

Denis da Silva Moreira
(Organizador)

Cuidado integral ao usuário de drogas: Um campo em construção



Centro Regional de Referência sobre Drogas

**Denis da Silva Moreira
(Organizador)**

**Cuidado integral ao
usuário de drogas:
um campo em construção**

**Alfenas-MG
Ed. Unifal-MG
2017**

2017 by Universidade Federal de Alfenas
Direitos para essa edição cedidos à Universidade Federal de Alfenas
Os textos desta obra é de inteira responsabilidade do(s) autor(es) e/ou organizador.

Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG

Reitor

Paulo Márcio de Faria e Silva

Vice-Reitora

Magali Benjamim de Araújo

Ficha Técnica

Diagramação: Arthur Emílio de Oliveira

Capa: Marcos Paulo Alves Mota

Revisão de Português: Rosângela Rodrigues Borges

Coordenação de Conteúdo: Denis da Silva Moreira

Impressão: Gráfica Atenas

SENAD
Secretaria Nacional
de Políticas sobre Drogas



Ministério da Justiça

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO E PAÍS SEM POBREZA

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Alfenas

Cuidado integral ao usuário de drogas: um campo em construção /
Denis da Silva Moreira (Organizador). - Alfenas-MG: Editora
Universidade Federal de Alfenas, 2017.

308 p.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-63473-23-3 (papel) ISBN: 978-85-63473-24-0 (e-book)

1. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 2. Drogas -
Abuso. 3. Drogas - Abuso - Prevenção. 4. Atenção à Saúde - Drogas
I. Denis da Silva Moreira (Organizador). II. Centro Regional de
Referências sobre Drogas - CREFAL.

CDD-362.29

*Só sei que nada sei, e o fato de saber isso,
me coloca em vantagem sobre aqueles que
acham que sabem alguma coisa.*

(Sócrates)

SUMÁRIO

Apresentação.....	09
Centro Regional de Referência sobre Drogas - CREFAL: um centro de capacitação profissional..... <i>Denis da Silva Moreira, Érika de Cássia Lopes Chaves</i>	11
As drogas e suas Políticas regulatórias: é preciso sonhar..... <i>Renato Faloni de Andrade</i>	41
O processo de elaboração do Plano Municipal de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas..... <i>Analia Maria Ferreira</i>	73
A Rede de Atenção Psicossocial e o cuidado em relação ao uso de álcool e outras drogas..... <i>Sueli de Carvalho Vilela</i>	97
Práticas integrativas e complementares e sua interface na prevenção e no controle do consumo de álcool e outras drogas..... <i>Caroline de Castro Moura, Josie Resende Torres da Silva, Denise Hollanda Iunes, Érika de Cássia Lopes Chaves</i>	133
Inteligência emocional e dependência química..... <i>Marilda Raimunda da Silva Sene</i>	159
A família do usuário de drogas e sua reinserção social: experiência do Projeto Quixote..... <i>Luciana Cristina Escudero</i>	187
O cuidado nutricional em situações de uso e abuso de drogas.. <i>Cristiane da Silva Marciano Grasselli</i>	215

Estratégias educativas para a prevenção do uso de álcool e outras Drogas: contribuições da Psicologia Histórico-cultural.....	235
<i>Rogério Silva Lima, Érika de Cássia Lopes Chaves, Silvana Maria Coelho Leite Fava, Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves</i>	
O consumo de drogas na gestação.....	255
<i>Bianca Bacelar de Assis, Isabela Bacelar de Assis, Patrícia Scotini Freitas</i>	
Espiritualidade: uma estratégia de proteção e de enfrentamento para o Consumo de álcool e outras drogas.....	277
<i>Caroline de Castro Moura, Thaila Oliveira Zatitti Brasileiro, Érika de Cássia Lopes Chaves</i>	
Por que dizer não a legalização da maconha!.....	291
<i>Harold Joseph Rahm</i>	
Sobre os autores.....	297

Apresentação

*Dizem que a vida é para quem sabe viver, mas
ninguém nasce pronto. A vida é para quem é
corajoso o suficiente para se arriscar e humilde
o bastante para aprender.*

Clarice Lispector

O Centro Regional de Referência sobre Drogas da Universidade Federal de Alfenas – CRFEAL é fruto do êxito obtido no processo seletivo para a criação de Centros de qualificação permanente dos profissionais que atuam na rede de atenção integral a saúde e na rede de assistência social com usuários de *crack* e outras drogas e seus familiares.

Ele foi estruturado por meio da iniciativa de professores e pesquisadores de várias áreas de conhecimento da UNIFAL-MG em convênio com Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas no intuito de atender a uma meta específica do Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas no ano de 2010, posteriormente denominado de ‘Plano crack: é possível vencer’.

O CREFAL se consolidou como um espaço regional para a realização de cursos de capacitação profissional orientado para a prevenção, promoção da saúde, redução dos riscos e danos associados ao uso de álcool e outras drogas, bem como atividades que

contemplassem os pilares da formação universitária: ensino, pesquisa e extensão.

Uma das ações exitosas do CREFAL é a publicação da súmula de conhecimentos relativos à magnitude do uso de álcool e outras drogas permeado pelo contexto do cuidado, fazendo emergir a obra “Cuidado integral ao usuário de drogas: um campo em construção”.

