



Integração de Competências no Desempenho da Atividade Judiciária com Usuários e Dependentes de Drogas



Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo
Conselho Nacional de Justiça



Integração de Competências no Desempenho da Atividade Judiciária com Usuários e Dependentes de Drogas

2ª Edição

MJ
Brasília 2015

PRESIDENTA DA REPÚBLICA

Dilma Rousseff

VICE-PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Michel Temer

MINISTRO DA JUSTIÇA

José Eduardo Cardozo

**SECRETÁRIO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE
DROGAS**

Vitore André Zílio Maximiano

CORREGEDORA NACIONAL DE JUSTIÇA

Nancy Andrighi



Integração de Competências no Desempenho da Atividade Judiciária com Usuários e Dependentes de Drogas

2ª Edição

Copyright © 2015 – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD
Nenhuma parte deste material poderá ser reproduzida, transmitida e gravada, por qualquer meio eletrônico, por fotocópia e outros, sem a prévia autorização, por escrito, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Tiragem: 30.750 exemplares

Impresso no Brasil

341.5555 I61c 2.ed. Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas / coordenação: Arthur Guerra de Andrade; coordenação da Faculdade de Medicina: Camila Magalhães Silveira; coordenação Faculdade de Direito: Rogério Fernando Taffarello; coordenação pedagógica: Erica Rosanna Siu; supervisão técnica: Vitore André Zílio Maximiano. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2015. 452 p.: il. color

ISBN : 978-85-5506-008-3

1. Drogas - aspectos jurídicos. 2. Drogas - política. 3. Drogas - prevenção. 4. Drogas - tratamento. 5. Direitos humanos. I. Andrade, Arthur Guerra, coord. II. Silveira, Camila Magalhães, coord. III. Taffarello, Rogério Fernando, coord. IV. Maximiano, Vitore André Zílio, superv. V. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Política sobre Drogas.

CDD

Ficha elaborada pela Biblioteca do Ministério da Justiça

**SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS
SOBRE DROGAS – SENAD**

SUPERVISÃO TÉCNICA E CIENTÍFICA

Vitore André Zílio Maximiano

Leon de Souza Lobo Garcia

Robson Robin da Silva

REVISÃO DE CONTEÚDO

Robson Robin da Silva

José Rossy e Vasconcelos Júnior

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP
FACULDADES DE MEDICINA E DE DIREITO

COORDENAÇÃO GERAL DO PROJETO

Arthur Guerra de Andrade

COORDENAÇÃO FACULDADE DE MEDICINA

Camila Magalhães Silveira

COORDENAÇÃO FACULDADE DE DIREITO

Rogério Fernando Taffarello

COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA

Erica Rosanna Siu

APOIO PEDAGÓGICO

Luis Paulo Saito

Cristiano Avila Maronna

Gabriela Arantes Wagner

Heloísa de Souza Dantas

Luciano Anderson de Souza

Maurides Melo Ribeiro

CONSULTORIA TÉCNICA

Carolina Dzimidas Haber

SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS

Aline Fernanda Pedrazzi

Keli Nunes Correa

Maria Lucilândia Alves do Nascimento Brito

Janaina Marize de Oliveira

PREFÁCIO

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), do Ministério da Justiça, firmou uma importante parceria estratégica com a Universidade de São Paulo (USP) em 2010, por meio das Faculdades de Medicina e de Direito, para o desenvolvimento do projeto intitulado “Integração de Competências no Desempenho da Atividade Judiciária com Usuários e Dependentes de Drogas”. Seu principal objetivo é promover uma detida análise da Lei nº 11.343/2006, tendo como foco o usuário de drogas.

A nova legislação trouxe significativa mudança em relação ao tipo penal correspondente ao porte de drogas para consumo pessoal. Disciplinada no art. 28, a conduta ganhou dois novos verbos, somando-se aos outros três originalmente previstos no revogado art. 16 da Lei nº 6.368/1976. Porém, a mudança significativa se deu na cominação da sanção, quando foi excluída a pena privativa de liberdade. Nesse sentido, o art. 48, § 2º da citada lei estabeleceu expressamente que, ainda que em situação de flagrância, não cabe a decretação da prisão em flagrante por porte de drogas para consumo pessoal, devendo-se tão somente lavrar-se termo circunstanciado para posterior remessa dos autos ao Juizado Especial Criminal, nos termos da Lei nº 9.099/1995.

O desafio dessa obra é justamente analisar os aspectos e efeitos da nova lei. Afinal, em consonância com a tendência mundial, o Brasil retirou o sistema carcerário para os usuários e dependentes de drogas, destinando-lhes os sistemas de saúde e de assistência social. Decididamente, é uma página virada na história do país, pois é certo que,



em um passado recente, pessoas envolvidas com o uso abusivo de drogas, em vez de receber tratamento, eram recolhidas ao cárcere, agravando ainda mais a vulnerabilidade daqueles que viviam o sofrimento da dependência química.

O novo olhar do sistema de justiça, em área tão sensível e complexa, merece provocação, reflexão e estudo. As Faculdades de Medicina e de Direito da Universidade de São Paulo executam o projeto de forma articulada, e esta abordagem multidisciplinar entre profissionais do sistema de justiça e da área da saúde se revela absolutamente necessária. O Brasil precisa desse diálogo para avaliar não apenas os efeitos da nova legislação, mas, em uma visão mais abrangente, de que maneira ela deve ser aplicada e de que forma se pode projetar o futuro com possíveis mudanças em vista do crescente debate em torno de um tema tão complexo como as drogas.

Cabe destacar que o projeto, em parceria com o Ministério da Justiça, teve a fundamental participação do Conselho Nacional de Justiça, por meio de sua Corregedoria Nacional, conferindo amplo envolvimento do Poder Judiciário.

Espera-se que esta obra possa aprimorar o novo modelo de abordagem aos dependentes de drogas, reconhecendo-os como pessoas que necessitam de atenção, tratamento e reinserção social sob a marca dos direitos humanos, e possa, ainda, contribuir para um debate qualificado em torno do tema.

É importante registrar que, além da presente publicação, a parceria Ministério da Justiça (SENAD), USP e CNJ prevê outras três metas:

a) a consolidação das práticas da Lei nº 11.343/2006, aplicadas pelos Juizados Especiais Criminais nas cidades de Brasília/DF, Curitiba/PR e Rio de Janeiro/RJ;

b) a realização de seminários para fomentar o debate nas cinco regiões do país;

c) a realização de pesquisa com todos os profissionais que atuam diretamente nos Juizados Especiais Criminais com a aplicação da Lei de Drogas.

É com muita satisfação que a SENAD coordena este projeto com parceiros tão fundamentais. Somando-se a este livro, outras importantes ações foram ou estão sendo executadas, sempre com a finalidade de proporcionar uma análise crítica da lei e garantir aos usuários/dependentes de substâncias psicoativas que haja um novo olhar: de prevenção, cuidado, atenção, tratamento e reinserção social.



SUMÁRIO

INTRODUÇÃO - OS INSTRUMENTOS LEGAIS E AS POLÍTICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL: ENFOQUE NA ÁREA DE SAÚDE E A GARANTIA DE DIREITOS DOS USUÁRIOS DE DROGAS.....	15
MÓDULO I - A CULTURA JURÍDICA SOBRE DROGAS	
Unidade 1 – Mudança de cultura jurídica sobre drogas.....	29
Unidade 2 – O aprimoramento do Poder Judiciário em relação ao uso de drogas.....	43
Unidade 3 – Consumo de drogas, crimes e penas: uma análise à luz do princípio da legalidade.....	53
MÓDULO II - DIREITOS HUMANOS	
Unidade 4 – História, fundamentos e proteção dos Direitos Humanos.....	77
Unidade 5 – Sujeitos e atuações em Direitos Humanos.....	93
MÓDULO III - DROGAS	
Unidade 6 – Drogas: classificação e efeitos no organismo.....	113
Unidade 7 – Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas.....	145
Unidade 8 – Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil: dados recentes.....	161
Unidade 9 – Crack: uma abordagem multidisciplinar.....	181
MÓDULO IV - TRATAMENTO DO USO PREJUDICIAL DE DROGAS	
Unidade 10 – Modelos de tratamento.....	213
Unidade 11 – Entrevista motivacional e intervenção breve para usuários de drogas.....	247
MÓDULO V - PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS	
Unidade 12 – Família: uso e abuso de drogas – entre o risco e a proteção....	273
Unidade 13 – Redes sociais.....	297
Unidade 14 – Políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas.....	315
Unidade 15 – Estratégias de redução de danos para pessoas com problemas com drogas na interface dos campos de atuação da Justiça e da Saúde.....	335
MÓDULO VI - A JUSTIÇA RESTAURATIVA E AS BOAS PRÁTICAS NOS JUIZADOS ESPECIAIS CRIMINAIS E VARAS DE INFÂNCIA	
Unidade 16 – O modelo restaurativo para a solução adequada de conflitos, no contexto dos Juizados Especiais Criminais e das Varas de Infância e Juventude.....	371
Unidade 17 – Prevenção ao uso de drogas nos Juizados Especiais Criminais.....	387
Unidade 18 – Interface entre drogas, criminalidade e adolescência: notas para compreensão do modelo legal vigente.....	409

INTRODUÇÃO – OS INSTRUMENTOS LEGAIS E AS POLÍTICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL: ENFOQUE NA ÁREA DE SAÚDE E A GARANTIA DE DIREITOS DOS USUÁRIOS DE DROGAS

Vitore André Zílio Maximiano
Luiz Guilherme Mendes de Paiva

Nesta introdução, vamos apresentar tanto o contexto internacional quanto as políticas e leis brasileiras sobre drogas. Falaremos sobre as diversas abordagens sobre o tema no mundo, a evolução dos instrumentos jurídicos ao longo dos últimos anos no Brasil e a maneira como a legislação atual está estruturada, a fim de apresentar e discutir as consequências jurídicas e as alternativas legais existentes em relação ao usuário de drogas.

Marcos internacionais de políticas sobre drogas e novas abordagens sobre o tema no mundo

A comunidade internacional, por meio da Organização das Nações Unidas (ONU) e de organismos regionais, como a Organização dos Estados Americanos (OEA), orienta a política dos países em relação à questão das drogas. A ONU possui três convenções sobre o tema que até hoje são os principais documentos internacionais de referência para as leis dos Estados-membros, inclusive no Brasil: a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961; a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971; a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988.





Cada uma dessas convenções estabelece princípios básicos e determina os caminhos pelos quais as leis dos países participantes devem seguir como resposta ao uso problemático e ao tráfico de drogas ilícitas. Em todas elas, reconhece-se a dependência química como problema social e de saúde pública, e que a melhor forma de combater tal problema é definir programas e ações integradas e coordenadas entre os países. Entretanto, a estratégia principal das três convenções foi claramente inibir a produção, circulação, comércio e uso de substâncias consideradas problemáticas por meio de controles rígidos de matérias-primas e do estabelecimento de penas altas para quem comercializa ou faz uso de tais substâncias.

É importante considerar que tais proibições e controles envolvem questões muito delicadas no que diz respeito a algumas substâncias. O ópio, por exemplo, tem a produção regulada, pois é matéria prima da heroína, uma droga com efeitos muito danosos, mas também origina medicamentos amplamente utilizados para aliviar dores intensas em tratamentos médicos, como a morfina. Assim, não apenas a definição das regras e proibições, mas especialmente a escolha de quais substâncias devem ser permitidas, controladas ou proibidas tem sido objeto de muita discussão e de críticas ao longo dos anos. Portanto, nota-se que em razão de suas finalidades terapêuticas, existem drogas comercializadas legalmente, mas de uso e venda controlados, pois o consumo abusivo de tais substâncias pode gerar dependência e todas as consequências decorrentes desta.

Nos últimos anos, alguns países e organizações não governamentais passaram a questionar os resultados atingidos por uma abordagem fundada basicamente na repressão. Outras convenções da ONU, especialmente relacionadas aos Direitos Humanos e aos Direitos à Saúde, serviram como fonte para novas propostas de abor-

dagem sobre o assunto. Assim, debates sobre políticas alternativas foram realizados, e alguns países têm alterado suas regras locais para colocar em prática novas abordagens voltadas ao usuário, que não a simples punição criminal.

Tais experiências internacionais levam em conta que a dependência química é um fenômeno complexo que envolve questões sociais, familiares, pessoais e culturais, sendo que qualquer forma de intervenção deve ter como foco a saúde pública, aumentando a oferta de tratamento para a atenção daqueles em sofrimento pelo uso problemático de substâncias psicoativas, ilícitas ou não, bem como o direcionamento de esforços de repressão aos grandes produtores, distribuidores e financiadores do tráfico de drogas.

Do ponto de vista da saúde pública, desde a década de 1970, alguns países europeus experimentaram políticas de **redução de danos** como forma de minimizar os problemas decorrentes do uso problemático de drogas e de aumentar o índice de sucesso dos tratamentos disponíveis. A própria Lei nº 11.343/2006, que regula o tema no Brasil, estabeleceu como um de seus princípios nas atividades de atenção e reinserção social de usuários e dependentes a redução de riscos e danos sociais e à saúde, como um instrumento de orientação para a definição de projetos terapêuticos individualizados.

No tocante à repressão criminal, vários arranjos distintos foram desenvolvidos ao longo do tempo em várias partes do mundo. A grande maioria dos países mantém a criminalização, com penas severas, do comércio de drogas ilícitas, mas o uso de drogas tem sido progressivamente objeto de punições criminais mais leves. Alguns países, como o Brasil, mantêm o caráter criminal da punição, mas sem a previsão de pena de prisão – o que se pode definir como despenalização do uso de drogas. Outros transformaram o uso de drogas em uma

Constitui uma estratégia de abordagem dos problemas com as drogas que não parte do princípio de que deve haver imediata e obrigatória extinção do uso, seja no âmbito da sociedade, ou no caso de cada indivíduo, mas que formula práticas que diminuem os danos para os usuários de drogas e para os grupos sociais com que convivem.



infração administrativa, sem a intervenção da justiça criminal – o que se define como descriminalização do uso de drogas. Um terceiro arranjo possível é a liberação do uso medicinal de alguma substância inicialmente proibida, como ocorre com a morfina e, mais recentemente, com a maconha em alguns países europeus e algumas regiões dos Estados Unidos. Finalmente, há a experiência bastante recente do Uruguai e de algumas regiões dos Estados Unidos onde o uso recreativo da maconha foi permitido. Nesse último caso se pode falar em legalização ou regulação do uso de drogas.

Cada uma das políticas adotadas pelos países tem diversos argumentos favoráveis e contrários à sua adoção. Para nós, é importante saber que existem vários arranjos possíveis, e que o resultado das experiências internacionais ao longo dos anos tem servido para que o Brasil avalie e construa sua política sobre drogas.

Política nacional sobre drogas e os instrumentos normativos sobre drogas no Brasil

Como vimos, os instrumentos internacionais a que o Brasil está vinculado impõem algumas obrigações de controle de substâncias e repressão do tráfico de drogas ilícitas. Para cumprir tais obrigações, não basta a aprovação de uma lei estabelecendo crimes e penas, mas é necessário estabelecer uma política nacional envolvendo ações de redução da oferta, por meio da repressão à produção e ao comércio de drogas ilícitas, e ações de redução da demanda, por meio de ações de prevenção e de tratamento do uso problemático de drogas que causem dependência.

Em 2005, o Brasil aprovou sua nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD), na qual foram estabelecidos os fundamentos, objeti-

vos, diretrizes e estratégias para que as ações de redução da oferta e da demanda sejam realizadas de forma articulada e planejada. O documento parte da premissa de que a política nacional deve buscar a integração das políticas públicas e a descentralização das ações para que sejam realizadas em conjunto com estados e municípios e sempre em estreita colaboração com a sociedade e com a comunidade científica: trata-se da responsabilidade compartilhada. Assim, a PNAD foi construída em cinco capítulos: (I) Prevenção; (II) Tratamento, recuperação e reinserção social; (III) Redução de danos sociais e à saúde, (IV) Redução da oferta; (V) Estudos, pesquisas e avaliações.

Como passo fundamental para a implementação da PNAD, foi aprovada em 2006 a Lei nº 11.343, conhecida como Lei de Drogas. Ela substituiu as duas leis anteriores sobre o tema, instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e alterou substancialmente os crimes e penas a usuários e agentes que comercializam ilegalmente as drogas, como veremos a seguir.

O SISNAD foi construído para colocar em prática as premissas da PNAD por meio da centralização das orientações políticas na Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e da execução descentralizada das atividades a ela relacionadas. Assim, a concepção e a execução das políticas públicas sobre drogas são de responsabilidade compartilhada entre o governo federal, estados e municípios, e é supervisionada por um conselho federal e conselhos estaduais e municipais, nos quais estão representados o governo e a sociedade civil.

Em seu aspecto repressivo, a Lei nº 11.343/2006 trouxe diversas inovações. A principal delas foi a despenalização do porte para uso de drogas, o que significa que a conduta permaneceu criminalizada, mas sem previsão de pena de prisão. Tal inovação seguiu a tendência internacional de reconhecer a diferença entre usuários/dependentes



químicos e aqueles envolvidos no tráfico de drogas e de oferecer sanções jurídicas que levem em conta tal diferença.

Assim, o artigo 28 da lei prevê que o porte para uso de drogas deverá estar sujeito a penalidades alternativas à prisão e relacionadas ao objetivo de prevenção e ressocialização. São elas: (I) advertência sobre os efeitos das drogas; (II) prestação de serviços à comunidade, preferencialmente em locais públicos ou privados que se ocupem da prevenção do uso ou da recuperação de usuários e dependentes de drogas; (III) medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. Há, ainda, a previsão de que o Estado coloque gratuitamente à disposição do usuário ou dependente o atendimento em estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado.

Nesse mesmo sentido, a Lei de Drogas também estabeleceu que, mesmo surpreendido na posse de drogas para seu consumo, o autor não poderá em hipótese alguma ser preso em flagrante. Neste caso, deverá ser lavrado aquilo que se denomina tecnicamente de termo circunstanciado, com posterior envio ao Juizado Especial Criminal (Jecrim), quando um acordo entre o interessado e o Ministério Público poderá ser firmado (transação penal), sem que se tenha propriamente a existência de um processo criminal.

Importa destacar que não é a Lei de Drogas que define quais são as substâncias de uso e comércio controlados ou proibidos. Quem estabelece essa classificação, com autorização legal, é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Desde 1998, antes da edição da atual legislação, está em vigor a Portaria nº 344, constantemente atualizada para incluir novas drogas em vista do surgimento de outras substâncias, especialmente as chamadas drogas sintéticas.

De outro lado, as penas destinadas ao tráfico de drogas foram bastante aumentadas em relação à lei anterior. O artigo 33 prevê pena

de 5 a 15 anos de reclusão para as condutas de tráfico, que podem ser ainda aumentadas se ficar comprovada a participação em quadrilha ou organização criminosa. Por outro lado, a lei prevê um tratamento diferenciado ao “pequeno traficante”: se ficar demonstrado que o condenado é réu primário, de bons antecedentes e que não se dedica a atividades criminosas nem integra organização criminosa, a pena pode ser reduzida.

Atualmente, a grande discussão em torno da Lei nº 11.343/2006 se dá em torno da distinção entre usuários/dependentes químicos e traficantes de drogas. A lei diz que, para fazer a diferenciação em cada caso, é necessário analisar qual foi a droga e qual foi a quantidade apreendida, como e em que circunstâncias ocorreu a apreensão, e quais são as circunstâncias sociais e pessoais da pessoa com a qual a droga foi encontrada, assim como sua conduta e seus antecedentes criminais. Na prática, alguns pesquisadores criticam o fato de que a diferenciação entre usuário e traficante, definida como subjetiva, pode ser muito sutil no momento da aplicação da lei, de forma que usuários podem estar sendo presos como traficantes. Tais pesquisadores defendem que a lei deveria estabelecer critérios claros e objetivos para distinguir traficante e usuário, como, por exemplo, a quantidade de droga apreendida: a apreensão abaixo de uma determinada quantidade, perante a falta de qualquer outro critério, seria considerada para uso, enquanto uma quantidade acima do limite seria presumida como tráfico.

Há bons argumentos e respeitáveis posições favoráveis e contrárias aos critérios subjetivos presentes na legislação atual e à proposta de diferenciação objetiva entre usuários e traficantes. É importante saber que ambas as posições existem, e que existem países que adotam cada uma delas – nos Estados Unidos, por exemplo, alguns estados adotam a diferenciação objetiva, enquanto outros adotam a diferenciação subjetiva.



De qualquer forma, é fundamental que as escolhas legislativas sejam sempre avaliadas para que seja possível analisar seus resultados e, se for o caso, propor alterações e correções de rota. Já é possível saber, por exemplo, que a lei aprovada em 2006 provocou um grande aumento no número de presos por crimes relacionados ao tráfico de drogas: entre 2007 e 2012, o número de pessoas presas por tráfico de drogas aumentou 111% – de 65.494 para 138.198 –, o que, por sua vez, representa mais de 25% de todos os presos brasileiros (cerca de 548.000), contra 10,5% em 2006. Nesses seis anos, o tráfico de drogas ultrapassou o crime de roubo qualificado como tipo penal mais comum nas prisões. A população carcerária feminina aumentou de cerca de 5.800 presas por tráfico em 2006 para cerca de 14.900 em 2012. Hoje, a prisão por tráfico responde por 42% de toda a população carcerária feminina.

É importante mencionar, ainda, os grandes planos nacionais destinados a articular as ações do Poder Público com relação ao tema. Em 2007, foi editado o Decreto nº 6117, que instituiu a Política Nacional sobre o Álcool. Ela orienta, entre outras ações, a realização de pesquisas e diagnósticos sobre o consumo de álcool no país, estabelece mecanismos de tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool, orienta a realização de campanhas de sensibilização e mobilização da opinião pública sobre as consequências do uso e abuso de bebidas alcoólicas e articula ações de prevenção com estados e municípios. A articulação entre os órgãos públicos permitiu a criação de novas propostas de enfrentamento ao problema, como a edição da Lei nº 11.705, de 2008, conhecida como Lei Seca, que impôs regras severas para o condutor que dirigir sob a influência de álcool ou outras substâncias e proibiu a venda de bebidas alcoólicas em estradas. Não podemos esquecer que a questão do álcool é uma preocupação do legislador há muito tempo. Um exemplo disso é que desde 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) proíbe a venda de bebidas alcoólicas a crianças e adolescentes e, em março de 2015, foi sancionada a Lei nº 13.106/2015, que alterou o ECA e

tornou crime "vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar, ainda que gratuitamente, de qualquer forma, a criança ou a adolescente, bebida alcoólica ou, sem justa causa, outros produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica". Além disso, a própria propaganda de bebidas alcoólicas é regulada no país, não sendo permitida nos horários de maior audiência de jovens.

Finalmente, podemos falar do Plano de Enfrentamento ao Crack, instituído pelos Decretos 7.179, de 2010, e 7.637, de 2011. O plano definiu, no âmbito federal, o programa "Crack, é possível vencer", que está estruturado, tal como estabelece a PNAD em três eixos: prevenção, cuidado e autoridade. Apesar da expressa referência ao crack, é certo que o programa atende usuários e dependentes desta e de todas as demais drogas, lícitas ou ilícitas. O programa tem como principal objetivo o fortalecimento da rede de atenção às pessoas em sofrimento decorrente do uso de substâncias psicoativas, e importantes recursos foram investidos para aumentar a quantidade de tratamentos oferecidos à população, incluindo enfermarias especializadas, novos CAPS, unidades de acolhimento voluntário e o apoio a comunidades terapêuticas. Além disso, vários cursos de capacitação presenciais e a distância, como este, foram desenvolvidos e estão sendo disponibilizados para aqueles que estão envolvidos na execução das políticas. Como determina a PNAD a responsabilidade pelo programa é compartilhada: além da coordenação federal, existem comitês gestores nos estados e municípios para articular e monitorar as ações.

Importância da política sobre drogas para estabelecer um novo olhar voltado ao usuário: perspectivas políticas sobre drogas no Brasil contemporâneo

Como visto, as primeiras convenções da ONU sobre políticas de drogas estão voltadas basicamente para a repressão penal da produ-



ção, comércio e uso de drogas. Ao longo dos anos, os países começaram a desenvolver abordagens mais complexas para o problema, retirando o foco somente da repressão e passando a considerar o uso e a dependência de drogas como algo que exige a compreensão dos diversos aspectos familiares, pessoais e sociais envolvidos.

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas tem, entre seus princípios, o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana. Isso demonstra o quanto se caminhou em direção ao reconhecimento de que a prioridade absoluta das políticas sobre drogas deve ser o usuário/dependente químico, entendido como sujeito de direitos, a quem se deve tratar com dignidade e respeitar suas particularidades e especificidades, ofertando-se serviços de atenção e cuidado àqueles que desejarem.

Do ponto de vista dos instrumentos legais internacionais, é importante notar que o primeiro objetivo mencionado na Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, da ONU, é o de promover a saúde e o bem-estar da humanidade. Diversos instrumentos de direitos humanos reforçam a ideia de que devem ser garantidos ao usuário/dependente químico todos os direitos e garantias previstos na Constituição, especialmente tratando-se de uma população especialmente vulnerável. O Estado, ao tratar o problema das drogas, não pode adotar medidas que violem tais direitos. A maneira como o PNAD e o SISNAD se estruturaram, colocando o respeito aos direitos humanos como premissa das políticas nacionais, tem o objetivo de assegurar tais objetivos.

Como perspectiva para a política nacional sobre drogas nos próximos anos, podemos mencionar os debates aqui destacados entre os diversos modelos de abordagem quanto ao porte para uso de drogas, bem como as diversas formas de distinção entre usuários e traficantes. O debate está acontecendo no Congresso Nacional, e é provável que

tenhamos novas alterações na legislação nos próximos anos. No cenário internacional, novas experiências surgem a cada momento, de forma que é importante que a lei brasileira e o SISNAD como um todo estejam preparados para conhecer, avaliar e, se for o caso, introduzir novas abordagens na política nacional, sempre tendo como objetivo a saúde e o bem-estar da comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOITEUX, L. et al. *Tráfico de Drogas e Constituição. Pensando o Direito, nº 1*. Brasília: Ministério da Justiça, 2009. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID={75731C36-32DC-419F-A9B6-5170610F9A7B}&ServiceInstUID={0831095E-D6E4-49AB-B405-C0708AAE5DB1}>>. Acesso em: 11/02/2015.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 11/02/2015.

CONVENÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS CONTRA O TRÁFICO ILÍCITO DE ENTORPECENTES E SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS, 1988, Viena. Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf>. Acesso em: 23/02/2015.

CONVENÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS, 1971, Viena. Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf>. Acesso em: 23/02/2015.

CONVENÇÃO ÚNICA DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE ENTORPECENTES, 1961, Nova York. Disponível em: <http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf>. Acesso em: 23/02/2015.

PLANO NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS – PNAD. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>>. Acesso em: 11/02/2015.

RELATÓRIO ESTATÍSTICO ANALÍTICO DO DEPARTAMENTO PENITENCIÁRIO NACIONAL, Dezembro de 2012. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/transparencia-institucional/estatisticas-prisonal/anexos-sistema-prisonal/total-brasil-dez-2012.xls>>. Acesso em: 23/02/2015.



MÓDULO I

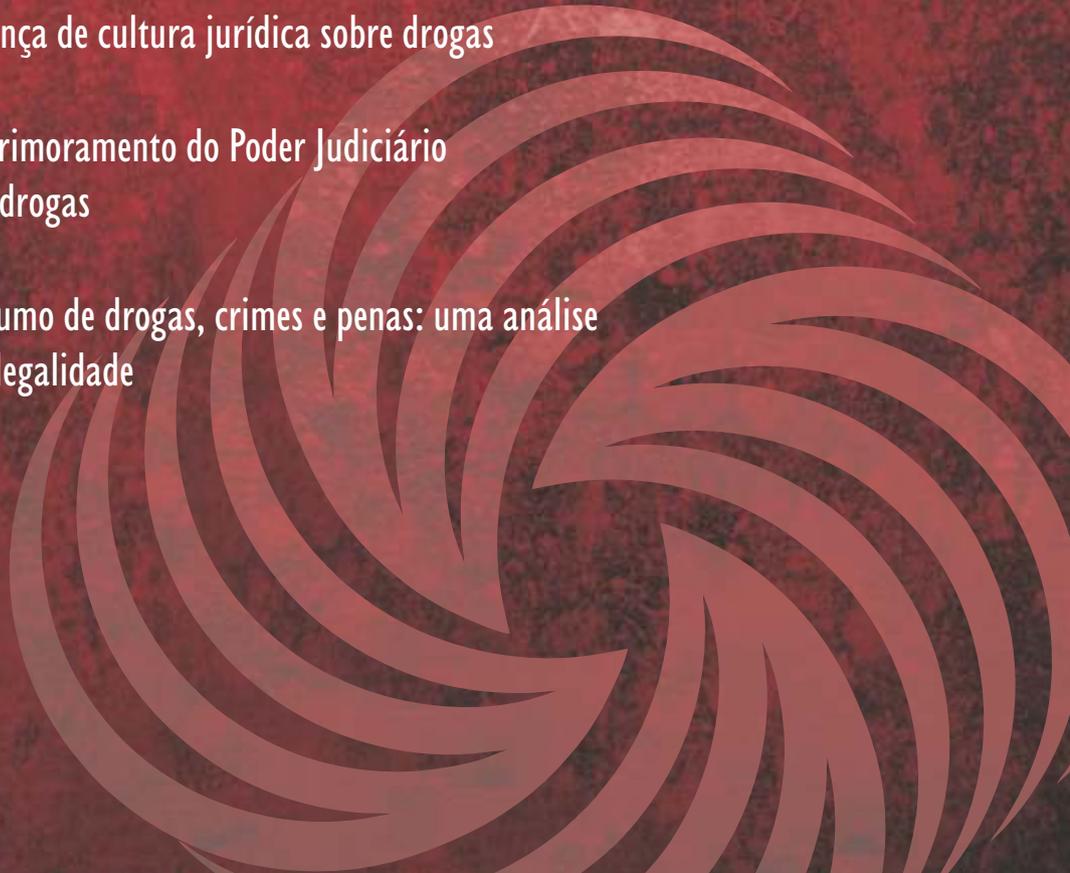
A CULTURA JURÍDICA SOBRE DROGAS

O módulo inicial deste curso oferece um panorama geral da legislação brasileira sobre drogas, dividido em:

Unidade 1 – Mudança de cultura jurídica sobre drogas

Unidade 2 – O aprimoramento do Poder Judiciário em relação ao uso de drogas

Unidade 3 – Consumo de drogas, crimes e penas: uma análise à luz do princípio da legalidade



MUDANÇA DE CULTURA JURÍDICA SOBRE DROGAS

- O que é cultura?
- Cultura jurídica
- Instituições jurídicas
- Cultura repressivo-punitiva
- Cultura restaurativa

MUDANÇA DE CULTURA JURÍDICA SOBRE DROGAS

Roberto Portugal Bacellar

“A cultura se compõe de tudo aquilo que resulta das experiências simbólicas compartilhadas e de tudo que é capaz de mantê-las” (JAEGER, 1964).

Já se disse ser tão amplo, múltiplo e aberto o conceito de cultura que o direito não consegue apreender senão fragmentos de cultura.

Quando se fala em cultura jurídica, é importante buscar luz na pesquisa de Wolkmer (2003), que enfatiza a renovação crítica da historicidade jurídica (engendrada e articulada na dialética da vida produtiva e das relações sociais), tornando imperioso explicitar a real apreensão do que possam significar as formas simbólicas de instituições jurídicas, cultura jurídica e história do direito, em um contexto interpretativo crítico-ideológico. De maneira precisa:

Nessa perspectiva, parte-se da premissa de que as instituições jurídicas têm reproduzido, ideologicamente, em cada época e em cada lugar, fragmentos parcelados, montagens e representações míticas que revelam a retórica normativa, o senso comum legislativo e o ritualismo dos procedimentos judiciais. Tal condição se aproxima de uma primeira noção de instituição jurídica, projetada como estrutura normativa sistematizada e permanente, atuando e coordenando determinados núcleos de ação que têm funções específicas (controle social, sanção, administração política e financeira, ordem familiar, satisfação das necessidades comunitárias), operadores profissionais (juiz, advogado, defensor público) e órgãos de decisão (tribunais de justiça).

Os profissionais do direito, desde a graduação, aprendem a raciocinar pelo sistema da contradição (dialético) que forma guerreiros. O curso ensina a interpretação das leis e o uso da doutrina e da jurisprudência de modo a prepará-los para uma guerra, para uma batalha jurídica em torno de uma lide (visão estrita do conflito): “disputa de interesses qualificada por uma pretensão resistida”, em que duas forças opostas lutam entre si e só pode haver um vencedor. Todo caso tem dois lados polarizados e quando um deles ganha, necessariamente o outro tem de perder.

A legislação, desde as Ordenações Filipinas (1603), passando pelo Código Criminal do Império (1830), pelo Regulamento de 1851, pelo Código Penal de 1890, por dezenas de decretos, pelo Código Penal de 1940, pela Lei nº 5.726/1971, até a Lei nº 6.368/1976, com pequenas modificações posteriores, sempre transmitiu a ideia de que era necessário estabelecer uma “guerra contra as drogas”. As normas do passado apresentaram o indicativo de prevenção geral por meio de penas privativas de liberdade destinadas a intimidar a sociedade e evitar o surgimento de delinquentes, além da prevenção especial dirigida ao criminoso, paradoxalmente determinando que o elemento deve ser afastado da sociedade para ser ressocializado. A legislação representou um conjunto retórico de “boas intenções” sem efetividade alguma.

Foi essa a cultura prevalecente nas décadas de 1970 e 1980, sempre marcadas, como foi dito, pela política de “guerra contra as drogas”, que repercutiu no preconceito de também combater, fazer mal e punir o usuário, considerado um vadio, vagabundo, malandro que poderia ser corrigido com uma boa surra pedagógica aplicada no ambiente familiar.

Essa cultura de guerra e de repressão passou a orientar a postura política das instituições jurídicas, projetadas no contexto

daquela estrutura normativa punitiva, dirigindo suas funções (controle social, sanção, administração política e financeira, ordem familiar e satisfação das necessidades comunitárias) e treinando seus operadores profissionais (policiais, promotores de justiça, juízes, advogados e defensores públicos) e órgãos de decisão (tribunais de justiça) para atuar de acordo com o modelo repressivo-punitivo.

Esses valores (polêmicos do ponto de vista político e moral) foram sendo repassados de geração a geração, e a ideia repressivo-punitiva passou do combate à coisa chamada de “droga” para o ser humano chamado de “usuário”. Faz parte de uma concepção geral, quase equiparada à opinião pública, a falsa ideia de que estabelecer uma guerra contra o usuário de drogas fará da sociedade, como um todo, vencedora.

Enquanto ocorrem profundas transformações sociais, ambientais, econômicas e tecnológicas que indicam a imprescindibilidade de uma análise sistêmica a fim de compreender a complexidade que informa o ser humano no contexto das drogas, o combate ao uso passa a ser visto como uma guerra possível de ser vencida, já que dirigida “contra a pessoa do usuário”, sem considerar a criminalidade moderna caracterizada pela concentração de poder político e econômico, pelo domínio tecnológico e pela estratégia global (CERVINI, 1995). Nessa linha, o que transparece como verdade publicada é a “firme convicção” superficializada (pelo poder condicionante da mídia simplificadora) de que “fazer mal ao usuário de drogas é fazer bem à sociedade”. A repetição condicionou e fixou a ideia de que só existem o traficante e o investidor do tráfico por causa do “malandro do usuário”, por isso a guerra deve ser contra ele, que, “com uma boa surra, deixará de usar droga e tudo se resolve”. Será?

Nos cursos de direito se aprende que “o que não está nos autos de processo não está no mundo”, e cabe aos aplicadores do direito

fazer a subsunção do fato à norma, aplicando a lei aos casos concretos. Essa visão de holofote restrita apenas à questão jurídica de subsunção da ocorrência aos ditames da lei é apequenada aos autos de processo e conformada aos limites da ocorrência policial, porém não enxerga os verdadeiros problemas e interesses que levaram esse cidadão a procurar a droga, que para ele, dependente, integra seus valores (fisiológicos, biológicos e psicológicos) como uma “necessidade” de sua existência. A visão de holofote prescreve como única alternativa a abstinência e imagina possível alcançar a ressocialização pelo encarceramento ou internação.

No contexto dessa judicialização da questão do uso de drogas, a cultura jurídica, o mundo dos autos de processo, tem se limitado a uma ocorrência policial contra uma pessoa que muitas vezes é chamada de “elemento”, flagrada na posse ou uso de drogas. Pronto! Pena ao elemento. Diante dessa cultura discriminatória, a despeito da inovação legislativa, a concepção humana tem sido afastada e substituída pelo elemento criminoso.

Esse ranço cultural discriminatório que indica pena e punição para todos os casos, como a panaceia, só tem agravado a situação. A aplicação de pena pressupõe que o Estado, pela coerção, mudará o ser humano que descumpriu a lei pelo castigo ou evitará que outros façam o mal (descumpram a lei) pelo amedrontamento causado pelo mal (pena, castigo) que o Estado poderá lhes impor.

Em alguns casos, recomenda-se a redução de danos, e essa percepção é necessária. As drogas estão presentes na sociedade brasileira, e não apenas no quintal do vizinho: usuários próximos, crianças e adolescentes, de várias classes, precisam de ajuda adequada para reencontrar o caminho do equilíbrio humano pelo menos nos aspectos fisiológicos, biológicos e psicológicos.

Não é possível ao Estado pretender “arrancar” a cabeça das pessoas que descumprem a lei e “colar” outra no lugar, agora a cabeça de pessoas ideais (que cumprem a lei e não usam drogas). A simples subsunção do fato tido por criminoso e a norma com a consequente aplicação da pena não modificam o comportamento dos indivíduos, até porque estes (em causa) muito pouco participam do processo judicial tradicional em que o Estado juiz substitui a vontade das pessoas, que pouco ou quase nada participam dos mecanismos oficiais de resolução de conflitos.

O sistema atual, com a Lei nº 11.343/2006, estabeleceu para o usuário de drogas o correto afastamento de qualquer possibilidade de encarceramento, optando pela aplicação de medidas preventivas e com potencial restaurativo, como a advertência, a indicação de frequência a cursos educativos e a prestação de serviços, com a atenção voltada à reinserção social do usuário (dependente ou não).

Nesse novo movimento de aplicação restaurativa do direito, o trabalho dos profissionais (agora não mais só policiais, mas também juízes, advogados, defensores e promotores de justiça) é buscar a visão de futuro com o desenvolvimento de uma visão holística, global e **transdisciplinar**, abrangendo todos os prismas relacionais a fim de que possam resultar apenas vencedores (ganha-ganha).

Já afirmei em outras oportunidades que a verdadeira justiça só se alcança quando os casos “**se solucionam**” mediante consenso. Os conhecimentos e ferramentas da mediação, aplicados por profissionais com formações diferenciadas, poderão despertar em usuários, dependentes ou não, o desejo de mudança. Só uma atuação

O termo “transdisciplinar” foi forjado por Jean Piaget, em um encontro sobre a interdisciplinaridade promovido pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), em 1970.

Segundo ele: “Enfim, na etapa das relações interdisciplinares, pode-se esperar que se suceda uma fase superior que seria ‘transdisciplinar’, a qual não se contentaria em atingir interações ou reciprocidades entre pesquisas especializadas, mas situaria tais ligações no interior de um sistema total, sem fronteiras estáveis entre as disciplinas” (WEIL, 1993, p. 39).

Não é preciso solucioná-los por meio de decisões nem impondo perdas parciais.

integrada das áreas da saúde e do direito permitirá a verdadeira pacificação social, finalidade da lei, do direito e da própria existência do Poder Judiciário.

Sabe-se hoje que o modelo de amedrontamento utilizado por psicólogos do passado não mais se justifica. O modelo jurídico do juiz que manda, ordena e condena, por certo, não conseguirá operacionalizar na cabeça do ser humano que recebe o mandamento, ordem ou condenação nenhuma mudança comportamental. Algumas vezes, em termos de percepção, o condenado pelo Estado se considera vítima e passa, nessa condição, a justificar intimamente condutas violentas. “A pedagogia, a medicina, a psicologia, a economia, a política, se não a própria moral, já não admitem discussão sobre a monstruosidade antinatural, anti-individual e antissocial de prender, isolar, segregar.” (LYRA, 1963).

A sociedade como um todo será a grande ganhadora quando tratar de maneira adequada os usuários de drogas. Isso é, nesse período que tem sido denominado pós-modernidade, algo que se conhece por sustentabilidade.

Para o alcance da pacificação, o raciocínio deve ser **exlético** e o conflito tem de ser analisado sempre em sua integralidade, agora com foco amplificado dirigido ao ser humano.

No que concerne ao uso de **drogas ilícitas**, a entrada em vigor da Lei nº 6.368/1976, considerando depois as alterações ocorridas com a Lei nº 9.099/1995, dos Juizados Especiais Criminais (Jecrim), até o advento da Lei nº 11.343/2006, chamada Nova Lei sobre Drogas, houve clara evolução legislativa.

Falta a mudança de cultura dos profissionais: ainda há policiais que não encaminham usuários de drogas ao sistema de Juizados Especiais porque “não dá em nada”, assim como juízes e promotores

A exlética permitiria, segundo Edward de Bono, tirar de uma situação o que ela tem de válido — não importa de que lado se encontre. Maury Rodrigues da Cruz e Nádia Bevilaqua Martins igualmente descrevem aplicações exléticas. Maury Rodrigues da Cruz prefere a grafia “eslética (o)”.

Artigo 28 da Lei nº 11.343/2006.

de justiça que não aplicam a lei porque “isso é um problema de saúde pública”. O profissional que atua na área do direito formado e deformado pela cultura jurídica do passado não consegue visualizar nada além da pena.

Passou-se da “cultura da punição” e do internamento da Lei nº 6.368/1976 (que ressalta os modelos de justiça retributiva) para a cultura da restauração e da educação afetiva da Lei nº 11.343/2006 (que ressalta os modelos de justiça restaurativa).

O uso/abuso de drogas ilícitas é muito mais que um problema de legalidade ou ilegalidade. É importante perceber que o uso de drogas é um problema sistêmico, antropológico, fisiológico, psicológico, jurídico, político, social, cultural, dinâmico e espiritual.

É imprescindível a integração de todos – União, estados, municípios, segmentos sociais e organizações não governamentais – a fim de preservar condições de sustentabilidade social, reinserindo os usuários de drogas no ambiente produtivo.

Existem várias drogas que estão à disposição de crianças e jovens, portanto, esse é um problema comum a todos, ressaltando a responsabilidade compartilhada, conforme prevê a atual Política Nacional sobre Drogas.

Com base em uma visão transdisciplinar, palavras um dia surgirão para definir ações sistêmicas adequadas à complexidade do tema do ponto de vista da saúde, do direito e da própria espiritualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, M. A. **Direito Penal**. Parte geral. Salvador: Juspodivm, 2010. (Coleção Sinopses para concursos, v. 1. Coord. Leonardo de Medeiros Garcia).

BACELLAR, R. P. **Juizados Especiais: a nova mediação paraprocessual**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

BACELLAR, R. P.; MASSA, A. A. G. A dimensão socio-jurídica e política da Nova Lei sobre Drogas (Lei 11.343/2006). **Revista IOB de Direito Penal e Processual Penal**, v. 9, p. 177-195, 2008.

CERVINI, R. **Os processos de descriminalização**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1995.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes de Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: CEBRID-UNIFESP, 2004.

GOMES, L. F. et al. **Lei de Drogas comentada: Lei 11.343/2006**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007.

GRECO FILHO, V. **Lei de Drogas anotada: Lei 11.343/2006**. São Paulo: Saraiva, 2007.

JAEGER, G.; SELZNICK, P. A normative theory of culture. **American Sociological Review**, v. 39, n. 5, 1964.

LYRA, R. **As execuções penais no Brasil**. Rio de Janeiro: Forense, 1963.

MALUF, D. P. et al. **Drogas: prevenção e tratamento – o que você queria saber e não tinha a quem perguntar**. São Paulo: CL-A Cultural, 2002.

MASSA, A. A. G.; BACELLAR, R. P. **A interface da prevenção ao uso de drogas e o Poder Judiciário**. 2º Seminário sobre **Sustentabilidade**, 2007. CD-ROM 1.

SCURO, P. et al. **Justiça restaurativa: desafios políticos e o papel dos juízes**. In: SLAKMON, C.; MACHADO, M. R.; BOTTINI, P. C. (Org.). **Novas direções na governança da justiça e da segurança**. Brasília: Ministério da Justiça, 2006, v. 1, p. 543-567.

WEIL, P. **Rumo à nova transdisciplinaridade: sistemas abertos de conhecimento**. São Paulo: Summus, 1993.

WOLKMER, A. C. **História do direito no Brasil**. Rio de Janeiro: Forense, 2003.

ZEHR, H. **Trocando as lentes: um novo foco sobre o crime e a justiça**. Trad. Tônia Van Acker. São Paulo: Palas Athena, 2008.

RESUMO DA AULA

A judicialização da questão das drogas por intermédio do modelo bélico (guerra às drogas) opera uma cultura de discriminação ao usuário e confere à pena e à punição um equivocado sentido de solução do problema. Essa visão de holofote prescreve como única alternativa a abstinência e imagina possível a ressocialização pelo encarceramento ou internação.

O uso/abuso de drogas não se resume a uma questão de legalidade, exigindo uma visão integrada das áreas da saúde e do direito para que sejam preservadas as condições de sustentabilidade social de modo a permitir a reinserção social do usuário. Por isso, a Política Nacional sobre Drogas consagra a responsabilidade compartilhada e estimula ações sistêmicas de uma perspectiva holística, global e transdisciplinar, abrangendo todos os prismas relacionais. O modelo do amedrontamento fracassou e a legislação evoluiu. Cabe agora aos operadores do direito assimilar a nova cultura de restauração e educação afetiva.

Nesta unidade, você conheceu a nova abordagem que a Justiça penal pretende dar ao tema das drogas e a necessária mudança de uma cultura retributivo-punitiva para uma cultura restaurativa e consensual. Para que você entenda como chegamos a esse modelo, veremos na próxima unidade um panorama da evolução da legislação brasileira sobre drogas.



EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. A legislação brasileira, desde as Ordenações Filipinas até a Lei nº 6.368/1976, sempre transmitiu a ideia de que era necessário estabelecer uma guerra contra as drogas. Em relação a essa abordagem, assinale a alternativa INCORRETA:

- a. O uso de penas privativas de liberdade intimida a sociedade e evita o surgimento de delinquentes (prevenção geral).
- b. O afastamento do criminoso da sociedade permite a ressocialização (prevenção especial).
- c. Fazer mal ao usuário de drogas faz bem à sociedade.
- d. O usuário é portador de uma personalidade desviada, a qual deve ser corrigida tanto no ambiente público – por meio da repressão oficial – como no ambiente privado – por meio da repressão familiar –, na medida em que a todos incumbe zelar pelo combate às drogas.
- e. As instituições jurídicas não pautavam sua atuação pelo modelo repressivo-punitivo.

2. No que se refere à visão de holofote em relação à questão das drogas, é correto afirmar:

- a. A abstinência é a única alternativa e é possível alcançar a ressocialização pelo encarceramento ou internação.
- b. O uso de drogas deve ser tratado no campo da saúde, não no da justiça criminal.
- c. A prisão do usuário de drogas pode e deve ser evitada pela aplicação de penas restritivas de direitos.
- d. A estratégia de redução de danos é uma medida válida.
- e. Não há racionalidade na distinção entre drogas legais e ilegais.

O APRIMORAMENTO DO PODER JUDICIÁRIO EM RELAÇÃO AO USO DE DROGAS

- Evolução da legislação brasileira sobre drogas
- A descarcerização
- As medidas educativas

MÓDULO

I

O APRIMORAMENTO DO PODER JUDICIÁRIO EM RELAÇÃO AO USO DE DROGAS

Ricardo Cunha Chimenti

A evolução da legislação penal sobre o uso de drogas

O artigo 1º da Lei de Introdução ao Código Penal, norma publicada em 1942, estabelece o conceito de crime com a seguinte redação: “Considera-se crime a infração penal a que a lei comina *pena de reclusão ou de detenção*, quer isoladamente, quer alternativa ou cumulativamente com a *pena de multa*”.

Seguindo a lógica vigente, a Lei nº 6.368/1976, que veiculava medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de “substâncias entorpecentes”, em seu artigo 16 tipificava como crime:

Adquirir, guardar ou trazer consigo, para uso próprio, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar”. E, para tal conduta, explicitamente cominava a seguinte pena: “Detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e pagamento de 20 (vinte) a 50 (cinquenta) dias-multa.

Contudo, em 1984, a exposição de motivos da então denominada Nova Parte Geral do Código Penal já revelava que desde aquela reforma passaram a ser difundidas penas alternativas para os infratores que não colocam em risco a paz e a segurança da sociedade. O ministro da Justiça da época, Ibrahim Abi-Ackel, que assinou a exposição, já destacava a necessidade de aperfeiçoamento das penas de prisão, substituindo-as, quando aconselhável, por outras modalidades sancionatórias com poder corretivo eficiente (item 29).

Com a vigência da Constituição Federal de 1988, surgiu um novo sistema legislativo penal.

Leciona Jayme Walmer de Freitas, em artigo divulgado no informativo eletrônico *Âmbito Jurídico* (FREITAS, 2007):

*Com a Carta da República, em 1988, o constituinte ampliou a previsão do Código Penal oferecendo um **rol não taxativo** de penas. Prevê a Carta Magna em seu inciso XLVI que 'a lei regulará a individualização da pena e adotará, **entre outras**, as seguintes: a) privação ou restrição da liberdade; b) perda de bens; c) multa; d) prestação social alternativa; e) suspensão ou interdição de direitos [...]'. Observe-se que a expressão **entre outras** abre ao legislador infraconstitucional um espectro imenso de modalidades sancionatórias de pequeno grau lesivo à liberdade individual para sustentação do convívio do agente com seu emprego e família e manutenção dos valores que angariou na vida em sociedade.*

A Carta da República previu, ainda, no art. 98, I, a criação dos Juizados Especiais com competência para a conciliação, julgamento e execução de infrações de menor potencial ofensivo. Tardou, mas em 1995 veio a lume a Lei nº 9.099/95, cuja finalidade maior era a imposição de pena não privativa de liberdade. Em seu lugar, penas restritivas de direitos e multa. Anote-se que as penas decorrentes de transação penal entre o autor do fato e com o órgão ministerial permitem (art. 76) ao agente beneficiar-se com a pena restritiva ou multa sem prévia sanção com pena privativa de liberdade.

Na sequência da evolução legislativa, em 2006 foi aprovada a Lei nº 11.343, cujos principais objetivos, apresentados em títulos separados pelo legislador, são:

- Prevenção do uso indevido de drogas, atenção e reinserção de usuários e dependentes;
- Repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas.

No artigo 28 do capítulo “Dos crimes e das penas”, a Lei nº 11.343/2006, entre outras disposições, tipifica como crime e estabelece pena para a posse de droga destinada a consumo pessoal, nos seguintes termos:

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

I – advertência sobre os efeitos das drogas;

II – prestação de serviços à comunidade;

III – medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

§ 1º – Às mesmas medidas submete-se quem, para seu consumo pessoal, semeia, cultiva ou colhe plantas destinadas à preparação de pequena quantidade de substância ou produto capaz de causar dependência física ou psíquica.

§ 2º – Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.

§ 3º – As penas previstas nos incisos II e III do caput deste artigo serão aplicadas pelo prazo máximo de 5 (cinco) meses.

§ 4º – Em caso de reincidência, as penas previstas nos incisos II e III do caput deste artigo serão aplicadas pelo prazo máximo de 10 (dez) meses.

§ 5º – A prestação de serviços à comunidade será cumprida em programas comunitários, entidades educacionais ou assistenciais, hospitais, estabelecimentos congêneres, públicos ou privados sem fins lucrativos, que se ocupem, preferencialmente, da prevenção do consumo ou da recuperação de usuários e dependentes de drogas.

§ 6º – Para garantia do cumprimento das medidas educativas a que se refere o caput, nos incisos I, II e III, a que injustificadamente se recuse o agente, poderá o juiz submetê-lo, sucessivamente a:

I – admoestação verbal;

II – multa.

§ 7º – O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado.

O conhecimento como instrumento de eficácia dos trabalhos judiciais

Diante do exposto, entendemos que a nova lei não descriminalizou, tampouco despenalizou a conduta de posse ilegal de drogas para uso próprio. O que se tem na lei atual é uma melhor compreensão sobre a problemática que envolve o usuário de drogas, conhecimento por meio do qual se revelou que penas privativas de liberdade não são social ou individualmente úteis para o usuário ou para a sociedade.

Ocorre que nem todos são especialistas e, por isso, capazes de contribuir para a concretização de normas criadas para atender a situações fáticas e não para alimentar controvérsias teóricas. Com isso, a lei entrou em vigor sem que parte da polícia estivesse devidamente treinada para entender o valor de penas não privativas de liberdade e passou a ser aplicada por juízes que muitas vezes não foram efetivamente capacitados para compreender sua extensão.

É imprescindível que a polícia preventiva (polícia militar) e a polícia repressiva (civil, à qual incumbe investigar crimes e produzir provas que possibilitem ao Ministério Público acusar e ao juiz aplicar a punição cabível) sejam treinadas para que em todos os casos de

A Polícia Federal tem natureza híbrida, preventiva e repressiva, mas atua em menor grau nos ilícitos que envolvem posse de drogas para consumo pessoal, pois lhe cabe tutelar interesses da União. Por isso, no que concerne às drogas, incumbe-se primordialmente da repressão ao tráfico em zonas de fronteira nacional.

posse ilícita de entorpecentes para uso próprio lavrem-se os Termos Circunstanciados, imprescindíveis para que o usuário e o dependente de drogas possam ser devidamente identificados, levados à presença do Ministério Público e do Poder Judiciário, atendidos e reinseridos na sociedade.

Somente a difusão do conhecimento sobre os métodos capazes de garantir a plena eficácia das técnicas processuais e médicas hoje existentes permitirá que policiais, membros do Ministério Público e magistrados compreendam melhor a importância das normas contidas no artigo 28 da Lei nº 11.343/2006.

O potencial ofensivo das drogas está evidenciado nas ruas e também em milhões de lares brasileiros. Ainda assim, muitas vezes a advertência inserida pelo legislador no inciso I do artigo citado anteriormente é interpretada como uma “bronca” ou como uma oportunidade de expor discursos morais ou religiosos pasteurizados, que nada significam para quem nem sequer sabe o valor da própria vida.

Cientes da carência de conhecimento da família, da sociedade, da polícia e dos operadores do direito no trato com o usuário de drogas, a Corregedoria do Conselho Nacional de Justiça, por meio dos Provimentos 4 e 9 de 2010, e graças à parceria efetivada com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e com as Faculdades de Medicina e de Direito da Universidade de São Paulo, participa do presente curso.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FREITAS, J. W. *A questão da descriminalização do crime de porte de entorpecentes e o novo conceito de crime. Âmbito Jurídico*, Rio Grande, n. 38, 28 fev. 2007. Disponível em: <http://www.ambitojuridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=3412>. Acesso em: 01/02/2011.



RESUMO DA AULA

O texto oferece um panorama geral da legislação anterior e atual quanto ao porte ilícito de drogas para uso pessoal, ressaltando os avanços do novo diploma legislativo pertinente, a Lei nº 11.343/2006, a qual demonstra maior propriedade no tratamento da questão. Nesse influxo, a resposta prisional é abandonada em favor de outras medidas mais adequadas à natureza da infração.

Dessa forma, o novo regramento do tema, que requer a reunião de competências interdisciplinares, enseja a necessidade de melhor capacitação dos operadores do direito.

Nesta unidade você viu um panorama da evolução da legislação brasileira sobre drogas. Na próxima, será explorado o tratamento jurídico relacionado às questões do crime de porte de drogas para uso pessoal.



EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. O objetivo maior da Lei nº 9.099/1995, que instituiu os Juizados Especiais Criminais (Jecrims), foi:

- a. A maior repressão ao uso de drogas.
- b. A prisão de usuários de drogas.
- c. A imposição de penas restritivas de direito e de multa, em vez da sanção prisional, nas infrações penais de menor gravidade.
- d. O afastamento das penas restritivas de direitos nas infrações penais de maior gravidade.
- e. A cominação de pena de multa para o tráfico de drogas.

