ansiolíticos	5,9%	7,2%	5,3%	5,8%	4,1%
Anfetamínicos	2,8%	3,9%	3,1%	4,4%	3,7%
Maconha	2,8%	3,4%	4,5%	7,6%	5,9%
Cocaína	0,5%	0,7%	1,2%	2,0%	2,0%
Anticoluínérgicos	0,5%	1,0%	1,4%	1,3%	1,2%
Barbitúricos	1,6%	2,1%	1,3%	1,2%	0,8%
Xaropes	1,3%	1,5%	1,3%	1,0%	0,4%

* Aumento estatisticamente significante pelo teste de Qui-Quadrado, $p < 0,05$

Fonte CEBRID. V Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, 2005.

O V Levantamento confirma os dados encontrados nos estudos realizados anteriormente pelo CEBRID com estudantes: álcool e tabaco destacam-se, a maconha é a droga ilícita mais consumida e o uso de drogas ilegais no Brasil é relativamente discreto, quando comparado ao de outros países.

Se você estiver interessado em saber mais sobre o levantamento de dados sobre o consumo de drogas no Brasil ou em outros países, não deixe de acessar o site: www.obid.senad.gov.br



Resumo

Você está encerrando a Unidade 3 deste Curso. Nesta etapa, você estudou que o uso de drogas psicotrópicas numa sociedade é fenômeno dinâmico, multifacetado e de difícil apreensão.

Neste texto, foi oferecida uma visão geral dos desafios de produzir conhecimento nessa área, assim como de dados recentes da literatura brasileira e internacional sobre o tema.

Esse quadro de consumo não é somente de interesse acadêmico, de alguns poucos estudiosos. Ele deve ser levado em conta no desenvolvimento de programas preventivos, na regulamentação de uso e venda de substâncias e nas políticas de tratamento, no sentido de que recursos humanos e financeiros, em geral escassos nessa área, sejam alocados onde são mais necessários.

Na próxima Unidade, você conhecerá os aspectos socioculturais relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Até lá!

Referências

CARLINI-COTRIM, B. & CHASIN, A.A.M. “Blood alcohol content (BAC) and deaths from external causes: a study in the metropolitan area of São Paulo, Brazil”. **Journal of Psychoactive Drugs** 32(3), 2000. p.269-275.

CARLINI-COTRIM, B.; GAZAL-CARVALHO, C. & GOUVEIA, N. “Comportamentos de saúde entre jovens estudantes das redes pública e privada da área metropolitana do Estado de São Paulo”. **Revista de Saúde Pública** 34(6), 2000, p.636-645.

CARLINI-MARLATT, B. “A população é jovem e o país é quente: estimativas de consumo de álcool e tabaco no Brasil pelos dados das indústrias produtoras”. **Jornal Brasileiro de Dependências Químicas** 2(1), 2001, p.3-8.

DUARTE, P.C.A.V. & CARLINI-COTRIM, B. “Álcool e violência: estudo dos processos de homicídio julgados nos Tribunais de Júri de Curitiba-PR, entre 1995 e 1998”. **Jornal Brasileiro de Dependências Químicas** 1(1), 2000, p.17-25.

GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R.; FONSECA, A.M. & CARLINI, E.A. **V Levantamento nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID, 2005.

GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R. & CARLINI, E.A. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID, 1997.

GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R.; NAPPO, S. & CARLINI, E.A. **I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas**. Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo, 1999. São Paulo: CEBRID, UNIFESP, 2000.

GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R.; NAPPO, S. & CARLINI, E.A. **II Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas**. Parte A: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, 1999. Brasília: SENAD, 2005.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A. & CARLINI, E.A. “Trends in Drug use among Students in Brazil: Analysis of Four Surveys in 1987, 1989, 1993 and 1997”. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research** 37, 2004, p. 523-531.

GAZAL-CARVALHO, C.; CARLINI-COTRIM, B.; SILVA, O.A. & SAUAIA, N. “Prevalência de alcoolemia em vítimas de causas externas admitidas em centro urbano de atenção ao trauma”. **Revista de Saúde Pública** 36(1), 2002, p. 47-54.

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

NERY FILHO, A.; MEDINA, M.G.; MELCOP, A.G. & OLIVEIRA, E.M. **Impacto do uso de álcool e outras drogas em vítimas de acidentes de trânsito**. Brasília: Associação Brasileira dos Departamentos Estaduais de Trânsito (ABDETRAN), 1998.

NOTO, A.R.; NAPPO, S.; GALDURÓZ, J.C.; MATTEI, R. & CARLINI, E.A. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras**. São Paulo: CEBRID, UNIFESP, 1998.

OLIVEIRA, E.M. & MELCOP, A.G. **Álcool e trânsito**. Recife: Instituto RAID, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol**. Geneva: World Health Organization, 1999.



Aspectos socioculturais relacionados ao uso de álcool e outras drogas

Fátima Buchele
Déborah Domiceli de Oliveira Cruz



Ao fim dessa Unidade, você terá subsídios para entender a importância da contextualização sociocultural quando o assunto é uso (abusivo ou não) de drogas. As temáticas abaixo são a base do seu estudo:

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

Uma abordagem histórica na relação homem/drogas

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

A humanidade possui inúmeros registros históricos evidenciando o uso de drogas no cotidiano. Na antigüidade, as drogas já eram utilizadas em cerimônias e rituais para se obter prazer, diversão e experiências místicas (transcendência). Os indígenas utilizavam as bebidas fermentadas – álcool – em rituais sagrados e/ou em festividades sociais. Os egípcios usavam o vinho e a cerveja para o tratamento de uma série de doenças, como meio para amenizar a dor e como abortivo. O ópio era utilizado pelos gregos e árabes para fins medicinais, para alívio da dor e como tranqüilizante. O cogumelo era considerado sagrado por certas tribos de índios do México, que o usavam em rituais religiosos, induzindo alucinações. Os gregos e romanos usavam o álcool em festividades sociais e religiosas. Ainda hoje, o vinho é utilizado em cerimônias católicas e protestantes, bem como no judaísmo, no candomblé e em outras práticas espirituais (Bucher, 1986).

Nesse sentido, a utilização das drogas não representava, em geral, uma ameaça à sociedade, pois seu uso estava relacionado aos rituais, aos costumes e aos próprios valores coletivos e, ainda, não se sabia dos efeitos negativos que elas poderiam causar – não havia estudos científicos. Esses usos foram raramente percebidos como ameaçadores à ordem social constituída, exceto durante o período da caça aos heréticos e às bruxas (Escohotado, 1989).

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

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

O quadro contemporâneo

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

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

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

DROGAS MAIS USADAS – % de uso na vida

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

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

Embora as sociedades apresentem diferenças culturais em relação à utilização e às finalidades do álcool e outras drogas, estas substâncias apresentam algumas funções presentes em todos os lugares: elas oferecem a possibilidade de alterar as percepções, o humor e as sensações (Bucher, 1986).

A cultura moderna e o papel das drogas

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

Dessa forma, segundo Birman (1999) e Conte (2001), as drogas inserem-se no movimento social da nossa cultura. Algumas delas, no entanto, são incorporadas em nossa cultura a ponto de não serem consideradas como drogas. O álcool e o tabaco, por exemplo, são drogas legalmente comercializadas e aceitas pela sociedade. O álcool faz parte tanto das festividades sociais – como o carnaval – quanto da economia. Essa aceitação é determinada, em geral, por valores sociais e culturais.



<http://www.mundojovem.org.br/drogas.php?sec=Drogas> – Acesso em 10/02/2007, e <http://www.indg.com.br/info/glossario/glossario.asp?c> – Acesso em 10/02/2007

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

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



<http://www.indg.com.br/info/glossario/glossario.asp?c> – Acesso em 10/02/2007

O papel da família, culturas e religiões

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

A família e a influência cultural são fatores importantes na determinação do padrão do uso e consumo do álcool e outras drogas. Há várias evidências de que os padrões culturais têm papel significativo no desenvolvimento

do alcoolismo. Sem, entretanto, ignorar as condições preexistentes de personalidade que podem favorecer a dependência de álcool e outras drogas (Buchele, Marques, Carvalho, 2004).

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

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

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

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

Tradições e usos distintos

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

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

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

O seu valor cultural e mitológico é ressaltado, em particular, através do seu uso nos momentos do nascimento e da morte. Ela é aplicada no recém-nascido para a secagem do cordão umbilical, que, em seguida, é enterrado junto com as folhas de coca, representando, assim, um talismã para o resto da vida do indivíduo. Nas cerimônias funerárias, acredita-se numa verdadeira convulsão dos espíritos (da coca), que devem ser apaziguados mediante certos rituais, para assegurar a tranqüilidade no além, da pessoa falecida.

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

A cultura comunitária e possíveis projetos de prevenção

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

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

Domínio comunitário

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

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

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

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

Projeto Bola na Rede – Fundação Cuca/Guarabira – PB

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

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

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

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

Hoje, os jovens do projeto, que antes trabalhavam em um lixão da região, conseguem uma renda individual mensal de até R\$ 160,00. Foram criados quatro pontos de venda dos produtos e a equipe busca a formação de uma cooperativa. Vale destacar que todos os jovens continuam a estudar.

Acesse o endereço eletrônico:
<http://www.prattein.com.br/prattein/>
 e conheça outros projetos sociais.



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

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

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

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

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

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

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

Programa Picasso Não Pichava – Distrito Federal/DF

A Secretaria de Estado de Segurança Pública e Defesa Social do Governo do Distrito Federal, preocupada com os índices de violência envol-

vendo jovens e adolescentes em todo o Distrito Federal, considerando as motivações individuais e coletivas dos jovens em situação de risco ou não e as implicações da adesão desses jovens às gangues, percebeu a necessidade de resgatar e redirecionar o potencial desses jovens para valores humanísticos e éticos, que pudessem lhes oferecer alguma alternativa de inclusão social e desenvolvimento social.

Para você conhecer os projetos desenvolvidos no Distrito Federal, acesse o site: <http://www.ssp.df.gov.br/>



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

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

Projeto Esporte à Meia-Noite – Distrito Federal/DF

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

O Projeto Esporte à Meia-Noite foi concebido com o objetivo de diminuir, de forma preventiva, a criminalidade juvenil, por meio do desenvolvimento de ações esportivas, de qualificação profissional e de lazer, destinadas à expressão de seus valores culturais e voltadas à construção de sua cidadania. O projeto propicia a participação dos pais e responsáveis em suas atividades, promovendo a interação da comunidade com o sistema de segurança pública, de modo a difundir novas atividades esportivas, culturais e educativas para adolescentes, no período noturno, visando a diminuição da criminalidade juvenil.

O Projeto tem como principal instrumento a implantação de atividades esportivas, culturais e educativas, de fácil aceitação entre os adolescentes, como meio de mudança no comportamento desses jovens. Para isso, coloca à disposição dos interessados um local permanente e seguro, de segunda a sex-

ta, para desenvolver atividades esportivas entre 23:00 e 02:00 horas. Estas são monitoradas por bombeiros militares, com formação em Educação Física e Primeiros Socorros. Esta categoria foi escolhida por se tratar de um segmento da segurança pública que conta com maior grau de credibilidade e aceitação por parte da comunidade, por não apresentar uma função repressiva.

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

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

Projeto Resgate da Cidadania

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

Resgate da Cidadania é um projeto experimental que atendeu no primeiro ano (2º semestre de 2006 ao 1º semestre de 2007) 100 crianças e jovens, no Complexo da Maré em Niterói.

A participação é voluntária e direcionada para aqueles que expressam o desejo de ser reinseridos na sociedade, mas que não encontram uma porta aberta para percorrer este caminho.



Mais informações sobre o projeto em:
<http://www.vivario.org.br/resgate>

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

Resumo

Você está encerrando a Unidade 4 deste Curso. Nesta etapa, você estudou a importância de não perder de vista os detalhes socioculturais do uso das drogas. Quando isso acontece, deixa-se de atentar para possibilidades de promoção da saúde, prevenção do uso e tratamento dos efeitos indesejáveis, que são bem mais eficazes que o mero proibicionismo. Ressalta-se então a importância de adotar uma visão multidimensional para esse fenômeno, levando-se em conta os diferentes fatores socioeconômico, cultural, a disponibilidade da droga e a estrutura de vida do indivíduo.

Na Unidade 5, você estudará a história do álcool especificamente na sociedade brasileira, como ele aparece na nossa cultura e se torna objeto de uso e abuso amplamente difundido. Até lá!

Referências

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

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

BUCHER, R. **Prevenção ao uso indevido de drogas**. Vol. 1. Brasília: Programa de Educação Continuada. Universidade de Brasília, 1991.

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

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

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

EDWARD, MacRae. **Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos**. Disponível em: www.neip.info. Acesso em 10/02/2007.

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

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

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

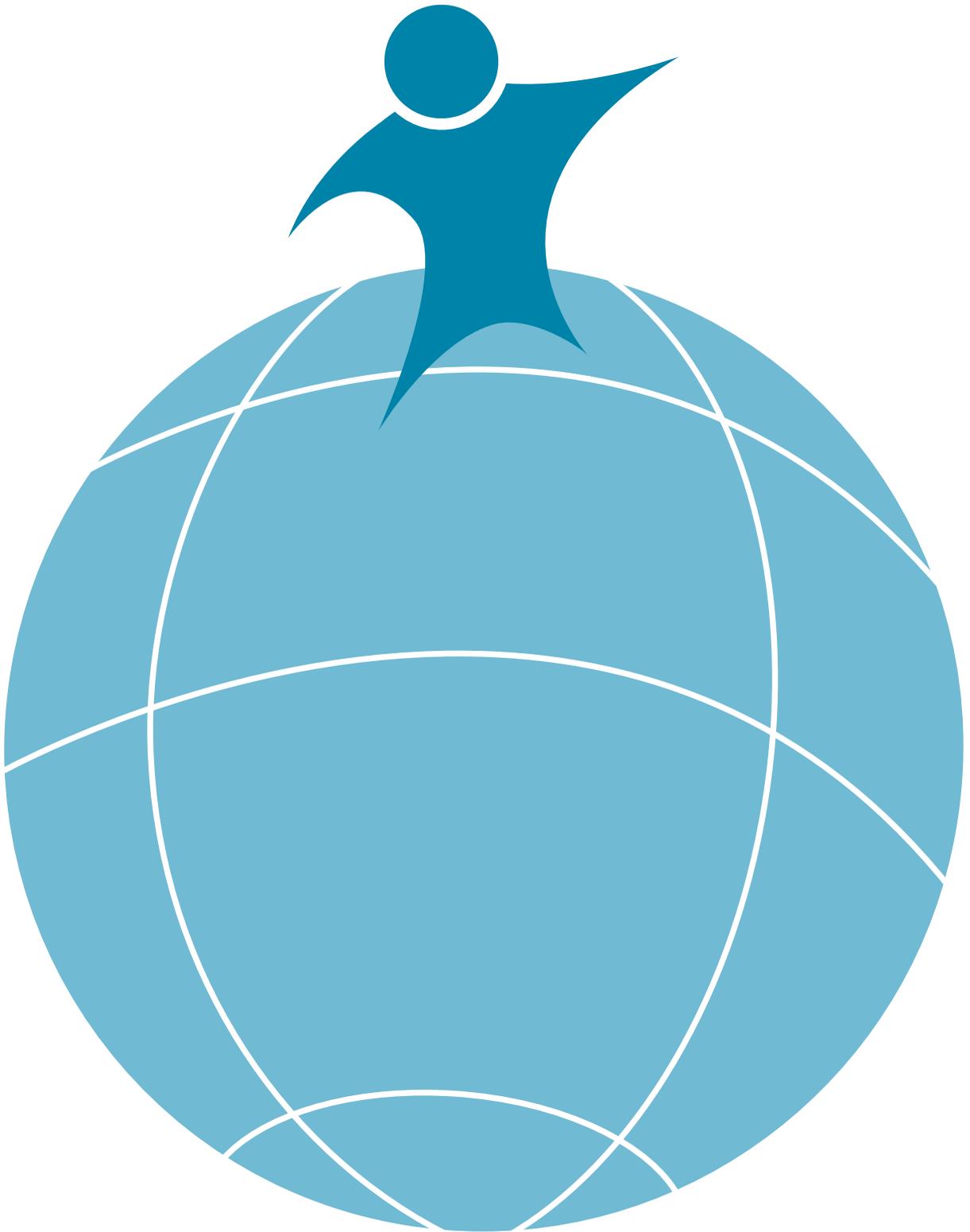
FORMIGONI, M. L. S & M.ONTEIRO, M. “A Etiologia do Alcoolismo.” In: RAMOS, Sérgio de Paula & BERTOLOTE, José Manoel et al. **Alcoolismo Hoje**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p.38.

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

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

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

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



Bebidas alcoólicas na sociedade brasileira



Tarcisio Matos de Andrade
Carlos Geraldo D'Andrea (Gey) Espinheira



Ao fim dessa Unidade, você terá aprofundado conhecimentos sobre o consumo abusivo de bebidas alcoólicas na sociedade brasileira, a história do álcool e as formas como essa substância participa da nossa cultura.

Você verá:

- definição de álcool
- a história e o lugar do álcool em nossa cultura
- diferenças entre alcoólatra e alcoolista
- efeitos do uso de álcool
- padrões de consumo do álcool
- as bebidas alcoólicas na mídia
- políticas públicas sobre álcool
- atitudes e ações específicas de enfrentamento

A definição e a história do álcool

Antes de iniciar o estudo aplicado sobre o álcool, vale a pena reforçar a definição de “bebida alcoólica” segundo a Política Nacional sobre o Álcool.

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

Gay Lussac (oGL = %V) é a quantidade em mililitros de álcool absoluto contida em 100 mililitros de mistura hidro-alcoólica

Quando os portugueses chegaram ao Brasil, no início da colonização, descobriram o costume indígena de produzir e beber uma bebida forte, fermentada a partir da mandioca, denominada “cauim”. O consumo da bebida estava associado a rituais e festas, fazendo parte de uma pauta cultural bem definida.

Os portugueses conheciam o vinho e a cerveja e, logo mais, aprenderiam a fazer a cachaça. A produção não foi difícil, pois para fazer o açúcar a partir da cana-de-açúcar, no processo de fabricação do mosto (caldo em processo de fermentação), acabaram descobrindo um melão que colocavam no cocho para animais e escravos, denominado de “cagaça”. Mais tarde esse melão veio a ser cachaça, destilada em alambique de barro, e, muito mais tarde, de cobre.

A cachaça é conhecida há muito tempo, desde os primeiros momentos em que se começava a fazer do Brasil o Brasil. Para tudo, na alegria e na tristeza, o brasileiro justifica o uso do álcool, usando termos diminutivos, como cachacinha, da branquinha à amarelinha, fazendo desse uso uma situação natural.

O lugar do álcool em nossa cultura

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

O álcool, como bebida fermentada ou destilada, em uma grandíssima variedade de tipos e de marcas, tornou-se um padrão cultural. Isto é, tornou-se um dispositivo social inserido em pautas culturais, em hábitos e costumes, como um elemento simbólico.

Cada povo, cada grupo social, cada pessoa tem a sua condição de responder a determinados estímulos – produzidos em seu meio ou externos a ele. Em outros termos, podemos dizer que temos uma “pauta cultural” em que algumas situações são normalmente dispostas. Não tem festa de São João sem quentão, Natal sem vinho, cerveja no carnaval e assim sucessivamente.

A cachaça é uma bebida forte e íntima da população, tem baixo custo e com pouco dinheiro esse beber pode causar problemas o suficiente para perturbar a si e aos demais que estiverem à sua volta.

Todavia, pode-se perguntar: por que as pessoas bebem? Moderada ou abusivamente? Por que será que, sob o efeito da mesma quantidade de álcool, algumas pessoas ficam alegres, outras ficam agressivas ou mesmo violentas? E ainda: por que uma mesma pessoa sente de maneira diferente os efeitos do álcool, em diferentes circunstâncias e contextos?

Sabe-se que o uso de álcool e os problemas a ele associados envolvem múltiplos fatores que devem ser considerados em conjunto. Estudiosos do assunto sugerem que os efeitos do álcool, assim como acontece com outras drogas, dependem de três elementos:

- suas propriedades farmacológicas (no caso do álcool a concentração existente em cada bebida é importante);
- a personalidade da pessoa que a usa, suas condições físicas e psíquicas, inclusive suas expectativas;
- o conjunto de fatores ligados ao contexto de uso dessa droga, tais como as companhias, o lugar de uso e o que representa esse uso socialmente.

Inseridos em tais elementos, esses efeitos encontram-se na forma como a sociedade encara o comportamento de uso de álcool e os usuários. Sabemos que tal percepção influencia direta ou indiretamente na forma como a sociedade e profissionais especializados na área, ou pessoas responsáveis por definir políticas públicas para usuários de álcool, encaram o problema. Por essa razão, alguns conceitos e aspectos precisam ser revistos, começando pela definição dos termos “alcoólatra” e “alcoologista”.

Diferenças entre alcoólatra e alcoologista

O termo “**alcoólatra**” confere uma identidade e impõe um estigma que anula todas as outras identidades do sujeito, tornando-o tão somente aqui-

lo que ele faz e pelo que é socialmente condenado, não pelo que faz, mas pelo modo como o faz. Em outros termos, não é a bebida em si, mas aquela pessoa que bebe mal, isto é, de modo abusivo, desregrado, que a leva à condição de ser socialmente identificada popularmente como “alcoólatra”, ou seja, quem “idolatra”, “adora” e se tornou dependente do álcool.

Já o termo “alcooolista” é proposto por alguns pesquisadores como uma alternativa menos carregada de valoração, isto é, de estigma. Segundo eles, isto não reduziria a pessoa a uma condição, como a de alcoólatra, mas o identificaria como uma pessoa que tem como característica uma afinidade com alguma coisa, com alguma idéia. Por exemplo, uma pessoa que torce no futebol pelo Flamengo é flamenguista. É uma característica, mas não reduz o indivíduo a ela, como uma identidade única e dominante. Eis porque seria preferível designar uma pessoa como alcooolista e saber que ele é, ao mesmo tempo, muitas outras coisas, inclusive alguém que pode deixar de ser dependente de álcool. Isto ajudaria esta pessoa a não ser estigmatizada, reduzida a uma única condição.

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

Nesse contexto, é muito importante o cuidado com as palavras, com os termos que usamos para classificar coisas e pessoas. As palavras e os termos têm poder de conferir identidade e, assim, estigmatizar, reduzir uma pessoa a uma única condição, apagando, negando, todas as demais. Termos como “bêbado” ou “bêbada” estigmatizam as pessoas e as colocam numa posição como se elas deixassem de ter outras, como de pai, mãe, trabalhador, trabalhadora.

Como as pessoas vivem em sociedade, o reconhecimento do papel que elas desempenham é fundamental para a identidade e esta para o reconhecimento social.

Portanto, é necessário ficar atento aos seguintes assuntos:

- a estigmatização do usuário de álcool não resolve o problema e, portanto, o problema continuará existindo em sua comunidade;

- a visão de que todos os usuários são pessoas “sem caráter” e, portanto, não merecem ajuda é equivocada. A grande maioria dos usuários é formada de pessoas comuns, que devem ser tratados como tal;
- o uso de álcool é um problema de saúde como outros;
- a postura moralista aumenta a dificuldade de abordar o tema.

Bebidas alcoólicas na mídia

Uma das principais fontes de formação de opinião nas culturas contemporâneas se concentra nas diferentes mídias, que substituem a transmissão de informação e formação de concepções sobre diversos temas no contato direto entre pessoas e passam a influenciar a sociedade através dos meios de comunicação de massa. Estudiosos defendem que as mídias exercem grande influência tanto no comportamento do uso de álcool quanto nas concepções sobre os usuários. Por essa razão, é importante que você estude um pouco mais sobre o assunto, e na Unidade 7 você conhecerá outras perspectivas de análise da relação das drogas e os meios de comunicação.

Como você bem percebe, vivemos imersos em notícias e propagandas, algumas delas bonitas e até engraçadas. Entretanto, é preciso estar atento para avaliá-las criticamente. Em relação ao álcool, qual será mesmo o papel da mídia?

Hoje, as bebidas são produzidas por grandes empresas e anunciadas vivamente pelos meios de comunicação, em sofisticadas propagandas comerciais, em todos os lugares e em quase todos os horários. As cervejarias, por exemplo, gostam de explorar a imagem da mulher, quase sempre como uma figura sedutora à disposição, valendo mais o apelo sexual do que qualquer outra dimensão humana.

A todo o momento, pela via das propagandas comerciais, somos convidados a beber. As propagandas sugerem uma idéia de que seremos melhores, teremos mais sorte e ficaremos mais fortes e alegres se bebermos esta ou aquela marca, este ou aquele tipo de bebida, que pode ser da cerveja ao vinho, do uísque à cachaça, e assim sucessivamente.

Os efeitos das propagandas de bebidas alcoólicas parecem ser cumulativos. Ou seja, a exposição ao longo do tempo a variadas propagandas sobre o produto acaba por influenciar a avaliação que as pessoas fazem sobre o seu consumo (atitude), os riscos implicados, o grau de aceitação social e a esti-

mativa da quantidade de álcool consumida habitualmente pelas outras pessoas. Estudos que avaliaram o impacto das propagandas de bebidas alcoólicas mostram que elas influenciam a maneira como as pessoas percebem os riscos destas substâncias, reforçando as atitudes positivas frente ao álcool e ao seu consumo. Com relação ao público infantil, crianças expostas à propaganda na TV também desenvolvem uma crença positiva maior sobre consumir álcool e uma maior expectativa de consumi-lo quando adultas.

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

Certamente você lembra quando, há alguns anos, foram introduzidos motivos infantis, tais como lebre, tartaruga e siris nas propagandas de bebidas alcoólicas, num claro apelo dirigido às pessoas nessa faixa de idade. Isto, felizmente, tem se modificado, mas o apelo da mídia ao consumo de bebidas alcoólicas ainda continua muito intenso e dirigido ao público jovem.

O Brasil ainda não é um país que se situe na escala mais elevada de consumo de álcool, embora o consumo venha se elevando a cada ano e, mais grave, a população jovem começa a consumir com menos idade. Esses dados você estudou na Unidade 3.

Associado à violência, não raro, o álcool se apresenta como um perturbador cultural de grande eficácia. São os finais de semana e feriados, precisamente, aqueles em que se registram os maiores índices de consumo de álcool, acidentes de trânsito provocados por abuso e também expressam os índices mais elevados de violência, notadamente, o homicídio, este responsável por 50 mil mortes no País por ano.

Brigas verbais e agressões físicas são freqüentes em ambientes em que se consome álcool. Mesmo em ambientes familiares, o consumo desmedido atua como fator de desagregação grupal, levando a agressões das mais leves às mais graves, produzindo tragédias em decorrência do estado alterado de consciência, sob o domínio de uma natureza estranha provocada pela embriaguez.

Muitos acontecimentos violentos e rupturas sociais estão relacionados ao abuso de álcool. Dentre eles, merecem particular destaque os homicídios e os acidentes de trânsito, inclusive os atropelamentos. Nesses eventos, na maioria das vezes, os níveis de álcool no sangue tanto das vítimas como dos autores estão acima dos níveis de segurança pessoal.

Políticas públicas sobre álcool

Como você já deve ter percebido, são muitos os fatores envolvidos no consumo de uma substância psicoativa como o álcool e, por isto, a resposta a essa questão também envolve a participação de vários segmentos da sociedade.

As políticas relativas ao uso e abuso de álcool são de responsabilidade coletiva e nenhum segmento social sozinho, seja ele governo ou organizações não governamentais, conseguirá lidar de forma eficiente com essa questão. Por outro lado, não basta que se diga que esta é “uma responsabilidade de todos e que a sociedade precisa estar atenta e dar a sua parcela de contribuição”: é preciso fornecer os meios para que isto aconteça, de forma que cada parceiro seja valorizado em suas contribuições, mesmo aqueles que não têm o hábito de trabalhar em conjunto e pensam diferente sobre como lidar com o assunto, desde que todos se disponham a aprender um com o outro.

Na formulação de propostas, no desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção do uso e para a redução dos riscos e danos relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas, três princípios são fundamentais:

1. pautar-se na realidade, levando em consideração os efeitos relacionados ao uso de álcool em toda a sua amplitude;
2. considerar todas as particularidades do contexto em que se dá o consumo dessa droga e no qual as ações serão implementadas;
3. garantir rigor metodológico dos levantamentos e pesquisas sistemáticas implementadas para o conhecimento da realidade e das particularidades do contexto especificados nos itens 1 e 2.

Os efeitos do uso de álcool

É preciso reconhecer que o uso de bebidas alcoólicas muitas vezes se dá em situações sociais de alegria e prazer. Apesar do uso de álcool fazer parte dos encontros e eventos sociais, existem inúmeros estudos afirmando que para uma parte significativa da população, o uso de álcool é um dos maiores problemas de saúde pública no mundo e no Brasil.

Vamos citar agora alguns dos prejuízos causados pelo uso abusivo de álcool, relacionando-os aos diferentes sistemas do corpo humano:

- no aparelho digestivo (gastrite, úlcera, hepatite alcoólica, cirrose, câncer de fígado);
- no sangue (anemia; alterações da coagulação sangüínea; diminuição do número de leucócitos e, conseqüentemente, das defesas do organismo contra infecções);
- no sistema cardiovascular (aumento da pressão arterial; alterações das gorduras no sangue; insuficiência cardíaca);
- no sistema nervoso (maior risco de acidentes vascular encefálico; de demências e outros transtornos mentais);
- no sistema reprodutor (alterações na menstruação; no tamanho dos testículos e na produção e na função dos espermatozóides);
- e, ainda, alterações da pele, pêlos e mucosas.

Síndrome Alcoólica Fetal

Uma alteração que merece destaque e que tem chamado atenção dos pesquisadores é a que decorre do uso abusivo de álcool pela gestante, conhecida como Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). A SAF apresenta deficiência de crescimento intra-uterino e pós-natal, com retardamento mental e microcefalia. Também são freqüentes deformações físicas, principalmente nas extremidades, na cabeça, no coração e nos órgãos genitais. Outro sintoma freqüente é a síndrome de abstinência, que se instala no recém-nascido logo após o parto, podendo levar a uma morte repentina após horas de vida, e que nem sempre é devidamente diagnosticada.

Você sabia que...

- A gestante que abusa do álcool durante a gestação faz do feto um consumidor indireto de álcool, uma vez que a placenta não filtra o álcool do sistema circulatório da mãe para o feto. O resultado pode ser uma Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), com lesões possíveis, como deficiência de crescimento intra-uterino e pós-natal, com retardamento mental, microcefalia etc. Também são freqüentes deformações físicas, principalmente nas extremidades, na cabeça, no coração e nos órgãos genitais. Outro sintoma freqüente é a síndrome de abstinência que se instala no recém-nascido logo após o parto, podendo levar a uma morte repentina após horas de vida, e que nem sempre é devidamente diagnosticada.
- Que após 40-60 minutos de ingestão de álcool por uma gestante, a concentração de álcool no sangue fetal fica equivalente à concentração de álcool no sangue da mãe.
- A incidência de **SAF** é estimada em um a cada mil nascimentos, e o abuso de álcool decorrente a gravidez produz um risco de 30% a 50% de possibilidade de lesões fatais em relação às mães que não bebem neste período.

Não se pode dizer qual nível de consumo de álcool pela mulher grávida é prejudicial ao bebê, mas, ao mesmo tempo, ainda não há comprovação científica inocentando o uso de álcool pela gestante. No momento da amamentação, o nível de álcool no leite do peito reflete aquele do sangue da mãe, logo, se ela beber, mesmo que em pequenas quantidades, isto deve acontecer o mais distante possível do momento de alimentar o bebê. Pesquisas científicas não comprovam a crença popular de que um pouco de álcool aumenta a produção de leite, mas, ao contrário, evidências existem de que diminui nas horas que se seguem ao seu uso.

Mas é importante lembrar que os problemas relacionados ao uso de álcool não aparecem da noite para o dia. O uso de álcool e os problemas associados estão relacionados a um *continuum* que se refere ao padrão de consumo de álcool. Acompanhe essa definição a seguir.

Padrões de consumo do álcool

Na Unidade 3 você ficou sabendo o que é consumo *per capita* de álcool e qual a posição do Brasil em relação a alguns outros países. Esse dado é importante para entender o consumo de álcool entre diferentes populações, mas, do ponto de vista da prevenção do consumo e dos riscos e danos relacionados aos indivíduos e a grupos mais vulneráveis, o mais importante é a compreensão dos padrões de consumo de álcool. É aqui que entram as particularidades do contexto mencionadas acima.

Para se conhecer os padrões de consumo de álcool, é preciso levar em consideração a quantidade de álcool consumida em cada ocasião; o tipo de bebida consumida; a duração e a frequência com que se bebe; as características dos bebedores; o local em que se dá o consumo e durante quais atividades; e o que representa o álcool para aqueles que bebem e para a ocasião em que esse consumo acontece.

Outros importantes aspectos a serem considerados são a idade, o sexo, as condições sociais e econômicas, o nível de educação e as trajetórias de vida em relação ao uso de bebida por aquelas pessoas ou grupos para quem estão sendo dirigidas às ações relacionadas ao uso de álcool.

A produção e distribuição de álcool, como os outros bens de consumo, inserem-se no mercado de forma muito organizada e competente – e é assim que essa questão deve ser tratada. Os efeitos nocivos do uso de álcool têm motivado reuniões em organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e é uma preocupação de todos os governos, inclusive do Brasil.

Subsídios à intervenção e planejamento de ações na atenção ao uso e abuso do álcool

Para encerrar esta Unidade, vale lembrar que existem diferentes padrões de consumo de álcool e eles exigem ações e estratégias específicas. Dessa forma, é importante planejar, na sua comunidade, ações que visem diminuir os problemas associados ao uso abusivo de álcool. São necessárias as seguintes atitudes:

- entender as particularidades da cultura, da economia, das condições sociais e do contexto político e o papel do uso de álcool;
- obter informações sobre os padrões prevalentes de consumo, as tendências dos comportamentos e as regras sociais sobre o beber;
- identificar os aspectos sociais, comunitários e individuais do uso de bebidas alcoólicas;
- identificar os problemas sociais e de saúde associados ao uso de bebidas alcoólicas;
- identificar os fatores de maior risco relacionados ao uso de bebidas alcoólicas;
- identificar os locais e ambientes de maior risco para o consumo de bebidas alcoólicas;
- obter informações sobre o poder do mercado de bebidas alcoólicas e as tendências econômicas da localidade, da cidade ou da região de consumo;
- analisar as políticas já existentes no local, a sua efetividade, as suas limitações e as necessidades de reforço;
- analisar as ações já existentes no local, a sua efetividade, as suas limitações e a necessidade de alocação de mais recursos e de outras intervenções;
- acessar os níveis de cooperação existentes entre os diferentes parceiros;

- identificar as oportunidades para o desenvolvimento de novas ações e modificação das já existentes;
- desenvolver um plano de ações e implementação de novas intervenções ou das modificações a serem implementadas nas ações já existentes.

Os subsídios mencionados foram traduzidos e adaptados de: Stimson, G.V **Drinking in context**: a collective responsibility. International Center for Alcohol Policies. November, 2006.