A trajetória de construção desta publicação foi permeada por um grande desafio, uma vez que abordar um tema que se mostra muito complexo, que permeia o existir humano, apresentado por diversos olhares, e que se interligam na perspectiva do cuidado.

O resultado deste trabalho evidencia que a experiência do uso de álcool e outras drogas deve ser compreendida acima de um problema de saúde pública, e envolve várias dimensões do cotidiano do ser humano, pois como afirma o professor Antônio Nery Filho, “o uso de drogas será, sempre, indiscutivelmente, uma questão humana”.

Assim, a ótica do cuidado está implícita em cada capítulo e a sua consolidação é um grande desafio, um horizonte a ser alcançado, com reflexões pontuais nas diversas interfaces do mundo subjetivo das drogas, respeitando a particularidade de cada olhar.

O livro foi construído em 12 capítulos por meio das experiências pessoais e percepção de professores, pesquisadores, alunos de pós-graduação e profissionais da prática clínica com uma abordagem plural sobre o cuidado em saúde no contexto do uso de álcool e outras drogas. Os autores têm ciência de que as reflexões apresentadas em cada olhar não contemplam todas as respostas para

um assunto tão complexo e instigante, mas compreendem contudo que possam suscitar caminhos possíveis que contribuam para a integralidade do cuidado à pessoa usuária de álcool e outras drogas e sua família.

Denis da Silva Moreira
Coordenador do CREFAL

CENTRO REGIONAL DE REFERÊNCIA SOBRE DROGAS - CREFAL: UM CENTRO DE CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL

Denis da Silva Moreira

Erika de Cássia Lopes Chaves

Implantação do CREFAL na Universidade Federal de Alfenas

A Universidade Federal de Alfenas-MG - UNIFAL-MG, anteriormente Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas (EFOA), foi fundada em 03 de abril de 1914 e reconhecida pelo Ministério da Educação e Saúde em março de 1932. Em 18 de dezembro de 1960, a Escola foi federalizada e, em 01 de outubro de 2001, passou a ser Centro Universitário Federal. A partir da Lei Nº 11.154, de 29 de julho de 2005, a instituição foi transformada em Universidade.

Assim, inicia-se a expansão dos cursos de graduação, com resposta ativa a demandas educacionais da sociedade e participa ainda mais na resolução de desafios impostos pelo desenvolvimento locorregional e nacional, com longa tradição na formação de profissionais na área da saúde, com cursos consolidados e bem avaliados e significativa inserção de egressos no mercado de trabalho.

A Universidade sempre esteve inserida nas propostas de melhoria do ensino e no atendimento à saúde. Para exemplificar, na década de 80 participou do Proden (Programa de desenvolvimento para a Enfermagem), parceria com a Universidade Federal de Minas

Gerais. Na década de 90, em parceria com a Escola de Saúde Pública, e depois com a Universidade Federal de Minas Gerais, fez parte das discussões e da implantação e capacitação de profissionais das equipes de Saúde da Família. Auxilia na formação dos Pólos de Capacitação em Saúde coletiva e realizou um curso de especialização financiado pela Unesco e o curso de formadores de Gerentes para atendimento da rede de saúde, o GERUS.

Na década de 2000, iniciaram-se os cursos de especialização Lato sensu: Prevenção e Controle de Infecção em serviços de Saúde e Saúde da Família, em parceria com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO, com a participação dos docentes nos programas de reestruturação dos serviços de saúde pela Secretaria do Estado de Minas Gerais, o PRO-HOSP (Programa de Reorganização da Rede Hospitalar do SUS) e o do PDAPS (Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde), sendo os últimos subsidiados pelo Ministério da Saúde.

No ano de 2009, foi implantado o Programa Pró-Saúde Multidisciplinar sob a direção do Curso de Enfermagem. Nesse ano foi também aprovada a residência multidisciplinar. Todos esses programas fortalecem as parcerias e contribuem para reflexões de transformação social e de saúde no município de Alfenas e região.

Os docentes da UNIFAL-MG entendem que é seu papel oferecer aos profissionais que atuam no ensino e nas várias áreas da saúde, a possibilidade de melhorar a sua qualificação, no intuito de

atender a Premissa da Política Nacional de Educação Permanente e os preceitos filosóficos do SUS e as diretrizes nacionais do Ensino.

Nesse contexto, a fim de cumprir os requisitos do Edital 002/2010/GSIPR/SENAD, lançado por meio do Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que Instituiu o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, posteriormente denominado “Plano Crack: é possível vencer” (SENAD, 2010) e também na busca de efetivar o princípio da interdisciplinaridade, professores dos cursos de Enfermagem – Nutrição – Farmácia e profissionais médicos, psicólogos, assistente social, economista e fisioterapeuta; em parceria com o Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Região dos Lagos do Sul de Minas Gerais - CISLAGOS e Gerência Regional de Saúde de Alfenas – GRS, obtiveram êxito na aprovação da proposta e apoio financeiro para a implantação de um Centro Regional de Referência para Formação Permanente dos Profissionais que atuam nas Redes de Atenção Integral à Saúde e de Assistência Social com Usuários de Crack e outras Drogas.

A Secretaria Nacional de Política sobre Drogas – SENAD ofereceu todo suporte necessário para a implantação do CREFAL e, para a execução dos Cursos de Capacitação profissional, o Fundo Nacional Antidrogas disponibilizou recursos para custear despesas de custeio e de capital. O gerenciamento administrativo e financeiro do plano de trabalho do CREFAL ficou a cargo da FACEPE - Fundação de Apoio à Cultura, Ensino, Pesquisa e Extensão de Alfenas, por meio de contrato de prestação de serviço junto a UNIFAL-MG.