2. A posse de drogas para consumo pessoal, prevista no artigo 28 da Lei nº 11.343/2006:

- a. Privilegia a sanção prisional.
- b. Determina a expropriação de bens de usuários de drogas.
- c. Comina exclusivamente pena de multa para usuários de drogas.
- d. Determina a internação compulsória de usuários de drogas.
- e. Apresenta preocupação educacional e preventiva na cominação de sanções.

3. Segundo o texto:

- a. A nova Lei de Drogas descriminalizou a posse ilegal de drogas para uso pessoal.
- b. As penas privativas de liberdade são necessárias e úteis para o tratamento do usuário de drogas.
- c. Todos os juízes estão amplamente capacitados para aplicação a nova Lei de Drogas.
- d. A nova Lei de Drogas propicia a operadores do direito melhor compreensão quanto à problemática do usuário.
- e. A nova Lei de Drogas representa um retrocesso na temática do usuário.



CONSUMO DE DROGAS, CRIME E PENAS: UMA ANÁLISE À LUZ DO PRINCÍPIO DA LEGALIDADE

- Evolução histórica do proibicionismo e política de “guerra às drogas”
- Relação entre o consumo de drogas e a legislação criminal brasileira: Lei nº 11.343/2006, princípio da legalidade no direito penal, condutas incriminadas no art. 28 da Lei de Drogas e penas atribuídas a essas condutas

CONSUMO DE DROGAS, CRIME E PENAS: UMA ANÁLISE À LUZ DO PRINCÍPIO DA LEGALIDADE

Rogério Fernando Taffarello

Introdução

O tema das múltiplas e complexas interações humanas com o que se convencionou chamar de drogas ocupa lugar central nas preocupações políticas e sociais do Brasil e de inúmeros outros países na contemporaneidade e, da mesma forma, ocupa lugar de destaque nas discussões atuais no âmbito do direito penal e da Justiça Criminal em todo o mundo.

Relatos historiográficos nos informam que seres humanos, em diferentes sociedades e localidades, apresentam variados graus de consumo de drogas há pelo menos cinco mil anos (DAVENPORT-HINES, 2002), sendo que desde a Antiguidade já se conheciam alguns de seus efeitos nocivos à saúde humana e, também, algo de suas propriedades terapêuticas – cuja observação passou a ser mais frequente a partir da baixa Idade Média, no período do renascimento farmacológico.

Todavia, a proibição – por meio do direito penal – da produção, circulação e consumo de drogas é fenômeno bem mais recente, tendo passado apenas pouco mais de cem anos desde que, na virada do Século XX, no interior dos Estados Unidos, grupos de pressão de índole moralista, defensores do decoro e da sobriedade da sociedade local se colocaram contra o consumo de todo tipo de substância psicoativa (ESCOHOTADO, 2000) e logo obtiveram sucesso na aprovação de diversas leis proibitivas, consagrando a política adotada nos EUA e por eles exportada ao resto do mundo ao longo de todo o século. Essa

Em âmbito multilateral, invariavelmente contando com o protagonismo da diplomacia norte-americana: Conferência de Xangai, 1909; Conferência de Haia, entre 1911 e 1912; Convenções de Genebra, de 1925 e 1936; Convenção Única das Nações Unidas sobre Entorpecentes, 1961; Convenção de Viena sobre Substâncias Psicotrópicas, 1971; Protocolo Adicional à Convenção Única das Nações Unidas, 1972; Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, 1988.

política conheceu especial recrudescimento nos tempos da Guerra Fria, quando a ideologia bélica contaminou todos os campos relevantes da política interna e internacional, culminando, no início dos anos 1970, na resoluta declaração de “guerra às drogas” (*war on drugs*), promovida pelo presidente Richard Nixon, ideário político ainda aprofundado na década seguinte por Ronald Reagan e George Bush. (TAFFARELLO, 2009).

Resultou disso o crescimento consistente, ao longo de todo o Século XX, do rol de **substâncias proibidas** e da severidade com que as legislações de diferentes países puniam eventuais violações a essas proibições, identificando-se, então, o direito penal como a forma adequada de tratamento jurídico da questão sob a ótica belicista politicamente prevalente.

Atualmente, malgrado não se ignorem os questionamentos que se põem a esse modelo, remanesce o direito penal como a esfera jurídica principal de enfrentamento da questão e dos graves problemas sociais e humanos relacionados, razão pela qual cumpre analisar nesse texto, brevemente, algo das relações entre drogas e o direito penal no contexto brasileiro atual.

Marco legislativo atual: a Lei nº 11.343/2006

A Lei nº 11.343/2006 constitui o principal texto legislativo brasileiro atinente à questão. Chegou a ser chamada por alguns de nova Lei de Tóxicos, em alusão à expressão como fora conhecida a lei anterior (Lei nº 6.368/1976), ou de Lei Antidrogas, expressão inadequada na medida em que, ao contrário do que se poderia pensar, ela vai muito além de estabelecer dispositivos – notadamente aqueles

O mesmo contexto temporal e os mesmos ideais políticos moralistas e higienistas que propiciaram, na virada do Século XX, a escalada inicial da proibição penal das drogas em território estadunidense também conduziram à aprovação, em 1918 e 1919, da 18ª emenda à Constituição e do Volstead Act, a conhecida “lei seca”, que proibiu penalmente a produção, circulação e consumo de bebidas alcoólicas naquele país. A proibição total ao álcool, porém, teve vida curta, tendo sido revogada em 1933 diante da constatação de suas elevadas consequências políticas e sociais negativas. (ESCOHOTADO, 2000; DAVENPORT-HINES, 2002.)

de caráter penal e processual penal – de “combate” ao uso, produção e circulação de drogas. Com efeito, e de forma muito mais compreensiva que o diploma legal anterior, ela contém toda uma série de princípios que norteiam a forma como o Estado brasileiro deve abordar a questão, e que, destarte, têm de influir na própria aplicação do direito nas situações concretas.

Ao passo que a Lei nº 6.368/1976 era claramente dominada por dispositivos repressivos – não só nos capítulos intitulados “dos crimes e penas” e “do procedimento criminal”, mas também nos outros três, intitulados “da prevenção”, “do tratamento e recuperação” e “disposições gerais” –, a atual Lei de Drogas não é uma lei voltada à repressão, embora sua parte penal e processual penal seja merecedora de destaque.

É importante notar que a Lei nº 11.343 institui, como se nota em sua ementa e também em seu artigo inicial, todo um sistema nacional de políticas públicas sobre drogas, bem como estabelece medidas para a prevenção do uso indevido e de atenção e busca de reinserção social de usuários de drogas, além de prescrever crimes, penas e medidas processuais penais. Faz isso em maior consonância com a ordem política vigente no Brasil desde o advento da Constituição de 1988 que, de nítido caráter democrático, estatui um rol respeitável – e elogiado pela doutrina constitucionalista em todo o mundo – de direitos fundamentais individuais e sociais e estabelece a dignidade da pessoa humana como fundamento da República (CR, art. 1º, III) e, portanto, objeto maior de toda e qualquer preocupação jurídica.

Disso decorre uma série de princípios fundamentais que devem nortear toda implementação de políticas públicas e, inclusive, a política criminal, como o estabelecimento e a aplicação de crimes e penas – necessariamente condicionados, por sua vez, a princípios

Produto direto do ideário belicista suprarreferido e concebida na vigência de regime ditatorial e em tempo em que tanto a guerra fria (e, portanto, a ideologia da segurança nacional) quanto a guerra contra as drogas viviam seu maior recrudescimento, a Lei nº 6.368/1976 teve cunho marcadamente autoritário, revelado já em seu art. 1º, que, em vez de apresentar os objetivos da lei, seus fundamentos ou princípios, desde logo impunha expressamente um “dever de toda pessoa física ou jurídica colaborar na prevenção ou repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica”, transferindo a cidadãos e empresas, sob ameaça de reprimendas legais, atribuições e responsabilidades próprias dos órgãos estatais incumbidos da segurança pública.

como o da legalidade, o da razoabilidade ou proporcionalidade, o da necessária proteção a bens jurídicos de terceiros, o da ofensividade, o da humanidade das penas e o da intervenção mínima do direito penal, entre outros, que pretendem limitar as possibilidades de intervenção do Estado na esfera de liberdade individual dos cidadãos e, assim, a legitimizar essa mesma intervenção estatal, além de reduzir suas inevitáveis consequências deletérias sob o ponto de vista individual e social. (ZAFFARONI; BATISTA, 2003).

O direito, como se sabe, constitui um saber com metodologia e operatividade próprias, e o mesmo cabe dizer do direito penal. Dessa forma, a atuação do intérprete e aplicador das leis criminais vai muito além da mera análise de um fato humano e seu enquadramento (subsunção) automático a uma hipótese normativa que determine o crime praticado e a pena correspondente. O aplicador da lei penal lida com fatos extremamente complexos em sua dinâmica, no mais das vezes reproduzidos em narrativas contraditórias e frequentemente influenciadas por diferentes ideologias, visões de mundo e experiências pretéritas de quem as narra (acusados, testemunhas, vítimas), nem sempre imbuídos de valores compatíveis com aqueles fundamentais consagrados pela Constituição, cujo resguardo se impõe ao Poder Judiciário; de outro lado, precisar o conteúdo e alcance de uma regra penal é tarefa difícil, que supõe o profundo conhecimento de diversos princípios constitucionais e infraconstitucionais que a permeiam e condicionam, bem como dos diferentes métodos de interpretação jurídica: a interpretação literal ou gramatical, a interpretação lógica, a interpretação restritiva (e a extensiva, raramente admitida em matéria penal), a interpretação sistemática e a interpretação teleológica. (REALE JÚNIOR, 2002).

Efetivamente, uma coisa é o texto normativo e outra é a norma, sendo esta o produto da leitura daquele somada à sua interpretação em

Há tempos se convencionou reputar o direito, efetivamente, como uma ciência, o que é admitido pela esmagadora maioria dos teóricos, ao menos desde o Século XIX. Não há, porém, unanimidade a respeito, razão pela qual adotamos o prudente entendimento de José de Faria Costa, catedrático da Universidade de Coimbra, o qual afirma que, se não se trata de uma ciência — e isso não significa afirmar que não se trata — ao menos se trata de um saber e uma disciplina de inafastável rigor metodológico.

conformidade com todos os fatores condicionantes ora aludidos, tarefa indispensável ao operador do direito em face da “insuficiência da lei para traduzir de forma exata e completa toda a riqueza da realidade, o que constitui um desafio, pois a norma não é uma fotografia a ser sobreposta ao fato concreto e à qual este se encaixa como veludo”. (Ibidem, p. 87).

Assim é que, na aplicação da lei penal em matéria de drogas, impõe-se ao intérprete conferir especial relevo não somente àqueles princípios fundamentais de caráter penal (citados anteriormente) e processual (devido processo legal, ampla defesa, contraditório, paridade de armas etc.), todos de aplicação geral, mas também aos princípios que o direito houve por consagrar de forma específica para a questão, i.e., para o tratamento jurídico das drogas. Eles se encontram, basicamente, arrolados no art. 4º da Lei nº 11.343/2006, destacando-se:

- a) o respeito aos direitos humanos fundamentais, especialmente quanto à autonomia e à liberdade da pessoa;
- b) o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes;
- c) a promoção de consensos políticos mediante ampla participação social;
- d) a adoção de abordagem necessariamente multidisciplinar do problema em suas diferentes manifestações;
- e) o equilíbrio entre as atividades de prevenção ao uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e a repressão à produção e circulação proibidas.



A esses princípios devem se adicionar os objetivos do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), arrolados no art. 5º da mesma lei, entre os quais o de contribuir para a inclusão social do cidadão e o de reduzir a vulnerabilidade para a assunção de comportamentos de risco acerca do uso indevido ou da mercancia de drogas e o de promover a socialização do conhecimento sobre drogas no país.

Conciliar exigências legais de tal complexidade e grau de multidisciplinariedade não é, com efeito, tarefa fácil ao intérprete, ao qual se impõe recorrer a conhecimentos extrajurídicos e ao conhecimento especializado de profissionais de outras áreas, das humanidades e, notadamente, da saúde, sendo que, nessa inter-relação, dificuldades de diversas naturezas se apresentam, a começar pelas diferentes linguagens típicas de cada grupo ou setor profissional, todos eles de grande relevo para a compreensão e administração dos problemas verificados nas relações entre drogas e seres humanos. Porém, não se pode perder de vista que a abordagem multidisciplinar do fenômeno não constitui mera faculdade do intérprete ou aplicador de leis, mera liberalidade, mas um verdadeiro e incontestável dever jurídico, pois emana de toda uma principiologia aplicável ao direito penal das drogas, diretamente decorrente de lei e da Constituição, cuja densidade normativa – ou seja, validade e obrigatoriedade como norma jurídica – é incontestável.

De tudo isso se depreende que, quando se está diante de uma questão jurídica relacionada ao uso ou ao porte de drogas para consumo pessoal, capitulado no art. 28 da Lei de Drogas, incumbe ao intérprete analisar a hipótese fática e seu enquadramento jurídico à luz não apenas dos dizeres do aludido artigo – vocábulo por vocábulo, elemento por elemento do tipo –, mas, igualmente, de todos os princípios gerais e especiais acima mencionados, sem o que jamais

poderá obter a resposta jurídica esperada pelo complexo sistema normativo aplicável, de índole constitucional e infraconstitucional.

Assim, é imperioso que os operadores do direito compreendam que o atual estágio de evolução das relações sociais e das instituições jurídicas não mais lhes permite atuar fechados em si mesmos, apegados ao formalismo positivista de muitas décadas atrás; pelo contrário, exige-lhes um trabalho maior, mais difícil e ao mesmo tempo mais rico de compreensão dos fenômenos humanos e de sua complexidade. Algo disso se procurará demonstrar ao longo das unidades que integram o presente curso, as quais demonstram a interpenetração no sistema jurídico-penal de conhecimentos exógenos – extrapenais, e, sobretudo, extrajurídicos – cuja importância é reconhecida pela legislação atual, notadamente, a Lei nº 11.343/2006.

Porém, nesta unidade ainda nos circunscrevemos aos institutos jurídicos aplicáveis, os quais, por si só, já rendem infindáveis discussões no campo do direito penal das drogas. E, considerando as limitações espaço-temporais do curso e a circunstância de o seu público-alvo já possuir alguma familiaridade com as questões jurídicas, cinjamo-nos, pois, ao pouco que cabe em breves linhas, restringindo-se o objeto da análise.

Princípio da legalidade, crimes e penas

Há muito se afirma constituir a base de todo o sistema penal democrático o princípio da legalidade, que se encontra expressamente consagrado em nossa Constituição (art. 5º, inc. XXXIX) e é trazido já no art. 1º do Código Penal (não há crime sem lei anterior que o defina; não há pena sem prévia cominação legal).

O princípio da legalidade (*nullum crimen nulla poena sine lege praevia, scripta, stricta et certa*) impõe que um fato não possa ser considerado crime sem que haja uma lei correspondente que o defina de forma prévia (à ocorrência do fato), escrita, clara e determinada – portanto, inequívoca –, de modo a comunicar com segurança aos cidadãos o que está proibido e lhes permitir moldar seu comportamento em conformidade com as expectativas legais. A fim de que apresente a estabilidade espacial e temporal necessária, propiciando, com isso, segurança jurídica aos cidadãos, a definição do crime deve constar em lei em sentido estrito – ou seja, ato formal próprio emanado do Poder Legislativo – e não em normas regulamentares (decretos, portarias, instruções normativas etc.) estabelecidas pelos órgãos do Poder Executivo, ou mesmo em outros textos normativos a que se possa atribuir força de lei, mas que não constituem, propriamente, lei em sentido estrito – por exemplo, medidas provisórias e tratados internacionais.

Porém, isso não se aplica somente à definição jurídica do crime, ou seja, à descrição que a lei deve fazer das condutas humanas proibidas pelo direito penal (“preceito primário” da norma incriminadora); aplica-se, igualmente, às penas correspondentes aos crimes, estabelecidas de forma autônoma e específica para cada figura delitiva prevista na legislação (“preceito secundário” da norma incriminadora), e esse ponto tem especial relevância na análise do atual cenário legislativo e judiciário brasileiro em matéria de consumo de drogas.

Assim define a legislação brasileira, na figura principal do art. 28 da Lei nº 11.343/2006, o crime de porte para consumo pessoal de drogas:

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

I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

Separaremos, então, nossa breve análise – sob a luz do princípio da legalidade – de cada dos vocábulos e elementos do tipo, a fim de tecer importantes considerações sobre cada uma de suas duas subdivisões acima mencionadas.

Ao se analisar o preceito primário de qualquer tipo penal, ou seja, a descrição legal da conduta incriminada, a primeira coisa a fazer-se talvez seja atentar para o(s) verbo(s) ali contido(s), sempre considerado(s) o(s) núcleo(s) da descrição típica, pois sua eventual pluralidade reflete uma pluralidade de condutas incriminadas pela norma. Tem-se, então, no art. 28 da Lei de Drogas, a incriminação de cinco condutas, que se apresentam no mundo exterior sob a forma de “adquirir”, “guardar”, “ter em depósito”, “transportar” ou “trazer consigo” drogas (manifestação do fato – aspecto objetivo do tipo), acrescidas da especial finalidade de fazê-lo para seu consumo pessoal (motivação interna do autor – aspecto subjetivo do tipo).

Só se concretiza no mundo das coisas e fatos o aspecto objetivo do tipo, ou, em outras palavras, a tipicidade objetiva do delito; por outro lado, a tipicidade subjetiva, por seu caráter de intencionalidade, repousa na mente do autor – não se manifestando nos atos de aquisição, guarda, tença em depósito, transporte ou trazimento de drogas quaisquer. Nesse ponto, cumpre destacar que os mesmos cinco verbos aludidos – ou núcleos de condutas típicas – repetem-se, sem exceção, na descrição típica do art. 33 da mesma Lei de Drogas, referente ao tráfico e condutas equiparadas, cujas consequências jurídicas são extremamente severas: na figura principal (*caput*), correspondem à pena de 5 a 15 anos de reclusão, punição próxima

Estudiosos e pesquisadores das ciências criminais têm apontado sintomas de que parte relevante das elevadas — e economicamente inviáveis — taxas de encarceramento dos anos recentes no Brasil, as quais colocam o país como o de maior expansão carcerária em todo o mundo nas últimas duas décadas, devam-se, entre outros motivos, a excessos de punição sobre usuários de drogas: ante a complexidade dos fenômenos e a semelhança ou identidade fático-objetiva dos comportamentos incriminados nos arts. 28 e 33 da Lei nº 11.343/2006, muitos operadores, em situações duvidosas, recendo eventual “impunidade”, tenderiam equivocadamente a enquadrar fatos no art. 33, nem sempre movidos por critérios juridicamente admissíveis. A respeito, recomenda-se examinar a extensa e detalhada pesquisa empírica conduzida pelas Professoras Ela Wiecko Volkmer de Castilho (UnB), atual viceprocuradora-geral da República, e Luciana Boiteux de Figueiredo Rodrigues (UFRJ), no âmbito do programa “Pensando o Direito” desenvolvido pelo Ministério da Justiça (Secretaria de Assuntos Legislativos) e financiado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud): Tráfico de Drogas e Constituição: um estudo jurídico-social do artigo 33 da Lei de Drogas diante dos princípios constitucionais-penais.

àquela trazida pelo Código Penal para a prática do homicídio simples (art. 121, *caput*, CP). Note-se bem: trata-se das mesmas condutas – no que se refere aos atos praticados –, variando apenas o propósito com que são empregadas; no art. 28 (sem pena de prisão), o agente as pratica com vistas ao seu consumo pessoal; no art. 33 (com pena de 5 a 15 anos), pratica-as com vistas a entregar a droga ao uso de terceiro, sendo desnecessário, inclusive, que aufera ou pretenda auferir qualquer tipo de lucro ou vantagem com essa entrega.

Diante disso, é verdadeiramente crucial que o intérprete e aplicador da norma penal se valha da mais absoluta cautela no ato de enquadrar legalmente um comportamento humano relacionado ao porte de drogas a fim de se prevenirem as mais graves injustiças, pois, efetivamente, um eventual erro de subsunção praticado por qualquer operador do direito – desde o policial militar que conduz cidadãos ao registro da ocorrência ou o delegado de polícia que a lavra até o promotor de justiça que oferece denúncia ou o magistrado que profere sentença ou aprecia eventual recurso, passando pelo defensor que tem a enorme responsabilidade de esclarecer à Justiça as circunstâncias do evento – pode levar à consequência nefasta de um fato considerado pelo direito vigente como um dos menos ofensivos de todo o ordenamento penal (não há qualquer outro crime em nossa legislação ao qual não se preveja a hipótese de pena de prisão) vir a ser tratado, ilegalmente, com uma das penas mais severas de todo o sistema jurídico brasileiro, somente inferior, nos tipos básicos, às dos gravíssimos crimes de homicídio, extorsão mediante sequestro e falsificação ou corrupção de medicamentos.

Cumpre-nos, em conclusão, examinar também o preceito secundário do art. 28 da Lei nº 11.343/2006, ou seja, a cominação de penas que a lei dedica ao crime de porte de drogas para consumo pessoal, e o fazer fundamentalmente sob o prisma do citado princípio da legalidade.

Como visto, há três espécies diferentes de penas de que pode se servir o juiz no momento em que profira uma sentença condenatória pelo delito em apreço, cabendo a ele escolher a sanção mais adequada ao caso concreto, à luz das circunstâncias objetivas do fato e pessoais de seu autor, individualmente consideradas, em observância aos princípios da individualização da pena e da proporcionalidade (CF, art. 5º, inc. XLVI; CP, art. 59).

Analisemos brevemente algo do conteúdo das penas previstas: a advertência sobre os efeitos das drogas, a prestação de serviços à comunidade e a medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

Começando pela segunda do rol, a prestação de serviços à comunidade, trata-se de uma espécie de sanção penal já consagrada em nosso ordenamento, há tempos integrante do leque tradicional de penas restritivas de direito encontrável na parte geral e na parte especial da legislação penal, e frequentemente aplicada, sem grandes dificuldades, pelo Poder Judiciário em casos de condenações que envolvam infrações penais de pequeno e médio potencial ofensivo.

Cabe lembrar que desde a minirreforma do sistema de penas empreendida pela Lei nº 9.714/1998 o art. 44 do Código Penal estabelece que as penas restritivas de direito, como medidas substitutivas à prisão, têm de ser a opção preferencial do juiz ao condenar alguém que seja primário e de bons antecedentes a até quatro anos de pena privativa de liberdade (seja ela de detenção ou reclusão) por crime cometido sem violência ou grave ameaça à pessoa. Crê-se que o comando legal tem sido observado de forma suficientemente adequada pela magistratura, a despeito de dificuldades de implementação de programas que possam apresentar maior utilidade à desejável reintegração social dos apenados e aos próprios grupos sociais beneficiários de serviços por eles prestados; isso, porém, é tarefa que

toca primordialmente ao Poder Executivo, mas não se pode menosprezar a importância do diálogo a ser estabelecido a respeito com o Judiciário. Nessa prática, não se pode esquecer que, dado o elevado prestígio de que costumeiramente gozam juízes e membros do Ministério Público em suas comunidades – sobretudo, mas não somente, em comarcas de pequeno e médio porte – e a relevância dos poderes que constitucionalmente exercem, sua atuação oficial no sentido de pedir para os gestores públicos locais que criem ou aprimorem condições para o correto cumprimento de expectativas e finalidades legais e constitucionais, sempre com vistas a prestigiar a dignidade e o desenvolvimento humanos, pode ter efeitos positivos na implementação de políticas e na estruturação de equipamentos públicos, e, em matéria de reinserção social de pessoas que apresentam padrões de **uso abusivo** de drogas, tal atuação pode se revelar particularmente salutar.

Note-se que, a teor do § 5º do art. 28 da lei, a prestação de serviços à comunidade de que aqui se cuida deve ser realizada

em programas comunitários, entidades educacionais ou assistenciais, hospitais, estabelecimentos congêneres, públicos ou privados sem fins lucrativos, que se ocupem, preferencialmente, da prevenção do consumo ou da recuperação de usuários e dependentes de drogas, o que denota a especial atenção dada pelo legislador ao objetivo de dissuasão do consumo indevido.

Contudo, as outras duas penas arroladas no preceito secundário do art. 28 da Lei de Drogas apresentam uma relevância especial por causa de seu caráter inovador em nosso ordenamento.

Como sabemos, a Lei nº 11.343/2006 revogou por inteiro a antiga Lei de Tóxicos (Lei nº 6.368/1976), cuja figura típica, correspondente a de porte de drogas para uso próprio (art. 16), prescrevia prisão de seis meses a dois anos às condutas do usuário.

Cumprir esclarecer: não me refiro a todo e qualquer usuário, e nem sequer à maioria deles, mas somente aos que, do ponto de vista clínico, apresentam, mais que o uso indevido (que pode ser medido pelo critério da legalidade), o uso abusivo de drogas, com base em critérios necessariamente estabelecidos pelas ciências da saúde. O tema, que evidencia a necessidade da abordagem multidisciplinar das relações entre seres humanos, drogas e direito, será tratado em capítulos posteriores do presente curso.

Com efeito, a evolução das pesquisas e estudos sobre a fenomenologia do uso e dependência de drogas em todo o mundo tem apontado, nas últimas décadas, para uma ineficácia do paradigma simplista (meramente punitivista) da guerra às drogas, requerendo abordagens mais compreensivas e interdisciplinares da questão.

Sem deixar de reconhecer a gravidade do problema – aliás, justamente reconhecendo-a e, mais que isso, reconhecendo sua complexidade que não admite soluções mágicas e reducionistas – constatou-se que o antigo ideário de “um mundo livre de drogas” não é concretamente possível, mas uma mera ideologia sem base histórica. Assim, cabe-nos buscar a máxima redução do consumo abusivo e a diminuição dos problemas dele decorrentes a limites suportáveis em busca de uma convivência social relativamente **harmônica**. Nessa esteira, muitas democracias ocidentais, especialmente desde meados dos anos 1980, vêm experimentando novas formas de tratamento da questão por meio de um abrandamento legislativo penal e maior ênfase à atuação de profissionais de saúde – de que são exemplos as políticas de redução de danos e outras intervenções que integram o presente curso.

Foi com esses valores que o art. 28 da Lei nº 11.343/2006 foi concebido: já com certo atraso, era necessário ao Brasil acompanhar a evolução do conhecimento na matéria e, assim, suprimir de seu marco legislativo a previsão abstrata da pena privativa de liberdade para o usuário de drogas. Ao fazê-lo, optou-se por manter a incriminação do porte para consumo pessoal e incluir, no rol de sanções aplicáveis, duas modalidades inovadoras em nosso ordenamento, além da já conhecida prestação de serviços à comunidade.

A advertência sobre os efeitos das drogas é a menos gravosa das três integrantes do rol, e por isso mesmo, considerando a principiologia pro libertate que rege o sistema penal democrático, deve ser a

Eis, a nosso ver, o fim precípua do direito, de que não constitui exceção o direito penal. Pois, ao contrário do que ainda afirmam muitos juristas, a tão apregoada finalidade de “pacificação social” é mera utopia irrealizável, visto que toda sociedade democrática, justamente por ser plural, jamais esteve ou estará imune a conflitos – de pensamentos e de atos, individuais e coletivos. Ademais, a própria intervenção judicial configura, em si, um ato de violência externa – oficial e legítima, mas ainda assim violência –, que não logra pacificar um conflito entre partes, mas modificá-lo, silenciá-lo ou, quando muito, suspendê-lo.

primeira opção do juiz a ser imposta em casos de condenações em que a generalidade das circunstâncias do fato e pessoais do agente lhe sejam favoráveis. Porém, há várias dúvidas sobre seu significado. Efetivamente, não se trata de uma “bronca”, a qual poderia caber a um familiar, mas não a uma autoridade pública, e menos ainda de qualquer tipo de pressão psicológica, de insinuações ameaçadoras ou outros atos igualmente incabíveis à racionalidade que se espera do Poder Judiciário e ao exercício da autoridade daquele que o representa e lhe exerce o poder, tampouco parece o legislador ter pretendido que essa advertência se transformasse em um termo de audiência que, sem que nada tenha havido, considera o sentenciado automaticamente “advertido sobre os efeitos das drogas” e libera a pauta do Juízo para o próximo processo a ser examinado ou a próxima audiência a ser realizada.

Com efeito, a advertência tem como objetivo melhor informar o cidadão acerca dos perigos que o uso indevido de drogas pode acarretar à sua saúde e convivência social, tendo o legislador, “ao estabelecer a penalidade de advertência, adotado como premissa básica o fato de que as pessoas menos suscetíveis ao consumo de drogas são aquelas que têm, entre outros fatores, informações corretas e fidedignas sobre o uso”. (IBIAPINA, s/d.). Assim, considerando os valores afirmados pela legislação e princípios constitucionais que a norteiam, cabe ao juiz conferir à advertência o caráter compreensivo e diligente que se lhe espera, utilizando-se para isso da equipe multidisciplinar de que deve dispor – e se não dispõe, cumpre-lhe envidar esforços para implantá-la – em seu Juizado, o que permitirá realizar pequenas palestras informativas e diálogos esclarecedores com os jurisdicionados, inclusive considerando as circunstâncias concretas e padrões de uso destes. Eis o que se deve compreender como uma advertência com alguma chance de atingir os fins pretendidos pela norma, sendo que dela tampouco se exclui a possibilidade de

realização da intervenção breve com usuários, outro tema que será objeto de análise mais detida ao longo deste curso.

No tocante à medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo, aplicável a casos mais complicados de uso indevido (ou abuso) de drogas, sua dicção legal se afigura, em grande medida, autoexplicativa. Todavia, isso não afasta a necessidade de se tecerem algumas considerações fundamentais a respeito.

Em primeiro lugar, não existe espaço para que se confunda essa espécie de sanção com qualquer tipo de tratamento compulsório, seja ele ambulatorial ou em regime de internação. A legislação brasileira nessa matéria é bastante clara e, em consonância com a evolução científica internacional, estabelece na Lei nº 10.216/2001 (“Lei Antimanicomial”) os casos excepcionalíssimos a que se reserva tal modalidade terapêutica. Ainda que não fosse dessa forma, é cediço que em uma democracia não cabe ao direito penal e à Justiça Criminal impor formas de tratamento a cidadãos responsáveis, o que feriria o direito à autonomia individual, inerente ao postulado constitucional da dignidade da pessoa humana.

Ademais, o programa ou curso educativo a que alude à norma deve ser preferencialmente um programa oficial, cabendo ao Juízo empreender todos os esforços para localizar e fomentar programas adequados em sua região. Subsidiariamente, pode-se recorrer à rede privada de saúde e assistência, porém, impondo-se ao juiz sentenciante zelar para que se trate de uma instituição cujas práticas sejam consonantes com os valores laicos e pluralistas consagrados pela Constituição; do contrário, estar-se-ia permitindo que o Estado impusesse uma moral particular – uma visão de mundo entre muitas juridicamente admitidas – a seu cidadão por meio da força e da autoridade de uma sentença judicial, algo que a Constituição da República não permite.



Por fim, é necessário se atentar de modo especial aos precisos limites do princípio da legalidade no direito penal: se a lei fala em comparecimento ao programa, descabe ir além de seus dizeres e impor, por exemplo, frequência integral ou realização de todas as suas atividades. O fim aqui almejado não é uma mera e formal aprovação no curso, mas, uma vez mais, os potenciais esclarecimentos que o comparecimento a ele pode proporcionar ao cidadão, eventualmente despertando-lhe – como deseja a lei, mas certamente não ocorrerá em todos os casos – interesse autônomo sobre sua própria recuperação. Com efeito, na maioria das vezes a voluntariedade do cidadão constitui elemento fundamental para a eficácia de eventual tratamento, tendo a mão pesada do direito penal, felizmente para uns e infelizmente para outros, pouquíssima influência nesse campo – conforme décadas de observação empírica tem comprovado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

DAVENPORT-HINES, R. *The Pursuit of oblivion: a global history of narcotics*. London; New York: W. W. Norton, 2002.

ECOHOTADO, A. *Historia general de las drogas*. 3 ed. Madrid: Espasa, 2000.

IBIAPINA, D. L. F. P. “A Penalidade de advertência na nova lei de tóxicos à luz do direito processual constitucional”. In: *Associação dos Magistrados Brasileiros*. Disponível em: <http://www.amb.com.br/mod/1/index.asp?secao=artigo_detalle&art_id=1014>. Acesso em: 23/02/2015.

REALE JÚNIOR, M. *Instituições de direito penal*, vol. I. Rio de Janeiro: Forense, 2002.

RODRIGUES, L. B. F.; CASTILHO, E. W. V. **Tráfico de Drogas e Constituição: um estudo jurídico-social do artigo 33 da Lei de Drogas diante dos princípios constitucionais-penais**. Brasília: Ministério da Justiça, 2009. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br>>. Acesso em: 31/08/2013.

TAFFARELLO, R. F. **Drogas: falência do proibicionismo e alternativas de política criminal**. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

ZAFFARONI, E. R. R.; BATISTA, N. **Direito penal brasileiro**, t. I, v. I. Rio de Janeiro: Revan, 2003.



RESUMO DA AULA

Esta unidade aborda o tratamento legal conferido às condutas relacionadas ao crime de porte de drogas para uso pessoal, descrevendo quais penas são impostas a esse delito e explicando como ocorre (ou deveria ocorrer) sua implementação e execução.

Para melhor compreender o contexto em que se deu a elaboração da Lei nº 11.343/2006 e sua finalidade, o texto faz uma breve apresentação da evolução histórica do enfrentamento da questão relacionada às drogas.

Este é o fim do módulo I, que, tratando da cultura jurídica sobre drogas, trouxe um panorama da legislação brasileira atual acerca do tema, abordando assuntos como:

- a mudança da cultura jurídica relacionada ao assunto (da cultura repressivo-punitiva à cultura restaurativa);
- o aprimoramento da atuação do Poder Judiciário em relação ao uso de drogas (“descarcerização” e medidas educativas);
- a definição de condutas que caracterizam o crime de porte de drogas para consumo e as penas a elas aplicadas.

No próximo módulo serão analisadas questões relacionadas aos Direitos Humanos.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Assinale as afirmações que guardam conformidade com o texto da unidade:

- () Atualmente, o direito penal se mantém como a esfera jurídica principal de enfrentamento ao uso de drogas e problemas sociais e humanos relacionados;
- () A Lei nº 11.343/2006 constitui o principal texto legislativo brasileiro atinente ao tratamento jurídico do consumo de drogas;
- () Ao passo que a Lei nº 6.368/1976 era claramente dominada por dispositivos repressivos – não só nos capítulos intitulados “dos crimes e penas” e “do procedimento criminal”, mas também nos outros três, intitulados “da prevenção”, “do tratamento e recuperação” e “disposições gerais” –, a atual Lei de Drogas promoveu a descriminalização do consumo;
- () Na aplicação da lei penal, em matéria de drogas, é preciso atentar-se não somente aos princípios fundamentais de caráter penal e processual penal, mas também aos princípios que o direito consagra de forma específica para a questão, i.e., para o tratamento jurídico das drogas, os quais se encontram no art. 4º da Lei nº 11.343/2006;
- () Aos princípios contidos no art. 4º da Lei de Drogas, devem se adicionar os objetivos do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), arrolados no art. 5º da mesma lei, entre os quais o de não contribuir para a inclusão social do cidadão.



2. Segundo o texto, o princípio da legalidade, base de todo o sistema penal democrático, impõe que um fato:

- a. Não possa ser considerado crime sem que haja uma lei correspondente que o defina de forma prévia (à ocorrência do fato), escrita e indeterminada;
- b. Possa ser considerado crime, mesmo que não haja uma lei correspondente que o defina de forma prévia (à ocorrência do fato), podendo o juiz suprir eventual ausência legislativa;
- c. Não possa ser considerado crime sem que haja uma lei correspondente que o defina de forma prévia ou posterior (à ocorrência do fato), escrita, clara e determinada;
- d. Não possa ser considerado crime sem que haja uma lei correspondente que o defina de forma prévia (à ocorrência do fato), escrita, clara e determinada;
- e. Possa ser considerado crime desde que uma lei prévia o preveja de qualquer forma.



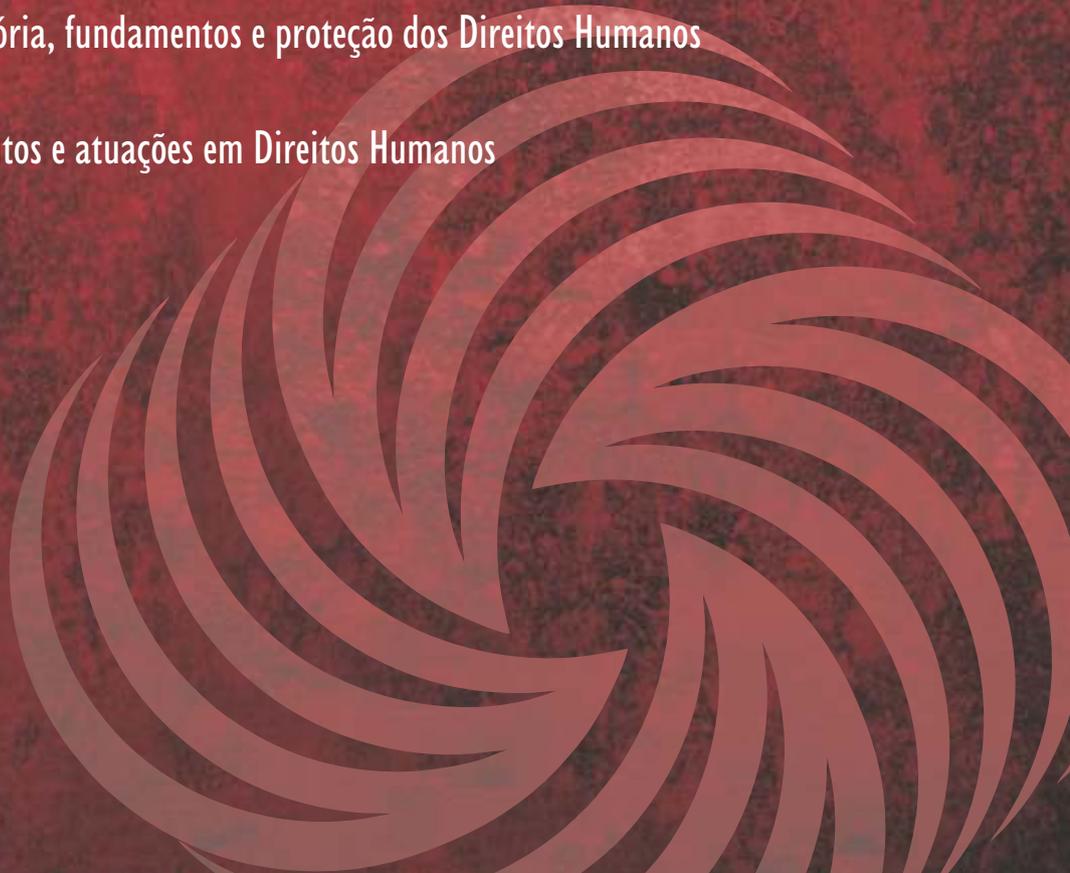
MÓDULO II

DIREITOS HUMANOS

Este módulo relaciona o tema das drogas aos Direitos Humanos e é dividido em:

Unidade 4 – História, fundamentos e proteção dos Direitos Humanos

Unidade 5 – Sujeitos e atuações em Direitos Humanos



HISTÓRIA, FUNDAMENTOS E PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS*

- Introdução histórica: surgimento e fundamentos dos Direitos Humanos
- Declaração Universal dos Direitos Humanos
- Características dos Direitos Humanos: universalidade, indivisibilidade e interdependência



* Texto adaptado do original do curso *Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*, realizado pela SENAD em 2013

MÓDULO

II

HISTÓRIA, FUNDAMENTOS E PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

Marcia Cristina de Oliveira

O que são os Direitos Humanos? Por que eles estão em evidência nos dias atuais? Qual a importância da promoção de uma cultura baseada nos Direitos Humanos?

Um pouco da história e dos fundamentos dos direitos humanos

Somos o que fazemos, mas somos, principalmente, o que fazemos para mudar o que somos.

A história é um profeta com o olhar voltado para trás: pelo que foi, e contra o que foi, anuncia o que será.

(Eduardo Galeano)

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

Situações de conflito armado – causadas principalmente por divergências políticas, religiosas, culturais, étnico-raciais e disputas territoriais – são uma constante em nossa história. Por outro lado, muitas vezes em resposta a tais situações, temos uma história de constru-

ção de realidades nas quais a vida é considerada o valor maior e, portanto, deve ser protegida e viabilizada em sua integridade. Dessa compreensão surgem diversos mecanismos de defesa dos Direitos Humanos e de promoção de uma cultura que se oponha radicalmente a todos os tipos de violência.

É nesse contexto de construção de valores humanistas e de promoção de uma cultura pautada na paz que percebemos e tecemos a História dos Direitos Humanos. É importante considerar que tal processo tem se dado em meio a conflitos, disputas e conquistas.

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

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

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

Vejam os que diz a Declaração:

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS

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

Preâmbulo

Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo,

Considerando que o desprezo e o desrespeito pelos direitos humanos resultaram em atos bárbaros que ultrajaram a consciência da Humanidade e que o advento de um mundo em que os homens gozem de liberdade de palavra, de crença e da liberdade de viverem a salvo do temor e da necessidade foi proclamado como a mais alta aspiração do homem comum,

Considerando essencial que os direitos humanos sejam protegidos pelo Estado de Direito, para que o homem não seja compelido, como último recurso, à rebelião contra a tirania e a opressão,

Considerando essencial promover o desenvolvimento de relações amistosas entre as nações,

Considerando que os povos das Nações Unidas reafirmaram, na Carta, sua fé nos direitos humanos fundamentais, na dignidade e no valor da pessoa humana e na igualdade de direitos dos homens e das mulheres, e que decidiram promover o progresso social e melhores condições de vida em uma liberdade mais ampla,

Considerando que os Estados-Membros se comprometeram a desenvolver, em cooperação com as Nações Unidas, o res-





peito universal aos direitos humanos e liberdades fundamentais e a observância desses direitos e liberdades,

Considerando que uma compreensão comum desses direitos e liberdades é da mais alta importância para o pleno cumprimento desse compromisso.

A Assembleia Geral proclama

A presente Declaração Universal dos Direitos Humanos como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, tendo sempre em mente esta Declaração, se esforce, através do ensino e da educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades, e, pela adoção de medidas progressivas de caráter nacional e internacional, por assegurar o seu reconhecimento e a sua observância universais e efetivos, tanto entre os povos dos próprios Estados-Membros, quanto entre os povos dos territórios sob sua jurisdição.

Artigo I

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

Artigo II

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

Artigo III

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

Artigo IV

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

Artigo V

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

Artigo VI

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

Artigo VII

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

Artigo VIII

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

Artigo IX

Ninguém será arbitrariamente preso, detido ou exilado.

Para continuar a ler este documento, que possui 30 artigos, acesse:

<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001394/139423por.pdf>



Os Direitos Humanos são um conjunto de princípios e direitos que juntos representam a defesa e a promoção da vida digna para a pessoa humana. Isso implica considerar a universalidade do ser humano e também as especificidades de cada pessoa, ou seja, a prática dos Direitos Humanos deve considerar que o direito à vida digna é um princípio que rege todas as políticas públicas diante da especificidade de cada grupo e de cada segmento social. Segundo Rodrigues (2007, p. 11):

A Declaração consolidou uma visão contemporânea de direitos humanos marcada pela universalidade, pela indivisibilidade e pela interdependência.

A universalidade implica o reconhecimento de que todos os indivíduos têm direitos pelo mero fato de sua humanidade. [...]

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

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

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

É nessa esteira que a luta pelo direito à vida digna na diversidade vem consolidando novos debates e promovendo a constituição de

um marco legal abrangente (mundial, regional e local) e de um marco teórico atualizado, multidisciplinar, que considere novas compreensões e as culturas instituintes dessas realidades, e, sobretudo, pautando a proposição de políticas públicas diversificadas e inclusivas.

Proteger, promover e consolidar a cultura dos direitos humanos

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

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

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

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

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

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

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

Tal cenário pode ser desvelado à medida que nos interessamos por conhecer e enfrentar essas realidades, não de qualquer maneira, mas com responsabilidade e compromisso. Essas realidades precisam ser transformadas por meio de políticas de Estado permanentes, de amplo alcance, diversificadas e inclusivas. Ao mesmo tempo, é indispensável a atuação comprometida da sociedade civil organizada e de cada cidadão. Essa parceria possibilita o atendimento das necessidades locais (específicas) e globais (universais), a construção de conhecimentos e a proposição de políticas públicas diferenciadas, meios

para consolidar novas práticas culturais. Sem dúvida, é um caminho longo a se percorrer.

A seguir, apresentamos algumas das principais conquistas no marco jurídico dos Direitos Humanos no campo internacional e no campo nacional. Tais conquistas têm se desdobrado em dispositivos legais, instituições governamentais e não governamentais e organização de redes de proteção de direitos.

Na esfera internacional:

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

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

- Declaração sobre Educação para Todos (2000);
- Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural (2001);
- Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2007).

Na esfera nacional:

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

- Plano Nacional de Promoção da Igualdade Racial (2009);
- Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua (2009);
- Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (2011).

Esses são alguns exemplos de que vivemos tempos nos quais a democracia, a cidadania, a participação e os direitos fundamentais ganham novos significados e devem ser a referência para a estruturação de políticas públicas cada vez mais inclusivas, capazes de atender às necessidades dos diferentes segmentos sociais e, principalmente, ser um poderoso instrumento de combate às desigualdades de todos os tipos, ainda persistentes em nosso país.

Nesse sentido, a organização e a participação são aspectos fundamentais para que consigamos realmente viver novas realidades naquilo que tange aos Direitos Humanos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. *Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).*

RODRIGUES, M. et al. *Formação de Conselheiros em Direitos Humanos. Brasília (DF): Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2007.*

RESUMO DA AULA

Esta unidade abordou a temática dos Direitos Humanos de forma ampla a fim de introduzir o tema, mencionando as características de tais direitos e sua inerência à pessoa humana, frisando sua importância na luta contra todos os tipos de violência e desigualdade.

Ademais, apresentou a Declaração Universal dos Direitos Humanos e alguns documentos nacionais e internacionais que estabelecem um marco jurídico pertinente.

A unidade seguinte tratará dos sujeitos e da atuação em direitos humanos com a finalidade de direcionar o estudo do tema para uma melhor compreensão da relação deste com o tema central do curso.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Segundo o texto, o princípio máximo do paradigma dos Direitos Humanos é a universalidade:

- a. Do ser humano;
- b. Do acesso à saúde;
- c. Da dignidade humana;
- d. Do acesso à educação;
- e. Das políticas públicas.

2. Qual(is) alternativa(s) abaixo representa(m) a(s) justificativa(s) para a afirmação de que, embora se tenha alcançado muitas conquistas em relação à efetivação dos Direitos Humanos, ainda existe muito a ser feito?

- a. A exploração indiscriminada do meio ambiente causa problemas quase irreversíveis para a vida humana no planeta;
- b. O acesso ao saneamento básico e à saúde é absolutamente precário para grande parte da população mundial;
- c. A tortura e a violência de modo geral estão presentes e são visíveis, sendo uma cultura a ser superada;
- d. Ainda é preciso superar a discriminação de todos os tipos;
- e. Todas as alternativas.



SUJEITOS E ATUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS*

- Sujeitos e dimensões dos Direitos Humanos: o homem como indivíduo, como sujeito social e político e como ser coletivo
- Direitos humanos, democracia e cidadania

* Texto adaptado do original do curso *Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*, realizado pela SENAD em 2013

SUJEITOS E ATUAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS

Marcia Cristina de Oliveira

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

Somos todos sujeitos de direitos

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

Como já vimos, viver com dignidade em um contexto de respeito aos direitos fundamentais tem sido uma busca permanente da sociedade civil e dos movimentos sociais, processo que se acentuou nas décadas finais do século XX, período conhecido como “redemocratização do Brasil”. Foi a partir dos anos 1980 que os processos de defesa e concretização dos direitos constitucionais e dos Direitos Humanos ganharam nova energia e visibilidade e, culturalmente, passaram a fazer parte do cotidiano nacional de uma maneira mais universalizada. Podemos considerar que, com o fim da ditadura, a retomada dos princípios e garantias universais, instituintes da vida, e da vida em comunidade se tornou um objetivo para a sociedade brasileira.

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

A construção histórica dos Direitos Humanos

Direitos da primeira geração ou direitos de liberdade: surgiram nos séculos XVII e XVIII e foram os primeiros reconhecidos pelos textos constitucionais. Compreendem direitos civis e políticos, inerentes ao ser humano e oponíveis ao Estado, visto na época como grande opressor das liberdades individuais. Incluem-se nessa geração o direito à vida, segurança, justiça, propriedade privada, liberdade de pensamento, voto, expressão, crença, locomoção, entre outros.

Direitos da segunda geração ou direitos de igualdade: surgiram após a 2ª Guerra Mundial com o advento do Estado Social. São os chamados direitos econômicos, sociais e culturais que devem ser prestados pelo Estado através de políticas de justiça distributiva. Abrangem o direito à saúde, trabalho, educação,

lazer, repouso, habitação, saneamento, greve, livre associação sindical etc.

Direitos da terceira geração ou direitos de fraternidade/solidariedade: são considerados direitos coletivos por excelência, pois estão voltados à humanidade como um todo. Nas palavras de Paulo Bonavides (2006), são “direitos que não se destinam especificamente à proteção dos interesses de um indivíduo, de um grupo ou de um determinado Estado. Têm por primeiro destinatário o gênero humano mesmo, em um momento expressivo de sua afirmação como valor supremo em termos de existencialidade concreta”. Incluem-se aqui o direito ao desenvolvimento, à paz, à comunicação, ao meio ambiente, à conservação do patrimônio histórico e cultural da humanidade, entre outros.

Assim como se transformou a compreensão sobre o conjunto de direitos a serem garantidos, também tem se reconfigurado a compreensão sobre quem são os “sujeitos” desses direitos e qual a dinâmica que se estabelece nessa relação, pois um indivíduo é um sujeito social e coletivo. Dependendo da situação em que se encontra, este pode demandar, acessar e buscar usufruir de um determinado conjunto de direitos. Assim, voltamos à compreensão de indivisibilidade e interdependência dos Direitos Humanos. É importante termos a clareza de que nós, cada indivíduo, grupo ou comunidade, “temos o direito de acessar os direitos”, enquanto o Estado tem o dever de prover e garantir o acesso a eles.

Sobre esse aspecto, vejamos uma síntese possível, a seguir:



Os sujeitos dos Direitos Fundamentais

Sujeito Ativo:

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

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

circunstâncias de fato. (Código do Consumidor, art. 81, parágrafo único, inciso I).

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

Sujeito Passivo:

Pode-se dizer que o Estado ocupa essa posição em todos os casos. De fato, é ele quem deve, principalmente, respeitar as liberdades, prestar serviços correspondentes aos direitos sociais e à proteção judicial e zelar pelas situações objeto dos direitos de solidariedade.

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

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



e de significados que a temática dos Direitos Humanos vem se constituindo.

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

Direitos humanos, democracia e cidadania

A democracia é, por excelência, o regime promotor da cultura dos Direitos Humanos. Vejamos uma leitura possível sobre essa questão:

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

E quanta mudança ocorre por meio deles. Se cada um separado quase daria para transformar o mundo, imagine todos eles juntos. O desafio de juntar igualdade com diversidade; de temperar com solidariedade conseguida pela participação. Essa é a questão da democracia: a simultaneidade na realização concreta dos cinco princípios, meta sempre irrealizável, e ao mesmo tempo, possível de se tentar a cada passo, em cada relação, em cada aspecto da vida [...]. Cidadania e democracia se fundam em princípios éticos e, por isso, têm o infinito como seu limite. Não existe o limite para a solidariedade, para a liberdade, para a igualdade, para a participação e para a diversidade... A democracia é uma obra inesgotável.

Na concepção do autor, os princípios-direitos que fundamentam a democracia e o exercício da cidadania são os mesmos instituintes dos Direitos Humanos. Essa aproximação, essa organicidade, é fundamental quando entendemos que os Direitos Humanos se concretizam em espaços, tempos e condições concretas da vida das pessoas, das sociedades e, principalmente, na relação com o Estado. Sabemos que a existência da lei não é o suficiente para garantir a existência de novas realidades, mas é fundamental para promover e garantir novas condutas. Precisamos de políticas, práticas, pessoas e instituições comprometidas com a promoção de novas perspectivas políticas quando a temática é o bem-estar de todos.

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

A Constituição Federal de 1988 formalizou no campo da lei a demanda por modelos mais qualitativos de participação da sociedade civil nos processos de proposição, implantação e acompanhamento das políticas públicas. Inúmeros dispositivos e espaços de participação foram criados: conselhos, fóruns, conferências, audiências públicas, orçamentos participativos e ouvidorias, cada um deles tendo a legislação como um dos aportes para a estruturação de grupos de trabalho e rotinas voltadas a processos participativos.



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

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

Há muito que avançarmos nessa empreitada, mas devemos fazê-lo de maneira inovadora e contextualizada. Cenários em que o valor da argumentação e da diversidade das experiências de vida ganham destaque e passam a ser referência para a construção de realidades socialmente mais democráticas, justas e solidárias.

Desde 2003, essa realidade está em transformação, experiência promovida no âmbito do Governo Federal, com desdobramentos nos estados e municípios, conforme constata Lambertucci (2009, p. 72-73):

A governabilidade política do país é constituída por meio da relação do Poder Executivo com o Legislativo – democracia representativa –, mas, no atual mandato presidencial, ganha importância a relação do estado com a sociedade-democracia participativa. Ambas se complementam, fortalecendo a democracia de um modo geral.

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

O mesmo autor (2009, p. 71) prossegue destacando a importância da participação social em espaços institucionalizados de formulação de políticas públicas:

O Governo do Presidente Lula recuperou as funções do Estado combatidas pelo esvaziamento neoliberal, o que possibilitou maior eficiência administrativa, ações mais contundentes contra a corrupção e mais transparência.

Por outro lado, adotou, na gestão pública, o diálogo social com as entidades da sociedade civil e o fortalecimento e consolidação dos espaços de participação social como forma de elaboração, aperfeiçoamento e acompanhamento das políticas públicas, sempre reconhecendo a importância das entidades da sociedade civil e respeitando sua representatividade e autonomia.

A participação social no Governo Lula é uma necessidade e assume papel central, porque amplia e fortalece a democracia, contribui para a cultura da paz, do diálogo e da coesão social e é a espinha dorsal do desenvolvimento social, da equidade e da justiça. Acreditamos que a democracia participativa revela-se um excelente método para enfrentar e resolver problemas fundamentais da sociedade brasileira.

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

Considerações finais

Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

- I- construir uma sociedade livre, justa e solidária;
- II- garantir o desenvolvimento nacional;
- III- erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;
- IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. (Artigo 3º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988).

O Brasil possui um conjunto de estudos, leis e instituições capazes de imprimir a mudança necessária em nossa sociedade naquilo que tange à compreensão do que é viver e conviver em contextos de promoção e de defesa dos Direitos Humanos e de qualificação da nossa democracia.

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

As últimas três décadas foram marcadas por uma acentuada qualificação de nossa democracia e de viabilização da pauta dos Direitos Humanos e, portanto, da consolidação de políticas públicas mais inclusivas e diversificadas. A sociedade civil organizada e os movimentos sociais têm papel relevante nesse processo.

A necessidade de continuar avançando e consolidando as conquistas é enorme. Existe muito a conquistar e, neste momento, é urgente qualificar os debates e garantir a participação diferenciada da população no enfrentamento das desigualdades e injustiças e na definição do destino do país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVRITZER, L. (Org.). *Experiências nacionais de participação social*. São Paulo: Cortez, 2009. (Série Democracia Participativa).

BENEVIDES, M. V. *A cidadania ativa*. São Paulo: Ática, 1991.

_____. Prefácio. In: SCHILLING, F. *Direitos Humanos e educação: outras palavras, outras práticas*. São Paulo: Cortez, 2005.

BONAVIDES, P. *Curso de Direito Constitucional*. 19ª Edição. São Paulo: Editora Malheiros, 2006. p. 569.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988*. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p. (Série Legislação Brasileira).

_____. **Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 11/02/2015.

_____. **Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: MEC, 1996.

_____. **Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 11/02/2015.

_____. Comitê Nacional de Educação em Direitos Humanos. **Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos.** Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Ministério da Educação, Ministério da Justiça, 2007.