Resumo

Você está encerrando a Unidade 5 deste Curso. Nesta etapa, você estudou a importância de considerar o contexto sociocultural para o planejamento das políticas locais, entendendo o uso indevido de álcool como um problema de saúde pública. Lembre de não perder de vista a necessidade de estudos permanentes que possam vir a estruturar uma compreensão dos problemas vivenciados relativos ao uso abusivo do álcool, bem como dos recursos existentes na comunidade para o atendimento dessa demanda.

Na Unidade 6, você estudará o conceito de prevenção e as novas formas de pensar e enfrentar o problema do uso abusivo de drogas. Até lá!

Referências

BABOR, T. F., CAETANO, R. & CASSWELL, S. et al. **Alcohol: no ordinary commodity research and public policy.** Oxford: Oxford Press, 2003.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism – National Institutes of Health. **State the science report on the effects of moderate drinking.** 19 de dezembro, 2003.

NIEL, M. & JULIÃO, A.M. “Alcoolismo: conceitos gerais, avaliação diagnóstica e complicações clínicas”. In: SILVEIRA, D.X & MOREIRA, F.G. **Panorama atual de drogas e dependência.** São Paulo: Ed. Atheneu, 2006, p. 135-141.

ONFRAY, Michel. **A razão gulosa: filosofia do gosto.** Tradução Ana Maria Sherer. Rio de Janeiro: Rocco, 1999, p. 66.

PADILHA, E.R.; PADILHA, A.M.; MORALES, A. & OLMEDO, E.L. Inhalant, marijuana and alcohol abuse among barrio children and adolescents. **Int. J. Addict** 14, 1979, p. 945-964.

Presidência da República. Decreto nº 6.117, de 22 de Maio de 2007. **Política Nacional sobre Álcool.** Brasília-DF.

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

STIMSON, G.V **Drinking in context: a collective responsibility.** International Center for Alcohol Policies. November, 2006.



Prevenção - novas formas de pensar e enfrentar o problema



Maria de Lurdes S. Zemel



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

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

O conceito de prevenção

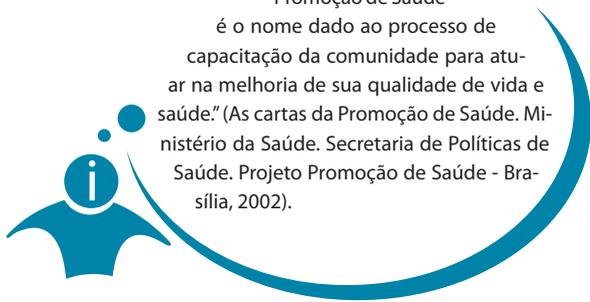
Poderíamos dizer que, em geral, a prevenção refere-se a toda iniciativa coletiva visando à sobrevivência da espécie. Na realidade é um conceito recente e poderíamos dizer que as primeiras instituições na história que estiveram na sua vanguarda foram as religiosas (CAVALCANTI – 2001).

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

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

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

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



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

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

Os múltiplos fatores que levam às drogas

O uso indevido de álcool e outras drogas é fruto de uma multiplicidade de fatores. Nenhuma pessoa nasce predestinada a usar álcool e outras drogas ou se torna dependente apenas por influência de amigos ou pela grande oferta do tráfico. Nós, seres humanos, por nossa humanidade e incompletude, buscamos elementos para aliviar dores e acirrar prazeres. Assim, encontramos as drogas. Algumas vezes experimentamos, outras usamos sem nos comprometermos, e outras ainda abusamos.

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

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

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

Os fatores de risco e de proteção podem estar:

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

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

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

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

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

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

Vejamos alguns exemplos:

FATORES DO PRÓPRIO INDIVÍDUO

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

Fonte: Curso Educadores, 2006.

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

Fatores familiares

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

FATORES FAMILIARES

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

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

Fonte: Curso Educadores, 2006.

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

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

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

FATORES ESCOLARES

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

Fonte: Curso Educadores, 2006.

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

FATORES SOCIAIS

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

Fonte: Curso Educadores, 2006.

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

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

FATORES RELACIONADOS À DROGA

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

Fonte: Curso Educadores, 2006.

Os dependentes e sua possibilidade de recuperação

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

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

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

a) Resiliência

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

b) Redução de Danos

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

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

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

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

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

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

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

- resiliência não é um processo estanque;
- resiliência não é o oposto de fator de risco;
- desenvolver resiliência não é o mesmo que superação de vivências traumáticas;
- resiliência é como um “banco de dados” que protege o indivíduo (Slap – 2001);

- o conceito de resiliência nos mostra o ser humano como capaz de superar adversidades;
- cada um de nós tem uma capacidade psíquica particular para o enfrentamento dos problemas da vida.

A sintonia entre as propostas e as necessidades

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

Até agora, nesta Unidade, você já conheceu a importância da resiliência; a multiplicidade de fatores que devem ser considerados para que se verifique a dependência de cada indivíduo; a peculiaridade de cada ser humano; as pesquisas que nos mostram que houve um aumento importante no consumo de drogas; e a importância da identificação dos fatores de risco e dos fatores de proteção.

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

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

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

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

Na França, CAVALCANTI (2001) aponta que, antes dos programas de distribuição, mais de 50% dos usuários compartilhavam suas seringas e hoje este número é menor que 17%.

No Brasil, na mesma época, também foram feitas tentativas neste sentido, mas a iniciativa tornou-se um caso de polícia. Ainda não conseguimos abandonar nossas posições proibicionistas e tratávamos a prevenção como uma forma de repressão. Hoje, já sabemos que a redução de danos é muito maior do que só trocar seringas.

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

Estudos apontam cinco princípios para a redução de danos

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

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

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

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

- **Prevenção primária** – evitar que o uso de drogas se instale, dirigindo-se a um público que não foi afetado.
- **Prevenção secundária** – efetuar ações que evitem a evolução do uso para usos mais prejudiciais.

- **Prevenção terciária** – tratar os efeitos causados pelo uso da droga, melhorando a qualidade de vida das pessoas afetadas.

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

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

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

O QUE É?	ONDE SE APLICA?
Intervenção global – são programas destinados à população geral, supostamente sem qualquer fator associado ao risco.	Intervenção global/universal – na comunidade, em ambiente escolar e nos meios de comunicação.
Intervenção específica – são ações voltadas para populações com um ou mais fatores associados ao risco de uso de substâncias.	Intervenção específica/seletiva – por exemplo, em grupos de crianças, filhos de dependentes químicos.
Intervenção indicada – são intervenções voltadas para pessoas identificadas como usuárias ou com comportamentos violentos relacionados direta ou indiretamente ao uso de substâncias, como por exemplo alguns acidentes de trânsito.	Intervenção indicada – em programas que visem diminuir o consumo de álcool e outras drogas, mas também a melhora de aspectos da vida do indivíduo como, por exemplo, desempenho acadêmico e reinserção escolar.

Fatores da proposta de prevenção

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

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

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

Para tal planejamento, é preciso ter conhecimento científico, e não somente uma opinião sobre a questão. Dentro deste conhecimento está

a identificação da população a ser trabalhada, a identificação dos fatores de risco e de proteção desta determinada população e o planejamento da intervenção que será feita.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- o respeito à cultura da comunidade e do lugar onde ela está inserida;
- o planejamento das ações;
- o aproveitamento dos recursos já existentes;
- a integração das novas atividades ao currículo escolar;
- o envolvimento gradual da comunidade escolar;
- a preocupação com a possibilidade da continuidade das ações planejadas;
- a consideração do fato de que só a informação não basta;
- a identificação dos fatores de risco e proteção.

Resumo

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

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

Na próxima Unidade, você estudará as variadas formas que os meios de comunicação tratam o assunto drogas e refletirá sobre o papel da mídia na prevenção ao uso indevido das drogas na sociedade. Até lá!

Referências

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

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

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

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

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

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

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

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

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



As drogas e os meios de comunicação



* Ana Regina Noto
Jairo Bouer



Ao fim dessa Unidade, você terá subsídios para, em sua comunidade, proporcionar debates mais amplos e amadurecidos sobre o papel dos meios de comunicação na abordagem das intervenções de saúde pública. Por isso, estude atentamente as temáticas que serão abordadas:

- os meios de comunicação e a opinião pública sobre drogas
- o jornalismo em descompasso com a saúde pública
- os meios de comunicação, a prevenção e a responsabilidade social

Os meios de comunicação e a opinião pública sobre drogas

Você já estudou que o uso abusivo de álcool e outras drogas é uma questão que envolve vários setores da sociedade. Abrange aspectos jurídicos, policiais, médicos, educacionais, ocupacionais, familiares, entre outros. Trata-se também de um tema carregado de crenças, conteúdos emocionais e morais, que foram construídos e legitimados ao longo da história.

Atualmente, a postura social frente ao uso de bebidas alcoólicas e de outras drogas é marcada pela contradição do lícito e do ilícito, bem como pela diversidade de opiniões a respeito dos danos, benefícios, prazer e desprazer. Os meios de comunicação acompanham essas contradições. De um lado, a população recebe uma série de informações sobre a violência relacionada ao tráfico e sobre os “perigos das drogas” e, por outro lado, é alvo de sofisticadas propagandas para estímulo da venda de bebidas alcoólicas. Nesse contexto, esses grupos de “drogas” semelhantes em vários aspectos farmacológicos, passam a ser encarados tão distintamente na opinião pública, o que gera posturas extremamente incoerentes sob a ótica da saúde.

No Brasil, a idéia de uma suposta “explosão de uso” de drogas ilícitas a ser combatida foi aos poucos divulgada pela imprensa e assimilada pela opinião pública. Os primeiros estudos epidemiológicos realizados no Brasil, no final da década de 80, mostraram que, até aquele momento, o número de estudantes usuários de substâncias ilícitas era relativamente pequeno e estável. No entanto, alguns anos mais tarde, no início da década de 1990, o número de usuários de maconha e cocaína realmente começou a aumentar.

O fato de a imprensa ter alardeado um aumento do uso de algumas drogas anos antes de acontecer poderia ser encarado de várias maneiras: a mídia como indutora do uso (incentivando o uso pelo excesso de informações) ou a mídia como indicador epidemiológico (teria sido capaz de detectar um fenômeno antes de ser mensurado pela ciência). Na verdade, mídia, opinião pública, comportamento de uso de drogas e políticas públicas interligam-se em uma relação complexa.

A imprensa, ao divulgar as inúmeras matérias sobre drogas, não estabelece necessariamente o que a população vai pensar, mas coloca em

pauta o assunto a ser debatido, influenciando a chamada “agenda pública”. Os temas são colocados em discussão e, dessa forma, são estabelecidas as prioridades.

Cinema, teatro e novelas também têm trabalhado questões relativas ao uso de drogas. A novela “O Clone” e o filme “Bicho de sete cabeças” são alguns exemplos de materiais artísticos que mobilizaram a opinião pública sobre drogas no Brasil.

Diferentemente das demais formas de comunicação, a publicidade tem como objetivo explícito promover a mudança de comportamento. A publicidade de bebidas alcoólicas, especialmente de cervejas, recebe consideráveis investimentos e tem tido grande sucesso na promoção de seus produtos. Em outro contexto, o trabalho dos meios de comunicação com outros temas relacionados à saúde (como, por exemplo, AIDS e câncer de mama) tem sido de fundamental importância para o sucesso das campanhas preventivas e ajudaram a população a superar crenças e priorizar a saúde.

Nesse complexo cenário das drogas na mídia, a opinião pública é construída, consolidando conceitos e crenças da população. Apesar da relevância dos meios de comunicação como um potencial instrumento auxiliar nas políticas públicas, poucos esforços têm sido dedicados à compreensão dessa questão.

Jornalismo: em descompasso com a saúde pública

Com o objetivo de levantar subsídios para discussão a respeito dos meios de comunicação e sua relação com uso de drogas, foram iniciados no Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) estudos sobre as informações divulgadas em jornais e revistas de todo o País.

Nos anos de 1998, 2000 e 2003, foi observado um grande número de matérias gerais, sem focar alguma droga em especial, com utilização de termos amplos como “dependência”, “vício”, “tóxicos” e “tráfico”. No entanto, entre as matérias que abordaram drogas específicas, foi observado um evidente predomínio do tabaco, na maioria das vezes, ressaltando os danos decorrentes do uso ou as estratégias para parar de fumar. O número de matérias sobre bebidas alcoólicas, apesar de ter crescido ao longo dos anos, permaneceu aquém do esperado.

Embora não seja possível determinar a frequência ideal de artigos, ao menos seria esperada uma distribuição mais equilibrada, compatível com os indicadores de saúde pública. As bebidas alcoólicas deveriam ser as mais discutidas, uma vez que representam o maior foco de problemas de saúde, seguidas pelo tabaco. Os solventes e os medicamentos psicotrópicos, amplamente usados de forma abusiva pelos jovens, também merecem maior discussão na imprensa.

No entanto, vale ressaltar que apesar de ainda estar descompassado com a saúde pública, o jornalismo avançou muito nas últimas décadas. Um estudo realizado por Carlini-Cotrim e colaboradores (1994) sobre as matérias jornalísticas das décadas de 1970 e 1980 observou um número muito pequeno de matérias sobre tabaco e álcool e, por outro lado, enfoques muito alarmistas para as drogas ilícitas. O fato de, nos anos de 2000 e 2003, ter sido detectado um cenário jornalístico menos tendencioso, sugere um amadurecimento e alinhamento gradativos entre imprensa e saúde pública.

Por outro lado, a utilização de termos pejorativos e a ênfase “emocional” estampada nos artigos jornalísticos é fator que ainda merece atenção, principalmente por ter sido observada com maior frequência nos textos de “especialistas” (advogados, médicos, dentre outros). Expressões como “Trata-se de um abismo...” e “o flagelo das drogas” são alguns exemplos do quanto o discurso sobre drogas recebe o tom emocional nos mais diferentes setores da nossa sociedade (Noto et al. 2003).

Os debates específicos sobre álcool, maconha e cocaína

As matérias sobre bebidas alcoólicas foram abordadas na mídia em diferentes perspectivas, com crescente enfoque em políticas públicas. Alguns temas específicos receberam maior destaque como, por exemplo, as questões relativas ao trânsito. Essa abordagem vem acompanhada de uma mobilização social, com a mensagem: *se beber não dirija, se dirigir não beba*, legitimada pela maior restrição para o álcool no trânsito.

As matérias sobre maconha enfocaram a ilegalidade dessa droga. No ano de 2000, cerca de 2/3 das matérias envolveram questões relacionadas à apreensão de droga e repressão ao tráfico. Possivelmente como sinal de mudança de visão mundial em relação ao assunto, foram observadas várias matérias sobre uso terapêutico (“Remédio de maconha”) e descriminalização da maconha (“Descriminalização da maconha em debate”). As conseqüências negativas específicas do uso da maconha foram abordadas em menor proporção do que o observado para tabaco, cocaína e álcool.

A cocaína e o crack são as drogas que mais recebem enfoque de repressão ao tráfico, apreensões, repressão ao cultivo, repressão ao uso e consequências do tráfico. As consequências negativas do uso também foram alvo de vários manchetes. Entre as principais consequências, destacam-se a dependência e os problemas cardiovasculares, com manchetes como “Drogados têm mais chances de infartar”.

O discurso sobre as formas de lidar com a questão

Nos jornais, foi observado também um número considerável de artigos destacando questões relativas ao tráfico e à repressão. Esse tema chegou a superar os demais aspectos relativos ao uso de drogas, como saúde, educação, políticas públicas e legislação.

Os focos desses artigos ficaram em torno das ocorrências de apreensão, incineração de drogas, erradicação de plantações ou a prisão de pessoas que estavam transportando drogas ilícitas. Essas matérias foram, em geral, publicadas em artigos relativamente pequenos, basicamente informativos, muitas vezes sem especificar adequadamente a droga em questão e com abordagem pouco cuidadosa.

Apesar do crescente número de matérias factuais e repressivas para a maconha e a cocaína, entre 2000 e 2003, foi observado, para as bebidas alcoólicas, aumento na frequência de temas relativos a políticas públicas. Isso significa uma melhora na cobertura jornalística para o álcool nos últimos anos (Mastroianni, 2006).

Paralelamente, apesar do avanço qualitativo observado nas últimas décadas, o jornalismo brasileiro carece de debates mais amplos e amadurecidos na abordagem das intervenções de saúde pública. A diversidade de opções terapêuticas e a possibilidade de recuperação são temas pouco explorados ou tratados de forma superficial.

As matérias sobre prevenção, embora mais trabalhadas, ainda poderiam oferecer uma visão menos persecutória e mais otimista, valorizando as potencialidades da comunidade, da escola e da família.

Os meios de comunicação, a prevenção e a responsabilidade social

Apesar de diversos estudos apontarem os limites das intervenções preventivas puramente informativas sobre o uso de drogas, parece ser inegável a importância de seu papel. Como mencionado anteriormente, os meios de comunicação têm prestado auxílio a vários programas de saúde, seja por meio das informações jornalísticas ou por meio das campanhas publicitárias elaboradas especificamente com essa finalidade. No entanto, quando se trata do uso indevido de drogas, os recursos da mídia vêm sendo pouco estudados e explorados como instrumentos de prevenção.

Em uma pesquisa qualitativa sobre a atitude dos jornalistas, Mastroianni (2006) observou que os profissionais consideravam superficial a cobertura sobre drogas em decorrência, principalmente, da “falta de tempo” e da “concorrência” entre os jornais/revistas. Esses dados mostram a necessidade de pesquisas e de debates que estimulem a qualidade das matérias sobre drogas no País. A responsabilidade social da mídia tem sido apontada também como um fator importante a ser considerado.

No setor jornalístico, vale salientar o trabalho da Agência Nacional dos Direitos da Infância (ANDI), que vem divulgando uma série de estudos sobre mídia e mobilização social. Essa iniciativa tem como objetivo instrumentalizar os profissionais de comunicação a praticar um jornalismo socialmente responsável frente as diferentes temáticas relativas à infância e adolescência.

A mídia como aliada

A mídia é um poderoso instrumento nos tempos modernos, em que a informação parece ser a alma do negócio, tanto para o bem quanto para o mal. Quando pensamos em adolescentes e jovens, a força da mídia é ainda mais intensa.

Pare um pouco e reflita: um grande desafio que se coloca para quem trabalha com prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas é “de que forma é possível utilizar a mídia como aliada?”. Se boa parte da mídia se ocupa em trazer mensagens, informações e conteúdos que estimulam o consumo e a experiência com as drogas, como ganhar espaço para falar de educação e prevenção? Ao continuar a leitura, você terá indicações sobre como atuar nessas questões.

Nas letras de música pop, a maconha é idealizada. Nos filmes, atores fumam com *glamour* seus cigarros. As propagandas de cerveja, trazendo situações sempre paradisíacas, invadem a casa e o imaginário dos jovens sem interrupção. Os jornais noticiam com frequência apreensões de drogas e prisão de traficantes. Nesse universo, como pensar em um espaço que possa educar e informar?

É interessante notar que, de alguns anos para cá, a questão do álcool, do cigarro e das drogas ilícitas sensibilizou boa parte de quem decide na mídia brasileira. Não há jornalista, editor ou dono de empresa de comunicação que não parou para pensar nessa questão. Alguns percebem que têm um canal e um espaço importante para esclarecer e tentar fazer prevenção com seu público.

Espaços que discutem a questão das drogas têm se tornado mais frequentes na mídia nacional, da mesma forma que a AIDS e o sexo protegido ganharam destaque a partir da década de 80.

Uma das grandes vedetes da mídia nacional, as novelas, tem se ocupado seguidamente da questão do álcool e de outras drogas. Personagens envolvidos com drogas e álcool, a repercussão da dependência na família e na vida do usuário, tudo isso está lá, quase que diariamente na telinha do brasileiro.

Nem sempre a abordagem em ficção é a melhor em termos de educação e prevenção, mas a discussão do tema, por si só, já é capaz de gerar impacto na população.

Além desse exemplo, vale a pena prestar atenção em atitudes de TVs segmentadas e de revistas e jornais para o público jovem que, embora gerem um impacto menor em termos de audiência, têm maior liberdade para ousar mais e arriscar projetos mais efetivos para informação e educação.

A emissora MTV, por exemplo, há anos elabora algumas vinhetas e campanhas que mostram, de forma moderna e atraente, a discussão do impacto e do risco no uso de álcool e outras drogas. As TVs educativas, muitas vezes, trazem discussões sobre o assunto em sua grade de programação.

Jornais e revistas também dedicam espaços para que o jovem possa se informar e discutir a questão das drogas. Serviços especializados em saúde, como o Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo, que traz a cada semana uma dúvida do público esclarecida por um especialista, além de uma página especial para os mais jovens, também ajudam nesse sentido.

Trabalhos como estes podem, sem dúvida nenhuma, gerar um aumento do nível de informação e da discussão sobre a questão das drogas na população brasileira. Nas últimas duas décadas, viu-se essa discussão acontecer de forma aberta, direta e com grande mobilização dos veículos de comunicação e da população na questão da AIDS.

O tom das abordagens mudou muito nesses 20 anos e a experiência acumulada foi fundamental para que o discurso ficasse mais afinado. Com a questão das drogas, talvez mais plural e complexa do que a questão da sexualidade, a tentativa de se achar a linguagem e o foco adequados está apenas começando. Há um longo caminho a ser percorrido.

Esse caminho ficará mais rico e mais diverso se, a exemplo do que aconteceu na discussão sobre a AIDS, todos os setores da sociedade envolverem-se na discussão.

Talvez fique a impressão de que essas atitudes são modestas frente a grande pressão que outros setores da mídia exercem sobre o estímulo ao beber, ao fumar ou ao experimentar drogas. Contudo, é com um olhar atento nessas experiências recentes e na receptividade que elas vão obter junto aos especialistas, autoridades, anunciantes e população que se poderá pensar e planejar estratégias de maior impacto.

A mídia é um instrumento poderoso e, quando aliado, pode ser muito útil para o campo da prevenção.



Durante a próxima semana, procure identificar nos meios de comunicação uma ou duas pautas factuais que abordem o tema “drogas”.

Estão valendo matérias em revistas, jornais, *sites* jornalísticos ou na televisão (noticiário ou outros programas). Embasado no conteúdo dessa Unidade, busque avaliar objetivamente a condução da matéria desenvolvida pelo meio de comunicação. O meio prestou um serviço abordando o assunto? Esclareceu algum conceito para o leitor/espectador ou apenas trouxe informações sem valor construtivo? Qual a leitura, enquanto conselheiro, que você faz da abordagem desse assunto pelo meio de comunicação? E como você acha que outras pessoas menos instruídas reagiram/podem reagir ao ler/assistir a estas informações? Registre suas avaliações por escrito e compartilhe-as (sem esquecer de copiar ou descrever a matéria avaliada) no fórum do ambiente virtual. Se tiver dúvidas sobre como fazer isso, procure o seu tutor!



Resumo

Você está encerrando a Unidade 7 deste Curso. Nesta etapa, você estudou que os meios de comunicação historicamente avançaram no papel de esclarecer a sociedade quanto ao uso abusivo de álcool e outras drogas, mas claramente ainda não cumprem todo o seu potencial nesse sentido. Uma forma de avançar nesse caminho é contribuir para que todos os setores da sociedade envolvam-se na discussão.

Na Unidade 8, você aprofundará o conceito de “redução de danos”, uma abordagem que ganha espaço em políticas de enfrentamento ao uso abusivo de álcool e outras drogas dentro de uma sociedade complexa como a que você acabou de estudar. Até lá!

Referências

ANDI (Agência Nacional dos Direitos da Infância). **Equilíbrio distante:** tabaco, álcool e adolescência no jornalismo brasileiro. Série Mídia e Mobilização Social vol 3. São Paulo: Cortez, 2003.

ANDI (Agência Nacional dos Direitos da Infância). **Mídia e drogas.** São Paulo: Cortez, 2005.

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

GORGULHO, M. “The role of the media in promoting responsible alcohol use”. In: BUNING, E.B.; GORGULHO, M.; MELCOP, A.G. & O’HARE, P. **Alcohol and harm reduction:** an approach for countries in transition. ICAHRE (International Coalition on Alcohol and Harm Reduction), 2003.

MASTROIANNI FC. **As drogas psicotrópicas e a imprensa brasileira:** Análise do material publicado e do discurso dos profissionais da área do jornalismo. Tese. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2006.

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

NOTO, AR; PINSKY, I & MASTROIANNI, F. “Drugs in the Brazilian print media: an exploratory survey of newspaper and magazine stories in the year 2000”. **Substance Use and Misuse** 41, 2006.



Redução de danos



* Paulo Roberto Telles
Fátima Buchele



Ao fim desta Unidade, você terá conhecido mais profundamente o conceito e as aplicações de redução de danos. Os conteúdos trabalhados serão os seguintes:

- aplicações da redução de danos
- projetos de redução de danos no Brasil
- estratégias da redução de danos

Aplicações da redução de danos

O conceito de redução de danos (do inglês *harm reduction*), relativo ao consumo de drogas psicoativas, já existe informalmente há muito tempo e se refere a **estratégias que minimizam os danos associados ao consumo** dessas substâncias.

Esse conceito foi formalmente contextualizado em 1926, na Inglaterra, a partir de um relatório médico solicitado pelo governo, intitulado “Relatório Rolleston”. O documento propunha o uso de opióides em doses decrescentes como a melhor forma de tratamento para os usuários que queriam interromper o uso destas drogas, minimizando os sintomas da abstinência.

A redução de danos, referindo-se a políticas ou programas, visa diretamente reduzir o dano resultante do uso abusivo de álcool ou outras drogas, tanto para o indivíduo como para a sociedade.

Desde então, as estratégias de redução de danos têm evoluído, buscando acompanhar as mudanças que ocorreram ao longo do tempo, tanto pelo surgimento de novas drogas e formas de uso, quanto pelos diversos problemas clínicos que se associaram ao uso de drogas nos últimos anos.

Apesar de ainda não ser uma estratégia amplamente aceita no mundo, a redução de danos vem conquistando um espaço cada vez maior entre as estratégias que visam dar conta dos problemas associados ao uso abusivo de drogas. Atualmente, a maioria dos países com problemas relacionados ao uso de drogas (especialmente quando injetáveis), adota a redução de danos em suas políticas de prevenção, incluindo-se o Brasil entre eles. O surgimento da epidemia de AIDS, no final dos anos 70, e a vulnerabilidade dos usuários de drogas injetáveis foram fatores decisivos na expansão das estratégias de redução de danos, pois estas estratégias apresentaram uma eficácia bem maior do que as tradicionalmente usadas no enfrentamento da epidemia.

Nesse novo contexto, um problema médico – a contaminação pelo HIV (vírus da AIDS) – associado a um comportamento específico – o compartilhamento de seringas e agulhas – passou a ser foco das atenções no lugar de estratégias que visavam apenas à interrupção do uso como forma de dar conta do problema. Passou a ter capital relevância a prevenção da pandemia do HIV, destacando-se a redução de danos, por ser mais eficaz nesse sentido.

Nesta nova estratégia, os usuários de drogas são considerados cidadãos capazes de modificar seus comportamentos e podem mesmo desempenhar um papel importante, tanto no planejamento como na própria implementação de programas de prevenção. Em muitas campanhas, o trabalho dos usuários de drogas dentro de seus próprios grupos vem tendo grande destaque.

A redução de danos procura entender a pessoa e sua relação com a droga, compreendendo que a vulnerabilidade “não é só individual mas também coletiva e socialmente construída”, ao contrário do discurso moral e legal (ACSELRAD, 2000).

O movimento de redução de danos parte de uma visão realista, de que muitas pessoas, nas mais diversas sociedades, farão ou continuarão fazendo uso de drogas psicoativas, e que alguns usarão drogas de maneira prejudicial para si mesmos, para suas redes sociais imediatas e para a sociedade. O avanço desse enfoque é o reconhecimento da diversidade no consumo das drogas, contrapondo-se a uma visão pouco realista, que tem como aspiração uma sociedade “livre de drogas”, permitindo o exame das mais diferentes formas de uso e de como reduzir pragmaticamente os problemas associados a esse uso.

Bases dos programas

Estudos de avaliação (DESJARLAIS, 1990) mostraram que **os programas de redução de danos mais bem sucedidos** deram origem a um certo número de generalizações, apoiadas por estudos epidemiológicos atuais. São elas:

1. **Fornecer informações** acerca da transmissão da AIDS e do HIV (e outras doenças de transmissão sanguínea) é fundamental, mas não suficiente.
2. É fundamental **fornecer meios para a mudança de comportamento**.
3. É necessário **oferecer um leque variado de opções para alcançar mudanças de comportamento**, adaptados aos diferentes grupos de usuários de drogas e para diferentes momentos no tempo.
4. A **cooperação entre diferentes programas**, tanto pela possibilidade da referência do usuário a outros serviços como para programas múltiplos oferecidos em um mesmo local, é impor-

tante para propiciar uma variedade necessária de meios para as mudanças de comportamento.

5. Os programas de prevenção também devem dar conta de outras necessidades dos usuários de drogas, tais como a importância de tratamento para o uso de drogas e referência para outros serviços médicos, psicológicos e sociais.
6. Muitas dessas generalizações são fundamentais para os atuais conceitos da proposta de redução de danos, como, por exemplo, oferecer métodos alternativos para alcançar metas específicas e o encorajamento dos usuários de drogas para que se influenciem entre si, visando mudanças de comportamento.

A prevenção e também o tratamento de problemas decorrentes do uso indevido de drogas exigem atuações integradas e articuladas de diversos setores, para garantir a qualidade da atenção, bem como aumentar as chances de resolução dos problemas. Atuações integradas nos seus diversos setores, tais como conselhos diversos, serviços de saúde, serviços de apoio social, organizações não-governamentais e governamentais, terceiro setor, dentre outros, são instâncias que desempenham papéis importantes no encaminhamento das situações problemáticas da sua comunidade. Daí a importância das redes sociais, pois cada um desses setores tem um papel importante no encaminhamento dos problemas, e a desarticulação prejudica o desempenho de todos.

Projetos de redução de danos no Brasil

Os projetos de redução de danos em funcionamento no Brasil vêm sendo desenvolvidos desde o início da década de 1990 e têm alcançado resultados positivos, comparáveis aos encontrados em outras partes do mundo, como Austrália, Estados Unidos e vários países da Europa.

Esses países têm utilizado, há mais tempo, essas estratégias para evitar a difusão do HIV e de outras doenças entre os usuários de drogas. Os projetos têm mostrado, também, que temores iniciais de opositores da redução de danos, tais como “que a oferta de seringas para os usuários de drogas injetáveis contribuiria para o aumento do consumo”, de fato nunca se concretizaram. Ao contrário, além da eficácia na prevenção, é mesmo comum a diminuição do consumo de drogas entre os usuários que frequentavam os programas de redução de danos.

A questão do preconceito ainda representa um empecilho ao desenvolvimento de algumas estratégias de redução de danos. Em primeiro lugar, a legalidade ou a ilegalidade de uma substância não tem relação direta com os efeitos farmacológicos provocados pela mesma ou com riscos associados ao uso. Entretanto, em nossa cultura parece existir, por um lado, um preconceito exagerado em relação às drogas ilícitas e, por outro, uma certa tolerância em relação às *drogas lícitas*, como o álcool, medicamentos psicoativos e o tabaco.

Deve sempre ser lembrado que, independentemente da droga, a forma como ela é usada é um dos aspectos mais importantes com relação aos possíveis efeitos negativos associados a esse uso.

Em segundo lugar, interpretações errôneas das ações de troca de seringas, como mencionado acima (a troca de seringas sendo um estímulo ao uso) e, portanto, uma estratégia passível de punição legal, representam entraves básicos ao desenvolvimento adequado das ações de redução de danos. Essas questões levaram alguns Estados a criar leis próprias para salvaguardar a estratégia e os profissionais que atuam na área, assegurando que a troca de seringas e outras ações de redução de danos não são ações ilegais, e sim importantes estratégias de saúde pública.

Estratégias de redução de danos

Na definição das estratégias, é importante considerar **cinco princípios básicos**, pressupostos e valores relacionados à redução de danos (MARRATT, 1999).

- O primeiro deles coloca a redução de danos como “**uma alternativa de saúde pública**, contrastando com o modelo moral/criminal e de doença, do uso e da dependência de drogas”.
- O segundo diz que “a redução de danos **reconhece a abstinência** como um dos resultados positivos para o uso de drogas, **mas aceita também outras alternativas** que tenham como resultado uma redução dos danos associados ao uso”.
- O terceiro princípio discute a redução de danos como uma abordagem que surgiu de “baixo para cima”, baseada **na defesa do usuário**, e não como política de “cima para baixo”, promovida pelos formuladores de políticas de drogas.

- O quarto enfatiza que “a redução de danos **deve promover serviços de fácil acesso e pronto acolhimento**, como uma alternativa para as abordagens tradicionais distantes da realidade do usuário e de difícil acesso”.
- Por último, “a redução de danos baseia-se nos **princípios do pragmatismo empático** *versus* idealismo moralista”.

Com isso, é possível entender que a redução de danos tem como objetivo desenvolver subsídios e ações que minimizem conseqüências danosas do uso de drogas, levando em conta o direito à liberdade de escolha e pensando na saúde como resultado de ações conjuntas intersetoriais, interinstitucionais e interdisciplinares nos mais diversos níveis.

Dados (SILVEIRA, 2003) apontam a grande difusão da AIDS entre usuários de drogas, que chegaram a representar 25% dos casos notificados de AIDS no Brasil (casos direta ou indiretamente relacionados ao uso de drogas injetáveis). O uso de bebidas alcoólicas é responsável por um percentual considerável dos acidentes, óbitos e incapacidade no País. Consta-se, também, uma tendência de uso cada vez mais precoce e pesado de substâncias psicoativas.

Esses dados evidenciam a necessidade de atuações mais eficazes na saúde pública. Propostas de redução de danos, a partir de uma visão de promoção da saúde e saúde coletiva, envolvendo a população no seu ambiente, abrangendo uma rede de organizações, profissionais ou não, movimentos sociais, governos locais, municipais, regionais, nacionais, dentre outros, trazem reflexões importantes para essa prática de saúde pública.

Atualmente, preconiza-se que as ações de redução de danos podem e devem ser difundidas no País e incluídas nos diversos programas de saúde já existentes para a população geral, devendo levar em consideração o contexto cultural em que são implementados e priorizar o desenvolvimento de pesquisas que avaliem e aumentem a eficácia destas ações.

A redução de danos contribui para um modelo de prevenção e atuação mais democrático na área da saúde. Portanto, é necessário que o saber circule entre trabalhadores de saúde, usuários dos serviços e a comunidade em geral. Os diferentes conselhos, organizações, redes de interação social e os grupos de apoio, dentre outros, devem estar integrados ao processo de planejamento e implantação de projetos, visando à efetiva participação comunitária e ao alcance das estratégias.

Se você estiver interessado em saber mais sobre as estratégias de redução de riscos no Brasil ou em outros países, não deixe de ler a seguinte obra:
MARLAT, G.A. **Redução de danos**: estratégias práticas para lidar com o comportamento de alto risco. Trad. Daniel Bueno. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.



Resumo

Você está encerrando a Unidade 8 deste Curso. Nesta etapa, você conheceu mais profundamente o conceito, as aplicações e as estratégias da redução de danos, um modelo de prevenção e atuação mais democrático na área de uso abusivo de álcool e outras drogas.

Na Unidade 9, você conhecerá o valor do trabalho comunitário e das redes sociais como suporte da prevenção ao uso indevido de álcool e outras drogas. Alguns casos de sucesso estarão relatados no conteúdo. Até lá!