Para dar maior visibilidade e facilitar a identificação do Centro de Regional de Referência nos meios sociais, educacionais, na mídia, no meio político e nas instituições de saúde, optou por denominá-lo de Centro Regional de Referência sobre Drogas da UNIFAL-MG (CREFAL).

A implantação do CREFAL na cidade de Alfenas, com abrangência regional, contribuiu para o cumprimento mais efetivo de um dos papéis da UNIFAL-MG qual seja: formação de recursos humanos com habilidade e competência para atender aos usuários do Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Região dos Lagos do Sul de Minas Gerais – CISLAGOS foi criado por meio da união dos municípios que tinham o interesse comum da promoção, prevenção e assistência na área de saúde. O CISLAGOS atende a uma população de mais de 500 mil habitantes, é composto por 28 municípios: Alfenas, Alpinópolis, Alterosa, Arceburgo, Areado, Bandeira do Sul, Botelhos, Cabo Verde, Campestre, Campo do Meio, Campos Gerais, Carmo do Rio Claro, Carvalhópolis, Conceição da Aparecida, Divisa Nova, Elói Mendes, Fama, Guaranésia, Guaxupé, Juruáia, Machado, Monte Belo, Muzambinho, Nova Resende, Paraguaçu, Poço Fundo, São Pedro da União e Serrania.

Relação dos municípios da área de abrangência do Centro Regional de Referência sobre Drogas da UNIFAL-MG (CREFAL)

Quadro 1 – Municípios vinculados ao CISLAGOS com sua respectiva população.

Nº	Municípios	População - IBGE /2010
1	Alfenas	73774
2	Areado	13731
3	Alpinópolis	18488
4	Alterosa	13717
5	Arceburgo	9509
6	Bandeira do Sul	5538
7	Botelhos	14920
8	Cabo Verde	13823
9	Campestre	20686
10	Campo do Meio	11480
11	Campos Gerais	27600
12	Carmo do Rio Claro	20426
13	Carvalhópolis	3361
14	Conceição da Aparecida	9820
15	Divisa Nova	5763
16	Elói Mendes	25220
17	Fama	2350
18	Guaranésia	18714
19	Guaxupé	49430

20	Juruiaia	9238
21	Machado	38688
22	Monte Belo	13061
23	Muzambinho	20430
24	Nova Resende	15374
25	Paraguaçu	20245
26	Poço Fundo	15959
27	São Pedro da União	5040
28	Serrania	7540
	TOTAL	516.139 habitantes

A sede administrativa do CISLAGOS está localizada no município de Alfenas, com posição geográfica estratégica e de fácil acesso aos municípios consorciados. Os municípios da área de abrangência do CISLAGOS não possuem atendimento especializado para receber os usuários de drogas, que são encaminhados para os municípios de Alfenas e Pouso Alegre. A demanda de atendimento ao usuário de álcool, *crack* e outras drogas nessa área de abrangência é significativa, o que demonstra a necessidade de formação profissional para o atendimento dos usuários de drogas e seus familiares.

Nesta perspectiva, como muitas das cidades da área de abrangência do CISLAGOS não têm profissionais qualificados para atender à demanda de usuários de substâncias psicoativas e seus familiares, e visando atender às diretrizes organizacionais e operacionais preconizadas pela Política Nacional sobre Drogas, concretizou-se a

necessidade de implantação de um Centro de Referência de formação permanente que contribuiria para suprir a carência de profissionais qualificados, orientados e capacitados a responder às demandas de saúde e às reais necessidades da população que vivencia a problemática das drogas.

Ao longo da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), observa-se a perspectiva de transformação dos processos formativos e reorientação das práticas profissionais em saúde com o desenvolvimento de estratégias que possibilitem ações efetivas que perpassam os princípios e diretrizes que sustentam uma nova política de atenção à saúde (GARCIA et. al, 2011).

Essas mudanças paradigmáticas têm se mostrado em um grande desafio o qual está possibilitando uma série de estratégias interministeriais articuladas entre si. A premente necessidade de reorientação da formação profissional em saúde se propõe a formar cidadãos/profissionais críticos e reflexivos, com habilidades e competências para atuarem no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, pautados por princípios éticos, promotores do cuidado em saúde de forma integral, considerando não somente os aspectos biológicos, mas também os contextos sociais, históricos, econômicos, culturais e ambientais do meio em que vivemos (GARCIA et. al 2011).

Atualmente uma das áreas que o profissional de saúde deve ter formação é em relação à questão das drogas. O fenômeno das drogas é altamente complexo e de múltiplas causas, não reconhecendo limites territoriais, nem sociais, muito menos faixa etária.

Segundo a política de educação e desenvolvimento para o SUS, a educação permanente procura articular educação e trabalho partindo do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços (Brasil, 2004).

Nesse sentido, a Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG propõe a implantação do Centro Regional de Referência para a formação permanente dos profissionais envolvidos com a problemática das drogas, nos diferentes níveis de atenção à saúde, de modo a responder às diretrizes da Política Nacional sobre Drogas e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, contribuindo para promover uma significativa transformação das práticas de cuidado no contexto hospitalar, assim como no contexto social.