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

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

_____. **Diretrizes Nacionais para a Educação em Direitos Humanos.** (Parecer CNE/CP No. 08/2012). Brasília: MEC, Conselho Nacional de Educação/Conselho Pleno. 30/05/2012.

CASTELO BRANCO, J. **Resumo de Direitos Humanos.** Adaptado. Disponível em: <<http://juriscondictio.blogspot.com.br/2011/01/resumo-de-direitos-humanos.html>>. Acesso em: 10/10/2012.

GOGOY, R. M. et al. **Educação em Direitos Humanos: Fundamentos teórico-metodológicos.** Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2010.

LAMBERTUCCI, A. R. A participação social no governo Lula. In: AVRITZER, L. **Experiências nacionais de participação social.** São Paulo: Cortez, 2009. p. 70-89.

OLIVEIRA, M. C. **Os direitos da pessoa idosa no contexto da redemocratização do Brasil.** Monografia – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos.** Assembleia Geral das Nações Unidas, 10 de dezembro de 1948. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>>. Acesso em: 11/02/2015.

RODRIGUES, M. L. A. et al. **Formação de Conselheiros em Direitos Humanos**. Brasília: Secretaria Especial de Direitos Humanos, 2007.

SANTOS, B. S.; AVRITZER, L. *Introdução: para ampliar o cânone democrático*. In: SANTOS, B. S. **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa**. Rio de Janeiro: Record, 2003. p. 39- 82.



RESUMO DA AULA

Nesta unidade, você aprendeu que todas as pessoas são sujeitos dos Direitos Humanos, independentemente de seu grupo social, étnico, religioso, opção política, sexualidade, idade e nacionalidade. Aprendeu que o Estado é responsável pela promoção e garantia desses direitos, e que a democracia e a participação cidadã são processos indispensáveis para a consolidação de realidades socialmente justas.

Este é o fim do módulo II, que abordou aspectos relacionados aos Direitos Humanos. Nele vimos:

- Um panorama do que são os Direitos Humanos, seu surgimento, fundamentos e características;
- O que dispõe a Declaração Universal dos Direitos Humanos, documento político fundamental da contemporaneidade, bem como seus objetivos;
- Quem são os sujeitos (ativo e passivo) dos Direitos Humanos e quais as dimensões alcançadas por esses direitos;
- A estreita relação dos Direitos Humanos com a democracia e com a cidadania.

Para que o operador do direito possa realizar sua função de modo mais eficiente, sobretudo considerando a necessidade da mudança de cultura na abordagem do tema, é necessário um conhecimento multidisciplinar. Dessa maneira, no próximo módulo você verá um pouco sobre o conceito de drogas, suas diferentes espécies e seus efeitos no organismo humano e as formas de tratamento e prevenção.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Relacione as gerações de direitos humanos a seus conceitos:

- () Direitos de primeira geração;
- () Direitos de segunda geração;
- () Direitos de terceira geração.

a. São também chamados de direitos de igualdade e se concretizam mediante ações positivas do Estado, no sentido de implementar políticas de justiça distributiva que permitam o acesso de todos aos direitos. Compreendem o direito à saúde, ao trabalho, à educação, ao lazer, entre outros;

b. São os chamados direitos de fraternidade ou solidariedade, considerados direitos coletivos por excelência, uma vez que são voltados à humanidade como um todo, não se destinando especificamente à proteção dos interesses de um indivíduo em particular. Compreendem o direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, o direito à paz, ao desenvolvimento, à proteção do patrimônio histórico, artístico e cultural, entre outros;

c. São os chamados direitos de liberdade. Reclamam uma abstenção do Estado, dado que à época em que surgiram o Estado era visto como grande opressor das liberdades individuais. Compreendem o direito à vida, segurança, justiça, propriedade privada, liberdade de pensamento, entre outros.



2. Com relação aos sujeitos dos direitos fundamentais, pode-se dizer que:

- I. Os direitos individuais têm como titular uma pessoa física, um indivíduo;
- II. São titulares dos direitos difusos pessoas indeterminadas e ligadas por circunstâncias de fato;
- III. Os direitos coletivos são de titularidade de pessoas que têm entre si uma relação jurídica básica.

- () Estão corretas apenas as afirmativas I e III;
- () Estão corretas apenas as afirmativas I e II;
- () Estão corretas apenas as afirmativas II e III;
- () Estão corretas todas as afirmativas.



MÓDULO III

DROGAS

Este módulo abrange os principais conceitos sobre o uso e abuso de drogas, dividido em:

Unidade 6 — Drogas: classificação e efeitos no organismo

Unidade 7 — Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas

Unidade 8 — Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil: dados recentes

Unidade 9 — Crack: uma abordagem multidisciplinar



DROGAS

CLASSIFICAÇÃO E EFEITOS NO ORGANISMO

- Definição do termo “droga”
- Classificação das drogas
- Características principais de algumas classes de drogas:
panorama geral do uso, características físico-químicas,
mecanismos de ação, efeitos no organismo e sintomas
relacionados, incluindo abstinência e tolerância

DROGAS: CLASSIFICAÇÃO E EFEITOS NO ORGANISMO

Sérgio Nicastri

O que é droga?

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

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

Nesta unidade, discutiremos as principais drogas utilizadas para alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental, no psiquismo. Por essa razão, são chamadas drogas psicotrópicas, conhecidas também como substâncias psicoativas.

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

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

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

Classificação das drogas

Há diversas formas de classificar as drogas.

Tais medicamentos, quando utilizados fora do contexto clínico, caracterizam consumo indevido.

Classificação das drogas do ponto de vista legal	
Drogas lícitas	Drogas ilícitas
<ul style="list-style-type: none"> • São aquelas comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição, como o álcool, cuja venda é proibida a menores de 18 anos, e alguns medicamentos que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial. 	<ul style="list-style-type: none"> • São as proibidas por lei.

Existe uma classificação – de interesse didático – que se baseia nas ações aparentes das drogas sobre o sistema nervoso central (SNC) conforme as modificações observáveis na atividade mental ou no comportamento da pessoa que utiliza a substância:

1. drogas **depressoras** da atividade mental;
2. drogas **estimulantes** da atividade mental;
3. drogas **perturbadoras** da atividade mental.

Com base nessa classificação, vamos conhecer as principais drogas.

DROGAS DEPRESSORAS DA ATIVIDADE MENTAL

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

• Álcool

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

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

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

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

tiveram alguma experiência com sua utilização. Droga lícita, o álcool é, sem dúvida, a substância psicotrópica de uso e abuso mais amplamente disseminados em grande número de países na atualidade.

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

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

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

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

Ausência de coordenação motora.

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

• Barbitúricos

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

Seu uso inicial foi dirigido ao tratamento da insônia. Porém, atualmente não são mais empregados para esse fim, pois a dose para causar os efeitos terapêuticos desejáveis não é muito distante da dose tóxica ou letal. O sono produzido por essas drogas, assim como aquele provocado por todos os indutores de sono, é muito diferente do sono “natural” (fisiológico).

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

Efeitos

São efeitos da principal ação farmacológica dos barbitúricos:

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

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

Doses tóxicas podem provocar:

- surgimento de sinais de incoordenação motora;

- acentuação significativa da sonolência, que pode chegar ao coma;
- morte por parada respiratória.

Tolerância e abstinência

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

Uso clínico

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

• Benzodiazepínicos

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

Efeitos

Os benzodiazepínicos potencializam as ações do GABA (ácido gama-amino-butírico), o principal **neurotransmissor** inibitório do SNC. Como consequência, os benzodiazepínicos produzem:

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

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

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

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

Existem centenas de compostos comerciais disponíveis que diferem apenas em relação à velocidade e duração total de sua ação. Alguns são mais bem utilizados clinicamente como indutores do sono, enquanto outros são empregados para controlar a ansiedade ou para prevenir a convulsão.

Exemplos de benzodiazepínicos: diazepam (Valium®), lorazepam (Lorax®), bromazepam (Lexotan®), midazolam (Dormonid®), flunitrazepam (Rohypnol®), clonazepam (Rivotril®).

• Opioides

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

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

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

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

Efeitos

Os opioides causam os seguintes efeitos:

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

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

Abstinência

A abstinência provoca:

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

Uso clínico

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

• Solventes ou inalantes

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

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

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

Efeitos

Primeira fase	Segunda fase	Terceira fase	Quarta fase
<ul style="list-style-type: none"> • Euforia, com diminuição de inibição de comportamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Predomínio da depressão do SNC; o indivíduo torna-se confuso, desorientado; • Possibilidade de alucinações auditivas e visuais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundamento da depressão, com redução acentuada do estado de alerta; • Incoordenação ocular e motora (marcha vacilante, fala pastosa e reflexos bastante diminuídos); • Alucinações mais evidentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Depressão tardia; • Inconsciência; • Possibilidade de convulsões, coma e morte.

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

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

Tolerância e abstinência

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

DROGAS ESTIMULANTES DA ATIVIDADE MENTAL

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

• Tabaco

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

Efeitos

O consumo de tabaco (droga lícita) pode causar:

- doenças cardiovasculares (infarto, **AVE** e morte súbita);

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

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

Gravidez extrauterina,
fora do útero.

Fumantes passivos

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

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

Ações psíquicas da nicotina

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

Tolerância e abstinência

A nicotina induz tolerância e se associa a síndrome de abstinência com alterações no sono, irritabilidade, diminuição da concentração e ansiedade.

- **Cafeína**

É uma droga lícita classificada como estimulante do SNC menos potente que a cocaína e as anfetaminas.

Seu potencial de induzir dependência vem sendo bastante discutido nos últimos anos. Criou-se até o termo “cafeinismo” para designar a síndrome clínica associada ao consumo importante (agudo ou crônico) de cafeína, caracterizada por ansiedade, alterações psicomotoras, distúrbios do sono e alterações de humor. As bebidas energéticas, conhecidas como “energéticos”, são comercializadas com esse nome por apresentar ingredientes como cafeína, taurina, vitaminas, suplementos de ervas e açúcar ou adoçantes, substâncias utilizadas para auxiliar na perda de peso e melhorar a energia, a resistência, o desempenho atlético e a concentração. Nota-se que seu consumo associado ao uso de álcool tem crescido muito nos últimos anos, causando preocupações entre os profissionais da área da saúde. Isso porque a cafeína aumenta a euforia causada pela bebida alcoólica e reduz a sensação subjetiva de embriaguez, fazendo a pessoa sentir que está “menos alcoolizada” do que verdadeiramente está. No entanto, essa mistura não reduz o comprometimento real do álcool, causando maiores riscos. Por exemplo, o indivíduo pode beber mais do que pretendia ou dirigir depois de beber, colocando-se em perigo ou aos outros.

- **Anfetaminas**

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

São exemplos de drogas “anfetamínicas”: femproporex (Desobesi – M[®]), metilfenidato (Ritalina[®]), mazindol (Dasten[®]; AbstenS[®]; Moderine[®]), metanfetamina (Pervitin) e dietilpropiona ou anfepramona (Dualid; Inibex; Hipofagin[®]).

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

Efeitos

São efeitos do uso de anfetaminas:

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

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

Tolerância e abstinência

O consumo dessas drogas induz tolerância. Não se sabe com certeza se ocorre uma verdadeira síndrome de abstinência. São frequentes os relatos de sintomas depressivos, como falta de energia,

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

Uso clínico

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

• Cocaína

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

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

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

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

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

Efeitos

Os efeitos do uso da cocaína são:

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

Tolerância e abstinência

Apesar de não serem descritas tolerância nem síndrome de abstinência inequívoca, é comum observar aumento progressivo das doses consumidas.

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

Com doses maiores, observam-se outros efeitos, como irritabilidade, agressividade e até delírios e alucinações, que caracterizam um verdadeiro estado psicótico, a psicose cocaínica. Também podem ser observados aumento da temperatura e convulsões, frequentemente de difícil tratamento, sintomas que, se prolongados, podem levar à morte. Ocorrem, ainda, dilatação das pupilas, elevação da pressão arterial e taquicardia; tais efeitos podem provocar até parada cardíaca por fibrilação ventricular, uma das causas de morte por superdosagem.



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

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

DROGAS PERTURBADORAS DA ATIVIDADE MENTAL

Estão classificadas nesse grupo diversas substâncias cujo efeito principal é provocar alterações no funcionamento cerebral que resultam em vários fenômenos psíquicos anormais, entre os quais destacam-se os delírios e as alucinações. Por tal motivo, essas drogas foram denominadas "alucionógenos"

Em linhas gerais, pode-se definir **alucinação** como uma percepção sem objeto, ou seja, a pessoa vê, ouve ou sente algo que realmente não existe. **Delírio**, por sua vez, pode ser definido como um falso juízo da realidade, ou seja, o indivíduo passa a atribuir significados anormais aos eventos que ocorrem a sua volta. Há uma realidade, mas a pessoa delirante não é capaz de fazer avaliações corretas a seu respeito; por exemplo, no caso do delírio persecutório, nota, em toda parte, indícios claros, embora irreais, de que está sendo perseguida. Esse tipo de fenômeno se manifesta de modo espontâneo em doenças mentais denominadas "psicoses", razão pela qual essas drogas também são chamadas "psicotomiméticos".

- **Maconha**

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

A quantidade de THC produzida pela planta depende das condições de solo, clima e tempo decorrido entre a colheita e o uso, e a sensibilidade das pessoas à sua ação é variável, o que explica a capacidade de a maconha produzir efeitos mais ou menos intensos.

Efeitos psíquicos

- **Agudos**

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

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

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

- **Crônicos**

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



por vezes chegando à síndrome amotivacional, ou seja, a pessoa não sente vontade de fazer mais nada, tudo parece ficar sem graça, perder a importância.

Efeitos físicos

- **Agudos**

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

- **Crônicos**

Problemas respiratórios são comuns, uma vez que a fumaça produzida pela maconha é muito irritante, além de conter alto teor de alcatrão (maior que no caso do tabaco) e nele existir benzopireno, um conhecido agente cancerígeno.

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

- **Alucinógenos**

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

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

- Alucinógenos propriamente ditos ou alucinógenos primários: São os alucinógenos capazes de produzir efeitos psíquicos em doses que praticamente não alteram outra função no organismo. Exemplos: LSD e ecstasy.

- Alucinógenos secundários, como os anticolinérgicos: São capazes de induzir efeitos alucinógenos em doses que afetam de maneira importante diversas outras funções. Exemplos: “chá de lírio”, beladona (*Atropa belladonna*) e mandrágora (*Mandragora officinarum*).

- Plantas com propriedades alucinógenas: Diversas plantas possuem propriedades alucinógenas, como alguns cogumelos (*Psilocybe mexicana*, que produz a psilocibina), a jurema (*Mimosa hostilis*) e outras plantas eventualmente utilizadas na forma de chás e beveragens alucinógenas. A ayahuasca, também conhecida como chá do Santo Daime, yajé ou caapi, é uma bebida com efeitos alucinógenos por conter a substância N,N-dimetiltriptamina (DMT). O uso da ayahuasca foi regulamentado pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), conforme publicado no *Diário Oficial da União*, nº 17, de 26 de janeiro de 2010. A resolução autoriza o consumo da bebida em rituais religiosos e veda sua utilização com fins comerciais, turísticos e terapêuticos.

- **Dietilamida do ácido lisérgico (LSD)**

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

As doses de 20 a 50 milionésimos de grama produzem efeitos com duração de 4 a 12 horas.

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



Efeitos

O uso de LSD causa os seguintes efeitos:

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

Outra repercussão psíquica da ação do LSD sobre o cérebro são os delírios, descritos no quadro a seguir.

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

Outros efeitos tóxicos

Há descrições de pessoas que experimentam sensações de ansiedade muito intensa, depressão e até quadros psicóticos depois de muito tempo do consumo de LSD. Uma variante desse efeito é o *flashback*, quando, semanas ou meses após o uso dessa substância,

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

O consumo de LSD causa, ainda:

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

Tolerância e abstinência

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

Sintomas desagradáveis que ocorrem com a redução ou com a interrupção do consumo da substância.

Importante

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

• Ecstasy (3,4-metilenodioximetanfetamina ou MDMA)

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

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

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

• Anticolinérgicos

São substâncias provenientes de plantas ou sintetizadas em laboratório que têm a capacidade de bloquear as ações da acetilcolina, um neurotransmissor encontrado no SNC e no sistema nervoso periférico (SNP).

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

Efeitos psíquicos

Os anticolinérgicos causam alucinações e delírios. São comuns as descrições de usuários intoxicados em que eles se sentem perseguidos ou têm visões de pessoas ou animais. Esses sintomas dependem bastante da personalidade do indivíduo, assim como das circunstâncias ambientais em que ocorreu o consumo dessas substâncias.

Os efeitos são, em geral, bastante intensos e podem durar até dois ou três dias.

Efeitos somáticos

Essas substâncias também provocam:

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

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

Aumento da quantidade de sangue em qualquer parte do corpo.

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

• Esteroides anabolizantes

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

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

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

Efeitos

Essas substâncias podem causar:

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

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

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

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

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



RESUMO DA AULA

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 é usada e das experiências do usuário.

As drogas podem ser classificadas como depressoras, estimulantes ou perturbadoras conforme os efeitos aparentes que causam no sistema nervoso central.

A questão do envolvimento de pessoas com álcool e outras drogas vai além da simples busca dos efeitos dessas substâncias.

Diversas causas para o uso de drogas podem ser consideradas: a disponibilidade dessas substâncias, a imagem ou as ideias que as pessoas fazem a respeito das drogas, as características de personalidade, o uso de substâncias por familiares ou amigos entre outros.

Na próxima unidade serão abordados conceitos importantes sobre o uso de drogas e transtornos relacionados (abuso e dependência).

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Assinale a alternativa correta sobre as drogas:

- | | | | | |
|----|--------------------|---------|---------------|--|
| a. | Álcool | Lícito | Depressor | Distorções perceptivas e perda de discriminação tempo/espaço e alucinações |
| b. | Tabaco | Lícito | Estimulante | Aumento da concentração, diminuição do apetite e ansiedade |
| c. | Maconha | Ilícita | Depressora | Bem-estar, relaxamento e incapacidade de coordenar tempo e espaço |
| d. | Cocaína | Ilícita | Estimulante | Desinibição, certo grau de incoordenação motora |
| e. | Ecstasy | Ilícito | Perturbador | Hiperatividade, insônia, falta de apetite |
| f. | Benzo-diazepínicos | Lícitos | Perturbadores | Indução do sono, relaxamento muscular, redução do estado de alerta |
| g. | LSD | Ilícito | Perturbador | Hiperatividade, alucinações e maior sociabilização |



2. As bebidas alcoólicas possuem etanol, um tipo de álcool produzido por meio da fermentação ou destilação da cana-de-açúcar. Essas bebidas são utilizadas para consumo humano, porém sabe-se que o álcool é um depressor do sistema nervoso central (SNC), com alto potencial de abuso, responsável por uma série de efeitos deletérios, entre eles a dependência. Assim, assinale a alternativa correta:

- a. As bebidas destiladas possuem menor teor alcoólico e são geralmente consumidas em doses maiores.
- b. As bebidas destiladas possuem maior teor alcoólico e são geralmente consumidas em doses maiores.
- c. As bebidas fermentadas possuem maior teor alcoólico e são geralmente consumidas em doses menores.
- d. As bebidas fermentadas possuem menor teor alcoólico e são geralmente consumidas em doses maiores.
- e. N.D.A.

3. Sobre as anfetaminas, assinale verdadeiro (V) ou falso (F).

- () São sintéticas.
- () Causam diminuição do sono e do apetite e geralmente são utilizadas para regime de emagrecimento.
- () Induzem tolerância.
- () Não causam dependência.
- () Não são estimulantes.

4. Um indivíduo foi julgado por portar determinada quantidade de uma droga. De acordo com algumas testemunhas, nos últimos meses, ele se apresentava excitado, hiperativo, com insônia e sem apetite, além de estar cometendo pequenos delitos para comprar droga. Sua família declarou que há poucos meses precisou procurar um cardiologista, devido a uma angina. É possível sugerir que a droga em questão seja:

- a. A maconha.
- b. Um opiáceo.
- c. Um anfetamínico.
- d. A cocaína.
- e. N. D. A.

5. A maconha é uma droga polêmica. Porém a literatura demonstra que ela é responsável por uma série de efeitos deletérios, entre eles o câncer de pulmão e o de garganta, no consumo fumado. É INCORRETO afirmar que a maconha:

- a. Causa sensação de bem-estar, relaxamento e algumas vezes é responsável por angústia, medo e ansiedade.
- b. Dependendo da dose, pode ser responsável por alguns delírios e alucinações.
- c. Não interfere na memória ou capacidade de memorização.
- d. Acarreta diminuição de testosterona após longo prazo de administração.
- e. N. D. A.



EXPERIMENTAÇÃO, USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE DROGAS*

- Evolução histórica dos conceitos relacionados ao uso de drogas e sistemas classificatórios de transtornos mentais
- Definição de Síndrome da Dependência Alcoólica, principais sinais e sintomas
- Padrões de uso do álcool de acordo com a existência de problemas decorrentes do uso de álcool e sinais/sintomas de Síndrome da Dependência Alcoólica
- Critérios utilizados para classificação de abuso e dependência

* Texto adaptado do original do curso *Prevenção ao Uso Indevido de drogas: Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais*, realizado pela SENAD em 2008

EXPERIMENTAÇÃO, USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE DROGAS

Cláudio Elias Duarte
Rogério Shiguelo Morihisa

Introdução

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

Essa relação do indivíduo com uma substância psicoativa pode, dependendo do contexto, ser inofensiva ou apresentar poucos riscos, mas também 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 todos.

Do ultrapassado conceito moral aos sistemas classificatórios atuais

O conceito, a percepção e o julgamento moral sobre o consumo de drogas evoluíram constantemente, e boa parte disso se baseou na relação humana com o álcool, por ser a droga de uso mais difundido e antigo. Os aspectos associados à saúde só foram mais estu-

dados e discutidos nos últimos dois séculos, predominando, antes disso, visões preconceituosas dos usuários, vistos muitas vezes como “possuídos por forças do mal”, portadores de graves falhas de caráter ou totalmente desprovidos de “força de vontade” para não sucumbirem ao “vício”.

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

Na década de 1960, o programa de saúde mental da OMS passou a se empenhar ativamente em melhorar o diagnóstico e a classificação de transtornos mentais, além de prover definições claras de termos relacionados. Naquela época, a OMS promoveu uma série de encontros para rever o conhecimento a respeito do assunto, envolvendo representantes de diferentes disciplinas, de várias escolas de pensamento em psiquiatria e de todas as partes do mundo no programa. Esses encontros trouxeram os seguintes benefícios: estimularam e conduziram pesquisas sobre critérios para a classificação e a confiabilidade de diagnósticos, produziram e estabeleceram procedimentos para avaliação conjunta de entrevistas gravadas em vídeo e outros métodos úteis em pesquisa sobre diagnóstico. 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 bastante utilizado é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), da Associação Americana de Psiquiatria (APA, na sigla em inglês).

Ambos os sistemas classificatórios refletem, em seus critérios para dependência, os conceitos de Síndrome da Dependência do Álcool propostos inicialmente por Edwards e Gross, em 1976. Um fato interessante é que o diagnóstico da Síndrome da Dependência do Álcool pode estabelecer níveis de comprometimento ao longo de um contínuo, entre o nunca ter experimentado até o gravemente enfermo, levando em conta os aspectos do grau de dependência relacionado com o grau de problemas. Esse conceito de dependência transcende o modelo moral, que considerava beber excessivamente uma falha de caráter, e até mesmo o modelo de doença “alcooolismo”, diagnóstico categorial em que só se pode ser ou não portador da doença, sem permitir gradações de gravidade dos quadros, no qual a perda do controle, a presença de sintomas de tolerância e a abstinência determinam o indivíduo como sendo ou não dependente.

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

Conforme conceituaram na década de 1970 os cientistas Edwards e Gross, os principais sinais e sintomas da Síndrome da Dependência do Álcool são os seguintes:

- **Estreitamento do repertório de beber**

As situações em que o sujeito bebe se tornam mais comuns, com menos variações em termos de escolha da companhia, do horário,

do local ou dos motivos para beber, ficando ele cada vez mais estereotipado à medida que a dependência avança.

- **Saliência do comportamento de busca pelo álcool**

O sujeito passa gradualmente a planejar seu dia a dia em função da bebida, como 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 sua dose habitual. Surgem ansiedade e alterações de humor, tremores, taquicardia, enjoos, suor excessivo e até convulsões, com risco de morte.

- **Alívio dos sintomas de abstinência ao aumentar o consumo**

Nem sempre o sujeito admite, mas um questionamento detalhado mostrará que ele está tolerante ao álcool e somente não desen-

volve os sintomas de abstinência descritos porque não reduz ou até aumenta gradualmente seu consumo, retardando muitas vezes o diagnóstico.

- **Reinstalação da síndrome de dependência**

O antigo padrão de consumo pode se restabelecer rapidamente, mesmo após longo período de abstinência.

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



Figura 1 – Padrões de consumo.

Observe a Figura 1, que mostra os padrões de consumo do álcool, segundo Edwards (1977), na qual o eixo horizontal representa o grau de dependência e o eixo vertical, o grau de problemas existentes

em função do uso do álcool. Se o indivíduo se encaixa no quadrante inferior esquerdo, não existe problema em relação ao uso de álcool e nenhum grau de dependência (uso social). No quadrante superior esquerdo, observa-se que, embora ele não apresente nenhum grau de dependência, tem problemas decorrentes do uso de álcool (uso problemático ou abuso). Já no quadrante superior direito, encontra-se o indivíduo que apresenta um quadro de Síndrome da Dependência do Álcool. O quadrante inferior direito não existe clinicamente, uma vez que o quadro de dependência está sempre associado a algum tipo de problema na vida do indivíduo. É interessante notar que, apesar de o quadro ter sido primariamente desenvolvido para explicar os padrões de consumo do álcool, ele pode ser adaptado para diversas outras drogas com potencial de causar dependência.

A validação do conceito de Síndrome da Dependência do Álcool permitiu que os sistemas classificatórios atuais operacionalizassem o conceito psicopatológico da dependência, ao utilizar critérios práticos e confiáveis. Mas qual a vantagem de estabelecer precisão em tais critérios?

Possibilitar um bom diagnóstico, a primeira etapa antes de qualquer abordagem.

Padrões de consumo de drogas

Uso de drogas

É a autoadministração de qualquer quantidade de substância psicoativa.

Abuso de drogas

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

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

Para melhor comparação, veja a tabela 1.

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

Dependência

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

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

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

O DSM-IV permanece como referência e é amplamente utilizado, mas em maio de 2013, foi lançada a quinta edição do DSM, com algumas mudanças importantes sobre os transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas:

- Não haverá mais a distinção entre abuso e dependência – nesta edição, unem-se ambos diagnósticos em um único, intitulado "transtornos relacionados ao uso de substâncias";
- A classificação da gravidade do transtorno baseia-se na quantidade de critérios preenchidos pelo indivíduo, sendo: 2 a 3 critérios, transtorno leve; 4 a 5, moderado; e 6 ou mais, grave;
- O critério de "problemas legais recorrentes relacionados ao uso da substância", anteriormente utilizado para o diagnóstico de abuso, foi retirado;
- Incluiu-se o critério de fissura (*craving*), que é o forte desejo ou urgência em consumir a substância.

Considerações finais

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

American Psychiatric Association (APA). *DSM 5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.

BABOR, T. F. Social, scientific, and medical issues in the definition of alcohol and drug dependence. In: EDWARDS, G., LADER, M. (Ed.). *The nature of drug dependence*. Oxford: Oxford University Press, 1990.

BERTOLOTE, J. M. *Glossário de termos de psiquiatria e saúde mental da CID-10 e seus derivados*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

EDWARDS, G.; GROSS, M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, v. 1, n. 6017, p. 1058-1061, 1976.

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

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

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

LOWINSON, J. H. et al. *Substance abuse: a comprehensive textbook*. 2. ed. Baltimore: Willian & Wilckins, 1997.

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

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

RESUMO DA AULA

Dependendo do contexto, a relação do indivíduo com uma substância psicoativa pode ser inofensiva ou apresentar poucos riscos, mas também pode assumir padrões de utilização altamente disfuncionais, com prejuízos biológicos, psicológicos e sociais. Nota-se que as visões preconceituosas e de cunho moral com relação ao dependente químico (considerando o beber excessivamente como falha de caráter) são ultrapassadas. Sistemas classificatórios têm sido discutidos e revisados periodicamente com o intuito de melhorar o diagnóstico e a classificação de transtornos mentais, incluindo a dependência de substâncias, além de prover definições claras de termos relacionados.

Dentre tais definições, sobressaem o uso (autoadministração de qualquer quantidade de substância psicoativa), o abuso ou uso nocivo (padrão de uso com aumento de risco de consequências prejudiciais para o usuário) e a dependência (presença de determinados sinais/sintomas, como abstinência, tolerância, desejo incontrolável e compulsivo de beber, uso persistente a despeito das consequências nocivas, entre outros). Apesar das pequenas diferenças entre as definições/critérios dos transtornos relacionados ao uso de drogas, a definição deles com base em critérios práticos e confiáveis é importante, porque um bom diagnóstico é a primeira etapa antes de qualquer abordagem.

Depois de aprender os padrões de uso de drogas e conceitos relacionados, na próxima unidade você estudará alguns conceitos sobre a epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas, os principais e mais recentes estudos sobre o uso, abuso e dependência química no Brasil.



EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. O uso de drogas se relaciona à autoadministração de substâncias psicoativas. Sendo assim, assinale a alternativa correta:

- a. Todo usuário de drogas se tornará um dependente.
- b. O usuário problemático, certamente, desenvolverá dependência.
- c. O usuário social poderá ser um usuário problema, dependendo do consumo.
- d. O usuário social é aquele que não apresenta sinais para o desenvolvimento de dependência, porém alguns problemas relacionados ao uso de substâncias.
- e. O usuário problemático é aquele cujo problema está relacionado à quantidade de drogas administrada, não aos fatores sociais e psicológicos.

2. A dependência de drogas é um fenômeno biopsicossocial que pode ser caracterizado de acordo com as classificações de dois critérios diagnósticos: DSM-IV e CID-10. Apesar de se expressarem de maneiras diferentes, ambas consideram a síndrome de abstinência e a tolerância os principais sintomas que caracterizam a doença. Assinale a alternativa que define esses sintomas:

- a. A síndrome de abstinência é um conjunto de sinais e sintomas desagradáveis, tanto físicos como psicológicos, que aparecem quando ocorre a interrupção do uso da droga. A tolerância se refere à administração da dose. Indivíduos dependentes necessitam de doses menores para obter o efeito desejado.

- b. A síndrome de abstinência é um conjunto de sinais e sintomas desagradáveis, tanto físicos como psicológicos, que ocorrem mesmo sob o efeito da droga. A tolerância se refere à administração da dose. Indivíduos dependentes necessitam de doses menores para obter o efeito desejado.
- c. A síndrome de abstinência é um conjunto de sinais e sintomas desagradáveis, tanto físicos como psicológicos, que aparecem quando ocorre a interrupção do uso da droga. A tolerância se refere à administração da dose. Indivíduos dependentes necessitam de doses maiores para obter o efeito desejado.
- d. A síndrome de abstinência é um conjunto de sinais e sintomas desagradáveis, tanto físicos como psicológicos, que ocorrem mesmo sob o efeito da droga. A tolerância se refere à administração da dose. Indivíduos dependentes necessitam de doses maiores para obter o efeito desejado.
- e. N.D.A.



EPIDEMIOLOGIA DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS NO BRASIL: DADOS RECENTES

- Conceito de epidemiologia e terminologias do uso de substâncias psicotrópicas
- Importância dos estudos epidemiológicos sobre o uso de drogas
- Resultados dos principais levantamentos epidemiológicos realizados no país, separados por população geral ou específica

MÓDULO

III

EPIDEMIOLOGIA DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS NO BRASIL: DADOS RECENTES

José Carlos Fernandes Galduróz

Conceitos fundamentais

Epidemiologia

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

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

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

Prevalência

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

Incidência

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

Definições importantes

Uso na vida

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

Uso no ano

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

Uso no mês

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

Uso frequente

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

Uso pesado

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

Uso abusivo

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

Dependência

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

Objetivos dos estudos epidemiológicos na área de drogas

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

Tipos de estudos

Levantamentos epidemiológicos

Fornecem dados diretos do consumo de drogas. Podem ser:

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

Indicadores epidemiológicos

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

- internações hospitalares por dependência;
- atendimentos ambulatoriais de usuários de drogas/álcool;
- atendimentos em salas de emergência por overdose;



- laudos cadavéricos de mortes violentas (fornecidos pelo Instituto Médico Legal – IML);
- apreensões de drogas feitas pelas polícias federal, estaduais e municipais;
- prescrições de medicamentos (ex.: benzodiazepínicos e anfetamínicos);
- mídia (notícias sobre drogas veiculadas pelos meios de comunicação);
- casos de violência decorrentes do uso de drogas;
- prisões de traficantes.

Dados recentes sobre o consumo de drogas no Brasil

Levantamentos populacionais

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

O I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2001), realizado nas 107 maiores cidades

do país, com pessoas com idade entre 12 e 65 anos de ambos os sexos, apontou que 68,7% delas já haviam feito uso *na vida* de álcool. Além disso, estimou-se que 11,2% da população brasileira apresentava dependência dessa substância, o que correspondia a 5.283.000 pessoas.

Os dados do **II Levantamento** (2005) apontaram que 12,3% das pessoas com idade entre 12 e 65 anos das 108 maiores cidades brasileiras eram dependentes de álcool, prevalência superior à encontrada no I Levantamento, que foi de 11,2%. Além disso, no II Levantamento, cerca de 75% dos entrevistados relataram já terem feito uso de álcool *na vida*, 50% *no último ano* e 38% *no último mês*. Os dados também indicaram o consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces, sugerindo a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento.

Comparações entre os dois levantamentos domiciliares (2001 e 2005)

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

Da população pesquisada em 2005, 22,8% já fizeram uso *na vida* de drogas, exceto tabaco e álcool, correspondendo a 10.746.991 pessoas. Em 2001, os achados foram, respectivamente, 19,4% e

9.109.000 pessoas. Em pesquisa semelhante realizada nos EUA, em 2004, essa porcentagem atingiu 45,4%.

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

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

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

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

Quanto aos **estimulantes** (medicamentos anfetamínicos), o uso *na vida* foi de 3,2% em 2005, aumentando 1,7% em comparação com 2001, porcentagem próxima à de vários países, como Holanda, Espanha, Alemanha e Suécia, mas muito inferior à dos EUA (6,6%). Vale dizer que foi a única categoria de drogas cujo aumento de 2001 para 2005 foi estatisticamente significativo.

Em relação à **cocaína**, 2,9% dos entrevistados declararam ter feito uso *na vida*, no levantamento realizado em 2005. Em comparação com os dados de 2001 (2,3%), houve, portanto, um aumento de 0,6% no número de pessoas utilizando esse derivado de coca.

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

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

Álcool

A Figura 1 mostra as porcentagens de entrevistados de ambos os sexos que preenchiam os critérios de dependência do álcool.

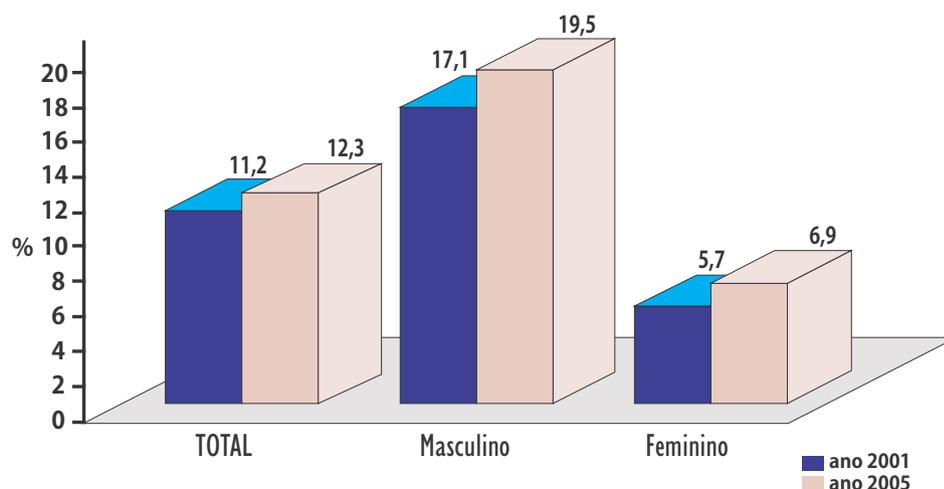


Figura 1 – Comparação entre os Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil de 2001 e 2005, segundo dependência de álcool.

Fonte: SENAD e CEBRID – UNIFESP.

Tabaco

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

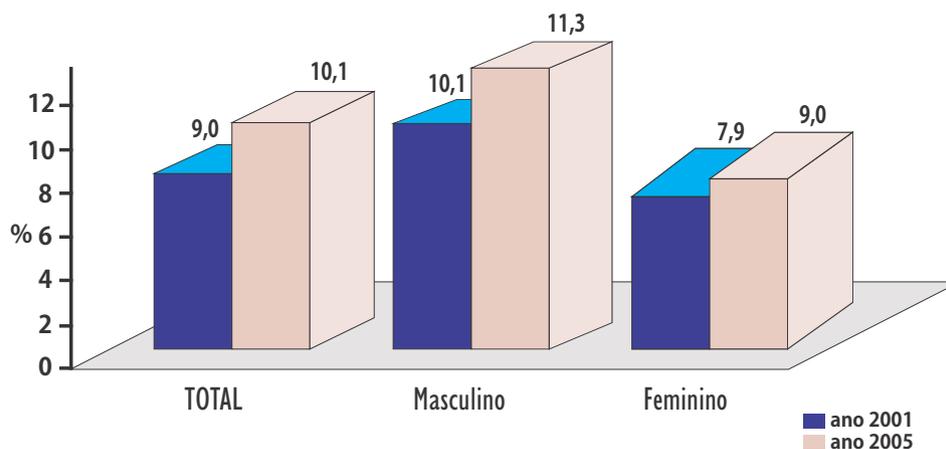


Figura 2 – Comparação entre os Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil de 2001 e 2005, segundo o uso *na vida* de tabaco e dependência, distribuído por sexo.

Fonte: SENAD e CEBRID – UNIFESP.

Drogas psicotrópicas (exceto tabaco e álcool)

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

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

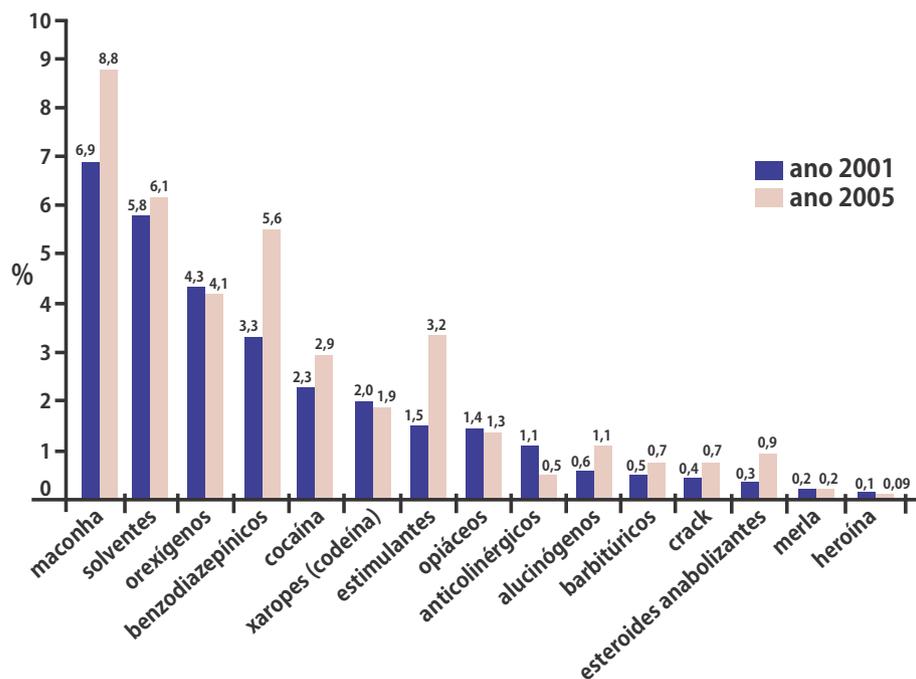


Figura 3 – Comparação entre os Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil de 2001 e 2005, segundo o uso *na vida* de drogas, exceto álcool e tabaco.

Fonte: SENAD e CEBRID – UNIFESP.

Outro importante levantamento, publicado em 2007 pela SENAD em parceria com a UNIAD – UNIFESP, investigou os **Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira**. O estudo foi realizado em 143 municípios do país e detectou que 52% dos brasileiros adultos (acima de 18 anos) haviam feito uso de bebida alcoólica pelo menos uma vez no ano anterior à pesquisa. Do conjunto dos homens adultos, 11% relataram beber todos os dias e 28% de uma a quatro vezes por semana. Esse levantamento, que utilizou uma metodologia de pesquisa diferente dos anteriores, constatou que 9% da população brasileira apresentava dependência de álcool, o que representou diminuição nos percentuais apresentados anteriormente.

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

Populações específicas

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

No segundo semestre de 2010, dando continuidade a essa série histórica, foram divulgados resultados preliminares do **VI Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública e Privada das 27 Capitais Brasileiras**. A inovação dessa pesquisa foi a inclusão na amostra da rede privada de ensino, o que representa um perfil mais próximo da realidade do consumo de álcool e outras drogas nesse segmento. Verificou-se diminuição estatisticamente significativa do consumo de álcool, anfetamínicos e solventes entre os estudantes do ensino fundamental e médio em um

período de 23 anos (entre o o I Levantamento, de 1987, e o mais recente, de 2010). Entretanto, observou-se aumento significativo do consumo de maconha e cocaína nesse mesmo período. Esse padrão de uso de drogas dos estudantes brasileiros se assemelha ao de estudantes norte-americanos. À exceção dos inalantes, estima-se que o Brasil apresenta, atualmente, menores prevalências de consumo de drogas que os demais países, para a mesma população.

Com relação ao **uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua**, foi publicado em 2003 pela SENAD, em parceria com o CEBRID – UNIFESP, um importante levantamento realizado em todas as capitais do Brasil com jovens de 10 a 18 anos de idade. Nessa pesquisa, constatou-se que, entre os entrevistados que não moravam com a família, 88,6% haviam usado algum tipo de droga (incluindo álcool e tabaco) no mês anterior à entrevista. Especificamente com relação ao álcool, 43% do total de entrevistados (incluindo os que moravam e os que não moravam com a família) relataram ter feito uso *no último mês*.

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



Indicadores epidemiológicos

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

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

Considerações finais

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

Levantamentos				
Drogas	Domiciliar	Estudantes do Ensino Fundamental e Médio	Crianças e adolescentes em situação de rua	Universitários
Maconha	6,9%	7,6%	40,4%	26,1%
Solventes	5,8%	13,8%	44,4%	20,4%
Cocaína	2,3%	2,0%	24,5%	7,7%

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

Fonte: SENAD, CEBRID–UNIFESP e GREa–FMUSP.

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, A. G.; DUARTE, P. C. A. V.; OLIVEIRA, L. G. (Org.). **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras**. Brasília: SENAD, 2010.

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

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

CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001**. São Paulo: CEBRID – UNIFESP, 2002. 380 p.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Disponível em: <<http://www.cebrid.epm.br>>. Acesso em: 01/01/2011.

CONACE – Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, Ministerio del Interior. **Quinto informe anual sobre la situación de drogas en Chile, 2005**. Disponível em: <<http://www.conacedrogas.cl>>. Acesso em: 01/01/2011.

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Disponível em: <<http://www.emcdda.eu.int>>. Acesso em: 01/01/2011.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2004**. São Paulo: CEBRID – UNIFESP, 2005. 398 p.

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

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

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

NIDA – National Institute on Drug Abuse. **High School and youth trends**. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov/infofacts/hsyouthtrends.html>>. Acesso em: 01/01/2011.

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

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

POLÍCIA FEDERAL. Disponível em: <<http://www.dpf.gov.br>>. Acesso em: 01/04/2010.

SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration. **National Household Survey on Drug Abuse**. Office of Applied Studies: 1999-2000. U.S. Department National Household Survey on Drug Abuse. U.S. Department of Health and Human Services, 2001. Disponível em: <<http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/reports.htm>>. Acesso em: 01/01/2011.



RESUMO DA AULA

No Brasil já foram realizados estudos epidemiológicos interessantes sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas, tanto na população geral (12 a 65 anos de idade) como entre estudantes e crianças e adolescentes em situação de rua. No entanto, programas permanentes de pesquisas epidemiológicas são importantes para que novas tendências do uso de drogas possam ser detectadas e programas de prevenção e intervenção adequadamente desenvolvidos. Primeiro, porém, é necessário definir alguns conceitos principais, como prevalência, uso *na vida* e dependência para que seja possível interpretar o diagnóstico do uso de drogas em determinada população.

Na próxima unidade, destaca-se uma droga ilícita muito importante: o crack. Serão abordadas informações sobre essa substância, seus efeitos sobre o sistema nervoso central e o psiquismo e as consequências de seu uso sobre o organismo. Também se discute o contexto social do uso de crack e se relatam as abordagens terapêuticas consideradas mais efetivas.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Assinale prevalência (P) ou incidência(I):

- () Na cidade de Paulínia, 43% da população se considera fumante.
- () Na USP, 85% dos alunos declararam ter feito uso de álcool alguma vez na vida.
- () Em 2010, constataram-se 120 mil novos casos de câncer causados pelo cigarro.
- () Em 2010, cerca de 18 mil pessoas foram internadas por conta da dependência de crack.
- () 32% dos alunos brasileiros consumiram alguma droga na vida.

2. Um estudo mostrou que 310 de 2.477 pessoas examinadas na cidade X com idade entre 52 e 85 anos eram fumantes. Essa medida é um exemplo de:

- a. Incidência.
- b. Risco atribuível.
- c. Risco relativo.
- d. Prevalência.
- e. Razão de mortalidade proporcional.



CRACK

UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

- Informações gerais sobre o crack
(o que é e epidemiologia do uso)
- Efeitos sobre o sistema nervoso central
- Consequências sociais
- Abordagens terapêuticas consideradas mais efetivas

MÓDULO

III

CRACK: UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

Marcelo Santos Cruz
Renata Werneck Vargens
Marise de Leão Ramôa

Introdução

Atualmente, o crescimento do consumo e das consequências relacionadas ao uso do crack constitui um grande desafio para a implementação de uma política de atenção aos problemas com álcool e outras drogas no Brasil. Este desafio exige respostas eficazes do governo e da sociedade para a construção de um programa de intervenção integrada, como, por exemplo, ações relacionadas à promoção da saúde, de conscientização e informação sobre os riscos do uso do crack, disponibilização de serviços de atendimento e estudos clínicos sobre tratamento, dentre outros.

O consumo do álcool, tabaco e outras drogas agrava problemas sociais, traz sofrimento para indivíduos e famílias e tem consequências econômicas importantes. Neste contexto, o surgimento e o aumento rápido do consumo do crack desde a década de noventa incrementam a intensidade destes problemas, ampliando e agravando condições de vulnerabilidade especialmente para as parcelas carentes da população. No Brasil, o consumo cresceu principalmente entre crianças, adolescentes e adultos que vivem na rua, motivando pressões diversas sobre os governantes e sobre a sociedade civil pela necessidade de ações que deem aos usuários de crack oportunidades de viver de forma digna e com saúde (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008).

Em muitos aspectos, o uso e os problemas relacionados ao consumo de crack não são diferentes dos que acontecem com outras drogas. Porém, essas diferenças existem. Para que as ações empreendidas sejam efetivas, há a necessidade de conhecer de forma mais profunda os problemas relacionados ao uso do crack. A necessidade de conhecimento se estende à importância de capacitar os profissionais que lidam no dia a dia com pessoas que usam crack e seus familiares.

Sendo assim, o objetivo deste capítulo é resumir informações sobre o crack, seus efeitos sobre o Sistema Nervoso Central e o psiquismo e as consequências de seu uso sobre o corpo. Também abordaremos o contexto e o impacto social do uso do crack e relataremos as abordagens terapêuticas consideradas mais efetivas. O enfoque descrito se sustenta na compreensão de que o consumo e os problemas associados ao crack devem ser entendidos como determinados por múltiplos aspectos, incluindo as dimensões biológicas, psíquicas e socioculturais, tanto na origem dos problemas como nas propostas de abordagem.

O que é crack?

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

A partir daí, processos químicos passaram a ser utilizados para separar a cocaína da folha de coca, gerando um pó branco denominado cloridrato de cocaína. Desde o século XIX, o cloridrato de cocaína é utilizado por meio de inalação nasal ou dissolvido em água para injeção. Utilizando diferentes processos de fabricação, além do pó branco, é possível produzir formas que podem ser fumadas. São elas a merla, a pasta de coca e o crack.

Estas diferentes formas de administração da molécula de cocaína – inalada, injetada ou fumada – têm efeitos distintos no indivíduo. Quando a droga é fumada, isto faz com que uma grande quantidade de moléculas de cocaína atinja o cérebro quase imediatamente após o uso, produzindo um efeito explosivo, descrito pelos usuários como uma sensação de prazer intenso. Isso acontece porque a fumaça vai para os pulmões que são altamente vascularizados, levando rapidamente a droga ao cérebro. Então, a droga é velozmente eliminada do organismo, produzindo uma súbita interrupção da sensação de bem-estar, seguida, imediatamente, por imenso desprazer e enorme vontade de reutilizar a droga.

Esta sequência é vivenciada pelos usuários com um comportamento compulsivo, em que os indivíduos caem, com frequência, numa espiral em que os atos de usar a droga e procurar meios de usar novamente se alternam cada vez mais rapidamente. Esse efeito rápido e intenso também é descrito por usuários de cocaína injetável. No entanto, para o uso injetável é necessária uma cocaína bastante pura, o que torna esta forma de uso muito mais cara do que o uso do crack. O preço é outra diferença entre o crack e a cocaína em pó, sendo o primeiro muito mais barato. Em outras palavras, o crack é uma forma muito barata de levar as moléculas de cocaína ao cérebro, de maneira mais rápida e com efeitos muito mais intensos.



Epidemiologia

O surgimento do uso do crack no Brasil foi detectado por redutores de danos (profissionais que compõem o programa de Redução de Danos) que trabalhavam com usuários de drogas injetáveis no início da década de 1990.

Quando comparamos a distribuição do uso de vários tipos de drogas entre a população brasileira, percebemos que, considerando a população como um todo, o uso do crack é muito raro. No entanto, quando se enfoca determinados segmentos da população, encontramos um padrão de consumo bastante variado. Por exemplo, de acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil realizado nas 108 maiores cidades do país, 0,7% da população adulta relatava ter feito uso de crack pelo menos uma vez na vida, o que significa um contingente de mais de 380 mil pessoas. A maior porcentagem de uso de crack na vida foi encontrada entre homens, na faixa etária de 25 a 34 anos, constituindo 3,2% da população adulta ou cerca de 193 mil pessoas. Além disso, a comparação dos resultados do I Levantamento, realizado em 2001, e o II Levantamento, realizado em 2005, mostrou que houve aumento estatisticamente significativo daqueles que relataram uso de crack no mês da pesquisa. Embora usuários de crack se encontrem em todas as regiões, as regiões Sul e Sudeste concentram a maior parte dos usuários identificados na pesquisa.

Os estudos que enfocaram estudantes do ensino fundamental e médio, conduzidos entre 1987 e 2004 em São Paulo e depois no Brasil, encontraram um crescimento do consumo de cocaína em cidades da região Nordeste (Salvador, Recife e Fortaleza), além de Belo Horizonte e Rio de Janeiro. Vários estudos foram feitos com estudantes em várias cidades do Brasil, encontrando taxas de uso de cocaína, pelo menos

uma vez *na vida*, sempre menores que 3,6%. No entanto, no I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras, se somados os percentuais de uso de cocaína, merla e crack *na vida*, a prevalência é de 9,7%.

Quando a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), por meio do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), foi estudar o uso de drogas por meninos e meninas em situação de rua, encontrou taxas bem maiores: o uso de cocaína *no último mês* foi de 45% entre os menores no Rio de Janeiro, 31% em São Paulo e 20% em Recife. O uso frequente de crack foi mencionado em quase todos os estados, sendo maior em São Paulo, Recife, Curitiba e Vitória (variando entre 15% e 26%). O crescimento da procura de tratamento por usuários de crack, observado na década de 1990 em outras capitais, ocorre, atualmente, no Rio de Janeiro.

A ação da droga no sistema nervoso central

A dependência é uma complicação que pode ocorrer entre usuários de cocaína e crack. A dependência estimada é de 5% a 12% dos que experimentam a droga. A dependência se relaciona a problemas pessoais, familiares e sociais bastante graves. Comparando o uso de crack com outras formas de uso da cocaína, há uma proporção maior de uso intenso e de aumento da fissura entre aqueles que usam crack.

Fumar o crack é a via mais rápida de fazer que a droga chegue ao cérebro e provavelmente esta é a razão para a rápida progressão para a



dependência. Com isso, os efeitos aparecem muito mais rápido do que por outras vias. Entre 10 e 15 segundos os primeiros efeitos do crack já ocorrem, enquanto os efeitos após cheirar a cocaína em pó acontecem após 10 a 15 minutos, e após a injeção, entre 3 e 5 minutos. Essa característica faz do crack uma droga “poderosa” do ponto de vista do usuário, já que o prazer acontece quase que instantaneamente após seu uso.

A ação do crack no cérebro

Quando o crack atinge o cérebro, produz uma sensação de prazer e satisfação. A **área do cérebro** estimulada pela droga é a mesma que é ativada quando os instintos de sobrevivência e reprodução são satisfeitos, como, por exemplo, quando a pessoa tem satisfação sexual ou quando bebe água quando se tem sede. Esta é uma das principais regiões envolvidas com os quadros de dependência. Com o uso de crack, esta região pode ser estimulada enormemente, causando sensações de prazer que excedem àquelas experimentadas em situações normais. Esta região do cérebro também inclui importantes centros de **memória**. Estes centros ajudam a lembrar o que foi feito para levar o indivíduo ao estado de prazer. Quando a pessoa faz uso de crack, estas regiões registram memória de pessoas, lugares, objetos e situações que levaram àquela sensação. Assim, diversos estímulos associados a estas memórias podem ativar o desejo de voltar a experimentar aquela situação prazerosa. Este é o mesmo fenômeno que ocorre quando o indivíduo sente o cheiro de uma comida e seu organismo sofre reações antes mesmo de ele se alimentar.

Núcleo Accumbens.

Hipocampo e amígdalas cerebelosas.

Córtex pré-frontal.

Há **outra região** do cérebro que também é atingida pelo crack. Essa região é responsável por atividades relacionadas à solução de pro-

blemas, à flexibilidade mental, ao julgamento moral e à velocidade de processamento de informações. É onde o cérebro integra as informações e avalia as diversas decisões que pode tomar. Assim, é possível que antes de se tornar dependente o indivíduo consiga suprimir a urgência originada nas áreas relacionadas à satisfação e à memória do prazer, escolhendo se quer ou não usar a droga e que, uma vez dependente, sua capacidade de julgamento fica prejudicada, tornando-se mais propenso a seguir os estímulos de urgência que levam ao uso da droga.

Com o uso continuado, os efeitos de curto e médio prazo vão se acumulando e permitem o surgimento de efeitos de longo prazo, que podem durar meses ou anos e ser irreversíveis.

Danos físicos

Intoxicação

Os efeitos do crack aparecem quase imediatamente depois de uma única dose. Estes efeitos incluem aceleração do coração, aumento da pressão arterial, agitação psicomotora, dilatação das pupilas, aumento da temperatura do corpo, sudorese e tremor muscular. A ação no cérebro provoca sensação de euforia, aumento da autoestima, indiferença à dor e ao cansaço, sensação de estar alerta especialmente a estímulos visuais, auditivos e ao toque. Os usuários também podem apresentar tonturas e sensação de perseguição (síndrome paranoide).

Abstinência

Como para outros aspectos, a abstinência de cocaína inalada é mais estudada do que a do crack, no entanto, nada faz supor que have-



ria diferenças importantes nos sintomas apresentados, mas sim em sua intensidade. A experiência clínica sugere que o início dos sintomas de abstinência do crack seja mais rápido e os sintomas mais intensos do que os da abstinência da cocaína inalada, ou seja, os sintomas da abstinência do crack seriam mais intensos e de surgimento mais rápido do que os da abstinência de cocaína.