Referências

ACSELRAD, G. (org) **Avessos do Prazer: drogas, AIDS e direitos humanos**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000, p. 166.

Des Jarlais e Friedman (1991)

BUCHER, R. (Org.). **As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1988.

CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção”. In: **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. FioCruz, 2003, p.174.

GLOBO, O. **Europa reavalia política contra drogas leves**. 5/8/01.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS. **Drogas, AIDS e sociedade**. Brasília, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/ AIDS. **Troca de seringas: drogas e AIDS**. Brasília, 1998.

Organização Panamericana de Saúde. **Redes Locales Frente a la violencia Familiar**. Série Violência Intrafamiliar y Salud Pública. Peru : OPAS, 1999.

Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Manual de Redução de Danos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BUSS, P.M. “Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde”. In: **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. FioCruz, 2003, p.174.

MARLATT, A. G. “Princípios Básicos e Estratégias de Redução de Danos”. In: MARLATT, A. G. et al. **Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. trad. Daniel Bueno. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MARLATT, B. C. “Uso de drogas psicotrópicas no Brasil”. In: **Formação de Multiplicadores de Informações Preventivas sobre Drogas**. Florianópolis: Gráfica LED/UFSC/SENAD, 2002, p.65-83.

SILVEIRA, C. et al. “Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras Drogas”. **J. Bras. de psiquiatria** v.52 (5), Rio de Janeiro, 2003, p.349-354.

Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**, ano II, nº 01. First to 26th epidemiological week – Brasília; 2005

FONSECA, Elize Massard da; RIBEIRO, José Mendes & BERTONI, Neilane et al. “Syringe exchange programs in Brazil: preliminary assessment of 45 programs”. **Cad. Saúde Pública** no. 4, vol. 22, [on-line], 2006, p. 761-770.





Redes Sociais

*Paulina Vieira Duarte



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

- os fundamentos do trabalho comunitário e das redes sociais
- uma experiência do trabalho em rede (Programa Social da Mangueira)
- o papel da comunidade na prevenção ao uso de drogas
- os principais desafios no trabalho comunitário

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

Redes Sociais

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivos das Redes Sociais

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

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

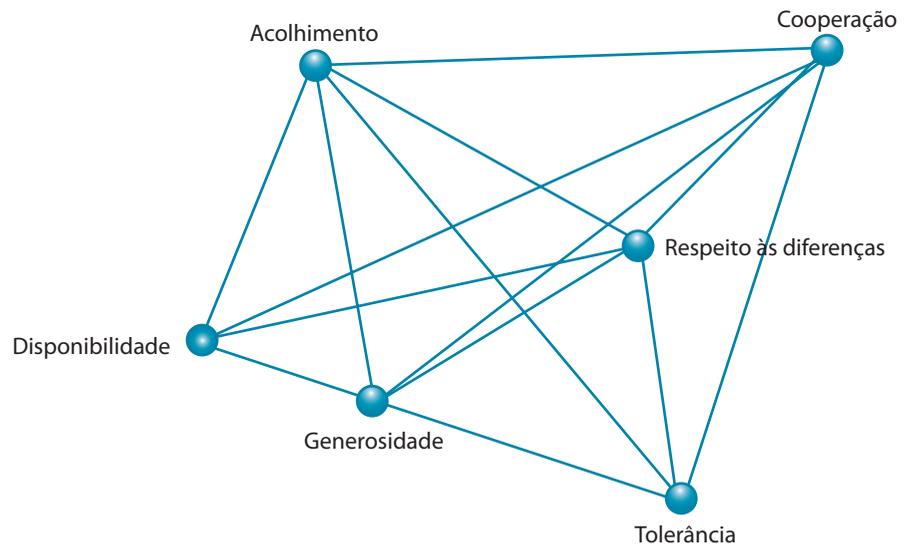
É preciso que cada cidadão busque, dentro de si, o verdadeiro sentido da gratificação pessoal mediante a participação.

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

Características a serem identificadas e desenvolvidas no trabalho em rede

- **Acolhimento** - capacidade de acolher e compreender o outro, sem impor quaisquer condições ou julgamentos, ou impor-se.
- **Cooperação** - demonstração do real interesse em ajudar e de compartilhar na busca das soluções.
- **Disponibilidade** - demonstração e associação a um compromisso solidário. Respeito às diferenças étnicas-econômicas-sociais, reconhecimento e consideração pela diversidade.
- **Tolerância** - capacidade de suportar a presença ou interferência do outro sem sentimento de **ameaça ou invasão**.
- **Generosidade** - demonstração de um clima emocional positivo (apoio, carinho, atenção e “*dar*” sem exigir retorno).

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



As Redes Sociais e a prevenção do uso de drogas

O uso de drogas tem se revelado um importante problema de saúde pública com enorme repercussão social e econômica para a sociedade contemporânea. Não obstante os esforços do poder público e da sociedade civil na busca de alternativas, o aumento do consumo e a precocidade com que os jovens vêm experimentando vários tipos de drogas, alertam especialistas em uma direção comum: **é preciso prevenir!** Prevenir no sentido de educar o indivíduo para assumir atitudes responsáveis na identificação e no manejo de situações de risco que possam ameaçar a opção pela vida.

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

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

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

A participação comunitária

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

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

As soluções participativas mobilizam as ações de responsabilidade partilhada, a formação, o estreitamento de parcerias e a otimização dos recursos existentes na comunidade, possibilitando o desenvolvimento de trabalhos de prevenção do uso de drogas com os seguintes enfoques:

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

Uma experiência de trabalho em rede

Existem inúmeras experiências que demonstram ser possível o trabalho em rede. O Programa Social da Mangueira é um exemplo de que ações comunitárias podem integrar inúmeros pontos de uma rede de referência que vai além de evitar o envolvimento de crianças com o crime e as drogas. Ele confere aos participantes melhoria real de escolaridade, empregabilidade e condições de saúde. Tudo isso associado ao livre exercício da criatividade por meio da educação, arte, cultura e esporte.

Programa Social da Mangueira

Para afastar suas crianças e adolescentes do envolvimento com as drogas e com a marginalidade, o Grêmio Recreativo Escola de Samba Estação Primeira de Mangueira, no município do Rio de Janeiro (RJ), decidiu implantar, em 1987, o Projeto Olímpico. Idealizado pelo professor Francisco de Carvalho, o projeto aproveita os atrativos que o esporte exerce sobre os jovens como instrumento de integração social e desenvolvimento físico e psíquico. O projeto oferece oportunidades de crescimento pessoal e profissional, além de ajudá-los na conquista de uma saúde melhor.

O projeto inicial englobou outros, que tinham caráter semelhante, e todos juntos compõem o Programa Social da Mangueira.

1 - Projeto Olímpico

Primeiro a ser implantado, funciona na Vila Olímpica. Seus participantes têm recebido inúmeras medalhas e troféus. O candidato a uma vaga tem de estar matriculado e freqüentando a rede pública de ensino. As modalidades oferecidas são: atletismo, ginástica rítmica e olímpica, futebol de campo, futebol de salão, voleibol, basquete, handebol e natação.

2 - Projeto Educação

Envolve sete subprojetos:

- **CIEP “Nação Mangueirense”** — Oferece ensino fundamental da 5ª à 8ª série e ensino médio, além de inúmeras oficinas desportivas e culturais como capoeira, ginástica rítmica, informática, natação e outras. O índice de escolaridade no Morro da Mangueira subiu, em um período de dez anos, de 40% para 95%.
- **CAMP** — Círculo dos Amigos do Menino Patrulheiro — Visa preparar adolescentes para o mercado de trabalho. O aluno recebe aulas

de iniciação ao trabalho, telemarketing, orientação sexual, higiene e saúde, português e matemática. Já beneficiou cerca de 5 mil jovens, via convênios com aproximadamente 170 empresas.

- **Orquestra Afro-Brasileira** — Formada por 100 músicos de 7 a 16 anos, que contam com bolsa de US\$ 50 por mês. As atividades enfatizam a percussão e a profissionalização. Busca-se atenuar o problema da violência, utilizando uma prática democrática de ensino em que os alunos percebem os benefícios da convivência pacífica. A orquestra faz apresentações em todo o País e já gravou um CD.
- **Informática** — Destina-se a crianças que já tenham cursado a 6ª série. Os alunos aprendem DOS, Windows, Word, Excel e Internet durante cinco meses.
- **Oficinas Profissionalizantes** — Foram criadas para atender pessoas entre 14 e 50 anos, por meio de cursos de cabeleireiro, estética facial e corporal e de etiqueta.
- **Mangueira do Amanhã** — É uma escola de samba composta por crianças e adolescentes de 7 a 17 anos, nos mesmos moldes da Mangueira. A proposta é manter as crianças em contato permanente com suas raízes e tradições.
- **Clube Escolar Mangueira** — Oferece a alunos da rede municipal, mesmo àqueles de fora da comunidade, 21 oficinas gratuitas.

3 - Projeto Resgate da Cidadania

- **Castelo Branco-Mangueira** — Parceria em que a universidade presta diversos serviços à comunidade, tais como serviços jurídicos, de assistência social, esportivos, recreativos e culturais.
- **Barracão Mangueira** — Instalado no centro da cidade, acolhe crianças, adolescentes e idosos moradores de rua. Oferece oficinas que buscam a reintegração dessas pessoas às suas famílias e à sociedade.

4 - Projeto Saúde

Criado em parceria com a iniciativa privada, o Posto de Saúde oferece assistência odontológica para crianças, clínica médica, pediatria, ginecologia e laboratório de análises clínicas, além de atividades especiais para gestantes, mulheres na menopausa e hipertensos. Registra 2 mil atendimentos mensais.

Referências

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

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

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

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

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

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

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 nº 2**. La asociación de solidariedad para países emergentes. Peru, Junho de 1999.

O trabalho comunitário e a construção de redes sociais



*Maria Fátima Olivier Sudbrack

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

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

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

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

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

Um novo olhar sobre o uso de drogas

O modelo tradicional, baseado na repressão que estigmatiza o usuário e promove o amedrontamento da população, está superado. O trabalho de prevenção do uso de drogas vem evoluindo com a construção de um novo enfoque, voltado para a educação e para a saúde, centrado na valorização da vida e na participação da comunidade.

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

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

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

- Redução da demanda** — Ao conhecer as motivações e as necessidades, é possível perceber a oferta e a demanda em uma **ótica da circularidade**, ou seja, que a demanda gera oferta mas também que a oferta gera demanda. Sobretudo, no caso de jovens e de crianças, esta compreensão sistêmica da circularidade entre oferta e demanda nos remete à importância da colocação de limites firmes no acesso precoce às drogas.

- **Autonomia** — A proposta da conscientização da população privilegia a reflexão crítica sobre as experiências com drogas, avaliando os limites de cada pessoa na sua relação com o consumo dos diferentes produtos. Nesse caso, a opção do usuário ao fazer uso abusivo de drogas é reconhecida como fundamental e a mudança do seu comportamento só será efetiva a partir do momento que ele compreende o sentido desse ato e aceita o limite como uma regra em benefício de sua saúde.
- **Ampliação do conhecimento e competência para a ação** — O enfoque sistêmico privilegia os aspectos positivos e da saúde, resgatando as competências das pessoas, para que elas reajam de forma criativa na solução de seus problemas. Nesse sentido, a intervenção preventiva ao uso de drogas deve proporcionar situações que ampliem o conhecimento e a segurança das pessoas, a fim de que se sintam encorajadas para ação.
- **Abordagem integrada** — A droga vista na sua relação com o usuário e o meio ambiente mostra a passagem de uma forma isolada de se tratar a questão para uma abordagem integrada e contextualizada que denominamos **abordagem sistêmica**. Não podemos atribuir à droga uma vida própria, pois ela é apenas uma substância inerte e inofensiva, em si, sem possuir, por si só, qualquer poder de influenciar pessoas.
- **Educação** — É necessária uma abordagem centrada na informação adequada em vez de simplesmente reprimir pelo medo e pelo terror. A ampliação do conhecimento permite a identificação das situações de risco a serem evitadas e também promove maior conscientização a respeito das conseqüências e motivações relacionadas ao ato de drogar-se.
- **Questão relacional** — O comportamento de uso de drogas representa a busca de uma solução em face de dificuldades apresentadas no contexto das relações familiares e/ou sociais. O uso de drogas nos remete a um questionamento que vai além da pessoa do usuário, em si próprio, e se amplia para uma reflexão e intervenção junto a todas as pessoas envolvidas.
- **Soluções participativas e contextualizadas** — A idéia de promover soluções participativas e contextualizadas traduz valores essenciais que fundamentam a prática de redes sociais como a

cooperação, a complementaridade, o respeito mútuo, a afinidade afetiva, o prazer de estar junto. Destaca-se, aqui, como estratégia fundamental na intervenção preventiva a necessidade de se privilegiarem os vínculos entre as pessoas e as redes sociais construídas naturalmente na comunidade.

Desafios no trabalho preventivo com as comunidades de baixa renda

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

- O que se pode fazer em comunidades em que a presença do tráfico de drogas é significativa?
- Como trabalhar com a prevenção do uso de drogas numa situação em que tudo está em risco, até a própria vida?
- Quais as possibilidades de se falar sobre drogas numa comunidade regida pela “lei do silêncio”?
- Como superar a passividade e a cumplicidade geradas pelo medo?
- Como mobilizar o potencial criativo dessas comunidades para que se produza algo novo?
- O que é possível mudar e qual o preço dessa mudança?
- Com quem podemos contar como aliados nesse trabalho?

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

A importância da participação de todos

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

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

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

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

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

Resumo

Você está encerrando a Unidade 9 deste Curso. Os dois textos abordaram os seguintes conteúdos:

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

Na próxima Unidade, você verá as diversas formas de tratamento de um indivíduo com dependência química. Até lá!

Referências

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

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

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

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

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

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



Tratamento

* Raquel De Bon
Félix Kessler



Ao fim desta Unidade, você terá subsídios para avaliar a necessidade de tratamento de um indivíduo com dependência química e conhecerá as diversas formas de tratamento. Preste muita atenção, portanto, no desenvolvimento dos temas abaixo relacionados:

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

Introdução

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

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

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

Isso acontece porque a dependência química resulta da interação de vários aspectos da vida do indivíduo: biológico, psicológico e social. Desse modo, as intervenções devem ser diferenciadas para cada indivíduo e devem considerar todos os aspectos envolvidos.

Assim, torna-se fácil entender porque existem tantos tipos de tratamento, mas em todos eles alguns aspectos devem ser considerados. Um desses aspectos é a **motivação para mudança**.

Um modelo conhecido por “estágios de mudança”, descrito primeiramente por Prochaska e Di Clemente (1983), tem sido bastante discutido entre os técnicos que trabalham com dependência química (DQ). Esse modelo sugere que os indivíduos apresentam “fases de motivação” para o tratamento, permitindo, assim, que os profissionais entendam melhor as mudanças de comportamento, os **lapsos** e as recaídas dos usuários de drogas.

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

Os estágios não são necessariamente seqüenciais, e os indivíduos usualmente passam por eles várias vezes durante o tratamento, em ordens aleatórias. A descrição sucinta dos estágios de mudança e algumas estratégias que podem ser aplicadas em cada um deles encontra-se na Tabela 1. Acompanhe.

Tabela 1 - Descrição dos estágios de mudança

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

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

Definição de objetivos de um tratamento para dependência química

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

Abstinência do uso de substâncias psicoativas

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

Melhorar a qualidade de vida

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

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

Prevenção de recaídas

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

Às vezes, para atingir estes objetivos, é necessário propor objetivos intermediários que possibilitem o comprometimento e cumprimento das metas.

Quem precisa de tratamento?

Para responder esta pergunta, é necessária uma avaliação cuidadosa e ampla do indivíduo. Nesta avaliação, deve-se perguntar sobre as substâncias utilizadas, o tipo de consumo de cada uma delas (se o uso é experimental, recreacional, abuso ou dependência); tratamentos anteriores; comorbidades clínicas e psiquiátricas; história familiar ; **perfil psicossocial**.

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

Quanto maior a gravidade do consumo, mais o indivíduo necessita de tratamento. Indivíduos que apresentam padrões de consumo recreacional e de abuso, em geral, também se beneficiam de tratamento, sendo que, nesses casos, apenas o aconselhamento pode ser suficiente.

Avaliando comorbidades psiquiátricas

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

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

Como escolher o tratamento

Antigamente, havia poucas opções disponíveis (internação, grupo de auto-ajuda e encaminhamento a especialistas), contudo, como as pesquisas têm demonstrado que tratamentos breves, conduzidos por não-especialistas, apresentam resultados significativos e com baixo custo, essas técnicas vêm sendo amplamente difundidas também em nosso meio.

Abordagens por não-especialistas são realizadas por meio de aconselhamento e intervenções breves (detalhadas a seguir). Contudo, indivíduos com maior dificuldade de aderência ou pouca melhora com o tratamento breve devem ser encaminhados a especialistas como psiquiatras ou psicólogos.

Quando, então, encaminhar ao especialista? Quando apresentarem, principalmente, as seguintes características:

1. suspeita de outras doenças psiquiátricas;
2. não melhoraram com os tratamentos anteriores;
3. tiveram múltiplas tentativas de abstinência sem sucesso.

Se o usuário é incapaz de cumprir as mínimas combinações, ou se ele apresenta-se freqüentemente intoxicado, provavelmente encontra-se um quadro de dependência grave e necessita ser encaminhado para algum outro ambiente que envolva mais estrutura e segurança – para si e para os técnicos que o atendem. Outras indicações de internação psiquiátrica ocorrem quando a agressividade do indivíduo implica riscos para sua integridade física ou para os outros.

Quadro 1 - Indicações de internação

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

- Condições médicas ou psiquiátricas que requeiram observação constante (**estados psicóticos graves**, idéias suicidas ou homicidas, debilitação ou abstinência grave).
- Complicações orgânicas devidas ao uso ou cessação do uso da droga.
- Dificuldade para cessar o uso de drogas, apesar dos esforços terapêuticos.
- Ausência de adequado apoio psicossocial que possa facilitar o início da abstinência.
- Necessidade de interromper uma situação externa que reforça o uso da droga.

As várias formas de tratamento

O tipo de tratamento a escolher depende da gravidade do uso e dos recursos disponíveis para o encaminhamento. A seguir, vamos descrever brevemente os principais modelos de tratamento que vêm sendo utilizados em nosso meio e que são cientificamente recomendados. Eles devem ser indicados conforme os critérios previamente estabelecidos e muitas vezes se constituem em abordagens complementares para um mesmo indivíduo, de modo que não devem ser vistos como excludentes.

Desintoxicação

A desintoxicação pode ser realizada em três níveis com complexidade crescente: tratamento ambulatorial, internação domiciliar e internação hospitalar.

No tratamento ambulatorial e na internação domiciliar, sempre que necessário, utilizam-se medicamentos para o alívio dos sintomas (**benzodiazepínicos**, antipsicóticos, entre outros).

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

Em qualquer uma das opções, os objetivos da desintoxicação são:

1. alívio dos sintomas existentes;
2. prevenção do agravamento do quadro (convulsões, por exemplo);
3. vinculação e engajamento do indivíduo no tratamento.

Grupos de auto-ajuda

É importante estar familiarizado com programas de auto-ajuda, especialmente o dos **12 passos** empregados pelos Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA). Estes programas são muito populares e, segundo as pesquisas, costumam ser bem sucedidos como programas de recuperação para os transtornos por uso abusivo de álcool ou outras drogas.

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

Trata-se de uma técnica baseada na filosofia dos Alcoólicos Anônimos, em que são recomendados 12 princípios básicos para manter a abstinência.

Estes programas servem de apoio ao dependente químico, pois se orientam pela experiência dos demais participantes e pela identificação com eles. Frequentemente, também, os AA ou NA estimulam uma rede saudável de contato e apoio social. Além disso, a filosofia dos 12 passos divulga algumas idéias psicológicas e espirituais que facilitam lidar com as pressões de vida diárias e parecem ajudar alguns dependentes a estabelecer e manter um estilo de vida sóbrio.

Comunidades terapêuticas

As comunidades terapêuticas e as fazendas para tratamento de dependentes químicos disponíveis no nosso meio possuem as mais variadas orientações teóricas e, em geral, utilizam uma filosofia terapêutica baseada em disciplina, trabalho e religião. Esse recurso deve ser reservado para indivíduos que necessitam de um ambiente altamente estruturado e para aqueles com necessidade de controle externo (nenhuma capacidade de manter abstinência sem auxílio). Algumas disponibilizam atendimento médico e devem ser preferidas quando houver a possibilidade da indicação de uso de medicação por comorbidade ou por dependência grave.

Tratamentos farmacológicos

O tratamento farmacológico para a dependência química funciona com a prescrição de medicamentos, por profissionais da área médica, tanto em hospitalizações, para tratar sintomas de intoxicação e abstinência, quanto no tratamento ambulatorial.

As estratégias medicamentosas aceitas e eficazes têm como finalidade:

1. tratar sintomas da intoxicação;
2. tratar sintomas de abstinência;

Fazer efeito contrário à droga.

3. substituir o efeito da substância (por exemplo, adesivo de nicotina no tratamento do tabagismo);
4. **antagonizar** os efeitos da droga (como o naltrexone, no tratamento do alcoolismo);
5. causar aversão à droga (como o dissulfiram que provoca vermelhidão facial, dor de cabeça, palpitação, enjôo e sensação de morte, quando o indivíduo ingere álcool).

Tratamentos psicossociais

Entre os vários tipos de tratamento, os psicossociais são os mais amplamente utilizados. Costumam estar disponíveis em diversos níveis do sistema de saúde: em postos de saúde, em Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-ad), e serviços terciários de atendimento (hospitais gerais). As formas mais aceitas de tratamentos psicossociais são brevemente descritas a seguir.

Entrevista Motivacional

A Entrevista Motivacional foi desenvolvida por William Müller e colaboradores, e postula que a motivação dos indivíduos para uma mudança de comportamento pode ser modificada através de estratégias específicas. A técnica de Entrevista Motivacional constitui-se de um estilo que evita o confronto direto e promove o questionamento e o aconselhamento, visando a estimular a mudança do comportamento. Ela prioriza a autonomia do indivíduo em tomar decisões e é baseada em cinco princípios básicos.

1. **Expressar empatia:** escutar respeitosamente o indivíduo, tentando compreender o seu ponto de vista, ainda que não concordando necessariamente com ele.
2. **Desenvolver discrepância:** conduzir o usuário a visualizar os seus objetivos de vida, contrastando com o seu comportamento atual, para poder criar uma percepção de incompatibilidade entre os atos e os seus objetivos.
3. **Evitar discussões:** evitar discussões e confrontações diretas, promovendo reflexões com eventuais aconselhamentos sobre o tema em questão.

4. **Fluir com a resistência:** não se deve impor novas visões ou metas, mas convidar o indivíduo a vislumbrar novas perspectivas que lhe são oferecidas.
5. **Estimular a auto-eficácia:** a auto-eficácia é a crença do próprio indivíduo na sua habilidade de executar uma tarefa ou resolver um problema e deve sempre ser estimulada.

Aconselhamento

É a intervenção psicossocial mais amplamente utilizada em dependência química e contribui para uma evolução positiva do tratamento. Consiste, fundamentalmente, de apoio, proporcionando estrutura, monitoração, acompanhamento da conduta e encorajamento da abstinência. Proporciona, também, serviços ou tarefas concretas tais como encaminhamento para emprego, serviços médicos e auxílio com questões legais.

O aconselhamento deve ser individualizado, enfatizando o retorno da avaliação realizada.

Pode ser mínimo (3 minutos), breve (3-10 minutos) ou intensivo (mais de 10 minutos). Pode ser aplicado por qualquer profissional adequadamente treinado e apresenta quatro fases:

1. Avaliação (identificação do problema).
2. Aconselhamento (estratégias motivacionais).
3. Assistência.
4. Acompanhamento.

Intervenção Breve

A Intervenção Breve é uma técnica mais estruturada que o aconselhamento. Possui um formato claro e simples, e também pode ser utilizada por qualquer profissional.

Quando tais intervenções são estruturadas em uma até quatro sessões, produzem um impacto igual ou maior que tratamentos mais extensivos para a dependência de álcool. Terapias fundamentadas na entrevista motivacional produzem bons resultados no tratamento e podem ser utilizadas na forma de intervenções breves.

As intervenções breves utilizam técnicas comportamentais para alcançar a abstinência ou a moderação do consumo. Ela começa pelo estabelecimento de uma meta. Em seguida, desenvolve-se a auto-monitorização, identificação das situações de risco e estratégias para evitar o retorno ao padrão de consumo problemático. O espectro de problemas também determina que se apliquem intervenções mais especializadas para indivíduos com problemas graves, além de adicionais terapêuticos, como manuais de auto-ajuda, aumentando a efetividade dos tratamentos.

Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Prevenção de Recaída

Nesta forma de tratamento, procuram-se corrigir as distorções cognitivas (pensamentos e crenças mal-adaptativas) e os comportamentos que o usuário tem em relação à droga.

A abordagem básica da TCC pode ser resumida em “reconhecer, evitar e criar habilidades para enfrentar” as situações que favorecem o uso de drogas. As sessões seguem uma estrutura padronizada e os indivíduos têm papel ativo no tratamento.

Após a motivação e a implementação de estratégias para interromper o uso da droga, surge uma tarefa tão ou mais difícil, que consiste em evitar que o indivíduo volte a consumi-la. O modelo de “prevenção de recaída” (Marlatt, 1993) incorpora os aspectos cognitivo-comportamentais e objetiva treinar as habilidades/estratégias de enfrentamento de situações de risco, além de promover amplas modificações no estilo de vida do indivíduo.

Terapia de Grupo

O desenvolvimento da técnica de grupoterapia é uma alternativa para atender um maior número de pessoas, num menor tempo, e, portanto, com um **custo mais baixo**. É considerada uma alternativa viável e também efetiva.

O tratamento em grupo de dependentes de álcool e de outras drogas vem ocupando um espaço amplo, mas o seu estudo ainda é restrito, pois exige uma metodologia de avaliação muito rigorosa.

Terapia de família

A comunicação com os familiares traz amiúde novos dados que podem ter fundamental importância no esclarecimento diagnóstico e tratamento do paciente. Quando se percebe que o conflito familiar interfere diretamente no tratamento, costuma-se indicar terapia de família.

A terapia de família objetiva aprimorar a comunicação entre cada um de seus componentes e abordar a ambivalência de sentimentos. Ela pretende reforçar positivamente o papel do dependente químico na família, levando a uma melhor adaptação no seu funcionamento social.

Redução de Danos

Em Saúde Pública, o conceito de Redução de Danos, já abordado nas Unidades 4 e 5, é utilizado com a finalidade de prevenir ou reduzir as consequências negativas associadas a um determinado comportamento.

Considerando o tratamento de dependência química, ele é útil, por exemplo, na redução da transmissão de HIV e hepatites através de programas de troca de seringas, para usuários de drogas injetáveis.

Fórum: Diferentes modalidades terapêuticas.

Ao terminar estas primeiras dez Unidades, você conheceu ou reviu uma ampla gama de conceitos e informações sobre drogas, passando pelos conceitos básicos como experimentação, abuso, questões culturais, prevenção, redução de danos e tratamento, tudo isso entremeado com dados recentes sobre o uso de drogas no Brasil e no mundo. Para encerrar esta etapa, execute a seguinte atividade: faça uma breve retrospectiva sobre os assuntos estudados e anote todas as referências importantes relacionadas à sua comunidade que você lembrou durante os estudos. Então, acesse o fórum e compartilhe com os colegas as reflexões que apareceram durante esse período de estudos. Lembre-se que eles vêm de realidades e áreas de atuação distintas, então, quanto maior a colaboração, mais rico será o debate. Também é uma boa oportunidade para tirar alguma dúvida sobre o conteúdo, ou solicitar alguma sugestão de ação direcionada ao seu trabalho de conselheiro. Se tiver alguma dúvida, procure pelo seu tutor. Participe!



Resumo

Você está encerrando a Unidade 10 deste Curso. Nesta etapa, você conheceu critérios para avaliar a necessidade de internação para dependentes químicos, bem como as variadas formas de tratamento que podem ser aplicadas a cada caso específico. Os locais de atendimento podem ser acessados no site: www.obid.senad.gov.br.

Na Unidade 11, você começa a estudar as principais políticas públicas, iniciando pelo conceito de conselhos e sua importância (participativa) na formulação das mesmas. Até lá!

Referências

American Psychiatry Association. **Practice Guideline for the treatment of patients with substance use disorders**. 2ª ed. 2006

ARRIERO, MAJ; ALFARO, GP; JIMÉNEZ, RR & HOENICKA, J. “Objetivos y estrategias generales de tratamiento”. In: **Tratado SET de transtornos adictivos**. Peris JCPC: ed. Médica Panamericana, Madrid. 2006. pp. 399.

CREMESP/AMB. **Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento**. 2ª ed. 2003

DIEMEN, LV; KESSLER, F & PECHANSKY, F. “Drogas: Uso, abuso e dependência”. In: DUNCAN, Bruce; SCHMIDT, Maria Inês & GIUGLIANI, Elsa (Org.). **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 2004. pp. 917-931.

EDWARDS, G; MARSHALL, EJ & COOK, CCH. **O tratamento do Alcoolismo – um guia para profissionais da saúde**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

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

LARANJEIRA, R. “Abuso e Dependência de Álcool – Diagnóstico e Tratamento Farmacológico”. In: **Dependência Química, novos modelos de tratamento**. São Paulo: Editora Roca, 2001. pp. 1-18.

LOWINSON, JH; RUIZ; MILLMAN, RB & LANGROD, JG. **Substance Abuse - A Comprehensive Textbook**. 4ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.

MARLATT & GORDON: **Prevenção da Recaída: estratégias de Manutenção no Tratamento de Comportamentos Aditivos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993

MARLATT, G.A. “Prevenção de Recaída: racional// teórica e visão do mundo. In: MARLATT, G.A.; Gordon, J.R. **Prevenção de Recaída – Estratégias de Manutenção no Tratamento de Comportamento Aditivos**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

MARQUES, ACPR & RIBEIRO, M. **Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde**. Prefeitura da Cidade de São Paulo, Secretaria Municipal de Participação e Conselho Municipal de Políticas Públicas de Drogas e Álcool de São Paulo – COMUDA, 2006.

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

PROCHASKA, J.O. & DiCLEMENTE, C.C. **Stages and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change**. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1983. pp. 5: 390-95.

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



Conselhos: espaço de participação e controle social



Andrea Lagares Neiva
Cátia Betânia Chagas
Karen Santana de Almeida



Ao final desta Unidade, você terá conhecimento sobre a importância dos conselhos na formulação de políticas públicas, bem como os principais desafios para a conquista dessa participação. Para isso, você estudará os seguintes assuntos:

- a história e o conceito dos conselhos
- os conselhos como espaços públicos de exercício da participação via controle social
- desafios à qualificação dos processos participativos e consolidação dos espaços de controle social

O “controle social” descrito na Constituição Federal prevê a participação da população na elaboração, implementação e fiscalização de políticas sociais. Essa participação se dá através de conselhos, que – representados pela união da sociedade civil com o Estado – possuem um olhar multifacetado da realidade e dos problemas relacionados ao tema abordado pela política social, seja ela da saúde, da educação, da habitação, do trabalho, do idoso, entre outros. Assim, o desafio da construção de uma sociedade efetivamente democrática requer o fortalecimento dos conselhos.

Participação é a maneira pela qual os desejos e as necessidades de diferentes segmentos da população podem ser expressos em um espaço público de modo democrático. A participação é um processo educativo de construção de argumentos e de formulação de propostas, além de ser um espaço onde os cidadãos aprendem a ouvir outros pontos de vista, a reagir, a debater e a chegar ao consenso. Neste sentido, essas são atitudes que transformam todos aqueles que integram os processos participativos.

Controle Social ou democracia direta refere-se ao acesso à informação e à participação da sociedade civil, organizada ou não, na gestão, implementação de ações e fiscalização das organizações públicas e privadas, assim como na formulação e revisão de diretrizes, normas e contratos dessas organizações. O controle social pode ser exercido pela via formal – mediante previsão legal ou estatutária desta participação da sociedade civil – ou informalmente, por meio de espaços institucionalizados ou não de exercício do controle social.

Uma introdução aos conselhos

A história da democratização no Brasil tem como marco fundamental a Constituição Federal de 1988, que traz novas orientações às relações entre Estado e sociedade civil. A chamada “Constituição Cidadã”, concretizadora de direitos, afiança a participação da população no controle e gestão das políticas públicas (Constituição Federal, art. 10; 194, inciso VII; 198, inciso III; 204, inciso II; 206, inciso VI, 1988), transformando, assim, a **participação** em um importante mecanismo de democratização e fortalecimento da cidadania.

A sociedade civil passa, então, a assumir novas responsabilidades, acessando os espaços onde são tomadas as decisões e tornando-se, portanto, sujeito na formulação das políticas públicas. Dessa forma, passa a participar não só do debate, mas também da deliberação sobre as suas necessidades que devem ser incorporadas pela agenda pública, assumindo, ainda, o exercício do **controle social** sobre as ações do Estado.

No que diz respeito à relação existente entre o controle social e a participação, vale lembrar que o sentido de controle social inscrito na Constituição Federal é o da participação da população na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais.

O controle social inexistente sem a participação, embora nem toda participação vise conduzir o indivíduo ao exercício do controle social. A atividade de participação está, por vezes, associada apenas ao ato de tomar conhecimento dos processos e decisões ou de se fazer presente nos mesmos, mas não necessariamente de forma ativa. O controle social vai mais além, na medida em que ele, de fato, demanda *tornar-se parte ativa* e pressupõe não só a capacidade, mas também a oportunidade do sujeito opinar, avaliar, implementar ações e atuar na fiscalização de organizações públicas ou privadas.

Para que haja uma efetiva participação da sociedade civil na formulação e na implementação das políticas sociais, cabe, ainda, considerar a importância de se promover condições efetivas de cidadania, como a melhoria das condições de vida dos grupos sociais em situação de exclusão social, diminuição dos procedimentos burocráticos das instituições estatais, organização de um sistema de informação sobre os serviços com amplo acesso e garantia da autonomia local na execução dessas políticas.

Um outro elemento essencial ao processo de redemocratização do Estado brasileiro, incorporado na Constituição de 1988, foi a descentralização político-administrativa, que concedeu às estruturas locais maior autonomia, com a transferência da execução das políticas sociais para essas instâncias. O município ressurge, nesse contexto, como um espaço privilegiado de poder, pelo seu tamanho e proximidade com os cidadãos, o que permite uma dinâmica participativa com novos formatos institucionais (PINTO, 2004).

A Constituição de 1988 previu, ainda, os espaços concretos para o exercício da cidadania, elencando os conselhos como instrumentos de mediação na relação entre o Estado e a sociedade civil (GOIN, 2000). Sua função, portanto, é garantir os princípios da participação da sociedade nos processos de decisão, definição e operacionalização das políticas públicas.

O direito constitucional à participação, assegurado através dos conselhos, passou a ser regulamentado nos diferentes níveis da administração pública, por leis orgânicas específicas, relacionados às ações e serviços públicos como saúde e educação, interesses coletivos como meio-ambiente e de grupos específicos, como crianças e adolescentes, idosos etc (GOIN, 2000).