Para ser viabilizada a realização dos cursos de formação, a Gerência Regional de Saúde e o CISLAGOS comprometeram-se em envidar os meios necessários para a participação no processo de capacitação dos profissionais envolvidos na assistência aos usuários de drogas e seus familiares.

Entende-se que a dinâmica e estrutura dos cursos podem possibilitar condições favoráveis para o desenvolvimento do processo de formação. Nesse sentido, a Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG comprometeu-se em garantir as condições necessárias ao pleno desenvolvimento de cada curso, disponibilizando o apoio

necessário aos docentes e discentes, tais como sala de aula com infraestrutura adequada para execução dos cursos e uma biblioteca com materiais didáticos e pedagógicos apropriados para o efetivo processo ensino aprendizagem.

Assim, a implantação do CREFAL contribuiu para responder às necessidades prementes dos municípios – profissionais capacitados que incorporem em seu cotidiano os preceitos da Política Nacional sobre Drogas, além de viabilizar o desenvolvimento de ações orientadas para a prevenção, promoção da saúde, redução dos riscos e danos associados ao consumo de crack e outras drogas.

Objetivos

A implantação do CREFAL teve como objetivos estratégicos e educacionais:

- Capacitar profissionais que atuam de forma direta ou indireta nas redes de atenção integral à saúde e de assistência social com usuários de crack e outras drogas e seus familiares;
- Contribuir para uma reflexão analítica, crítica e capaz de ser um agente de transformação de sua prática profissional; pautados nos preceitos e diretrizes propostos pela política pública que institui o Plano Integrado de Enfrentamento do crack e outras drogas.
- Desenvolver conhecimentos, habilidades e competências de ações na área das políticas sobre drogas.
- Instrumentalizar os profissionais para a participação crítica no redirecionamento e/ou fortalecimento de políticas públicas de enfrentamento ao crack e outras drogas.

Estratégia de articulação com os serviços de saúde dos municípios aos quais pertenciam os profissionais a serem capacitados

Para tornar possível a realização dos cursos de formação profissional, o CREFAL utilizou da estratégia de solicitar o apoio do CISLAGOS junto aos Secretários Municipais de Saúde a fim de comprometerem-se em envidar os meios necessários para mobilizar e viabilizar, no âmbito do seu município, a participação dos profissionais de saúde envolvidos na assistência aos usuários de crack e outras drogas e seus familiares, no processo de capacitação.

Além dessa estratégia, o CREFAL realizou uma ampla divulgação por meio de material impresso (cartazes e folderes) e pela mídia impressa e falada, rádio, jornal e por via telefônica, e-mail. O coordenador do CREFAL, Prof. Dr. Denis da Silva Moreira e a Vice-coordenadora, Profª. Dra. Érika de Cássia Lopes Chaves, participaram de reportagens na TV GLOBO (EPTV Varginha), Rádio Onda SUL, Jornal Folha do Lago e por via eletrônica (Alfenas HOJE e Alfenas Agora); da oferta gratuita dos cursos de capacitação profissional na modalidade presencial com uma carga horária específica a fim de atender a uma formação abrangente, crítica, reflexiva e com competências técnicas para o profissional atuar frente a problemática das drogas.

No que tange ao curso de Aperfeiçoamento em crack e outras drogas para médicos atuantes na Atenção Básica à Saúde, foram utilizadas todas as estratégias de divulgação descritas anteriormente

acrescentado de um Ofício Circular nº002/DPEAI/SENAD/MJ do Diretor de Projetos Estratégicos e Assuntos Internacionais da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Sr. Vladimir de Andrade Stempluk, direcionado aos Secretários Municipais de Saúde dos 28 municípios vinculados ao CISLAGOS solicitando a divulgação do curso e a indicação de profissionais médicos, integrantes do quadro funcional das respectivas Secretarias Municipais de Saúde, que tivessem interesse em participar da referida capacitação.

No entanto, mesmo utilizando todas essas estratégias de divulgação e incentivo o CREFAL não obteve êxito nas inscrições no curso de Aperfeiçoamento em *crack* e outras drogas para médicos atuantes na Atenção Básica à Saúde, uma vez que apenas sete profissionais da cidade de se inscreveram no curso, tornando-se inviável a realização da capacitação para esse público alvo.

Metodologia para a execução dos cursos oferecidos pelo CREFAL

A proposta dos cursos de capacitação se desenvolveu por meio do uso da metodologia de problematização, relato de experiências de *expertises* e dinâmicas de grupo. Essas estratégias proporcionaram uma reflexão ancorada na prática profissional e em evidências científicas, respeitando o tempo necessário para ponderação sobre a prática do cotidiano e a implicação das diretrizes que constituem a política pública sobre drogas, o que estimulou uma postura ativa dos alunos.

A problematização é uma metodologia utilizada no ensino, no estudo e no trabalho. O desenvolvimento do aprender e do ensinar parte dos problemas identificados pelo educando na realidade em que está inserido. Parte-se da base que o mundo está em constante modificação que desencadeia rapidamente novas mudanças. Portanto, o que se observou foi o aumento da capacidade do educando em detectar e refletir sobre os problemas reais e propor as soluções. O conhecimento nesse processo foi importante, porém, não foi o mais importante (FARAH; PIERANTONI, 2003).