A abstinência é composta por três fases: o crash, a síndrome disfórica tardia e a extinção:

- I. **Crash:** É quando acontece uma drástica redução no humor e na energia, apresentando inquietação, ansiedade e irritabilidade. Pode ocorrer paranoia. Instala-se cerca de 5 a 10 minutos depois de cessado o uso. Muitas vezes são estes sintomas que fazem com que o paciente use continuamente até a exaustão.
- II. **Síndrome disfórica tardia:** Os primeiros dias são demarcados por desgaste físico extremo. Frequentemente, dorme-se muito, podendo ocorrer sonhos vívidos e desagradáveis, e despertar-se para ingerir grandes quantidades de alimentos. Com a recuperação física, as alterações de humor ficam mais evidentes: inquietação, ansiedade, irritabilidade, sonhos vívidos e intensa vontade de usar a droga. O auge da abstinência ocorre entre 2 e 4 dias após o uso. Há recaídas frequentes como forma de tentar aliviar os sintomas disfóricos.
- III. **Extinção:** Os sintomas disfóricos diminuem ou cessam por completo e a fissura se torna menos frequente. As alterações de humor podem durar meses.

Overdose

Pode ser definida como a falência de um ou mais órgãos decorrente do uso agudo da substância e consequente aumento da estimulação central simpática.

Efeitos do crack no corpo

Os principais efeitos do uso do crack são decorrentes da ação local direta dos vapores gerados em alta temperatura pela queima da droga (como queimaduras e olhos irritados) e dos efeitos farmacológicos da substância. Os efeitos farmacológicos incluem a ação da droga sobre os neurotransmissores (substâncias químicas produzidas pelos neurônios) dopamina e noradrenalina com intensa estimulação do sistema nervoso e cardiovascular.

Vias aéreas

O pulmão é o principal órgão exposto aos produtos da queima do crack. Os sintomas respiratórios agudos mais comuns são: tosse com produção de escarro enegrecido; dor no peito com ou sem falta de ar; presença de sangue no escarro; agravamento de asma. A tosse é o sintoma mais comum, estando presente em até 61% dos casos, e a presença de sangue no escarro foi relatada em até 26% dos pacientes. O escarro escuro é característico do uso de crack e é atribuído à inalação de resíduos de carbono de materiais utilizados para acender o cachimbo com a droga. Atenção especial deve ser dada ao tratamento de pacientes com tuberculose. Muitas vezes estes pacientes convivem em ambientes fechados, dividem os instrumentos de consumo da droga e apresentam baixa adesão ao tratamento, favorecendo, desta forma, a disseminação do bacilo da tuberculose.

Coração

O uso do crack provoca o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, podendo ocorrer isquemias e infartos agudos do coração. A ocorrência de isquemia não está relacionada à quantidade consumida, à via de administração ou à frequência de uso. Ainda há risco de arritmias cardíacas e problemas no músculo cardíaco.

Sistema nervoso

O uso de crack pode resultar em uma variedade de manifestações neurológicas, incluindo acidente vascular cerebral (derrames cerebrais), dor de cabeça, tonturas, inflamações dos vasos cerebrais, atrofia cerebral e convulsões.

Trato digestivo

Os sintomas mais comuns são náusea, dor abdominal e perda de apetite.

Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS

O consumo de crack e cocaína tem sido associado diretamente à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). O uso do crack tem associação direta com a aceleração da progressão da infecção pelo HIV e também por reduzir a adesão ao tratamento. Os comportamentos de risco mais frequentemente observados são o número elevado de parceiros sexuais, o uso irregular de camisinha e a troca de sexo por droga ou por dinheiro para adquirir a droga. As mulheres usuárias de crack têm mais relações sexuais em troca de dinheiro ou droga em relação a

usuárias de outras drogas e têm mais chance de se envolverem com este tipo de atividade que os homens, se expondo a riscos com maior frequência. Deve ser levada em consideração a vulnerabilidade social a que muitas delas estão expostas. Vale ressaltar que existe possibilidade de transmissão de HIV através de lesões orais causadas pelos cachimbos. O uso de crack também tem sido associado diretamente a outras DSTs, como gonorreia, sífilis e HTLV-1 (vírus pertencente à mesma família do HIV), entre outras.

Um estudo recente realizado no Rio de Janeiro e em Salvador com jovens usuários de crack contatados na rua mostrou que eles expressam grande demanda de serviços sociais e de saúde, mas têm muitas dificuldades para acessar estes serviços. Comportamentos de risco para DST e HIV são muito frequentes entre usuários de crack em situação de rua que apresentam taxas de infecção por HIV (3,7 % no Rio de Janeiro e 11,2 % em Salvador), bem maiores que a taxa da população em geral (menos de 1%).

SAIBA MAIS

Um estudo anterior realizado em Salvador havia mostrado que a prevalência de HIV entre usuárias de crack era de 1,6%, percentual maior que a prevalência brasileira (0,47%), porém menor que em estudos realizados com usuários de drogas não injetáveis na cidade de São Paulo (11%). Esse estudo atribuiu esse achado às ações de redução de danos que ocorrem nas proximidades do local de seleção das entrevistadas. Esse mesmo estudo apontou que cerca de um terço das entrevistadas já haviam tido relações sexuais em troca de dinheiro ou droga.

Fome, sono e sexo

O uso de crack pode diminuir temporariamente a necessidade de comer e dormir. Muitas vezes os usuários saem em “jornadas” onde consomem a droga durante dias seguidos. Frequentemente, a alimentação e o sono ficam prejudicados, ocorrendo um processo de emagrecimento e esgotamento físico. Os hábitos básicos de higiene também podem ficar comprometidos. O crack pode aumentar o desejo sexual no início, porém, com o uso continuado da droga, o interesse e a potência sexual diminuem.

Gravidez (gestante e bebê)

O crack, quando consumido durante a gestação, chega à corrente sanguínea aumentando o risco de complicações tanto para a mãe quanto para o bebê. Para a gestante, aumenta o risco de descolamento prematuro de placenta, aborto espontâneo e redução da oxigenação uterina. Para o bebê, o crack pode reduzir a velocidade de crescimento fetal, o peso e o perímetro cefálico (diâmetro da cabeça) ao nascimento. Há ainda riscos de má-formação congênita, maior risco de morte súbita na infância, alterações comportamentais e atraso no desenvolvimento. O crack também passa pelo leite materno, assim, a amamentação não é recomendada.

Associação com bebidas alcoólicas

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

Intoxicação por metal

Quando o consumo de crack é feito em latas, além do vapor da droga, o alumínio se desprende com facilidade da lata aquecida e também é aspirado. O alumínio é um metal que se espalha pela corrente sanguínea e é capaz de causar danos ao organismo decorrentes da intoxicação pelo metal.

Outros

Várias situações já foram relacionadas ao uso de crack, como lesões do fígado, dos rins, dos músculos, infecções oculares, lesões de córnea e queimaduras nas mãos, na boca, no nariz e no rosto.

Danos psíquicos

Alterações cognitivas

O crack afeta o cérebro de diversas maneiras. A ação vasoconstritora (contração dos vasos sanguíneos) diminui a oxigenação cerebral alterando-o tanto estruturalmente quanto funcionalmente. O uso do crack pode prejudicar as habilidades cognitivas envolvidas especialmente com a função executiva e com a atenção. Este comprometimento altera a capacidade de solução de problemas, a flexibilidade mental e a velocidade de processamento de informações.

Alguns efeitos revertem rapidamente e outros persistem por semanas, mesmo depois da droga não ser mais detectável no cérebro. A reversibilidade destes efeitos com a abstinência prolongada ainda é incerta. As alterações cognitivas devem ser levadas em conta no planejamento do tratamento destes pacientes. O prejuízo cognitivo pode

interferir na adesão destes pacientes ao tratamento proposto e na elaboração de estratégias de enfrentamento de situações de risco.

Quadros psiquiátricos

As complicações psiquiátricas são o principal motivo de busca por atenção médica e podem decorrer tanto da intoxicação aguda quanto da abstinência. A prevalência de transtornos mentais é maior entre usuários de crack se comparada a usuários de cocaína inalada.

Outro diagnóstico, além dos problemas relacionados ao uso de crack, é chamado de comorbidade. A depressão e a ansiedade são as comorbidades psiquiátricas mais recorrentes, atingindo quase metade dos usuários. Os transtornos de personalidade mais prevalentes entre usuários de drogas são o dissocial (ou antissocial) e o com instabilidade emocional. Sintomas paranoides, na maior parte das vezes transitórios, são observados com frequência. O usuário de crack utiliza o álcool de modo menos frequente e pesado que o usuário de cocaína inalada. A maconha muitas vezes é utilizada com intuito de reduzir a inquietação e a fissura decorrentes do uso de crack.

A presença de uma comorbidade piora o prognóstico de ambos os quadros. Estudos recentes também têm relatado dificuldades entre pacientes em abstinência de cocaína na “regulagem das emoções” (referindo-se à capacidade de entender e integrar as emoções com outras informações cerebrais) e também no controle de impulsos.

Consequências sociais

Em São Paulo, um estudo com trabalhadoras do sexo que usam crack, mostrou que a maioria destas mulheres é jovem, mãe, com baixa

escolaridade, vive com familiares ou parceiros e se sustenta sozinha. A maioria trocava sexo por crack diariamente (de um a cinco parceiros por dia), não escolhia o parceiro, o tipo de sexo nem exigia o uso da camisinha. Outro estudo sobre mulheres trabalhadoras do sexo em Santos mostrou a associação entre uso do crack, uso de cocaína injetável e positividade para o HIV.

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

Abordagens terapêuticas

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

Farmacoterapia

Apesar de grande quantidade de estudos científicos ter pesquisado os tratamentos farmacológicos para dependência de cocaína, incluindo estudos recentes específicos para a dependência de crack, até o momento não existe qualquer medicação aprovada especificamente para o tratamento da dependência de cocaína seja em pó ou sob forma de crack.

Pacientes dependentes de cocaína mantêm o uso de forma compulsiva mesmo sabendo que isto pode lhes trazer graves prejuízos. Tentando modificar este quadro, diversas medicações têm sido estudadas para o tratamento da dependência, mas sem sucesso. O uso de antipsicóticos não traz benefícios, não produz controle de efeitos colaterais, não reduz a vontade (fissura) de usar a droga nem diminui a quantidade consumida de cocaína durante o tratamento.

Vários anticonvulsivantes e diversos antidepressivos já foram estudados e também não se mostraram eficazes. O estudo de psicoestimulantes mostrou resultados inconclusivos, sem redução do uso, mas com algumas substâncias mostrando tendência de aumento do período de abstinência.

É importante lembrar que embora não existam, no momento, medicações que diminuam a vontade de usar o crack, a prescrição dessas pode ser indicada para o tratamento das intoxicações, sintomas de abstinência e principalmente para o tratamento das comorbidades. Assim, se um usuário de crack melhora de um possível quadro depressivo com o uso de um antidepressivo, ele tem melhor resultado no tratamento da dependência do crack.

Abordagem psicossocial

A revisão dos estudos científicos realizada pela Agência Nacional para Tratamento do Uso Prejudicial de Substâncias da Grã

Bretanha em 2002, já enfatizava que há evidências de tratamentos eficientes para dependência do crack. De fato, os autores afirmam que tratar a dependência de crack não é difícil nem necessariamente implica em habilidades totalmente novas.

O que é essencial compreender é que as abordagens terapêuticas incluem não apenas os aspectos médicos ou biológicos, mas ações que privilegiem o contexto socioemocional dos indivíduos envolvidos. Como já foi descrito, não há medicações que por si só tratem a dependência do crack. Tanto para o tratamento e reinserção social quanto para as atividades de prevenção é indispensável realizar ações que aumentem a vinculação daqueles que usam a droga aos serviços e profissionais de saúde.

Por este motivo, é importante saber que usuários de crack procuram tratamento com mais frequência em serviços informais, dirigidos para as suas necessidades, que contam com pessoas que conhecem os problemas com o crack e as demandas dos usuários, que podem, inclusive, ser promovidos por ex-usuários. Há múltiplos serviços que os usuários podem acessar sem agendamento prévio, como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), redes de usuários, como os Narcóticos Anônimos (NA), e linhas telefônicas 24h, como o serviço LIGUE 132. Esses dispositivos podem ser usados para aumentar seu acesso ao tratamento.

Intervenções psicossociais sem prescrição de medicações, mas com aconselhamento extra-hospitalar, têm boa relação custo benefício para pacientes sem complicações. No entanto, para pacientes com quadros mais graves de dependência, abordagens psicoterapêuticas individuais ou em grupo são igualmente eficientes. Pacientes com múltiplas necessidades respondem melhor à abordagem em grupo em um esquema intensivo e com atividades práticas. Nos casos em que o paciente não tiver suporte social e tiver problemas psíquicos graves, a internação pode ser necessária.



Pacientes que têm suas necessidades abordadas por profissionais empáticos têm melhores resultados. Em um estudo de revisão, os autores afirmam que a abstinência precoce é fortemente relacionada à abstinência persistente. Uma vez que parte dos pacientes chega encaminhada pela Justiça, é importante ampliar e aperfeiçoar a discussão sobre os problemas com drogas com os profissionais do judiciário.

Como o uso de álcool associado é muito comum, assim como os problemas familiares, psicológicos e físicos, é importante que as instituições ofereçam tratamento para estes problemas adicionais que têm de ser enfocados, pois são determinantes na evolução do tratamento do usuário. Por exemplo, uma pessoa que usa crack e que, após interromper o uso, volta a beber, tem enorme chance de recair com o crack, assim como uma pessoa que só usa crack após ter bebido (“efeito gatilho”) deve interromper o uso do álcool também. A recuperação mantida permite a reconstrução de laços afetivos e sociais.

Muitos usuários veem um lugar para onde ir como um primeiro passo na busca por tratamento. Por isso, locais que oferecem atendimento para outros problemas (de saúde mental, emergência ou serviços sociais) são uma ótima fonte de informações sobre serviços para dependência de álcool e outras drogas.

As consequências sociais como parte do impacto do uso de drogas

A discussão sobre os pressupostos para a implantação de políticas públicas na área de álcool e outras drogas se faz necessária devido à intensificação do uso de crack e outras drogas no espaço urbano. Para tal, é importante nos familiarizarmos com conceitos como reabilitação psicossocial e desfiliação e com a discussão acerca dos modelos asilar e psicossocial presentes na cultura brasileira.

A necessidade de integrar a dimensão social dos problemas com o crack reflete a compreensão da relevância desta dimensão tanto em sua origem quanto nas propostas de abordagem. O foco desta dimensão social é a violência e a miséria. A violência está dramatizando sintomas da sociedade e a droga ocupa esse mesmo lugar, dessa forma, é natural que ela siga as mudanças culturais, como é o exemplo da presença do crack hoje, uma droga presente em diversas comunidades, em espaços insalubres onde há associação direta com a exploração sexual de crianças e adolescentes.

Crianças, adolescentes e jovens passam a ser expulsos das comunidades onde vivem, muitas vezes porque não tem mais dinheiro para pagar pela droga, passaram a cometer furtos ou foram rechaçados por moradores de áreas consideradas nobres da cidade devido ao fato de fazerem uso de crack nas calçadas da cidade, pois alguns traficantes não permitem a utilização dessa droga nas suas áreas de domínio. Um exemplo importante aconteceu em um bairro da Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro. Depois de uma ação isolada de repressão, diversos jovens passaram a usar o crack diante dos moradores do bairro e estes jogaram água sobre os usuários, o que nos remete à ideia de “higienização” social. Entendemos que esses jovens denunciam diversos movimentos: o do tráfico de drogas, a sociedade excludente e uma gestão da miséria, por isso, passam a incomodar, chegando a viver como “refugiados em seus **territórios de vida**”.

Desinstitucionalização e reabilitação psicossocial

Aqui se fala em desinstitucionalização do espaço urbano, pois da mesma forma que os manicômios foram criados para excluir a loucura do espaço urbano, agora há um movimento de promover exclusão social em alguns espaços da cidade. A institucionalização da população

Como fala o diretor do Núcleo de Direitos Humanos da SMAS/RJ, o médico sanitário Marcelo Cunha.

de rua não se dá via espaço físico, no sentido de um estabelecimento, como o manicômio. A desinstitucionalização do espaço urbano pode ser compreendida a partir de Saraceno (1999), que afirma que o manicômio e sua lógica não estão nas arquiteturas dos espaços ou em lugares abertos ou fechados, mas na forma como os sujeitos se posicionam.

Portanto, é necessário estar atento à lógica manicomial, aquela que institui a negação do uso da palavra, do próprio corpo, dos objetos pessoais, do direito ao uso do espaço doméstico e da casa, de ir e vir etc. A rua hoje passa a ser um espaço de clausura para muitos que não podem mais circular em seus territórios de origem. Assim, percebe-se a importância de políticas intersetoriais com Saúde, Educação, Assistência Social etc. articuladas. A reabilitação psicossocial está estreitamente relacionada à ideia de casa ou do morar e diferencia o estar e o morar. Um dos elementos fundamentais na qualidade de vida de um indivíduo e de sua capacidade contratual (capacidade de promover trocas sociais) é representado pelo quanto “estar” em determinado lugar se transforma em “habitar” esse lugar. O estar se refere a uma mera ocupação do espaço por parte do indivíduo, já o habitar, à capacidade de se ampliar a contratualidade, tanto em relação à organização material como simbólica dos espaços, dos objetos e das relações afetivas.

Utilizamos o conceito de reabilitação psicossocial como instrumento para o monitoramento e avaliação dos serviços implantados.

Segundo Saraceno, reabilitação seria “um conjunto de estratégias adotadas com o objetivo de aumentar as possibilidades de trocas de recursos e de afetos e que, só a partir de uma dinâmica de trocas, se cria um efeito habilitador”.

Muitos usuários de drogas são expulsos de suas comunidades por regras estabelecidas pelo tráfico ou pela milícia. Dessa forma, a rua

passa a se constituir enquanto espaço para os “desfiliaados”. Estes não contam mais com estruturas sociais como família, comunidade e pátria.

A desfiliação surge como uma ruptura em relação às normas de reprodução social hegemônicas que controlam a inscrição social. O trabalho sustentável e a sociabilidade sociofamiliar são os principais responsáveis pela integração e inserção. A ausência desses dois elementos caracteriza a situação de desfiliação, “um modo particular de dissociação do vínculo social”. A zona de integração seria aquela em que o sujeito dispõe de garantias de um trabalho permanente e que conta com suportes relacionais sólidos; a zona de vulnerabilidade “associa precariedade do trabalho e fragilidade relacional” e a zona de desfiliação “conjuga ausência de trabalho e isolamento social”.

A desfiliação denota a não inscrição nas regras da filiação e da reprodução, bem como nas relações sociais hegemônicas, que pode se dar pela negação dos indivíduos ou pela falta de oportunidade deste acesso. Isso ocorre quando crianças e adolescentes em situação de rua chegam a espaços ditos de cuidado e sequer são recebidos ou são expulsos de forma simbólica, com alegações de que não se adequaram ao modelo estabelecido. A criminalização das pessoas que usam drogas ilícitas torna muito difícil sua chegada e permanência nos serviços de saúde, educação e assistência, dentre outros, mesmo de caráter comunitário. Quando o pertencimento social é negado ou abandonado, a violência pode se constituir enquanto uma alternativa de vida. Ela é evidenciada no aniquilamento, exclusão ou abuso do outro, seja ele um indivíduo, um grupo ou uma comunidade. Assim, a violência não envolve apenas o uso de força física, mas também a negação de direitos sociais. A abordagem psicossocial está radicalmente presente nos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial). As considerações do modo psicossocial sobre formas de sofrimento vão para além da noção



de doença. Por isso, os recursos usados na atenção também precisam ir muito além dos recursos medicamentosos, com atividades em grupos, atendimentos individuais, oficinas de geração de renda, entre outros, o que justifica a lógica da redução de riscos e danos presente em tais dispositivos de saúde.

Conclusão

Para concluirmos este capítulo sobre o crack em uma perspectiva psicossocial é importante reforçar que a abordagem ao usuário deve considerar não somente os sintomas e os efeitos da droga em seu corpo e psiquismo, mas também os fatores sociais e culturais presentes em seu contexto, que, em algumas situações, podem se configurar como fatores de risco ou, em outras, como fatores de proteção para o uso de crack. O desafio dos profissionais da área de saúde se situa na capacidade de olhar o usuário de forma integral, compreendendo seu contexto social e identificando as situações de vulnerabilidade a que este está exposto, para que, assim, seja possível otimizar as potencialidades e minimizar os riscos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKERMAN, J. P.; RIGGINS, T.; BLACK, M. M. A review of the effects of prenatal cocaine exposure among school-aged children. *Pediatrics*, v. 125, n. 3, p. 554-565, 2010.

AFONSO, L.; MOHAMMAD, T.; THATAI, D. Crack whips the heart: a review of the cardiovascular toxicity of cocaine. *American Journal of Cardiology*, v. 100, n. 6, p. 1040-1043, 2007.

AMATO, L. et al. Antipsychotic medications for cocaine dependence. **The Cochrane database of systematic reviews**, v. 3, 18 jul. 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Abuso e dependência: crack. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, vol. 58, no. 2, mar./abr. 2012.

BAUM, M. K. et al. Crack-cocaine use accelerates HIV disease progression in a cohort of HIV-positive drug users. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, vol. 50, n. 1, p. 93-99, 1 jan. 2009.

CARLINI, E. A.; GALDUROZ, J. C. (Coord.). **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001**. São Paulo: SENAD/CEBRID, 2002.

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

CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde e loucura 4: grupos e coletivos**. São Paulo: HUCITEC; 1994.

_____. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Rio de Janeiro: Vozes; 1998.

CASTELLS, X. et al. Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence. **The Cochrane database of systematic reviews**, vol. 2, 17 fev. 2010.

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

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

CRUZ, M. S. Cocaína. In: Egypto, A. C. et al. (Org.). **Tá na roda: uma conversa sobre drogas**. São Paulo: J. Sholna, 2003. p. 159-171.

_____. O crack e sua espiral compulsiva. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 12 jul. 2009.

DACKIS, C. A.; O'BRIEN C. P. Cocaine dependence: a disease of the brain's reward centers. **Journal of Substance Abuse Treatment**, vol. 21, n. 3, p. 111-117, 2001.

DISCLAFANI, V. et al. Neuropsychological performance of individuals dependent on crack-cocaine, or crack-cocaine and alcohol, at 6 weeks and 6 months of abstinence. **Drug and Alcohol Dependence**, vol. 66, n. 2, p. 161-171, 2002.

DUAILIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 24, n. 4, p. 545-547, 2008.

FALCK, R. S. et al. The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, vol. 192, n. 7, p. 503-507, 2004.

FOX, H. C. et al. Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. **Drug and Alcohol Dependence**, vol. 89, n. 2-3, p. 298-301, 2007.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras** – 2004. São Paulo: SENAD/ CEBRID, 2004.

GOLDBERG, J. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública**. Rio de Janeiro: Te Corá; Instituto Franco Basaglia, 1996.

GOLDER, S.; LOGAN, T. K. Correlates and predictors of women's sex trading over time among a sample of out-of-treatment drugs abusers. **AIDS and Behavior**, vol. 11, n. 4, p. 628-640, 2007.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

HAASEN, C. et al. Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users. **World Psychiatry**, vol. 4, n. 3, p. 173-176, 2005.

HAIM, D. Y. The pulmonary complications of crack cocaine: a comprehensive review. **Chest**, vol. 107, n. 1, p. 233-240, 1995.

HOFF, A. L. et al. Effects of crack cocaine on neurocognitive function. **Psychiatry Research**, vol. 60, n. 2-3, p. 167-176, 1996.

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

LIMA, M. S. de et al. Withdrawn: antidepressants for cocaine dependence. **The Cochrane database of systematic reviews**, vol. 17, n. 2, 2010.

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

MINAYO, M. C. S. A Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 10, n. 1, p. 7-18, 1994.

MINOZZI, S. et al. Anticonvulsants for cocaine dependence. **The Cochrane database of systematic reviews**, vol. 2, 16 abr. 2008.

NAPPO, A. S. et al. **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação a DST/AIDS**. São Paulo: CEBRID; 2004.

NIDA – National Institute on Drug Abuse. Disponível em: <http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/cocainerrs.pdf>. Acesso em: 25/02/2015.

NATIONAL TREATMENT AGENCY FOR SUBSTANCE MISUSE. Research into practice 1b, ago. 2002. Disponível em: http://ibrarian.net/navon/paper/Commissioning_cocaine__crack_treatment.pdf?paperid=3506566. Acesso em: 25/02/2015.

NESTLER, E. J. The neurobiology of cocaine addiction. **Science & Practice Perspectives**, vol. 3, n. 1, p. 4-10, 2005.

NOTO, A. R. et al. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras** – 2003. São Paulo: SENAD/CEBRID, 2003.

NUIJTEN, M. et al. Cocaine Addiction Treatments to improve Control and reduce Harm (CATCH): new pharmacological treatment options for crack-cocaine dependence in the Netherlands. **BMC Psychiatry**, vol. 11, p. 135, 19 ago. 2011.

NUNES, C. L. et al. Assessing risk behaviors and prevalence of sexually transmitted and blood-borne infections among female crack cocaine users in Salvador, Bahia, Brazil. **Brazilian Journal of Infectious Diseases**, vol. 11, n. 6, p. 561-566, 2007.

OLIVEIRA, L. G. et al. Neuropsychological assessment of current and past crack cocaine users. **Substance Use & Misuse**, vol. 44, n. 13, p. 1941-1957, 2009.

PECHANSKY, F. et al. Brazilian female crack users show elevated serum aluminum levels. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, n. 1, p. 39-42, 2007.

RAMÔA, M. **O grupo de autoajuda em dois contextos: alcoolismo e doença mental**. 1999. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

_____. **Desinstitucionalização da clínica na reforma psiquiátrica: um estudo sobre o projeto CAPSad**. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

SACHS, R.; ZAGELBAUM, B. M.; HERSH, P. S. Corneal complications associated with the use of crack cocaine. **Ophthalmology**, vol. 100, n. 2, p. 187-191, 1993.

SARACENO, B. **Libertando identidades**. Rio de Janeiro: Te Corá; Instituto Franco Basaglia, 1999.

SILVA, N. G. **Fatores associados à infecção por HIV entre trabalhadoras do sexo na cidade de Santos**. 2004. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SOARES, B. et al. Withdrawn: dopamine agonists for cocaine dependence **The Cochrane database of systematic reviews**, vol. 17, n. 2, 2010.

TREADWELL, S. D.; ROBINSON, T. G. Cocaine use and stroke. **Journal of Postgraduate Medicine**, vol. 83, n. 980, p. 389-394, 2007.

WILSON, T.; DEHOVITZ, J. A. STD's, HIV, and crack cocaine: a review. **AIDS Patient Care and STDs**, vol. 11, n. 2, p. 62-66, 1997.

ZALUAR, A. **Condomínio do diabo**. Rio de Janeiro: Revan; UFRJ, 1994.

CRUZ, M. S. et al. Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. **The International Journal on Drug Policy**, vol. 24, n. 5, p. 432-438, set. 2013. No prelo.

RESUMO DA AULA

No Brasil, o consumo cresceu principalmente entre crianças, adolescentes e adultos em situação de rua. Em muitos aspectos, o consumo de crack e os problemas relacionados a ele não são diferentes do que ocorre com outras drogas, mas há diferenças que devem ser mais bem exploradas. O crack é a via mais rápida de fazer que a droga chegue ao cérebro e, provavelmente, essa é a razão para a rápida progressão para a dependência, caracterizada pela perda de controle do uso e por prejuízos decorrentes do consumo da droga. O uso de crack não causa efeitos apenas sobre o organismo de maneira direta, mas também está associado a outros problemas, como a prostituição, o sexo desprotegido (que implica doenças sexualmente transmissíveis) e outras consequências sociais.

Um bom exemplo de abordagem psicossocial será descrito e servirá como base para desenvolvermos outros planos de ação para que seja possível reduzir o uso dessa substância e os problemas relacionados a ela.

Este é o fim do módulo sobre drogas, no qual você aprendeu:

- a definição de droga, sua classificação e seus efeitos no organismo;
- os conceitos de uso, abuso (uso nocivo) e dependência de substâncias psicotrópicas;
- os conceitos de epidemiologia e dados recentes sobre o consumo de drogas no Brasil.

No próximo módulo, discutiremos sobre o tratamento do uso prejudicial de drogas.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. “O crescimento do consumo de crack e dos problemas a ele relacionados constitui, atualmente, um grande desafio para a implementação de uma política de atenção aos problemas com drogas no Brasil. Esse desafio exige respostas eficazes do governo e da sociedade na construção de um programa de intervenção integrada que inclua ações de promoção da saúde e de conscientização e informação sobre os riscos do uso de crack.” Entre os danos deletérios do crack, os físicos parecem ser importantíssimos por realmente tornarem o indivíduo incapacitado em suas atividades. Focando a substância, qual é o principal fator que determina o aumento da fissura e necessidade de consumo imediato?

- a. A forma fumada da cocaína apresenta tempo de ação mais lento que as formas cheirada e injetada.
- b. As formas cheirada e injetada da cocaína apresentam tempo de ação mais lento que a forma fumada.
- c. Tanto a forma fumada como as cheirada e injetada apresentam mesmo tempo de ação aos efeitos; não há diferença entre elas.
- d. Todas as anteriores.
- e. N.D.A.

2. Sobre as alterações cognitivas causadas pelo crack, é correto afirmar:

- a. Prejudica as habilidades cognitivas envolvidas especialmente com a função de planejamento, tomada de decisões e atenção, alterando a capacidade de solução de problemas.
- b. Aumenta o controle de impulsos.



- c. Não prejudica a adesão dos pacientes ao tratamento proposto e a elaboração de estratégia de enfrentamento de situações de risco.
- d. Todos os efeitos se reverterem rapidamente.
- e. N.D.A.





MÓDULO IV

TRATAMENTO DO USO PREJUDICIAL DE DROGAS

Neste módulo, o tema abordado é o tratamento do uso prejudicial de drogas, desde seus princípios até o detalhamento de algumas técnicas de intervenção, dividido em:

Unidade I0 – Modelos de tratamento

Unidade II – Entrevista motivacional e intervenção breve para usuários de drogas

MODELOS DE TRATAMENTO

- Princípios gerais do tratamento das dependências químicas
- Elementos da avaliação do indivíduo
- Manejo psiquiátrico
- Tratamentos específicos
- Regime de tratamento
- Características clínicas que influenciam o tratamento
- Principais modelos de tratamento
- Considerações sobre internação psiquiátrica e a nova lei sobre drogas

MÓDULO

IV

Introdução

Em razão de sua etiologia multifatorial, envolvendo aspectos individuais, biológicos, psicológicos, sociais e culturais, os transtornos por uso de substâncias psicoativas apresentam ampla variedade de propostas de tratamento.

Embora a relação problemática entre as drogas e o indivíduo já venha sendo estudada e debatida como uma questão de saúde nos últimos dois séculos, os tratamentos especializados para a dependência de drogas começaram a surgir somente no século XIX.

No Brasil, há algumas décadas, os tratamentos para dependentes de substâncias psicoativas estavam restritos às internações de longa duração em comunidades terapêuticas que seguiam as diretrizes dos grupos de ajuda mútua e, em outros casos, às internações hospitalares e aos consultórios particulares, basicamente direcionados à desintoxicação. Com o avanço das ciências que estudam os fenômenos mentais, observaram-se a descoberta de importantes medicamentos e a comprovação da eficácia de numerosas técnicas terapêuticas psicossociais.

Aqui serão apresentadas, de maneira resumida, as principais abordagens terapêuticas e modelos de tratamento para abuso e dependência de álcool e outras drogas. Ao final, um caso clínico fictício procura ilustrar uma proposta de tratamento multimodal, ou seja, que envolva a utilização de múltiplas modalidades de tratamento, e multidisciplinar.



Princípios gerais do tratamento das dependências químicas

O tratamento de indivíduos com abuso e dependência de drogas inclui a realização de uma avaliação completa, o tratamento dos sintomas de intoxicação e da abstinência quando necessário, a avaliação da presença de comorbidades psiquiátricas e das condições médicas gerais e o desenvolvimento e implementação de um plano de tratamento. As metas do tratamento dependem da faixa etária do indivíduo e do grau de comprometimento. Podem variar desde a abstinência completa de qualquer psicotrópico (especialmente para os mais jovens, que ainda estão em fase de desenvolvimento neurológico e cognitivo), passando pela redução do consumo e dos efeitos de tais substâncias, assim como da frequência e da gravidade da recaída, até a melhora no funcionamento psicológico e social.

Segundo o National Institute on Drug Abuse (NIDA), dos Estados Unidos, os princípios para um tratamento eficaz são os seguintes:

I. Não há um tratamento único que seja apropriado a todos os indivíduos.

É imprescindível que a proposta terapêutica seja individualizada, com a combinação adequada de modalidades de intervenção que objetivem tratar os problemas e necessidades de cada indivíduo, contribuindo, assim, para o sucesso do tratamento e para a reinserção familiar, social e laboral.

2. O tratamento deve estar sempre disponível.

Visto que os indivíduos com abuso ou dependência de drogas apresentam-se, muitas vezes, ambivalentes quanto a iniciar ou não o

tratamento, é importante estar disponível quando eles sinalizam estar prontos para tal. Candidatos potenciais ao tratamento podem perder a oportunidade de iniciá-lo caso o serviço não esteja disponível ou não seja acessível com facilidade.

3. O tratamento efetivo deve contemplar as várias necessidades da pessoa e não somente seu uso de drogas.

Para ser eficaz, o tratamento tem de abordar o uso de drogas e quaisquer problemas médicos, psicológicos, sociais, vocacionais e legais associados, especialmente no caso de adolescentes.

4. A proposta terapêutica deve ser continuamente avaliada e, se necessário, modificada para assegurar que se mantenha atualizada de acordo com as necessidades do indivíduo.

Durante o tratamento, além do aconselhamento ou psicoterapia, o indivíduo também pode necessitar de medicamentos, outros serviços médicos, terapia e orientação familiar, reabilitação vocacional ou ocupacional e outras orientações ou serviços sociais e legais. É fundamental que o tratamento seja apropriado à idade, gênero, grupo étnico e cultural.

5. É importante que o indivíduo permaneça no tratamento durante um período adequado.

A duração apropriada do tratamento depende dos problemas e necessidades de cada indivíduo. Pesquisas indicam que, na maioria das vezes, uma melhora significativa é alcançada depois de três meses de tratamento. Após esse período, as abordagens adicionais podem



promover um progresso mais rápido para a recuperação. Visto que os pacientes abandonam o tratamento prematuramente, os programas deveriam incluir estratégias que mantenham os indivíduos comprometidos com o tratamento.

6. O aconselhamento (individual ou em grupo) e outras terapias comportamentais são componentes indispensáveis para o tratamento eficaz da dependência.

Na terapia, os indivíduos abordam questões sobre motivação, desenvolvem habilidades para resistir ao consumo de drogas, substituem atividades relacionadas ao uso de drogas por outras construtivas e recompensadoras e melhoram suas estratégias para resolução de problemas. A terapia comportamental também facilita as relações interpessoais e a reinserção na família e na comunidade.

7. Para muitos indivíduos, os medicamentos são um importante elemento no tratamento, especialmente quando combinados com aconselhamento e outras terapias comportamentais.

A metadona e o levo-alfa-acetilmetadol (LAAM) são muito eficazes no tratamento de indivíduos dependentes de heroína e outros opioides, pois estabilizam sua vida e reduzem o consumo de drogas. Naltrexona é uma medicação eficaz para dependentes de opioides que também apresentam dependência de álcool. Para os dependentes de nicotina, os produtos que repõem essa substância (adesivos e gomas de mascar) ou a bupropiona podem ser componentes eficazes no tratamento. Para indivíduos com comorbidades psiquiátricas, a combinação de terapia comportamental e medicação pode ser crucial para o sucesso do tratamento.

8. Indivíduos com abuso ou dependência de drogas em comorbidade com outros transtornos mentais devem ser tratados de maneira integrada.

Visto que o abuso ou dependência de drogas e os transtornos mentais frequentemente ocorrem simultaneamente em um mesmo indivíduo, ambos devem ser avaliados e tratados conjuntamente. Muitos só conseguirão manter a abstinência se a outra patologia estiver tratada adequadamente.

9. A desintoxicação é somente a primeira etapa do tratamento para dependência e, por si só, pouco modifica o consumo de drogas em longo prazo.

A desintoxicação médica trata os sintomas físicos agudos da abstinência de maneira eficaz. Ainda que ela raramente seja, por si só, suficiente para manter a abstinência por longo tempo, para alguns indivíduos serve como poderoso precursor para um tratamento eficaz.

10. O tratamento não precisa ser voluntário para ser eficaz.

Uma forte motivação costuma facilitar o processo de tratamento. Medidas compulsórias ou recompensas da família, do ambiente de trabalho ou do sistema judiciário podem aumentar significativamente a taxa de indivíduos que iniciam o tratamento e nele se mantêm, bem como o sucesso do tratamento da dependência de drogas.

II. O possível uso de drogas durante o tratamento deve ser monitorado continuamente.

Lapsos e recaídas no uso de drogas fazem parte do processo de obtenção de abstinência – muitas técnicas para evitar recaídas funcionam no início e perdem o efeito ao longo do tempo, precisando ser



readequadas às mudanças no estilo de vida do paciente. O monitoramento objetivo do uso de drogas, incluindo, se necessário, testes toxicológicos, em geral auxilia o indivíduo a se manter abstinente durante o processo de tratamento. Tal supervisão pode, ainda, proporcionar evidências precoces do consumo de drogas, possibilitando a reavaliação da proposta de tratamento.

12. Os programas de tratamento devem incluir exames para HIV/AIDS, hepatite B e C, tuberculose e outras doenças infecciosas e aconselhamento para auxiliar o indivíduo a modificar ou substituir os comportamentos que colocam tanto ele quanto os outros em risco de infecção.

O aconselhamento pode auxiliar indivíduos a evitar comportamentos de risco para a saúde, além de ajudar aqueles já infectados a manejar sua doença.

13. A recuperação da dependência de drogas pode ser um processo longo e frequentemente requer múltiplas tentativas de tratamento.

Como em outras doenças crônicas, é possível que ocorra recaída durante ou após episódios bem-sucedidos de tratamento. Os indivíduos com transtornos por uso de drogas podem precisar de tratamentos prolongados e múltiplas tentativas de tratamento para alcançar a abstinência por um longo período e um funcionamento plenamente restabelecido. A participação em programas de ajuda mútua durante e após o tratamento na maioria das vezes é útil para a manutenção da abstinência.

Recomendações da Associação Americana de Psiquiatria

Os programas de tratamento eficazes para abuso e dependência de drogas tipicamente incorporam muitos componentes, cada um direcionado a um aspecto particular da doença e suas consequências.

Existe extensa evidência de que o tratamento para dependência de drogas é tão eficaz quanto os tratamentos para a maioria das condições médicas crônicas. Porém, muitas pessoas não acreditam nisso, em parte devido a expectativas irreais. Várias pessoas relacionam a dependência a simplesmente usar drogas e, com isso, esperam que o problema seja resolvido rapidamente. Se isso não ocorre, o tratamento é falho. Entretanto, visto que a dependência é uma doença crônica, o objetivo final de abstinência em longo prazo requer, frequentemente, múltiplas e repetidas tentativas de tratamento.

A seguir, apresenta-se o resumo das recomendações com substancial confiabilidade clínica da Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2006) para o tratamento de indivíduos com transtornos por uso de substâncias psicoativas. Essas recomendações aplicam-se perfeitamente à realidade brasileira.

I. Elementos da avaliação

A avaliação completa é essencial para guiar o tratamento do indivíduo com abuso ou dependência de drogas.

A avaliação inclui:

- a) história passada e presente detalhada do consumo de drogas e efeitos destas no funcionamento cognitivo, psicológico e comportamental do indivíduo;
- b) avaliação médica e psiquiátrica geral;

- c) levantamento do histórico de tratamentos psiquiátricos prévios;
- d) avaliação familiar e social;
- e) testes toxicológicos para drogas de abuso, quando necessários;
- f) exames laboratoriais para investigar a presença de outras condições médicas frequentemente coexistentes com transtornos por uso de drogas;
- g) obtenção de informações adicionais com familiares ou pessoas de seu convívio, quando autorizada pelo indivíduo.

2. Manejo psiquiátrico

O manejo psiquiátrico é primordial no tratamento de indivíduos com abuso ou dependência de drogas.

Os objetivos específicos são:

- a) motivar o indivíduo à mudança;
- b) estabelecer e manter uma aliança terapêutica;
- c) monitorar o estado clínico do indivíduo;
- d) tratar os quadros de intoxicação e abstinência;
- e) desenvolver e facilitar a aderência à proposta terapêutica;
- f) prevenir a recaída;
- g) promover psicoeducação sobre abuso e dependência de drogas;
- h) reduzir as doenças e sequelas relacionadas.

O manejo psiquiátrico é frequentemente associado a outras abordagens, como comunidades terapêuticas, clínicas, programas de desintoxicação e tratamentos ambulatoriais e de internação.

3. Tratamentos específicos

As abordagens farmacológica e psicossocial são geralmente aplicadas em programas que combinam diferentes modalidades de tratamento.

• Tratamentos farmacológicos

A abordagem farmacológica é benéfica para determinados indivíduos com transtornos por uso de substâncias psicotrópicas, sendo indicada para tratamento de outras patologias associadas ou sintomas importantes causados pela dependência, como depressão, ansiedade ou quadros psicóticos. Entretanto, medicações específicas para diminuir a vontade de usar a droga ou controlar o impulso de consumi-la ainda estão em fase de desenvolvimento, com resultados controversos.

As categorias de tratamentos farmacológicos são:

- a) medicações para tratar a intoxicação e os quadros de abstinência;
- b) medicações para diminuir os efeitos que promovem ou facilitam a autoadministração das drogas de abuso;
- c) medicações que desencorajam o uso de drogas por induzir consequências desagradáveis pela interação do medicamento com a droga de abuso;
- d) terapia de substituição por agonistas, ou seja, medicamentos que competem pelos mesmos receptores em que age a droga de abuso;

e) medicações para tratar outros transtornos psiquiátricos associados.

• **Tratamentos psicossociais**

São um componente essencial no programa de tratamento dos transtornos por uso de drogas. Os tratamentos psicossociais baseados em evidência científica incluem: terapia cognitivo-comportamental (prevenção de recaída, treinamento de habilidades), entrevista motivacional, técnica dos Doze Passos, terapia psicodinâmica/interpessoal, grupos de ajuda mútua, intervenções breves, terapia de grupo, terapia de casal e terapia familiar.

4. Formulação e implementação de um plano de tratamento

Os objetivos do tratamento e as modalidades terapêuticas utilizadas para alcançá-los podem variar para cada indivíduo, bem como para um mesmo indivíduo nas diferentes fases da doença. Visto que a dependência é uma doença crônica, os indivíduos normalmente necessitam de tratamentos longos, embora a intensidade e os componentes específicos do tratamento possam variar ao longo do processo.

O plano de tratamento inclui os seguintes componentes:

- a) manejo psiquiátrico;
- b) estratégias para alcançar a abstinência ou reduzir os efeitos das substâncias de abuso;
- c) esforços para aumentar a adesão ao programa de tratamento, prevenir a recaída e melhorar o funcionamento global;
- d) tratamentos adicionais necessários para indivíduos com comorbidades clínicas ou psiquiátricas.

A duração do tratamento deve ser definida de acordo com as necessidades de cada indivíduo e pode variar de poucos meses a vários anos. É importante intensificar o monitoramento do uso de drogas nos períodos em que o indivíduo possa estar sob maior risco de recaída, como nos estágios iniciais do tratamento, nos períodos de transição para níveis de cuidado menos intensivo e no primeiro ano após o tratamento ativo ter cessado.

5. Regime de tratamento

Varia de acordo com a disponibilidade de modalidades específicas de tratamento, o grau de restrição de acesso às drogas, a disponibilidade de cuidados médicos gerais e psiquiátricos e a filosofia do tratamento a ser indicado.

Os indivíduos devem ser tratados em um ambiente seguro e que seja o menos restritivo possível para que o tratamento seja eficaz. Os regimes comumente disponíveis para tratamento incluem hospitais, comunidades terapêuticas, hospitais-dia e ambulatórios. Decisões acerca do regime de tratamento devem ser baseadas na capacidade do indivíduo de cooperar com o tratamento oferecido e se beneficiar dele, conter o uso de drogas e evitar comportamentos de risco, bem como na necessidade de tratamentos específicos disponíveis somente em alguns regimes. Os indivíduos mudam de um nível de cuidado a outro conforme os fatores acima e sua capacidade de se beneficiar dos diferentes níveis de cuidado.

6. Características clínicas que influenciam o tratamento

O planejamento e a implementação do tratamento devem considerar: as condições médicas gerais e a presença de comorbidades



psiquiátricas, fatores relacionados ao gênero, idade, condição social e de moradia, fatores culturais e características familiares. Dada a alta prevalência de abuso e dependência de drogas em comorbidade com outros transtornos psiquiátricos, é importante distinguir os sintomas do uso de substâncias psicotrópicas daquelas relacionadas a outros transtornos, providenciando tratamento específico, tanto farmacológico como psicoterápico, para o quadro comórbido.

Principais modelos de tratamento

I. Tratamentos psiquiátrico e farmacológico

O tratamento psiquiátrico é a base do tratamento para indivíduos com abuso e dependência de drogas e tem os seguintes objetivos específicos:

- Estabelecer e manter uma aliança terapêutica;
- Monitorar o estado clínico do indivíduo;
- Diagnosticar e tratar eventuais comorbidades;
- Tratar a intoxicação e os quadros de abstinência;
- Desenvolver e facilitar a aderência ao plano de tratamento;
- Prevenir recaídas;
- Promover psicoeducação sobre a doença;
- Reduzir doenças e sequelas associadas ao abuso e dependência de drogas.

O tratamento farmacológico, por sua vez, é um dos de menor efetividade quando comparado com outros tratamentos psiquiátricos e tem se limitado a três episódios:

- Intoxicação;
- Síndrome de abstinência;
- Complicações clínicas.

É importante ressaltar que os tratamentos psiquiátrico e farmacológico são apenas dois dos componentes do plano de tratamento e não devem ser utilizados de maneira isolada.

2. Entrevista motivacional

Essa técnica postula que a aderência ao tratamento depende da motivação do indivíduo. A motivação não deve ser vista como um problema de personalidade ou um traço que a pessoa carrega consigo quando procura o terapeuta, e sim como um **estado** de prontidão ou de avidez para a mudança, que pode oscilar de tempos em tempos ou de uma situação a outra. Segundo esse conceito de motivação, Prochaska e DiClemente (1982) descreveram uma série de estágios pelos quais as pessoas passam no curso da modificação de um problema, aplicáveis tanto à automudança como à mudança assistida por terapeuta.



O ponto de partida para o processo de mudança é o estágio da **pré-contemplação**. Nesse ponto, a pessoa não está cogitando a possibilidade de mudança – ela ainda nem considerou ter um problema ou precisar fazer uma mudança. Se o indivíduo é abordado,

pode ficar mais surpreso que na defensiva e raramente se apresenta para tratamento, a não ser sob coerção.

Na **contemplação** existe alguma consciência do problema e a pessoa entra em um período de ambivalência (tanto considera como rejeita a mudança). O indivíduo simultaneamente (ou em alternanças rápidas) experimenta razões para a preocupação e para a despreocupação, motivação para mudar e para continuar inalterado.

A tarefa do terapeuta é ajudar a inclinar a balança em favor da mudança, em direção ao estágio da **determinação**, no qual o indivíduo pode dizer coisas como: “Eu preciso fazer algo em relação a este problema!”, “Isso é sério! Alguma coisa tem de mudar!” ou “O que posso fazer? Como posso mudar?”.

Esse estágio é semelhante a uma janela que se abre por determinado período. Se durante esse tempo a pessoa entra em ação, o processo de mudança continua. A tarefa do terapeuta é ajudá-la a encontrar uma estratégia de mudança que seja aceitável, acessível, adequada e eficaz.

No estágio da **ação**, o indivíduo engaja-se em ações específicas para chegar a uma mudança, podendo ou não ser assistido por aconselhamento formal. O objetivo nessa fase é produzir uma mudança em uma área-problema.

Entretanto, fazer uma mudança não garante que ela será mantida. Durante a **manutenção**, o desafio é manter a mudança obtida e evitar a recaída. Esse estágio pode exigir um conjunto de habilidades e estratégias diferentes das que foram inicialmente necessárias para a obtenção da mudança (estratégias de prevenção da recaída).

Por fim, se a **recaída** ocorre, o indivíduo deve recomeçar o processo, em vez de ficar preso a esse estágio. Deslizes e recaídas são normais e a tarefa do terapeuta é ajudar a pessoa a evitar o desânimo e a desmoralização, continuar a contemplar a mudança, renovar a determinação e retomar a ação e a manutenção de esforços.

Estágios	Tarefas do Terapeuta
Pré-contemplação	Levantar dúvidas: aumentar a percepção do indivíduo sobre os riscos e problemas de seu comportamento atual.
Contemplação	“Inclinar a balança”: evocar as razões para a mudança, os riscos de não mudar; fortalecer a autossuficiência do indivíduo para a mudança do comportamento atual.
Determinação	Ajudar o indivíduo a determinar a melhor linha de ação a ser seguida na busca da mudança.
Ação	Ajudar o indivíduo a dar passos rumo à mudança.
Manutenção	Ajudar o indivíduo a identificar e utilizar estratégias de prevenção de recaída.
Recaída	Ajudar o indivíduo a renovar os processos de contemplação, determinação e ação sem que ele fique imobilizado ou desmoralizado devido à recaída.

O que é entrevista motivacional?

- Consiste em um meio particular de ajudar as pessoas a reconhecer e fazer algo a respeito de seus problemas presentes e potenciais;
- É muito útil com indivíduos que relutam em mudar e que são ambivalentes quanto à mudança;
- Pretende ajudar a resolver a ambivalência e colocar a pessoa em movimento no caminho para a mudança;
- Pode ser, ainda, um prelúdio para o tratamento, criando abertura para a mudança e pavimentando o caminho para o trabalho terapêutico a ser seguido;

- O terapeuta não assume papel autoritário; a responsabilidade pela mudança é deixada para o indivíduo;
- A pessoa sempre é livre para aceitar ou não os conselhos;
- As estratégias são mais persuasivas que coercitivas, mais encorajadoras que argumentativas;
- O terapeuta busca criar uma atmosfera positiva que conduza à mudança.

3. Terapia cognitivo-comportamental

Nesse modelo, a dependência é vista como um comportamento apreendido, passível de ser mudado com a participação ativa do indivíduo no processo de mudança.

A terapia cognitiva possui três proposições fundamentais:

- A atividade cognitiva influencia o comportamento;
- A atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada;
- O comportamento desejado pode ser influenciado mediante a mudança cognitiva.

A terapia cognitiva se baseia na premissa de que a inter-relação entre cognição, emoção e comportamento está implicada no funcionamento normal do ser humano e, especialmente, na psicopatologia. Um evento comum do cotidiano pode gerar diferentes formas de sentir e agir em diversas pessoas, mas não é o evento em si que gera as emoções e comportamentos, e sim o que pensamos sobre o evento.

A terapia cognitiva identifica e trabalha três níveis de cognição: crenças nucleares, crenças subjacentes e pensamentos automáticos.

a) Crenças nucleares (*core beliefs*)

São nossas ideias e conceitos mais enraizados e fundamentais acerca de nós mesmos, das pessoas e do mundo. As crenças são

incondicionais, ou seja, independentemente da situação que se apresente ao indivíduo, ele pensará de modo consoante suas crenças.

Elas vão se formando desde as experiências mais primitivas e se fortalecem ao longo da vida, moldando a percepção e a interpretação dos eventos, modelando nosso jeito psicológico de ser. Caso não haja correção das crenças nucleares disfuncionais, o indivíduo as cristalizará como verdades absolutas e imutáveis. Para alcançar mudanças duradouras, as crenças nucleares disfuncionais devem ser modificadas.

b) Crenças subjacentes

São:

- construções cognitivas disfuncionais, subjacentes aos pensamentos automáticos;
- regras, padrões, normas, premissas e atitudes que adotamos e que guiam nossa conduta;
- crenças identificadas normalmente na forma condicional (“se...então...”).

Essas crenças pressupõem que, desde que determinadas regras, normas e atitudes sejam cumpridas, não haverá problemas, e o indivíduo se mantém relativamente estável e produtivo. No entanto, se os pressupostos não estão sendo cumpridos, a pessoa se torna vulnerável ao transtorno emocional quando as crenças nucleares negativas são ativadas. As regras geralmente são expressas na forma de afirmações do tipo “tenho de”, “devo”.

Embora o indivíduo construa e mantenha os pressupostos subjacentes como tentativa de lidar com suas crenças nucleares disfuncionais, ele acaba as confirmando e reforçando.

c) Pensamentos automáticos

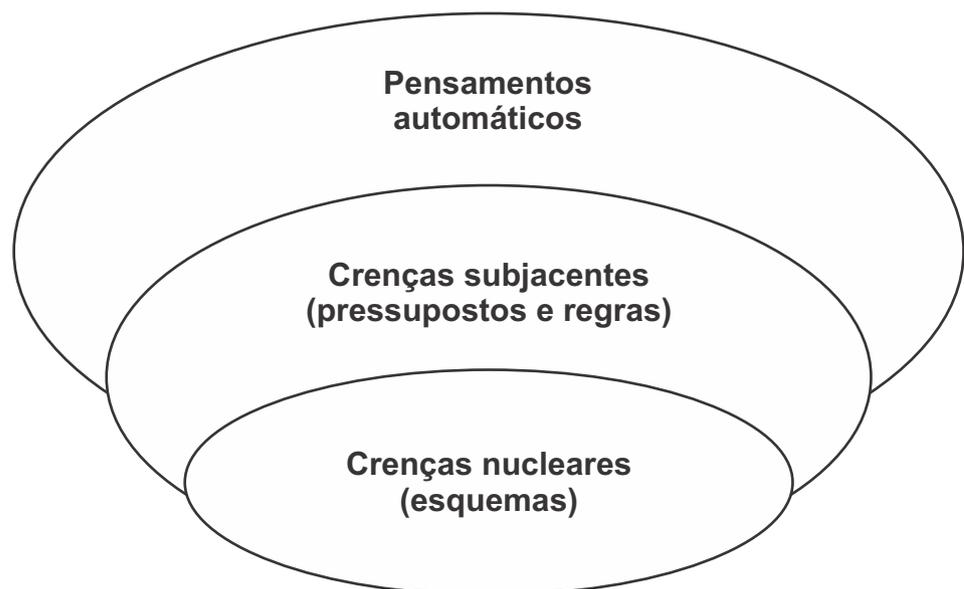
São os pensamentos que não são percebidos conscientemente, pois acontecem de maneira rápida, involuntária, automática. Eles são



específicos para cada situação, podendo ser ativados por eventos externos ou internos. São as cognições mais fáceis de acessar e modificar, porém podem não ocorrer na forma de pensamento, mas de imagens.

As características dos pensamentos automáticos são:

- Coexistem com o fluxo de pensamentos manifestos;
- Aparecem espontaneamente e não como resultado de reflexão ou vontade;
- São geralmente aceitos como verdadeiros, sem avaliação crítica;
- Se não monitorados, passam completamente despercebidos, a emoção associada é mais frequentemente reconhecida;
- Estão associados a emoções específicas, consoante seu conteúdo e significado;
- São geralmente breves, rápidos e fugazes, de modo telegráfico;
- Podem ocorrer na forma verbal ou como imagens;
- Pode-se aprender a identificar pensamentos automáticos;
- Pode-se avaliá-los quanto a sua validade e/ou utilidade.



O principal objetivo dessa terapia é sinalizar ao indivíduo a relação entre seus pensamentos, emoções e ações em relação às drogas, identificando as diferentes funções das substâncias psicotrópicas em sua vida. A compreensão e as atribuições sobre o uso de drogas são fundamentais para o tratamento. Ao terapeuta cabe:

- Identificar as crenças;
- Modificar os pensamentos automáticos;
- Sinalizar a relação entre cognição, emoção e comportamentos.

Esse processo é realizado por meio de tarefas autoperceptivas – o indivíduo pode perceber sua dependência e modificar seu estado disfuncional – e comportamentais.