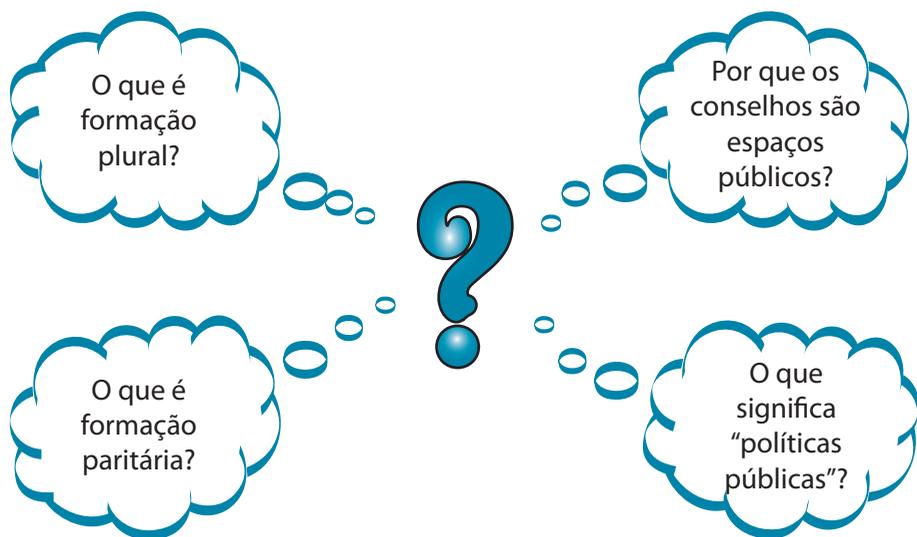
Confira alguns exemplos de participação e de controle social

- Conselho Nacional Antidrogas – Lei nº 11.343 de 23.8.06
- Conselho Nacional de Assistência Social – Lei nº. 8.742 de 07.12.93
- Conselho Nacional de Educação – Lei nº. 9.131 de 24.11.95
- Conselho Nacional de Saúde – Lei nº. 8.142 de 28.12.90
- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – Lei nº. 8.242 de 12.12.91
- Conselho Nacional de Segurança Pública – Decreto nº. 5.834 de 06.7.06

Conselhos como espaços públicos de exercício da participação via controle social

Você já estudou que o controle social é exercido pelo povo, por meio dos conselhos. Mas, afinal, o que são e como funcionam os conselhos?

Os conselhos são espaços públicos criados por lei (federal, estadual ou municipal) cuja formação é plural e paritária, na qual participam as organizações governamentais – Ministérios, Secretarias e outros órgãos vinculados – em conjunto com a sociedade civil organizada – associações e organizações não-governamentais –, tendo como principal função a formulação e o controle da execução das políticas públicas setoriais.



Formação plural é aquela na qual é permitida a participação de cidadãos de diferentes crenças religiosas, etnias, gêneros, filiações partidárias e convicções religiosas, entre outras características, para que os conselhos tenham em sua formação pessoas que representem todas as diversidades que constituem a sociedade brasileira.

Já a **formação paritária** significa igualdade numérica de conselheiros representando a sociedade civil e o Estado. Isto é, em um conselho que possui vinte membros, dez de seus membros devem representar a sociedade civil, sejam eles de associações e/ou de organizações não-governamentais, e dez membros devem ser representantes do Estado.

Os **conselhos** são espaços públicos porque formam um campo de debate e discussões na construção conjunta de acordos e na elaboração de políticas públicas que atendam aos interesses da sociedade civil e do Estado. Por proporcionar esses debates e por apresentar sugestões para as questões levantadas, os conselhos são reconhecidamente instâncias de natureza deliberativa e consultiva:

- **natureza deliberativa** – capacidade própria de decidir sobre a formulação, controle, fiscalização, supervisão e avaliação das políticas públicas, inclusive nos assuntos referentes à definição e destinação do orçamento;
- **natureza consultiva** – significa que o Estado, para decidir sobre o direcionamento das políticas públicas, deve consultar o respectivo conselho gestor.

Por exemplo, se o prefeito de Pequenópolis decide juntamente com o secretário de educação implantar um novo programa para educação infantil, antes eles podem se reunir com o Conselho Municipal de Educação de Pequenópolis e consultá-lo, pois esta é a instância que, por representar a sociedade civil, as escolas e o Estado, possui um olhar multifacetado da realidade e dos problemas relacionados à educação infantil desse município.

Para garantir a necessidade, a satisfação e o direito do cidadão em diversos setores, como saúde, educação, habitação, trabalho, infância e juventude, idoso, mulher, negro, índio entre outros, o Estado utiliza um conjunto de ações denominadas **políticas públicas**.

Portanto, os conselhos têm um papel essencial na promoção e no reordenamento das políticas públicas brasileiras e, principalmente, na garantia e concretização dos direitos sociais dos cidadãos.

Desafios à qualificação dos processos participativos e consolidação dos espaços de controle social

Apesar do cenário democrático traçado pela Constituição, algumas dificuldades têm sido enfrentadas não apenas no que se refere à efetivação das garantias sociais, mas também quanto à consolidação de processos efetivos de participação.

A participação nos conselhos surge, nesse contexto, com o desafio de desmistificar a lógica de fragmentação das políticas sociais e promover o debate intersetorial, com a articulação dos diferentes setores, na perspectiva de complementariedade entre as políticas. Esse desafio, por sua vez, requer dos sujeitos sociais envolvidos a capacidade de uma compreensão crítica da realidade social nas suas múltiplas manifestações. Dessa forma, será possível aos conselhos ultrapassar os limites dos seus campos de atuação específicos, avançando em direção a uma atuação integrada.

A visão fragmentada dos problemas sociais dificulta uma atuação integrada das diferentes políticas, gerando a ineficácia das ações, dispersando os já escassos recursos e, ao mesmo tempo, fazendo coexistir lacunas e superposição de ações.

O desafio da construção democrática no País é um processo permeado por conflitos, em virtude da complexidade de fatores que caracterizam a relação entre Estado e sociedade civil. A multiplicidade dos interesses dispostos nesses espaços, portanto, requer novos aprendizados que instrumentalizem a capacidade de negociação e construção do interesse público na formulação das políticas (DAGNINO, 2002).

Nesse sentido, a abordagem dos temas “drogas” e “violência” como fenômenos complexos e multifacetados que permeiam a atuação dos diferentes conselhos – como uma realidade que está posta e que exige respostas do conjunto da sociedade – expõe a importância da capacitação para instrumentalizar a participação dos conselheiros na elaboração, implementação e fiscalização das políticas em seus vieses e interfaces com a questão das drogas e da violência.

Nossa expectativa é de que o conhecimento relacionado ao uso de álcool e outras drogas, bem como a sua associação à questão da violência, possa também viabilizar o desenvolvimento de ações intersetoriais e promover o trânsito entre os usuários de diferentes esferas da política social,

impulsionando ações intersetoriais e interdisciplinares frente ao desafio de integração e articulação entre as ações, os conselhos e as diferentes políticas sociais.

Convém ainda, no contexto do debate sobre o desafio da construção democrática, enfatizar a importância de uma abordagem desmistificada do fenômeno das drogas. É necessário um conhecimento contextualizado e abrangente, de maneira responsável, sem apologia ao consumo das drogas, mas também sem assumir um posicionamento radical, centrado numa abordagem meramente repressiva. Isso porque a reprodução destes discursos de viés estigmatizante, além de impedir um adequado dimensionamento do fenômeno, é responsável por reproduzir visões preconceituosas sem fundamentação científica, que acabam por promover a expansão dos abusos e dependências, além de perpetuar a exclusão desses segmentos (BUCHER, 1994).

Assim, o desafio da construção de uma sociedade efetivamente democrática, que requer o fortalecimento dos conselhos, enquanto instâncias coletivas de decisão e espaço de exercício do controle social, deve pautar-se no respeito às diferenças, para que as demandas e a atenção aos mais amplos segmentos sociais possam ser devidamente contempladas na formulação das diferentes políticas, rumo ao compromisso de consolidação da cidadania.

Se você estiver interessado em conhecer o funcionamento dos diferentes conselhos, acesse o site: www.brasil.gov.br/governo_federal/estrutura/conselhos



Resumo

Você está encerrando a Unidade 11 deste Curso. Nesta etapa, você estudou a importância dos conselhos na elaboração, implementação e fiscalização de políticas sociais. Aprendeu, também, que essa junção da sociedade civil com o Estado é capaz de analisar com propriedade plural os temas sociais de cada comunidade e que o fortalecimento dos conselhos é um importante requisito para a construção de uma sociedade verdadeiramente democrática.

Na próxima Unidade, você aprofundará os conceitos sobre políticas públicas sobre drogas, ou seja, a ação estatal no caminho da resolução dos problemas relacionados ao uso abusivo de drogas. Até lá!

Referências

ALMEIDA, Karen Santana de. **Setor Público Não-Estatal: (Des) caminhos do controle social e da equidade no acesso aos serviços de saúde**. Dissertação de Mestrado em Política Social. Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

BUCHER, R. & OLIVEIRA, S. R. M. “O discurso do ‘combate às drogas’ e suas ideologias”. **Rev. Saúde Pública** 28, pp. 137-145, 1994.

DAGNINO, Evelina. “Sociedade Civil, Espaços Públicos e a Construção Democrática no Brasil: Limites e Possibilidades”. In: DAGNINO, Evelina. **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Paz e Terra, 2002, pp. 279-301

DAGNINO, Evelina. “Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando?”. In: Daniel Mato (coord.). **Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización**. Caracas: Universidad Central de Venezuela, 2004, pp.95-110.

GOHN, Maria da Glória. O papel dos conselhos gestores na gestão urbana. In: RIBEIRO, Torres & CLARA, Ana (Comp.) **Repensando la experiencia urbana de America Latina: cuestiones, conceptos y valores**. Buenos Aires: Coleccion Grupos de Trabajo de CLACSO, CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. Octubre 2000. p.175-201. Disponível em: <http://168.96.200.17/ar/libros/urbano/gohn.pdf>. Acesso em abril de 2008)

PINTO, Vanessa Daniela Silva. “O exercício do direito de participar para democratizar a gestão pública municipal”. In: **Ser Social** 15, pp. 57-84, 2004.

RAICHELIS, Raquel. “Articulação entre conselhos de políticas públicas – uma pauta a ser enfrentada pela sociedade civil”. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 85. São Paulo: Cortez, 2006, pp.109-122.



Políticas públicas sobre álcool e outras drogas no Brasil



Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte



Ao fim dessa Unidade, você terá conhecido o histórico das políticas públicas sobre álcool e outras drogas no Brasil e a atual situação do País nesse assunto. Com esse objetivo, você estudará os seguintes tópicos:

- o início das políticas públicas sobre o uso abusivo de drogas no Brasil
- as políticas vigentes

Política Nacional sobre Drogas

Até o ano de 1998, o Brasil não contava com uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda e da oferta de drogas. Foi a partir da realização da XX Assembléia Geral Especial das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas, aderidos pelo Brasil, que as primeiras medidas foram tomadas. O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a **Secretaria Nacional Antidrogas** (SENAD), diretamente vinculada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República.

De acordo com a Medida Provisória nº 1.669 e Decreto nº 2.632 de 19 de junho de 1998.

Em dezembro daquele mesmo ano, foi realizado em Brasília o I Fórum Nacional Antidrogas com a finalidade de elaborar a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Três anos depois, em dezembro de 2001, por ocasião do II Fórum Nacional Antidrogas e com base nos subsídios provenientes do I Fórum, a PNAD foi formalmente elaborada. Então, em 26 de agosto de 2002, por meio de **Decreto Presidencial**, foi instituída a Política Nacional Antidrogas.

Decreto nº 4.345 de 26.08.2002, que instituiu a Política Nacional Antidrogas.

Em 2003, o Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em mensagem ao Congresso Nacional, no início de seu primeiro mandato, apontou a necessidade de construção de uma nova Agenda Nacional para a redução da demanda de drogas no País, que viesse a contemplar três pontos principais:

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

Ao longo dos primeiros anos de existência da Política Nacional Antidrogas, o tema *drogas* manteve-se em pauta e a demanda pelo 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.

A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), como órgão responsável por articular, coordenar e integrar as ações intersetoriais do governo na área de redução da demanda de drogas, além de implementar, acompanhar e fortalecer a Política de drogas no País, desenvolveu, em 2004, um processo para o realinhamento da Política vigente. Para isso, uma série de oito eventos foi realizada: um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis fóruns regionais e o Fórum Nacional sobre Drogas.

Devido à intersetorialidade do tema, o processo de realinhamento da PNAD contou com representantes do governo federal, dos governos estaduais, municipais e do Distrito Federal, da comunidade científica, das organizações não-governamentais, dos educadores, das lideranças comunitárias, dos profissionais da área da saúde e assistência social e da segurança pública e justiça.

Com a ampla participação popular, embasada em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados, a política realinhada passou a chamar-se Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e foi aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), em 23 de maio de 2005, entrando em vigor em 27 de outubro desse mesmo ano, por meio da Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD.

Como resultado, o prefixo “anti” da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo “sobre drogas”, já de acordo com os novos estudos, com o posicionamento do governo e com a nova demanda popular, manifestada ao longo do processo.

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 assessorou os parlamentares no processo que culminou na aprovação da Lei nº 11.343 de 23.08.2006, 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.

Política Nacional sobre o Álcool

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

Nesta direção, diversas ações foram efetivadas. Destaca-se a **1ª Conferência Panamericana de Políticas Públicas para o Álcool**, realizada em novembro de 2005, em parceria com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Neste evento, representantes governamentais de 26 países discutiram o impacto, na saúde e na segurança, do consumo indevido de álcool.

O resultado deste trabalho foi a elaboração da **Declaração de Brasília de Políticas Públicas sobre o Álcool**, que fez algumas recomendações sobre possíveis medidas a serem adotadas pelos países quando da elaboração de suas políticas públicas, dentre elas:

1. que a prevenção e a redução dos danos relacionados ao consumo abusivo de álcool sejam considerados uma prioridade de saúde pública;
2. sejam desenvolvidas estratégias regionais e nacionais, a fim de reduzir os danos relacionados ao consumo do álcool;
3. as estratégias devem estar apoiadas em estudos científicos sobre o impacto do álcool e os efeitos;
4. a política deve contemplar áreas prioritárias de ação: o consumo geral da população, mulheres (inclusive mulheres grávidas), populações indígenas, jovens, outras populações vulneráveis, violência, lesões intencionais e não intencionais, consumo de álcool por menores de idade e transtornos relacionados ao uso de álcool.

Esse processo permitiu ao Brasil chegar a uma política realista sem qualquer viés de fundamentalismo ou de banalização do consumo, embasado de forma consistente por dados epidemiológicos, pelos avanços da ciência e pelo respeito ao momento sociopolítico do País, refletindo 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, o Governo Federal, por meio de um Decreto Presidencial (nº 6.117 de 22.05.2007), apresentou à sociedade brasileira a **Política Nacional sobre o Álcool**, numa clara demonstração de responsabilidade e vontade política com um assunto difícil, mas de inquestionável relevância.

A Política Nacional sobre o Álcool possui como objetivo geral estabelecer princípios que orientem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersectorialidade 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 proposta efetiva ao clamor da sociedade por ações concretas de proteção aos diferentes domínios da vida da população, veio acompanhada de um elenco de medidas passíveis de implementação pelos órgãos de governo no âmbito de suas competências e outras, de articulação com o poder Legislativo e outros setores da sociedade.

Cumprir destacar a aprovação da Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008, que estabeleceu a alcoolemia 0 (zero) e impõe severas penalidades para aqueles condutores que dirijam sobre a influência do álcool, além de instituir restrições ao uso e à propaganda de bebidas alcoólicas, dentre outras medidas.

Assim, cada vez mais, é fundamental o conhecimento e a ampla disseminação da política e da legislação brasileira sobre drogas em todos os setores do País, mostrando a sua importância nas ações de prevenção do uso, tratamento, recuperação e reinserção social. O tema do uso indevido de álcool e outras drogas afeta a todos, seja como familiares, líderes comunitários, profissionais ou cidadãos.

Você tem acesso ao texto vigente da Política Nacional sobre Drogas e da Política Nacional sobre o Álcool, consultando o livro "Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil". Esse material está contemplado no *kit* do aluno, recebido juntamente com essa apostila.



As orientações da Política Nacional sobre Drogas e da Política Nacional sobre o Álcool devem contribuir para o fortalecimento de uma rede de atenção às questões relativas ao uso de álcool e outras drogas numa perspectiva inclusiva, de respeito às diferenças, humanista, de acolhimento e não estigmatizante do usuário e familiares.



Tendo em mente o vasto material que foi estudado até agora, chegou o momento de esboçar aplicações práticas na sua área de atuação. Reflita sobre que estratégias poderiam ser implementadas na sua comunidade, no seu município, em parceria com os demais Conselhos para minimizar os impactos adversos decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. Registre suas avaliações por escrito e compartilhe-as no fórum do ambiente virtual. Não esqueça de contextualizar brevemente a sua área de atuação. Se tiver dúvidas sobre como participar dessa atividade, procure o seu tutor!



Resumo

Você está encerrando a Unidade 12 deste Curso. Nesta etapa, você conheceu a formação das políticas brasileiras, bem como a importância do amplo diálogo, respeitando a ciência epidemiológica, na tomada de decisões e diretrizes para a elaboração de políticas públicas.

Na Unidade 13, você verá como a legislação e as políticas de saúde estão relacionadas às diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

Referências

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

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

BRASIL. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2005.



Legislações e políticas de saúde relacionadas às diretrizes da Política Nacional sobre Drogas



* Denise Bomtempo Birche de Carvalho,
com a colaboração de
Juliana Rochet Wirth Chaibub e
Daniel Augusto Carneiro de Miranda



Ao fim desta Unidade, você terá conhecido as principais políticas de saúde brasileiras alinhadas aos objetivos da Política Nacional sobre Drogas, dentre as quais:

- a Política Setorial de Saúde e a Política Nacional sobre Drogas
- o Sistema Único de Saúde
- o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- o Programa Saúde da Família (PSF) e outras ações

* Texto adaptado do original do Curso Atualização de Conhecimentos sobre Redução da Demanda de Drogas para Conselheiros Municipais, promovido pela Senad, em 2004.

A Política Setorial de Saúde e a Política Nacional sobre Drogas

Uma vez definida a Política Nacional sobre Drogas, é preciso saber identificar a legislação específica e as demais políticas e programas relacionados à saúde da população, que somam esforços no enfrentamento ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

A grande conquista contida na Constituição de 1988 foi a instituição da Seguridade Social, formada pelas políticas sociais setoriais da área de saúde, da previdência e da assistência social. Assim concebida, a seguridade social deve ser organizada mediante os seguintes princípios:

- a **universalização** da cobertura e do atendimento;
- a **uniformidade** e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- a **seletividade e distributividade** na prestação dos benefícios e serviços, irredutibilidade do valor dos benefícios;
- a **equidade** na forma de participação do custeio, diversidade da base de financiamento, caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa e a participação ativa da sociedade no controle das ações do Estado (BRASIL, 1997).

Neste momento, vamos tratar apenas da Política Setorial de Saúde, já que ela tem intensa **intersetorialidade** com a Política Nacional sobre Drogas (2005).

Trata-se da articulação entre as políticas públicas através do desenvolvimento de ações conjuntas.

A rede pública de saúde, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), amplia sua importância no sistema de proteção social com a obrigatoriedade da cobertura universal dos serviços de prevenção e de tratamento dos problemas de saúde que afetam a população brasileira de modo geral.

O SUS tem seu funcionamento organizado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, editadas com a função de fazer cumprir o mandamento constitucional de dispor legalmente sobre a proteção e a defesa da saúde.

O SUS, além de preconizar a obrigatoriedade do acesso universal, isto é, de qualquer cidadão aos serviços de saúde, também determina a integralidade da atenção à saúde, à equidade, à descentralização e ao controle

democrático da sociedade sobre as ações do Estado por meio dos Conselhos de Saúde. Nessa perspectiva, concebe-se a saúde, como direito de cidadania e dever do Estado em prover todos os meios para sua efetividade (BRASIL – MS, 2003).

A atual Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas traz recomendações básicas para ações na área de saúde mental:

1. promover assistência em nível de cuidados primários;
2. disponibilizar medicamentos de uso essencial em saúde mental;
3. promover cuidados comunitários;
4. educar a população;
5. envolver comunidades, famílias e usuários;
6. estabelecer políticas, programas e legislação específicos;
7. desenvolver recursos humanos;
8. atuar de forma integrada com outros setores;
9. monitorar a saúde mental da comunidade;
10. apoiar mais pesquisas.

Com as conquistas no plano dos direitos sociais, no âmbito da Constituição Federal e do SUS, é garantido aos **usuários de serviços de saúde mental** – e, conseqüentemente, aos que sofrem por causa de transtornos decorrentes do consumo abusivo de álcool e outras drogas – a **universalidade e totalidade de acesso e direito à assistência**. Preconiza-se, também, a descentralização do modelo de atendimento, quando se determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando as ações de forma equânime e democrática às necessidades da população.

Nesse contexto, destaca-se o importante papel das **conferências de saúde**, definidas e instituídas pela Lei n° 8.142/90. As conferências têm como atribuição avaliar a situação da saúde, propondo diretrizes para a formulação de políticas afins nas três esferas de governo.

O marco teórico-político da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e de outras Drogas remete à abordagem da questão como um grave problema de saúde pública (BRASIL – MS, 2003). A concepção da política específica baseia-se nas ações de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social. Para tanto, também preconiza o princípio da responsabilidade compartilhada entre Estado e sociedade, na efetividade das ações, e o princípio da intersectorialidade com as demais políticas públicas da área social.

Ainda de acordo com o relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001, as estratégias de abordagem para atingir os objetivos propostos são:

- a. **redução da oferta** dessas substâncias (centrada na ação da justiça, da segurança pública e da defesa);
- b. **redução da demanda** dessas substâncias (a operação substancial tem se dado por meio de tratamentos de internação com afastamento do usuário do agente indutor).

A Política de Saúde, ancorada na Lei Federal nº 10.216 (BRASIL – MS, 2002), é, portanto, o instrumento legal/normativo máximo para a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil.

O Decreto nº 5.912/06, que regulamenta a Lei 11.343/06, constitui outra referência importante na consolidação da universalização dos direitos à saúde e à assistência dos usuários e dependentes de drogas, ao estabelecer as competências e atribuições do Ministério da Saúde para disciplinar as atividades que visem redução de danos e riscos sociais à saúde.

Por meio de portarias internas, o Ministério da Saúde vem estruturando os serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas. Como exemplo, a Portaria GM/816 (30/04/2002), que instituiu, no âmbito do SUS, o **Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas**, o qual define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental, denominados **Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)** – incluídos aqui os CAPS voltados ao atendimento dos usuários de álcool e outras drogas, os **CAPSAd**.

O que são e como atendem os CAPS

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), conteúdo das Portarias MS-336 e SAS-189, de 2002, é um serviço comunitário ambulatorial que toma para si a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem de transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes, no seu território de abrangência.

O CAPS deve garantir relações entre trabalhadores e usuários centradas no acolhimento, vínculo e na definição precisa de responsabilidade de cada membro da equipe. A atenção deve incluir ações dirigidas à família e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social, respeitando as possibilidades individuais e princípios de cidadania que minimizem o estigma e promovam a melhor qualidade de vida e inclusão social possíveis.

Conheça os procedimentos para implantação de CAPS e CAPSAd acessando o *site* do Ministério da Saúde, na página: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/vizualizar_texto.cfm?i



Ou seja, um CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, que se caracteriza como um espaço de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e outros quadros cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário e personalizado.

As pessoas atendidas nos CAPS são, preferencialmente, aquelas que apresentam grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Para ser atendido num CAPS, pode-se procurar diretamente esse serviço ou ser encaminhado pelo Programa Saúde da Família ou por qualquer serviço de saúde. A pessoa pode ir sozinha ou acompanhada, devendo procurar, em primeiro lugar, o Centro que atende à região onde mora. Se uma pessoa não tem acesso ao serviço, poderá ser atendida por um profissional da equipe do CAPS em casa, de forma articulada com as equipes de saúde da família do local, quando um familiar ou vizinho solicitar.

Como um CAPS pode cuidar de usuários de álcool e drogas (CAPSAd)

Os CAPSAd foram criados, a partir de 2002, com o objetivo de oferecer atendimento a pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras

drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada e também comunitária.

Estes centros especializados desenvolvem um conjunto de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação de pacientes que necessitem desse tipo de cuidado e que não demandem atenção clínica hospitalar.

Em relação às políticas de prevenção ao uso indevido de drogas, o CAPSAd pode constituir um espaço privilegiado para a implementação de ações educativas, com o fornecimento de informações sobre os danos do consumo, alternativas para lazer e atividades livres de drogas, além de ser uma porta aberta para a identificação de problemas vivenciados pela população atendida, contribuindo para a construção de soluções.

Vale destacar, ainda, que a política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas deve se articular internamente com outros programas com enfoque no município e nas comunidades locais e, principalmente, na realidade da família, sobretudo com o **Programa Saúde da Família (PSF)**, que incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

Programa Saúde da Família e outras ações

Iniciado em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) é parte de uma estratégia mais ampla de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS, que incorpora e reafirma os princípios da universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. É operacionalizado mediante a implantação de equipes interdisciplinares em unidades básicas de saúde, que são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada.

O PSF é um importante aliado na realização das diretrizes e orientações contidas na Política Nacional Sobre Drogas (2005), sobretudo nos campos da prevenção e do tratamento. Por meio do trabalho desenvolvido pelas equipes interdisciplinares, é possível conhecer a realidade das famílias atendidas, realizando um diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas. Esse é um importante passo para identificar os principais problemas de saúde e situações de

risco aos quais a população está exposta, tendo em vista subsidiar o processo de formulação e a implantação de ações de educação preventiva ao uso de drogas, com foco tanto no indivíduo, quanto na família.

Em relação ao tratamento, o modelo assistencial afirmado pelo PSF consagra a assistência integral e personalizada, o que permite responder de forma mais eficaz às demandas e problemas de saúde verificados no âmbito do atendimento e do acompanhamento nos serviços de referência ambulatorial e hospitalar.

Outra ação importante do Ministério da Saúde diz respeito ao **Controle de Entorpecentes e Substâncias que Produzem Dependência Física ou Psíquica, e de Precursores – Padronização de Serviços de Atenção à Dependência Química** (BRASIL –MS, 2003).

Trata-se de atividades de controle das drogas lícitas utilizadas em medicina, compreendendo a sua fabricação, distribuição, prescrição e venda, bem como o estabelecimento de padrões para o funcionamento de serviços voltados à prevenção e recuperação. Assim, o **art. 6º da Lei nº 6.368/76** afirma que compete privativamente ao Ministério da Saúde, por meio de seus órgãos especializados, baixar instruções de caráter geral ou especial sobre proibição, limitação, fiscalização e controle da produção, do comércio e do uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e de especialidades farmacêuticas que as contenham.

Essa competência, por força da Lei nº 9.782/99, cabe à **Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**, cuja função principal é a de proteger e promover a saúde do conjunto da população brasileira, garantindo a segurança sanitária de produtos e de serviços, conforme está explícito na Lei nº 8.080/90 (SUS).

Lembre-se que os Conselhos Municipais de Saúde devem exercer o controle social do SUS, ou seja, têm por missão fiscalizar, planejar, propor e controlar os recursos destinados à área de Saúde, no orçamento do município, bem como propor o Plano Municipal de Saúde, na Lei de Diretrizes Orçamentárias e o Plano Plurianual.

Você conhece o trabalho da Agência Nacional de Vigilância Sanitária? Mais informações podem ser conseguidas no próprio site do governo: <http://www.anvisa.gov.br>.



Resumo

Você está encerrando a Unidade 13 deste Curso. Nesta etapa, você estudou as leis, políticas e programas da área da saúde que atuam como os braços da Política Nacional sobre Drogas e da Política Nacional sobre Álcool. É o caso do trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS), do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSAd) e do Programa Saúde da Família (PSF).

Na próxima Unidade, você continuará estudando a legislação e políticas relacionadas às diretrizes da Política Nacional sobre Drogas em vigor, porém desta vez no campo da educação. Até lá!

Referências

BRASIL. **Constituição Federal 1988. Edição 1997.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990-2002.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso técnico de reabilitação de dependentes químicos.** Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento nacional sobre prevenção de DST/AIDS e de uso indevido de drogas em escolas.** MS, Coordenação Nacional de DST/AIDS: Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do seminário sobre o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas na rede do SUS.** Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. MS: Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial.** Série F. Comunicação e Educação em Saúde. MS: Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental.** Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Conselho Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional sobre Drogas.** 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de Álcool e Outras Drogas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Relatório sobre a saúde mental no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Brasil, 2001.



Legislação e políticas de educação e a Política Nacional sobre Drogas



* Denise Bomtempo Birche de Carvalho,
com a colaboração de
Juliana Rochet Wirth Chaibub e
Daniel Augusto Carneiro de Miranda



Ao fim desta Unidade, você terá conhecido as principais políticas de educação do Brasil alinhadas aos objetivos da Política Nacional sobre Drogas. Para isso, estude atentamente os temas abordados:

- as legislações que ancoram a Política Nacional de Educação
- a educação como importante papel na redução da demanda de drogas
- a ação prática dos conselheiros na prevenção ao uso indevido de drogas na escola

Legislações que ancoram a Política Nacional de Educação

Como já diz a sabedoria popular, “melhor prevenir do que remediar”. É sobre esse lema que se desenvolvem as políticas sobre drogas que têm como área específica a educação. Em relação ao consumo de drogas, a prevenção relaciona-se às políticas e ações efetivas que possam impedir, retardar, reduzir ou minimizar o uso de drogas e os prejuízos a ele relacionados (TAKANA e GUERRA, 2002). Essas ações têm legislação específica, políticas e programas relacionados à educação, que somam esforços na prevenção do uso abusivo de drogas.

A **educação** é tida como uma das áreas mais importantes do governo, pois **é o pilar essencial de todo o desenvolvimento de um país**. Por ser sempre suscetível às variações da sociedade, é necessária a existência de uma regulamentação que permita não só um ensino uniforme, mas uma interligação de descobertas e desenvolvimento. A educação não é garantia de sucesso na vida, mas é pré-requisito para isso. A leitura e a busca pelo saber devem ser incentivadas em todas as faixas etárias, visto que, ao contrário do que a maioria das pessoas pensa, educação não é algo que se aplica apenas à criança e ao adolescente. Aprender e educar são processos constantes na formação da identidade e da cultura, e fazem parte do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

O IDH foi criado em 1990, pelo Programa das Nações Unidas, para o Desenvolvimento. É entendido como um processo de ampliação de oportunidades, no qual as pessoas, tanto no plano individual como no coletivo, possam desenvolver todos os seus potenciais. O IDH inclui, em sua composição, indicadores de longevidade, condições de saúde e de educação. Esse índice varia entre 0 e 1, classificando os países ou regiões de acordo com o valor medido em relação às variáveis analisadas: baixo IDH (0,0 a 0,5); médio IDH (0,6 a 0,8); alto IDH (acima de 0,8 a 1,0).

A Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (alterada pela Lei no 10.639, de 09/01/2003 e outras legislações), conhecida como **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB)**, define, em seu artigo 1º, que a educação “abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais”. O título II diz que a educação, **dever da família e do Estado**, inspirada nos **princípios de liberdade e nos ideais de soli-**

dariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (art. 2º).

A LDB preconiza que a educação é **dever de todos** – a União, os estados, o Distrito Federal, os municípios e a sociedade partilham responsabilidades no processo de gestão dos programas e políticas educacionais, inclusive aqueles voltados à prevenção de situações de risco.

A Política Nacional sobre Drogas também considera a educação um fator fundamental da prevenção do uso indevido de drogas.

Veja a seguir o que diz a Política.

A efetiva prevenção é fruto do comprometimento, da cooperação e da parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira e dos órgãos governamentais, federal, estadual e municipal, fundamentada na filosofia da “Responsabilidade Compartilhada”, com a construção de redes sociais que visem à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde. As ações preventivas devem ser pautadas em princípios éticos e pluralidade cultural, orientando-se para a promoção de valores voltados à saúde física e mental, individual e coletiva, ao bem-estar, à integração socioeconômica e à valorização das relações familiares, considerando seus diferentes modelos.

A LDB guarda em seus princípios uma similaridade muito grande com a Política Nacional sobre Drogas (2005). A idéia de dever e também da **responsabilidade compartilhada** entre a família e o Estado demonstram o objetivo de incluir a sociedade no processo de formulação e de implementação da política de educação. A obrigatoriedade do fornecimento de um ensino fundamental, com duração de nove anos, gratuito, na escola pública, no qual as crianças iniciam aos seis anos de idade, demonstra a busca por uma sociedade que demanda o acesso ao mundo do saber. Trata-se de um amplo processo de **formação**, previsto na **Política de Proteção Integral da Criança e do Adolescente**, preconizada com a instituição do **Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8.069/1990)**, inclusive na prevenção do uso indevido de álcool e outras drogas.

Por meio do **Plano Nacional de Educação**, a LDB materializa-se em políticas a serem postas em ação, principalmente aquelas de prevenção. Como você já tem conhecimento, a prevenção não só é a forma mais racional de atuação como também a menos onerosa ao Estado e à sociedade.

Educação e informação

O acesso a informações atualizadas pode contribuir mais efetivamente na prevenção do consumo de drogas e de seus impactos na sociedade, como a violência, o tráfico, as DST e a AIDS, a exclusão social, dentre outros. Para que isso efetivamente ocorra, é necessário consolidar um processo de promoção e estímulo à capacitação continuada, ao trabalho interdisciplinar e multiprofissional, com o objetivo de ampliar e fortalecer o desenvolvimento de programas de promoção geral da saúde e de prevenção.

“Educar, informar, capacitar e formar pessoas em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz de redução da demanda, da oferta e de danos, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem sucedidas adequadas à nossa realidade” é um dos objetivos da Política Nacional Sobre Drogas.

Visando capacitar os educadores que atuam nas instituições da rede pública de ensino, para que possam tratar de forma aberta, integrada, cooperativa e eficiente a questão do uso indevido de drogas, com crianças e adolescentes, promovendo a valorização da vida e o desenvolvimento da autonomia responsável entre os alunos para a prevenção dos comportamentos de risco, especialmente os relacionados ao uso de drogas, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), o Ministério da Educação e a Universidade de Brasília (UnB) promoveram, em 2005, o Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas (para 5.000 educadores). Em 2007, uma nova edição deste curso foi lançada com o objetivo de capacitar 20.000 educadores.

Como a educação pode desempenhar seu importante papel na redução da demanda de drogas?

Por meio de uma formação de qualidade dos profissionais da educação, da obrigatoriedade de desenvolver conteúdos sobre drogas, em todos os níveis de ensino, da pesquisa e da extensão, inclusive o cumprimento dos parâmetros curriculares que incluem temas sobre sexualidade e uso de drogas, DST e AIDS, em consonância com a Política de Saúde.

A Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde tem desenvolvido atividades dirigidas a crianças e adolescentes em duas gran-

des linhas: o trabalho com crianças e adolescentes inseridos ou não no contexto escolar. Especificamente relacionado a crianças e adolescentes escolarizados, desenvolve atividades e formação de multiplicadores, por meio de três propostas:

- capacitação de professores pela educação a distância;
- formação de adolescentes multiplicadores pelo ensino presencial;
- capacitação de professores e de alunos pelo ensino presencial.