No entender da coordenação do CREFAL, corroborada pelos mesmos autores, a metodologia da problematização é considerada compatível e adequada para o desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa nos cenários de ensino comunitário e dos serviços de saúde, pois exigem do educando, além do conhecimento, uma tomada de consciência e decisões para intervir nos problemas da realidade na qual estão inseridos, o que demanda do profissional comprometimento e responsabilidade.

Então, fez-se necessário ousar nas mudanças curriculares, oportunizando estratégias capazes de formar um profissional que exerça seu papel de educador, sujeito do processo ensino-aprendizagem e capaz de resolver problemas do cotidiano de sua prática, por meio de reflexões críticas da realidade onde estava inserido (FARAH; PIERANTONI, 2003).

A partir dessa metodologia, o ensino ocorreu mediante perguntas e indagações aos educandos sobre a observação do

problema e da situação, facilitando o processo de reflexão do profissional de saúde inserido no contexto da problemática do uso de drogas.

A metodologia proposta se mostrou apropriada, pois a questão do uso do crack e de outras drogas é um problema que atualmente permeia em todos os contextos sociais, envolvendo vários atores, sendo considerado um problema de saúde pública, que poderá ser minimizado se o profissional de saúde encarar as suas múltiplas interfaces e complexidades, por meio de reflexões críticas de sua práxis e tomada de decisão para ser um agente transformador da realidade a qual está inserido.

A fim de contemplar a metodologia proposta, os cursos de capacitação foram norteados pelo contexto loco regional da problemática do uso de *crack* e outras drogas no sul de Minas Gerais - ou seja, a realidade social dos municípios vinculados ao CISLAGOS.

Os seis cursos que foram oferecidos pelo CREFAL mantiveram uma unidade metodológica e foram aplicados segundo uma especificidade loco regional, contudo é fundamental salientar que o conteúdo programático estava fundamentado em eixos comuns (políticas sobre drogas, rede atenção e suas inter-relações, conceito de droga e padrões de uso, aspectos epidemiológicos das drogas no Brasil e no mundo, quadros clínico-psicopatológicos, abordagens terapêuticas e abordagem familiar, redes de apoio e reinserção social) e um eixo específico referente à capacitação dos diferentes atores sociais.

O projeto de capacitação foi dirigido para diferentes públicos-alvo (profissionais da rede de atenção básica – SUS e SUAS, atenção hospitalar, agentes comunitários de saúde e redutores de danos, agentes do sistema judiciário, segurança pública e Ministério Público e agentes que atuam no atendimento/apoio a adolescentes em cumprimento de medidas sócio-educativas) com o propósito de possibilitar uma diversidade de participantes, de forma a propiciar uma pluralidade de atores sociais, estimulando a troca de experiências, demandas, concepções filosóficas e culturais.

Durante a execução do projeto do CREFAL, entre os anos de 2011 a 2014 foram realizados nove cursos de capacitação com cargas horárias específicas para cada modalidade.

- 1) Aperfeiçoamento em crack e outras drogas para profissionais atuantes no Programa Saúde da Família (PSF) e no Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF);
- 2) Atualização em Atenção Integral para usuários de crack e outras drogas para profissionais atuantes em Hospitais Gerais (duas turmas);
- 3) Atualização sobre Intervenção Breve e Aconselhamento Motivacional em crack e outras drogas para Agentes Comunitários de Saúde e Redutores de Danos e outros Agentes Sociais (três turmas);
- 4) Atualização em Gerenciamento de Casos e Reinserção Social de usuários de crack e outras drogas para profissionais das Redes SUS e SUAS (duas turmas);
- 5) Aperfeiçoamento em crack e outras drogas para Agentes do Sistema Judiciário, Segurança Pública e Ministério Público;

Atividades exitosas da implantação do CREFAL

O êxito da UNIFAL-MG no processo seletivo referente ao Edital nº002/2010/GSIPR/SENAD, lançado no âmbito do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e com intuito de aproximar os diferentes parceiros e promover a discussão acerca dos conteúdos dos cursos que seriam ministrados e do processo de avaliação dos Centros de Referência, o Magnífico Reitor da UNIFAL-MG, Paulo Márcio de Faria e Silva e o Coordenador do CREFAL, Denis da Silva Moreira, participaram de um Seminário dos Centros Regionais de Referência no dia 17 de fevereiro de 2011, no Palácio do Planalto, em Brasília (DF), que contou com a presença da Excelentíssima Presidente da República Federativa do Brasil, Dilma Rousseff e dos Ministérios da Justiça, Educação, Saúde e Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Ao participar do referido Seminário, em Brasília ficou notório o empenho interministerial em envidar todos os esforços necessários para a plena efetivação do Plano de Enfrentamento do Crack e outras Drogas, além de voltarmos ainda mais motivados para dar andamento nas atividades programadas nos cursos de capacitação.

No intuito de proporcionar uma maior visibilidade das atividades desenvolvidas pelo CREFAL, foram realizados seis Fóruns de reflexão, de motivação, de sensibilização para início das capacitações, bem como, ao final de cada etapa, seminário de estímulo às ações que poderiam contribuir para uma transformação à realidade

social, do problema do uso de crack e outras drogas, em Alfenas e região: I Fórum de Discussão sobre Enfrentamento do Crack e outras Drogas na Região de Alfenas; II Fórum sobre Drogas: Reflexões e Estratégias de Enfrentamento; III Fórum: Política Nacional sobre drogas; IV Fórum: Políticas Públicas sobre Drogas: novos olhares; V Fórum: Conquistas e desafios da Política sobre Drogas no Brasil; VI Fórum: Desafios e estratégias para Segurança Pública. Participaram dos seis Fóruns cerca de 715 pessoas de diferentes áreas de atuação, tais como: autoridades ligadas à Segurança Pública, profissionais da saúde da assistência social, educadores, pesquisadores e líderes da comunidade.