4. Prevenção de recaída

A prevenção de recaída consiste em ajudar a pessoa a se tornar ciente de situações de risco, identificar sinais preliminares de recaída e desenvolver planos explícitos para lidar com as situações de risco. É importante explorar com o indivíduo as expectativas relacionadas a futuros problemas e trabalhar todas as que forem irrealistas, pois muitos criam expectativas de nunca mais encontrar dificuldades (“imunidade existencial”).

O programa de prevenção de recaída é um tratamento cognitivo-comportamental cujo objetivo é manter uma mudança de comportamento desejada e ensinar a pessoa a prever e lidar com o problema da recaída.

O termo “recaída” pode ser definido como uma falha na tentativa de mudança de um comportamento-alvo. Costuma-se dizer que determinado indivíduo recaiu quando ele, além de ter retornado ao uso de drogas após um período de abstinência, também apresentou mudança em seu estilo de vida (encontrar novamente amigos usuários



ou frequentar locais onde costumava consumir drogas). É importante diferenciar **lapso de recaída**:

- O lapso pode ser visto como uma violação nas regras para a manutenção da abstinência;
- A recaída apresenta, além do uso da droga, um retorno ao comportamento anterior.

A recaída é um processo que envolve atitudes, comportamentos e pensamentos, sendo possível reconhecê-la antes mesmo que aconteça. O primeiro passo para a prevenção de recaída é o terapeuta ajudar o indivíduo a identificar as situações de alto risco de consumo – provocadas por estímulos externos ou internos – para, então, auxiliá-lo a encontrar alternativas para preveni-la. É importante que a pessoa reconheça o maior número de situações de risco para que saiba detectá-las e preveni-las.

5. Psicoterapia familiar

O abuso ou dependência de drogas geralmente representa um impacto profundo sobre toda a família, desestruturando-a e “adoecendo-a”, e as abordagens psicológicas reconhecem a importância do papel da família tanto na prevenção como no tratamento dos dependentes de drogas. Segundo os pressupostos cognitivos e sistêmicos, o hábito do uso de drogas é circular, repetitivo e reforçado pela expectativa em relação aos efeitos imediatos da substância. A teoria sistêmica da família enfatiza que a pessoa, apesar de suas características individuais, não está isolada do contexto sociofamiliar. É na família que as experiências são construídas, transformadas ou repetidas, dependendo da qualidade das interações.

Avaliar e tratar a dependência na perspectiva familiar implica conhecer os contextos familiares nos quais o usuário está inserido. O tratamento deve, como foco, atenuar preconceitos, crenças moralistas e culpas.

A terapia familiar tem por objetivo:

- Auxiliar a família a resgatar competências;
- Desenvolver habilidades na resolução de problemas;
- Trabalhar o impacto da presença da droga no sistema familiar e os padrões de relacionamento disfuncionais.

6. Grupos de ajuda mútua

Alcoólicos Anônimos

Surgiu nos EUA em 1935, propondo o tratamento para a dependência de álcool. Esse modelo visa à total abstinência do álcool, oferecendo um programa no qual as pessoas que a ele aderem têm a chance de revisar seus valores e seu estilo de vida. O grupo é formado por indivíduos dependentes dispostos a compartilhar experiências, forças e esperanças para a manutenção da sobriedade, e o anonimato é seu alicerce principal.

Aos membros do grupo são sugeridos Doze Passos para atingir e manter a abstinência. Os cinco primeiros são:

- 1) Assumir a dependência;
- 2) Perceber a necessidade de ajuda;
- 3) Alçar contato com um poder superior;
- 4) Escrever um relatório completo de sua vida;
- 5) Compartilhar com outro companheiro ou com um profissional.

Os demais passos são utilizados para a manutenção da abstinência e, no caso de uma recaída, repete-se todo o processo novamente.



Modelo Minnesota

Seus princípios são:

- Tratar, mas não curar;
- Baseia seu programa nos Doze Passos dos Alcoólicos Anônimos;
- Recomenda a abstinência total de álcool e outras drogas;
- Cria um ambiente no qual a comunidade terapêutica é totalmente aberta;
- Trabalha com uma equipe multidisciplinar que inclui um profissional denominado “conselheiro”, que pode ser um dependente em recuperação;
- Apresenta um programa essencialmente didático, aplicável a qualquer pessoa;
- O foco do tratamento é a mudança no estilo de vida.

Considerações sobre internação psiquiátrica e a Nova Lei sobre Drogas

A concepção da atual Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas se baseia nas recomendações básicas para ações na área de saúde mental da Organização Mundial da Saúde (2002), que são:

- 1) Promover assistência no âmbito 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.

O Ministério da Saúde, ancorado pela Lei Federal nº 10.216/2001 (Brasil – MS, 2002) e por meio de portarias internas, vem estruturando os serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). São serviços comunitários ambulatoriais que tomam para si a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem de transtornos mentais, especialmente os severos e persistentes, em seu território de abrangência.

Não obstante esse modelo de tratamento ambulatorial mostrar-se adequado para uma parcela considerável de indivíduos, existem casos em que tais recursos se mostram insuficientes.

Levando em conta que alguns indivíduos não conseguem se manter abstinentes em tratamento ambulatorial e apresentam comportamentos de risco à sociedade e à sua integridade física e/ou mental e que a Lei nº 11.343/2006 prescreve, como medida de atenção, dentre outras atividades, aquelas que visem à redução dos riscos e dos danos sociais e à saúde associados ao uso de drogas, há de se considerar a possibilidade de internação involuntária, amparada pela Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos

das pessoas portadoras de transtornos mentais. Esse recurso se aplica especialmente aos adolescentes, que ainda não estão aptos a escolher o que é melhor para garantir sua saúde, habilidade que geralmente está mais comprometida pelo uso de drogas.

Conclusão

Ainda que existam várias formas de tratamento nos dias atuais, nenhuma intervenção se mostrou mais efetiva que outra, pois a efetividade do tratamento depende de sua indicação adequada. Considerando que o quadro clínico e as consequências advindas da dependência de álcool e drogas dependem de quem usa (indivíduo e fase de vida), em que contexto se usa, do tipo de droga consumida, da quantidade e da frequência de uso, a indicação de tratamento dependerá da avaliação minuciosa inicial. Como essas consequências variam muito, a diversidade de tratamentos existentes é benéfica, uma vez que torna possível atender a diferentes demandas de indivíduos distintos ou de um mesmo indivíduo em outra fase dessa doença crônica.

Portanto, o tratamento deve ser o mais individualizado possível. Ainda que não exista um único tratamento ideal, algum tratamento é melhor que nenhum e, quanto mais cedo for iniciado, melhores as chances de uma resposta favorável.

Posteriormente, na Unidade 14, “Políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas”, serão discutidos a política de saúde brasileira e o acesso aos serviços públicos no sistema de saúde, principalmente com relação à rede assistencial para a atenção a usuários de álcool e outras drogas.

Exemplo prático (caso clínico)

E.F.B., masculino, 18 anos, solteiro.

Desde a idade pré-escolar era tido como uma criança agitada, inquieta, que parecia estar a todo instante “ligada em 220 V”. Vivia sendo criticado por familiares por seu comportamento inadequado em vários ambientes. Mexia em tudo e não parava quieto por um minuto sequer. Era constantemente repreendido por seus pais em praticamente todos os lugares. Na escola, tal comportamento se mantinha e, embora tivesse facilidade para fazer amigos, também os perdia com a mesma rapidez por causa de sua impulsividade. Logo nos primeiros anos na escola já havia se tornado o “boi de piranha” da turma.

Essas alterações comportamentais se mantiveram na adolescência, época em que, por curiosidade, experimentou maconha pela primeira vez. Gostou do efeito “relaxante” que a droga lhe causou, sentindo-se tranquilo como nunca havia se sentido. Passou a fazer uso mais frequente dessa substância e na sequência experimentou cocaína. Com essa droga, apresentou uma até então desconhecida sensação de felicidade e de poder. O consumo, que antes era restrito aos finais de semana, começou a ser mais frequente, chegando ao crack. A cocaína e o crack se tornaram suas drogas de escolha, e ele fazia uso, ainda, de maconha de forma abusiva. Em consequência disso, passou a apresentar um menor rendimento escolar, com repetências. Aos 16 anos, evadiu-se da escola, sem completar o ensino médio, e envolveu-se com grupos desviantes. Decidiu, então, praticar atos ilícitos – inicialmente, dentro de casa, pegando dinheiro dos pais e vendendo objetos para comprar a droga; depois, na rua, praticando furtos e assaltos. Os pais não sabiam mais o que fazer e se perguntavam quando foi que perderam o filho, queixando-se das desgraças que ele trazia àquela casa. Acreditavam que o jovem já havia nascido com problemas

de caráter, visto que sempre foi “encapetado”. Viam-no como um caso perdido.

O jovem apresentava um quadro grave de dependência de cocaína e crack, além de abuso de maconha. Chegou ao tratamento pela primeira vez aos 18 anos, motivado por sintomas de perseguição e alucinações visuais e auditivas que vinha apresentando há mais de 30 dias, além de quadros de agressividade física dirigida a si e a terceiros.

Um plano de tratamento inicial possível para esse jovem seria o seguinte:

1) Tratamentos psiquiátrico e farmacológico:

- Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade;
- Abuso de maconha e dependência de cocaína e crack;
- Psicose, possivelmente secundária aos efeitos das drogas de abuso.

2) Regime de tratamento:

- Primeiro, internação em hospital psiquiátrico, tanto para promoção inicial da abstinência como para tratamento dos quadros psiquiátricos comórbidos, objetivando a preservação de sua integridade física e psíquica;
- Posteriormente, tratamento ambulatorial, com acompanhamento multidisciplinar (psicoterapia cognitivo-comportamental, entrevista motivacional, prevenção de recaída e consultas psiquiátricas e clínicas).

3) Terapia e orientação familiar desde o início do processo de tratamento.

4) Tratamento psicológico específico para as comorbidades existentes.

- 5) Acompanhamento psicopedagógico objetivando a reinserção escolar.
- 6) Orientação profissional.
- 7) Grupos de ajuda mútua, como os narcóticos anônimos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALCOHOLICS ANONYMOUS WORLD SERVICES INC. **Os doze passos e as doze tradições**. Disponível em: <<http://www.na.org>>. Acesso em: 01/02/2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders**. Disponível em: <http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_5.aspx>. Acesso em: 01/02/2011.

BERENSTEIN, I. **Família e doença mental**. São Paulo: Escuta, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990-2002**. 3. ed. Brasília, 2002.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Brasília, 2008.

BURNS, J. E. **O modelo Minnesota no Brasil**. 2. ed., jul. 1988. Disponível em: <<http://vilaserena.com.br/ventos/modminn.pdf>>. Acesso em: 01/02/2011.

KNAPP, P. et al. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. **Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior.** New York: The Guilford Press, 1991.

MINUCHIN, S. **Famílias, funcionamento e tratamento.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

NIDA – National Institute on Drug Abuse. **Principles of drug addiction treatment: a research-based guide.** Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov/podat/podatindex.html>>. Acesso em: 01/02/2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde mental no mundo 2001 – Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Brasil, 2002.



RESUMO DA AULA

A efetividade do tratamento depende de indicação adequada.

Considerando que o quadro clínico e as consequências advindas da dependência de álcool e outras drogas dependem de quem usa (indivíduo e fase de vida), em que contexto se usa, do tipo de droga consumida, da quantidade e da frequência de uso, a indicação de tratamento dependerá da avaliação minuciosa inicial. Como essas consequências variam muito, a diversidade de tratamentos existentes é benéfica, uma vez que torna possível atender a diferentes demandas, de indivíduos distintos ou de um mesmo indivíduo em outra fase dessa doença crônica.

O tratamento deve ser o mais individualizado possível.

Na próxima aula, verificaremos o papel das intervenções breves no tratamento de indivíduos dependentes.



EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Entre os medicamentos NÃO recomendados para auxiliar no tratamento da dependência, encontram-se:

- a. Medicamentos para tratar a intoxicação e a abstinência.
- b. Medicamentos para diminuir os efeitos que facilitem a auto-administração de drogas.
- c. Antibióticos, anti-inflamatórios e analgésicos.
- d. Terapia de substituição com agonistas.
- e. Medicamentos para tratar outros transtornos psiquiátricos associados à dependência.

2. O tratamento da dependência deve, por si só, ser o mais individualizado possível, já que as consequências decorrentes do uso de drogas variam para cada um. Assinale a alternativa que NÃO corresponde a uma dessas consequências:

- a. Indivíduo e fase da vida.
- b. Contexto.
- c. Tipo de droga.
- d. Quantidade de droga.
- e. N.D.A.

3. Sabe-se que o regime de tratamento varia de acordo com a disponibilidade de modalidades específicas de tratamento, o grau de restrição de acesso às drogas, a disponibilidade de cuidados médicos gerais e psiquiátricos e a filosofia do tratamento a ser indicado. Assim, as principais decisões a serem tomadas em relação a esse tratamento devem ser baseadas principalmente:

- a. Na capacidade do indivíduo de cooperar com o tratamento.
- b. Na ineficiência da terapia.
- c. No tipo de droga utilizada.
- d. No tipo de abordagem psiquiátrica.
- e. N.D.A.



ENTREVISTA MOTIVACIONAL E INTERVENÇÃO BREVE PARA USUÁRIOS DE DROGAS

- Intervenção breve (IB)
- Evidências da efetividade da intervenção breve
- Triagem do uso de drogas e identificação da motivação para mudança de comportamento
- Princípios da intervenção breve
- Utilização de técnicas da entrevista motivacional para a realização de uma boa intervenção breve

MÓDULO

IV

ENTREVISTA MOTIVACIONAL E INTERVENÇÃO BREVE PARA USUÁRIOS DE DROGAS

Denise De Micheli

Talvez você conheça ou mesmo já tenha sido procurado por alguém que tenha problemas com o uso de álcool e/ou outras drogas. Embora o consumo dessas substâncias seja um problema relativamente comum nos dias de hoje, as pessoas, em geral, só buscam ajuda quando muitas áreas de sua vida já foram afetadas por ele. A dependência de álcool e/ou outras drogas é um problema de saúde e, quanto mais cedo se iniciar um tratamento ou intervenção, maior será a chance de sucesso.

Dessa maneira, diante do crescente uso de substâncias, múltiplas estratégias de intervenção têm sido propostas nas últimas duas décadas na tentativa de reduzir os problemas a ele associados. Uma modalidade de intervenção que tem despertado o interesse de clínicos e demais profissionais é a intervenção breve (IB), pelo fato de os resultados obtidos em tratamentos intensivos não terem demonstrado superioridade quando comparados a esse tipo de abordagem. Além disso, os custos de um tratamento devem ser justificados pelos benefícios que este traz. Os altos custos dos tratamentos intensivos explicam a procura de novas formas de tratamento, menos custosas e mais efetivas, como as intervenções breves. Uma das razões do baixo custo é que a IB pode ser utilizada por profissionais com diferentes tipos de formação, bastando que recebam treinamento prévio para isso.



A técnica de IB foi proposta por pesquisadores canadenses, em 1972, como abordagem terapêutica para usuários de álcool. Refere-se a uma estratégia de intervenção bem estruturada, focal e objetiva, que usa procedimentos técnicos específicos, permitindo estudos sobre sua efetividade. Um de seus principais objetivos é promover o desenvolvimento da autonomia das pessoas, atribuindo-lhes a capacidade de assumir a iniciativa e a responsabilidade por suas escolhas.

Assim, pode-se dizer que a IB consiste em uma modalidade de atendimento com tempo limitado, com foco na mudança de comportamento do usuário. É indicada para pessoas que fazem uso nocivo ou abusivo de substâncias. O uso é considerado nocivo ou abusivo quando começa a causar problemas importantes em diferentes áreas da vida do indivíduo. O termo “nocivo”, utilizado pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), refere-se ao uso que resulta em danos físicos ou mentais ao usuário, enquanto “abuso”, adotado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), considera não só os danos físicos ou mentais, mas também as consequências sociais relacionadas ao uso.

Portanto, por sua brevidade, a IB é indicada para pessoas que apresentam menor comprometimento relacionado ao uso de drogas, não sendo, portanto, recomendada como modalidade de intervenção para pessoas que apresentam problemas graves relacionados à dependência de substâncias. Isso porque, em geral, tais pessoas apresentam inúmeros comprometimentos relacionados ao uso de drogas e, nesse caso, uma IB não seria capaz de contemplar todos eles em curto espaço de tempo. Entretanto, pode ser útil para sensibilizar usuários mais resistentes a aceitar o tratamento.

Nesse sentido, a ideia é mostrar ao usuário que o uso de álcool e/ou outras drogas o coloca em situações de risco. Então, depois de

identificar a presença do problema e mostrar os efeitos e consequências do consumo abusivo, o passo seguinte é motivar a pessoa a mudar seu hábito de uso.

A proposta é que a intervenção seja breve, objetiva e dirigida à mudança da forma como a pessoa usa a droga. A IB pode levar de 5 a 30 minutos, dependendo do tempo que o profissional e o usuário dispõem para isso.

Evidências da efetividade da intervenção breve

Pesquisas mostram que as IBs podem diminuir o consumo de álcool e outras drogas e que funcionam para diversos tipos de pacientes: adultos, adolescentes, idosos, homens e mulheres, usuários abusivos de álcool e/ou outras drogas etc.

A efetividade da IB pode ser igual ou até mesmo superior à de outras intervenções que exigem maior tempo. Além disso, a IB tem baixo custo de execução. Alguns estudos indicam que, em apenas 5 a 10 minutos da consulta de rotina para aconselhamento dos usuários de risco de álcool, é possível reduzir o consumo médio em 20-30%.

Wilk et al. (1997) realizaram 12 estudos controlados sobre a efetividade da IB dirigida a alcoolistas e concluíram que aqueles que receberam IB apresentaram duas vezes mais chance de redução do consumo de álcool do que aqueles que não receberam. Segundo os pesquisadores, a “IB é uma medida de baixo custo e efetiva para usuários moderados/pesados de álcool em ambientes ambulatoriais”.

Outro estudo que avaliou a efetividade dessa técnica foi conduzido por Moyer et al. (2002). Seu objetivo foi comparar, em relação à redução ou interrupção do consumo, grupos que receberam

IB, grupos controle (sem intervenção) e grupos que receberam tratamento mais intensivo, todos eles compostos por usuários de álcool e/ou outras drogas. A conclusão sobre a efetividade da IB foi favorável principalmente entre usuários menos graves. De acordo com os pesquisadores,

atenção deve ser dada para o fato de que a IB não deve ser substituída por um tratamento especializado; mas, em casos graves, pode e deve ser utilizada como um recurso de motivação para o usuário.

Triagem do uso de drogas e identificação da motivação para mudança de comportamento

A triagem ou rastreamento do uso de álcool e/ou outras drogas é uma forma simples de identificação dos diferentes níveis de consumo, desde o uso social até o de risco. Recomenda-se que essa triagem seja feita de modo sistemático, com a utilização de instrumentos ou questionários específicos, denominados instrumentos de triagem.

Alguns instrumentos ou questionários foram adaptados e validados para uso na população brasileira e encontram-se disponíveis para tal. É o caso do CAGE, que é constituído por quatro questões referentes ao anagrama *Cut-down, Annoyed, Guilty* e *Eye-opener*: “Alguma vez o(a) senhor(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?” (*cut-down*); “As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica?” (*annoyed*); “O(a) senhor(a) se sente chateado(a) consigo mesmo(a) pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas?” (*guilty*); “Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?” (*eye-opener*). O AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), que em português significa “teste para

identificação de problemas relacionados ao uso de álcool”, também é amplamente utilizado. Tanto o CAGE como o AUDIT foram desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de identificar a dependência de álcool. Já o ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*, ou “questionário de triagem de álcool, tabaco e outras substâncias”), também criado pela OMS, avalia o uso de álcool e outras drogas, bem como problemas relacionados. Para a triagem da população adolescente, o DUSI (*Drug Use Screening Inventory*, ou “inventário de triagem de uso de drogas”) e o Teen-ASI (*Addiction Substance Index* ou “escala de gravidade de dependência”), ambos validados por pesquisadores brasileiros, analisam o uso de álcool e outras drogas.

Assim, a triagem é o primeiro passo para a avaliação do consumo de álcool e/ou outras drogas e de problemas relacionados. Além disso, vários estudos mostram que a triagem pode representar grande oportunidade para abordar, com o usuário, os diferentes aspectos do consumo, assim como para aumentar sua motivação para mudança de comportamento.

Ao avaliar ou investigar o consumo de álcool e/ou outras drogas, é importante identificar a disposição ou motivação da pessoa para o tratamento ou intervenção. Para isso, o indivíduo deve se sentir à vontade para falar sobre si mesmo, sobre os problemas que está vivendo e sobre a relação destes com o uso de drogas. Muitos usuários não acham que o uso que fazem de álcool e/ou outras drogas lhes traga problemas e, por essa razão, mostram-se pouco ou mesmo nada motivados a receber intervenção. Entretanto, alguns percebem os problemas decorrentes do uso de substâncias, mostrando-se motivados a receber intervenção.

De acordo com pesquisadores que trabalham com a técnica da entrevista motivacional, a motivação é um estado de prontidão ou disposição para mudança, que pode variar de tempos em tempos

ou de uma situação para outra. Esse é um estado interno, mas pode ser influenciado (positiva ou negativamente) por fatores externos (sejam pessoas ou circunstâncias).

Tal prontidão ou disposição para mudança foi descrita pelos psicólogos James Prochaska e Carlo DiClemente por meio dos chamados estágios de mudança. A identificação do estágio em que o usuário se encontra permitirá que se avalie quanto ele está disposto a mudar seu comportamento de uso de substâncias ou seu estilo de vida. Com base nessa identificação, será possível saber como se posicionar durante a intervenção.

I. Estágio de pré-contemplação

O usuário não encara seu uso como problemático ou causador de problemas, tampouco considera algum tipo de mudança. Em geral, não busca tratamento voluntariamente, e sim por causa dos pais, família, escola, trabalho ou por encaminhamento judiciário. O indivíduo nesse estágio:

- não está consciente de que seu comportamento está causando problemas a si ou a outros;
- acredita estar imune às consequências adversas do uso (por exemplo, acredita que não se tornará dependente ou que tem controle sobre o uso);
- resiste ou nega as consequências trazidas pelo uso de drogas;
- não manifesta a intenção de parar ou reduzir o consumo.

2. Estágio de contemplação

O indivíduo se mostra ambivalente em relação a seu uso. Em geral, reconhece o problema, mas procura justificar ou minimizar seu comportamento. Por exemplo, à pergunta “Você percebe que seu

consumo está bastante elevado e que isso pode estar relacionado aos problemas que vem apresentando no trabalho?”, ele responde: “Sim, percebo; mas não é sempre que isso acontece/não é bem assim”. Isso reflete que parte dele quer mudar, mas outra parte não. Muitos usuários ficam bastante tempo nesse estágio.

3. Estágio de ação

Para atingir esse estágio, é necessário que o indivíduo:

- perceba que seus problemas têm solução;
- acredite que é capaz de mudar;
- desenvolva um plano de ação, que pode significar reduzir ou parar o consumo.

4. Estágio de manutenção

É o estágio de mudança mais importante, mas também o mais difícil. Para permanecer nele, muitas vezes o indivíduo tem de reorganizar seu estilo de vida, desenvolver habilidades de enfrentamento de dificuldades e procurar se engajar em outras atividades sociais e recreacionais. Isso, muitas vezes, não é fácil, pois requer que ele parta para outro grupo de amigos, outro modo de vida, ou seja, comece tudo de novo.

5. Recaída

Consiste no retorno ao comportamento de consumo (que pode ser problemático ou não). A recaída é frequentemente acionada por emoções, conflitos com outras pessoas, pressão dos amigos ou outros estímulos, como voltar a um lugar no qual costumava consumir a droga ou encontrar alguém com quem a usava. Muitas



vezes, a recaída acontece porque a pessoa está confiante e acha que já pode “controlar” o uso. Ao tentar fazer esse “uso controlado”, é comum perder o controle e recair. É importante salientar que alguns deslizes e recaídas são normais e até esperados quando o usuário está tentando mudar seu padrão de comportamento.

Assim, para que mude seu comportamento, o indivíduo precisa estar pronto e disposto e sentir-se capaz de realizar essa mudança. Estar pronto e disposto a diminuir ou parar o uso depende muito da importância dada pelo usuário à necessidade de mudar. Pensar em mudar é importante, mas nem sempre é suficiente para colocar a mudança em prática. Algumas vezes, uma pessoa está disposta a mudar, porém não acredita ser capaz disso. Portanto, mostre ao usuário a importância e os ganhos provenientes dessa mudança e demonstre a ele quanto acredita em sua capacidade de mudar.

Princípios da intervenção breve

Miller e Sanchez (1993) propuseram alguns elementos essenciais ao processo de IB, reunidos na abreviação **FRAMES**:

F (*feedback*): Triagem ou avaliação do uso de substância e devolutiva ao usuário

Avaliam-se o consumo de álcool e/ou outras drogas e problemas relacionados a esse consumo por meio de instrumentos padronizados. Após essa avaliação, é dado um retorno, ou *feedback*, ao usuário sobre os riscos atrelados a seu padrão de consumo. Isso pode servir também de ponto de partida para convidá-lo a receber intervenção.

R (*responsibility*): Responsabilidade e metas

Nessa etapa, procura-se realizar uma “negociação” com o usuário a respeito das metas a serem atingidas: se ocorrerá interrupção do consumo ou o uso moderado. Enfatiza-se aqui a responsabilidade do indivíduo para atingir a meta estabelecida, mostrando que ele é o responsável por seu comportamento e por suas escolhas sobre usar drogas ou não. A mensagem a ser transmitida pode ser algo do tipo: “Consumir drogas é uma escolha sua e ninguém pode fazê-lo mudar seu comportamento ou decidir por você. Se você perceber que isso está prejudicando sua vida, sua saúde ou seus relacionamentos e quiser mudar, posso tentar ajudá-lo, mas a decisão é sua.” Isso faz com que a pessoa sinta que pode ter o controle de seu comportamento e de suas consequências. Vários autores relatam que tal percepção de “responsabilidade” e “controle da situação” pelo usuário pode ser um elemento motivador para a mudança de comportamento e quebra de resistência.

A (*advice*): Aconselhamento

Diversos estudos indicam que orientações claras sobre a diminuição ou interrupção do uso de drogas reduzem o risco de problemas futuros, aumentam a percepção do risco pessoal, e servem de motivação para que o usuário considere a possibilidade de mudar seu comportamento. Procure associar os problemas por ele relatados ao uso que faz de substâncias e ajude-o a refletir sobre isso, pois algumas vezes o usuário não percebe que é o uso de álcool e/ou outras drogas que está interferindo em sua saúde ou em sua relação familiar ou profissional (por exemplo, álcool e úlceras gástricas, tabaco e enfisema pulmonar, maconha e problemas de memória). Mostre que, se ele reduzir ou parar o uso de drogas, a possibilidade de futuros



problemas relacionados ao uso também diminuirá. Isso pode levá-lo a perceber os riscos que envolve seu uso de drogas e servir como razão para considerar a mudança de comportamento. Peça ao usuário que liste as vantagens e desvantagens do uso de drogas e comente sobre elas. É importante fornecer orientações claras, livres de qualquer preconceito e, sempre que possível, ter em mãos materiais informativos sobre drogas para dar ao usuário.

M (*menu of options*): Menu de opções de estratégias para modificação do comportamento (reduzir ou parar o consumo)

Nessa etapa, busca-se identificar, com o usuário, as situações de risco que favorecem o consumo de substâncias, como onde ocorre o uso, em companhia de quem ou em quais situações (sociais ou de sentimentos pessoais). Com tal identificação, é possível orientá-lo no desenvolvimento de habilidades e estratégias para evitar ou lidar de outra maneira com essas situações de risco. Pergunte ao usuário **onde** ocorria o consumo e **em companhia de quem**. Não pergunte o nome das pessoas que faziam uso com ele, mas apenas que tipo de relacionamento mantêm (ou mantinham) entre si: se são (eram) amigos, namorados, primos etc. Em seguida, peça-lhe que conte **em que situações** usava (onde estava, com quem e o que estava sentindo antes de usar). Procure entender se as situações de maior risco eram ocasiões sociais (por exemplo, estar com amigos no bar, em festas, na saída do trabalho) ou situações em que ele se sentia triste, aborrecido, deprimido, contrariado (sentimentos pessoais). Desse modo, você identificará algumas das **situações de risco** que o levaram (ou levam) a usar drogas e, então, poderá orientá-lo sobre **o que** fazer para evitar essas situações. Lembre-se de que fornecer alternativas de estratégias e escolhas pode ajudá-lo a sentir que tem o controle e a responsabilidade de realizar a mudança, aumentando sua motivação. É importan-

te tentar fazer com que o próprio usuário pense nas estratégias, mas, caso ele tenha dificuldades, você pode sugerir algumas. Veja alguns exemplos de opções e estratégias:

- Sugira a ele que faça um diário sobre seu uso da substância, registrando: onde costuma (ou costumava) usar, em que quantidade, em companhia de quem, por qual razão etc. Isso ajudará a identificar as possíveis situações de risco;
- Identifique, com o usuário, algumas atividades que possam lhe trazer prazer: realizar uma atividade física, tocar um instrumento, ler um livro, sair com pessoas não usuárias etc. Após essa identificação, proponha a ele que substitua o uso de drogas por essa(s) atividade(s);
- Forneça informações sobre onde buscar ajuda especializada, se for o caso, ou tente fazê-lo refletir sobre aquilo de que ele gosta, além do uso da substância. Se ele não souber, utilize isso para estimulá-lo a se conhecer melhor, descobrir novas coisas, novos interesses. Procure ter sempre à mão opções gratuitas de lazer dos mais diferentes tipos (atividades esportivas, apresentações de música, oficinas de artesanato etc.) para sugerir a ele;
- Descubra algo que o usuário gostaria de ter e lhe dê a ideia de economizar o dinheiro que normalmente gastaria com drogas para adquirir aquele bem. Faça as contas com ele sobre quanto gasta. Por exemplo, um fumante que gasta R\$ 3,00 por dia com cigarros em um mês economizaria R\$ 90,00, e em seis, R\$ 540,00, valor suficiente para comprar uma TV nova ou pagar mais da metade de um computador completo. Contas simples como essa podem ajudá-lo a perceber o prejuízo financeiro, além dos problemas de saúde.



E (*empathy*): Empatia

É fundamental evitar o comportamento confrontador ou agressivo. O usuário deve se sentir à vontade para falar de seus problemas e dificuldades. Demonstre a ele que você está disposto a ouvi-lo e que entende seus problemas, até mesmo a dificuldade de mudar.

S (*self-efficacy*): Autoeficácia

O objetivo é aumentar a motivação do usuário para o processo de mudança, auxiliando-o a ponderar os prós e contras associados ao uso de substâncias. Encoraje-o a confiar nos próprios recursos e a ser otimista em relação à sua habilidade para mudar o comportamento, reforçando os aspectos positivos.

Utilização de técnicas da entrevista motivacional para a realização de uma boa intervenção breve

Não é difícil imaginar a origem da **entrevista motivacional** (EM). Ela foi desenvolvida com base no conceito de motivação, isto é, um conjunto de fatores psicológicos, conscientes ou não, de ordem fisiológica, intelectual ou afetiva, que determinam certo tipo de conduta em alguém.

A motivação não deve ser encarada como um traço de personalidade inerente ao caráter da pessoa, mas como um estado de prontidão ou vontade de mudar, que pode flutuar de um momento para outro e de uma situação para outra, ou seja, a motivação tem característica dinâmica. Nesse sentido, aumentar a motivação significa aumentar a probabilidade de que o indivíduo siga uma linha de ação que gere algum tipo de mudança. Esse é o foco da entrevista motivacional, e seus cinco princípios básicos são:

I. Expressar empatia

A atitude que fundamenta o princípio da empatia é a aceitação. É importante observar que aceitação não é a mesma coisa que concordância ou aprovação, ou seja, é possível aceitar e compreender o ponto de vista do indivíduo sem necessariamente concordar com ele. Isso significa acolher, aceitar e entender o que ele diz, sem fazer julgamentos a seu respeito. Utilizando a “escuta reflexiva”, procura-se compreender os sentimentos e as perspectivas do usuário, sem julgá-lo, criticá-lo ou culpá-lo. Por exemplo: “Você está querendo me dizer que seu consumo está causando problemas em seu trabalho?” ou “Se eu entendi bem, você disse que costuma beber grandes quantidades quando está com seus amigos de trabalho...”. Isso evita que a pessoa negue alguma afirmação já feita, mencionando que não foi o que ela quis dizer ou que você entendeu errado. A empatia do profissional está associada à boa resposta do usuário à intervenção ou orientação realizada.

2. Desenvolver discrepância

Um dos princípios da entrevista motivacional é mostrar ao usuário a discrepância entre o comportamento que ele tem e suas metas pessoais e o que pensa que deveria fazer. Um bom modo de ajudá-lo a compreender esse processo é fazer uma comparação, exemplificando com a discrepância, que muitas vezes existe, entre **onde se está** e **onde quer ou gostaria de estar**. Muitas vezes, perguntar ao usuário como ele se imagina daqui a algum tempo (dois ou três anos, por exemplo) e o que ele está fazendo para atingir sua meta poderá ajudá-lo a entender essa discrepância.



3. Evitar a confrontação direta

Em todo momento você deve evitar confrontar diretamente o usuário. Abordagens desse tipo nada mais fazem do que tornar o indivíduo resistente à intervenção. Coloque seus argumentos de modo claro, mas sempre convidando-o a pensar sobre o assunto.

4. Lidar com a resistência

O usuário pode se mostrar resistente às sugestões e propostas de mudança. Porém, lembre-se de que ele não é um adversário a ser derrotado, ou seja, o que fazer quanto a um problema é, em última instância, uma decisão dele, e não sua. Entenda que a ambivalência e a resistência para a mudança de comportamento são normais em todas as pessoas, e sua atitude, como profissional, deve ter a finalidade de levar o usuário a considerar novas informações e alternativas em relação ao uso da substância.

5. Fortalecer a autoeficácia

Autoeficácia se refere à crença de uma pessoa em sua capacidade de realizar e ter sucesso em uma tarefa específica. Várias mensagens promovem a autoeficácia. Uma delas é a ênfase na responsabilidade pessoal, ou seja, mostre ao usuário que ele não somente pode, mas deve fazer a mudança, uma vez que ninguém pode fazer isso por ele. Encoraje e estimule o paciente a cada etapa vencida. Ele se sentirá fortalecido.

Esses princípios de EM, associados aos de IB, favorecem melhor resposta do usuário.

Lembre-se: uma intervenção breve eficiente não consiste apenas em utilizar as técnicas propostas, mas também em criar um ambiente de **apoio** para o usuário.

Comportamentos a serem evitados ao realizar a IB

I. Perguntar e responder

Muitas vezes a ansiedade do profissional não permite dar tempo para o indivíduo responder às perguntas feitas, pois o “metralha” com perguntas que ele mesmo responde, por exemplo: “Quando você bebe, em geral, que tipo de bebida é: cerveja, cachaça, vinho...? E você bebe em casa ou na rua com amigos?”.

2. Agir como técnico

O profissional passa a imagem de que tem todas as respostas, o que não propicia um ambiente de **apoio** ao indivíduo.

3. Culpa e responsabilidade

Muitas vezes o indivíduo quer discutir sobre “de quem é a culpa” quanto a seu consumo. O profissional deve entender e esclarecer à pessoa que eles não estão ali para decidir quem é o culpado, mas o que pode ser mudado e os benefícios dessa mudança.

Por fim, é importante ter em mente que **usuários de drogas apresentam maiores chances de mudança de comportamento quando:**

- percebem que o uso da substância é responsável por seus problemas;
- acreditam que as coisas podem melhorar;

- creem que são capazes de mudar;
- relacionam seus problemas ao uso da droga.

Aproveite tudo o que você aprendeu aqui e use as técnicas de intervenção breve e entrevista motivacional para orientar as pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso de drogas. Lembre-se de que é fundamental adotar uma atitude de acolhimento e compreensão, sem preconceitos. Ouça-as e ajude-as a perceber a real gravidade do problema.

Por exemplo, se um familiar procurar você, preocupado com um filho que começou a usar drogas, diga-lhe que é preciso fazer algo, mas que não se desespere, pois um tratamento por internação não é aconselhável para esse tipo de caso. Oriente a pessoa usando os vários materiais que a SENAD oferece, em linguagem adequada para indivíduos de diferentes idades, e mostre-lhe que há vários recursos na comunidade aos quais ela pode ter acesso. Se o caso for mais grave, recomende-lhe que procure a ajuda de um profissional de saúde. Em todas as situações, procure motivá-la e passe-lhe as informações que você tem sobre o assunto.

Lembre-se: é importante “despertar” o usuário e ajudá-lo a iniciar seu processo de mudança!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BABOR, T. F.; HIGGINS BIDDLE, J. C. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*, v. 95, n. 5, p. 677-686, 2000.

CHISHOLM, D. et al. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. **Journal of Studies on Alcohol**, v. 65, n. 6, p. 782-793, 2004.

DE MICHELI, D.; FISBERG, M.; FORMIGONI, M. L. O. S. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 3, p. 305-313, 2004.

DE MICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S. Drug use by Brazilian students: associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. **Addiction**, v. 99, n. 5, p. 570-578, 2004.

_____. Psychometric properties of the Brazilian version of DUSI (Drug Use Screening Inventory). **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**, v. 26, n. 10, p. 1523-1528, 2002.

_____. Screening of drug use in a teenage Brazilian sample using the Drug Use Screening Inventory (DUSI). **Addictive Behaviors**, v. 25, n. 5, p. 683-691, 2000.

FLEMING, M.; MANWELL, L. B. Brief intervention in primary care settings: a primary treatment method for at-risk, problem and dependent drinkers. **Alcohol Research & Health**, v. 23, n. 2, p. 128-137, 1999.

MILLER, W. R. Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. **Psychological Bulletin**, v. 98, n. 1, p. 84-107, 1985.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior**. New York: Guilford Press, 1991.

MILLER, W. R.; SANCHES, V. C. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: HOWARD, G. (Ed.). **Issues in alcohol use and misuse in young adults**. Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1993.

MOYER, A. et al. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations. **Addiction**, v. 97, n. 3, p. 279-292, 2002.

NEUMANN, G. B. R. Intervenção breve. In: FORMIGONI, M. L. O. S. **A intervenção breve na dependência de drogas: a experiência brasileira**. São Paulo: Contexto, 1992.

OCKENE, J. K. et al. A residents' training program for the development of smoking intervention skills. *Archives of Internal Medicine*, v. 148, n. 5, p. 1039-1045, 1988.

WILK, A.; JENSEN, N.; HAVIGHURST, T. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine*, v. 12, n. 5, p. 274-283, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Brief intervention Study Group. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. *American Journal of Public Health*, v. 86, n. 7, p. 948-955, 1996.



RESUMO DA AULA

As técnicas de intervenção breve devem motivar o usuário a mudar seus hábitos de acordo com a autonomia individual.

A entrevista motivacional é uma técnica de IB que visa a motivar o usuário a mudar ou desenvolver uma conduta ou hábito adequado para ele.

Porém, para que o tratamento dos indivíduos ande em paralelo com seus grupos de convivência, o papel da família é fundamental, tanto no desenvolvimento da personalidade deles como no auxílio e manutenção do tratamento.



EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. “A técnica de intervenção breve foi proposta por pesquisadores canadenses, em 1972, como abordagem terapêutica para usuários de álcool. Refere-se a uma estratégia de intervenção bem estruturada, focal e objetiva, que usa procedimentos técnicos específicos, permitindo estudos sobre sua efetividade.” Nesse contexto, assinale a alternativa que, de fato, demonstra os principais objetivos desse tipo de terapia:

- a. Autonomia do usuário, custo alto e realização multidisciplinar.
- b. Autonomia do usuário, custo baixo e realização multidisciplinar.
- c. Dependência do usuário, custo alto e realização multidisciplinar.
- d. Dependência do usuário, custo baixo e realização multidisciplinar.
- e. Autonomia do usuário, custo baixo e realização médica.

2. Assinale a alternativa que corresponde a instrumentos de triagem ou rastreamento de uso de álcool e/ou outras drogas:

- a. CAGE, Audit e DSM-IV.
- b. CID-10, ASSIST e CAGE.
- c. DUSI, Teen-ASI e ASSIST.
- d. DSM-IV, CID-10 e CAGE.
- e. CID-10, ASSIST e Teen-ASI.

3. Os estágios de mudança podem ser enumerados na seguinte ordem:

- a. pré-contemplação, contemplação, recaída, manutenção e ação.
- b. contemplação, pré-contemplação, manutenção, ação e recaída.
- c. pré-contemplação, contemplação, ação, manutenção e recaída.
- d. recaída, manutenção, ação, contemplação e pré-contemplação.
- e. ação, recaída, pré-contemplação, contemplação e manutenção.





MÓDULO V

PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS

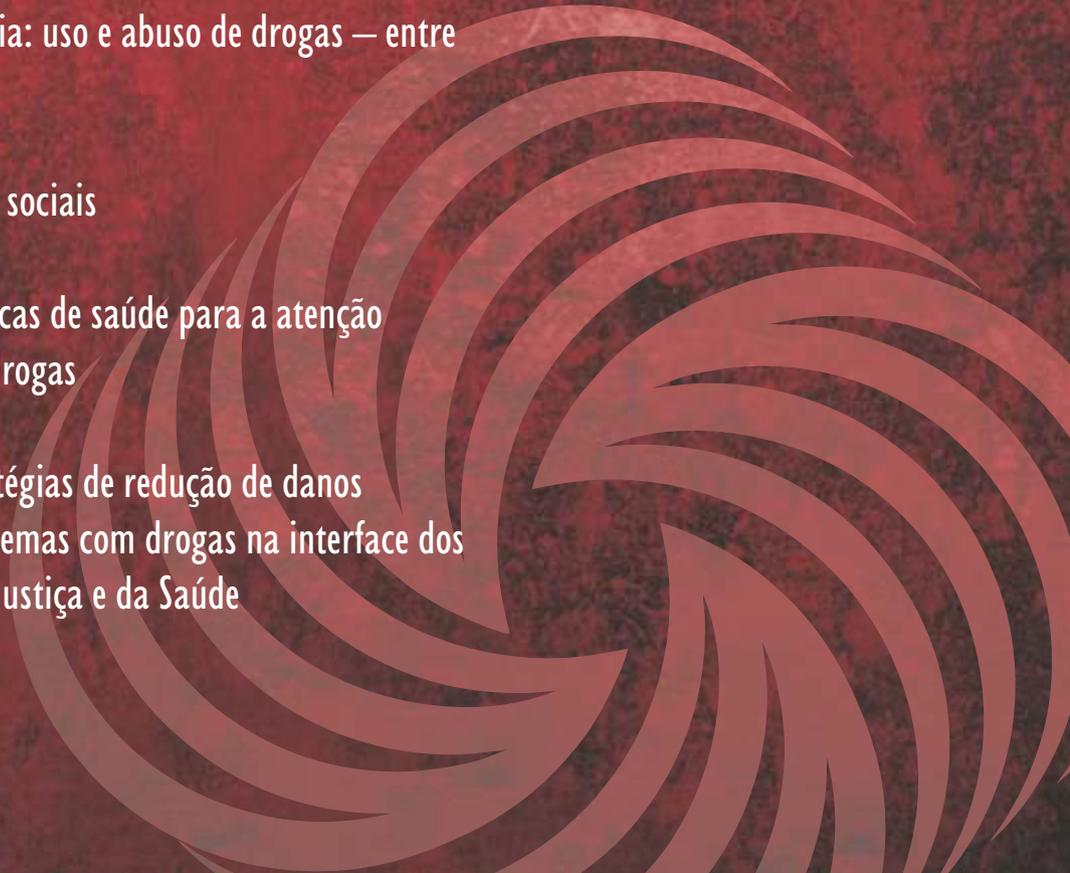
Importantes aspectos relacionados ao uso de drogas são abordados neste módulo, dividido em:

Unidade 12 — Família: uso e abuso de drogas — entre o risco e a proteção

Unidade 13 — Redes sociais

Unidade 14 — Políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas

Unidade 15 — Estratégias de redução de danos para pessoas com problemas com drogas na interface dos campos de atuação da Justiça e da Saúde



FAMÍLIA

USO E ABUSO DE DROGAS – ENTRE O RISCO E A PROTEÇÃO

- Definição de resiliência e como esse termo pode ser adaptado às Ciências da Saúde
- O papel da família no uso de drogas
- O papel da família na prevenção ao uso de drogas
- O papel da família no tratamento do indivíduo usuário de drogas

FAMÍLIA: USO E ABUSO DE DROGAS – ENTRE O RISCO E A PROTEÇÃO

Eroy Aparecida da Silva
Denise De Micheli

A família através dos tempos

A história da família nos remete a aproximadamente 4 milhões de anos atrás. Em seu processo evolutivo no decorrer dos tempos, passou por inúmeras transformações, garantindo-lhe hoje um conceito amplo e variado, envolvendo múltiplos aspectos: demográficos, jurídicos, vínculos íntimos, afetivos e de parentesco, crenças e tradições intrafamiliares, passagem de diferentes ciclos vitais, transmissão de bens, dentre outros. Portanto, tem sido objeto de estudo de várias áreas da ciência. Contudo, há um consenso, nesse universo conceitual diverso, de que a família é o modelo básico de socialização dos indivíduos nas sociedades ocidentais e que atualmente ultrapassa os vínculos sanguíneos. Família é então definida como um sistema vivo, ou seja, uma rede de relações com regras, costumes, valores e crenças em constante troca com o meio social. As mudanças pelas quais passam as famílias estão diretamente relacionadas às modificações socioculturais como um todo. Assim, a família transforma e é transformada pelo meio externo e é em seu interior que a identidade pessoal é formada.

Não existe um modelo único de família; ao contrário, as famílias apresentam muitas diversidades e constroem valores, regras e formas de afetividade com base na própria história, com múltiplas realidades e diferentes contextos. A partir das décadas de 1950 e 1960,

o modelo de família passou por profundas modificações socioculturais e afetivas. A inserção da mulher no mercado de trabalho, o advento da pílula anticoncepcional, a diminuição do número de filhos, a valorização da criança como um ser de direito, os movimentos políticos e a contracultura influenciaram diretamente a constituição da família, transformando, assim, as relações de poder e tornando os papéis e tarefas do homem e da mulher mais igualitários, embora ainda hoje prevaleçam “resquícios culturais” da supremacia do sexo masculino sobre o feminino, mas que apontam uma mudança significativa para maior equilíbrio entre os gêneros.

Desafios da família contemporânea

Novos valores sociais e culturais, a globalização e a revolução tecnológica trouxeram para a família atual muitos desafios: enfrentamento da violência urbana, desemprego, doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS, alterações abruptas no ecossistema, uso e abuso de drogas psicotrópicas, dentre outros.

Este texto tratará brevemente de alguns desafios da família contemporânea diante do uso de drogas, desde a prevenção até o tratamento, abordando temas como: preconceitos; (des)informação, reações e temores dos pais em relação ao uso de drogas dos filhos; razões que levam o adolescente a experimentar, abusar e desenvolver dependência de drogas; importância da construção de políticas familiares; socialização na família dos adolescentes em conflito com a lei.

Pesquisas sobre o funcionamento familiar referem que muitos desses desafios contemporâneos aumentaram o nível de estresse intrafamiliar, repercutindo diretamente nos vínculos familiares,

colaborando para que pessoas lancem mão de substâncias psicoativas de maneira abusiva com diversas funções no próprio ambiente familiar.

Embora nem todas as pessoas que usam drogas se tornem dependentes, com o decorrer do uso podem começar a viver problemas na escola, no trabalho ou em casa. Esses problemas são variados e vão desde mudanças de humor ou na qualidade de sono (comprometendo a saúde física) até violência intra e interfamiliar, causando alterações psíquicas e relacionais.

Família e uso de drogas

Em geral, o uso e abuso de drogas é um tema que preocupa os familiares, e as reações destes são variadas ao tratar do assunto. Os pais de crianças e jovens têm grande temor em relação ao uso de drogas e, muitas vezes, observam-se sentimentos de raiva, insegurança, estresse e impotência entre aqueles que já convivem com o abuso ou dependência de álcool e/ou outras drogas dos filhos. Sentimentos como esses também ocorrem em outras relações familiares (filhos e pais, esposa e marido) nas quais uso de drogas se faz presente. Nos depoimentos de pais cujos filhos estão envolvidos no tráfico de drogas ou cumprindo medidas socioeducativas são comuns sentimentos perturbadores de medo, cansaço e culpa.

Muitas vezes a imagem que surge na cabeça dos pais ao pensar sobre drogas é relacionada a substâncias ilegais como cocaína, crack, maconha e heroína. Entretanto, resultados de estudos epidemiológicos mostram que as drogas de maior consumo no Brasil (tanto entre adultos como entre adolescentes) são as lícitas, ou seja, aquelas vendidas livre-



mente, destacando-se bebidas alcoólicas, cigarro, muitos medicamentos e alguns solventes, como cola de sapateiro, acetona e tiner.

Para discutir tal assunto de maneira clara, é necessário ampliar nossa compreensão para muito além da droga, observando a pessoa como um todo e o meio em que ela vive, e, além disso, lidar com os estigmas e preconceitos que permeiam esse tema. Assim, é no ambiente familiar que a prevenção tem início. Preocupações frequentes dos pais em relação às consequências do abuso e da dependência de drogas, principalmente as lícitas, quando devidamente consideradas, podem auxiliar na construção de programas de ações comunitárias visando à prevenção.

O papel da família na prevenção ao uso de drogas

Estudos na área de prevenção ressaltam a importância do papel da família, desempenhando tanto um fator de risco como de proteção ao uso de drogas psicoativas.

O sistema familiar é uma das principais fontes formadoras de comportamentos e crenças sobre saúde. Nesse sentido, a prevenção do uso de drogas tem início na família e continua na escola.

Assim, podemos dizer que a prevenção começa na infância com as questões aparentemente mais simples do dia a dia dos pais, da criança e da família como um todo. A valorização de hábitos saudáveis pode ser um bom começo: a alimentação, o cuidado com o corpo, a utilização adequada de medicações (com orientação de um profissional de saúde), entre outros. Além disso, os comportamentos dos pais são modelos para os filhos e, desse modo, é importante estar atento aos próprios hábitos – por exemplo, consumo excessivo de bebidas

alcoólicas, cigarros ou medicamentos –, bem como à forma de lidar com as dificuldades e com a ansiedade na própria família.

A prevenção também pode acontecer no processo de convivência cotidiana nos mais diferentes aspectos: expressividade e envolvimento afetivos, comunicação clara e sincera, aprendizado sobre os limites, isenção de culpa e discernimento quanto às tarefas e papéis de pais e filhos. Esse processo é fundamental para que situações de proteção ocorram com crianças e adolescentes e estes tenham os riscos relacionados a vulnerabilidades, entre elas uso de drogas, diminuídos.

Entretanto, vale ressaltar que, dependendo do contexto no qual está inserida, a família fica prejudicada em suas tarefas básicas em relação ao cuidado, fenômeno conhecido como invisibilidade familiar e social. Estudos com grupos de pessoas, incluindo famílias vivendo na marginalidade, apontam que elas passam por um processo de desfiliação, predispondo-as a riscos significativos. A desfiliação é um fenômeno de desqualificação, dissociação e invalidação social na maneira como a sociedade vai determinando o lugar que cada um ocupa em seu meio. Nesse cenário, as famílias, principalmente as de classes socialmente desfavorecidas, foram, em um passado recente, demasiadamente culpabilizadas e julgadas em sua “falta de competência” nas tarefas de cuidar, quando, na verdade, não haviam aprendido esse exercício em razão de contextos variados e adversos. O ambiente familiar vulnerável, pais que abusam de drogas, falta de autoridade e de envolvimento afetivo dos pais e outros fatores de natureza macrossocial estão associados a fatores de risco que, em um ciclo contínuo, predis põem crianças e jovens à desfiliação, e o abuso de drogas faz parte da trajetória para a marginalidade e exclusão social.

Nesse sentido, a prevenção do uso de drogas passa pela (in)formação/educação dos pais em relação às ações e atitudes equilibradas nas práticas educacionais sobre autoestima, autonomia e



competência de crianças e adolescentes. Os pais, embora busquem “o melhor para seus filhos”, não raras vezes também necessitam de orientações e informações adequadas para conseguir desempenhar seus papéis de formadores.

É necessário que a família construa bases para a transmissão da informação e também funcione como modelo de identificação positiva na prática do aprendizado de comportamentos saudáveis, desde que, para isso, sejam construídas condições contextuais favorecedoras, como emprego, saúde e inclusão social.

A participação da família no tratamento para dependência de drogas

As propostas de tratamento para dependentes de drogas estão relacionadas às várias intervenções de acordo com a necessidade de cada um: diagnóstico, desintoxicação, uso de medicação, terapia individual ou em grupo e internações. Vale destacar que, quando a droga está presente na vida de uma pessoa, todo seu ambiente familiar é afetado e muitos estudos ressaltam a importância da participação dos familiares no tratamento dos dependentes.

Várias pesquisas indicam que adolescentes dependentes de drogas cujos pais participam do tratamento apresentam resultados positivos. Dependentes de drogas adultos também melhoram significativamente quando sua família é incluída no tratamento. O envolvimento da comunidade é outro aspecto muito importante na construção de políticas familiares relacionadas ao abuso de álcool e outras drogas, permitindo que esse tema seja tratado sem julgamentos morais e tanto o usuário como sua família recebam atenção e respeito. Políticas familiares são práticas comuns nos países europeus e

ampliam os cuidados em relação à família para além das políticas públicas de assistência, com a participação direta dos sistemas familiares na construção de programas voltados para a saúde física, mental e social das famílias. Estão orientadas para a construção de redes de sustentação das relações familiares no decorrer do tempo, ajudando as famílias a resgatar sua autoestima e agir com responsabilidade diante de situações adversas. Dessa perspectiva, a família deixa de ser considerada mera destinatária passiva de intervenção e passa a ser encarada como sistema ativo, participante e responsável na construção proposta, tanto de prevenção como de tratamento para uso, abuso e dependência de drogas.

A família, o adolescente e o uso de drogas

O conceito de adolescência foi proposto pela primeira vez em 1904 pelo psicólogo norte-americano Stanley Hall, que a definiu como um período tempestuoso e turbulento, ressaltando principalmente os aspectos negativos e pejorativos dessa fase.

Hoje, a adolescência não é mais vista como tempestuosa, mas como um período evolutivo e de transição entre a infância e a idade adulta. Assim, a existência de períodos conturbados ou “crises” depende muito da maneira como nós olhamos e interpretamos a manifestação e a intensidade desses comportamentos entre os adolescentes. Assim, podemos estar diante de momentos de indecisão característicos dessa fase, uma vez que os juízos de valor ainda estão em desenvolvimento, ou de situações paradoxais, nas quais mesmo um adulto amadurecido não teria certeza.

Em cada etapa fisiológica, o indivíduo passa por um complexo processo de diferenciação e maturação. Para que esse processo

aconteça de modo adequado, ele necessita de impulsos internos e estímulos externos, os quais podem influenciar positiva ou negativamente seu comportamento, expondo-o muitas vezes a situações de risco.

Assim, a adolescência é um período de maior suscetibilidade e vulnerabilidade às influências externas (estímulos externos) e, conseqüentemente, de maior risco, em razão da curiosidade inerente e natural dessa fase da vida. Vale ressaltar que, nesse período, as influências externas ganham importância progressiva. Para alguns pesquisadores, essa é uma época de experimentação natural não apenas de drogas, mas de diferentes comportamentos e busca de sensações novas.

Segundo o V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio nas 26 Capitais Brasileiras e Distrito Federal, promovido pela SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas) em parceria com o CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), 60,5% dos estudantes já tiveram algum contato com álcool e 16,9%, com tabaco (*na vida*). No que se refere ao uso de outras drogas (exceto álcool e tabaco), a Tabela 1 apresenta as porcentagens de acordo com os tipos de uso, sexo e faixa etária.

Tabela 1 - Consumo de drogas psicotrópicas (exceto álcool e tabaco) entre estudantes

	Masculino	Feminino	10-12 anos	13-15 anos	16-18 anos	>18 anos
Uso <i>na vida</i>	26,2	24,9*	10,4	22,5	42,8	46,4
Uso <i>no ano</i>	11,0	10,3	5,4	9,6	17,0	15,3
Uso <i>no mês</i>	6,1	4,9*	2,7	4,9	8,7	9,3
Frequente	0,9	0,7	0,3	0,6	1,6	1,2
Pesado	1,3	0,9*	0,4	1,0	1,8	2,2

* Diferença estatisticamente significativa.