Essas propostas são direcionadas a professores e alunos no ambiente escolar, com o objetivo de promoção da saúde e de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, com ênfase na AIDS, e do uso indevido de drogas (lícitas e ilícitas).

Com a finalidade de realizar um diagnóstico da situação das escolas brasileiras em relação às ações de prevenção das DST e da AIDS e do uso indevido de drogas, o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de DST/AIDS, realizou, em 1999, o Levantamento Nacional Sobre Prevenção de DST/AIDS e do Uso Indevido de Drogas em Escolas. O resultado do trabalho contribuiu para que os gestores públicos elaborassem um perfil das unidades de ensino, identificando a cobertura dos programas educacionais desenvolvidos para os professores, a proporção de escolas que realizam atividades nessa temática e a melhor caracterização desse trabalho (Brasil — MS/CN-DST/AIDS, 1999).

De acordo com o levantamento realizado, as escolas estaduais apresentaram um melhor desempenho nesse campo, quando comparadas às demais escolas (particulares e municipais), com uma proporção de 87% delas indicando ter desenvolvido esse tipo de atividade. Por outro lado, as escolas municipais são as que menos indicaram ter feito atividade na área da prevenção das DST, da AIDS e do uso indevido de drogas; não chegando a 60%. Estatisticamente, as diferenças entre as proporções encontradas para as escolas estaduais e as demais são significativas, indicando que as escolas estaduais desenvolvem bem mais atividades que as outras. Já as proporções observadas das escolas municipais e particulares somente se mostraram diferentes, do ponto de vista estatístico, para as atividades sobre o uso de drogas (MS, 1999).

Sabe-se que o consumo de drogas perpassa diversos espaços da sociedade, inclusive o ambiente escolar (ABRAMOVAY, 2002). A escola, como local privilegiado de socialização, de formação de opiniões e de atitudes, de desenvolvimento pessoal e

intelectual, tem demonstrado dificuldades de resolver questões cotidianas relacionadas ao consumo de drogas e à violência, cuja complexidade demanda estudos da relação indivíduo, produto e ambiente socioeconômico, político e cultural dos sujeitos consumidores.

A UNESCO, em parceria com o Instituto Ayrton Senna, a UNAIDS e o Banco Mundial, realizou a pesquisa *Violências nas escolas* (2002). Esta pesquisa classificou a violência praticada em âmbito escolar principalmente como agressões, roubos e assaltos, estupros, depredações, porte de armas e até discriminação racial. Demonstrou que a maioria dos colégios, públicos ou privados, atingiu alto patamar de violência, chegando ao ponto de concluir que os alunos estão tão inseguros em sala de aula como se estivessem na rua.

Outro dado importante observado na pesquisa se refere à relação entre o grau de violência e seu impacto no aproveitamento escolar. Metade dos alunos que convivem com situações muito agressivas não conseguem se concentrar nos estudos. A outra metade divide-se entre aqueles que perdem a vontade de ir à escola e os que ficam extremamente nervosos.

Pode-se observar, com base nos dados, que a violência é uma das principais razões do abandono prematuro, de um lado, do processo de estudos pelos adolescentes e, de outro, muitos educadores também desistem da profissão após suportar longas trajetórias de agressões, ameaças e violência, tanto no interior das escolas como na própria comunidade.

Papéis do conselheiro

Os Conselhos Municipais de Educação são órgãos consultivos, aos quais compete:

- zelar e incentivar o aprimoramento da qualidade de ensino no município;
- promover o estudo da comunidade, tendo em vista os problemas educacionais;
- estabelecer critérios para a conservação e, quando necessário, a ampliação da rede de escolas a serem mantidas pelo município;

- estudar e sugerir medidas que visem à expansão e ao aperfeiçoamento do ensino no município;
- traçar normas para os planos municipais de aplicação de recursos em educação;
- incentivar outros meios de aprendizagem, assim como o desenvolvimento de campanhas de alfabetização, dentre outras.

Prevenção ao uso indevido de drogas na escola: ações práticas para os conselheiros

Os conselhos municipais têm um importante papel no debate sobre os principais problemas vivenciados por alunos e professores e suas possíveis soluções. De modo geral, identificam-se algumas ações que podem nortear o trabalho dos conselheiros para a prevenção do uso indevido de álcool e outras drogas nas escolas. Observe uma seleção das quatro estratégias mais aceitas.

- Acompanhar a evolução dos padrões de consumo na rede escolar, propondo, quando necessário, intervenções pedagógicas e/ou medidas socioeducativas visando à melhoria da qualidade de vida das crianças e adolescentes e suas famílias.
- Programar reuniões periódicas com a comunidade local e associações de pais e mestres, convidando especialistas no assunto e representantes dos poderes públicos, tendo em vista promover um processo de permanente troca e atualização de conhecimentos sobre o uso indevido de álcool e outras drogas.
- Propor a elaboração de um projeto pedagógico voltado para a implantação de ações de prevenção do uso indevido de álcool e outras drogas, nas unidades escolares, garantindo a participação da comunidade escolar na definição de prioridades e alternativas de intervenção.
- Propor um plano de formação continuada do corpo docente e dirigente das escolas, visando ampliar a qualificação de sua atuação no campo da prevenção ao uso indevido de álcool e outras drogas.

Se você tiver interesse em obter informações sobre os cursos ofertados pela SENAD e/ou sobre matérias relacionadas à prevenção no ambiente escolar, acesse o site: www.obid.senad.gov.br



É importante ressaltar que, acima de tudo, deve ser considerada a autonomia da escola (prevista na LDB) e o seu empenho no processo de construção de um projeto pedagógico coerente com seus objetivos e prioridades, definidos em função das reais demandas da comunidade escolar.

Resumo

Você está encerrando a Unidade 14 deste Curso. Nesta etapa, você estudou leis, políticas e programas relacionados à área da educação que atuam como braços da Política Nacional sobre Drogas e da Política Nacional sobre Álcool. É o caso da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e da Política de Proteção Integral da Criança e do Adolescente. Entre os principais atores, destacam-se os Conselhos Municipais de Educação.

Na próxima Unidade, você estudará as legislações e políticas para a criança e o adolescente e sua relação com a PNAD. Até lá!

Referências

ABRAMOVAY, Mirian et al. **Violências nas escolas**. Brasília: UNESCO. Coordenação de DST/AIDS do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos do Ministério da Justiça. CNPq. Instituto Ayrton Senna. UNAIDS. Banco Mundial. USAID. Fundação Ford. CONSED. UNDIME, 2002.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**: Lei n.9.394/96.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso técnico de reabilitação de dependentes químicos**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Levantamento nacional sobre prevenção de DST/AIDS e de uso indevido de drogas em escolas**. Coordenação Nacional de DST/AIDS: Brasília, 1999.

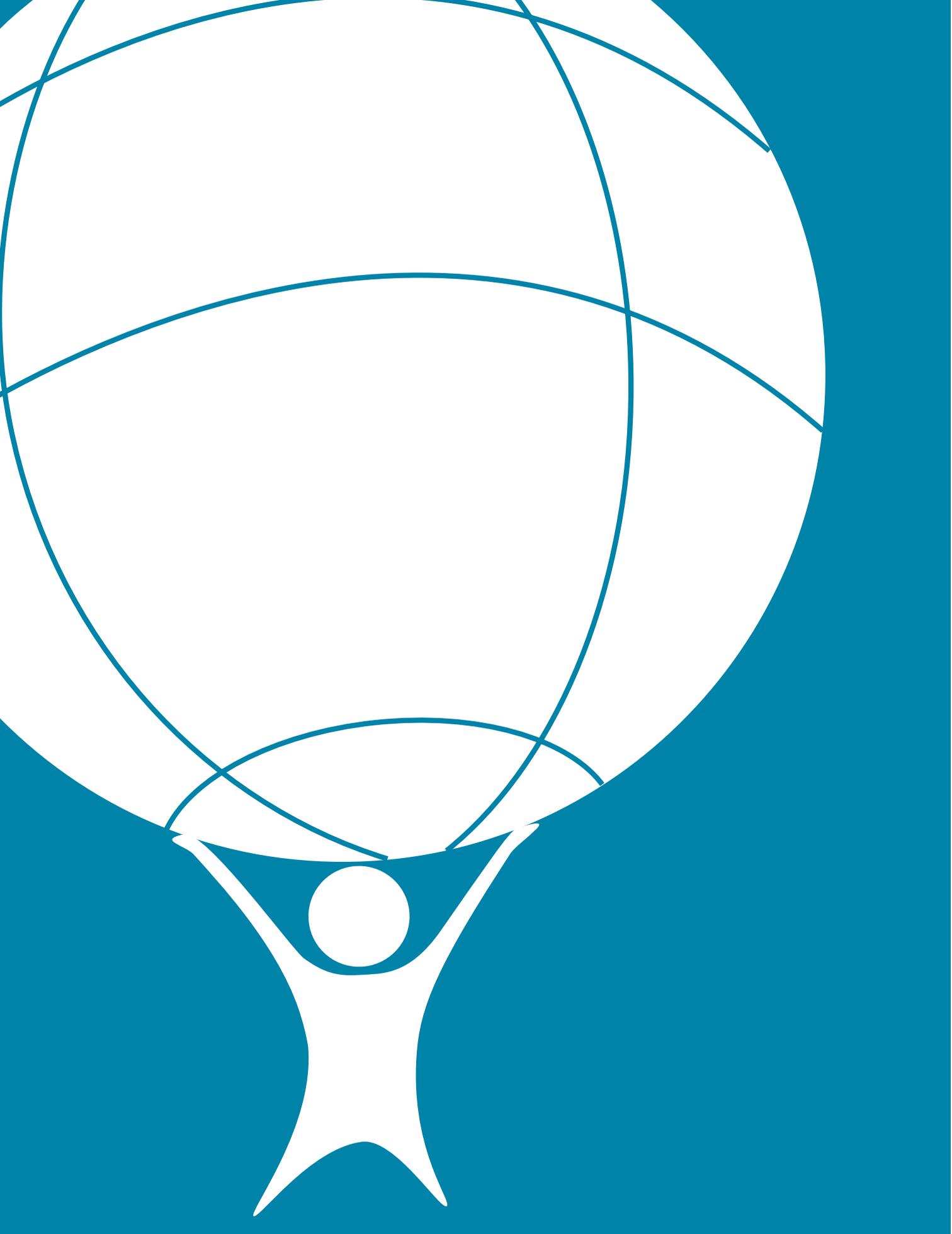
BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório do seminário sobre o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas na rede do SUS. **Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. MS: Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Conselho Nacional de Saúde, MS: Brasília, 2002.

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional sobre Drogas**. 2005.

OUTEIRAL, J. **Adolescer**: estudos revisados sobre adolescência. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

TANAKA, ANDRADE. Trabalhando com prevenção na comunidade ou na instituição. In: **Formação de multiplicadores de informações preventivas sobre drogas**. Senad. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002, p. 309-338.



Legislações e políticas para a criança e o adolescente e a PNAD



* Maria Inês Gandolfo Conceição
Maria Cláudia Santos de Oliveira



Ao fim desta Unidade, você terá compreendido o significado do paradigma da proteção, suas bases legais e os impactos que ele pode causar nas ações e políticas sociais. Estes temas serão abordados de acordo com os tópicos abaixo:

- a evolução histórica das políticas destinadas às crianças e aos jovens da sociedade brasileira
- a importância do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) nesse contexto
- o conceito de proteção do jovem usuário de drogas
- a onda jovem, as políticas públicas subseqüentes e as perspectivas do País

A Constituição Federal do Brasil de 1988 configura um importante marco na transição de paradigmas em relação ao cuidado e à responsabilidade social com a infância e adolescência. Este novo paradigma mostra-se bem representado na Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), orientando também as diretrizes do governo brasileiro para Saúde, Educação e Trabalho.

A grande mudança refere-se à passagem de uma abordagem orientada pela sanção, tendo como foco aqueles em situação social irregular, para ações voltadas à proteção, objetivando atingir todas as crianças e adolescentes, inclusive aqueles em situação de risco pelo envolvimento com drogas e violência. Compreender o significado do paradigma da proteção, suas bases legais e os impactos que ele pode causar nas ações e políticas sociais é o objetivo desta Unidade.

Histórico das políticas de atendimento

A história das políticas de atendimento às crianças e aos adolescentes em risco social pode ser analisada, distinguindo as orientações e culturas vigentes das décadas de 70 e 80, descritas a seguir.

Antes da década de 1980

Até o fim da década de 1970, a orientação jurídica para as ações relativas à infância e à adolescência era guiada pelas representações sociais disseminadas, expressando distorções e preconceitos.

As crianças das classes populares eram percebidas como “bandidos em potencial”. Considerava-se que, se essas crianças fossem afastadas de seus lares, por meio da institucionalização, as situações de risco associados à pobreza seriam prevenidas. As famílias, por suas condições precárias de vida, eram consideradas incompetentes para promover o desenvolvimento adequado das crianças. Assim, a responsabilidade pela situação de risco era atribuída exclusivamente à família, abertamente desqualificada em sua função. Hoje, essa responsabilidade se amplia também para o sistema social vigente. Compreendemos o importante papel da sociedade na promoção de condições **adequadas** de desenvolvimento para a infância e a juventude, mas respeitamos o papel e a **competência** da família como parte do sistema social em que os **indivíduos se formam**.

Início dos anos 1980

O instrumento jurídico que passou a inspirar as práticas sociais na abordagem da questão foi o Código de Menores, criado em outubro de 1979, cujo texto se orientava, fundamentalmente, para a integração sociofamiliar do menor, modificando a visão do problema. Na realidade, o Código trouxe poucas transformações às ações correntes. As principais críticas a ele feitas, pelos documentos que posteriormente fundamentaram a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, centram-se no seu **caráter arbitrário** e na adoção das noções **de menor em situação irregular e de periculosidade**, o que legitimava qualquer mandado judicial de reclusão.

A mobilização da sociedade civil para promover mudanças na linha de atuação com os “menores”, iniciada em 1980, consolidou-se na Constituição de 1988, que prevê e propõe políticas sociais e ações especiais com vistas à garantia de direitos à infância e à adolescência.

Os anos 90 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

As principais inovações do ECA, do ponto de vista jurídico, foram os avanços na explicitação e na **regulamentação dos direitos e garantias das crianças e dos adolescentes**. Passa-se a considerá-los como seres humanos em desenvolvimento, portanto, dignos de proteção especial pela família, pela sociedade e pelo Estado, em regime de responsabilidade compartilhada.

A visão da proteção integral

A grande transformação advinda da criação do novo estatuto é a mudança no enfoque: em vez de proteger a sociedade dos **menores infratores**, propõe-se garantir a proteção à criança e ao adolescente na condição de seres em desenvolvimento. Esses passam a ser concebidos não mais como meros objetos de medidas judiciais, e sim **como pessoas de direitos**.

Como lei ordinária, o ECA dá corpo aos dispositivos da Constituição Brasileira de 1988, que garantem às crianças e aos adolescentes direitos relativos a todas as dimensões do desenvolvimento humano: física, intelectual, emocional, moral, espiritual e social.

Participação da sociedade

Outro grande avanço dado pela nova lei diz respeito às ações complementares entre a sociedade civil e o governo, por meio dos Conselhos de Direito. Com a mudança no papel da sociedade em relação à proteção integral da infância e da adolescência, sua participação nas ações deixa de ser apenas voluntária e filantrópica e torna-se ativa e comunitária. A lei ressalta a importância das ações conjuntas do governo e da sociedade.

No que se refere à participação da sociedade na viabilização de ações voltadas à proteção de crianças e adolescentes, ocorrem duas formas principais:

1. por meio das organizações da sociedade civil e
2. por meio da representação consciente nos diferentes Conselhos.

No que se refere ao primeiro ponto, identificamos um progressivo aprimoramento dos modelos de atuação de tais organizações desde a implantação do ECA. A maior dificuldade no trato entre estas organizações e o Estado é o acompanhamento sistemático e a avaliação das ações voltadas para a infância e adolescência. Em relação aos Conselhos de Direito e Tutelar, o que chama a atenção é um movimento de maior consciência social de seu papel e sua crescente importância no cenário das ações e programas públicos, o que tem levado à busca de maior profissionalização e de efetiva representatividade entre os membros.

Na atualidade, percebe-se a estreita relação entre risco social e o uso abusivo de drogas. A implementação de ações e programas voltados à proteção integral da criança e do adolescente em risco pelo uso de drogas deve estar alinhada com as reflexões que fundamentam a Política Nacional sobre Drogas.

Os princípios filosóficos do ECA

1. Crianças e adolescentes são cidadãos e sujeitos de direitos, tais como: direito à vida, saúde, à educação, ao lazer, à participação cultural e à dignidade.
2. Envolvimento de toda a sociedade na garantia desses direitos.
3. Descentralização e cooperação entre os órgãos na formalização de políticas e no atendimento à criança e ao adolescente. Devem-se promover parcerias entre os Conselhos Tutelares e dos Direitos da Criança e do Adolescente, constituídos em nível municipal e estadual, os órgãos governamentais e os não-governamentais, que atuam na execução e terceirização de serviços.
4. Criação de novos mecanismos de controle e fiscalização da aplicação das normas pertinentes à infância e à juventude: o Ministério Público e a Justiça da Infância e da Adolescência.
5. Substituição do modelo da sanção pelo da proteção: <ul style="list-style-type: none"> • definição dos agentes sociais responsáveis pela proteção – família, sociedade e Estado –, com clara divisão de responsabilidades e papéis específicos; • ênfase na prevenção e na promoção social em lugar da sanção, por meio da educação, nas instituições sociais encarregadas, bem como na Justiça.
6. Mudanças nos termos de referência: <ul style="list-style-type: none"> • criança e adolescente em lugar de “menor”; • sujeito em conflito com a lei em lugar de “delinqüente”; • ato infracional em lugar de “delito”; • medida socioeducativa em lugar de “pena” ou “punição”.

Essas mudanças visam, ainda, superar os preconceitos em torno de crianças e adolescentes pobres e marginalizados, objetos privilegiados das ações vinculadas ao Código de Menores. Passam a caracterizar todas as crianças e adolescentes como dignos da proteção da sociedade, que deve fornecer-lhes plenos meios de promoção do desenvolvimento integral.

Medidas em defesa dos direitos da criança e do adolescente

Para garantir os direitos das crianças e dos adolescentes, o ECA estabelece medidas específicas de proteção e medidas socioeducativas.

Medidas de proteção

Essas medidas têm por objetivo prevenir desrespeito aos direitos, por meio de ações que vão desde a orientação e o acompanhamento às crianças, aos adolescentes e a seus pais, com o envolvimento de programas

comunitários de apoio à família, até o abrigo em entidades ou a colocação em família substituta.

No caso de comprovado envolvimento com drogas, o ECA prevê o encaminhamento do adolescente a programas de orientação e tratamento.

Medidas socioeducativas

São aplicadas pelo juiz da Vara da Infância e Juventude medidas socioeducativas quando se verifica a prática de ato infracional pelo adolescente.

As medidas variam desde a simples advertência, passando por obrigação de reparar o dano, prestação de serviços à comunidade, liberdade assistida, até a internação em estabelecimento educacional, em regime de privação de liberdade, conforme as circunstâncias e a gravidade do ato infracional.

A evolução das medidas socioeducativas dependerá da resposta do sujeito à intervenção da Justiça (bom comportamento, matrícula e freqüência à escola, apoio de sua família e outras redes sociais etc); dependerá também da diligência do técnico responsável pelo acompanhamento da medida e do próprio juiz da infância e da adolescência, que tem o poder de suspender ou conceder progressão de medida.

Observe no quadro um comparativo das principais mudanças entre o antigo Código de Menores e o atual Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

	CÓDIGO DE MENORES	ESTATUTO
VISÃO DE CRIANÇA	Objeto de medidas judiciais	Sujeito de direitos
PÁTRIO PODER	Perda ou suspensão por condição que caracterize a “situação irregular”, inclusive falta ou carência de recursos materiais	Apenas no caso de grave violação de direitos por parte dos pais ou responsáveis
DETENÇÃO	Permitia prisão cautelar	Apenas em flagrante ou por ordem judicial
DEFESA	Restrito ao curador de menores	Garantia de defesa no processo judicial, incluindo assistência judiciária gratuita
INTERNAÇÃO	Por estarem em “situação irregular” e por tempo indeterminado	Apenas para atos infracionais graves e no máximo por três anos
JUIZ	Amplos poderes	Poderes restritos
PARTICIPAÇÃO	Restrita às autoridades judiciárias, policiais e administrativas	Envolve a sociedade através dos conselhos de direitos e tutelares

A visão da proteção e o adolescente em risco pelo uso de drogas

Na atualidade, percebe-se a estreita relação entre a prática de ato infracional e o uso abusivo de drogas. A especificidade dessa relação solicita uma reflexão consistente: como, historicamente, a sociedade brasileira tem considerado o adolescente usuário de drogas?

A compreensão sobre o fenômeno do consumo abusivo de drogas esteve, por muito tempo, limitada a uma relação linear do tipo “causa e efeito”, e se negligenciou a complexidade das relações envolvidas no fenômeno. A seguir, você aprofundará essa perspectiva da complexidade dos fenômenos relacionados com o uso de drogas, que vai além do usuário e da droga.

As diferenças entre usuário e traficante

Ao se considerar a questão das drogas, é importante saber diferenciar o usuário do traficante. O usuário é a pessoa que adquire a droga para consumo próprio, seja dependente ou não. O traficante é aquele que produz ou comercializa determinada droga ilícita.

Para a Justiça determinar se a droga se destina ao consumo pessoal, é necessário analisar a quantidade da substância, as condições da apreensão e as circunstâncias sociais e pessoais do portador.

A legislação brasileira sobre drogas, datada da década de 1970, não fazia a diferenciação entre traficantes, usuários e dependentes para efeitos criminais. A legislação atual provocou uma mudança de paradigma na abordagem de usuários e dependentes. Em lugar da pena de prisão, eles serão submetidos a penas alternativas e encaminhados a tratamento médico gratuito não compulsório.

Nesse aspecto, as propostas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e as políticas públicas brasileiras convergem, ao tratarem o dependente como “doente” e não como “delinqüente”. Assim, os usuários e dependentes de drogas, que foram outrora tratados como bandidos, passam a ser considerados pessoas que precisam de ajuda ou orientação.

Embora a nova abordagem contribua para uma visão mais humanitária dessas pessoas, a sociedade continua a considerar o usuário de drogas como criminoso, moralmente desajustado ou cúmplice do crime de tráfico de drogas, entre outros.

Adolescente usuário de drogas

Para o adolescente, as drogas, tanto lícitas como ilícitas, fazem parte da vida social, das festividades, da inserção no grupo, embora nem todos façam uso delas.

Em geral, o adolescente tem resistência em admitir que o uso de drogas possa lhe causar problemas e gerar uma dependência, o que dificulta a abordagem da questão. Além disso, o preconceito em torno do usuário reforça a clandestinidade em que se inserem as práticas de consumo e limita nossa compreensão mais global do fenômeno e as possibilidades de intervenção.

Historicamente, o adolescente usuário de drogas tem sido tratado ora como doente, ora como criminoso, e as abordagens que acompanhavam essa visão dualista têm se mostrado insuficientes e ineficazes na prevenção e no encaminhamento de soluções para o abuso de drogas.

O adolescente em risco pela violência

Compreender a inserção do jovem no contexto da violência é crucial para a elaboração de estratégias de intervenção que visem à sua proteção. Crescem as discussões sobre a questão da violência juvenil, e as possíveis soluções apontam para o caminho da simplificação e do retrocesso, ou seja, propostas de penas mais duras e de redução da idade penal. Poucas são as iniciativas que indicam para um resgate da cidadania com dignidade e responsabilização com autonomia.

A questão das drogas entre adolescentes mantém estreita relação com o fenômeno da violência, principalmente em contextos que envolvem o tráfico. Entretanto, o fenômeno da violência revela-se mais complexo e sua compreensão envolve mais elementos, como a mortalidade juvenil. Acompanhe.

Mortalidade juvenil – novos padrões

As estatísticas têm mostrado que, ao contrário do que se diz, os jovens brasileiros são muito mais vítimas da violência do que agressores. O Mapa da Violência produzido pela Unesco-Brasil, em fevereiro de 2002, revela que:

enquanto a taxa global de mortalidade da população brasileira caiu de 633 para 573 óbitos em 100 mil habitantes, em duas décadas (de 1980 a 2000), a taxa referente aos jovens cresceu passando de 128 para 133 mortes, a cada 100 mil habitantes, no mesmo período, fato já altamente preocupante. Ademais a mortalidade entre os jovens não só aumentou, como também mudou sua configuração. A partir desse fato, pode-se verificar que há novos padrões de mortalidade juvenil.

As epidemias e doenças infecciosas, que eram as principais causas de morte entre os jovens há cinco ou seis décadas, foram sendo substituídas, progressivamente, pelas denominadas “causas externas” de mortalidade, principalmente os acidentes de trânsito e os homicídios.

Observe as seguintes estatísticas sobre mortalidade juvenil.

- Em 1980, as “causas externas” já eram responsáveis por 52,9% do total de mortes de jovens no País. Vinte anos depois, dos 45.310 óbitos juvenis, 31.851 foram originados por causas externas, ou seja, o percentual aumentou para 70,3%. A principal causa externa era o homicídio.
- No conjunto da população, somente 12,2% do total de mortes no País são atribuíveis a causas externas. Já entre os jovens, tais causas são responsáveis por mais de 70% dos óbitos.
- Se na população total o homicídio é a causa de 4,7% dos óbitos, entre os jovens chega a 39,3% das mortes.
- Hoje, aproximadamente, 40% das mortes de jovens devem-se a homicídios, enquanto na população não-jovem essa proporção é de 3,3%. No Rio de Janeiro, Espírito Santo e Pernambuco, essa proporção é de mais de 50%.

Esses dados evidenciam que, entre os jovens, até o direito à vida se encontra em risco e necessita de atenção especial.

Onda jovem e suas repercussões no Brasil

A partir da década de 1980, a sociedade brasileira empreendeu grandes esforços na consolidação de políticas públicas voltadas à redução da mortalidade na primeira infância. Doenças como a poliomielite e grande parte das viroses infantis foram erradicadas. Um importante trabalho de saúde da família foi desenvolvido nas diferentes regiões do País para reduzir as mortes por desidratação, problemas da água e baixa qualidade nutricional. Essas ações, aliadas à universalização da educação básica (em 1996 alcançou-se o recorde brasileiro de matrículas com 96% das crianças em idade escolar na escola), contribuíram para que o Brasil, durante a década de 1990, alcançasse a chamada **onda jovem**.

Esse fenômeno ocorre quando certo país atinge, como resultado do aumento da qualidade e expectativa de vida, um ponto ótimo na relação entre população jovem e idosa, de tal forma que a economia nacional pode contar com um número expressivo de trabalhadores jovens, bem qualificados e de mais baixa remuneração que os profissionais mais experientes, quando a geração anterior ainda se encontra em idade produtiva, o que dispensa altos investimentos em previdência social.

Diferentemente de outros países, como os chamados tigres asiáticos, cujo acelerado desenvolvimento econômico se deu em função da gestão adequada da **onda jovem**, o Brasil deixou de aproveitar essa oportunidade não apenas em decorrência da falta de postos de trabalho para o jovem, fruto da economia recessiva, mas também porque estamos perdendo uma parte de nossos jovens pelo acirramento da violência e das práticas de risco.

A expectativa de ver esse quadro alterado depende das recentes ações de valorização da juventude implementadas nos últimos anos. As propostas aprovadas pela IV Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (2002) se resumem no “Pacto pela Paz”, que envolve uma agenda de enfrentamento da violência, da qual crianças e adolescentes são considerados as maiores vítimas. Também na VII Conferência Nacional (2007), que contou pela primeira vez com delegados adolescentes nas representações estaduais, um dos eixos temáticos de discussão em todo o Brasil foi o Sistema de Atendimento Socioeducativo (SINASE), que traça diretrizes e descreve ações objetivas para a adequação do sistema que atende adolescentes em conflito com a lei.

Entre as ações, encontramos o Estatuto da Juventude, discutido em 2004 na Comissão Especial de Políticas Públicas para a Juventude da Câmara dos Deputados. Este Estatuto, que tem o objetivo de propor e acompanhar a consolidação de políticas nas áreas de saúde, educação, trabalho e justiça, entre outras, foi o ponto de partida para a construção da Política Nacional da Juventude.

Você sabia que...

O ProJovem foi lançado pelo Presidente da República em fevereiro de 2008 e está implantado em todas as capitais e no Distrito Federal. Atende moças e rapazes com 18 a 24 anos de idade que terminaram a quarta série, mas não concluíram o Ensino Fundamental e que não têm emprego com carteira profissional assinada. O curso dura um ano e vai proporcionar aos jovens a conclusão do Ensino Fundamental, o aprendizado de uma profissão e o desenvolvimento de ações comunitárias, além do incentivo financeiro-mensal.



As políticas públicas voltadas ao jovem

A prioridade dada às questões da juventude pelo governo brasileiro teve como marco importante o ano de 2005, quando foram criados, simultaneamente, a Secretaria Nacional da Juventude, o Conselho Nacional da Juventude e o **Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem)**, em atenção à Política Nacional da Juventude.

O ProJovem trata de forma integrada e criativa temas como escolaridade, profissionalização e cidadania. Este programa tem por objetivo ampliar o acesso e a permanência na escola, a erradicação do analfabetismo, geração de emprego e renda, promoção dos direitos humanos e o estímulo à participação social do jovem. Já está implantado em todas as capitais e no Distrito Federal, além de 34 cidades metropolitanas, atendendo mais de 163 mil jovens.

Outros exemplos de políticas públicas para a juventude em realização, em ações paritárias de governo e sociedade, são os Consórcios Sociais de Juventude, o ProUni, o Soldado Cidadão, os Pontos de Cultura, o Rondon, o Nossa Primeira Terra, e o Escola de Fábrica.

Mais recentemente (outubro/2007), aparece a aprovação da Agenda Social Criança e Adolescente, que se mostrou um excelente exemplo de política pública intersetorial, não só no planejamento como na execução, que irá contar com a participação de treze ministérios, com projetos de combate à violência praticada contra crianças e adolescentes, e um forte investimento para a implementação do SINASE.

Merece também destaque o **ProUni**, que busca retirar o Brasil da posição que ocupa como País da América Latina com menor número de jovens de 18 a 24 anos cursando o ensino superior. Este é o maior programa de bolsas de estudo da história da educação brasileira, que objetiva possibilitar o acesso de jovens de baixa renda à universidade.

Outro marco significativo da atenção à juventude e do reconhecimento de seu importante papel na transformação da realidade social brasileira foi a retomada do Projeto Rondon. O Rondon recruta jovens nas universidades para que desenvolvam, durante as férias universitárias, trabalhos em vários estados do Brasil, nas suas áreas de estudo. Assim, a juventude brasileira é levada a conhecer a realidade do País e tem a oportunidade de contribuir para o desenvolvimento social e econômico.

Perspectivas

No momento atual, o Governo Federal quer ampliar o diálogo internacional na área de juventude por meio da adesão do Brasil como membro pleno na Organização Iberoamericana de Juventude (OIJ), o que compromete ainda mais nosso País com as políticas em desenvolvimento para a área.

É animador perceber que o governo e o conjunto da sociedade têm buscado uma análise mais aprofundada e uma atitude mais objetiva e responsável em face da problemática relativa à infância, adolescência e juventude.

É tarefa de todos contribuir para transpor as políticas voltadas à infância e adolescência, do papel para a realidade, de modo que criem impacto efetivo na sua qualidade de vida e perspectiva de futuro.

A comunidade tem um papel fundamental na proteção de crianças, adolescentes e jovens contra o envolvimento com drogas e outros comportamentos de risco. As iniciativas recomendadas para aumentar os fatores de proteção devem aproveitar os recursos disponíveis na comunidade, considerando as características socioculturais de seus respectivos contextos e ativando a rede de apoio. Ao mesmo tempo, dadas as peculiaridades locais, todas as iniciativas devem ser norteadas pelo princípio da criatividade e do aproveitamento do potencial inovador, tanto dos jovens quanto das diferentes esferas comunitárias.

Resumo

Você está encerrando a Unidade 15 deste Curso. Nesta etapa, você estudou as várias mudanças na aplicação de leis diferenciadas e políticas públicas destinadas às crianças e aos jovens, iniciando pela cultura dos anos 70 até a realidade dos dias de hoje. Um divisor de águas fundamental nesse contexto foi a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), nos anos 90.

Na próxima Unidade, você estudará o conceito de segurança comunitária, uma nova forma de encarar a segurança pública, ancorada na maior cooperação entre comunidade e profissionais do Estado. Até lá!

Referências

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, 2000.

BRASIL. **Relatório preliminar da comissão especial destinada à acompanhar e estudar propostas de políticas públicas para a juventude**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2004.

BRASIL. **Política Nacional da Juventude**. Disponível em: http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sec_geral/Juventude/pol/pol_juventude/integra_view. Acesso em 10/02/2007.

BRASIL. **Política Nacional sobre Drogas (PNAD)**. Disponível em: <http://www.senad.gov.br/>. Acesso em 10/02/2007.

BULHÕES, A.N.A. “Depoimento na audiência pública sobre a redução da maioridade penal de 18 anos para 16, realizada em 10/11/1999”. In: A. BULHÕES; E. GROU; F. Comparato & COLS. (orgs.), **A Razão da Idade: Mitos e Verdades**. Coleção Garantia de Direitos. Série Subsídios. Tomo VIII. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, p. 13-23, 2001.

Câmara dos Deputados. **Conferência Nacional da Juventude**. Disponível em: <http://www.conferenciadejuventude.com.br/index.asp?opcao=gruposdiscussao>. Acessado em 17/06/2006.

CHENIAUX, S. **Trapaceados e trapaceiros: o menor de rua e o serviço social**. São Paulo: Cortez, 1982.

CURY, B. Apostar na Juventude. In: **Secretaria Nacional da Juventude**. Disponível em: http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sec_geral/noticias/artigos/artigo_betocury_2/view?searchterm=Beto%20Cury. Acesso em 10/02/2006.

FARIA, V. “A montanha e a pedra: os limites da política social brasileira e os problemas de infância e de juventude”. In: FAUSTO, A. & CERVINI, R. (Orgs.). **O Trabalho e a Rua: Crianças e adolescentes no Brasil urbano dos anos 80**. São Paulo: Cortez Editora, UNICEF, FLACSO, CBIA, 1992, p. 195-225.

MARREY, A., CAMARGO, A., GUERRIERO, M. & STOCO, R. **Menores:** legislação, estudo das medidas judiciais, e das medidas de caráter social, do código de menores. Anotações. Índices Analíticos. Modelos. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1985.

Ministério do Trabalho e Emprego: Programa Primeiro Emprego. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/programas/primeiroemprego/conteudo/programa.asp>. Recuperado em 17/06/2006.

NOGUEIRA, M.P. **Teatro com meninos de rua.** Dissertação de mestrado. São Paulo: USP, 1993.

OLIVEIRA, B.A.B. Uma visão crítica da política do menor. **Psicologia:** ciência e profissão, 1 (8), p. 7-9, 1988.

SUDBRACK, M. F. O. & CONCEIÇÃO, M.I.G. “Jovens e violência: vítimas e/ou algozes?”. In: COSTA, L.F & ALMEIDA, T.M.C. (Orgs.), **Violência no cotidiano:** do risco à proteção. Brasília: Universa, Líber Livro, 2005, p. 185-198.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência IV:** os jovens do Brasil. Unesco no Brasil. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001351/135104porb.pdf>. Acesso em: 12/01/2007.