Considerando a importância da efetivação da participação da sociedade organizada nas descentralizações das ações de prevenção do uso e abuso de álcool e outras drogas, no ano de 2011, durante o I Fórum de Discussão sobre Enfrentamento do Crack e outras Drogas na Região de Alfenas, foi criado o Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas de Alfenas (COMAD).

Os coordenadores e professores do CREFAL participaram de forma efetiva da Comissão organizadora do I Fórum Municipal sobre Drogas da cidade de Cabo Verde, realizado no dia 01 de julho de 2011. As mesas redondas e palestras versaram sobre: A realidade das drogas na cidade de Cabo Verde; A família como fator de proteção; As possibilidades e potencialidades da Reinserção Social; A escalada do uso de crack e outras drogas; A importância do trabalho em Rede

para o enfrentamento do uso de crack e outras drogas e A Espiritualidade como fator protetor ao uso de álcool e outras drogas.

O CREFAL, em parceria com a Prefeitura Municipal de Alfenas, Conselho Regional de Saúde, Universidade de Alfenas, no dia 03 de dezembro de 2011 organizou a I Conferência Regional sobre Drogas. Este evento teve a participação do Deputado Estadual Pompílio Canavez e do Deputado Federal Reginaldo Lopes – Presidente da Comissão Especial de Políticas Públicas sobre Drogas da Câmara dos Deputados.

Considerando os pilares que sustentam a universidade – ensino, pesquisa e extensão, durante a realização dos cursos de capacitação os professores da UNIFAL-MG vinculados ao CREFAL consolidaram ainda mais o pilar universitário – Pesquisa. Assim, as reflexões que emergiram dos cursos de capacitação, a troca de experiência entre os professores *expertises* na temática das drogas estimulou os docentes coordenadores do CREFAL no processo de elaboração e no desenvolvimento de vários projetos de pesquisa, desde iniciação científica até dissertação de mestrado e pós-doutorado no contexto do uso e abuso de drogas.

Salientamos que para execução dos projetos de pesquisa, foram respeitadas todas as diretrizes e normas que norteiam uma investigação científica, sendo fundamentada na Resolução 196/96 e na Resolução 466/2012 que trata do protocolo de aspectos éticos exigidos em pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996, 2012).

Os projetos de iniciação científica foram:

- Crescendo Consciente: a prevenção do uso de álcool e outras drogas na adolescência - FAPEMIG Edital/Apoio a Projetos de Extensão em Interface com a Pesquisa com objetivo de investigar o padrão de consumo de álcool e outras drogas entre adolescentes do ensino fundamental II de uma escola pública, bem como desenvolver ações pedagógicas para a prevenção do consumo indevido dessas substâncias;
- Projeto Temático: Caminho, Verdade e Vida: Viva sem Drogas – FAPEMIG com o objetivo de executar um projeto temático sobre a problemática das drogas entre estudantes do ensino fundamental II de uma escola pública do Sul de Minas Gerais;
- O uso de bebida alcoólica entre gestantes adolescentes cadastradas nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família da cidade de Alfenas-MG, com objetivo identificar problemas relacionados ao uso de bebida alcoólica entre gestantes adolescentes na cidade de Alfenas MG.

Os projetos que culminaram em dissertações de mestrado foram:

- Criação e avaliação de um *software* interativo para ponderar o uso de álcool e outras drogas, com objetivo de desenvolver e avaliar um *software* interativo para a implementação do Questionário sobre o uso de Drogas proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), desenvolvido pela WHO *Research and Reporting Project on the Epidemiology of Drug Dependence* (SMART et al, 1980) e validado no Brasil por Carlini-Cotrim, Barbosa (1993) e aplicado nos

Levantamentos Nacionais realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID;

- O uso de drogas e o *bullying* em estudantes do 6º ao 9º ano do ensino fundamental no município de Alfenas-MG, com objetivo de avaliar a associação entre uso de drogas e o *bullying* em estudantes do 6º ao 9º ano do ensino fundamental de um município do sul de Minas Gerais.

- Efetividade da auriculoterapia na redução/cessação do tabagismo com o objetivo de avaliar a efetividade da auriculoterapia no tratamento da redução/cessação do tabagismo em trabalhadores.

Projeto vinculado à capacitação de pós-doutorado:

- Atenção à Saúde do estudante universitário: interface entre o uso de álcool e outras drogas, com o objetivo de verificar a prevalência do uso de álcool e/ou outras drogas entre os estudantes universitários e comportamento de saúde e de risco relacionados ao contexto das drogas.