É possível observar que as porcentagens de consumo dobram na faixa etária inicial de transição para a adolescência (entre 10 e 13 anos) em praticamente todos os padrões de consumo, bem como taxas de consumo expressivas entre os adolescentes e em idades bastante precoces. Nesse sentido, vale lembrar que muitos estudos relacionam a precocidade do uso ao desenvolvimento de dependência – ou seja, quanto mais cedo o jovem inicia o uso de substâncias, maiores as chances de ele se tornar dependente.

Razões para o uso de drogas

Considerando esse contexto de busca de novas experiências e sensações (novos lugares, músicas, amigos, sexo e também drogas), deve-se mencionar que ter novas experiências não necessariamente significará problemas para os jovens; ao contrário, muitos se tornarão adultos saudáveis. No entanto, alguns passam a ter problemas a partir dessas novas experiências, e é por essa razão que vários estudiosos consideram a adolescência um período de risco para o envolvimento com drogas. Ao menos em parte, esse risco pode ser atribuído às próprias características da adolescência, como necessidade de aceitação pelo grupo de amigos, desejo de experimentar comportamentos vistos como “de adultos”, sensação de onipotência (“comigo isso não acontece”), grandes mudanças corporais gerando insegurança e aumento da impulsividade.

A curiosidade, sentimento natural dos adolescentes, é um dos fatores de maior influência na experimentação de álcool e/ou outras drogas, bem como a opinião dos amigos e a facilidade para

conseguir drogas. A curiosidade é um dos fatores que os impulsionam a buscar novas sensações.

De modo geral, eles vivem o “aqui e agora”, apresentando inabilidades para planejar ou antecipar situações, e essa limitada perspectiva de tempo pode contribuir para a dificuldade de adiar gratificações. A droga, então, representa a gratificação imediata.

Contudo, não só a busca de prazer está associada ao consumo de drogas. O uso para aliviar ou evitar sensações e/ou situações desprazerosas também é frequente. Sintomas depressivos na adolescência, por exemplo, podem fazer parte de uma adolescência normal, mas muitas vezes também representam um fator de risco. O jovem que está triste, ansioso e/ou desanimado por vezes procura atividades ou coisas que o ajudem a se sentir melhor. Nesse sentido, as drogas podem proporcionar, de maneira imediata, uma melhora ou alívio desses sintomas. Quanto mais impulsivo e menos tolerante à frustração for o adolescente, maior será tal risco. Alguns estudos mostram que adolescentes que apresentam sintomas depressivos (por exemplo, isolam-se da família e dos amigos ou sentem-se infelizes, descontentes e incompreendidos, com baixa autoestima) e buscam no uso de drogas alívio para os sentimentos desagradáveis passam mais rápido da fase de experimentação para o abuso e, conseqüentemente, para a dependência.

Traumas como perdas significativas, abuso físico/sexual e agressão e outros fatores estressantes também estão associados ao uso de drogas. Vários estudos mencionam que crianças que sofrem abuso físico/sexual apresentam maiores chances de ter algum transtorno afetivo e de usar drogas.

Outro fator importante se refere à precocidade no uso de drogas. Pesquisas mostram que tal precocidade está relacionada a

inabilidades de enfrentamento, baixa autoestima e insegurança. No que se refere às habilidades de enfrentamento, vale mencionar que não são todas aprendidas na adolescência. Muitas delas têm origem e são desenvolvidas ao longo da infância e nas fases iniciais da adolescência. Assim, o afeto, a atenção e o cuidado dos pais/responsáveis desenvolvem sentimentos de segurança na criança, os quais perduram ao longo da adolescência, habilitando o indivíduo a enfrentar situações desagradáveis. Esses sentimentos de segurança, de cuidado e de conexão com a família têm sido apontados como fatores de **resiliência** em situações estressantes, de mudanças e de frustrações.

Muitos pesquisadores da área de psicologia do desenvolvimento pontuam a possibilidade de o uso de drogas em fases iniciais da adolescência comprometer o desenvolvimento e aprimoramento das habilidades de enfrentamento, uma vez que pode alterar o funcionamento normal de regiões corticais do cérebro responsáveis por tais atividades. Segundo Nowinski (2003), estratégias de enfrentamento como solução de problemas e assertividade fazem parte das funções cognitivas que são desenvolvidas e aprimoradas na adolescência. Portanto, adolescentes que usam drogas para aliviar e/ou evitar situações desagradáveis provavelmente não desenvolveram essas habilidades nem as desenvolverão com a manutenção do uso.

A família

A família pode ser considerada fator de risco ou de proteção para o uso de substâncias psicoativas. Como fator de proteção, deve proporcionar autonomia para o jovem e favorecer seus papéis adultos (socialização/individuação) para um desenvolvimento sadio, com autonomia, independência e condições para tomar as próprias

Termo utilizado originalmente pela física, cujo significado é “resistência ao choque”, ou seja, propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora da deformação elástica. Essa ideia foi adaptada às ciências da saúde, incluindo a psicologia, como o processo e a capacidade de adaptação bem-sucedida de uma pessoa em circunstâncias desafiadoras, ameaçadoras – por exemplo, situações de risco e adversidades crônicas (MARTEN; GARMETZ, 1985). No estudo com a família, as expressões “resiliência familiar” e “família resiliente” se referem à família que, mesmo diante de sérios problemas e adversidades, demonstra flexibilidade na capacidade de adaptação, apresentando resultados produtivos, como coesão, comunicação aberta, busca de resolução dos problemas de maneira compartilhada e sistema de crenças positivas para seu bem-estar (WALSH, 1996).

decisões, lembrando que a continência familiar é fundamental para a formação de um jovem seguro e autoconfiante. Além disso, destaca-se a importância do papel familiar na formação do adolescente. Cabe à família proporcionar que a criança aprenda a lidar com limites e frustrações. Crianças que crescem em um ambiente com regras claras e limites geralmente são mais seguras e sabem o que podem e devem ou não fazer. Quando deparam com um limite, sabem lidar com a frustração.

Dessa maneira, no âmbito familiar, estudos evidenciam como fatores que protegem o adolescente do uso de drogas: a relevância dos vínculos familiares; o apoio da família no processo de aquisição da autonomia pelo adolescente; o monitoramento dos pais no processo de crescimento e desenvolvimento do adolescente; o estabelecimento de normas e regras claras para os comportamentos sociais, incluindo o uso de drogas.

Outro aspecto protetor importante é a percepção de cuidado e monitoramento dos pais pelos adolescentes, a qual está vinculada ao sentimento de pertencimento a uma família. Estudos têm constatado que adolescentes que mencionam menor percepção de cuidado apresentam maiores chances de sexo sem proteção e de uso frequente de álcool e maconha.

No que se refere à família como fator de risco, pesquisas mostram a contribuição genética no desenvolvimento da dependência de substâncias psicoativas, uma vez que filhos de pais dependentes de álcool e/ou outras drogas têm risco quatro vezes maior de se tornar dependentes. Além do aspecto genético, outros fatores parentais podem ser considerados de risco para o uso de drogas pelos adolescentes, entre eles fraqueza ou ausência de vínculos que unem pais e filhos, envolvimento materno insuficiente, práticas disciplinares inconsistentes ou coercitivas, excessiva permissividade, dificuldades para estabelecer

limites, superproteção, educação autoritária associada a pouco zelo e pouca afetividade nas relações e permissividade do uso de drogas pelos pais. De Micheli e Formigoni (2002) investigaram qual o local e a companhia relacionada ao primeiro uso de álcool e/ou outras drogas pelos adolescentes e verificaram que o primeiro uso de álcool ocorreu, em geral, na própria casa e na companhia de familiares, o que confirma a tese de uma atmosfera familiar tolerante e permissiva quanto ao uso. Além disso, essa permissividade familiar muitas vezes pode estar relacionada ao próprio consumo feito pelos pais, ou seja, o parâmetro, a referência do tipo de droga e de que quantidade pode ser usada é o próprio consumo. De acordo com a Teoria do Aprendizado Social, quanto mais cedo a criança é exposta a um padrão de comportamento de risco, maiores são as chances de repetir o mesmo comportamento.

A Teoria do Aprendizado Social enfatiza que o comportamento humano é aprendido pela observação e modelagem, ou seja, pela observação de outras pessoas, havendo interação recíproca e contínua entre as influências comportamentais, ambientais e sociais. Processos como atenção, reprodução motora, memória e motivação estão envolvidos no aprendizado (BANDURA, 1971).

A socialização das famílias de adolescentes em conflito com a lei

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2006) mostraram que a taxa de adolescentes entre 12 e 18

anos em conflito com a lei é de 15%, ou seja, 0,2% de toda a população do país. A região Sudeste concentra a maior parte em termos proporcionais, da ordem de 40%.

O levantamento realizado pelo Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delinquente (ILANUD, 2002) demonstrou que é expressiva a quantidade de usuários de drogas entre os adolescentes privados de liberdade no país: em 2002, 85,6% faziam uso antes da apreensão, especialmente de maconha (67,1%), álcool (32,4%), cocaína/crack (31,3%) e inalantes (22,6%). Adolescentes infratores tendem a construir suas redes sociais com pessoas do próprio meio de infração, buscando estímulo e apoio em suas ações ilegais, como roubos, tráfico ou uso de drogas.

As famílias de adolescentes em conflito com a lei devem ser compreendidas levando em conta o contexto geral em que o ato infracional foi cometido. Muitas vezes, o adolescente está repetindo uma “tradição familiar” cometendo delitos, outras, o ato delinquente é uma tentativa dramática do adolescente de, por meio da transgressão, levar seu sistema familiar a compreender que as regras familiares habituais necessitam de reajuste. Os comportamentos delinquentes e os atos infracionais de adolescentes são sintomas-comunicação pelos quais uma mensagem está sendo passada para a família, pois foram esgotadas ou interdidas outras vias de comunicação.

Diante dessas evidências, é possível afirmar que o número de adolescentes com comportamentos de risco como o uso de drogas e a prática de infrações é significativo, razão pela qual é indispensável a criação de programas preventivos direcionados especificamente para os adolescentes e seus familiares. Nesse sentido, é importante que os profissionais das instituições judiciárias que tratam com o usuário de drogas ampliem a visão sobre esse tema. O abusador ou dependente de drogas é uma pessoa que muitas vezes não é um

“infrator inconsequente”, mas necessita de orientação e tratamento, que se tornarão possíveis com a realização de um trabalho psicossocial abrangente, incluindo medidas socioeducativas e a participação da família no processo de mudança.

Conclusões

Este texto priorizou o papel da família na prevenção do uso de drogas e na promoção da resiliência. Como observado, o problema do uso de drogas não pode ser reduzido ao contexto individual. A pessoa está inserida em uma rede de relações que tem (ou deveria ter) início na família e vive em um contexto sociocultural e histórico. Assim, a família desempenha um importante papel como mantenedora de cuidados materiais e emocionais, além de possuir maiores chances de promover condições e possibilidades para o desenvolvimento de práticas fundamentais de preservação da saúde e da vida entre crianças e adolescentes. Por isso, os programas de prevenção de uso de drogas devem contemplar e disseminar as práticas de orientação familiar e valorizar as competências das famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALAVARSE, G. M. A.; CARVALHO, M. D. B. *Álcool e adolescência: o perfil de consumidores de um município do norte do Paraná*. *Esc. Anna Nery*, v. 10, n. 3, p. 408 - 416, 2006.

BANDURA, A. *Social learning theory*. New York: General Learning Press, 1971.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Programa Saúde da Família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 8, n. 1, p. 144-149, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/revisao_02.htm>. Acesso em: 01/02/2011.

CARLINI, A. E. et al. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001**. São Paulo: CEBRID – UNIFESP, 2002.

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão social. In: CASTEL, R.; WANDERLEY, L. E. W.; BELFIORE-WANDERLEY, M. **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: Educ, 2004. p. 17-50.

_____. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 2005.

CERVENY, C. M. O. (Org.). **Família em movimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 155-172.

DEMICHELI, D.; FORMIGONI, M. L. O. S. Are reasons for the first use of drugs and family circumstances predictors of future use patterns? **Addictive Behaviors**, v. 27, n. 1, p. 87-100, 2002.

DONATTI, P. **Sociologia delle politiche familiari**. Roma: Carocci, 2003.

_____. **L'approccio relazionale alla famiglia**. Bologna, 2006.

FLISHER, J. J.; GEREIN, N. Adolescents. In: HEGGENHOUGEN, H. K.; QUAH, S. R. (Ed.). **International encyclopedia of public health**. San Diego: Academic Press, 2008. v.1, p. 48-55.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **V Levantamento sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio nas 27 Capitais Brasileiras – 2004**. São Paulo: CEBRID – UNIFESP, 2005.

HAWKINS, J. D.; CATALANO, R. F. **Communities that care: action for drug abuse prevention**. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1992.

HINZT, H. C. Espaço relacional na família atual. In: CERVENY, C. **Família em movimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 155-172.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Adolescentes em conflito com a lei cumprindo medida de internação, por região – 2006**. Disponível em: <http://www.promenino.org.br/noticias/especiais/juventudeatras-das-grades-a-realidade-dos-adolescentes-em-conflito-com-a-lei-no-brasil>. Acesso em: 01/02/2011.

ILANUD – Instituto Latino-Americano das Nações Unidas para Prevenção do Delito e Tratamento do Delincente. **Ato infracional atribuído ao adolescente – 2000 a 2001**. Disponível em: <<http://www.promenino.org.br/TabId/77/ConteudoId/6dcc8634-56b0-48db-b75f-00965a8535e2/Default.aspx>>. Acesso em: 01/02/2011.

JUNQUEIRA, M. R.; JACOBY, M. O olhar dos adolescentes em conflito com a lei sobre o contexto social. **Revista Virtual Textos & Contextos**, ano V, n. 6, dez. 2006.

KANDEL, D. B. Parenting styles, drug use, and children's adjustment in families of young adults. **Journal of Marriage and the Family**, v. 52, n. 1, p. 183-196, 1990.

KANDEL, D. B.; KESSLER, R. C.; MARGULIES, R. Z. Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: a developmental analysis. **Journal of Youth and Adolescence**, v. 7, n. 1, p. 13-40, 1978.

LIMA, R. A. S.; AMAZONAS, M. C. L. A.; MOTTA, J. A. G. Incidência de stress e fontes estressoras em esposas de portadores da síndrome de dependência do álcool. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 4, p. 431-439, out./dez. 2007.

MASTEN, A. S.; GARMEZY, N. Risk, vulnerability and protective factors in development psychopathology. In: LAHEY, B. B.; KAZDIN, A. E. (Ed.). **Advances in clinical child psychology**. New York: Plenum Press, 1985. p. 1-52.

MOURA, Y. G.; SILVA, E. A.; NOTO, A. R. Redes sociais no contexto de uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua. **Psicologia em Pesquisa**, UFJF, v. 3, n. 1, p. 31-46, jan./jun. 2009.

NOWINSKI, J. **Substance abuse in adolescents and young adults**. New York: Norton, 2003.

PONCIANO, E. L. T. **Habitando espaços em movimento: indivíduo, família e contexto sócio-histórico**. Dissertação (Doutorado) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

ROCHA, S. M. **Adolescência, uso de drogas e ato infracional**, [20--]. Disponível em: <http://www.mp.rn.gov.br/caops/caopij/doutrina/doutrina_ato_infracional_droga.pdf>. Acesso em: 01/02/2011.

SARTI, C. A. Algumas questões sobre família e políticas sociais. In: JACQUET, C.; COSTA, L. (Org.). **Família em mudança**. São Paulo: Companhia Ilimitada, 2004. p. 193-213.

_____. **Família e individualidade: um problema moderno**. In: **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 2003. p. 39-49.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 649-659, 2004.

_____. *Fatores de risco e proteção para o uso de drogas na adolescência. Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

SILVA, E. A. *Abordagens familiares. Jornal Brasileiro de Dependência Química*, v. 21, n. 4, supl. 1, p. 21-24, 2001.

SILVA, E. A. et al. *Drogas na adolescência: temores e reações dos pais. Psicologia, Teoria e Prática*, v. 8, n. 1, p. 41-54, 2006.

SUDBRACK, M. F. O. *Da obrigação à demanda, do risco à proteção e da dependência à liberdade: abordagem da drogadição de adolescentes em conflito com a lei. In: SUDBRACK, M. F. O. et al (Org.). Adolescentes e drogas no contexto da Justiça. Brasília: Plano, 2003.*

TARTER, R. E.; SAMBRANO, S.; DUNN, M. G. *Predictor variables by developmental stages: a center for substance abuse prevention multisite study. Psychology of Addictive Behaviors*, n. 16, supl. 4, p. S3-S10, 2002.

WALSH, F. *The concept of family resilience: crisis and challenge. Family Process*, v. 35, n. 3, p. 261-281, 1996.

WIDOM, C. S. *The cycle of violence. Science*, v. 244, n. 4901, p. 160-166, 1989.



RESUMO DA AULA

A família desempenha um papel importante como mantenedora de cuidados materiais e emocionais, além de possuir maiores chances de promover condições e possibilidades para o desenvolvimento de práticas fundamentais de preservação da saúde e da vida entre crianças e adolescentes.

Além da família, o contexto social é importantíssimo para o desenvolvimento da personalidade dos indivíduos e, dentro dele, as redes sociais promovem o intercâmbio de informações, experiências e conhecimentos. Essas redes serão estudadas a seguir.



EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Famílias que demonstram flexibilidade na capacidade de adaptação, apresentando resultados produtivos, como coesão, comunicação aberta, busca de resolução dos problemas de maneira compartilhada e sistema de crenças positivas para seu bem-estar do grupo, são famílias:

- a. Unidas.
- b. Despreparadas.
- c. Resilientes.
- d. Informadas.
- e. Prevenidas.

2. As mudanças ocorridas em um sistema familiar podem ser extrapoladas pelas modificações socioculturais do meio externo e é em seu interior que a identidade pessoal é formada. Isso porque:

- a. É o modelo básico de socialização dos indivíduos.
- b. É uma democracia.
- c. Não é um modelo básico de socialização.
- d. Não há nada que correlacione família, indivíduo e meio.
- e. Todas estão corretas.

3. A adolescência é um período marcado por maior experimentação de comportamentos de risco, porque:

- a. Nessa etapa de desenvolvimento fisiológico, os conflitos são plenamente controlados pelo indivíduo.
- b. Nessa etapa do desenvolvimento fisiológico, a pressão dos grupos, pares e família não reflete na formação de opiniões.
- c. Nessa etapa, os impulsos internos são responsáveis por todo o comportamento do indivíduo.
- d. Nessa etapa, impulsos internos e externos se correlacionam, levando aos comportamentos.
- e. Todas as anteriores.



REDES SOCIAIS*

- Definição de rede e identidade social
- Objetivos e características do trabalho em rede
- A importância do trabalho em rede na prevenção ao uso de drogas
- Dimensões do trabalho comunitário
- Exemplos de trabalhos em rede

* Texto adaptado do original do curso *Prevenção ao Uso Indevido de Drogas – Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias*, realizado pela SENAD em 2010

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

O homem, como ser social, estabelece sua primeira rede de relação com a família, que é também considerada o núcleo primário de proteção. A interação com a família confere-lhe o aprendizado e a socialização que se estendem para outras redes sociais. É pela convivência com grupos e pessoas que se moldarão muitas das características pessoais determinantes de sua **identidade social**. Surgem, nesse contexto, o reconhecimento e a influência dos grupos como elementos decisivos para a manutenção do sentimento de pertinência e de valorização pessoal.

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

É o equilíbrio dessas interações que 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 será positivo, privilegiando atitudes e comportamentos que valoriza na vida, ou negativo, marcado por atitudes e comportamentos de agressão à vida.

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

Objetivos das redes sociais

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

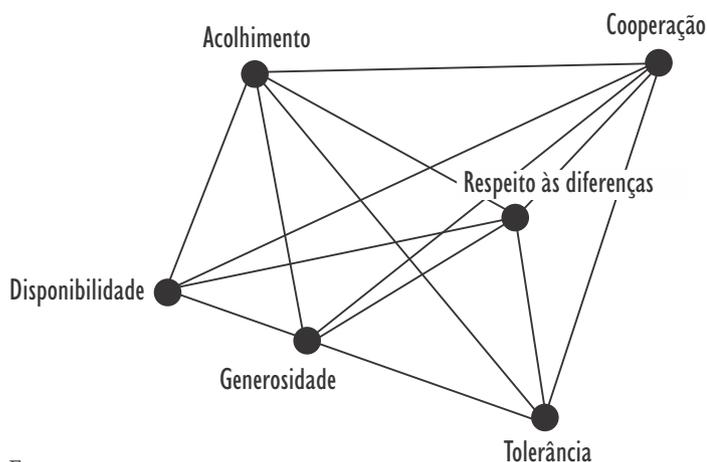
A construção da rede somente será concretizada quando se associarem os princípios da **responsabilidade** pela busca de soluções aos princípios da **solidariedade** e da **cooperação**.

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

Características a serem identificadas e desenvolvidas no trabalho em rede

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

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



Fonte: o autor

A rede é, ao mesmo tempo, uma proposta de ação e um modo espontâneo de organização, por meio do qual torna-se possível criar novas formas de convivência entre as pessoas.

As redes sociais e a prevenção do uso de drogas

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

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

A articulação de diferentes pontos da rede social pode melhorar os espaços de convivência positiva entre as pessoas, favorecendo a troca de experiências para a identificação de situações de risco pessoal e fragilidades sociais que possam levar ao uso de drogas.

Há um caráter transformador nessa nova forma de pensar e prevenir o uso de drogas por meio do trabalho comunitário e de

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

É impossível a proteção de todos os riscos, mas é preciso criar condições para enfrentá-los. Por exemplo, ao participar do atendimento oferecido nos Juizados Especiais Criminais (Jecrims), os usuários têm a oportunidade de repensar suas escolhas, sua relação com as drogas e seu envolvimento com a Justiça. Nos Jecrims, o profissional exerce importante papel ao estabelecer um vínculo de confiança e escuta do usuário e familiares. Dessa maneira, ajuda-os a reforçar as redes sociais e os auxilia, também, na prevenção do uso de drogas e na construção de novos fatores de proteção.

O apoio mútuo, a troca de experiências e a integração social representam um dos caminhos na busca de alternativas que tragam bem-estar para todos os integrantes da comunidade. A vivência comunitária é um veículo para a ampliação da visão de mundo, geração de conhecimentos, **exercício da cidadania e transformação social**.

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

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



O trabalho comunitário pode ser definido segundo três dimensões:

- A **participação**, que gera mudanças na maneira de se posicionar e nas atitudes práticas das pessoas diante do problema. Nessa perspectiva, a intervenção adquire outra eficácia, porque se fundamenta na contribuição de todos;
- O **enraizamento social**, ou seja, o trabalho tem sua origem no grupo de pessoas para o qual a ação se dirige. Nesse caso, enfatiza-se uma **atuação de parcerias** que tem como resultado o funcionamento em rede de todas as iniciativas ligadas à prevenção;
- As **parcerias múltiplas**, 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.

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

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

Ao mesmo tempo que a prevenção do uso abusivo de drogas exige conhecimentos especializados, o trabalho comunitário de construção das redes sociais mostra que a prevenção é função de todos os

cidadãos. Cada pessoa tem um papel a desempenhar e uma competência a oferecer para o objetivo comum de articular e sustentar a rede social. Assim, inicia-se um processo de construção de um novo saber. O saber popular junta-se aos saberes acadêmico e político para construir um saber comum a todos.

O trabalho de prevenção desenvolvido desse modo vai muito além da divulgação de conhecimentos específicos sobre as drogas. A diversidade de experiências e visões sobre o problema, graças à participação dos diferentes segmentos sociais ou das pessoas interessadas em querer solucioná-lo, enriquece a comunidade, pois todos têm alguma contribuição a dar, independentemente do papel social desempenhado.

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 suporte relevante centrado na integração que se estabelece em torno do objetivo comum que o grupo tem. Com esse modelo de atuação, nascem novas maneiras de encarar o problema e abrem-se outras perspectivas, pois a crise é considerada um momento de enorme potencial para a mudança e para o surgimento de novas possibilidades.

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

Conhecimento da rede

O conhecimento dos recursos da comunidade é o maior aliado do profissional. A identificação, a análise e a eleição do recurso



adequado aumentam as chances de o usuário e/ou familiares terem acesso à melhor alternativa e se beneficiarem dela.

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

Identificação dos recursos comunitários

A identificação dos recursos comunitários não deve estar limitada:

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

Como conhecer os recursos da comunidade

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

Experiências de trabalho em rede

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

Associação Lua Nova

É uma iniciativa não governamental que tem como objetivo a reinserção social de jovens mães e seus filhos em situação de vulnerabilidade social. Com sede em Sorocaba (SP), desenvolve ações de geração de renda, trabalho, estudo, desenvolvimento comunitário e cidadania. Tem como missão "resgatar e desenvolver a autoestima, o espaço social, a cidadania e a autossustentabilidade de jovens mães vulneráveis, facilitando sua inserção como multiplicadoras de um processo de transformação de comunidades que se encontram em situação de risco".

Para que isso ocorra, a ONG desenvolve uma série de programas. A etapa inicial é dar residência, alimentação e assistência médica, psicológica e educacional às jovens e seus filhos. A etapa seguinte, chamada de "lua crescente", fomenta o planejamento da futura "vida em família" e encoraja os primeiros passos para a independência socioeconômica das residentes. Para chegar a essa etapa, as residentes participam de projetos de geração de renda e trabalho, como o Criando Arte, que consiste na formação de costureiras e criação, desenvolvimento, produção e venda de bonecas e brindes, e a Panificadora Lua Crescente, que trabalha na produção e venda de biscoitos artesanais.

Por meio de seu trabalho e dos métodos terapêuticos empregados, a Associação Lua Nova se tornou uma importante referência



em termos de inserção social de jovens/adolescentes em situações de risco. Reconhecendo a excelência desses programas e buscando um efeito multiplicador de experiências bem-sucedidas, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) financiou a sistematização da metodologia Lua Nova com o objetivo de disseminá-la em outros municípios brasileiros.

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

Terapia Comunitária

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

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

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

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

Central Única das Favelas (CUFA)

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

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

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

Conheça outros projetos de trabalho em rede

Projeto Pracatum

A Associação Pracatum Ação Social foi fundada em 1994 pelo músico Carlinhos Brown com o objetivo de desenvolver um trabalho fundamentado nos temas **educação e cultura, mobilização social e urbanização**. Sua missão é a melhoria da qualidade de vida dos moradores da comunidade do Candeal, em Salvador (BA), por meio de desenvolvimento comunitário, saneamento básico e programas educacionais e culturais. As iniciativas sociais incluem questões de

responsabilidade social e inserção dos jovens da comunidade no mercado de trabalho. O lugar é um centro de referência em cursos de formação profissional em moda, costura, reciclagem, idiomas e oficinas de capoeira, música, dança e temáticas ligadas à cultura afro-brasileira, além de uma escola infantil.

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

Grupo Cultural AfroReggae

O Grupo Cultural AfroReggae é uma organização não governamental que luta pela transformação social e, através da cultura e da arte, desperta potencialidades artísticas que elevam a autoestima de jovens das camadas populares. Tem como missão promover a inclusão e a justiça social, utilizando a arte, a cultura afro-brasileira e a educação como ferramentas para a criação de pontes que unam as diferenças e sirvam como alicerces para a sustentabilidade e o exercício da cidadania. Atua principalmente na comunidade de origem de seus membros, Vigário Geral, no Rio de Janeiro, e promove atividades de amparo a jovens em situação de vulnerabilidade, passíveis de envolvimento com a criminalidade. Esses jovens passam a integrar projetos sociais que abrangem atividades de dança, percussão, futebol, reciclagem de resíduos e capoeira. Atualmente, o grupo tem diversos projetos sociais e ações em todo o Brasil e fora dele.

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

Grupo Cultural Olodum

Possui a Escola Criativa Olodum, que desenvolve uma série de cursos, tais como: oficina de mamulengos, dança, teatro, percussão, dicção e postura de voz, reforço escolar, iniciação musical, História

e Português. Na área de saúde, o projeto Pró-Saúde objetiva educar e informar a população sobre a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. O grupo realiza, ainda, campanhas de limpeza urbana que visam a manter a comunidade limpa e reaproveitar parte do lixo como material reciclável.

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

Programa Social da Mangueira

O Programa Social da Mangueira reúne um conjunto de ações nas áreas de esporte, saúde, educação para o trabalho, lazer e cultura. As atividades são voltadas para pessoas de diversas idades, de crianças a idosos. Atualmente o Complexo Olímpico atende cerca de 2.500 crianças e adolescentes e mantém atividades para adultos. O reflexo direto desse trabalho é o baixo índice de criminalidade infantil e o aumento da escolaridade na comunidade da Mangueira. A Vila Olímpica da Mangueira foi escolhida pela BBC de Londres como o melhor projeto social da América do Sul.

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ALBORNOZ, M.; ALFARAZ, C. *Redes de conocimiento: construcción, dinámica y gestión*. Buenos Aires: RICYT, 2006. 314 p.

BARBOSA, M. T. S.; BYINGTON, M. R. L.; STRUCHINER, C. J. Modelos dinâmicos e redes sociais: revisão e reflexões a respeito de sua contribuição para o entendimento da epidemia do HIV. *Caderno de Saúde Pública*, v. 16, supl. 1, 2000.

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

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão social. In: CASTEL, R.; WANDERLEY, L. E. W.; BELFIORE, M. W. *Desigualdade e a questão social*. São Paulo: Educ, 2004. p. 17-50.

_____. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 2005.

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

_____. Reinserção social. In: *Tratamento das dependências químicas: aspectos básicos*. Curso a distância. Secretaria Nacional Antidrogas e Universidade de São Paulo, Brasília, 2002.

FALEIROS, V. P. *Estratégias em serviço social*. São Paulo: Cortez, 2001.

GOVERNO FEDERAL. *Estudo qualitativo: as redes sociais e as representações de risco entre usuários de drogas injetáveis*. Série Avaliação – Projeto Ajude Brasil. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/51projeto_ajudeBrasil.pdf>. Acesso em: 01/02/2011.

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

OPAS. *Redes locais frente a la violencia familiar*. Série: Violencia intrafamiliar y salud. Documento de análise n. 2. La Asociación de Solidariedad para Países Emergentes. Peru, jun. 1999.

SLUZKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

RESUMO DA AULA

O conceito de rede social, como o conjunto de relações interpessoais concretas que vinculam indivíduos a outros indivíduos, vem se ampliando a cada dia, à medida que se percebe o poder da cooperação como atitude que enfatiza pontos comuns em um grupo para gerar solidariedade e parceria. No trabalho de prevenção ao uso indevido de drogas, é fundamental o estabelecimento de múltiplas parcerias cujo resultado é o funcionamento em rede de iniciativas ligadas à prevenção.

A articulação de diferentes pontos da rede social pode melhorar os espaços de convivência positiva entre as pessoas, favorecendo a troca de experiências para a identificação de situações de risco pessoal e fragilidades sociais que possam levar ao uso de drogas. É importante apontar o caráter transformador dessa nova forma de pensar e prevenir o uso de drogas por meio do trabalho comunitário e de construção de redes sociais, tendo em vista que este deixa de focalizar exclusivamente os profissionais e inclui a participação de toda a comunidade.

A próxima unidade abordará as políticas de saúde para a atenção integral ao usuário de drogas. Conhecer essas políticas e sua aplicabilidade é fundamental para o trabalho do operador do direito, pois elas estão diretamente relacionadas aos tipos de serviços de atenção disponíveis para o encaminhamento de indivíduos com problemas relacionados ao uso de drogas.



EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Qual o principal papel da rede social?

- a. Gerar solidariedade e parceria.
- b. Gerar benefício próprio e autonomia.
- c. Auxiliar no desenvolvimento de novas frentes.
- d. Estimular a individualização das atividades e relações interpessoais.
- e. N.D.A.

2. São exemplos do trabalho em rede:

- a. Associação Lua Nova, terapia comunitária e AfroReggae.
- b. Fazenda Comunitária e Grea.
- c. Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos.
- d. Comunidade Terapêutica Padre Haroldo Hamm e CUFA.
- e. N.D.A.

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE DROGAS

- Princípios doutrinários e diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde (SUS)
- Reforma Psiquiátrica e criação de uma rede assistencial baseada em dispositivos extra-hospitalares
- Lei nº 11.343/2006
- Política de Álcool e Outras Drogas
- Articulação das atividades e ações de saúde mental com os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS)
- CAPS AD e Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas

POLÍTICAS DE SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE DROGAS

Telmo M. Ronzani
Daniela C. Belchior Mota

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

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

- A política de saúde brasileira;
- A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas;
- A rede assistencial para a atenção a usuários de álcool e outras drogas.

A política de saúde brasileira

Na década de 1980, o intenso debate sobre os direitos humanos teve como ponto culminante, no Brasil, a elaboração da Constituição de 1988, a qual destacou a saúde como uma das condições essenciais à vida digna, sendo, portanto, um direito humano fundamental. Assim, a política de saúde brasileira foi formulada a fim de viabilizar a garantia normativa máxima do direito à saúde.

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

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

Para que o direito à saúde não seja negado na prática constitucional, há diretrizes organizativas que visam a proporcionar maior efetividade aos referidos princípios. Entre essas diretrizes, estão: a **descentralização**, que aponta a esfera municipal como principal forma de acesso aos serviços e à gestão de saúde; a **hierarquização**, que se refere à criação de uma rede de cuidados em níveis de complexidade para racionalização e melhor gasto dos serviços de saúde; a **participação comunitária ou controle social**, que garante a participação de representantes da comunidade na proposição, fiscalização e gestão dos sistemas de saúde.

Quanto à participação comunitária, destaca-se a institucionalização dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, definidas pela **Lei nº 8.142/1990**. São espaços para que a população possa

expor suas demandas e atuar na proposição de diretrizes para a formulação de políticas e para que o modelo de gestão participativa do SUS seja consolidado. Portanto, o SUS é o arranjo organizacional para a implementação da política de saúde. Mas quais são as questões que afetam a saúde da população e que devem estar incluídas na agenda da política de saúde?

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

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

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

De maneira resumida, a história das políticas de saúde mental no Brasil é marcada por embates e disputas de diferentes interesses, o que levou à mobilização de diversos setores da sociedade para que houvesse um **cuidado mais digno e humanizado** aos portadores de sofrimento mental. Esse movimento ficou conhecido como Luta Antimanicomial e propôs as mudanças para a Reforma Psiquiátrica, que, de modo geral, defendia a inversão do sistema de manicômios fechados para o tratamento de portadores de sofrimento mental, os



quais, na maioria das vezes, eram excludentes e desumanizados. Mais tarde, graças a experiências exitosas que aconteceram no Brasil, foi possível a formulação da Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

A política voltada aos usuários de álcool e outras drogas está articulada com essa política. Um importante marco institucional é a **Lei nº 10.216/2002**, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, entre elas os usuários de álcool e outras drogas, destacando que é **responsabilidade do Estado** o desenvolvimento de ações de assistência e promoção de saúde destinados à essa população. Essa lei direciona também o modelo assistencial em saúde mental, de acordo com os preceitos do movimento da Reforma Psiquiátrica, voltada para a criação de uma rede assistencial baseada em dispositivos extra-hospitalares, a qual será detalhada a seguir.

Especificamente em relação às políticas sobre álcool e outras drogas, outro marco legislativo relevante é a **Lei nº 11.343/2006**, que prescreve medidas para prevenção do uso de drogas, atenção e reinserção social de usuários e dependentes, bem como estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. Segundo essa lei, o usuário e o dependente de drogas que, em razão da prática de infração penal, estiverem cumprindo pena privativa de liberdade ou submetidos à medida de segurança **têm garantidos os serviços de atenção à saúde**, definidos pelo respectivo sistema penitenciário. Além disso, a mesma lei faz a distinção entre usuários/dependentes de drogas e traficantes. Embora o porte continue sendo caracterizado como crime, usuários e dependentes não estão mais sujeitos à pena privativa de liberdade, mas a medidas socioeducativas.

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

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

- **A integralidade das ações**, que envolve desde ações de promoção e prevenção destinadas à população geral até ações assistenciais para os usuários que necessitam de tratamento;
- **A descentralização e autonomia da gestão** pelos níveis estaduais e municipais para o desenvolvimento de ações voltadas ao álcool e outras drogas e a estruturação dos serviços mais próximos do convívio social;
- **A equidade** do acesso dos usuários de álcool e outras drogas às ações de prevenção, tratamento e redução de danos, de acordo com prioridades locais e grau de vulnerabilidade;
- **A mobilização da sociedade civil** e o estabelecimento de parcerias locais para a defesa e promoção dos direitos.

Para conquistar tais objetivos, a política está organizada segundo uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, pois não se pode considerar a assistência de maneira fragmentada, mas de forma **integral e intersetorial**. Esses dois princípios são fundamentais para nosso curso, porque é com base neles que podemos pensar quão



importante é **articular o setor judiciário com o de saúde** para que o usuário tenha um cuidado integral, de acordo com suas necessidades e problemas.

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

A rede assistencial para os usuários de álcool e outras drogas

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

Apoiada pela Lei nº 10.216/2002, a Política Nacional de Saúde Mental tem suas diretrizes alinhadas com o processo de Reforma Psiquiátrica, objetivando consolidar um modelo de atenção aberto, extra-hospitalar, que possibilite a criação de uma **rede assistencial** que promova a inserção dos usuários na comunidade.

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

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

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

- Direcionamento local das políticas e programas de saúde mental, desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários;
- Dispensação de medicamentos, encaminhamento e acompanhamento de usuários que moram em residências terapêuticas, as quais são alternativas de moradia para os portadores de transtornos mentais que não contam com suporte familiar e social suficiente;
- Assessoramento e apoio ao trabalho dos agentes comunitários de saúde e equipes de saúde da família no cuidado domiciliar;
- Promoção de saúde e de cidadania das pessoas com sofrimento psíquico;
- Atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciamento de projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- Promoção da inserção social dos usuários por meio de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas;
- Organização da rede de serviços de saúde mental do território;
- Suporte e supervisão da atenção à saúde mental na atenção primária à saúde;
- Regulação da porta de entrada da rede de assistência em saúde mental da área de abrangência do CAPS;



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

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

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

Mas como funcionam especificamente os CAPS para usuários de drogas e como a rede assistencial é organizada para essa população?

Da mesma forma como planejou a assistência à saúde mental, o Ministério da Saúde está implementando os **Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)**. Os CAPS AD são dispositivos com funcionamento ambulatorial e de Hospital Dia, com trabalho interdisciplinar e integral, procurando oferecer e criar uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. As atividades e funções dos CAPS AD são:

- Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, segundo a lógica de redução de danos;
- Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
- Prestar atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, de acordo com a necessidade dos usuários, garantindo que eles recebam atenção e acolhimento;



- Proporcionar condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;
- Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
- Promover, mediante diversas ações de esclarecimento e educação da população, a reinserção social dos usuários, utilizando recursos intersetoriais;
- Trabalhar, com usuários e familiares, os fatores de proteção para uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
- Visar à diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo e educativo.

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

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

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

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

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

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

As comunidades terapêuticas surgiram em um contexto de oposição ao hospital psiquiátrico e sua estrutura rígida, apresentando uma abordagem de ajuda mútua na qual se almeja a participação ativa dos usuários no processo terapêutico, em uma comunicação democrática e igualitária. No Brasil, a regulamentação desses serviços ocorreu em 2001 e foi atualizada em 2011, com a publicação da Resolução 29 pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), sendo esta um relevante instrumento técnico sobre as exigências mínimas para o funcionamento das comunidades terapêuticas.



Assim, as comunidades terapêuticas podem se constituir uma modalidade de suporte aos usuários, dado que a maioria delas é de natureza filantrópica. Tendo em vista a necessidade de atender às demandas de estruturação e fortalecimento da rede de serviços, a SENAD, em parceria com o Ministério da Saúde, disponibiliza, por meio de editais públicos, apoio financeiro a municípios para a utilização de leitos por usuários de álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. É importante que o operador do direito saiba que esse pode ser mais um dispositivo assistencial integrado às redes locais para prover o acolhimento aos usuários de álcool e outras drogas.

No Quadro a seguir estão sintetizados os principais pontos das portarias que norteiam a atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

Quadro I - Portarias relacionadas ao usuário de drogas

Portaria GM/MS nº 336/2002: estabelece as modalidades de serviços CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPS AD para os Centros de Atenção Psicossocial.

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

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

Portaria GM/MS nº 384/2005: autoriza os CAPS I a atender usuários de álcool e outras drogas.

Portaria GM/MS nº 1.612/2005: credenciamento e habilitação de serviços hospitalares de referência para atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Conclusão

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

A política de drogas do Ministério da Saúde procura criar mecanismos de atenção integral de acordo com a perspectiva geral do SUS. No entanto, ainda deparamos com uma série de desafios e com a necessidade de ampliação de nossa rede de cuidados, a fim de melhorar o acesso ao tratamento e implementar ações de prevenção mais efetivas.

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. *Leis nº 10.216, de 6 de abril de 2001; nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.*

_____. *Portarias GM/MS 336, de 19 de fevereiro de 2002; 816, de 30 de abril de 2002; 2.197, de 14 de outubro de 2004; 384, de 5 de julho de 2005; 1.612, de 9 de setembro de 2005.*

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **A saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

FRENK, J. Dimensions of health system reform. **Health Policy**, n. 27, p. 19-34, 1994.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.



RESUMO DA AULA

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi a operacionalização da garantia normativa máxima do direito à saúde. Com o SUS, a saúde passou a ser pensada como obrigatoriedade do Estado, por meio da responsabilidade das esferas de governo federal, estaduais e municipais. O SUS foi concebido com base nos princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade. Para que o direito à saúde não seja negado na prática constitucional, há diretrizes organizativas que visam a proporcionar maior efetividade aos referidos princípios. Entre essas diretrizes estão a descentralização, a hierarquização e a participação comunitária ou controle social.

Em relação ao uso indevido de drogas, em 2003 foi publicada no Brasil a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Essa política foi concebida e articulada à Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que direciona o modelo assistencial de acordo com os preceitos do movimento da Reforma Psiquiátrica, voltada à criação de uma rede baseada em dispositivos extra-hospitalares. O aparato organizativo coerente com os preceitos da Reforma Psiquiátrica foram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e, no caso do uso indevido de álcool e outras drogas, os CAPS AD.

Ainda em relação às políticas de drogas, outro marco legislativo fundamental é a Lei nº 11.343/2006, a qual prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico de drogas. Segundo essa lei, o usuário e o dependente de drogas que, em razão da prática de infração penal, estiverem cumprindo pena privativa de liberdade

ou submetidos à medida de segurança têm garantidos os serviços de atenção à saúde, definidos pelo respectivo sistema penitenciário. Além disso, a mesma lei faz a distinção entre usuários/ dependentes de drogas e traficantes. Embora o porte continue sendo caracterizado como crime, usuários e dependentes não estão mais sujeitos à pena restritiva de liberdade, mas a medidas socioeducativas.

A próxima unidade abordará as estratégias de Redução de Danos (RD). A RD foca a saúde dos indivíduos e da comunidade em geral, incluindo os diversos atores que trabalham na prevenção e no tratamento do uso de drogas. Conhecer as estratégias de RD, seus alcances, suas limitações e o debate que as envolve permitirá ao profissional do campo jurídico formular sua compreensão e contribuir para a definição das melhores alternativas para a questão das drogas em nosso país.

EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Considerando que o uso de drogas é um problema de saúde pública, em 2003 foi publicada no Brasil a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Dois princípios do SUS são fundamentais para a realização dessa política, visto que ela:

- a. Controla e universaliza as esferas.
- b. Integra e descentraliza as esferas.
- c. Integra e controla as esferas.
- d. Descentraliza e controla as esferas.
- e. Hierarquiza e monopoliza as esferas.

2. O Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas NÃO objetiva:

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



ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS PARA PESSOAS COM PROBLEMAS COM DROGAS NA INTERFACE DOS CAMPOS DE ATUAÇÃO DA JUSTIÇA E DA SAÚDE

- Contexto histórico, econômico e político das drogas
- Definição das estratégias de Redução de Danos
- Redução de Danos como estratégia de prevenção ao uso indevido de drogas
- Limitações do tratamento compulsório e exigência de abstinência
- Estratégias de Redução de Danos no tratamento
- Parcerias inovadoras entre Saúde e Justiça

MÓDULO

V

ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE DANOS PARA PESSOAS COM PROBLEMAS COM DROGAS NA INTERFACE DOS CAMPOS DE ATUAÇÃO DA JUSTIÇA E DA SAÚDE

Marcelo Santos Cruz

Introdução

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

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

O que são as estratégias de Redução de Danos?

Para saber o que são essas estratégias, é importante conhecer o contexto em que surgiram e, para isso, deve-se saber um pouco de sua história.

Drogas são substâncias utilizadas pelos seres humanos desde os primórdios da humanidade que têm a propriedade de agir no cérebro, modificando as funções mentais como o julgamento, o humor, a percepção (relacionada aos órgãos dos sentidos – a audição, a visão etc.) e o comportamento de maneira geral. Essa característica levou a sua adoção em rituais religiosos, como medicamentos para o alívio de sofrimentos ou simplesmente para produzir prazer. Entre as drogas usadas há milhares de anos estão o álcool, o ópio (precursor da morfina) e a *Cannabis* (planta da maconha). Ao longo da história da humanidade, cada grupo social determinou as regras de utilização de drogas e suas proibições. Isso ocorre ainda hoje, pois países e mesmo religiões diferentes definem de maneira distinta as drogas que podem e as que não podem ser usadas. O álcool, por exemplo, é uma droga lícita no Ocidente e proibida entre os povos islâmicos.

Embora estejamos acostumados a relacionar a proibição ao perigo oferecido por certa substância, essa concepção não é natural, e sim determinada histórica e culturalmente. Drogas que em nossa sociedade são lícitas podem ter grande potencial de dano. Álcool, nicotina, opioides (como a morfina, a heroína, a codeína e a meperidina), anfetaminas e benzodiazepínicos são drogas lícitas, que têm sua produção, distribuição e consumo regulados por leis, mas podem provocar dependência e morte. Além disso, o álcool, consumido em ocasiões sociais e familiares, favorecendo a integração e a confraternização, é um fator determinante de doenças graves ou fatais e relacionado a situações de violência e acidentes que matam algumas dezenas de milhares de brasileiros todos os anos. Além de sua dimensão social e

cultural, todas as drogas sempre tiveram grande importância econômica, pois sua comercialização gera riquezas e impostos.

Modos simplistas de compreender a relação desses fatores com os riscos potenciais levaram a propostas ineficazes e equivocadas para lidar com tais problemas. Entre elas estão as que supõem que a ação biológica das drogas sobre o cérebro explica por si só todas as alterações de comportamento e que todas as pessoas que usam drogas têm efeitos iguais. Outra concepção antiga e muito arraigada é que as pessoas que utilizam drogas são moralmente inferiores às demais e que discipliná-las é suficiente para que modifiquem seu comportamento. Mesmo se tentarmos reduzir a questão das drogas ao que ocorre com cada indivíduo, esse problema mantém sua complexidade, pois o consumo envolve aspectos biológicos (a ação de cada droga sobre o cérebro e o corpo), psicológicos (como o uso da substância é inserido na história de cada um e a interação com sua personalidade), familiares, ocupacionais etc. Tais fatores vão se combinar de uma forma diferente para cada pessoa.

Assim, a separação das drogas entre lícitas e ilícitas não é respaldada pelo conhecimento médico, biológico ou psicológico atual. A legislação brasileira sobre as drogas mudou recentemente, com ampla participação social, e continua sendo discutida por juristas, legisladores, especialistas e outros setores da sociedade.

O proibicionismo

Mas de que maneira surgiu o modo como a atual sociedade brasileira classifica as drogas como lícitas ou ilícitas? A legislação vem sendo modificada ao longo de muitas décadas, como resultado de





tratados internacionais e da compreensão social sobre os perigos associados ao uso de cada droga. Até o início do século XX, drogas hoje ilícitas, como a cocaína, eram legalmente comercializadas no Brasil, como parte da formulação de remédios. Entre o final do século XIX e o começo do XX, um conjunto de forças sociais, que envolvia interesses políticos, econômicos, preocupações morais e com a saúde, deu origem a uma série de tratados internacionais proibindo a produção, venda e consumo dessas substâncias e criando um rígido controle sobre a produção, venda e consumo de outras, entre elas os opioides. Autores como Lima (2009) sugerem que a preocupação com a saúde foi uma motivação secundária, sendo a importância política e econômica a verdadeira razão da proibição. A relevância da influência de parcelas intensamente moralistas de algumas religiões, especialmente na sociedade norte-americana, também é descrita como indissociável da preocupação de que o uso de drogas produzisse a degeneração da sociedade. Nos Estados Unidos, a conjugação dessas forças culminou na criação da Lei Seca, que, na década de 1930, proibia a produção, venda e consumo de bebidas alcoólicas. O resultado foi o surgimento de um lucrativo comércio ilegal do álcool comandado pela máfia, com grande aumento da criminalidade e da violência.

Hoje, discute-se se a opção pela proibição das demais drogas ocorrida no princípio do século XX está relacionada ao crescimento de seu valor como mercadoria, impulsionando o tráfico e o aumento da violência.

Na década de 1980, com o esmorecimento da Guerra Fria, o governo Reagan acirrou as práticas proibicionistas criando a expressão “guerra às drogas” para designar o incremento do investimento em ações de repressão do tráfico e do consumo de drogas. Mais uma vez, a influência norte-americana determinou a direção da política para as drogas nos demais países do Ocidente.

Do ponto de vista da saúde, a estratégia do proibicionismo não produziu a esperada diminuição dos problemas com as drogas. No Brasil, até os anos 1990, com a prioridade colocada na repressão, as ações de saúde, como o tratamento e a prevenção, contavam com baixíssimo investimento governamental. No campo da prevenção, no anseio de uma “sociedade livre de drogas”, a estratégia da guerra às drogas copiava no Brasil a campanha norte-americana do “diga não às drogas”, enfatizando os aspectos aterrorizantes como forma de incentivar o distanciamento dos jovens do consumo. Pode-se supor que uma compreensão que exagerava a dimensão biológica do consumo enfatizava a necessidade de evitar o contato com as drogas a qualquer custo. Ignoravam-se as determinações sociais e psicológicas do uso de drogas na esperança de que os jovens não tivessem contato com elas. Ao mesmo tempo, e até os dias atuais, crianças e jovens convivem diariamente com mensagens sociais que vão em direção oposta, pois incentivam o consumismo, o individualismo e a busca do prazer imediato. Mudanças nas relações sociais, como o enfraquecimento da família, a instabilidade dos empregos e condições sociais adversas também podem estar relacionadas ao aumento do consumo de drogas. Para os grupos em piores condições sociais, a falta de perspectivas profissionais e de figuras idealizadas que sirvam de exemplo pode levar à valorização dos traficantes e do consumo, tornando o tráfico de drogas um caminho atraente.

No que se refere à assistência à saúde, o proibicionismo também se articula com abordagens de tratamento problemáticas. Isso ocorre porque há frequente associação entre as ideias da “guerra às drogas” e a exigência de abstinência imediata e generalizada para todas as pessoas com problema com drogas. Essa concepção ignora que os indivíduos que usam drogas, embora tenham muitas características de comportamento semelhantes, são, ao mesmo tempo, muito diferentes

entre si. Usam drogas específicas de formas distintas, têm características ou problemas psicológicos diversos e histórias de vida particulares. Veremos adiante, de maneira mais detalhada, o impacto do proibicionismo na assistência ao tratamento e as alternativas propostas pela abordagem de Redução de Danos.

O ressurgimento da Redução de Danos

Práticas de Redução de Danos já eram utilizadas no início do século XX e cederam à pressão proibicionista de meados do século. Na década de 1980, na Holanda, usuários de drogas injetáveis (UDIs) exigiram do governo a disponibilização de serviços que diminuíssem seus riscos de contrair o vírus da hepatite B. Posteriormente, a preocupação com o risco de contaminação com a AIDS deu grande impulso à implementação das atividades de Redução de Danos. Profissionais foram treinados para fazer contato e receber pessoas que usavam drogas injetáveis, passando a desenvolver tais serviços em locais de fácil acesso aos usuários, como em veículos que circulam ou ficam estacionados em áreas da cidade com maior concentração de UDIs. As práticas de Redução de Danos passaram a integrar as estratégias de abordagem do problema com as drogas em inúmeros países da Europa, na Austrália e nos Estados Unidos.

Surgidas como alternativa para as estratégias proibicionistas, como a guerra às drogas, as práticas de Redução de Danos baseiam-se, segundo Andrade (2002), em princípios de pragmatismo, tolerância e compreensão da diversidade. São pragmáticas porque entendem ser imprescindível continuar oferecendo serviços de saúde, visando principalmente à preservação da vida, para todas as pessoas que têm

problemas com drogas. Embora se compreenda que para muitos indivíduos o ideal seria que não usassem mais drogas, sabe-se que isso pode ser muito difícil, demorado ou até inalcançável. Portanto, é pragmática a ideia de que é necessário oferecer serviços mesmo para aquelas pessoas que não querem ou não conseguem interromper o uso dessas substâncias. A oferta de tais serviços pode evitar que elas se exponham a situações de risco e viabilizar sua aproximação das instituições, abrindo a possibilidade de que peçam ajuda posteriormente. A estratégia de Redução de Danos é tolerante, pois não dá lugar ao julgamento moral sobre os comportamentos relacionados ao uso de substâncias e a práticas sexuais, evitando intervenções autoritárias e preconceituosas. A diversidade é contemplada quando se compreende que cada indivíduo estabelece uma relação particular com as substâncias e que a utilização de abordagens padronizadas como pacotes prontos e impostos para todos é ineficaz e excludente.

Redução de Danos como estratégia de prevenção

As ações voltadas para a diminuição dos riscos de contaminação com micro-organismos por via injetável ou sexual constituíram o impulso inicial das estratégias de Redução de Danos. Posteriormente, outras práticas de risco se tornaram foco de ações de Redução de Danos, entre elas os problemas com drogas não injetáveis, como é o caso do crack nos dias de hoje. Outras atividades preventivas relacionadas ou não ao uso de drogas têm, atualmente, sido compreendidas como coerentes com os princípios de Redução de Danos. É o caso do uso de cinto de segurança por motoristas de automóveis, do capacete por motociclistas e da legislação e fiscalização que visam a



dissociar o uso do álcool da direção de veículos. A legislação sobre a direção de veículos é compreendida como uma prática de Redução de Danos, pois ela não proíbe a venda, produção ou mesmo o consumo do álcool, mas define uma situação em que o uso do álcool não é permitido, que é a direção de veículos. Nesse caso, a restrição não invade o direito individual, pois a licença para dirigir é uma concessão pública.

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

No Brasil, as primeiras ações de Redução de Danos surgiram em Santos (SP), em 1992. No final da década de 1980, esse município apresentava altíssimas taxas de prevalência de soropositividade para o HIV entre usuários de drogas injetáveis. Em um primeiro momento, as ações propostas foram identificadas, especialmente pelos operadores do sistema penal, como auxílio ou apologia ao uso de drogas e, por isso, houve repressão policial a essas atividades e ações civis e criminais contra seus organizadores, alegando que estimulariam o consumo de drogas, e, por isso, o projeto foi interrompido. Em 1994, o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) deu parecer favorável à realização de atividades de Redução de Danos e, em 1995, teve início na

Bahia o primeiro programa brasileiro. Tal programa introduziu ações de Redução de Danos e de riscos associados ao uso de drogas, especialmente drogas injetáveis. Foram estabelecidas intervenções de campo voltadas para os usuários de drogas, fornecendo não apenas informações sobre o HIV/AIDS, como também insumos de prevenção para reduzir o risco de infecção pelo HIV.

Em 2003, mais de 150 programas de Redução de Danos estavam em funcionamento no país com o apoio e, na maioria dos casos, com o financiamento do Ministério da Saúde. Contrariando expectativas pessimistas, os estudos científicos que se seguiram mostraram que a implantação dos programas de Redução de Danos não foi acompanhada de crescimento da soroprevalência do HIV. Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, o número de casos notificados de AIDS entre usuários de drogas injetáveis maiores de 13 anos caiu de 4.092 (29,5% do total), em 1993, para 849 (7,7% do total), em 2007. Estudos realizados em Santos, Rio de Janeiro e Salvador encontraram importante queda na prevalência de soropositividade para HIV, hepatite B e C quando comparados com pesquisas empreendidas nas mesmas cidades antes da instituição de estratégias de Redução de Danos. Nos grupos atendidos pelas estratégias de Redução de Danos, os estudos também constataram diminuição da frequência do uso injetável e de compartilhamento de seringas em Santos, no Rio de Janeiro e em Salvador e aumento do uso de preservativos em Salvador. Essas pesquisas respondem favoravelmente a uma das importantes indagações sobre as estratégias de Redução de Danos: se elas são eficientes em diminuir danos e riscos. Outra questão fundamental é se as estratégias de Redução de Danos aumentam o consumo de drogas, ao que Mesquita e Bastos (2001) responderam afirmando que nenhuma pesquisa demonstrou a associação de estratégias de Redução de Danos com o aumento do consumo de drogas.