Sistema Único de Segurança Pública (SUSP) e o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci): um novo panorama para o Brasil



Robson Robin da Silva
PehKx Jones Gomes da Silveira



Ao fim desta Unidade, você terá conhecido a nova perspectiva da Segurança Pública no País. Os principais tópicos desta Unidade são os seguintes:

- o conceito de segurança com cidadania
- o Sistema Único de Segurança Pública
- o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
- o importante papel dos conselheiros comunitários nesse contexto

Segurança com cidadania

A nova perspectiva de modelo policial e de segurança pública, chamada de Segurança Cidadã, contempla políticas de prevenção da violência e da criminalidade de forma comunitária, dependendo da confiança mútua entre as famílias das comunidades com os profissionais da segurança pública. O conselheiro comunitário tem uma função importante na consolidação e no sucesso desse novo modelo de Segurança Pública.

A segurança pública é dever do Estado e direito de todos, ou seja, é um bem democrático. Por força constitucional (Art. 144 da Constituição Federal), deve ser exercida para a preservação da ordem pública e da segurança das pessoas e do patrimônio.

A responsabilidade no trato das questões relacionadas a esta área compete à Secretaria Nacional de Segurança Pública (SENASP), vinculada ao Ministério da Justiça, com a principal atribuição de coordenar a Política Nacional de Segurança Pública e de articular junto aos demais órgãos do Governo Federal, estados, municípios e do Distrito Federal para a indução e concretização do Sistema Único de Segurança Pública (SUSP).

De forma paralela, o Ministério da Justiça, sabedor da necessidade de institucionalizar os conceitos de segurança com foco na cidadania, em legislação própria, lançou o Programa Nacional de Segurança com Cidadania (PRONASCI), de caráter nacional, que alcança todos os níveis de governo e sociedade.

Juntos e interligados, o SUSP e o PRONASCI trazem uma nova visão para a segurança pública brasileira, imersos no novo conceito de **segurança cidadã**.

Esse conceito parte das premissas de que, para que os órgãos de segurança pública atendam bem sua missão, a comunidade precisa ter confiança nos profissionais da segurança pública. Precisa enxergá-los além de sua condição humana. Estes profissionais, por sua vez, devem ver a comunidade como cidadãos e cidadãs que eventualmente poderão incorrer em algum ato delitivo como, por exemplo, atropelar alguém, mesmo que não intencionalmente.

Neste contexto, temos que a **Segurança Cidadã** contempla políticas de prevenção da violência e da criminalidade consolidadas na legislação ordinária federal e estadual de fortalecimento da família (notadamente em relação à infância e à juventude), de proteção às mulheres, aos idosos, às minorias (seja pela condição de raça, cor, credo ou orientação sexual), sem esquecer das garantias e políticas públicas de prevenção já instaladas pelos governos e sem deixar de consultar, também, as universidades em seus estudos acadêmicos e científicos. Todos esses esforços são direcionados à busca permanente de novas tecnologias sociais e de informação que ajudem os governos e a comunidade a se munirem de mecanismos que garantam o pleno gozo dos direitos da cidadania.

A seguir, você conhecerá as bases que orientam o SUSP e o PRONASCI.

O Sistema Único de Segurança Pública (SUSP)

O SUSP foi criado em 2003 para implementar um novo modelo de gestão do Estado no que diga respeito ao controle da violência e da criminalidade, objetivando a realização da articulação das ações e das políticas públicas nas áreas da Segurança Pública e da Justiça Criminal. Para a consecução de seus fins, dividiu-se a sua atuação em seis eixos distintos:

1. modernização organizacional das instituições de Segurança Pública;
2. criação de um sistema integrado de formação e valorização profissional;
3. implantação e modernização de estruturas físicas;
4. implantação de projetos de prevenção à violência e criminalidade;
5. implantação de sistema de gestão do conhecimento;
6. reaparelhamento e modernização dos órgãos de segurança pública.

Com a criação do SUSP, surge uma nova fase na Segurança Pública do País, que sintetiza as diretrizes do Plano Nacional de Segurança Pública. Incorpora-se o conceito de Segurança Cidadã, voltado à concepção de nova gestão administrativa. Tal modelo está comprometido com resultados e com a otimização de recursos, por meio da integração de programas governamentais nas três esferas: Federal, Estadual e Municipal, além dos poderes Legislativo e Judiciário.

Acesse o
Portal Segurança com Cida-
dania no endereço eletrônico:
www.segurancacidade.org.br e conheça
as ações do SUSP.



As políticas levadas a efeito pelo SUSP buscam intervir sobre os modos de convivência social, proporcionando recursos para o melhoramento da qualidade dos vínculos estabelecidos, a fim de garantir a segurança integral e cidadã.

Com esse objetivo, foram firmadas novas parcerias institucionais de cooperação. Cabe destacar a parceria internacional efetivada por meio de Acordo de Cooperação Técnica Internacional com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), no projeto intitulado Segurança Cidadã (BRA/04/029).

Em outras palavras, torna-se realidade a integração, de forma efetiva, entre os agentes de segurança pública no enfrentamento da violência e na redução da criminalidade, através da:

- a. padronização nacional dos procedimentos e equipamentos tais como o compartilhamento de informações criminais, a uniformização de técnicas operacionais etc.;
- b. integração de projetos, por exemplo: atuação da Força Nacional de Segurança Pública e,
- c. prevenção à violência e à criminalidade. Inclusão de nova forma de visualizar a segurança pública (ex.: implantação da polícia comunitária, de consórcios municipais de segurança pública etc.)

Assim, o estreitamento entre as relações do Estado e da sociedade, na construção do planejamento e controle das intervenções, direciona para a participação multidisciplinar que envolve os diversos atores sociais.

Neste sentido, as ações desenvolvidas pelo SUSP compreendem (seis) áreas distintas, que se inter-relacionam:

- Gestão do Conhecimento.
- Reorganização institucional.
- Formação e valorização profissional.
- Controle externo e participação social.
- Programas de redução da violência.
- Prevenção.

Como consequência, observa-se uma nova abordagem em matéria de segurança: ação conjunta entre sociedade e Estado, bem como a garantia dos direitos fundamentais da cidadania e dignidade da pessoa humana.

O Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI)

Em agosto de 2007, foi lançado o **Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI)**, que prevê a articulação de ações de segurança pública com políticas sociais a serem realizadas, de forma integrada, pelos governos municipais, estaduais e federal, com um forte componente de interlocução junto às comunidades locais.

No que se refere à legislação, foram encaminhados pelo Ministério da Justiça alguns projetos de lei, visando dar garantias à plena execução das políticas previstas pelo PRONASCI. Dentre eles, destacam-se os seguintes:

1. criação da Lei Geral da Polícia Civil e
2. a regulamentação do § 7º, do art. 144 da Constituição Federal, que institui formal e legalmente o Sistema Único de Segurança Pública (SUSP).

Entre as ações do PRONASCI, estão a formação e valorização do policial, com os cursos de capacitação oferecidos pela Rede Nacional de Altos Estudos em Segurança Pública (Renaesp) e a Bolsa-Formação. A reestruturação do sistema penitenciário, com a criação de cerca de 34 mil vagas, o combate à corrupção policial, o fortalecimento das guardas municipais e o policiamento comunitário (interação entre polícia e comunidade) também são prioridades do Programa.

Não se pode deixar de destacar a criação da Força Nacional de Segurança Pública (FNSP), um misto de agentes policiais, civis e militares, e membros do Corpo de Bombeiros. A FNSP funciona como uma corporação de apoio aos órgãos de segurança federais e estaduais, e não de desempenho de atividades rotineiras de polícia. A filosofia de trabalho da Força prima pela cooperação entre a União e os Estados federados, pelo resgate da auto-estima dos profissionais da segurança pública capacitados em cursos de nivelamento sobre técnicas e disciplinas relacionadas à segurança pública e aos direitos humanos.

O PRONASCI e a Política Nacional sobre Drogas

Também são frutos do PRONASCI novos serviços relacionados ao combate ao uso abusivo de drogas. Foi assinado, em fevereiro de 2008, entre o Ministério da Justiça e o Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, o Acordo de Cooperação Técnica para o desenvolvimento de ações conjuntas para prevenção da violência e da criminalidade associada ao uso indevido de álcool e outras drogas.

Entre as medidas anunciadas, destacam-se a ampliação do atendimento telefônico gratuito de orientações e informações sobre drogas: o serviço VivaVoz (0800 510 0015), os cursos de capacitação para conselheiros comunitários e líderes religiosos, os estudos sobre o impacto do consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas no trânsito brasileiro e a realização de processos seletivos para apoio a projetos em nível municipal nas regiões atendidas pelo PRONASCI.

A importância do engajamento dos Conselhos Comunitários

O desenvolvimento de ações para uma sociedade mais segura não exige o dispêndio de grandes recursos, mas a **mobilização intensa** a fim de trazer resultados significativos.

Os conselhos comunitários podem ser catalisadores das demandas sociais, com pessoas aptas para detectar e visualizar problemas na comunidade, tomar as providências que se fazem necessárias no seu campo de atuação ou encaminhar a outros órgãos do estado, quando for o caso, para reduzir a violência e a criminalidade associada ao consumo de qualquer tipo de droga (lícita ou ilícita).

Lembre-se que, muitas vezes, drogas lícitas, como as bebidas alcoólicas, podem gerar um custo social e econômico muito grande para a sociedade, como no caso de acidentes de trânsito, conflitos e, até mesmo, homicídios, cuja ocorrência pode estar associada ao consumo excessivo do álcool.

Além disso, o engajamento dos conselhos comunitários deve ocorrer em iniciativas pedagógicas e educacionais, como forma de dar efetividade ao conceito de inter-relação entre os diversos setores da sociedade: órgãos públicos federais, estaduais, municipais e terceiro setor.

Prevê-se, portanto, a efetiva adesão da comunidade na proposta, possibilitando inclusive o desenvolvimento de metodologia participativa de capacitação de jovens da própria comunidade nos projetos levados a efeito.

O conselheiro precisa e deve estar atento para enfrentar fatores ou comportamentos que podem levar a atos de violência e de criminalidade, pois é ele um co-produtor da segurança e, por isto, fundamental às políticas de prevenção da violência, dando efetividade aos conceitos de prevenção.

Cada realidade tem uma característica específica e ninguém melhor do que moradores, representados por seus conselheiros comunitários, para serem verdadeiros interlocutores perante o poder público local, estadual e federal, no sentido de formular estratégias de convivência e pacificação social. Eis, portanto, a razão da parceria intersetorial na política de redução da demanda capitaneada pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD).

Para isso, procure realizar uma análise situacional da área, com o levantamento dos aspectos sociais, físicos e urbanísticos. Estude, com afinco, os conceitos propostos neste curso, discuta com os gestores locais questões que se voltem para a segurança da comunidade, tendo sempre em vista a necessidade de todos trabalharmos pela redução da demanda por drogas lícitas e ilícitas no seio de nossa comunidade. Depois, passe para o planejamento e a execução de projetos e ações. Não se esqueça de avaliar o que está fazendo. Só assim você saberá se está no caminho certo.

Resumo

Você está encerrando a Unidade 16 deste Curso. Nesta etapa, você estudou as novas diretrizes de segurança pública e o papel da comunidade e dos conselheiros nesse conceito. A conscientização quanto à importância de se engajar no processo de transformação da comunidade também pode ser estimulado por você: o trabalho precisa ser conjunto e as responsabilidades, compartilhadas.

Na próxima Unidade, você estudará aspectos da violência e exploração sexual contra crianças e adolescentes, bem como os procedimentos de denúncia e o enfrentamento destas questões. Até lá!

Referências

BALESTRERI, Ricardo Brisolla. **Direitos Humanos: coisa de Polícia**. Passo Fundo: Edições CAPEC/Gráfica Editora Berthier, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n.ºs 1/92 a 52/2006 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão n.ºs 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2006.

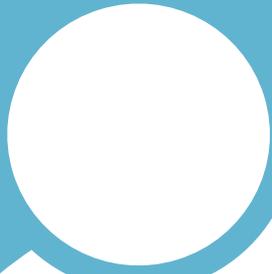
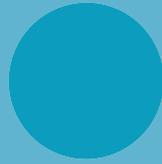
BRASIL. **Relatório de Atividades Implantação do Sistema Único de Segurança Pública** – Secretaria Nacional de Segurança Pública – 2003/2006. Ministério da Justiça. 2ª edição, 2007.

JUNQUEIRA, L.A. P. & INOJOSA, R. M. **Desenvolvimento Social e Inter-setorialidade**: a Cidade Solidária. São Paulo: FUNDAP (mimeo), 1997.

OLIVEIRA, Ana Sofia Schimidt de. **Políticas Públicas de Segurança e Políticas de Segurança Pública**: da teoria à prática. São Paulo: Instituto Latino Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e Tratamento do Delinqüente – ILANUD, 2002.

Presidência da República. Disponível em: http://www.presidencia.gov.br/principais_programas/seg_pub/seguro. Acesso em abril de 2008.

SENASP/MJ. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/senasp/>. Acesso em abril de 2008.



Violência e exploração sexual contra crianças e adolescentes

Elizabeth Milward de Almeida Leitão



Ao fim desta Unidade, você conhecerá as principais formas de abuso sofridas por crianças e adolescentes e saberá como agir para denunciá-las. Preste muita atenção aos principais temas que serão abordados:

- tipos de atos de violência contra criança e adolescente
- formas de combate à violência
- como denunciar abusos
- direitos sexuais da criança e do adolescente

Violência ou Violências?

Hoje estou recuperada. Voltei para minha casa, cuido de meus dois filhos pequenos. Vocês que aqui estão não imaginam a que tivemos que nos submeter nesta vida. Tenho um corpo de 18 anos, mas uma alma velha, minha alma jamais será completa (Depoimento na Comissão Parlamentar de Inquérito – CPMI/2004).

A sociedade está cada vez mais convencida de que a violência sofrida por crianças e adolescentes é alarmante e está presente em todas as camadas sociais, representada por atos, ações ou omissões praticados por adultos que violam seus direitos em formas diversas de violências.

Além das violências mais conhecidas – física, sexual, psicológica e negligência –, existe também a que expõe a criança e o adolescente às drogas, tanto no consumo quanto na exploração da sua mão-de-obra para o tráfico.

Dados sobre infrações cometidas por crianças e adolescentes no Rio de Janeiro, durante os últimos anos, mostram que houve um aumento destas contravenções relacionadas ao uso de drogas e tráfico quando se comparam os dados obtidos no decorrer dos anos 90 com os de 2000. Por outro lado, um número cada vez maior de crianças em idade precoce tem ingressado no narcotráfico: a média caiu de entre 15 e 16 anos, no início da década de 90, para entre 12 e 13 anos, no ano 2000 (SANTOS).

Nesse contexto, os atos de violência contra crianças e adolescentes, muitas vezes praticados por adolescentes mais velhos envolvidos em atividades ilícitas, abalam as famílias diretamente atingidas e a sociedade como um todo. Vários questionamentos surgem: mudar simplesmente a legislação? Infligir penas mais severas? A criança e o adolescente estão sendo cuidados com prioridade absoluta, como reza a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)? A sociedade, a família e o Estado estão, de fato, compartilhando responsabilidades?

As respostas não são simples e envolvem de modo fundamental os mecanismos de defesa e de proteção da criança e do adolescente. Segundo Gadelha e Miotti, nenhuma resposta será inovadora se não trouxer em seu arcabouço teórico e metodológico o rompimento com modelos culturais ultrapassados e carregados de preconceito e a conseqüente construção de um sistema integrado, reunindo instituições públicas e privadas, no empenhimento de políticas, programas e ações que proporcionem:

- a proteção absoluta desse segmento da população;
- a garantia de sua efetiva participação, protagonizando ações de alteração da atual realidade e
- o exercício de funções estratégicas na observância e respeito aos seus direitos.

Acompanhe a seguir os principais conceitos relacionados à violência e entenda como diferenciá-los!

Violência doméstica

É a violência praticada no âmbito familiar por meio de atos, ações ou omissões de pais e/ou responsáveis contra crianças e adolescentes. As principais formas de expressão desse tipo de violência são o abuso físico, o abuso sexual, o abuso psicológico e a negligência, que constitui a omissão dos pais ou responsáveis pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento.

Causar danos físicos, sexuais e psicológicos à vítima representa, de um lado, uma transgressão do poder e do dever que adultos possuem sobre crianças e adolescentes para prestar-lhes cuidados, atenção e o provimento de suas necessidades. De outro, uma “coisificação” da infância e da adolescência, ou seja, a idéia de que são objetos e podem ser depositários de qualquer tipo de agressão ou ação dos adultos a sua volta. Isso é uma negação do direito garantido a crianças e adolescentes de serem tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento, precisando, por conseguinte, de cuidados e atenção específicos (KOSHIMA).

Segundo estudos do Professor George Vaillant (SOARES, 1999), boa parte dos abusos cometidos contra crianças tem raiz no alcoolismo, uma vez que a pessoa que faz uso abusivo de álcool (bem como de outras drogas) pode apresentar comportamentos agressivos, fragilizando as relações existentes no âmbito doméstico.

Violência sexual

No campo da violência sexual, estão todos os atos que violam a integridade da criança e do adolescente, destacando-se o abuso sexual e a Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes (ESCCA). Na realidade brasileira, em muitas situações a violência sexual está associada ao tráfico de seres humanos, uma das formas mais perversas de violação dos direitos humanos, e também ao narcotráfico, organizados por redes criminosas.

Por **abuso sexual**, entende-se os “contatos ou interações sexuais entre menino ou menina e pessoa com mais idade, com mais experiência – adulto ou até outra criança mais velha (pode ser um desconhecido, mas geralmente são pessoas em quem confiam – irmãos/ãs maiores, pessoas em posição de autoridade como pais, mães, padrastos, outros parentes, cuidadores, amigos da família, vizinhos, professores, médicos, padres, etc.). A criança é utilizada como objeto de prazer para outra pessoa satisfazer suas necessidades sexuais. Estes contatos ou interações podem ocorrer mediante força, promessas, coação, ameaças, manipulação emocional, enganos ou pressão” (OIT/IPEC).

Marcel Hazeu (2004) afirma ser necessário compreender a construção social do abuso sexual num contexto em que normas sociais e culturais são quebradas no que tange ao desenvolvimento e à vivência da sexualidade, especificamente da criança e do adolescente, violando a sua dignidade sexual.

A exploração sexual comercial de crianças e adolescentes (ESCCA) abrange o abuso sexual por parte do adulto, a remuneração em dinheiro para a própria criança e/ou adolescente ou para terceiros. É definida como uma violência determinada por relações de desigualdade no âmbito econômico, social e cultural, e por relações de violências sociais e interpessoais (violência intrafamiliar e abuso sexual, violência de gênero, etnia, raça etc.), que contrariam as normas éticas e legais do trabalho, do mercado e do consumo.

Este fenômeno apresenta várias facetas, dentre elas o turismo sexual, a pornografia e a pedofilia pela Internet e o tráfico de seres humanos para fins sexuais e comerciais. Estudos e pesquisas têm indicado que crianças e adolescentes envolvidos com a ESCCA são violentados quando ainda pequenos(as), com abusos praticados por pessoas próximas, frequentemente da própria família, provocando a fragilização da auto-estima, a estigmatização e a discriminação.

Segundo a declaração aprovada pelo 1º Congresso Mundial contra a Exploração Sexual de Estocolmo, em 1996:

a exploração sexual comercial é violação fundamental dos direitos da criança e do adolescente. Esta compreende o abuso sexual por adultos e a remuneração em espécie ao menino ou menina e a uma terceira pessoa ou várias. A criança é tratada como objeto sexual e mercadoria. A exploração sexual comercial de crianças e adolescentes constitui uma forma de coerção e violência contra crianças, que pode implicar em trabalho forçado e formas contemporâneas de escravidão (IPPOLITO, 2004).

As redes de exploração sexual comercial fazem a cooptação de adolescentes, meninos e meninas, prometendo sucesso e dinheiro como modelos e/ou no exercício de outras profissões. Em muitas situações, são levados a consumir e também a comercializar álcool e outras drogas junto aos frequentadores e/ou clientes de boates, casas de shows e/ou de prostituição, onde são expostos ao comércio sexual.

No relatório final da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPMI/2004), ficou evidenciado que a ESCCA sempre ocorre por meio de redes criminosas (nacionais e internacionais), mais ou menos organizadas em sofisticados esquemas que incluem desde a falsificação de documentos, a realização de viagens nacionais e internacionais até a colaboração de redes de hotéis e de entretenimento. Estas redes criminosas aviltam nossos meninos e meninas, submetendo-os à lógica do capital, transformando-os em objetos descartáveis, seres tratados como mercadoria, sob forte esquema de coerção, violência, trabalho forçado, muitas vezes em regime de escravidão, em uma condenável mercantilização do corpo.

O fato é que esta triste realidade é verificada em todos os estados brasileiros, como pode ser observado no diagnóstico nacional realizado pelo Violes/Unicef/Sedh e sistematizado na “Matriz intersetorial para o Enfrentamento da Exploração Sexual no País” (2005). O levantamento detectou a existência de denúncias de exploração sexual de crianças e adolescentes em 932 municípios brasileiros, dos quais 93 em São Paulo e 92 em Minas Gerais, sobretudo nas rodovias, portos marítimos e fluviais, aeroportos, centros urbanos e praias. São nestas circunstâncias que os adultos obrigam crianças e adolescentes a se prostituírem ou facilitam a exploração sexual.

O estudo indicou, ainda, que há uma interiorização do fenômeno, ou seja, a prática da ESCCA em cidades pequenas e, ao mesmo tempo, a migração de meninos e meninas do interior para cidades de médio e grande porte, sempre com a participação das redes criminosas.

Portanto, para erradicar este fenômeno, uma violação marcante dos direitos humanos, é necessário fortalecer os programas e as iniciativas municipais, capacitando profissionais e mobilizando a sociedade como um todo.

Turismo sexual

Trata-se de uma forma de exploração sexual e comercial em que crianças e adolescentes são utilizados para servir a turistas, também conhecida como sexo-turismo. Caracteriza-se pela prática de organização de “excursões” turísticas, sejam elas nacionais ou internacionais, para proporcionar divertimento com oferta de serviços sexuais. As vítimas são geralmente recrutadas e incluídas em pacotes turísticos e são levadas ou traficadas como mercadorias para os “passeios”. Este comércio inclui os setores de entretenimento, redes hoteleiras, agências de viagens.

Em algumas cidades do Brasil, pioneiramente em Natal, capital do Rio Grande do Norte, graças à mobilização da sociedade civil organizada, foi lançado o “Código de Conduta contra a Exploração Sexual Infanto-Juvenil”, com adesão de hoteleiros e empresários do turismo para barrar a prática do turismo sexual. Esta iniciativa tem dado ótimos resultados: além de proteger crianças e adolescentes, tem atraído o verdadeiro turista.

Pornografia infantil

Definida nos artigos 240 e 241 do Estatuto da Criança e do Adolescente, é a exposição e a reprodução de imagens do corpo ou de atos sexuais praticados com crianças, abrangendo a produção de representação teatral, televisiva, película cinematográfica, fotografias e publicações que utilizam crianças e adolescentes em cena de sexo explícito ou pornográfico. Um tipo recente de utilização de pornografia infantil é a exploração dessas imagens na Internet.

Pedofilia

Refere-se a uma atração doentia que adultos, especialmente homens, têm por crianças em fase pré-puberal, no início da puberdade ou ainda em menor idade. No Código Internacional de Doenças (CID), a pedofilia

está descrita como “transtorno de preferência sexual”. O que se tem visto nas investigações de crimes pela Internet é que existem redes envolvendo dezenas de países que agenciam farto material fotográfico em situações das mais aviltantes que este fenômeno pode apresentar.

Tráfico de crianças e adolescentes

No relatório da “Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para fins de Exploração Sexual Comercial no Brasil” – Pestraf (LEAL e LEAL, 2002), foram identificadas 241 rotas nacionais e internacionais de tráfico de crianças, adolescentes e mulheres, das quais 35 encontram-se na região Sudeste, 69 no Nordeste e 76 na Região Norte.

De acordo com os dados da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) de 2003/04 – Senado e Câmara –, a região Sudeste apresentou a maior parte das denúncias de exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, incluindo também o tráfico. Só no Estado de Minas Gerais foram localizados mais de 70 pontos de prostituição nas estradas federais, envolvendo crianças, adolescentes e mulheres, destacando-se também o trecho da BR-116 – Rio-Bahia –, com a presença de redes de tráfico.

Como nos outros tipos de abuso, o trabalho dessas redes envolve o recrutamento, o transporte, a transferência, o alojamento ou o recolhimento, com o uso da ameaça e a utilização da força, coação, rapto, fraude, engano, abuso de autoridade da oferta ou aceitação de pagamento e vantagens para obter o consentimento de uma pessoa que tenha autoridade sobre crianças e adolescentes para fins de exploração, em sua grande maioria, sexual e comercial.

Alguns fatores que contribuem para o ingresso de crianças e adolescentes nas redes de exploração sexual são a violência doméstica com práticas de abuso sexual, físico e psicológico, a gravidez precoce, o casamento precoce com homens mais velhos, a pobreza e a cultura do consumo, a visão machista e depreciativa do papel da mulher dentro das famílias e na nossa sociedade.

Estudos de casos podem esclarecer estreita correlação da exploração sexual comercial com o uso abusivo de drogas e, a partir daí, sua relação com a oferta: “Me drogo para agüentar esta vida e vendo para ver se saio dela mais rápido” (depoimento de adolescentes em atendimento).

Como enfrentar estas violências?

Em outubro de 2004, foram presos os chefes e 11 integrantes de uma quadrilha internacional de pedofilia, exploração sexual, prostituição e tráfico de drogas, cuja ação estava centralizada em Fortaleza, no Estado do Ceará. O dismantelamento desta rede criminoso só foi possível porque alguém, envolvido com a causa da criança e do adolescente, conhecia o programa do Governo Federal “**Disque-Denúncia Nacional** Sobre Violência Abuso e Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes”.

O Disque-Denúncia Nacional é coordenado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República em parceria com os Ministérios da Saúde e do Turismo, no quadro de um convênio entre Cecria e Petrobras. Até 2006, o Disque-Denúncia operava pelo número 0800 990500, e hoje opera em apenas três dígitos: 100 (um, zero, zero).

Ao receber a denúncia, a coordenação do Disque-Denúncia, que funciona na Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República (SEDH-PR), realizou o seu encaminhamento à Polícia Federal, que, em ação conjunta com a Superintendência da Polícia Federal em Pernambuco e a Coordenação de Migração em Brasília, efetuou a prisão da quadrilha que explorava sexualmente adolescentes e mulheres brasileiras na Alemanha.

Este é apenas um exemplo das inúmeras situações que chegam cotidianamente ao Disque-Denúncia e são adequadamente encaminhadas para as instituições responsáveis pelo correto atendimento e investigação. Para cada denúncia, um conjunto de ações é deflagrado visando sempre a garantia de proteção às crianças e aos adolescentes. A conscientização de que a população é um agente importante dos processos de identificação para punição dos violadores é um passo fundamental na garantia de uma vida melhor para nossas crianças.

É preciso, por um lado, combater a impunidade com a aplicação de punições severas e imediatas aos agressores e, por outro, fortalecer as famílias e as instituições de proteção, além de promover a cultura da proteção integral às crianças e adolescentes. Mas, para isto, as estruturas sociais, as políticas públicas e os órgãos do Sistema de Garantia de Direitos – conselhos tutelares, delegacias de proteção, Ministério Público, varas especializadas, defensorias públicas, conselhos de direitos, conselhos setoriais e comunitários, centros de defesa – têm que funcionar de forma articulada, eficiente e rápida, para que nossas crianças e adolescentes sejam realmente protegidos.

Já é possível contabilizar resultados na área da repressão com operações das Polícias Federais, em estradas, aeroportos, fronteiras, zonas urbanas e *sites* na Internet, desmantelando redes de prostituição, tráfico de drogas e de seres humanos, exploração sexual comercial de crianças e adolescentes, turismo sexual, pedofilia e pornografia.

O Governo, em parceria com a Sociedade Civil, para implementar as ações do Sistema de Garantia de Direitos, trabalha por meio de fluxos ágeis e resolutivos na área da Defesa e Responsabilização. Estes fluxos são operacionalizados a partir do recebimento de denúncias pelo Disque Denúncia, bem como por outros órgãos que compõem este Sistema. Depois de sistematizadas, essas informações facilitam a interação entre a Polícia Federal, os Ministérios Públicos Estaduais, os Conselhos Tutelares e as Delegacias de Polícia no encaminhamento das denúncias, visando a responsabilização dos exploradores. Os órgãos de defesa também são acionados para garantir a proteção das crianças e adolescentes explorados.

Como funciona o encaminhamento de denúncias?

O Disque-Denúncia constitui um importante instrumento para a comunidade. Ao realizar uma ligação para o número 100, qualquer pessoa, com a garantia do sigilo, pode denunciar a ocorrência de violência, abuso sexual ou exploração sexual comercial de crianças e adolescentes. Entretanto, outros órgãos do Sistema de Garantia de Direitos podem ser acionados, como as autoridades policiais e o Ministério Público.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (art. 98), os Conselhos Tutelares são órgãos responsáveis no município pelo cumprimento dos direitos fundamentais garantidos na legislação, sempre que estes forem ameaçados ou violados:

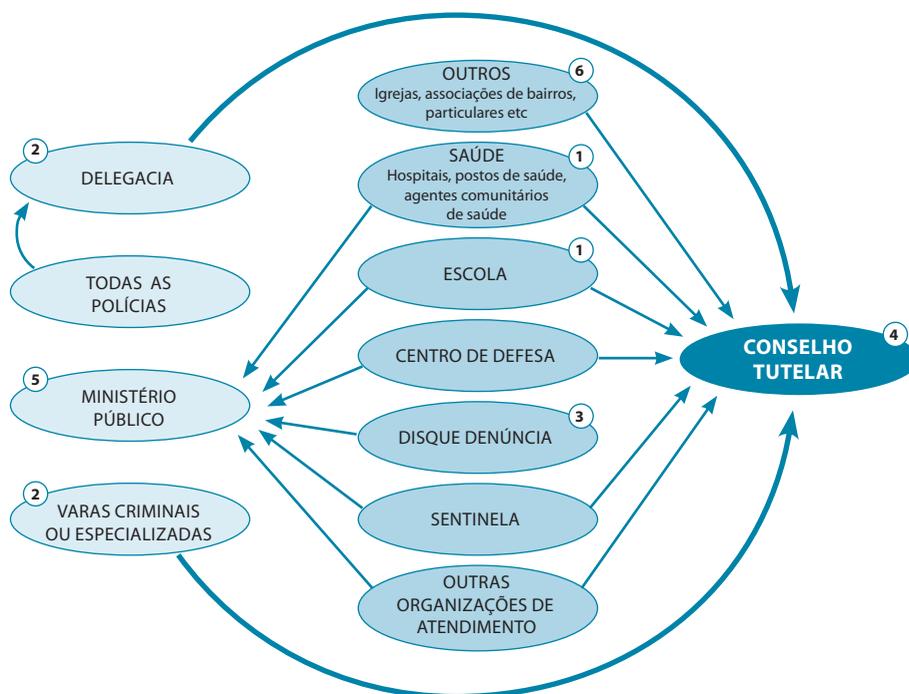
- por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;
- por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável e
- em razão de sua conduta.

Assim, ao receber uma denúncia, o Conselho Tutelar atende os envolvidos e encaminha os casos em conformidade com a sua gravidade.

Acompanhe na figura a seguir como pode ser organizado o fluxo de recepção das denúncias e realização dos encaminhamentos necessários. Muitas podem ser as portas de entrada para o recebimento da denúncia e a realização dos encaminhamentos e atendimentos necessários: Disque-Denúncia, conselhos tutelares, conselhos de direitos e centros de defesa, escolas, equipamentos da saúde, dentre outros, por meio de um fluxo de encaminhamento visando a resolubilidade do caso.

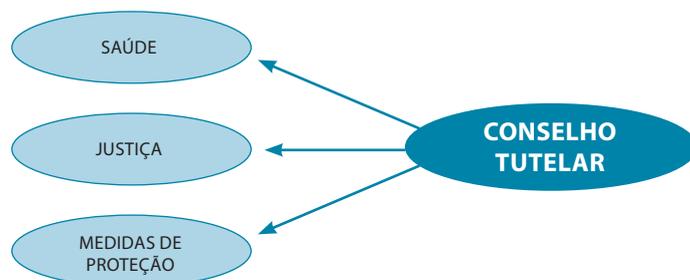
Thais Dumet, estudiosa do assunto há vários anos, esquematizou o **fluxo de encaminhamentos** da seguinte maneira:

Programa de Ações Integradas Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil (PAIR). Aula sobre Defesa e Responsabilização/Ma-naus, 2005.



1. São obrigados pelo ECA a proceder a notificação.
2. A Delegacia deve ser especializada; caso não seja possível instalá-la, de imediato, deve ter sido determinada uma Delegacia para dar conta dos crimes contra crianças e adolescentes. O mesmo se sugere para a Vara Criminal, caso não seja especializada. Em cumprimento ao art. 13 do ECA, a Delegacia e a Vara encaminharão cópia da informação de violência contra crianças ou adolescentes, através do instrumento que julgarem adequado, ao Conselho Tutelar (CT).
3. O Disque-Denúncia funciona como porta de entrada e encaminha os casos para o Ministério Público (MP) estadual (verificar a que órgão está ligado, além de indicar como referência o disque nacional).

4. As informações devem ser unificadas pelo CT (cada município deve ter uma central equipada com banco de dados para armazenar e unificar as informações). As notificações podem ser feitas a qualquer CT. Se o CT receptor não for o competente assumirá a responsabilidade de encaminhá-la para o CT competente. O receptor da notícia do crime encaminha a ficha de notificação para o MP. Em caso de urgência, o CT encaminhará a vítima à Delegacia competente, informando imediatamente o Ministério Público. O CT competente deve conter no banco de dados as informações de todo o processo para dar informações, quando solicitado, às portas de entrada. No caso de haver núcleos jurídicos de acompanhamento (CEDECA, Serviços Sentinela, outros), o CT responsabilizar-se-á por articular esses órgãos e manter-se informado do andamento do processo.
5. Caso o MP receba a denúncia, encaminhará cópia do instrumento utilizado para o CT (art. 13 do ECA).
6. No caso de outras portas de entrada, as informações sobre a violência são encaminhadas ao CT que formaliza a ocorrência na ficha de notificação, encaminhando-a ao MP.



Direitos sexuais da criança e do adolescente

O desenvolvimento sexual está na dinâmica das relações do sujeito com seu corpo, o outro e o mundo; portanto, a sexualidade está na estrutura da personalidade de todo ser humano. Segundo a Plataforma de Ação de Beijing, em 1995, “direitos sexuais são um elemento fundamental dos direitos humanos. Eles englobam o direito à sexualidade prazerosa, que é essencial em si mesma e, ao mesmo tempo, um veículo fundamental de comunicação e amor entre pessoas. Os direitos sexuais incluem o direito à liberdade e autonomia, além do exercício responsável da sexualidade”.

Violar uma pessoa é muito penoso, mas violar uma criança é roubar-lhe sua infância e deixar marcas quase que insuperáveis: “minha alma jamais será completa” (conforme depoimento dado na CPMI/2004).