O CREFAL participou de forma efetiva das atividades desenvolvidas pelo Projeto de Extensão da UNIFAL-MG, “Crescendo Consciente: A Prevenção do uso de álcool e outras drogas na adolescência”, que tinha como objetivo avaliar perfil do uso de álcool e outras drogas em cerca de 600 adolescentes de uma escola pública de um município de Alfenas e desenvolver ações estratégicas para a prevenção do consumo indevido dessas substâncias. O Projeto teve o intuito de trazer à população de adolescentes do município de Alfenas princípios de vida que conjeturem com um desenvolvimento

saudável. Foram realizadas visitas em escola municipal e privada de ensino fundamental, nos períodos de aula, com frequência quinzenal, para o desenvolvimento de atividades dinâmicas e utilização de métodos lúdicos com a finalidade de trabalhar a assimilação de temas como moral e ética, problemas sociais, psicológicos e médicos associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, mecanismo de ação, as formas de dependência dentre outros. Tais informações foram utilizadas como ações de prevenção e sensibilização para o abandono do uso substâncias psicoativas.

Profissionais concluintes dos cursos de capacitação profissional

O CREFAL, entre os anos de 2011 e 2014 realizou 9 cursos de capacitação profissional, certificando cerca de 528 profissionais de várias áreas de atuação de 32 municípios do Sul de Minas Gerais conforme demonstrado pelos Quadros 1 e 2.

Quadro 2 – Relação dos municípios e número de profissionais (528) que concluíram os 9 cursos de capacitação profissional oferecidos pelo CREFAL nos anos de 2011 – 2014, Alfenas/MG.

	Municípios	IB-2011	GC-2011	HG-2011	IB-2011	IB-2013	GC-2013	NASF-2013	HG-2014	SP-2014
1	Alfênas	20	22	15	37	51	27	9	22	21
2	Alpinópolis	7	2	0	0	0	1	0	0	0
3	Alterosa	6	1	0	0	0	0	0	8	0
4	Arceburgo	3	1	0	0	3	0	0	0	0
5	Areado	0	4	0	2	7	0	5	0	5
6	Bandeira do Sul	0	1	0	0	4	0	0	0	0
7	Botelhos	3	1	0	0	0	0	0	0	0
8	Cabo Verde	0	1	0	0	2	0	0	1	0
9	Campestre	1	0	0	0	5	2	0	0	0
10	Campo Belo	2	1	0	0	0	0	0	0	0
11	Campo do Meio	0	2	0	0	0	6	0	0	4
12	Campos Gerais	2	4	0	0	6	0	7	0	3
13	Conceição Aparecida	5	2	0	0	3	0	0	0	0
14	Carmo do Rio Claro	0	0	0	0	11	6	0	0	0
15	Divisa Nova	1	3	0	0	2	1	0	0	0
16	Elói Mendes	0	0	0	0	0	0	0	16	1
17	Fama	0	1	0	0	3	0	0	0	0
18	Guaranésia	1	1	0	2	5	2	3	0	0
19	Guaxupé	1	4	0	3	2	1	0	3	1
20	Juruia	0	0	0	0	0	0	5	0	0
21	Machado	2	3	0	0	7	9	1	0	1
22	Monte Belo	0	0	0	0	0	0	1	0	0
23	Muzambinho	0	2	0	2	2	0	0	0	0
24	Nova Rezende	0	0	0	0	4	0	1	3	0
25	Paraguaçu	0	2	1	0	6	1	8	0	0
26	Passos	0	0	0	0	0	13	0	9	0
27	Poços de Caldas	0	0	0	0	0	0	0	4	0
28	Poço Fundo	0	0	0	0	1	0	1	0	0
29	São Pedro da União	0	0	0	2	4	3	0	0	0
30	Serrania	3	1	0	0	0	0	0	0	0
31	Três Pontas	0	0	1	0	0	0	0	0	0
32	Varginha	3	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL - 528	60	59	17	48	128	72	41	66	37

IB- Intervenção Breve; GC- Gerenciamento de Casos; HG – Hospitais Gerais; NASF- Núcleo de Assistência Saúde da Família; SP – Segurança Pública.

2011; 2013 e 2014 – anos de realização dos cursos de capacitação profissional.

Quadro 3 – Relação do número de profissionais (528) e suas respectivas áreas de atuação dos alunos que concluíram os 9 cursos de capacitação profissional oferecidos pelo CREFAL nos anos de 2011 – 2014, Alfenas/MG.

	IB- 2011	GC- 2011	HG- 2011	IB- 2011	IB- 2013	GC- 2013	NASF- 2013	HG- 2014	SP- 2014	TOTAL
ADMINISTRADOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE	2	1	0	1	0	0	0	0	0	4
AGENTE COMUNITARIO DA SAÚDE	16	0	0	0	22	0	11	2	0	51
APOSENTADO	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
ASSISTENTE SOCIAL	1	23	2	30	49	35	3	16	15	174
AUXILAR DE ENFERMAGEM	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
COMERCIANTE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
CONSELHEIRO DEPENDÊNCIA QUÍMICA	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
CONSELHEIRO DO COMAD	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
COORDENADOR CLÍNICA TERAPÊUTICA	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
DENTISTA	0	0	0	0	0	2	1	0	0	3
EDUCADOR - PEDAGOGO	5	3	0	1	22	7	2	1	0	41
ENFERMEIRO	20	16	14	4	5	7	15	26	3	110
ESTUDANTE	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
FARNACÊUTICO	0	0	0	0	0	1	1	3	0	5
FISIOTERAPEUTA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
FONAUDIÓLOGO	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
FUNCIONÁRIO PÚBLICO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
LÍDER RELIGIOSO	0	0	0	0	6	3	0	0	0	9
MÉDICO	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
MONITOR DE CLÍNICA TERAPÊUTICA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
NUTRICIONISTA	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
POLICIAL MILITAR	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
PSICÓLOGO	13	12	1	12	11	13	5	12	4	83
SEGURANÇA PÚBLICA	3	0	0	0	0	0	0	0	0	3
TECNICO DE ENFERMAGEM	0	0	0	0	10	0	2	2	0	14
TERAPÊUTA OCUPACIONAL	0	3	0	0	1	3	0	1	1	9
TOTAL – 528	60	59	17	48	128	72	41	66	0	528

IB- Intervenção Breve; GC- Gerenciamento de Casos; HG – Hospitais Gerais; NASF- Núcleo de Assistência Saúde da Família; SP – Segurança Pública.