Com a ampliação e disseminação dos princípios e das práticas de Redução de Danos, tal abordagem se expandiu de ações dirigidas à prevenção para atividades de tratamento.

A interface “Saúde e Justiça” e suas consequências para as propostas de tratamento

No que se refere ao tratamento de pessoas com abuso ou dependência de drogas, as concepções que deram origem ao proibicionismo também produzem impasses com frequência. Uma compreensão equivocada que privilegie os aspectos biológicos ou morais do uso de substâncias produz formas de tratamento inadequadas e ineficazes. Uma compreensão biológica simplista pode supor que todos os problemas provocados pelas drogas podem ser explicados pela ação das substâncias no cérebro. Outra compreensão biologicista equivocada é uma extrapolação do modelo das doenças infecciosas para a situação do uso abusivo de drogas. Segundo essa concepção, as drogas agiriam como micro-organismos que causariam a doença ao serem introduzidas no corpo e a cura seria produzida pela eliminação do agente infeccioso (no caso, a droga). Tal compreensão pode estar por trás da ideia de que o mero afastamento do indivíduo da substância (por exemplo, por meio de uma internação) ou o uso de medicações que o “desintoxiquem” são suficientes como formas de tratamento. Não é raro que pacientes sejam encaminhados com essa expectativa ou que seus familiares ou eles próprios procurem tratamento com uma esperança exagerada do poder curativo de uma internação. Quando uma internação ocorre com essa expectativa, a não ser que o paciente se engaje em abordagens efetivas de tratamento, o resultado tende a ser frustrante, pois há grande probabilidade

de que, após a alta, a situação se repita como anteriormente, com as mesmas dificuldades de relacionamento e recaídas.

Isso ocorre porque a mera inexistência da droga no organismo humano não faz cessar o desejo de usá-la. As alterações provocadas no sistema nervoso central pelo uso crônico são responsáveis pelo quadro de abstinência nos primeiros dias em que o indivíduo está sem a droga. No entanto, ainda que semanas, meses ou anos se passem, não há garantia de que o desejo intenso pela substância não persista ou retorne. Pessoas que foram dependentes de nicotina e pararam de fumar sabem que a vontade de fumar retorna, de maneira mais ou menos intensa, inúmeras vezes, em muitos casos até anos depois da interrupção do uso da droga. Elas descrevem que a parte difícil não é cessar o uso da droga, mas conseguir evitar voltar a fumar. A explicação para esse fenômeno envolve também aspectos biológicos (como mudanças prolongadas ou persistentes no funcionamento cerebral), mas certamente inclui as determinações psicológicas e socioculturais. Exemplificando a interação complexa dos fatores (biológicos, psicológicos e sociais) que dificultam a interrupção do uso de qualquer droga, pode-se pensar nas pessoas que têm problemas com álcool e cocaína. Em tais casos, além das alterações no funcionamento cerebral, os indivíduos vivem situações que envolvem seu psiquismo e suas relações com amigos, familiares e outros, que podem dificultar bastante seus esforços para parar e manter-se sem utilizar a droga.

Assim, as abordagens terapêuticas não devem ser baseadas apenas no afastamento, eliminação da droga do organismo ou reversão das alterações neuropatológicas, e sim estender-se aos aspectos psicológicos (por meio dos vários recursos psicoterápicos) e socioculturais (como a atenção à família e a reinserção social). Apesar disso, ainda existem no Brasil profissionais e instituições que pro-



põem tratamentos baseados unicamente no afastamento da droga por meio de internações (muitas vezes prolongadas) ou apenas na administração de medicações.

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

Ainda mais comum que os equívocos descritos é a proposta frequentemente associada à estratégia proibicionista de exigir abstinência imediata para todos os pacientes que iniciam tratamento.

Tratamento compulsório e exigência de abstinência

Outro dos atuais desafios para a questão das drogas é a necessidade de aperfeiçoar a abordagem dos problemas que envolvem tanto aspectos da Saúde como da Justiça. Entre estes, uma das situações mais frequentes é aquela em que um indivíduo detido por posse de drogas é levado ao juiz, que tem de decidir sua pena. Até a mudança da lei em 2006 e, principalmente, até o estabelecimento de um promissor diálogo entre os profissionais da Saúde e da Justiça, a decisão, em geral, era a de encaminhá-lo para tratamento compulsório, sob forma de internação ou ambulatorial. No entanto, também havia casos de pessoas que recebiam a pena de prisão por

porte de drogas, caso não se tratasse de dependentes, nos termos da Lei nº 6.368/1976.

Na proposta denominada Justiça Terapêutica, era preocupante que coubesse a um profissional que não era do campo da Saúde (o juiz) determinações como quem devia ou não se tratar e os procedimentos de seu tratamento (onde, como, por quem, durante quanto tempo e com que frequência). O juiz também definia as sanções cabíveis nos casos de faltas, abandono de tratamento e recaídas, pois eram vistos como descumprimento a uma determinação legal e não como intercorrências comuns e mais bem compreendidas e manejadas com os recursos da saúde. Houve até mesmo o encaminhamento para tratamento de pessoas que não tinham problemas com as drogas, mas eram abordadas em uso ou portando quantidade para tal, o que não necessariamente as categorizaria como dependentes. Um indivíduo detido por posse de maconha, por exemplo, não necessariamente é dependente de maconha. Nesses casos, a situação era ainda mais absurda, pois ou mandava-se tratar alguém que não tinha a “doença” ou lhe restava a pena de prisão. Mesmo considerando os méritos e boas intenções de projetos de Justiça Terapêutica, a tomada de decisões pela Justiça sobre outros aspectos da saúde gera preocupação. O Programa do Centro de Justiça Terapêutica de Pernambuco prevê que

o cumprimento e o sucesso do tratamento poderá ocasionar o arquivamento do processo se outra medida não for aplicada, preservando o autor do sistema de encarceramento e da repercussão negativa em sua vida civil e social.

Nesse caso, quem define e como se define quando o tratamento teve sucesso ou não?

A sentença de encaminhamento para tratamento compulsório podia ser respaldada pelo genuíno interesse em propiciar ajuda. Entretanto, será que em muitos casos não era justificada por uma compreensão moral ou pela ideia de que o mero afastamento da droga ou outra forma de imposição da abstinência seria suficiente? Nesses casos, em geral, os pacientes se colocavam em oposição passiva ao tratamento, cumprindo burocraticamente o que lhes era imposto. Ao final do tratamento compulsório, pessoas encaminhadas dessa maneira não haviam mudado sua disposição para voltar a usar drogas. Receber esse tipo de encaminhamento, com frequência, gerava constrangimento nos profissionais de Saúde, que se sentiam obrigados a realizar um trabalho em que não acreditavam.

Essa situação ocorre não apenas quando o tratamento é imposto pela Justiça, mas também quando a família e/ou a equipe de Saúde decidem, sem a participação do paciente, quando e de que forma ele deve se tratar. Entrevistas realizadas com profissionais de Saúde de serviços especializados na assistência a usuários de drogas mostram que eles questionam o encaminhamento para tratamento compulsório, relatando a dificuldade de engajamento do paciente nesses casos e apontando que tal dificuldade também ocorre quando o paciente chega trazido pela família e mesmo quando vem espontaneamente.

Recebi muitos pacientes encaminhados dessa forma quando se falava em Justiça Terapêutica, hoje recebo poucos. Dos encaminhados pela Justiça Terapêutica, a adesão era praticamente nenhuma, eles permaneciam apenas pelo tempo estipulado pela Justiça. Mas essa questão da adesão nessa clínica não é muito diferente. O toxicômano se recusa a fazer laço com os ideais que orientam a vida em sociedade. (psicanalista do CENTRA-RIO, apud MENDES, 2009).

Após a nova Lei de Drogas, as entrevistas realizadas com profissionais de Saúde de serviços especializados na assistência a usuários de drogas evidenciam uma percepção favorável à mudança na forma de encaminhamento de pessoas com problemas com drogas por serviços da Justiça para essas instituições de saúde. Eles destacam que a aproximação dos serviços da Saúde e da Justiça é bem-vinda, pois permite melhor compreensão de parte a parte, a diminuição de expectativas exageradas e, principalmente, a redução dos encaminhamentos para tratamentos compulsórios, “nos moldes da Justiça Terapêutica”.

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

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



tas pelos terapeutas tomando-as como questões para si, ou seja, produzindo novas formas de pensar sobre si mesmo, suas escolhas e seus comportamentos. Mais do que isso, um paciente engajado no tratamento propõe questões sobre si e as leva ao terapeuta, está atento às respostas deste e observa de que maneira as experiências e os modos de agir descritos por outros pacientes, companheiros de grupo, são semelhantes aos seus. Ele percebe o tratamento não como algo imposto por outro, mas como uma ferramenta sua para encontrar formas mais satisfatórias de viver. As mudanças no comportamento, como a melhora no relacionamento com a família, o afastamento de pessoas com quem usava drogas e o interesse em atividades produtivas (por exemplo, educação ou trabalho), são consequências das mudanças psíquicas, da melhora do bem-estar emocional e também (mas não exclusivamente) da interrupção do uso de drogas. Esse cuidado é importante, inclusive, porque há pessoas que, mesmo estando abstinentes há muitos anos, continuam tendo a vida girando em torno da droga.

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

exigir abstinência e todas as mudanças de conduta ou, de outro lado, simplesmente aguardar que cada paciente tome todas as decisões, são equivocadas e improdutivas. Então, como sair desse impasse?

Para responder a tal pergunta, estudiosos de diferentes linhas teóricas têm se dedicado a investigar e propor técnicas para ajudar os pacientes que não estão plenamente motivados para o tratamento a se aproximar desse estágio. Estudiosos da Psicologia Cognitivo-comportamental e da Psicanálise se dedicam a investigar o que denominam, respectivamente, de “motivação para a mudança” e “constituição da demanda de tratamento”.

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

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

Do ponto de vista da Psicopatologia Fenomenológica, o termo correto seria “ambitendência”, uma alteração da vontade.

No entanto, utiliza-se aqui o termo “ambiguidade” por ser consagrado pelo uso com o significado descrito.

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

A questão do controle da vontade se refere à dificuldade que esses pacientes muitas vezes apresentam tanto em manter suas decisões como em refrear seus impulsos de modo a evitar riscos ou situações das quais podem se arrepender posteriormente. Pacientes relatam que as dificuldades de autocontrole não se restringem àquelas relacionadas ao uso de drogas e incluem, por exemplo, envolver-se com pessoas que os farão sofrer, comer, jogar ou gastar compulsivamente. Diferentemente do que ocorre com pacientes diagnosticados com transtorno de personalidade antissocial, os comportamentos compulsivos de risco são relatados por pessoas com problemas com drogas com grande angústia e arrependimento. A angústia pode estar ligada à percepção da própria dificuldade de apreender e mudar com a experiência, pois o sofrimento gerado pelo comportamento não produz aumento do controle da vontade em uma situação subsequente.

Outro conceito importante para o tratamento de pessoas com problemas de drogas é o de vínculo terapêutico. O vínculo terapêutico é aquele que se desenvolve entre o paciente e o profissional ou a

equipe que o atende. Tal laço se desenvolve lentamente, pois geralmente os pacientes têm receio de ser enganados ou abandonados. O vínculo também não tem desenvolvimento linear e sofre altos e baixos de acordo com os sentimentos e acontecimentos que surgem no tratamento. Porém, pouco a pouco esse vínculo se desenvolve, propiciando a construção de confiança e facilitando o engajamento do paciente. O conceito psicanalítico de “transferência” se refere a certa forma de vínculo do paciente com o terapeuta que é considerada ferramenta fundamental para as mudanças ocorridas em análise.

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

Estratégias de Redução de Danos no tratamento

No tratamento baseado em Redução de Danos, os objetivos, as metas intermediárias e os procedimentos são discutidos com o pa-

ciente, e não impostos. A interrupção do uso de drogas quase sempre é um dos objetivos, mas outros avanços são valorizados, como evitar colocar-se em risco, melhorar o relacionamento familiar e recuperar a atividade profissional. A participação do paciente nas escolhas das metas e etapas do tratamento valoriza e aumenta sua motivação e engajamento. Por trajetórias diversas, muitos têm histórias de relacionamentos conturbados com figuras significativas, e esse é um dos motivos pelos quais é comum que pessoas com problemas com drogas tenham problemas com sua autoestima. Essa insegurança é agravada pelas sucessivas perdas decorrentes do uso de drogas. Por isso, reagem de forma negativa e intensa quando se sentem controladas ou criticadas em suas opções.

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

há exclusão daqueles que não querem ou não conseguem interromper o uso da substância.

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

Experiências inovadoras na interação entre Justiça e Saúde

Antes da mudança da lei, o Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas (PROJAD), do Instituto de Psiquiatria da



Universidade Federal do Rio de Janeiro, recebia encaminhamentos da Justiça para tratamento e os profissionais percebiam os resultados como desanimadores. Com o advento da Lei nº 11.343/2006, o 9º Juizado Especial Criminal (Jecrim) da Barra e o PROJAD estabeleceram uma parceria para o encaminhamento de pessoas envolvidas com drogas. Os profissionais (juiz e assistente social do Jecrim) estiveram na reunião de equipe do PROJAD para esclarecer as mudanças da lei e as penalidades previstas. A convite da equipe do Jecrim, profissionais do PROJAD (médica, psicóloga, terapeuta de família e assistente social) passaram a frequentar periodicamente as audiências preliminares dos detidos com drogas. Essas audiências são coletivas (vários noticiados por envolvimento com drogas são convocados) e compõem-se de duas partes: uma informativa geral e outra mais específica e individual, que discute com o noticiado medidas e penas adequadas à situação. Na primeira parte, o juiz explana sobre as consequências jurídicas dos atos (portar ou consumir droga) e as penalidades previstas e esclarece que, em alguns casos, a diferença jurídica entre aquele que é julgado como usuário de drogas e o traficante pode ser tênue e não definida por critérios puramente objetivos. A seguir, a equipe do PROJAD fala de estratégias (Redução de Danos ou abstinência) e modalidades de tratamento oferecidas pela rede pública de assistência. Essa explanação propõe mostrar que a questão das drogas envolve Justiça, Saúde e dimensões sociais e culturais, bem como demonstrar a disposição da equipe do PROJAD para o engajamento do sujeito desde o início de seu tratamento. Na segunda parte da audiência, enquanto juiz e promotor se reúnem com cada autor do fato que motivou sua detenção para estabelecer de maneira consensual uma sanção penal adequada a ser aceita pelo usuário, a equipe do PROJAD se reúne com os demais detidos e familiares que porventura tenham comparecido à audiência para discutir sua situação.

Essa audiência é, para alguns envolvidos, a própria pena de advertência, ficando sanadas as questões judiciais no momento dela.

Outros usuários têm como pena realizar uma visita ao PROJAD (medida educativa de comparecimento a programa). Outros autores do fato aceitam cumprir medida de prestação de serviços no PROJAD, tendo de frequentar o serviço durante um período determinado pelo juiz.

Nos casos de prestação de serviços no PROJAD, cada caso é discutido e é definida sua participação. Os autores encaminhados para esse fim são inseridos em atividades terapêuticas já existentes (grupo de avaliação de demanda, grupos ou oficinas terapêuticas), em que ficam como ouvintes, podendo colocar suas questões sempre que assim o desejarem, sem que isso seja uma obrigação. O objetivo é que tenham contato com outras pessoas em tratamento para que, escutando suas histórias, possam se questionar a respeito de sua relação com a droga, qual papel ela ocupa em sua vida e fazer uma escolha mais responsável sobre a continuação ou não do uso da substância.

É importante esclarecer que não se trata de encaminhamento para tratamento, muito menos para tratamento compulsório. O interessante é que a equipe observa que, com essa nova forma de encaminhamento, muitos dos que terminam seu compromisso com a Justiça pedem para ser atendidos em tratamento. Outros ainda relatam ter modificado seu padrão de uso da droga ou mesmo sua relação com ela, além de terem desconstruído ideias preconcebidas relativas ao tratamento, como pensar que tratamento é para “loucos” ou para quem já está no “fundo do poço”. Um protocolo de pesquisa científica está sendo montado com o objetivo de investigar se essa observação empírica se confirma.



Comunicações pessoais informam que outras experiências interessantes têm sido desenvolvidas nessa nova interlocução entre profissionais da Justiça e da Saúde.

Desafios

Ainda existem grandes desafios para que os problemas com as drogas encontrem soluções mais satisfatórias. Entre esses desafios enfrentados pelos profissionais da Justiça e da Saúde inclui-se a situação do risco sem demanda de ajuda, aquela em que o indivíduo, por conta de seu envolvimento com drogas, está colocando sua vida em risco ou oferecendo risco de vida para os demais e, apesar disso, não percebe a necessidade de tratamento ou não a aceita. Nessa situação, é importante diferenciar o que é risco imediato, concreto e grave e o que é risco suposto de longo prazo ou menos provável. Um caso exemplar de risco suposto de longo prazo é o das pessoas que fumam tabaco. Sabe-se da grande chance de morte produzida pela droga (50% das pessoas que fumam morrem de doença associada ao fumo, segundo a Organização Mundial da Saúde) e, no entanto, não se cogita tratamento compulsório para fumantes. Por outro lado, um jovem que usa uma droga e se coloca continuamente em risco sem perceber a necessidade de tratamento pode precisar receber alguma forma de controle externo para preservação de sua vida ou dos demais.

Como dito anteriormente, o controle da vontade pode ser inconstante para algumas pessoas. De maneira geral, seus entes mais próximos (familiares, amigos e colegas ou chefia de trabalho) podem ajudá-las a restabelecer seu controle da vontade e, para isso, precisam exercer alguma pressão, constituindo um controle externo provisório. Em casos mais graves, ou quando os familiares não conseguem funcionar como essa instância de controle externo, a intervenção da

Justiça é necessária. Mesmo em situações menos graves, como aquelas em que uma pessoa encaminhada aos juizados por porte de maconha vai ao serviço de saúde cumprir a exigência legal de comparecimento e depois pede tratamento, observa-se como a função de controle externo (nesse caso, exercido pela Justiça) pode ser produtiva. O problema é que devem ser levadas em conta a complexidade das questões e a particularidade da situação diversa de cada um dos envolvidos. O que funciona muito bem para um pode ter resultados desastrosos para outro.

Para aperfeiçoar os procedimentos em casos como esses e para a definição de melhores modos de abordar as situações em que o uso de drogas se encontra na interface da Justiça e da Saúde, é imprescindível o estreitamento da interlocução dos profissionais dessas áreas de conhecimento. Esse diálogo promissor pode permitir a construção conjunta de soluções nos campos da prevenção da assistência ao uso prejudicial de drogas.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ANDRADE, T. M. et al. Redução de danos e redução da prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Salvador – Bahia. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 95-114.

BASTOS, F. I.; MESQUITA, F. Estratégias de redução de danos. In: SEIBEL, Sergio D.; TOSCANO JR., Alfredo (Ed.). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 181-190.

BASTOS, F. I.; TELLES, P.; HACKER, M. Uma década de pesquisas sobre usuários de drogas injetáveis e HIV/AIDS no Rio de Janeiro. Parte I: “Rumo a uma epidemia sobre controle?”. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 49-78.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Boletim Epidemiológico – AIDS e DST**, jan./jun. 2004. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/BOLETIM2.pdf>. Acesso em: 03/03/2010.

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

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

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

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

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

CRUZ, M. S.; SÁAD, A. C.; FERREIRA, S. M. B. Posicionamento do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sobre as estratégias de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 52, n. 5, p. 355-362, 2003.

DIAS, A. I. S. **Políticas de Redução de Danos no Brasil e as lições aprendidas de um modelo americano**. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

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

MENDES, M. H. S. **Drogas: lei, saúde e sociedade**. Monografia apresentada no Curso de Especialização em Assistência a Usuários de Drogas – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

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

PODER JUDICIÁRIO DE PERNAMBUCO. Disponível em: <<http://www.tjpe.jus.br/justerap/apresentacao.asp>>. Acesso em: 01/10/2014.

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

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

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

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Tobacco key facts**. Disponível em: <<http://www.who.int/topics/tobacco/facts/en/index.html>>. Acesso em: 01/10/2014.

RESUMO DA AULA

Embora estejamos acostumados a relacionar a proibição ao perigo oferecido por certa substância, essa concepção não é natural, mas determinada histórica e culturalmente. A legislação sobre as drogas vem sendo modificada ao longo de muitas décadas, como resultado de tratados internacionais e da compreensão social sobre os perigos associados ao uso de cada droga. Nas últimas décadas do século XIX e primeiras do XX, um conjunto de forças sociais deu origem a uma série de tratados internacionais proibindo a produção, venda e consumo dessas substâncias. Na década de 1980, o governo norte-americano acirrou as práticas proibicionistas criando a expressão “guerra às drogas”. Do ponto de vista da saúde, a estratégia do proibicionismo não produziu a esperada diminuição dos problemas com as drogas, e as práticas de Redução de Danos surgiram como alternativa para integrar as estratégias de abordagem do problema com as drogas em inúmeros países.

As práticas de Redução de Danos se baseiam em princípios de pragmatismo, tolerância e compreensão da diversidade. São pragmáticas porque entendem ser imprescindível continuar oferecendo serviços de saúde, visando principalmente à preservação da vida para todas as pessoas que têm problemas com drogas. Embora se compreenda que para muitos indivíduos o ideal seria deixar de usar drogas, sabe-se que isso pode ser muito difícil, demorado ou até inalcançável. Portanto, é pragmática a ideia de que é necessário oferecer serviços mesmo para aquelas pessoas que não querem ou não conseguem interromper o uso dessas substâncias.

No que se refere ao tratamento de pessoas com abuso ou dependência de drogas, as concepções que deram origem ao proibicionismo também produzem impasses com frequência. Uma compreensão equivocada que privilegie os aspectos biológicos ou morais do uso de substâncias produz formas de tratamento inadequadas e ineficazes. De maneira geral, posturas extremas, como impor o tratamento, exigir abstinência e todas as mudanças de conduta ou, de outro lado, simplesmente aguardar que cada paciente tome todas as decisões, são igualmente equivocadas e improdutivas. No tratamento baseado em Redução de Danos, os objetivos, as metas intermediárias e os procedimentos são discutidos com o paciente e não impostos. A interrupção do uso de drogas quase sempre é um dos objetivos, mas outros avanços são valorizados, como evitar colocar-se em risco, melhorar o relacionamento familiar e recuperar a atividade profissional. A participação do paciente nas escolhas das metas e etapas do tratamento valoriza e aumenta sua motivação e engajamento.

A próxima unidade abordará o modelo restaurativo para a solução adequada de conflitos, no contexto dos Juizados Especiais Criminais e das Varas de Infância e Juventude.



EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Com base no texto sobre Redução de Danos, assinale verdadeiro (V) ou falso (F):

- () As abordagens terapêuticas devem ser baseadas no afastamento da droga por meio de internações e administração de medicações.
- () As práticas de Redução de Danos podem ser dirigidas tanto à prevenção do uso de drogas como ao tratamento.
- () No caso de usuários de drogas injetáveis, estratégias de Redução de Danos incluem a troca de seringas usadas por seringas estéreis e descartáveis, mas constatou-se que isso aumenta o consumo de drogas e não diminui danos ou riscos de infecção pelo HIV.
- () As atuais propostas de tratamento enfatizam a necessidade de aumentar a motivação ou demanda de tratamento, diminuindo as resistências e propiciando o estreitamento de um vínculo com o profissional da saúde.
- () É necessário oferecer serviços também para as pessoas que não querem ou não conseguem interromper o uso dessas substâncias, pois isso pode viabilizar sua aproximação das instituições, para que possam pedir ajuda posteriormente.

2. Com relação aos princípios que norteiam as estratégias de Redução de Danos, é correto afirmar que:

- a. A abstinência é uma exigência para o que o usuário ingresse no programa.
- b. A autonomia da pessoa que usa drogas não é considerada na escolha das estratégias.
- c. A redução do uso de drogas pode ser uma meta negociada ao longo do programa.
- d. O uso de drogas é condição necessária para a adesão ao programa.
- e. A diversidade e a complexidade da questão das drogas não são consideradas na formulação das propostas.





MÓDULO VI

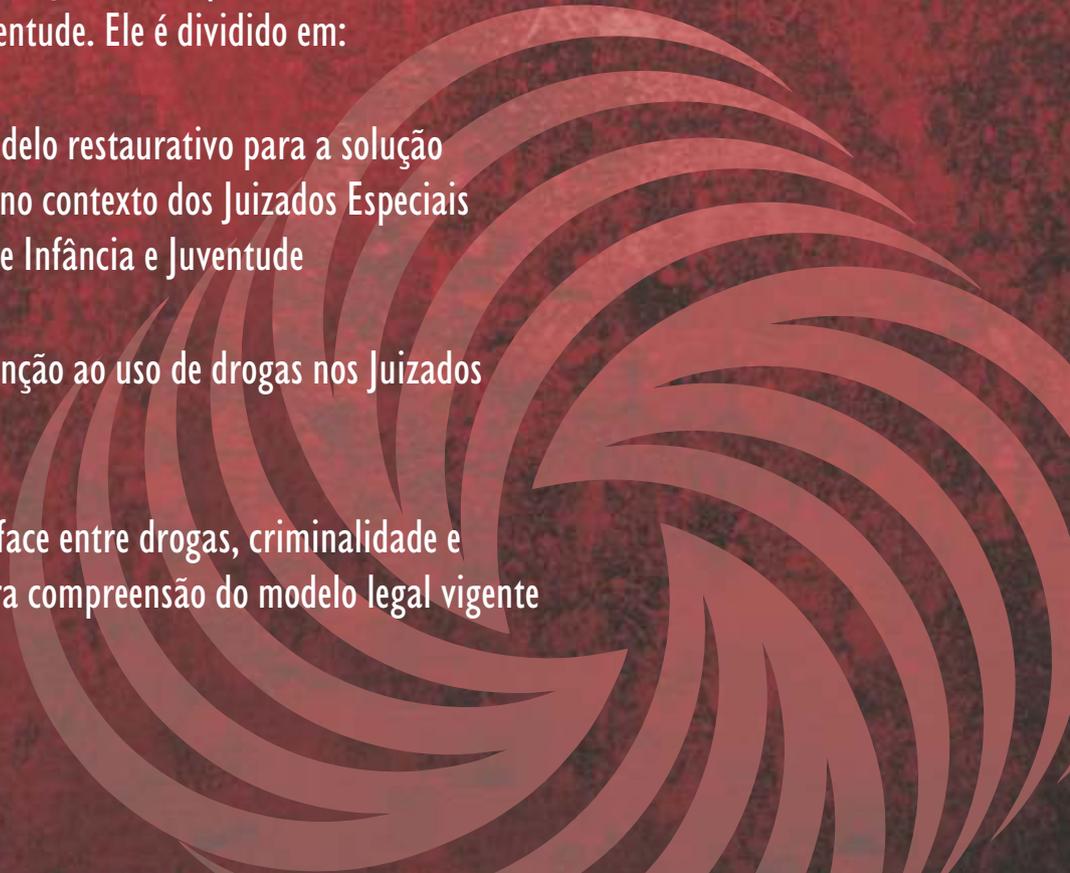
A JUSTIÇA RESTAURATIVA E AS BOAS PRÁTICAS NOS JUIZADOS ESPECIAIS CRIMINAIS E VARAS DE INFÂNCIA

O último módulo do curso aborda a Justiça Restaurativa e as possibilidades práticas de sua aplicação, por meio de casos concretos, no contexto dos Juizados Especiais Criminais e das Varas de Infância e Juventude. Ele é dividido em:

Unidade 16 — O modelo restaurativo para a solução adequada de conflitos, no contexto dos Juizados Especiais Criminais e das Varas de Infância e Juventude

Unidade 17 — Prevenção ao uso de drogas nos Juizados Especiais Criminais

Unidade 18 — Interface entre drogas, criminalidade e adolescência: notas para compreensão do modelo legal vigente



O MODELO RESTAURATIVO PARA A SOLUÇÃO ADEQUADA DE CONFLITOS, NO CONTEXTO DOS JUIZADOS ESPECIAIS CRIMINAIS E DAS VARAS DE INFÂNCIA E JUVENTUDE

- Política criminal humanista e Juizados Especiais Criminais (Jecrims)
- Conceito de Justiça Restaurativa
- Prática da Justiça Restaurativa
- Experiências no Brasil

MÓDULO

VI

O MODELO RESTAURATIVO PARA A SOLUÇÃO ADEQUADA DE CONFLITOS, NO CONTEXTO DOS JUIZADOS ESPECIAIS CRIMINAIS E DAS VARAS DE INFÂNCIA E JUVENTUDE

Roberto Portugal Bacellar
Joaquim Domingos de Almeida Neto

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

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

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

Como alerta Maria Lúcia Karam (2006),

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

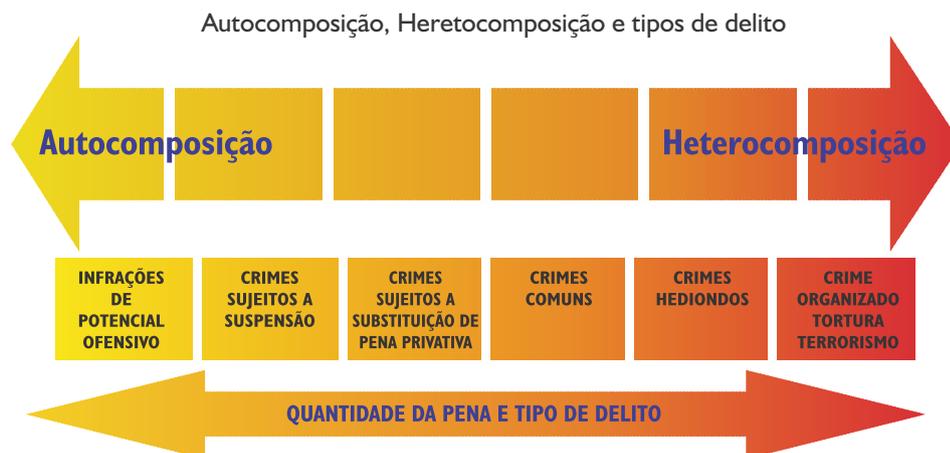
O momento histórico atual, em boa hora, passa a se inspirar em um modelo ajustado a outra política: uma política criminal humanista. O Brasil se afasta, portanto, do modelo repressivo norte-americano integrado ao movimento de Lei e de Ordem.

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

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

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

Nesse sentido, pode-se visualizar graficamente a questão:



Fonte: o autor

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

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

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

Em 2006, com a edição da nova Lei sobre Drogas (Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006), o legislador mais uma vez avança, promove

alterações importantes e modifica conceitos arraigados de nosso sistema jurídico. Estabelece para o crime de posse de drogas para uso próprio penas e medidas diversas da privação da liberdade, além de trazer para o próprio sistema de fixação das penas o consenso e a visão interdisciplinar. Isso torna inegável a adoção do conceito de Justiça Restaurativa pelo Direito Penal brasileiro.

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

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

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

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

comunitários, objetivando suprir as necessidades individuais e coletivas das partes e logrando a reintegração da vítima e do infrator.

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

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

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



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

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

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

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

restaurativo, ou seja, um acordo objetivando suprir as necessidades individuais e coletivas das partes e se lograr a reintegração social da vítima e do infrator.

Analisando a possibilidade de aplicação no Direito Penal brasileiro, Leonardo Sica (2007/2008) propõe uma reconstrução dogmática do artigo 59 do Código Penal, utilizando o funcionalismo redutor, que levaria a pena zero quando a mediação for suficiente e necessária para a reprovação.

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

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

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

1. O agressor deve aceitar (ou não negar) sua responsabilidade pelo crime;

2. Vítima e agressor devem ser livres de participar ou não no processo;
3. Vítima e agressor devem sentir segurança ao participar no processo de mediação.

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

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

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

A nova Lei nº 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas e prescreveu medidas de prevenção, atenção e reinserção social de usuários e dependentes, representa um firme passo em direção ao desenvolvimento de uma abordagem técnica pelos operadores do direito.

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

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

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

A ideia, nessa visão pós-moderna, é amenizar os danos gerados pelo crime e restaurar as relações pela aplicação da Justiça Restaurativa, por consenso e com a participação da comunidade.

A sustentabilidade do Poder Judiciário passa pela percepção de que o sistema judiciário, com sua atuação especializada (técnico-jurídica), mata processos, mas não soluciona conflitos nem pacifica os contendores. No ambiente criminal, não recupera nem ressocializa os condenados. Essas novas soluções passam pela fundamental mudança de mentalidade dos operadores do direito.

Será preciso vencer preconceitos e implementar em todos os Juízos brasileiros, inclusive nas Varas de Infância e Adolescência



(Juventude), as ideias de solução das questões de fundo com a aplicação de ferramentas de mediação, de intervenção breve, procurando a reconstrução de relacionamentos, a restauração de redes familiares, a formação de redes sociais, de acordo com uma visão holística, global e esléctica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVA, E. **Metrópoles (in)sustentáveis**. Bonsucesso: Relume Dumará, 1997.

BACELLAR, R. P. **Juizados Especiais: a nova mediação paraprocessual**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

BACELLAR, R. P.; MASSA, A. A. G. A dimensão sociojurídica e política da nova Lei sobre Drogas (Lei 11.343/2006). **Revista IOB de Direito Penal e Processual Penal**, v. 9, p. 177-195, 2008.

BJS – Bureau of Justice Statistics. **Drugs, crime and the criminal Justice system: a national report**. Washington, DC: U.S. Department of Justice, 1992.

BOBBIO, N. **Estado, governo e sociedade: por uma teoria geral da política**. Trad. Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Trad. Roberto Machado. 20. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

KARAM, M. L. Violência de gênero: o paradoxal entusiasmo pelo rigor penal. **Boletim IBCCRIM**, n. 168, nov. 2006. Disponível em: <<http://www.ibccrim.org.br>>. Acesso em: 28/10/2008.

MANNOZZI, G. **La giustizia senza spada: uno studio comparato su giustizia riparativa e mediazione penale**. Milão: Giuffrè, 2003.

MARTINS, N. B. **Resolução alternativa de conflitos: complexidade, caos e pedagogia.** Curitiba: Juruá, 2006.

MASSA, A. A. G.; BACELLAR, R. P. **A interface da prevenção ao uso de drogas e o Poder Judiciário.** 2º Seminário sobre Sustentabilidade, 2007. CD-ROM 1.

MASSA, A. A. G.; NOVAK, A. S.; SOUZA, R. P. **Responsabilidade social: um caminho para sustentabilidade.** 2º Seminário sobre Sustentabilidade, 2007. CD-ROM 1.

MESSNER, C. *Ermete ovvero sul ruolo delle sanzioni alternative nella politica penale minorile e l'idea della mediazione.* **Minorigiustizia**, n. 1, p. 76, 1996.

MORIN, E. *Epistemologia da complexidade.* In: SCHNITMAN, D. F. (Org.). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

NETO, F.; FROES, C. **Empreendedorismo social: a transição para a sociedade sustentável.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

ONU. **Handbook on Restorative Justice Programmes**, United Nations, New York. Disponível em: <<http://www.restorativejustice.org/editions/2007/feb07/unhandbook>>. Acesso em: 05/02/2008.

PINTO, R. S. G. *Justiça restaurativa: é possível no Brasil?* In: SLAKMON, C.; DE VITTO, R.; PINTO, R. G. (Org.). **Justiça restaurativa.** Brasília: Ministério da Justiça/Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – Pnud, 2005. p. 19-39. Disponível em: <http://www.undp.org/content/dam/aplaws/publication/en/publications/democratic-governance/dg-publications-for-website/justica-restaurativa-restorative-justice-/Justice_Pub_Restorative%20Justice.pdf>. Acesso em: 01/10/2014.

RAWLS, J. **Uma teoria da Justiça.** Trad. Almiro Pisetta e Lenita Maria R. Esteves. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

SAMANIEGO, J. L. M. **Mediación, reparación y conciliación en el Derecho Penal.** Granada: Comares, 2007.

SANTOS, B. S. **Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa.** 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

_____. **Para uma revolução democrática da Justiça.** São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social.** Trad. Mouzar Benedito. São Paulo: Boitempo, 2007.

SCURO, P. et al. *Justiça restaurativa: desafios políticos e o papel dos juízes*. In: SLAKMON, C.; MACHADO, M. R.; BOTTINI, P. C. (Org.). **Novas direções na governança da justiça e da segurança**. Brasília: Ministério da Justiça, 2006. v. 1, p.543-567.

SEM, A. **Desenvolvimento como liberdade**. Trad. Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SICA, L. *Justiça Restaurativa: críticas e contracríticas*. **Revista IOB de Direito Penal e Processo Penal**, Porto Alegre, vol. 8, n. 47, dez. 2007/jan. 2008, p. 158-189. Disponível em: <<http://lslannes.com.br/adm/contcli/223/Justica%20Restaurativa%20Criticas%20e%20contra%20criticas>>. Acesso em: 03/02/2015.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

VOGEL, R. D. **Capitalismo e encarceramento revisitado**. Disponível em: <http://resistir.info/mreview/capitalismo_encarceramento.html>. Acesso em: 01/02/2011.

ZOLO, D.; COSTA, P. **O Estado de direito: história, teoria, crítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

RESUMO DA AULA

Ao sancionar o porte de drogas para uso pessoal com medidas alternativas à prisão, a Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006) adotou, no que toca a essa infração, o modelo de Justiça Restaurativa, por meio do qual a solução dos conflitos dá-se não pela repressão/retribuição, mas por uma resposta consensual e multidisciplinar, construída com a participação dos envolvidos, especialmente o autor do fato e a comunidade. Objetivam-se a redução e reparação dos danos causados pela infração com procedimentos de mediação e conciliação, tendo como fim último o atingimento da paz social. Com base nessa nova visão sistêmica, o usuário de drogas se apresenta como destina-tário de políticas de atenção, reinserção e redução das vulnerabilidades, competindo aos Jecrimis e às Varas de Infância e Juventude tornar concreta essa nova perspectiva, fomentando a reconstrução de relacionamentos, a restauração de redes familiares e a formação de redes sociais.

Nesta unidade você viu o modelo restaurativo de Justiça Penal e as possibilidades práticas de sua aplicação. Na próxima aprofundaremos os conceitos deste módulo examinando a evolução do modelo até a proposta atual, por meio da análise de casos concretos.



EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Em relação à chamada política de drogas proibicionista, que foi hegemônica no mundo ao longo do século XX e possui inspiração norte-americana, é INCORRETO afirmar que:

- a. Baseia-se no movimento da lei e da ordem.
- b. Possui como fundamento o modelo retributivo (punir o mal do crime com o mal da pena).
- c. Tem como foco central a pena privativa de liberdade.
- d. Prevê, em relação ao usuário de drogas, o atendimento, a atenção e a reinserção social.
- e. Produz encarceramento em massa.

2. A Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006) estabelece, em relação ao crime de porte de drogas para uso pessoal:

- a. Pena de detenção, de seis meses a dois anos.
- b. Pena de reclusão, de dois a quatro anos.
- c. Penas e medidas alternativas à privação de liberdade.
- d. Pena de prisão perpétua.
- e. Pena de morte.

PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS NOS JUIZADOS ESPECIAIS CRIMINAIS

- Uso de drogas e política criminal
- O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e a Justiça
- As drogas, a despenalização e a aplicação da Lei nº 9.099/1995 (LJE)
- Plano piloto nos Juizados Especiais Criminais: prevenção ao uso de drogas
- Crime e Justiça: prevenção ao uso de drogas pelas lentes restaurativas
- Relação entre Justiça Restaurativa e prevenção ao uso de drogas

MÓDULO

VI

PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS NOS JUIZADOS ESPECIAIS CRIMINAIS

Roberto Portugal Bacellar
Adriana Accioly Gomes Massa

Introdução

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

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

Da experiência advinda dos Juizados Especiais Criminais (Jecrims) do Paraná, percebe-se que, quanto maior é o envolvimento do indivíduo com o uso de drogas, maior é seu comprometimento no

mundo da ilegalidade, ou seja, é comum que esse indivíduo, dependente ou não, passe a cometer crimes para a manutenção do uso.

Há evidências de eventuais envolvimento de usuários de drogas com crimes como furto, roubo, invasão de domicílio e até outros mais graves, a exemplo do latrocínio, todos previstos no Código Penal brasileiro. A proposta deste texto é descrever a atuação do Poder Judiciário no que concerne ao uso de drogas ilícitas, desde a entrada em vigor da Lei nº 6.368/1976, considerando as alterações posteriores, contidas na Lei nº 9.099/1995, dos Juizados Especiais, até o advento da Lei nº 11.343/2006. Além disso, esta unidade abordará os fundamentos da lógica jurídica em sua atuação com usuários de drogas ilícitas, ressaltando os modelos de Justiça Restaurativa e Retributiva.

Uso de drogas e política criminal

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

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

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

No Brasil, as décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por uma tentativa de controle do uso de drogas. A política de “combate às drogas” previa o envolvimento dos poderes do Estado, por meio do

Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN), atual Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). Nos estados e municípios, havia um desdobramento dessas ações na forma de Conselhos Estaduais e Municipais de Entorpecentes.

Essa política de inspiração norte-americana, até então adotada no Brasil, anunciava um “combate”, uma “guerra contra as drogas”. Sua perspectiva paradigmática se baseava em uma cosmovisão própria e autoritária, partindo do princípio de que é possível existir uma sociedade perfeita, sem conflitos e controlável.

Nos anos 1980, foram notórias a expansão do narcotráfico e sua estruturação como crime organizado, tendo em vista que essa política não dava a devida atenção ao usuário de drogas, pois pouco havia sido feito em termos de atendimento aos usuários de drogas. Como consequência, na década seguinte, observou-se que 134 países notificaram problemas relacionados ao uso indevido de drogas.

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

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



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

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

Hoje não se imagina mais possível uma sociedade ideal, perfeita, que tenha conseguido eliminar o crime e a violência. Sabidamente, banir o crime e a violência é uma missão árdua, se não impossível.

Assimilou-se o conhecimento de que a criminalidade é inerente à sociedade; portanto, deve-se aprender a conviver com ela, procurando meios, formas e modelos para mantê-la em níveis toleráveis.

Para isso, não há um único remédio nem uma única receita, e temos de considerar as muitas variáveis inerentes aos conflitos que ocorrem em uma sociedade complexa e em constante transformação.

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

Nesse sentido, a Política Nacional sobre Drogas nasceu com o propósito de construir uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas.

Os pressupostos da PNAD estão relacionados ao incentivo, à orientação e ao aperfeiçoamento da legislação para a garantia da implementação de fiscalização de ações decorrentes dessa política.

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e a Justiça

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), instituído e descrito formalmente na Lei nº 11.343/2006, não exclui a repressão, mas de maneira adequada separa claramente a figura do usuário de drogas, que necessita de atenção (e será tratado conforme a experiência preventiva dos Jecrims), da figura do traficante, a quem ainda prevalece a ideia da punição (e será tratado conforme a receita repressiva das Varas Criminais tradicionais).

Acompanhando, em relação aos usuários, o processo de humanização do tratamento jurídico do uso de drogas, a nova lei, em seu art. 28, eliminou a tradicional pena privativa de liberdade, propondo medidas socioeducativas. Ocorreu uma inovação consistente na chamada **despenalização**, pela qual o uso de drogas para consumo pessoal continua a ser uma infração penal, mas sem a previsão de quaisquer formas de prisão. Com base nessa ideia, destaca-se uma política criminal humanista, que afasta a aplicação de pena privativa de liberdade nas infrações de menor potencial ofensivo, mantendo-a nas infrações mais graves.

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

Trata-se de algo diferente da descriminalização, que implica retirar determinada conduta do âmbito de preocupação do Direito Penal, ou seja, deixar de tratá-la como crime. O conceito de despenalização, por sua vez, explica-se pela redução do tratamento penal de qualquer forma, podendo revelar-se pela substituição da pena de prisão por penas de natureza menos severa (caso do art. 28 da Lei nº 11.343/2006) ou mesmo pela simples redução da quantidade de pena a ser aplicada.

Muito embora tenha havido significativo avanço na nova legislação sobre drogas, em geral as políticas criminais, como formas de controle social do Estado, ainda se encontram presas ao paradigma retributivo, cerceado dos conceitos de punibilidade, com privação de liberdade, resultando na ineficiência da construção de um sujeito de direitos (objetivo da proposta ressocializadora das políticas criminais dominantes), levando em conta as limitações do acesso às políticas sociais e a própria seletividade das políticas penais.

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

As drogas, a despenalização e a aplicação da Lei nº 9.099/1995 (LJE)

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

Assim, ao usuário é aplicada a Justiça Restaurativa, e ao traficante, a Justiça Retributiva. Vamos nos ater aqui aos usuários de drogas para consumo pessoal, a quem poderão ser aplicadas as

medidas despenalizadoras dos Juizados Especiais constantes na Lei nº 9.099/1995 (LJE), conforme o procedimento que será explicado a seguir.

Os usuários de drogas ilícitas (dependentes ou não), após lavratura de termo circunstanciado pela autoridade policial (civil ou militar), serão encaminhados aos Jecrims, instituídos pela Lei nº 9.099/1995, e lá poderão ser beneficiados com as medidas despenalizadoras da transação penal e da suspensão condicional do processo. A transação penal (art. 76 da LJE) consiste na possibilidade de o promotor de justiça, tendo elementos para promover uma acusação formal contra o usuário (denúncia), propor, antes disso, a aplicação de medidas alternativas, penas restritivas de direito ou multa. Dentre essas medidas propostas, além da tradicional prestação de serviços comunitários, pode estar a de frequentar programas ou cursos educativos. Aceita a proposta, ela é homologada pelo juiz e, quando cumprida, extingue-se a punibilidade.

A suspensão condicional do processo (art. 89 da LJE) também é requerida pelo promotor de justiça por ocasião do oferecimento da denúncia. São estabelecidas algumas condições que, uma vez aceitas pelo autor do fato, permitem que o juiz, ao receber a denúncia, suspenda o processo de dois a quatro anos. Dentre essas condições, além da reparação do dano (salvo impossibilidade de fazê-lo), proibição de frequentar determinados lugares, comparecimento pessoal e obrigatório ao juízo todos os meses e proibição de ausentar-se da comarca sem autorização do juiz, igualmente pode estar a de frequentar programas ou cursos educativos.

Vejamos a previsão relativa aos usuários de drogas para consumo pessoal na Lei nº 11.343/2006:

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

I – advertência sobre os efeitos das drogas;

II – prestação de serviços à comunidade;

III – medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

A aplicação dessas penas requer olhar atencioso, pois, sem abordagens técnicas adequadas ao usuário de drogas, elas podem ser banalizadas, como já ocorreu com a aplicação generalizada de cestas básicas no caso dos crimes de menor potencial ofensivo.

Uma das inovações que merecem destaque é a advertência sobre os efeitos das drogas prevista no inciso I do art. 28.

Em um programa iniciado nos Jecrimis de Curitiba (PR), essa medida, entre outras, passou a ser aplicada com base em um conhecimento científico multidisciplinar. O programa se utiliza de técnicas e abordagens específicas no atendimento dos usuários de drogas. Tal experiência foi motivada pelo alarmante índice de condenações e posterior reincidência nos frequentes casos de utilização de drogas para consumo pessoal.

Com base na conclusão inicial dirigida a orientar a aplicação de uma técnica padrão para a abordagem de usuários e dependentes de drogas, por ocasião das audiências preliminares (individuais), foram estabelecidas algumas premissas.

Nos grupos de trabalho criados para discutir o assunto, os especialistas informaram que, em muitos casos, a primeira pessoa com

quem o usuário falará seriamente sobre o assunto poderá ser o juiz ou o promotor de justiça. Por isso, se a primeira abordagem desses operadores do direito for referenciada por padrões técnicos, há melhores chances de prevenir (**prevenção secundária**), dar atenção e reinserir o usuário ou dependente na sociedade, alcançando a desejada recuperação com evidente diminuição da reincidência.

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

Plano piloto nos Juizados Especiais Criminais (Jecrim): prevenção ao uso de drogas

Antes ainda da publicação da Lei nº 11.343/2006, iniciou-se uma pesquisa destinada a identificar o perfil básico dos usuários dos Jecrim de Curitiba. Constatou-se que o uso de drogas foi a infração que apresentou o maior índice percentual de beneficiários da transação penal. Também verificou-se que mais de 70% dos casos de reincidência na Justiça envolviam o uso de drogas. Com o consumo de drogas, a rede social pessoal era alterada, prevalecendo as relações com outros usuários e deixando cada vez mais restritos os vínculos anteriormente estabelecidos, como os decorrentes das relações de trabalho, estudo e família. Para manutenção do uso de drogas e, algumas vezes, para sustentar a dependência, o indivíduo passava a furtar pequenos objetos dentro de casa e, posteriormente, em sua comunidade. Do furto, caminhava para outros crimes mais graves, em uma espiral destrutiva (escalada da violência).

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

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

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

Além disso, constatou-se que a droga ilícita mais utilizada era a maconha, seguida do crack. Essa realidade é condizente com o V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, promovido pela SENAD em parceria com o CEBRID, que verificou que na região Sul as drogas ilícitas mais utilizadas pelos estudantes, excetuando o álcool e o tabaco, foram a maconha e a cocaína.

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

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

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

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

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

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

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

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

A entrevista motivacional é uma abordagem criada para ajudar o indivíduo a desenvolver um comprometimento e a tomar a decisão de mudar.

“Experimentação: uso ocasional, para satisfazer a curiosidade ou integrar-se a um grupo; uso: consumo moderado que não expõe o indivíduo ou o grupo a situações de risco para a sua saúde física ou psicológica e do qual não advém problema social; abuso: situação em que o consumo causa danos à saúde física, psíquica ou social do indivíduo ou o expõe a riscos; dependência: uso compulsivo, priorização do seu consumo em detrimento dos danos que causa e de outros interesses pessoais, sociais ou profissionais” (MALUF, 2002, p. 23-24).

- Promover ações político-sociais voltadas ao enfrentamento do uso de substâncias psicoativas.

Para melhor adequação das alternativas penais voltadas aos usuários de substâncias psicoativas e como maneira de resolver o “problema de fundo” no qual estes se encontram, criou-se a Oficina de Prevenção ao Uso de Drogas (OPUD), de caráter socioeducativo, condizente com a realidade e com as necessidades por eles apresentadas. A frequência a essa oficina é uma das condições introduzidas pelos operadores de direito na aplicação das medidas despenalizadoras da transação penal e da suspensão condicional do processo.

A Oficina de Prevenção ao Uso de Drogas realizada nos Jecrimis de Curitiba, com duração de 13 horas, em cinco encontros semanais, conta com uma equipe multidisciplinar, formada por médicos, psicólogos, sociólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais.

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

Esse trabalho tem como base o entendimento de que o universo relacional do indivíduo compreende todo o contexto no qual ele está inserido. As redes sociais pessoais se referem à soma de todas as relações que ele percebe como significativas, contribuindo para a construção de sua autoimagem e desempenhando papel fundamental na construção de sua identidade.

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

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

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

Houve significativa diminuição da repetição de conduta infracional, com estabilização dos percentuais em índices muito inferiores àqueles verificados anteriormente, na perspectiva da Justiça Retributiva. A utilização de práticas restaurativas foi fundamental nos trabalhos dos Jecrims por meio da prevenção ao uso de drogas (prevenção secundária), pois conseguiu interromper a escalada da violência com a restauração das relações pessoais e sociais.

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

Em vez de punir o criminoso, a ideia de reparar ou amenizar os danos gerados pelo crime está sendo construída por meio da Justiça Restaurativa, e esta pode ser entendida como um novo paradigma que busca restaurar relações conflituosas pelo consenso e com o envolvi-

mento da comunidade, amparado por uma rede social, que participa ativamente da construção de resoluções de conflitos, visando à cura das feridas sociais, dos traumas e perdas causados pelo crime.

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

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

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

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

e comunidade, com o intuito de buscar soluções que promovam reparação, reconciliação e segurança.

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

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

Investir na prevenção ao uso de drogas é investir na educação para a vida, ou seja, ensina-se o indivíduo a conviver com drogas lícitas e ilícitas em condições de optar por uma vida mais saudável e lúcida. Como afirma Maluf (2002, p. 19), prevenir é “todo e qualquer ato que tem como objetivo chegar antes que determinado fato aconteça, ou seja, precaver”. Para tanto, é necessário também um trabalho de redefinição ou construção de um plano de vida.

Tanto a prevenção ao uso de drogas como a Justiça Restaurativa se propõem desenvolver um trabalho restaurador, emancipador do ser humano, entendendo que o crime ou o uso de drogas estão relacionados a determinada situação, a um contexto muito mais amplo que o próprio fato em si. Nesse aspecto, a educação preventiva pode facilitar a socialização, ou seja, possibilitar a ampliação da rede social do indivíduo, tornando mais complexo o processo de desenvolvimento interpessoal, o que, segundo Vygotsky (1998), auxilia no desenvolvimento cognitivo, pois a ação transformadora do processo intrapessoal se dá por meio do desenvolvimento do relacionamento interpessoal.

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

Considerações finais

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

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

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

Apresentou-se ainda, como exemplo, o modelo de Justiça aplicado no âmbito dos Jecrims de Curitiba, que ao utilizar uma proposta preventiva de caráter socioeducativo transforma a Justiça criminal em um grande “hospital de relações humanas”, com o intuito de promover, de maneira descentralizadora e por meio de redes

cooperativas, a pacificação social, propiciando autonomia ao jurisdicionado, e a restauração de relações sociais conflituosas em vez da perda da liberdade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACELLAR, R. P. **Juizados Especiais: a nova mediação paraprocessual**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2003.

BEATTIE, M. **Codependência nunca mais: pare de cuidar dos outros e cuide de você mesmo**. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

FORWARD, S.; BUCK, C. **Pais tóxicos: como superar a interferência sufocante e recuperar a liberdade**. Trad. Rose Nânime Pizzinga. 2. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1990.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: CEBRID – UNIFESP, 2004.

GOMES, L. F. et al. **Lei de Drogas comentada: Lei 11.343/2006**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2007

MALUF, D. P. et al. **Drogas: prevenção e tratamento: o que você queria saber e não tinha a quem perguntar**. São Paulo: CL-A Cultural, 2002.

MASSA, A. A. G.; BACELLAR, R. P. A dimensão sociojurídica e política da nova Lei sobre Drogas (Lei 11.343/2006). **Revista IOB de Direito Penal e Processual Penal**, v. 9, p. 177-195, 2008.

_____. **A interface da prevenção ao uso de drogas e o Poder Judiciário**. 2º Seminário sobre Sustentabilidade, 2007. CD-ROM 1.

MINAYO, M. C. S. *Sobre a toxicomania da sociedade*. In: BAPTISTA, M.; CRUZ, M. S.; MATIAS, R. **Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito**. v. 2. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003.

SCURO, P. et al. *Justiça restaurativa: desafios políticos e o papel dos juízes*. In: SLAKMON, C.; MACHADO, M. R.; BOTTINI, P. C. (Org.). **Novas direções na governança da Justiça e da segurança**. Brasília: Ministério da Justiça, 2006. v. 1, p. 543-567.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. Trad. Claudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. Trad. José Cipolla Neto. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

ZEHR, H. **Trocando as lentes: um novo foco sobre o crime e a Justiça**. Trad. Tônia Van Acker. São Paulo: Palas Athena, 2008.



RESUMO DA AULA

A atual Política Nacional sobre Drogas foi implantada em 2005 e representou, de certa forma, uma ruptura com o modelo anterior, baseado na ideologia da guerra ou combate às drogas a todo custo. Há muitas propostas para lidar com esse problema, o qual não apresenta solução definitiva, mas requer maior harmonia e tolerância no tratamento legal e policial.