Entender a violência sexual que deixa marcas na vida dos sujeitos é entender, também, que a violência contra crianças é um problema que está

na estrutura da nossa organização social. E para vencer esta iniquidade, é preciso que nos apaixonemos de fato pelas nossas crianças e adolescentes e, em uma só voz, possamos impregnar nossos corações e mentes pelo Art. 227 da Constituição Federal do Brasil:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Capítulo VII – Da Família, da Criança, do Adolescente e do Idoso).

O filme “Anjos do Sol” (2006) retrata muito bem a organização criminosa que atua no tráfico de crianças e adolescentes oriundos de cantões de pobreza, de cidades e capitais dos estados brasileiros. A obra foi fundamentada em 12 anos de pesquisa e balizada em dados reais. Trata-se de um contexto em que famílias vulnerabilizadas pela pobreza e pela falta de recursos para garantir melhores oportunidades aos seus membros sentem-se atraídas pelas ofertas apresentadas por agentes que operam nas redes de tráfico. Muitas vezes, sem conhecer a realidade a que serão submetidos seus filhos, pais os entregam aos aliciadores que os explorarão em bordéis, casas de prostituição, em zonas de garimpo em diferentes regiões do País. Este tipo de tráfico geralmente está relacionado com outras ações ilícitas de organizações criminosas, como o tráfico de drogas e de armas.



Resumo

Você está encerrando a Unidade 17 deste Curso. Nesta etapa, você estudou os tipos de violências que ameaçam a criança e o adolescente. O caminho para enfrentar essa realidade passa pelo combate à impunidade, pelo fortalecimento das famílias e das instituições de proteção, e pela articulação das estruturas sociais e políticas públicas.

Na próxima Unidade, você continuará estudando os riscos enfrentados pela criança e o adolescente no contexto das drogas, mas agora com o enfoque no trabalho infantil. Até lá!

Referências

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Edição Especial, CONANDA, 2002.

Sistema de Garantia de Direitos. Um caminho para Proteção Integral, CENDHEC, Recife: 1999.

DIMENSTEIN, Gilberto. **Meninas da noite**: A prostituição de meninas-escravas no Brasil. 1990.

FALEIROS, Eva (Org.) **Abuso sexual contra crianças e Adolescentes**: os descaminhos da denúncia. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos – SEDH, 2003.

GADELHA, Graça e MOTTI, Antônio J. Â. **Os desafios para proteção de crianças e adolescentes em situação de violência sexual**, POMMAR/USAID – Partners, UFMS. Disponível em: <http://www.caminhos.ufms.br/escolacons/> Acesso em abril de 2008.

GLOSSÁRIO em Português – OIT/IPEC – **Programa de prevenção e eliminação da Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes na Tríplice Fronteira**. Argentina, Brasil, Paraguai/2003/04.

GRUPO VIOLES. Relatório final do **Estudo analítico do enfrentamento da Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes no Brasil** – (Período 1996 – 2004) - SER/ UnB/ CNPq Apoio: Save the Children – Suécia.

HAZEU, Marcel. **Direitos Sexuais da Criança e do Adolescente** – Uma visão interdisciplinar para o enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescente/ TXAI, 2004.

IPPOLITO, Rita (Org.) **Guia Escolar**. Uma década de lições aprendidas. Secretaria Especial de Direitos Humanos (SEDH) e Ministério da Educação, 2004.

KOSHIMA, Karin. **Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes**: Danos Secundários. Disponível em: <http://www.caminhos.ufms.br/escolacons/> Acesso em abril de 2008.

LEAL, Maria L. e LEAL, Maria de F (Org.) **Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres Crianças e Adolescentes para fins de Exploração Sexual Comercial no Brasil**. Brasília: Pestraf, Relatório Nacional, Ministério da Justiça-MJ, 2002.

PAIR. **Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto juvenil no Território Brasileiro**. Disponível em: <http://www.caminhos.ufms.br/pair/> Acesso em 16/02/2007.

VAILLANT, George E. “A História Natural do Alcoolismo Revisitada”. In: SOARES, Lucila. O porre é grotesco. **Revista Veja**. Editora Abril, 18/08/1999.

SANTOS, Adriana. **Combate ao trabalho infantil começa com a mudança de comportamento da sociedade**. Disponível em: http://www.caminhos.ufms.br/colunistas/colunistas_view.htm?id=17.

SOARES, Lucila. O porre é grotesco. In. **Revista Veja**. Editora Abril, 18/08/1999.

HAZEU, Marcel. **Direitos Sexuais da Criança e do Adolescente**, TXAI, Pará, Brasil, 2004.

Matriz Intersetorial para o Enfrentamento da Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes no Brasil. Comissão intersetorial de Combate contra a Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes – SEDH/Unicef/Violes-UnB, janeiro de 2005.



Trabalho infantil: fator de risco para a violência e para o uso de álcool e outras drogas

* Alissandra Alves Rodrigues,
Deuzinéa da Silva Lopes e
Joaquim Travassos Leite



Ao fim desta Unidade, você terá consciência de que o trabalho infantil deve ser erradicado, pois, além de prejudicar a frequência à escola, os estudos, o lazer e a própria convivência familiar e comunitária, causa amadurecimento precoce. Você verá:

- conceitos e conseqüências do trabalho infantil
- a rede de proteção da criança e do adolescente
- as principais modalidades de trabalho infantil verificadas no Brasil
- as formas de combate e denúncia

Trabalho infantil – conceitos e conseqüências

O termo “*trabalho infantil*” deve ser entendido como todo “trabalho executado em atividades econômicas e/ou atividades de sobrevivência, com ou sem finalidade de lucro, remuneradas ou não, por crianças ou adolescentes em idade inferior a 16 (dezesseis) anos, independentemente da sua condição ocupacional”.

Neste material, optou-se pela utilização do termo “trabalho infantil” referindo-se às atividades realizadas por crianças e adolescentes até 16 anos de idade, distinguindo do trabalho permitido por lei. A legislação brasileira ratificou as disposições contidas nas convenções internacionais que tratam do trabalho infantil, proibindo a utilização da mão-de-obra de crianças e adolescentes, de acordo com as seguintes condições:

- **até 14 anos**, a criança e o adolescente não podem trabalhar independentemente do local de trabalho ou tipo de atividade;
- **de 14 a 16 anos**, o adolescente pode trabalhar exclusivamente na condição de aprendiz, experiência que deve ser devidamente registrada na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS);
- **de 16 a 18 anos**, o adolescente poderá exercer atividade remunerada, com registro na CTPS, não mais limitada apenas à aprendizagem, desde que esta atividade não comprometa seu processo de formação e desenvolvimento físico, psíquico, moral e social. Sendo assim, são proibidos trabalhos noturnos, que envolvam o manejo de cargas pesadas, com longas jornadas e atividades insalubres, perigosas ou penosas.

Contrariando os dispositivos legais, a mão-de-obra infantil ainda é utilizada no campo e nas cidades das diferentes regiões do País: na cultura da cana-de-açúcar, do fumo, da laranja, do sisal, nas carvoarias, madeireiras, olarias, pedreiras, lixões, casas de farinhas, feiras livres, como engraxates ou vendedores ambulantes, em serviços domésticos ou em atividades ainda mais aviltantes, como a exploração sexual comercial, a pornografia ou em outras atividades ilícitas, como o tráfico de drogas comprometendo seriamente sua formação e seu desenvolvimento.

A realidade do trabalho infantil é complexa e violenta, reflexo das desigualdades sociais que conduzem crianças e adolescentes, oprimidos pela dura realidade da luta pela sobrevivência e pelo desemprego ou subemprego dos pais, para o traba-

lho. São excluídos das atividades próprias da sua fase de desenvolvimento (como brincar, estudar, passear) e têm seu futuro comprometido por diversos problemas de saúde. Sofrem a violência da negação de seus direitos e convivem com a conivência da sociedade que entende seu trabalho como inevitável e até desejável em face da vulnerabilidade social de suas famílias. O cenário é de tristeza, insegurança e insatisfação com a vida, que aumenta à medida que as expectativas de superação dessa condição diminuem, aumentando também a fragilidade dessas crianças e adolescentes, inclusive aos vários fatores de risco para a violência e para o uso de álcool e de outras drogas.

A violência praticada por adultos contra crianças e adolescentes com o uso intencional da força, do poder físico e da ameaça é utilizada para mantê-los trabalhando, puni-los ou controlá-los. E é neste contexto que crianças e adolescentes em situação de pobreza e/ou vulnerabilidade social, com vínculos afetivos e familiares fragilizados, convivendo com adultos de vários segmentos da sociedade que não possuem o compromisso de protegê-los e mantê-los a salvo de situações aviltantes, podem buscar no uso de álcool ou de outras drogas o alívio para suas angústias, carências e dificuldades de superação dos seus problemas.

Por esses motivos, conhecer sua realidade e firmar o compromisso de assegurar os direitos garantidos a essa população constitui um importante passo para a erradicação do trabalho infantil como também para a prevenção da violência e do uso de álcool e de outras drogas nessa faixa etária.

A rede de proteção da criança e do adolescente e o trabalho infantil

Você já estudou que, com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), foi instituído o Sistema de Garantia de Direitos, organizado em um conjunto de ações governamentais e não-governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com o objetivo de proteger crianças e adolescentes submetidos a violações dos seus direitos e também de prevenir a ocorrência dessas violações.

Esse Sistema pode ser facilmente identificado como uma **Rede de Garantia de Direitos**, que deve ser articulada e integrada por:

- instituições governamentais;
- instituições não-governamentais;

- conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente;
- conselhos tutelares.

Situações identificadas como exploração de trabalho infantil devem ser encaminhadas para a autoridade mais próxima componente da Rede, que poderá tomar, dentre outras, as seguintes medidas:

- identificação e responsabilização do empregador e/ou explorador;
- encaminhamento da criança, do adolescente e de sua família a programas de inclusão social ou de profissionalização;
- encaminhamento a unidades de saúde, nos casos necessários;
- encaminhamento a instituições de ensino.

Componentes da rede

É importante conhecer os principais componentes dessa Rede de Garantia de Direitos para acioná-los sempre que necessário. Acompanhe!

a) Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente

Controlam e monitoram a execução das ações previstas na política de atendimento a crianças e adolescentes nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal.

b) Conselhos Tutelares

As denúncias de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão são recebidas nos **Conselhos Tutelares**, que realizam suas atribuições executivas de atendimento e acompanhamento de cada caso para definir a melhor forma de resolução do problema, podendo, inclusive, requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança.

c) Delegacias Regionais de Trabalho

São órgãos do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), nos quais estão lotados os Auditores-Fiscais do Trabalho, responsáveis pelas seguintes atribuições legais:

Mesmo previstos em Lei, ainda não são todos os municípios que possuem Conselho Tutelar. Nesses casos, as atribuições a ele conferidas devem ser exercidas pela "autoridade judiciária", ou seja, o Juiz da Infância e da Juventude ou o Juiz que exerce essa função na localidade (Art.262 e 146 do ECA). Não existe Conselho Tutelar nos níveis estadual e federal. Seus membros são escolhidos mediante processo eleitoral na própria comunidade. Ver artigos 131 a 140 do ECA.

- executar ações de fiscalização em locais onde haja a utilização de mão-de-obra de crianças e adolescentes abaixo da idade mínima permitida pela legislação em atividades que exijam ou não vínculo empregatício, tanto no meio urbano quanto no rural;
- promover o afastamento imediato de crianças e adolescentes dos locais de trabalho prejudiciais e proibidos nos quais estejam sendo explorados e o consequente acionamento das entidades que compõem a Rede de Garantia de Direitos, a fim de assegurar a inserção dessas crianças e adolescentes em programas sociais;
- realizar a inspeção das condições e dos ambientes de trabalho, visando promover os direitos trabalhistas dos adolescentes oriundos de relações de emprego sem a proteção prevista na legislação;
- fiscalizar o cumprimento da obrigatoriedade de contratação de aprendizes pelas empresas, propiciando a garantia do direito à profissionalização de adolescentes.

d) Ministério Público do Trabalho (MPT)

Atua no combate ao trabalho infantil e à exploração do trabalhador adolescente com ações que vão desde o recebimento de denúncias, a instauração de procedimentos investigatórios, inquéritos civis públicos e outras medidas administrativas até o ajuizamento de ações judiciais, quando comprovada a irregularidade.

e) Órgãos Executores da Política de Assistência Social

Desenvolvem suas ações visando garantir a proteção da infância, da adolescência e da família, que necessitam de algum amparo assistencial, com o objetivo de assegurar a não inserção de crianças e adolescentes no trabalho ou o não retorno às atividades laborais proibidas. Podem, ainda, viabilizar o acesso das famílias aos programas de profissionalização e de inclusão social, como o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e o Programa Bolsa Família.

Crianças e adolescentes encontrados em situação de trabalho infantil pela inspeção do trabalho possuem prioridade de inclusão no PETI. Caso o município não seja atendido pelo PETI ou não possua meta (vaga) disponível para a inclusão da criança ou do adolescente, o conselho tutelar poderá oficiar o órgão gestor municipal ou a coordenação nacional do PETI, no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), para as providências cabíveis.

f) Justiça da Infância e da Juventude

Composta por Varas especializadas do Poder Judiciário, aplicam a lei para a solução de conflitos relacionados aos direitos da criança e do adolescente.

g) Escola

Uma de suas funções é comunicar aos Conselhos Tutelares a ocorrência de evasão escolar e de faltas injustificadas, que constituem, geralmente, fortes indícios da ocorrência de trabalho infantil.

Importante, também, é o papel da escola para a divulgação de informações sobre o tema, ao promover discussões com a comunidade escolar sobre:

- tópicos da legislação que prevê a proteção das crianças e dos adolescentes;
- sérios prejuízos físicos, intelectuais e emocionais que o trabalho infantil pode causar;
- outros assuntos relacionados ao tema.

h) Estabelecimentos de saúde

Ao promover a atenção integral à saúde, são capazes de identificar e encaminhar crianças e adolescentes explorados em atividades laborais e prestar o atendimento necessário. Podem, ainda, avaliar a associação entre o trabalho e os problemas de saúde apresentados.

Os Agentes de Saúde da Família podem ser grandes aliados da Rede de Garantia de Direitos no combate ao trabalho infantil, por possuírem importante atuação e penetração na comunidade, pois chegam a locais que poucos agentes alcançam. Esse fato favorece a denúncia de violação de direitos, fator vital para o acionamento e atuação dos demais órgãos responsáveis pela proteção da criança e do adolescente.

As principais modalidades de trabalho infantil verificadas no Brasil

De início, o que fazer? Como um conselheiro pode se preparar para lidar com a situação de trabalho infantil? A localização, a identificação, o diagnóstico e o afastamento de crianças ou adolescentes de um local ou de uma atividade laboral proibida constituem o primeiro passo ou primeiro estágio de uma série de ações que precisam ser deflagradas pelos órgãos componentes da Rede de Garantia de Direitos para o resgate dos direitos violados.

Entre as diversas atividades em que se emprega a mão-de-obra de crianças e adolescentes no Brasil, destacam-se as relacionadas a seguir.

O Trabalho Infantil Doméstico (TID)

Existem atividades realizadas por crianças e adolescentes no âmbito doméstico que não afetam a saúde, o desenvolvimento físico, mental e emocional, não interferem no lazer e nem na educação (horários de frequência às aulas e à escola e de estudos e/ou realização das atividades escolares). Tais atividades **não** precisam ser combatidas porque são diferentes do trabalho infantil doméstico – TID, identificado como aquele que **priva** as crianças e adolescentes da sua infância e que é **nocivo** ao seu desenvolvimento.

O Trabalho Infantil Doméstico (TID) é proibido para menores de 16 anos em todas as modalidades. Uma importante preocupação neste campo refere-se às violências a que crianças e adolescentes ficam expostos, pois, além de excluídos da educação formal e submetidos ao trabalho pesado, muitos sofrem abusos psicológicos (como agressões verbais de todos os tipos), abusos sexuais e físicos.

Trabalho infantil doméstico em casa de terceiros, sem residir no domicílio do empregador

Trabalham especialmente como babás, jardineiros e tratadores de animais. Normalmente, residem com seus familiares e se deslocam para o trabalho, em que não raro são expostos a jornadas excessivas que lhes impedem a frequência escolar e os expõem, em muitos casos, a agentes insalubres.

Trabalho infantil doméstico em casa de terceiros, quando a criança/adolescente reside no domicílio do empregador

Constitui uma das modalidades mais perversas, complexas e de difícil enfrentamento, pois famílias muito carentes entregam seus filhos para o empregador com a esperança de que este lhes dê melhores condições de vida e de escolaridade. Em muitos casos, essa expectativa inicial é quebrada pela realidade de exploração do trabalho, de maus tratos e até de abusos sexuais.

Trabalho infantil doméstico para a própria família

A própria família exige da criança/adolescente o exercício de responsabilidades, tarefas e atividades que são peculiares aos adultos, como cuidar de forma integral dos irmãos menores, responsabilizando-os inclusive pela sua educação, limpar e arrumar toda a casa, cozinhar, lavar e passar roupas de todas as pessoas que habitam a casa, tarefas impróprias e desproporcionais à sua condição física, mental e emocional, que extrapolam as obrigações razoáveis destinadas a eles na organização familiar.

Trabalho infantil em regime de economia familiar

Consiste na utilização da mão-de-obra de crianças e adolescentes em atividades econômicas direcionadas à sobrevivência e manutenção da própria família. O produto do trabalho é revertido para seu autoconsumo e sustento da família, sem existir, portanto, relação de emprego.

Essas atividades são desenvolvidas em sua maioria na zona rural, onde, por questões culturais e também por necessidade de sobrevivência, são toleradas e até incentivadas pela comunidade.

Nas cidades, também é muito comum encontrar pais com seus filhos vendendo produtos nas ruas, muitas vezes produzidos por eles mesmos.

A quem denunciar?

Em todas essas modalidades, os casos de suspeita ou de confirmação da exploração da mão-de-obra infantil devem ser encaminhados ao **Conselho Tutelar do Município e/ou ao Ministério Público do Trabalho**. O objetivo é que sejam realizadas as ações cabíveis tanto para a proteção das crianças e dos adolescentes envolvidos como para a atenção aos pais

ou responsáveis e a responsabilização dos empregadores. Nesses casos, o Conselho Tutelar poderá aplicar as medidas de proteção previstas no art. 101 do ECA (Exceto a medida prevista no inciso “VIII – colocação em família substituta”, que é privativa da autoridade judiciária).

Acompanhe o que prevêm essas medidas de proteção:

1. encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade;
2. orientação, apoio e acompanhamento temporários;
3. matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;
4. inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente;
5. requisição de tratamento médico, psiquiátrico ou psicológico, em regime hospitalar ou ambulatorial;
6. inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;
7. abrigo em entidade.

Caso seja possível identificar a existência de beneficiários diretos do trabalho realizado pelos membros da família, com caracterização de relação de emprego, devem-se encaminhar as denúncias às Delegacias Regionais do Trabalho e/ou ao Ministério Público do Trabalho para que as providências legais sejam tomadas.

Trabalho de crianças e adolescentes em lixões

Ao contrário do que o senso comum pode apontar, essa modalidade não se restringe aos grandes centros urbanos. Esse tipo de crime está presente em muitos municípios que não possuem destino adequado para os resíduos sólidos, jogados em locais de depósito e armazenamento altamente insalubres.

Relatos apontam inúmeros casos de crianças e adolescentes intoxicados por consumirem alimentos deteriorados encontrados nos lixões.

O Conselho Tutelar do município pode solicitar diligências para verificar, nos lixões e aterros sanitários, a presença de crianças ou de adolescentes que trabalham e proceder à sua imediata retirada e à aplicação das medidas de proteção cabíveis a cada caso. As denúncias também podem ser encaminhadas ao Ministério Público do Trabalho.

Trabalho de crianças e adolescentes no narcotráfico

A mão-de-obra infantil também é utilizada por traficantes, que se aproveitam da condição peculiar da criança e do adolescente, considerados seres em desenvolvimento, bem como das suas garantias legais.

Contudo, crianças e adolescentes envolvidos na entrega e venda de drogas ou na segurança armada do tráfico cometem ato infracional. Podem responder por esse ato, conforme previsto no ECA, que estabelece medidas judiciais diferenciadas, conforme sua faixa etária.

Nesses casos, a criança fica sujeita a medidas de proteção previstas no art. 101, e o adolescente, a medidas socioeducativas do seu art. 112, que prevê como medida mais severa a internação em estabelecimento educacional por um período máximo de três anos.

A quem denunciar?

As denúncias de envolvimento de crianças e adolescentes com o narcotráfico devem ser encaminhadas às autoridades policiais e ao Ministério Público para apuração, repressão e persecução criminal de adultos envolvidos.

Além disso, deve-se providenciar a apresentação das crianças e dos adolescentes encontrados em flagrante de ato infracional à autoridade judiciária (Juiz da Infância e Juventude).

O envolvimento de crianças e adolescentes em atividades relacionadas com o tráfico de drogas ocorre em um contexto de violência e exposição a inúmeras situações de risco, que os tornam extremamente vulneráveis ao uso de drogas pelo acesso direto às mais variadas substâncias.

Outra consequência da relação com o uso de drogas é que muitas crianças se tornam dependentes e necessitam de tratamento especializado, o que requer o acionamento das instituições de saúde.

As piores formas de trabalho infantil

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) definiu, entre as diversas atividades laborais, as piores formas de trabalho infantil, que constituem violações de direitos e situações que os expõem a graves riscos de saúde, em função da violência a que geralmente são submetidos. São elas:

- todas as formas de escravidão ou práticas análogas, como a venda e o tráfico de crianças, a servidão por dívida e a condição de servo, e o trabalho forçado ou obrigatório de crianças e seu recrutamento para serem utilizadas em conflitos armados;
- a utilização, o recrutamento ou a oferta de crianças para a prostituição, a produção de pornografia ou atuações pornográficas;
- a utilização, recrutamento ou a oferta de crianças para a realização de atividades ilícitas, em particular a produção e o tráfico de drogas, como são definidos nos tratados internacionais pertinentes;
- o trabalho que, por sua natureza ou pelas condições em que é realizado, é suscetível de prejudicar a saúde, a segurança ou a moral das crianças.

Essa listagem da OIT reforça e completa institucionalmente o assunto dessa Unidade: diante da falta de alternativas de subsistência das famílias de baixa renda, crianças e adolescentes são, muitas vezes, empurrados para o mercado de trabalho. Em geral, as condições e circunstâncias em que são desenvolvidas suas tarefas comprometem o desempenho escolar, exigem esforços superiores à sua condição específica de desenvolvimento e, sobretudo, os expõem a ambientes e pessoas que violam o seu bem-estar e sua segurança.

As dificuldades associadas à condição de exclusão e os sofrimentos vividos, relacionados com a baixa auto-estima, com os reiterados fracassos nas tentativas de reinserção social, escolar e até mesmo familiar, e com as angústias referentes ao futuro, configuram situações em que o álcool e as outras drogas podem assumir uma dimensão relevante.

Por isso, as ações implementadas pelos agentes componentes da **Rede de Garantia de Direitos** das crianças e adolescentes devem abranger não apenas as vítimas diretas, mas seus familiares, para ampliar a proteção à família, tentando mantê-los distantes dos locais de exploração.

Resumo

Você está encerrando a Unidade 18 deste Curso. Nesta etapa, você estudou as várias formas de abuso relacionadas ao trabalho infantil e os consequentes reflexos negativos desta prática. E o mais importante, como promover a denúncia para esse tipo de agressão.

Na próxima Unidade, você estudará as técnicas de mediação como ferramenta de administração de conflitos. É um processo de grande valia em que se encaixa boa parte das situações de transtornos causados por abuso de drogas. Até lá!

Referências

ARAQUE, Eliane. **O direito de ser criança**. Ministério Público do Trabalho. Disponível em: <http://minerva.pgt.mpt.gov.br/publicacoes/pub45.html>. Acesso em 12/02/2007.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. 4 ed. Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2003.

BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. **Curso de formação em prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas**. Volume 2. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. **Trabalho Infantil**: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador**. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, Secretaria de Inspeção do Trabalho, 2004.

LIMA, J. T. de M. **Competências, prerrogativas, deveres, monitoramento e controle das entidades componentes da “rede de Proteção Integral a Crianças e Adolescentes” no Brasil**. Juiz de Fora, 2006.

SANTOS, B. R. et al. **Guia escolar**: métodos para identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. 2 ed. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos e Ministério da Educação, 2004.

SCHWARTZMAN, Simon. **Trabalho Infantil no Brasil**. Brasília: OIT, 2000.





Mediação de conflitos

Célia Regina Zapparoli



Ao fim desta Unidade, você conhecerá os fundamentos teóricos da mediação e verá a importância desse instrumento de administração pacífica de conflitos entre sujeitos: pessoas, grupos sociais, comunidades etc. Para isso, você estudará os seguintes temas:

- a importância da mediação
- conflitos intersubjetivos e intrapsíquicos
- diferenças entre disputas, conflitos e violências
- distinção entre mediação e conciliação
- as diferenças entre a mediação técnica interdisciplinar e a mediação comunitária

A importância da mediação

A mediação é um instrumento de administração pacífica de conflitos entre sujeitos, em relações continuadas (exemplo: famílias, vizinhos, nas escolas, comunidades etc). O mediador é um terceiro, treinado, que não faz parte do conflito, mas que auxilia os envolvidos a solucioná-los por si mesmos, sem sugestões, imposições e, o mais importante, sem tomar partido de um lado ou de outro. A mediação é voluntária e confidencial e procura desenvolver um ambiente de respeito e cooperação com o objetivo de estabelecer uma comunicação e um relacionamento mais funcionais.

Mas isso não seria atribuição do Judiciário e das Polícias? Não. **O Judiciário e as Polícias não se constituem como veículos exclusivos**, por intermédio dos quais é possível a administração de conflitos e o desenvolvimento de políticas públicas de justiça e de segurança.

Esclarecemos que não estamos desqualificando a importância da atuação do Judiciário e das Polícias (Estado) à promoção da harmonia das relações sociais. Todavia, essa atuação tem limites e deve estar voltada para os casos que não podem ser administrados pelos próprios envolvidos.

De um lado, é muito cômoda a delegação dos problemas para outros solucionarem, mas isso tem lá seus efeitos colaterais. Quantas pessoas já não ajuizaram processos e depois não conseguiram ver a situação decidida da maneira como desejariam organizar? E quantas vezes o número “190”, destinado aos chamados policiais, não é discado e, quando a polícia chega, os envolvidos em conflitos não ouvem ou não desejam a saída dada pelo policial?

A possibilidade de solução de disputas e conflitos fora da esfera decisória do Judiciário teve forte abertura a partir da segunda metade dos anos 40, com a negociação nas relações trabalhistas americanas.

Mas você poderia pensar, estamos falando de negociação ou de mediação? Na verdade, a mediação está embasada em três pilares teóricos: a **teoria dos conflitos**, a **teoria da comunicação** e a **teoria da negociação**.

A visão da negociação, inicialmente nada pacífica, evoluiu, chegando à negociação *ganha-ganha*: para ganhos mútuos, de todos os envolvidos. Posteriormente, introduziu-se a figura do terceiro facilitador nas negociações. E, daí, para a mediação foi apenas um passo.

A escola de *Harvard* foi muito eficiente nos estudos da negociação, nessa visão de ganhos mútuos, da separação das pessoas dos problemas; da dife-

renciação entre *interesses* e *posições*. E, depois, na década de 80, da mediação. Trazendo-nos o chamado modelo de *Harvard*.

Novos estudos, modelos e técnicas de mediação foram se sucedendo e elencaremos alguns deles:

1. o modelo *Transformativo* tem por base a idéia da modificação da maneira dos envolvidos em um conflito se relacionarem;
2. o modelo *Circular-Narrativo* contribuiu com técnicas de comunicação, já que a teoria da comunicação é um dos pilares da mediação;
3. a proposta da interdisciplinaridade na mediação técnica em conflitos de família;
4. a metodologia de mediação focada nas populações de baixa renda;
5. a abordagem de mediação desenvolvida para contextos de crimes de gênero e família;
6. a mediação em segurança integral e
7. a mediação comunitária em política de justiça, entre outros.

Não há uma ou outra escola ou metodologia de mediação que seja a melhor. Para cada caso concreto e contexto, uma ou várias metodologias podem ser aplicadas, dentro de uma estratégia predefinida pelo mediador.

Devemos considerar as culturas, os sistemas, a natureza das relações conflituosas, o grau de violência, a judicialização dos conflitos ou não, a situação compartilhada pelos envolvidos e de cada um deles individualmente, o sujeito que praticará a mediação (agente comunitário ou técnico), o momento e o espaço em que se dará a mediação (se foi proposta ou não uma ação judicial; se a mediação será realizada num escritório, no fórum, na comunidade), além dos conflitos sociais e das violências estruturais existentes.

Na teoria, a mediação parece bem simples. Quantos de nós já não auxiliamos os outros a resolverem os seus problemas? **Mas só isso não basta, pois muitos dos sujeitos em conflito ainda enxergam o mundo com a visão adversarial, ou seja, como se o outro fosse o inimigo, sem conseguir separar os problemas das pessoas.** Visão que necessita ser previamente transformada com o uso de técnicas, a fim de que se obtenha a segurança de todos os envolvidos no processo de mediação, inclusive do mediador. **O conhecimento técnico, com a prática, dá conta disso, mas é preciso capacitação e treinamento.**

Distinção entre conflitos intersubjetivos e intrapsíquicos

Os conflitos intersubjetivos surgem a partir do momento em que pretensões individuais ou grupais não são satisfeitas, seja porque aquele que poderia satisfazê-las não o faz, seja porque o próprio direito veta sua satisfação voluntária.

Como já afirmado, a mediação está voltada para **conflitos intersubjetivos** ou interpessoais. A mediação trabalhará com vistas à administração de conflitos entre sujeitos, não só pessoas, pois nem tudo se resume às relações entre humanos. Há pessoas jurídicas (umas regidas pelo direito público, outras pelo direito privado), grupos sociais, quase pessoas etc.

Exemplos de sujeitos:

1. **Pessoas físicas:** seres humanos nascidos com vida até seu falecimento.
2. **Pessoas jurídicas:** sociedades, associações, fundações, que “nascem” com o registro de seus atos constitutivos em cartório.
3. **Quase pessoas**, a quem a lei garante direitos e dá a possibilidade de defendê-los, mas que não são nem pessoas físicas, nem jurídicas. Exemplos:
 - “nascituro” (o feto no ventre materno, que ainda não nasceu com vida);
 - **condomínio nos edifícios;**
 - **massa falida** (patrimônio das empresas que “quebraram” ou faliram);
 - **espólio** (patrimônio das pessoas que morreram).
4. **Grupos sociais** sem registro em cartório, que não são nem pessoas físicas isoladas, nem jurídicas, pois não se organizaram como tal. Exemplos:
 - **Comunidades** (ex.: de bairro; religiosas; amigos etc.)
 - **Outros Grupos.**

Os conflitos intrapsíquicos são conflitos inconscientes entre os impulsos internos do indivíduo e as pressões da realidade externa.

Não devemos confundir conflitos intersubjetivos com os **conflitos intrapsíquicos**.

Os conflitos intrapsíquicos são objeto de trabalho da **psicoterapia ou da psicanálise**.

A mediação está voltada aos conflitos intersubjetivos, mas não no âmbito dos intrapsíquicos.

Diferenças entre disputas, conflitos e violências

Há certa confusão entre os conceitos de conflitos, disputas e violências. A fim de explicitar melhor a diferença entre estes termos, faremos os devidos esclarecimentos neste tópico.

Os conflitos decorrem das diferenças. São gerados a partir da contraposição de idéias e de condutas, que não necessariamente implicam violências.

Assim, **os conflitos** entre os sujeitos são **inevitáveis** e, conforme sejam tratados, podem crescer e tomar dimensões de violências e até de crimes. **A mediação é muito útil para evitar que os conflitos cresçam à situação de violências e crimes.**

Vamos a um exemplo, em três diferentes contextos:

Hipótese 1: João deseja a guarda de seus dois filhos, porque entende que sua presença é importante para eles. Procura Maria, mãe das crianças, para isso. Maria responde que não quer e deixa claro que também deseja a guarda dos filhos. **Ambos param para conversar a respeito.**

João	Maria
→	←
Quer a guarda dos filhos	Quer a guarda dos filhos

Obs.: Na hipótese 1, João está em contraposição de idéias e condutas à Maria. Os dois estão em situação de conflito, mas não de violência.

Vejamos o mesmo exemplo de outra maneira:

Hipótese 2: João deseja a guarda de seus dois filhos, porque entende que sua presença é importante para eles. Para isso procura, **gritando**, a mãe das crianças, Maria. Maria responde que não quer, deixa claro que também deseja a guarda dos filhos, **grita que o pai não mais visitará os filhos e bate a porta na cara de João.**

João	Maria
→	←
Quer a guarda dos filhos	Quer a guarda dos filhos
Grita	Ameaça e grita que o pai não visitará mais os filhos
	Bate a porta na cara de João

Obs.: Na hipótese 2, além de um conflito, expresso na disputa pela guarda dos filhos, temos violências: gritos, ameaças, bater a porta etc. Contudo, nem sempre é tão simples a identificação das violências, há hipóteses em que elas são mais sutis: como a violência psicológica em que os filhos são privados da presença paterna e o pai, da presença dos filhos, das crianças serem pressionadas a decidir entre o pai e a mãe etc.

AS VIOLÊNCIAS NÃO SÃO SOMENTE AS FÍSICAS, PODEM SER MORAIS, PSICOLÓGICAS E ESTRUTURAIS. UMA VIOLÊNCIA NÃO EXCLUI A OUTRA E TODAS PODEM ESTAR PRESENTES EM UMA SÓ SITUAÇÃO.

Ainda, há violências e conflitos mais amplos, que ultrapassam a dimensão individual e que acabam por envolver as pessoas, agravando a situação. São esses os denominados conflitos sociais que, muitas vezes, chegam às denominadas violências estruturais (como a ausência de escolas, hospitais, transporte etc). Nesses casos, a mediação deve buscar o trabalho em sintonia com a rede pública. E, se não houver o trabalho em rede, o programa de mediação deve desenvolvê-lo.

Voltemos ao exemplo de João e Maria, para entendermos o que são problemas estruturais e conflitos sociais:

Hipótese 3: João deseja a guarda de seus dois filhos, porque entende que sua presença é importante para eles, **eis que ele sabe que Maria está com o vírus HIV+ (AIDS) e que as crianças estão sendo discriminadas na escola pelos amiguinhos, pois a notícia da doença da mãe espalhou-se. Ocorre que já se iniciou o ano escolar e não há vagas nas escolas próximas à casa de Maria para os seus filhos serem transferidos.** João procura a mãe das crianças, Maria, e propõe ficar com a guarda dos filhos. Maria responde não e deixa claro que também deseja a guarda dos filhos.

Obs.: O preconceito a respeito da AIDS, a estigmatização do doente e de seus filhos não são violências físicas, mas morais e psicológicas. A ausência de vagas nas escolas decorre de problemas estruturais, pela limitação de recursos e da maneira como são distribuídos. Os problemas estruturais decorrem e geram mais conflitos sociais, não se restringem apenas aos envolvidos, mas contaminam a sociedade como um todo. Envolvem sujeitos que nem se conhecem, mas pertencem a uma mesma comunidade e a uma mesma sociedade.

A forma como se administra os conflitos e as disputas pode levar a situações de violências, ou não. Depende dos envolvidos e de suas atitudes diante do conflito.

Os relacionamentos vão se construindo como edificações, *pequenos tijolos são postos, um a um. Se a construção ruir ou for sólida, será de responsabilidade de todos os participantes dessa construção* (do relacionamento) e não de apenas um ou outro. Isso vale para as relações intersubjetivas, comunitárias e sociais.

O conflito não deve ser associado a uma coisa ruim, pois pode gerar meios para transformações. Depende de cada um e de como é encarado o conflito.

Vamos a uma nova hipótese: Os condomínios do Sol e da Lua estão em conflito. Ambos são vizinhos e disputam a área na divisa de seus terrenos, aproximadamente 500 metros quadrados. Os filhos de seus moradores não têm local seguro para brincar, pois na rua passam muitos carros. Esse conflito poderia tomar dimensões catastróficas, como: os moradores ofenderem-se uns aos outros, machucarem-se, processarem as construtoras, mas, numa iniciativa de ganhos mútuos, os síndicos optam pela mediação. E, ponderando o convívio comum no bairro, os prós e contras, os condomínios aprovam o uso comum da área para a edificação de um parquinho, onde as crianças dos dois prédios terão lazer e segurança, além da contratação conjunta de professores de ginástica para os moradores, com vistas à sua integração. A mediação não para por aí. Ela segue para trabalhar a comunicação e o relacionamento entre os moradores de ambos os condomínios, pois a disputa pela área gerou desgastes entre todos, além de possíveis inimizades.

Como visto acima, **não foi pondo um ponto final à disputa pela área que o conflito se administrou.**

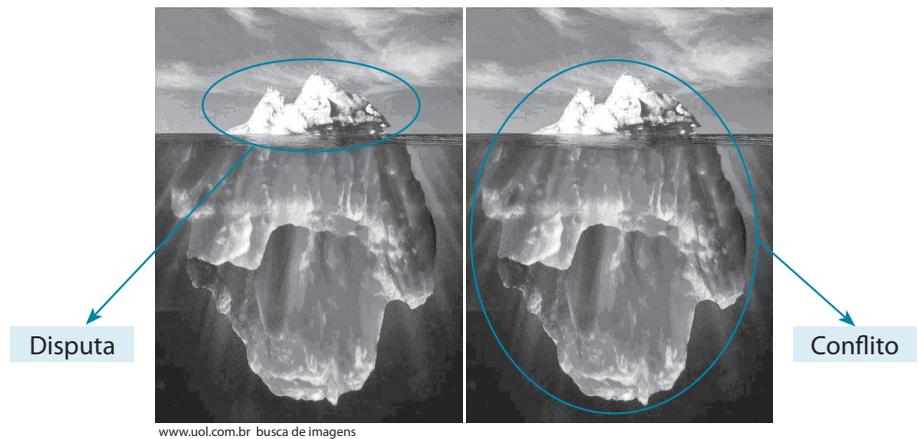
Para que um conflito seja administrado, é necessário que haja a modificação da maneira como se dá a comunicação entre os envolvidos e a transformação do funcionamento da relação entre eles. **Assim, técnicas de comunicação e de escuta ativa são imprescindíveis na mediação.**

“Trabalhar o conflito é ambição maior que resolver disputas. A disputa é apenas uma projeção exterior do conflito. A administração do conflito vai além da mera composição de seu lado aparente”
Freitas Jr., Antonio R. e Zapparolli.

Para melhor esclarecermos o conceito acima apresentado, em especial acerca das disputas, conflitos, interesses e posições, faremos a imagem de um *Iceberg* no mar.

Como é difícil ver um *iceberg* no Brasil, ou explicá-lo a quem nunca o viu, podemos adaptar para **uma pedra de gelo colorida, num copo d’água** (pois o *iceberg* nada mais é que uma imensa pedra de gelo na água do mar).

Grande parte do bloco de gelo ficará submersa, somente aparecendo sobre a água uma parte dele. Qual seria a relação do gelo com a mediação? Na imagem, denominaremos de “disputa” a porção aparente sobre a água, e de “conflito” todo o *iceberg* (ou gelo).



Inicialmente, aparece uma pequena ponta do conflito. Isso é comum vermos nas narrativas dos boletins de ocorrência, petições iniciais e defesas processuais, além das denúncias aos conselhos tutelares, à administração pública e dos filhos, quando querem comer o último brigadeiro ou a última cocada.

Vamos a mais um exemplo. Como disputa, temos a guarda de Júnior, pretendida pelos pais, Magnólia e João:

Num processo judicial, o juiz, uma pessoa concursada, que em nome do Estado tem a função de julgar, decidirá o pedido de guarda (A DISPUTA). Um vencerá e o outro perderá (se Magnólia ganha, necessariamente João perde, ou vice-versa). **Isso se todos não perderem, em especial Júnior, pelo desgaste que os processos dessa natureza geram.** Não estamos aqui abordando a situação de ambos os genitores serem destituídos do poder familiar (antigo pátrio poder) ou do seu exercício.

Todavia, sendo escolhida voluntariamente a mediação, antes do ajuizamento de uma ação, o mediador trabalhará usando de técnicas de comunicação, de escuta ativa e de negociação, com vistas a identificar os interesses dos envolvidos, que poderão ser a intenção da manutenção do vínculo conjugal ou a guarda para o não pagamento da pensão.

Na mediação, busca-se desenvolver uma comunicação e um relacionamento mais funcionais entre os envolvidos, não se restringindo às pessoas que seriam partes num processo (no caso da guarda de Júnior: a Magnólia, João e Júnior). Isso porque, quase sempre, há outros envolvidos que influenciam as relações, são por elas enredados e que também devem participar da mediação (exemplo: as sogras, a empregada da casa, os vizinhos), depende daquele conflito e da estratégia previamente desenvolvida.

Ainda, tratando-se a **hipótese de um conflito que tenha efeitos e expressões jurídicas, é necessário o encaminhamento para advogados ou defensores, o aconselhamento das partes**, mesmo que o mediador tenha formação jurídica, **pois mediador é mediador, advogado é advogado, psicólogo é psicólogo**.

E mais, **os casos que envolvem crianças, adolescentes, idosos, empregados, família e crimes devem ser dirigidos à homologação judicial, na hipótese de eventual acordo**. Essa homologação não se configura em ato judicial decisório, como em um processo tradicional, mas em uma verificação formal do acordo vindo da mediação pelo Judiciário e o Ministério Público. **Nesse caso, o acordo não é redigido pelo mediador, mas por um advogado**.

Mas nem todos os atos do ser humano geram conseqüências na ordem jurídica. A mediação não ocorre somente em situações a auxiliar ou substituir os processos judiciais. Vamos trazer outro exemplo e lê-lo em duas distintas hipóteses:

Hipótese 1: Imaginemos crianças que disputam o espaço pelo uso de um campinho de futebol, num parque público da cidade. **Inicialmente, apenas e tão somente crianças intencionam jogar futebol e não conseguem**. Uma mediação nesse ponto seria perfeita para trabalhar uma comunicação mais funcional entre os envolvidos, os aspectos das diferenças, das discriminações, das violências etc, desde a primeira expressão da ponta do iceberg. Ou seja, a disputa pelo uso do campinho.

Obs.: Até aqui, poderíamos pensar numa mediação sem qualquer efeito na ordem jurídica, como uma medida preventiva, um instrumento a evitar a escalada dos conflitos a uma avalanche de mais violências e até de crimes.

Hipótese 2: Digamos, todavia, que a mediação não tenha ocorrido e nada tenha sido feito no caso acima narrado. E essas crianças que não conseguiram um espaço na disputa pelo uso do campinho de futebol continuam a frequentar o mesmo parque, convivendo com aqueles que as “impediram de jogar”. Digamos que essas crianças, no sentimento de exclusão, congreguem-se, inicialmente, exprimindo verbalmente sua revolta, num círculo vicioso de exclusão, exposição, discriminação, mais exclusão, isolamento e estigma. Enfim, sentindo-se

Quando há violências, atos infracionais e crimes, já há efeitos na ordem jurídica, de segurança, saúde e educação etc. Nessa segunda hipótese, ainda poderia haver uma mediação, mas NÃO no exato momento em que os atos de violência (ou infracionais) estivessem acontecendo. Não há mediação no momento de violências ou crimes.



excluídas, chegam às violências verbal, física e a atos infracionais; ou ainda, são acolhidas ou aliciadas pelo crime organizado; ou ainda, evadem da escola. A isso chamamos de **escalada dos conflitos a situações de violência**.

Análise das hipóteses postas no caso acima, do campinho de futebol:

Relação continuada: Entre cidadãos e usuários do mesmo parque público.

Posição: “Queremos jogar futebol!”.

Interesse: Respeito, equidade, oportunidade, inclusão etc.

Disputa: Uso do campo de futebol.

Conflitos: Conflitos sociais, raciais, religiosos etc.

Escalada do Conflito:

Violências: Estrutural; moral; psicológica; verbal; física.

Crimes e atos infracionais: Diversos.

Distinção entre mediação e conciliação

Mediação: A mediação atuará sobre **conflitos** intersubjetivos, em relações continuadas, através de um terceiro, equidistante, estranho ao conflito, que **não tem poder decisório a respeito do conflito mediado**. Visa à **transformação do padrão comunicativo e relacional dos envolvidos** para patamares mais funcionais, com vistas a que eles cheguem à administração do conflito, por si mesmos.

O mediador **NÃO propõe, NÃO aconselha, NÃO sugere**.

Conciliação: A conciliação atua sobre **disputas** intersubjetivas, em relações não continuadas, também é realizada através de um terceiro equidistante, estranho à disputa, que **tem o poder decisório sobre ela ou age em nome de quem a tenha**.

A conciliação **objetiva um acordo**. O conciliador **propõe, aconselha e sugere**. Não ocorrendo o acordo, haverá uma decisão.

As diferenças entre a mediação técnica interdisciplinar e a mediação comunitária

A mediação é um instrumento não judiciário que visa facilitar a comunicação participativa, propiciando aos envolvidos em uma situação de conflito, violência e/ou

crime transformarem a dinâmica de relacionamento, alcançando, em grande parte das vezes, acordos criativos que satisfaçam suas reais necessidades, mesmo não sendo o acordo a meta.

A mediação, segundo seu foco, ator e metodologia, pode ser:

MEDIAÇÃO TÉCNICA INTERDISCIPLINAR: é indicada para conflitos mais complexos e em contextos de violências e crimes. Na categoria técnica, a mediação pode ser realizada por profissionais de distintas áreas de formação. Exemplificamos: um mediador com formação em psicologia e outro em direito ou um mediador com formação em serviço social e outro em engenharia, todos com capacitação própria em mediação. A formação de origem facilita os diferentes olhares e as diferentes escutas.

MEDIAÇÃO TÉCNICO-COMUNITÁRIA: realizada somente por técnicos ou em parceria com agentes comunitários. Voltada às comunidades que estejam muito contaminadas por conflitos e violências sociais e estruturais. Podem agir em conflitos que envolvam membros da comunidade, além daqueles de interesse da comunidade e da sociedade.

ÂMBITO DE ATUAÇÃO DA MEDIAÇÃO: ainda, a mediação pode ocorrer no âmbito privado ou público, estando vinculada diretamente, ou não, ao Estado, nas políticas de segurança, saúde, educação, habitação, justiça e ao Judiciário (diversas fases do processo judicial: pré-processual, para-processual ou após o processo).

MEDIAÇÃO COMUNITÁRIA: é realizada por agentes comunitários em situações de conflitos que envolvam alguns membros da comunidade, ou de interesse de toda a comunidade (como, por exemplo, a ausência de escolas, hospitais, transporte etc). A mediação comunitária deve buscar agir em sintonia com a rede pública. O agente comunitário, formado em mediação comunitária, faz parte da comunidade, ficando mais fácil o seu relacionamento e o reconhecimento pelos demais membros da comunidade. Além disso, a ação do agente comunitário facilita a identificação dos problemas locais e dos conflitos intersubjetivos, pois ele faz parte da comunidade, compartilha dos mesmos costumes e códigos dos mediados, sendo mais acessível aos membros da comunidade.

É totalmente desaconselhada a mediação comunitária para contextos de crime e violências, justamente porque o mediador comunitário faz parte da comunidade, mora ou lá trabalha, podendo colocar-se em risco. É importantíssimo que o mediador comunitário identifique o que são violências e se o conflito trabalhado está escalando para patamares de violências, justamente para preservar os envolvidos e a si mesmo.

JAMAIS um mediador deve intervir no momento de violências, pois as emoções estão acaloradas e ninguém ouve mais ninguém, situação diametralmente oposta de dois aspectos relevantes da mediação: respeito e funcionalidade da comunicação.

Por fim, com vistas à facilitação da transmissão e assimilação do conhecimento a respeito da mediação, é citada, a seguir, a sua sistematização em tópicos:

Mediação:

1. é um processo não adjudicatório, ou seja, um instrumento que não implica decisão judicial e que visa à administração pacífica de conflitos, em relações continuadas (famílias, vizinhos, nas escolas, comunidades etc);
2. importa num conjunto de técnicas **voltadas para conflitos intersubjetivos (permeados ou não por conflitos sociais ou violências estruturais)**;
3. é reciprocamente voluntária: **não é obrigatória**;
4. é **confidencial**: o que é dito na sessão de mediação não pode ser objeto de testemunho, relato a terceiros ou aos envolvidos não presentes na sessão (é lavrado termo de confidencialidade pelo mediador e pelas partes-tema tratado na capacitação);
5. é **informal**: suas etapas não devem seguir seqüência rígida (temas tratados na capacitação);
6. proporciona espaços de confiabilidade, segurança e respeito; **caso não seja possível, a sessão ou a mediação é suspensa** (temas tratados na capacitação);
7. disponibiliza aos sujeitos meios ao equilíbrio de poderes, ao protagonismo, empoderamento (*empowerment*), auto-reflexão, à mudança da visão adversarial (de inimigos e luta). **Deve gerar aos envolvidos instrumentos para que possam ser senhores de seus próprios destinos de maneira pacífica, separando o problema das pessoas**;
8. disponibiliza aos sujeitos o alcance dos motivadores e efeitos da juridificação e da judicialização das relações: **outros modos de ver a relação e o conflito, diferentemente de somente enxergar pela ótica do direito**;

9. **visa à flexibilização de posturas rígidas dos envolvidos em conflitos intersubjetivos; uma comunicação mais eficiente entre eles e a transformação do padrão relacional, muitas vezes disfuncional** (temas tratados na capacitação);
10. **proporciona meios à sua auto-responsabilização, para que assumam seus deveres e responsabilidades. Se os sujeitos realmente entenderem-se e se chegarem por si mesmos a um pacto, serão responsáveis por ele e não o descumprirão;**
11. **trabalha a identificação pelos envolvidos dos fatores que detonam a escalada dos conflitos para situações de violências e de crimes;**
12. **somente, se possível e desejado pelas partes, proporciona a celebração de acordos, escritos ou não, que venham delas, por elas e para elas, sem sugestões ou pressões: o acordo não é o objetivo da mediação;**
13. **é praticada por um terceiro, capacitado e treinado, estranho ao conflito, que não esteja no exercício da autoridade decisória e que atua em equidistância, utiliza técnicas de comunicação, escuta ativa e negociação** (temas tratados na capacitação) e
14. **que deve ser remunerado:** pelos interessados ou pelo projeto. Excetua-se dessa hipótese o mediador comunitário, cujo trabalho é realizado por um agente da comunidade, de natureza essencialmente voluntária. Esclarece-se que as políticas públicas estatais (em justiça, segurança integral, saúde, educação etc.) que veiculam a mediação comunitária, devem prever: sustentabilidade ou auto-sustentabilidade, instrumentos eficientes à seleção dos agentes, meios à sua adesão, vinculação, capacitação, treinamento, supervisão e seu deslocamento, uso de espaço físico e telefone sem ônus pelo agente, além da natural transitoriedade dos agentes comunitários.

A partir das características acima apontadas, e somente então, será possível pensar-se na mediação e sua ação na prevenção primária e secundária da violência, redução da reincidência e a liberação do Judiciário para situações em que sua presença é insubstituível.

Ao não se atingir o cerne dos conflitos intersubjetivos, mas apenas dirimirem-se disputas pontualmente, novas disputas despontarão de maneira imprevisível e incontrolável.

Torne-se um mediador (técnico ou comunitário). Aprofunde-se, não só teoricamente, por meio deste texto, **participando de capacitação específica, treinamentos em casos reais, supervisões e aperfeiçoamento.**

Resumo

Você está encerrando a Unidade 19 deste Curso. Nessa etapa, você estudou os principais fundamentos da mediação, a importância desse instrumento na administração de conflitos, a distinção entre mediação e conciliação e entre diferentes tipos de mediação.

Na próxima Unidade, você verá a importância da Subvenção Social e terá acesso às principais informações referentes ao tema. Até lá!

Referências

- ELIÇABE-URRIOL, D.B. **Ensayo: Mediación Familiar Interdisciplinaria**. Madrid: Editorial Asociación Interdisciplinaria Española Estudios de Familia, 1993.
- FRANÇOIS-SIX, J. **Dinámica da Mediación**. Barcelona: Paidós, 1997.
- FREITAS JR., A. R. e ZAPPAROLLI, C.R. **Mediação de Conflitos** - Justiça Pública não Judiciária e Promoção da Cultura da Paz. Brasil: Rascunho, 2006.
- FISHER, R. e URY, W. & PATTON, B. **Getting To Yes** - Negotiating Agreement Without Giving In. New York: Penguin Books, 1991.
- FOLGER, J.P.; Bush, R. A.B. Ideología, Orientaciones Respecto del Conflicto y Discurso de la Mediación. In: Folger, J.P.; Jones, T.S.(orgs). Nuevas direcciones en mediación. Investigacion y perspectivas comunicacionales. Buenos Aires: Paidós, 1997. HAYNES, J.M. e HAYNES, G.L. **La mediación en el divorcio**. Barcelona: Granica, 1997.
- KOLB, D. & Outros. **Cuando Hablar de resultado** – perfiles de mediadores. Barcelona: Paidós, 1996.
- MAYER, B. **The Dynamics of Conflict Resolution** – A practitioner’s Guide. San Francisco: Jossey-Bass, 2000.
- MOORE, C. W. **O Processo de Mediação: estratégias práticas para a resolução de conflitos**. Porto Alegre: ArtMed, 1998.
- SANTOS, B.S. **O Discurso e o Poder**. Porto Alegre: Fabris Ed., 1988.
- VICENTE, R. G. & BIASOTO, L. G. A. P. “O Conhecimento Psicológico e a Mediação Familiar”. In: MUSZKAT, M. (org.). **Mediação de Conflitos – Pacificando e prevenindo a violência. Mediação de Conflitos – Pacificando e prevenindo a violência**. São Paulo: Summus Editorial, 2003.
- URY, W.L.; BRETT, J.M. & GOLDBERG, S.B. **Getting Disputes Resolved** – Designing Systems to Cut The Costs Of Conflict. San Francisco: Jossey Bass, 1988.
- WATZLAWICK e BEAVIN, J. H. & JACKSON, D.D. **A Pragmática da Comunicação Humana**. Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação. São Paulo, 1967.

ZAPPAROLLI, Celia Regina. Freitas Jr & ANTONIO Rodrigues de. “Mediação e demais meios de resolução pacífica de conflitos e a Polícia Comunitária”. In: **Curso Nacional de Promotor de Polícia Comunitária**. Brasília: Secretaria Nacional de Segurança Pública - SENASP, 2007, p. 333-364.

ZAPPAROLLI, Celia Regina “Questões Sobre a Efetividade do Sistema Jurídico nos Crimes Decorrentes das Relações de Gênero e Família- A Experiência da Mediação nas sedes da Lei 9099/95 - Aspectos Cíveis e Penais”. In: **Juizados Especiais Criminais - Lei 9099/95**. Aspectos Jurídicos Relevantes. Doutrina e Jurisprudência – 10 anos da Lei. São Paulo: Quartier Latin, 2008, p. 113-136.

ZAPPAROLLI, Celia Regina. “A Experiência pacificadora da Mediação: uma alternativa contemporânea para a implementação da cidadania e da justiça”. In: **Mediação de Conflitos – Pacificando e prevenindo a violência**. São Paulo: Summus Editorial, 2003, p. 49-76.

ZAPPAROLLI, Celia Regina, VICENTE, R.G, BIASOTO, L. G. A. P., VIDAL, G. **Curso de Mediação Técnico-Comunitária ao Programa Justiça Comunitária do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios**. SENASP/PNUD/TJDFT - 2a. ED Ampliada. Apostila. Brasília: Ed. Senasp - Secretaria Nacional de Segurança Pública - Ministério da Justiça/Pnud, 2007.

ZAPPAROLLI, Celia Regina, VICENTE, R.G, BIASOTO, L. G. A. P., VIDAL, G. **Curso de Aprofundamento: Mediação de Conflitos em Segurança Cidadã - 1ª Versão em Português**. Brasília: Ed. Senasp - Secretaria Nacional de Segurança Pública - Ministério da Justiça/ Pnud, 2006.

ZAPPAROLLI, Celia Regina, VICENTE, R.G, BIASOTO, L. G. A. P., VIDAL, G. **Curso de Mediação Técnico-Comunitária ao Programa Justiça Comunitária do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios**. PNUD/TJDF- 1a. ed. Apostila. São Paulo: Ed . PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2006.

ZAPPAROLLI, Celia Regina, VICENTE, R.G, BIASOTO, L. G. A. P., VIDAL, G., KATAYAMA, W., SILVA, R. S., IERVOLINO, V. **Curso de Resolução Pacífica de Conflitos em Segurança Cidadã - Primeira Versão**. Apostila. Brasília: Ed. Senasp -Secretaria Nacional de Segurança Pública - Ministério da Justiça/Pnud, 2006.





Subvenção Social

Manoel Teles Meneses Neto



Ao fim desta Unidade, você conhecerá a importância da Subvenção Social, saberá quais as instituições habilitadas a recebê-la e que tipo de projetos podem ser apresentados. Para isso, você terá acesso às seguintes informações:

- cadastramento de instituições
- aplicação de recursos
- roteiro para elaboração de projetos

O princípio da responsabilidade compartilhada, previsto na Política Nacional sobre Drogas (PNAD), tem orientado as ações da SENAD no sentido de criar mecanismos de participação social, visando comprometer os diversos segmentos sociais com o desenvolvimento de atividades de redução da demanda de drogas no País.

Nesse sentido, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) tem estimulado as organizações que atuam de forma efetiva na redução da demanda de drogas e que seguem os objetivos e as diretrizes previstos na PNAD, através do estabelecimento de convênios com organizações governamentais e não-governamentais por meio de Subvenção Social.

A Subvenção Social é uma modalidade de transferência de recursos financeiros públicos para organizações governamentais e não-governamentais, sem fins lucrativos, com o objetivo de cobrir despesas de custeio no desenvolvimento de ações nas áreas de redução da demanda de drogas.

Desde a sua criação, a SENAD recebe, anualmente, inúmeros projetos com propostas diversificadas e pedidos de financiamento das ações sugeridas. Para atender esse número crescente de pedidos e garantir iguais oportunidades para todas as organizações concorrentes aos recursos financeiros, foi necessária a reestruturação da gestão da Subvenção Social. Organizou-se, portanto, a partir de 2006, um Processo Seletivo, por edital público de responsabilidade de uma Comissão Especial de Licitações com o objetivo de selecionar projetos de instituições regularmente cadastradas na SENAD e que desenvolvam ações de interesses da PNAD.

A partir desse novo modelo de gestão e conforme a disponibilidade orçamentária, a SENAD publica, regularmente, editais com critérios claros e objetivos para realização de processo seletivo de Projetos para a modalidade de Subvenção Social, tendo em vista garantir isonomia nas condições de acesso aos recursos.

Esta iniciativa visa dar maior transparência ao processo de avaliação e seleção de projetos, bem como democratizar o acesso aos recursos financeiros. Trata-se de mais uma estratégia de articulação de esforços entre governo e sociedade, que maximiza os resultados das ações e viabiliza a implementação da PNAD, com a conseqüente otimização de recursos públicos.

Quem pode receber Subvenção Social?

As organizações governamentais e não-governamentais, sem fins lucrativos, inscritas há, pelo menos, três anos no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) e que estejam regularmente cadastradas na SENAD.

Como cadastrar as instituições?

Documentação necessária ao cadastro de instituições filantrópicas e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP's):

- Ofício, em papel timbrado, assinado pelo proponente, dirigido ao Secretário Nacional Antidrogas, solicitando o cadastramento e encaminhando o questionário devidamente preenchido e a documentação necessária.
- Cópia autenticada dos atos constitutivos (estatuto e ata de fundação) da instituição, com eventuais alterações devidamente registradas, ou certidão de inteiro teor fornecida pelo Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas.
- Relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas pela instituição durante os 3 últimos anos discriminados ano a ano.
- Cópia autenticada em cartório dos balanços (patrimonial e financeiro) dos últimos três exercícios, assinados pelo representante legal da instituição e por técnico registrado no Conselho Regional de Contabilidade.
- Cópia do Cadastro Nacional de Pessoas Jurídica (CNPJ).
- Parecer avaliatório emitido pelo Conselho Estadual ou Municipal Antidrogas sobre o funcionamento da instituição.

Documentação necessária ao cadastro de instituições públicas:

- Ofício, em papel timbrado, assinado pelo proponente, dirigido ao Secretário Nacional Antidrogas, solicitando o cadastramento e encaminhando o questionário devidamente preenchido e a documentação necessária.

- Relatório circunstanciado das atividades desenvolvidas pela instituição durante os 3 últimos anos, discriminados ano a ano.
- Parecer avaliatório emitido pelo Conselho Estadual ou Municipal Antidrogas sobre o funcionamento da instituição.

Quem não pode solicitar subvenção social?

- As organizações privadas com fins lucrativos; que estejam em mora (com dívida atrasada), inadimplentes com outros convênios ou estejam irregulares com a União ou com entidades da Administração Pública Federal Direta ou Indireta; e organizações que receberam recursos da SENAD nos prazos definidos em edital.

Não serão concedidos recursos financeiros da Subvenção Social para a criação e manutenção dos Conselhos Estaduais e Municipais Antidrogas, uma vez que estes são vinculados às estruturas públicas de Estados e Municípios.

Onde e em que os recursos poderão ser aplicados?

Os recursos deverão ser utilizados, preferencialmente, em ações inovadoras em relação às realizadas ordinariamente pela organização, para cobrir despesas de custeio, ou seja:

- material de expediente: lápis, caneta, papéis, pastas etc;
- material de divulgação para campanhas: cartazes, folhetos, faixas, anais etc;
- prestação de serviços de profissionais da área a que se refere o projeto: palestrantes, instrutores etc.

Em quais hipóteses os recursos não poderão ser aplicados?

De acordo com a legislação vigente, **não** será possível a concessão de recursos financeiros destinados à:

- compra, construção ou reforma de bens imóveis (casas, galpões, terrenos, pousadas, hotéis);
- compra de bens móveis e material permanente (veículos, embarcações, mobiliário: cadeiras, mesas, armários, camas, computadores, impressoras, fax, aparelhos telefônicos);

- realização de despesas a título de taxa de administração, de gerência ou similar.

Que tipo de projeto pode ser apresentado?

- Os projetos deverão contemplar uma das seguintes áreas de interesse da PNAD: Prevenção, Prevenção Universal, Prevenção Seletiva, Prevenção Indicada, Tratamento, Recuperação e Reinserção Social, Redução de Danos Sociais e à Saúde, Eventos Científicos e de Mobilização Social, Ensino e Pesquisa com enfoque na formação de Recursos Humanos. Cada edital pode definir a área de interesse da SENAD.

Sugestão de roteiro para elaboração do projeto

O projeto deverá conter os seguintes itens:

- **Identificação da organização executora**
- **Título do projeto**
- **Abrangência**
- **Introdução**
- **Justificativa**
- **Objetivos (geral e específicos)**
- **Prazo de Execução do Projeto**
- **Procedimentos Metodológicos**
- **Articulação Institucional**
- **Proposta orçamentária**
- **Cronograma de execução**
- **Equipe técnica**
- **Aplicação detalhada dos Recursos**
- **Produtos**
- **Referências Bibliográficas**

Para obter
informações
mais detalhadas sobre
Subvenção social, acesse o site:
<http://www.obid.senad.gov.br>



VIVAVOZ

LIGUE PRA GENTE. A GENTE LIGA PRA VOCÊ.

0800 510 0015

Orientações e informações sobre a prevenção do uso indevido de drogas

VIVAVOZ

UMA BOA CONVERSA PODE SER UM BOM COMEÇO

Falar sobre drogas nunca é fácil, mas pode ser a principal atitude para não se deixar envolver por elas. Esta é uma das razões para a criação do VIVAVOZ. Mais do que repressão, é preciso compreensão. A informação pode ser decisiva na hora de ajudar familiares de usuários, pessoas que já têm problemas ou até quem não quer usar drogas, sejam legais ou ilegais. Pois, no final das contas, é sempre uma questão de escolha individual, na qual conhecer as conseqüências do uso dessas substâncias pode ser decisivo. E, com uma boa conversa pelo VIVAVOZ, pode ficar mais simples entender tudo isso.

É BOM FALAR COM QUEM ENTENDE

O VIVAVOZ é resultado de uma parceria entre a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e a Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre (antiga Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre). Após 3 anos de funcionamento, os resultados positivos e a demanda do público para o teleatendimento apontaram para a necessidade de ampliação do serviço. Para isto, uma parceria com o Programa Nacional de Segurança Pública com a Cidadania (PRO-NASCI), do Ministério da Justiça vai permitir um maior período de atendimento. O VIVAVOZ é uma central telefônica, aberta a toda população. Orientações e informações sobre as características e efeitos das drogas psicoativas, prevenção ao uso e abuso e os recursos disponíveis na comunidade para quem precisa de apoio ou atendimento são encontrados no VIVAVOZ.

Os consultores passaram por um período intenso de capacitação e são supervisionados por profissionais, mestres e doutores, da área da saúde.

VIVAVOZ - ORIENTAÇÕES E INFORMAÇÕES SOBRE O USO INDEVIDO DE DROGAS

- Serviço aberto para toda a população.
- Totalmente gratuito.
- Não é preciso se identificar.
- Profissionais de qualquer área também podem tirar suas dúvidas e receber material bibliográfico.
- Horário de funcionamento: segunda a sexta, das 8 h às 20 h.
- A partir do segundo semestre de 2008 o horário será expandido das 8 h às 24 h.

INFORMAÇÕES GERAIS

Aprendendo com os filmes:

- Meu nome não é Johnny, 2008.
- Maria Cheia de Graça, 2004.
- Ray, 2004.
- Cazuzza – O tempo não pára, 2004.
- Bicho de Sete Cabeças, 2000.
- 28 Dias, 2000.
- Traffic, 2000.
- O barato de Grace, 2000.
- A corrente do bem, 2000.
- Notícias de uma guerra particular, 1999.
- Despedida em Las Vegas, 1996.
- Trainspotting, 1996.
- Diário de um adolescente, 1995.
- Quando um homem ama uma mulher, 1994.
- Ironweed, 1987.
- Por volta da meia noite, 1986.
- Eu, Christiane F., 13 anos, drogada e prostituída, 1981.
- La Luna, 1979.

Leituras que ajudam:

- **Depois daquela viagem: Diário de Bordo de uma Jovem.** Valéria Piassa Polizzi. Ática, 2003.
- **Satisfaçam Minha Curiosidade – As Drogas.** Susana Leote. São Paulo: Impala Editores, 2003.
- **Eu, Christiane F., 13 anos, Drogada e Prostituída.** Kai Hermann. Bertrand Brasil, 2002.

- **Drogas, Prevenção e Tratamento: o que você queria saber sobre drogas e não tinha a quem perguntar.** Daniela Maluf e cols. São Paulo: Cla Editora, 2002.
- **Esmeralda – Por que não dancei.** Esmeralda do Carmo Ortiz. São Paulo: Editora Senac, 2001.
- **O vencedor.** Frei Betto. Ática, 2000.
- **Liberdade é Poder Decidir.** Maria de Lurdes Zemel e Maria Elisa De Lamboy. São Paulo, FTD, 2000.
- **Drogas Mitos e Verdades.** Beatriz Carlini Cotrim. São Paulo: Ática, 1998.
- **Doces Venenos – Conversas e Desconversas sobre Drogas.** Lídia Rosenberg Aratangy. São Paulo: olho D'Água, 1991.

Série de publicações disponibilizadas pela SENAD:

As publicações listadas abaixo são distribuídas gratuitamente e enviadas pelos Correios. Estão disponíveis no *site* do OBID para *download*. Podem ser solicitadas pelo *e-mail* prevencao@planalto.gov.br ou pelo telefone do serviço VIVAVOZ.

Cartilhas da Série “**Por Dentro do Assunto**”. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), 2004:

- **Drogas: Cartilha para Educadores.**
- **Drogas: Cartilha “mudando comportamentos”.**
- **Drogas: Cartilha álcool e jovens.**
- **Drogas: Cartilha para pais de adolescentes.**
- **Drogas: Cartilha sobre tabaco.**
- **Drogas: Cartilhas para pais de crianças.**
- **Drogas: Cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes.**

Glossário de álcool e drogas. Secretaria Nacional Antidrogas, 2004

Livreto Informativo sobre Drogas. CEBRID/SENAD, 2004

As cartilhas podem ser obtidas pelo *site*: <http://www.senad.gov.br>.

Centros de informação:

Se você tem acesso à Internet, consulte o OBID.

No Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas você vai encontrar muitas informações importantes. Contatos de locais para tratamento em todo o País. Instituições que fazem prevenção, grupos de ajuda-mútua e demais recursos comunitários também têm seus contatos disponibilizados. Você encontra informações atualizadas sobre as drogas, cursos, palestras e eventos. Encontra, também, uma relação de *links* para outros *sites* que irão contribuir com seu conhecimento.

- OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas

Portal: www.obid.senad.gov.br

- SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

Anexo II do Palácio do Planalto, sala 215 Ala B

Cep:700150-901

Site: <http://www.senad.gov.br>

Contato: senad@planalto.gov.br

Ministério da saúde:

Site: <http://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*:

<http://www.senad.gov.br>

Conselhos municipais sobre drogas

Para saber o endereço dos Conselhos do município consulte o *site*:

<http://www.senad.gov.br>

Prezados(as) Conselheiros(as),

Em 23 de julho de 2008, entrou em vigor a nova Lei nº 11.754, que altera a denominação de Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD para **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD**, bem como do Conselho Nacional Antidrogas – CONAD, que passa a ser intitulado **Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD**.

Como este material já estava pronto para publicação, não houve tempo hábil para proceder às devidas correções nas denominações, sem prejuízo dos prazos previstos para o início do Curso. Nesse sentido, solicitamos especial atenção dos senhores quanto às referidas alterações de nomenclatura.

Ressaltamos que a alteração dos nomes da SENAD e CONAD demonstra sintonia com os rumos das políticas públicas sobre drogas no País, evidenciando a preocupação do Estado com o tema, que deve ser tratado com realismo e sem qualquer discriminação.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS - SENAD



Venda Proibida



**Secretaria Nacional
de Segurança Pública**

**Ministério
da Justiça**

**Secretaria Nacional
Antidrogas**

**Gabinete de
Segurança
Institucional**