Nesse sentido, muitas foram as normas de conteúdo despenalizador em relação ao usuário que se sucederam no tempo, e a previsão do art. 28 da Lei nº 11.343/2006 é exemplo disso. Porém, em alguns lugares percebeu-se que seria necessária uma abordagem mais técnica para lidar com o problema, requerendo a capacitação de servidores e uma análise multidisciplinar de cada caso concreto, a fim de encontrar a solução mais adequada. Dessa maneira, em 2005 criou-se, em Curitiba, o programa de atenção sociojurídica às pessoas envolvidas com uso de substâncias psicoativas, que visa a demonstrar compreensão do problema do usuário para fazer com que este também o compreenda. Essa forma de buscar uma solução para um problema tão complexo se utiliza de métodos da Justiça Restaurativa como ferramenta essencial, privilegiando relações humanas em vez de meras relações de poder no Judiciário, e tem apresentado sucesso satisfatório.

Na próxima unidade, serão apresentadas considerações sobre drogas, adolescência, criminalidade e suas inter-relações e o tratamento jurídico dedicado à questão.



EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. A atual Política Nacional sobre Drogas:

- a. Concentra esforços na punição de traficantes e de usuários.
- b. Almeja um mundo em que não haja conflitos sociais nem uso de drogas.
- c. Rompe com o obsoleto modelo punitivista, apresentando um viés mais humanista no tratamento legal do usuário.
- d. Foi criada em 1976, com a aprovação da Lei nº 6.368.
- e. Deriva da ideologia de tolerância zero norteadora de ações de repressão a pequenos delitos nos Estados Unidos.

2. Sobre a experiência paranaense acerca do tratamento jurisdicional para o usuário de drogas, é INCORRETO afirmar que:

- a. Dedicar especial atenção à imposição da pena de advertência ao autor do fato.
- b. Foi motivada, em grande medida, pelos altos índices de reincidência verificados entre acusados de porte de drogas para uso próprio.
- c. Privilegia a pena de multa antes de qualquer outra.
- d. Decorreu de discussões mantidas no âmbito de grupos de trabalho especialmente criados para esse fim.
- e. Tem por finalidade principal prevenir a reiteração delitiva do usuário de drogas, a qual se tenciona atingir por meio do envolvimento de servidores públicos e sociedade civil com o problema, abordando-o de maneira preparada tecnicamente para dedicar atenção e compreensão ao indivíduo.

INTERFACE ENTRE DROGAS, CRIMINALIDADE E ADOLESCÊNCIA: NOTAS PARA COMPREENSÃO DO MODELO LEGAL VIGENTE

- Definição de “droga” e critérios de agrupamento
- Adolescência e puberdade: diferenciação
- Adolescência e uso de drogas: contexto histórico
- Adolescência e criminalidade: comparação de gêneros, sistemas de justiça juvenil, relação entre drogas e criminalidade e entre uso de drogas e ato infracional e estratégias de atendimento ao adolescente usuário de drogas autor de ato infracional

MÓDULO

VI

INTERFACE ENTRE DROGAS, CRIMINALIDADE E ADOLESCÊNCIA: NOTAS PARA COMPREENSÃO DO MODELO LEGAL VIGENTE

Flavio Américo Frasseto
Luciene Jimenez

Introdução

O uso de drogas tem sido discutido em diferentes instâncias e tematizado em inúmeras pesquisas abordando suas múltiplas dimensões. Busca-se desde a compreensão dos motivos que levam ao uso até formas de prevenção e tratamento eficazes.

A dimensão e a complexidade do uso e do comércio de drogas, legais e ilegais, na contemporaneidade, reclama, em sua abordagem, uma necessária aliança entre universidades, centros de pesquisa, agências formuladoras e executoras de políticas públicas, profissionais da área, usuários de drogas e familiares, distribuindo-se coletivamente a responsabilidade entre todos.

Quando o tema “uso de drogas” é associado à adolescência, os contornos da problemática parecem se adensar. A droga é vista como potencializadora da crise natural da adolescência, intensificando conflitos, comportamentos desajustados e inconsequentes, com forte impacto para os próprios jovens, familiares e sociedade.

No limite, essa associação ganha contornos apavorantes, vinculando-se o uso da droga (principalmente das drogas ilegais) a uma escalada veloz e irreversível, de total alienação do sujeito e até de envolvimento com crimes, prostituição, violência e todo tipo de



adversidade que condenaria os adolescentes a um final rápido e infeliz. Tudo isso sem que se disponha de instrumentos técnicos e jurídicos orientando políticas públicas eficientes para enfrentar e “vencer” o problema.

O presente texto, panorâmico e exploratório, espera referenciar a compreensão do campo, permitindo, aos que nele atuam, um fazer profissional crítico, eficaz e que respeite os direitos humanos. Após breves considerações sobre drogas, adolescência, criminalidade e suas inter-relações, serão apresentados alguns pontos controversos do tratamento jurídico dedicado à questão, apontando-se o que se deve evitar e o que cabe a cada um promover.

Drogas

A palavra “droga”, do holandês antigo “*droog*”, significa “folhas secas”, evidenciando sua relação com o uso de plantas medicinais. Na Grécia Antiga, utilizava-se “*pharmakon*” para se referir tanto a remédio como veneno, mostrando a dubiedade histórica presente no termo.

A definição da Organização Mundial de Saúde, datada de 1981 e ainda vigente, considera droga qualquer substância exógena ao organismo com propriedade para atuar em um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento.

No Brasil, a Portaria nº 344/1998 do Ministério da Saúde e suas atualizações trazem a relação das substâncias consideradas “drogas” em território nacional, cuja produção e comercialização são controladas por meio de restrições ou proibição. A diversidade de substâncias é expressiva e inclui os psicoativos que agem no sistema

nervoso central e podem alterar a percepção, a consciência, a vontade e/ou os comportamentos. Há substâncias psicoativas ilegais, como a maconha e a cocaína e seus derivados, e outras passíveis de prescrição médica, como os benzodiazepínicos, amplamente utilizados por mulheres adultas e idosos (FOSCARINI, 2010) sem que, para o senso comum, sejam tratados como “drogas” propriamente ditas.

As drogas podem ser agrupadas a partir de diferentes critérios, como pela ilegalidade ou legalidade do uso ou do comércio ou pelos aparentes efeitos provocados no organismo – drogas depressoras, estimulantes ou perturbadoras (NICASTRI, 2011).

Olmo (1999) propõe quatro grupos distintos: drogas institucionalizadas ou legais (tabaco, cafeína, álcool etc.), as drogas farmacêuticas, as drogas industriais (solventes, aerossóis etc.), as drogas proibidas ou clandestinas (maconha, cocaína etc.). Podemos agregar ainda as chamadas drogas enteógenas – palavra que significa “trazer o sagrado para si” – utilizadas para rituais místicos (*salvia divinorum*, *ayahuasca* etc.).

O uso de drogas é uma prática universal e milenar, voltada para os mais diversos fins, como religiosidade, cura, magia e lazer, sem associação a algo essencialmente problemático. Muitos têm se dedicado ao estudo das drogas a partir do ponto de vista histórico, como parte da experiência humana, com finalidades diversas em diferentes culturas e momentos históricos.

Alguns estudiosos ponderam que o poder da substância não elimina necessariamente a capacidade do sujeito, dominando-o ou subjugando-o a seus efeitos nocivos. Zinberg (1984), por exemplo, desmistificou o uso da heroína, acompanhando usuários que mantinham uma vida considerada normal, sendo o consumo da droga apenas uma entre várias outras atividades de seu cotidiano.

Na primeira metade do século XX, o uso ocasional ou controlado recebeu pouca atenção dos pesquisadores que tenderam a interpretá-lo como uma etapa para o uso compulsivo. Foi apenas a partir da década de 1970 que o chamado “uso controlado” se tornou objeto de atenção da comunidade acadêmica. Donas de casa, gerentes de banco, médicos, professores, entre outros, são personagens dificilmente associados ao uso de drogas, ainda que o façam. Foi a dimensão problemática do consumo – no padrão daqueles cuja vida se organiza em função de obter e utilizar a droga – que ganhou destaque nas pesquisas e no imaginário social. Tudo isso favoreceu a construção da ideia, muito distribuída, de que o uso de drogas – especialmente as ilícitas – estaria sempre relacionado à autodestruição do indivíduo e à corrupção da sociedade.

Atualmente há uma tendência de se acreditar que a chamada “escalada das drogas”, na qual os sujeitos iniciam com drogas “leves” e dosagens pequenas e passam gradativamente para um uso intensivo de drogas consideradas mais “pesadas”, não é inevitável, mas se torna realidade apenas para uma parcela pequena entre todas as pessoas que experimentam alguma droga na vida.

Se por um lado tal constatação desmistifica o poder das substâncias sobre a capacidade humana de manter a autonomia, por outro lado deixa em aberto quais serão os usuários (muito numerosos, ainda que minoritários) que darão sequência ao padrão de uso considerado problemático.

Não se trata, portanto, de minimizar o problema, mas de contextualizar e inserir nele as subjetividades inerentes ao ser humano e, com elas, a pluralidade de relações possíveis de se manter entre o sujeito e as drogas. Ao procedermos desta forma, observamos que o momento da experimentação é de fundamental importância e

sobre o qual é preciso adensar a pesquisa para melhor orientar as estratégias de prevenção. Muitos apontam a adolescência como época principal de experimentação e pré-configuração dos diversificados padrões de uso ao longo da vida.

Adolescência

A puberdade – que não se confunde com adolescência – é uma fase do ciclo vital caracterizada por mudanças físicas, tais como aumento da massa corporal, surgimento das características sexuais secundárias e maturação sexual, decorrentes do aumento da produção de alguns hormônios. A puberdade é um evento orgânico, biológico, o que quer dizer que suas manifestações, de modo geral, independem de fatores sociais ou subjetivos e acontecem de modo relativamente similar para todos os indivíduos.

O mesmo não se pode dizer da adolescência, categoria histórica e fenômeno social, cultural e psicológico complexo, com mudanças importantes em suas expressões dependendo do momento histórico, do lugar e da classe social.

A palavra “adolescência” é recente na história, aparecendo entre os séculos XVIII e XIX, cuja origem latina, “*adolescere*”, quer dizer “crescer” ou “adoecer”. Este período, considerado de passagem entre a infância e a idade adulta, vem sendo ampliado progressivamente, gerando um tempo de adiamento para a conquista da autonomia que se daria por meio da entrada no mercado de trabalho e da independência financeira.

Diversos autores têm enfatizado os conflitos familiares, as turbulências e as dificuldades presentes nesta fase por causa da busca



da identidade e da autonomia em relação às figuras paternas e tendem a considerar esta fase como universal. No entanto, não convém sobrepor adolescência e puberdade, tampouco tomá-las como sinônimos. Em diferentes tempos e culturas, existiram formas distintas de compreender e lidar com as transformações orgânicas decorrentes dos hormônios. Por outro lado, em uma mesma cultura ou sociedade, coexistem adolescências vivenciadas em suas especificidades, dependendo da posição social do adolescente, bem como dos bens e serviços de que desfruta, tais como educação, saúde e trabalho, entre outros.

O adolescente brasileiro de classe média que vivencia moratória de preparação para o ingresso no mercado de trabalho, inicia sua vida sexual e afetiva e expande suas redes sociais para além dos laços familiares não pode ser comparado ao adolescente das periferias, que desde a infância contribui para a manutenção da casa e para o cuidado com seus irmãos mais novos. Por sua vez, ambos serão diferentes de adolescentes indígenas, ciganos tradicionais ou daqueles cuja família professa alguma ortodoxia religiosa. Assim, podemos afirmar que existem diferentes adolescências, cujos significados e períodos são muito distintos dependendo de vários fatores.

A compreensão psicossocial da adolescência é contrária à ideia evolucionista da adolescência como momento ou etapa da evolução e propõe apreendê-la enquanto agenciamento do processo social e histórico humano ou construção social e cultural que desencadeia efeitos psicológicos distintos.

Em síntese, podemos dizer que entre o marcador orgânico e hormonal da puberdade e a adolescência como formação psíquica e social, existe um abismo que deve ser ultrapassado por mediações simbólicas. A adolescência, como passagem do mundo infantil para o

adulto, nunca se completou plenamente apenas a partir das mudanças biológicas ou orgânicas e sempre precisou de rituais presentes em todas as sociedades (BIRMAN, 2009).

De uma forma geral, a adolescência é socialmente representada como uma espécie de não lugar – território de passagem entre duas etapas bem definidas: a infância, marcada pela dependência, e a vida adulta, marcada pela autonomia. Nem criança nem adulto, mas ao mesmo tempo um pouco dos dois, o adolescente ocupa uma posição ambígua que se reflete na forma como ele se vê e, sobretudo, na forma como é tratado pelo adulto. Em um mundo que valoriza a busca frenética por manter-se jovem, a adolescência é alvo de idealização, mas não deixa de perder, paradoxalmente, sua dimensão crítica de “aborrescência” (CALLIGARIS, 2000).

Adolescência e uso de drogas

A adolescência, em nosso contexto histórico e cultural, tem sido associada à fase na qual se iniciam os primeiros contatos com as drogas. O menor controle parental, a influenciabilidade pelos grupos de pares, a busca por novas experiências e sensações, o trabalho de construção da própria identidade e a necessidade estressante de afirmação e de dar conta de diversificadas exigências são situações que predisporiam o adolescente à experimentação e ao uso contínuo de drogas. Somam-se a isso outros fatores específicos de risco ou vulnerabilidade, como ser do sexo masculino, conflitos intensos nas relações familiares, inabilidade nas relações sociais, facilidade de acesso às drogas, evasão escolar etc. (PRATTA; SANTOS, 2006; VASTERS; PILLON, 2011).

Por outro lado, há autores que destacam a estreita relação entre a motivação para a experiência psicoativa e a subjetividade de cada indivíduo, considerando também o contexto no qual se dá tal experiência. Delmanto (2013), por exemplo, retoma Baudelaire (1821-1867), que em seu “Poema do Haxixe” sugere considerar o momento adequado para o uso da droga, evitando fazê-lo em situações de tristeza ou dor, pois a droga que pode ampliar as sensações prazerosas, também o faz com o sofrimento.

A relação entre o uso e o contexto de uso foi o tema central das pesquisas de Zinberg (1984), para quem não existe a noção de dependência de uma determinada droga, mas a repetição ou a compulsão ao uso resultante de uma dinâmica sempre complexa e mediada pelas condições e interações entre o contexto, a droga e o momento do sujeito. Para alguns esta experiência pode encerrar-se ou repetir-se esporadicamente, enquanto outros podem desenvolver o uso intenso ou problemático com graves consequências para sua vida.

Segundo Carlini et al. (2010), diferentes países têm monitorado periodicamente por meio de levantamentos epidemiológicos a magnitude do uso de drogas e dos riscos associados entre estudantes, com a finalidade de orientar intervenções preventivas e subsidiar políticas. No Brasil, o “VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino”, publicado no ano de 2010, indicou que

álcool e tabaco são as drogas de maior prevalência de uso na vida, em todas as capitais, seguidas pelos inalantes. O crack não é uma droga de destaque entre estudantes. As prevalências de consumo diferem substancialmente entre as regiões. Alunos de escolas particulares apresentam maior prevalência de uso de drogas para os padrões de

uso na vida e ano, porém os de escola pública apresentam maiores índices de uso pesado, quando comparados os de escolas particulares. [...] Vale destacar que os estudantes brasileiros não figuram entre os que mais consomem drogas quando comparados com estudantes da América do Sul, Europa e América do Norte. No comparativo internacional, o Brasil apresenta índices baixos de consumo de tabaco, crack e maconha, porém, aparece como um dos maiores consumidores de inalantes. (CARLINI et al., 2010, p. 413).

Adolescência e criminalidade

Cesar (2005) lembra como a ideia de adolescência esteve, desde seu início, relacionada à delinquência e a seu contramodelo idealizado. Para os rapazes, o risco do vício, dos pequenos furtos, da ociosidade; para as moças, o desregramento sexual. A partir do século XX, o discurso da Psicologia legitimou esta fase da vida como um momento de crise, conflito e desajuste, marcado pela transgressão e testagem dos limites. A crítica aos padrões estabelecidos, como marca da adolescência e da juventude, pôs esses grupos etários a serviço de revoluções e contestações – não raramente violentas – da ordem vigente. Essa mesma tendência transgressora estaria por trás de certa vulnerabilidade maior desse grupo etário a comportamentos criminosos. A imaturidade, inconseqüência, influenciabilidade e deficitária consciência moral também explicariam a ideia de certa onipresença de violações penais nessa faixa etária.

Ainda que muitos desses traços não passem de representações sociais estereotipadas e generalizantes, isso resulta em uma percepção social arraigada – alimentada pela grande mídia – do fenômeno em torno de três ideias, que Volpi qualifica como mitos: adolescentes

são os responsáveis pela maior parte dos crimes, são autores dos crimes mais graves e não são punidos pela lei. Estudos mostram que as duas primeiras ideias não são comprovadas estatisticamente: a participação de adolescentes nos delitos ficaria em torno de 10%, e a maioria das transgressões são de pequeno potencial ofensivo. Já a terceira ideia tem relação com as características peculiares do sistema oficial de respostas à infração na adolescência, conforme trataremos posteriormente. As duas primeiras ideias, ainda que não confirmadas, tem forte impacto na configuração do sistema de respostas.

Os diferentes sistemas de justiça juvenil

Desde o final do século XIV, vigora no mundo ocidental a ideia de que “menores” que praticam crimes devem receber penas distintas às aplicadas a adultos. Desde então, o “não adulto” autor de um delito vem tratado por um arcabouço legal e institucional próprio, incluindo uma Justiça especializada. Sem discordar da necessidade de um tratamento diferenciado, hoje prescrito na Convenção Internacional Sobre os Direitos da Criança, as experiências internacionais no atendimento de adolescentes autores de infração gravitam entre dois polos, que conformariam as formas puras de dois modelos de Justiça Juvenil conhecidos como “modelo de Justiça” e “modelo de bem-estar social” (HAZEL, 2008).

No primeiro modelo, a resposta seria definida em função das necessidades pessoais do infrator. Importa mais os motivos que levaram o jovem a infracionar do que a infração propriamente dita, resultando a intervenção em um esforço para neutralizar os fatores associados ao comportamento delitivo, por meio de ações de promoção social, educação ou tratamento. O segundo modelo, mais

próximo do sistema penal de adultos, toma mais a infração como eixo central do que o infrator. A resposta seria definida, sobretudo, a partir de gravidade, circunstâncias e consequências da infração, obedecendo a critérios de proporcionalidade e objetivando primordialmente a desaprovação da conduta transgressora e a responsabilização de seu autor, tido como capaz de responder por seus atos ainda que de forma distinta do adulto (Ibid.).

Esses dois modelos refletem a referida posição de ambiguidade associada à condição de adolescente, ora tratado como criança, e portanto alvo de proteção e cuidado, ora tratado como adulto, e assim apto a assumir as responsabilidades pelos seus atos ilícitos suportando as respectivas sanções.

Na prática, nenhum país adota um modelo puro, ainda que um ou outro se incline mais ou menos em direção a um desses dois grandes polos. No Brasil, o regramento hoje vigente em matéria de adolescente autor de ato infracional incorporou traços de ambos os modelos, como se deduz dos objetivos da medida socioeducativa anunciados no art. 1º, §2º da Lei nº 12.594, de 2012:

I - a responsabilização do adolescente quanto às consequências lesivas do ato infracional, sempre que possível incentivando a sua reparação;

II - a integração social do adolescente e a garantia de seus direitos individuais e sociais, por meio do cumprimento de seu plano individual de atendimento;

III - a desaprovação da conduta infracional, efetivando as disposições da sentença como parâmetro máximo de privação de liberdade ou restrição de direitos, observados os limites previstos em lei.

Os incisos I e II inclinam-se na direção do modelo de Justiça e o inciso II revela forte relação com o sistema de bem-estar. A característica eclética de nosso sistema induz a diversificados dilemas na tarefa

de aplicação da lei e na conformação das propostas de atendimento, resultando em divergências interpretativas de alto impacto, muitas delas ainda não resolvidas, como se mostrará mais adiante ao se tratar especificamente dos temas que vinculam droga a ato infracional. O caráter híbrido do sistema também o torna vulnerável a críticas de toda ordem, especialmente aquelas que levianamente o reduzem à sua dimensão protetiva e garantidora de direitos dos infratores, apregoando a intensificação das respostas ou o rebaixamento da maioria penal.

As relações entre droga e criminalidade/violência

Como foi visto, na aplicação e execução de medidas aplicadas ao adolescente autor de ato infracional, interessa tanto a natureza da infração praticada como as causas, os fatores determinantes da infração. As drogas ocupam, na literatura especializada e no senso comum, o papel de um relevante fator de risco para o envolvimento infracional, de modo que convém explorar um pouco mais a relação entre drogas e criminalidade.

Três formulações são inicialmente possíveis para explicar tal relação. A primeira delas seria de que a droga causa o comportamento delitivo; a segunda, de que o comportamento delitivo é que favorece o uso de drogas; a terceira, de que não existe relação causal entre uso e crime, ambos resultantes de outros fatores comuns.

Otero Lopez (1996, apud OLMO, s/d), ao examinar os estudos até então produzidos para elucidar cientificamente esta questão, conclui, afirmando que o panorama é ainda inconclusivo:

A literatura existente é tanta, e os métodos utilizados para abordar o problema da relação droga-delinquência são tão variados, que é difícil identificar o que se conhece. Essa relação varia em função de fatores como idade e sexo dos sujeitos investigados, tipo de droga, padrão de consumo, como se define delinquência, qual método de pesquisa utilizado. O único consenso existente é que a relação existe, mas a natureza da vinculação permanece inespecífica e controversa. Não é possível responder o quê causa o quê.

Goldstein (1985) identifica, para criticá-los, três grandes modelos que explicariam a droga como produtora da criminalidade. Na perspectiva **psicofarmacológica**, o uso de drogas favoreceria o comportamento delitivo na medida em que altera os padrões habituais de funcionamento psíquico do consumidor, tornando-o irritável, irracional, impulsivo ou inconsequente. Sob efeito de drogas, pessoas se tornam, por exemplo, violentas ou negligentes, maridos agridem mulheres, discussões resultam em lesões corporais ou homicídios, motoristas provocam acidentes de trânsito. Álcool e barbitúricos seriam drogas mais diretamente relacionadas a este tipo de criminalidade, que atingiria igualmente todas as classes sociais. Contudo, embora seja inegável que os estados mentais desencadeados pelas drogas possam favorecer esse tipo de criminalidade, a verdade é que não se mostra possível estabelecer uma relação causal direta entre o consumo e o crime, uma vez que nenhuma droga possuiria propriedades criminógenas universais, ou seja, desencadearia comportamentos delinquentes sempre que consumidas. Assim, não se pode dizer que a droga produza o crime, mas que ela, assim como uma infinidade de outros fatores de ordem cultural, psicológica, situacional etc. compõe um extenso mosaico de condições geradoras da conduta. Uma política de prevenção desse tipo de crime não pode centrar-se exclusivamente na repressão ou dificultamento do uso de drogas.

No modelo explicativo **econômico-compulsivo**, por outro lado, os usuários de drogas praticariam crimes, majoritariamente contra o patrimônio, a fim de obter recursos para aquisição de drogas.

A compulsão pelo uso levaria a pessoa, desesperada, a cometer roubos, furtos, estelionatos etc. porque não pode ficar sem as drogas e precisa pagar por elas. A tais crimes estão associadas drogas que combinam custo elevado com alto potencial de dependência, como heroína e cocaína. O crack, ainda que barato, se insere neste contexto, dados os elevados padrões de consumo de grande parte de seus usuários. O problema desse modelo explicativo resulta do fato de que não é propriamente a droga e a compulsão por seu consumo que geram a criminalidade, mas o fato de seus usuários não poderem pagar por ela. Usuários que dispõem de recursos econômicos ou têm acesso gratuito às drogas não cometerão delitos. No limite, crimes como esses se agregam a muitos outros em cuja base necessária, ainda que não suficiente, encontram-se as diversificadas formas de exclusão social. Políticas de redução de danos que implicam fornecimento controlado de drogas aos usuários podem ter um bom impacto na redução dessa modalidade de crime, novamente demonstrando que a droga não é sua causa.

O terceiro bloco explicativo, chamado **sistêmico**, refere-se àquela parcela substantiva da criminalidade produzida pelos padrões de interação dentro dos sistemas de tráfico e distribuição de drogas ilegais. Tem a ver com os crimes associados à disputa de pontos de produção, processamento e distribuição de drogas e insumos para produzi-las, eliminação de informantes, garantia de obediência aos subordinados, punição por dívidas e corrupção policial e política, entre outros. Envolve todos os tipos de drogas ilícitas, sendo tanto mais violenta e intensa quanto maiores os ganhos e mais complexo o processo de produção. Ainda que seja visível a disseminação desse

tipo de criminalidade, responsável pela morte violenta de grande contingente de adolescentes, não se pode dizer que ela decorra diretamente da droga. Ela é inerente a todo tipo de mercado ilegal com forte pressão de demanda. Em uma palavra esse tipo de crime não é promovido pela droga em si, mas por sua proibição. Aqui, para além da simples declaração de “guerra às drogas”, trazer o uso ou comércio de pelo menos parte delas à legalidade poderia reduzir o problema.

As reflexões de Goldstein permitem problematizar as relações simplificadoras que atribuem às drogas protagonismo e prevalência na determinação de diversas formas de criminalidade, inclusive na adolescência, realçando aspectos que o discurso da “droga maldita” como fonte primária de todo mal objetiva, consciente ou inconscientemente, encobrir.

Contudo, isso não significa que o uso de drogas, especialmente em seus padrões mais severos (dependência, uso problemático, uso pesado etc.) não seja fonte de incalculável sofrimento para usuários, familiares e comunidade, a merecer enfrentamento racional, persistente e eficaz. Também não significa que em muitos casos, efetivamente, o comportamento criminal não seja o sintoma, dentre muitos outros, de um quadro persistente de uso compulsivo cujo tratamento se mostra a estratégia absolutamente irrenunciável de prevenção da reincidência, quadro esse cuja consideração deve ser decisiva na aplicação e execução da medida aplicada.

Diante do que foi até agora considerado, na sequência, serão apresentados alguns dos pontos mais críticos da aplicação da lei diante de situações que envolvem o adolescente, o ato infracional e as drogas.



Ato infracional de tráfico de drogas e a medida socioeducativa de internação

Salta aos olhos, como primeira questão emergente, a grande quantidade de adolescentes no Brasil que cumprem medida socioeducativa de internação pela prática de ato infracional equiparado a tráfico de drogas. Dados recentes do Conselho Nacional de Justiça apontam que, na região Sudeste, um terço (32%) dos internos cumpre medida pelo cometimento desse tipo de infração (CNJ, 2012), perdendo apenas para o roubo.

No Estado de São Paulo, o percentual de participação desse tipo de ato como motivo de internação cresceu de 20% em 2005 para 42% em 2012. Não há pesquisas confiáveis que expliquem satisfatoriamente esse crescimento. Muitas hipóteses podem ser levantadas, sendo provável o concurso de mais de uma delas para compor o quadro explicativo do fenômeno:

- aumento da participação de adolescentes no tráfico;
- aumento da repressão policial ao tráfico (aumento das denúncias);
- aumento da repressão ao tráfico praticado por adolescente;
- diminuição drástica, especialmente em São Paulo e algumas regiões, da taxa de homicídios de adolescentes (não estão morrendo, estão indo preso);
- mudança na qualificação jurídica de fatos como traficância (impossibilidade de prisão por porte);
- excessivo rigor dos juízes na aplicação da medida.

Em relação a este último aspecto, vale lembrar que o Estatuto da Criança e do Adolescente veda a aplicação de internação como primeira medida a adolescentes autores de ato infracional equiparado a tráfico de drogas. O art. 122 dessa lei prevê o cabimento de tal medida apenas diante de ato infracional praticado mediante violência ou grave ameaça à pessoa ou na reiteração da prática de outras infrações graves. Tráfico de drogas não é crime praticado mediante violência e, quando se trata de uma primeira infração do adolescente, não se pode cogitar a reiteração.

Não obstante a clara vedação legal, realçada pela Súmula 492 do Superior Tribunal de Justiça, juízes de primeira instância costumam aplicá-la com relativa frequência, chancelados pelos respectivos tribunais estaduais. Por vezes, tais decisões argumentam que o tráfico de drogas implicaria, sim, violência contra a sociedade, que seria mais do que violência contra a pessoa, fundamento descabido diante da clara opção legal de excluir tal hipótese, bem como pela impossibilidade de interpretação ampliativa de dispositivo que disciplina caso de privação de liberdade do cidadão. Outros julgados seguem a linha de que, como a medida socioeducativa não seria pena, sanção ou castigo, mas ajuda e assistência, o juiz pode aplicá-la sempre que considerá-la necessária para ajudar o infrator, e não apenas quando a lei a autoriza. Tal interpretação se mostra equivocada por ignorar o conteúdo aflitivo, sancionatório e responsabilizador da medida, que reclama, para que seja aplicada, rigorosa observância de todas as garantias do devido processo legal. E, ademais, reproduz o modelo de atendimento anterior ao ECA, que tinha como característica fundamental a utilização de estratégias repressivas (ligadas a diversas formas de institucionalização fechada) sob pretexto de proteção dos “menores” necessitados, fossem eles carentes, abandonados ou infratores,

proteção essa decidida conforme percepção subjetiva de cada julgador. Com o advento do ECA, o foco se dá na proteção de direitos, entre eles o direito de não ser institucionalizado (internado ou abrigado) senão em último caso.

Também a partir do ECA operou-se uma separação fundamental entre as medidas aplicáveis em caso de violação dos direitos de crianças e adolescentes (medidas de proteção) e em caso de ato infracional praticado por adolescente (medida socioeducativa). Assim, se o que inspira o julgador é uma vontade de proteção e garantia de direitos, isso jamais poderia fundamentar a aplicação de determinada medida socioeducativa, estratégia claramente voltada à responsabilização do adolescente autor de ato infracional.

O uso massificado da medida de internação revela a prevalência da postura, ainda que disfarçada, meramente ou predominantemente repressiva diante do fenômeno complexo que é o engajamento de adolescentes no comércio de drogas. Uma faceta da questão, claramente esquecida em nosso país, é o fato de, segundo o art. 3º da Convenção 182 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), a utilização de crianças e adolescentes para atividades ilícitas, particularmente para a produção e tráfico de drogas, ser considerada expressão das piores formas de trabalho infantil. O Brasil, ao subscrever tal Convenção, assumiu o compromisso de adotar ações imediatas para sua eliminação, o que implicaria, evidentemente, ações afirmativas de inclusão social, geração de renda, proteção contra represálias, capazes de suprir, com vantagem, os ganhos simbólicos e materiais que o alistamento ao tráfico provê. Não restam dúvidas de que também esse vazio de alternativas explica, ainda que não justifique o uso da medida socioeducativa de internação como uma espécie de panaceia para esses casos.

Uso de drogas e ato infracional

Algumas pesquisas com jovens privados de liberdade revelam o uso de drogas como algo assumido por grande parte deles. Uma pesquisa encomendada pela Fundação Casa de São Paulo (2006) apontou o uso de frequente de maconha por 62% dos internos. Além disso, 46% disseram ter experimentado cocaína, 19% com uso frequente. Assis e Constantino (2005) reportam-se a estudo que concluíra que 85,6% dos adolescentes disseram fazer uso de algum tipo de droga antes da apreensão (67,1% de maconha, 32,4% de álcool, 31,3% de cocaína/crack e 22,6% de inalantes). Fuchs (2004, apud Sinase 2006) informa taxas de uso de 70% entre dos que estão em semiliberdade. Dos jovens em cumprimento de medida socioeducativa de internação entrevistados em pesquisa nacional realizada pelo CNJ, aproximadamente 75% faziam uso de drogas ilícitas, sendo este percentual mais expressivo na região Centro-Oeste (80,3%) (CNJ, 2012).

Ainda que significativos os dados reportados, o que deles se pode concluir é que, onde há adolescente envolvido em ato infracional, há também alta probabilidade de existir consumo de alguma droga. Não se pode, contudo, afirmar sequer se é o consumo que favorece a prática infracional ou se é o envolvimento infracional e a vivência a ele associada que favorecem, por facilidade de acesso ou afirmação grupal, o uso. Também não se tem claro qual o padrão desse uso, entrando nesses 80% desde um adolescente que em alguma ocasião experimentou maconha até outro que faz uso diário de grandes quantidades de crack.

Todavia, informações não sistematizadas sugerem que, entre os infratores mais graves, é baixo o número – inferior a 10% – daqueles que se prestam a um uso mais pesado ou problemático, próximo da

dependência, até porque, nessa cultura, o “noia”, por seu descontrole, inconstância e inconsequência, não é parceiro recomendável para prática de crimes que exigem maior elaboração e planejamento.

Por outro lado, embora também careça de confirmação científica, tem-se clara a percepção de que, entre os usuários problemáticos de crack, por exemplo, a maioria não apresenta vivência criminal significativa, distinta dos problemas gerados pela ilicitude peculiar ao próprio uso e, quando infracionam, praticam pequenos furtos e roubos sem uso de arma de fogo, ligados à necessidade de recursos para aquisição da droga, mas também para a sobrevivência, em alguns casos, em situação de rua.

Estratégias de atendimento para adolescentes usuários de droga autores de ato infracional

Resta apontar, ainda que brevemente, algumas questões ligadas à aplicação e execução de medidas socioeducativas a adolescentes usuários de droga. Importa especificamente aqui o grupo, de menor incidência, dos que fazem uso problemático de drogas, assim considerados aqueles cujos hábitos de vida diária se voltam, em sua quase totalidade, às tarefas de aquisição e uso das substâncias psicoativas.

Assim, a primeira tarefa implicada, perante a notícia de que um adolescente, suspeito da prática de ato infracional, faz uso de drogas, é investigar seu padrão de uso e o impacto desse uso em sua rotina diária, disposição psicológica e comportamento.

Não raro, ao uso de drogas é atribuída uma relevância desproporcional na ordem de fatores associados ao crime. Trata-se, por

vezes, da parte da família e/ou do adolescente, de uma estratégia inconsciente de autodefesa, atribuindo ao objeto externo droga, a fonte de todo o mal e a causa principal do comportamento transgressor. Da parte dos profissionais do atendimento e do sistema de justiça, justificações dessa ordem simplificam o trabalho e facilitam a definição de critérios decisórios e focos de intervenção. O “mistério” embutido na opção criminal parece, com essa explicação, facilmente revelar-se, apaziguando a inquietação todos diante da questão de por que o adolescente infringiu a lei.

Tal associação simples, contudo, além de reforçar a estigmatização dos usuários, que em sua vasta maioria não cometem crimes, acaba encobrando outros aspectos importantes a serem considerados e trabalhados e, resulta, por vezes, na perpetuação da medida socioeducativa enquanto não atestada a cura ou eficácia plena do tratamento do usuário. Assim, trata-se de uma das expressões da danosa medicalização, psiquiatrização ou patologização da criminalidade e/ou da criminalização da loucura ou doença mental. Um dos efeitos perversos da medicalização é justamente o de situar o adolescente na posição de objeto passivo, de indivíduo sujeitado pela droga que, despersonalizado, passa a ser alvo, também passivo, de estratégias invasivas de controle e conversão moral legitimadas pelo ideal sanitário. Ao suprimir-se sua vinculação subjetiva com suas escolhas, ele é objetificado e despotencializado. Assim, reconhecer sua capacidade de responsabilização – que nada tem a ver com a submissão a castigos severos – é necessário e dignificante.

Mas caso reste positivamente constatado que um adolescente pratica ato infracional afetado, em sua consciência e vontade, por um padrão compulsivo de consumo de drogas, o que, segundo a legislação vigente, deve ser feito?

À luz, por exemplo, dos critérios presentes na Classificação Internacional de Doenças, em F19, para Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas.

A resposta não é unívoca. A regra geral do ECA, quando convertido o uso problemático em **transtorno psiquiátrico**, estaria ditada no art. 112, §3º:

Os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental (que praticarem atos infracionais) receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições.

Os termos genéricos da expressão “local adequado” abriram grande margem para especulações interpretativas, algumas sustentando que o prejuízo na saúde mental impossibilitava a aplicação de medidas socioeducativas, cabendo apenas as medidas protetivas do art. 101, V e VI, outras propondo o perfeito cabimento da medida socioeducativa mais compatível com o tratamento necessário ao adolescente, e outras ainda defendendo a aplicação de medida socioeducativa, pela infração, assim como a proteção, diante da toxicomania, para usar os termos da lei (art. 112, VII, 113 e 99 do ECA).

No fundo, a polêmica deriva do caráter ambíguo da legislação, que transita entre os modelos de bem estar e de Justiça, entre assistência e tratamento do infrator e sua responsabilização pelo ato cometido.

Para os partidários da perspectiva de bem-estar social, voltando-se as medidas a tratar as causas do delito, sanando direitos violados, inclusive à saúde, cabe a aplicação da medida socioeducativa mais adequada justamente para garantir o tratamento necessário.

A posição daqueles que percebem a medida socioeducativa é diferente, sobretudo como resposta adequada e proporcional ao delito, buscando garantir a responsabilização do infrator e a desaprovação da conduta infracional. Para eles, se constatada a afetação da higidez mental por conta do uso de drogas simultâneo a prática

delitiva, não pode o adolescente receber medida socioeducativa, uma vez que prejudicados seu entendimento e seu controle volitivo, pressupostos essenciais a qualquer tipo de responsabilização, penal ou não. Ademais, considerando que a regra do art. 45 da **Lei nº 11.343/2006** isenta de pena o adulto que cometer crime prejudicado no gozo de suas faculdades cognitivas e volitivas pela dependência de drogas, também não se deveria, aos adolescentes, pelo mesmo motivo, impor **medidas socioeducativas**.

O advento da Lei nº 12.594/2012, sem soterrar por completo a polêmica, trouxe novas luzes à questão. Primeiro, deixa clara, como já salientado, a natureza híbrida da medida, voltada simultaneamente à responsabilização pelo ato e à garantia de direitos do infrator. Por outro lado, mais adiante, o capítulo que cuida da atenção integral à saúde de adolescente em cumprimento de medida socioeducativa, confirmada a hipótese de cumprimento de tal medida sem prejuízo do simultâneo tratamento àqueles que forem diagnosticados com algum transtorno mental, incluindo os quadros de dependência por substância psicoativa. Nesse caso, os profissionais dos programas socioeducativos devem ajustar o Plano Individual de Atendimento (PIA) ao Projeto Terapêutico Singularizado (PTS), a cargo dos profissionais da rede de saúde de referência. Quando incompatível o regime de tratamento com o cumprimento da medida, hipótese que a lei trata como exceção, a execução da medida socioeducativa pode ser suspensa, levando a crer que será retomada depois de cessada a incompatibilidade, com a estabilização do quadro clínico.

Assim, sem que isso impeça outras interpretações possíveis, a legislação em vigor parece inclinada a não renunciar à responsabilização do adolescente pelo ato praticado ainda que apresente quadro de dependência de drogas.

Art. 45. É isento de pena o agente que, em razão da dependência ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração penal praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Inclusive à luz do dispõe a Lei nº 12.594/2012 em seu art. 35: “Art. 35. A execução das medidas socioeducativas reger-se-á pelos seguintes princípios: I - legalidade, não podendo o adolescente receber tratamento mais gravoso do que o conferido ao adulto.

Ressalta-se que, não obstante tal posição, o legislador reforçou também a excepcionalidade da internação, de modo que seguem as medidas em meio aberto como as mais indicadas mesmo para casos de adolescentes autores de ato infracional com uso problemático de drogas.

Assim, é importante que exista uma rede de atenção devidamente aparelhada, com seus **diversificados recursos**, para o atendimento do adolescente, não se justificando, jamais, que seja a medida de internação manejada por conta de uma deficiência, real ou cogitada, dos serviços de atenção a adolescentes usuários de drogas. Mesmo em casos de resistência ao tratamento ou de recaídas, tais questões devem ser trabalhadas a partir dos instrumentos da área da saúde, sendo equivocado emprestar a coercitividade da medida socioeducativa para “potencializar” o sucesso das ações de saúde. Visitas domiciliares, estratégias de sensibilização, atendimento a familiares, acionamento de serviços de urgência e remoção e, em casos extremos, até mesmo a internação involuntária são estratégias a serem decididas e executadas pelos profissionais da Saúde – ainda que com a colaboração dos agentes socioeducativos – sem concurso judicial, como, aliás, deve se dar diante de qualquer outro caso de adolescente com uso problemático que não esteja inserido em medida socioeducativa.

É absolutamente ilegal a aplicação da medida socioeducativa de internação sob pretexto de que o adolescente precisaria ficar contido para poder se tratar. A imposição de tratamento sob contenção, providência absolutamente excepcional, é um ato médico, estranho à competência jurisdicional (**Lei nº 10.216/2001**, art. 6º, caput). Ademais, as instituições para cumprimento de medida socioeducativa de internação não são espaços destinados a tratamento. Se há necessidade, atestada por profissionais habilitados da rede

No mínimo aqueles elencados na Portaria MS nº 3.088/2011, que disciplina a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS.

Registra-se aqui que a internação psiquiátrica compulsória, definida como aquela determinada pelo juiz (art. 9 da Lei nº 10.216/2001), refere-se em nosso ordenamento jurídico exclusivamente à medida de segurança aplicada ao adulto autor de crime declarado inimputável. Em nenhum outro caso cabe ao juiz mandar alguém para internação sem que haja prescrição médica, e havendo prescrição o concurso judicial é dispensável, devendo a providência seguir o fluxo administrativo da internação involuntária.

de saúde, de tratamento sob internação hospitalar, ou de atenção em unidades de acolhimento ou comunidades terapêuticas, e não há vaga, cabe acionar o Estado para que disponibilize o recurso, renunciando ao uso supletivo do sistema socioeducativo para viabilizar qualquer tipo de **atenção à saúde**.

De todo modo, isso não desincumbe os programas socioeducativos de se aparelharem para bem atender às demandas por tratamento e orientação de seus adolescentes com histórico de uso de drogas. A Resolução 119 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e a própria Lei nº 12.594/2012 prescrevem uma série de recursos, providências e dispositivos destinados aos usuários do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo com problemas com drogas. Elas vão desde a oferta de grupos de discussão sobre o tema até, para os internados, o cumprimento da Portaria Interministerial MS/SEDH/SPM nº 1.426 e da Portaria da Secretaria de Atenção a Saúde nº 340, ambas de 14 de julho de 2004, que estabelecem normas para operacionalização das ações de saúde ao adolescente sob cumprimento de medida, sempre na diretriz da incompletude institucional (art. 94, §2º do ECA) e articulação intersetorial.

Toda estratégia de atendimento a adolescentes usuários de droga deve ser desenhada e executada observando as diretrizes previstas no art. 100, parágrafo único, incisos XI e XII do ECA, garantindo-lhes o direito à informação, oitiva e participação. Devem ter, pois, acesso a seu diagnóstico e conhecimento das estratégias de intervenção disponíveis, que não serão adotadas sem a escuta prévia de sua opinião e esclarecimento pormenorizado de eventuais motivos para seu não acolhimento. A normativa vigente revela clara a preferência por estratégias de atenção que operem na lógica não coercitiva da pactuação e da itinerância, compatíveis com o modelo de Redução de Danos. De qualquer maneira, parece recomendável

Se o médico prescreve internação e não há vaga na rede pública, a ordem judicial que manda o estado disponibilizar a vaga não caracteriza internação compulsória, mas justa interferência judicial para garantia do direito à saúde. O juiz, nesse caso, não está mandando o adolescente se tratar (internação compulsória), mas está mandando o Estado cumprir seu papel de oferecer tratamento, sendo que o tempo de permanência fica a critério exclusivo da equipe de saúde, não podendo nem devendo a alta depender de autorização judicial.

que a rede de atenção disponha do máximo de recursos e técnicas possíveis de atendimento, multiplicando – diante da ausência de consenso quanto ao modelo ideal de tratamento – as possibilidades de sucesso na intervenção.

Conclusão

Apresentando uma visão panorâmica das relações entre drogas, adolescência, ato infracional e sistema socioeducativo, esta unidade teve como escopo oferecer um ponto de vista mais crítico aos profissionais que operam com essas imbricadas intersecções, de modo a prevenir alguns equívocos que pouco têm contribuído para os ideais de garantir os direitos dos adolescentes à saúde e responder, ao mesmo tempo, aos justos reclamos sociais por menos crimes.

Assim, pretendeu-se aqui sugerir que os profissionais:

- não compactuem com visões simplistas e estereotipadas sobre drogas, atentando para sua onipresença na história da humanidade, para as tênues fronteiras que separam o lícito do ilícito, o veneno do remédio, e para o fato de que as modalidades vigentes de consumo, problemático ou não, refletem, mais do que explicam, os grandes paradoxos da contemporaneidade;
- percebam que todos os adolescentes vivenciam mudanças não redutíveis, porém há um padrão universal, idealizado e único, regulador do que seja o esperado e o desviado, o normal e o patológico, para essa fase. Tomar consciência, por outro lado, da ambiguidade com que é vista e tratada a adolescência pelo mundo adulto, nos adverte de que a

- “crise” talvez não esteja apenas no adolescente, mas na relação que estabelecemos com ele;
- atente para que uso de drogas e práticas de delitos na adolescência não são preditores necessários de dependência ou carreira criminal futura. É preciso cuidadoso dimensionamento do significado dessas condutas para a vida de cada adolescente, lembrando que, muitas vezes, tanto pelo delito como pela droga, a intervenção excessiva ou desproporcional pode ser contraproducente;
 - reconheçam que há evidências de correlação entre uso de drogas e delinquência, sem comprovação, contudo, de que uma cause a outra. É possível que ambas resultem de outros fatores comuns, em um jogo complexo de determinações que não permitem explicações e soluções simplistas e unívocas por parte dos operadores;
 - considerem o fato de que o tráfico de drogas na adolescência não deve ser ordinariamente enfrentado pela via repressiva da privação de liberdade, tanto pelas restrições legais a seu uso quanto pelo reconhecimento de que se trata de uma das piores formas de exploração do trabalho infantil que reclama políticas inclusivas e não apenas segregadoras;
 - não subestime a importância do uso de drogas no envolvimento infracional: negligenciando, quando necessária, a oferta de atendimento especializado competente que, ao cuidar dos fatores associados ao uso, pode controlar também fatores ligados à conduta delitiva, ou, então, não atenuando responsabilidade pela prática infracional quando constatado prejuízo cognitivo e volitivo gerados pela dependência;



- não superestimem a importância do uso de drogas no envolvimento infracional: patologizando a delinquência e o uso, tirando a responsabilidade dos infratores, familiares, sociedade e estado e condicionando o encerramento da medida socioeducativa ao sucesso do tratamento;
- não apliquem medida mais severa, especialmente a internação, sob pretexto de ser o infrator usuário de drogas, uma vez que a demanda por tratamento de saúde supre-se por aplicação de medida protetiva e não pelo agravamento da resposta socioeducativa;
- não apliquem medidas de internação para suprir uma lacuna de serviço regular de saúde ou para garantir contenção supostamente necessária ao sucesso do tratamento e não internem para proteger de ameaças de traficantes ou vítimas de furto, acionando-se, nesses casos, os Programas de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte;
- desvinculem-se da ideia de que a internação (hospitalar e/ou em comunidade terapêutica) é sempre a melhor alternativa de tratamento.

Para finalizar, fica a recomendação de que, diante de fenômenos tão complexos, uma voluntariosa pretensão de “salvar” nossos jovens da “perdição” das drogas e do crime, experiências de frustração podem levar rapidamente o profissional da postura onipotente para a sensação de impotência. Assim, sociedade, adolescentes e famílias esperam dos operadores apenas a prudência e o equilíbrio para reconhecer o que deve ser feito e o que pode ser feito em cada caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDER, B. K. *The globalization of addiction: a study in poverty of the spirit*. New York: Oxford University Press, 2008.

ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. *Perspectivas de prevenção da infração juvenil masculina*. *Ciênc Saúde Coletiva*, n.10, p. 81-90, 2005.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: A psicanálise e as novas formas de subjetivação. Parte 3: as subjetividades e as drogas. 7. Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009. p. 195–250.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial*. Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/scriptsweb/anvisalegis/visualizadocumento.asp?id=939&versao=2>>. Acesso em: 07/10/2014.

_____. *Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispões sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 30/09/2014.

_____. *Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção Sobre os Direitos da Criança*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm>. Acesso em: 30/09/2014.

_____. *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 30/09/2014.

_____. *Aprova as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde dos adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, e dá outras providências*. Portaria Interministerial MS/SEDH/SPM nº 1.426, de 14 de julho de 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1426.htm>>. Acesso em: 30/09/2014.

_____. *Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria nº 340, de 14 de julho de 2004*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/PT-340.htm>>. Acesso em: 30/09/2014.

_____. *Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 30/09/2014.

_____. Ministério da Saúde. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Disponível em: <<http://www.politicaspUBLICAS.crppr.org.br/wp-content/uploads/2012/12/PORTARIA-N%C2%BA-3088-11.pdf>>. Acesso em: 30/09/2014.

_____. Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. *Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase) e regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12594.htm>. Acesso em: 30/09/2014.

_____. Ministério da Justiça. *Mundo Jovem. O que é a droga*. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/mundojovem/conteudo/index.php?id_conteudo=11221&rastrO=O+que+%C3%A9+a+Droga>. Acesso em: 22/05/2014.

_____. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Resolução CONANDA nº 119 de 11 de dezembro de 2006**. SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo. Brasília, 2006.

CALLIGARIS, C. A. **Adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2000.

CARLINI, E. A. et. al. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras** – 2010. São Paulo: CEBRID; UNIFESP; SENAD, 2010.

CÉSAR, M. R. A. *Da adolescência em perigo à adolescência perigosa*. **Educar em Revista**, [s.l.], n. 15, dez. 2005. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/educar/article/view/2048>>. Acesso em: 01/06/2014.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2012. **Panorama Nacional, a Execução das Medidas Socioeducativas de Internação**. Disponível em: <http://www.tjsc.jus.br/infjuv/documentos/acoeseoprojetos/CNJ_panorama_nacional_medidas_socioeducativas.pdf>. Acesso em: 07/10/2014.

DELMANTO, J. *Para além da “fuga da realidade”: outras motivações para consumo de psicoativos na contemporaneidade*. **Saúde & Transformação Social**, v. 4 n. 2, p. 78-90, 2013. Disponível em: <<http://www.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2252>>. Acesso em: 14/12/2012.

ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas**. Madrid: Espasa Calpe, 2005.

FOSCARINI, P. T. **Benzodiazepínicos: uma revisão sobre uso, abuso e dependência**. Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

FUCHS, A. M. S. **Entre o direito real e o direito legal: o desafio à efetivação da cidadania do adolescente autor de ato infracional**. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília; 2004.

FUNDAÇÃO CASA. **Pesquisa com Internos 2006**. Disponível em: <http://www.fundacaocasa.sp.gov.br/images/midia/PesquisaInternos.pdf>. Acesso em: 04/11/2014.

GOLDSTEIN, P. J. *The Drugs/Violence Nexus: A Tripartite Conceptual Framework*. In: INCIARDI, J. A.; MCEL RATH, K. (Eds.). **The American Drug Scene: An Anthology**. Los Angeles: Roxbury, 1995.

HAZEL, N. **Cross-national comparison of youth justice**. 2008. Disponível em: <http://yjbpublications.justice.gov.uk/en-gb/Scripts/prodView.asp?idproduct=368&eP=>>. Acesso em: 22/05/2014.

NICASTRI, S. *Drogas: classificação e efeitos no organismo*. In: DUARTE, P. do C. A. V.; ANDRADE, A. G. de. (Orgs.). **Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas**. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. p. 59-90.

OLMO, R. del. *Violencia juvenil y consumo de drogas*. **OPTAR, Boletim Foro**, 34. 1999. Disponível em: http://www.fad.es/sala_lectura/CongresoViolencia.pdf. Acesso em: 12/04/2014.

OLMO. R. del. *Violencia juvenil y consumo de drogas: modelos teóricos (algunas inquietudes preliminares)*. **I Congreso Virtual de la FAD sobre Violencia y Consumo de Drogas**. Disponível em: http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/UT1-Lecturas%203y4.pdf. Acesso em: 14/01/2008.

OTERO LOPEZ, J. M., 1996. **Droga y Delincuencia: Concepto, Medida y Estado actual del conocimiento**. Madrid: Ediciones Piramide.

PRATTA, E. M. M; SANTOS, M. A. *Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico*. **Estud. psicol.**, Natal, v. 11, n. 3, dez. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2006000300009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13/05/2014.

VASTERS, G. P.; PILLON, S. C. *O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, abr. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692011000200013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 13/05/2014.

VOLPI, M. **O adolescente e o Ato Infracional**. São Paulo: Cortez, 1997.

ZINBERG, N. **Drug, set and setting:** *the basis for controlled intoxicant use.* New Haven: Yale University Press, 1984.



RESUMO DA AULA

A partir de uma breve análise do tema das drogas, da adolescência e do ato infracional, esta unidade analisa aspectos das diferentes possibilidades de se pensar as relações entre essas três variáveis e reflete criticamente sobre os modelos que estabelecem relação de causalidade entre uso e comércio de drogas e a prática de delitos, apontando existir, no máximo, uma correlação entre eles.

Esta unidade também evidencia a ambiguidade do marco legal vigente em relação a medidas aplicadas aos autores de ato infracional e como tal ambiguidade afeta a definição das respostas direcionadas a adolescentes envolvidos no comércio de drogas e usuários de drogas que praticam infrações de qualquer natureza.

Ao final, propõem-se algumas referências para orientar o fazer dos profissionais que operam nesse campo.



EXERCÍCIOS DE FIXAÇÃO

1. Vimos que as drogas podem ser agrupadas a partir de diferentes critérios. Relacione cada grupo ao tipo de droga:

- () drogas institucionalizadas ou legais
- () drogas industriais
- () drogas proibidas ou clandestinas
- () drogas enteógenas (utilizadas para rituais místicos)
 - a. maconha e cocaína
 - b. tabaco, cafeína e álcool
 - c. *salvia divinorum* e *ayahuasca*
 - d. solventes e aerossóis

2. Segundo o texto, a adolescência, em nosso contexto histórico e cultural, tem sido associada à fase na qual se iniciam os primeiros contatos com as drogas. Para justificar essa afirmação, o autor traz algumas situações e fatores específicos de risco ou vulnerabilidade que predisporiam o adolescente à experimentação delas. São situações e/ou fatores específicos apontados no texto:

- a. trabalho de construção da própria identidade e conflitos intensos nas relações familiares
- b. busca por novas experiências e sensações e inabilidade nas relações sociais
- c. facilidade de acesso às drogas e influenciabilidade pelos grupos de pares
- d. menor controle parental e ser do sexo masculino
- e. todas as anteriores



**GABARITO
DOS EXERCÍCIOS
DE FIXAÇÃO**



	QUESTÃO	RESPOSTA
UNIDADE 1	1	E
	2	A
UNIDADE 2	1	C
	2	E
	3	D
UNIDADE 3	1	(X)
		(X)
		()
		(X)
		()
	2	D
UNIDADE 4	1	C
	2	E
UNIDADE 5	1	C, A, B
	2	()
		()
		(X)
UNIDADE 6	1	B
	2	D
	3	V, V, V, F, F
	4	D
	5	C
UNIDADE 7	1	C
	2	C
UNIDADE 8	1	P, P, I, I, P
	2	D
UNIDADE 9	1	B
	2	A
UNIDADE 10	1	C
	2	E
	3	A
UNIDADE 11	1	B
	2	C
	3	C
UNIDADE 12	1	C
	2	A
	3	D
UNIDADE 13	1	A
	2	A
UNIDADE 14	1	B
	2	E
UNIDADE 15	1	F, V, F, V, V
	2	C
UNIDADE 16	1	D
	2	C
UNIDADE 17	1	C
	2	C
UNIDADE 18	1	B, D, A, C
	2	E





O QUE É O LIGUE 132?

O Ligue 132 é uma central telefônica de orientações e informações sobre a prevenção do uso indevido de drogas. O serviço atende de forma gratuita, diariamente, 24 horas por dia, incluindo feriados e finais de semana. O atendimento é sigiloso e a pessoa não precisa se identificar.

É BOM FALAR COM QUEM ENTENDE

- O atendimento é realizado por consultores capacitados e supervisionados por profissionais, mestres e doutores, da área da saúde;
- Os profissionais indicam locais para tratamento;
- Oferecem aconselhamento por meio de intervenção breve para as pessoas que usam drogas e seus familiares;
- Prestam informações científicas sobre drogas.

O Ligue 132 é o resultado de uma parceria entre a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, do Ministério da Justiça e a Universidade Federal de Ciências de Saúde de Porto Alegre.



CNJ CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Ministério da Justiça



978-85-5506-008-3



9 788555 060083