2011; 2013 e 2014 – anos de realização dos cursos de capacitação profissional.

Visibilidade nacional e internacional das ações desenvolvidas pelo CREFAL

O processo de implantação do CREFAL, bem como os resultados obtidos nos cursos de capacitação profissional foram divulgados em vários eventos de abrangência nacional e internacional, publicados em revistas científicas de impacto e a produção de um Programa de Computador, indicados a seguir:

I Congresso Interdisciplinar de Espiritualidade e II Jornada Vida Plena. Cuidado espiritual ao usuário de drogas: uma revisão integrativa. 18 a 20 de outubro de 2012. Alfenas-MG/Brasil.

XXXI Semana de Enfermagem e II Semana de Fisioterapia. Uso de álcool e outras drogas por estudantes de enfermagem. 05 a 07 de dezembro de 2012. Alfenas-MG/Brasil.

IV Congresso Internacional sobre Drogas. Ciclo de Seminários sobre Drogas do PET-Enfermagem: um relato de experiência. 27 e 28 de maio de 2013. Juiz de Fora-MG/Brasil.

XIV Sudeste PET. PET-Enfermagem UNIFAL-MG: oficinas “Habilidades de vida”. 18 a 20 de abril de 2014. Rio de Janeiro-RJ/Brasil.

XVI Simpósio Internacional sobre Tabaco, Álcool e outras Drogas. Centro Regional de Referência sobre Drogas da UNIFAL-MG: uma estratégia de capacitação profissional com vista a contribuir para a transformação social. 06 a 08 de novembro de 2014. Rio de Janeiro-RJ/Brasil.

XVI Simpósio Internacional sobre Tabaco, Álcool e outras Drogas. Processo de capacitação: percepção de profissionais que atuam com usuários de álcool e outras drogas. 06 a 08 de novembro de 2014. Rio de Janeiro-RJ/Brasil.

XIII Encontro Internacional de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica. Uso de substâncias psicoativas entre adolescentes de uma escola pública. 10 a 12 de novembro de 2014. Ribeirão Preto-SP/Brasil.

XIII Encontro Internacional de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica. Relação entre uso de drogas e o bullying em estudantes do ensino fundamental. 10 a 12 de novembro de 2014. Ribeirão Preto-SP/Brasil.

I Simpósio Mineiro de Pós-graduação, Saúde Pública e Desenvolvimento Sustentado. Estratégias de prevenção do consumo de drogas para adolescentes: revisão sistemática da literatura. 13 a 15 de agosto de 2015. Alfenas-MG/Brasil.

XXIII Congresso Brasileiro da ABEAD. Consumo de álcool e estado nutricional antropométrico de adolescentes de escola pública do sul de Minas Gerais. 23 a 26 de setembro de 2015. Campos do Jordão-SP/Brasil.

5º Congresso Internacional ABRAMD. O uso de álcool e sua relação com estado nutricional antropométrico, saúde e desempenho escolar de adolescentes. 30 de novembro a 03 de dezembro de 2015. Brasília-DF/Brasil.

67º Congresso Brasileiro de Enfermagem. 4º Colóquio Latino-americano de História da Enfermagem. Projeto Temático- caminho, verdade e vida: viva sem drogas. 27 a 30 de outubro de 2015. São Paulo- SP/Brasil.

XIV Encontro Internacional de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica. Uso abusivo de álcool e fatores associados a comportamentos de risco em estudantes universitários. 09 a 11 de novembro de 2016. Ribeirão Preto-SP/Brasil.

XIV Encontro Internacional de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica. Desenvolvimento e avaliação de um Sistema Interativo para ponderar o consumo de álcool

e/ou outras drogas entre adolescentes. 09 a 11 de novembro de 2016. Ribeirão Preto-SP/Brasil.

I Seminário de Pesquisadores em Saúde Mental. Atenção à saúde do estudante universitário: interface entre o uso de álcool e outras drogas. 29 de novembro de 2016. Alfenas-MG/Brasil.

II Simpósio Internacional em Enfermagem em Adições. O Nexo entre o consumo de drogas, os problemas enfrentados na vida e a percepção do suporte familiar em adolescentes. 05 a 07 de julho de 2017. São Paulo-SP/Brasil.

Artigos publicados em revistas de impacto para área de enfermagem e áreas afins:

- SALLES, T. A. ; CHAVES, E. C. L. ; MOREIRA, D. S. ; BRITO, M. V. N. ; MENDONCA, H. M. C. R. E. ; OLIVEIRA, K. . Estratégias de prevenção ou redução do consumo de drogas para adolescentes: revisão sistemática da literatura. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 18, p. 1-13, 2016.

- SILVA, P.R. ; CHAVES, E. C. L. ; PILLON, S. C. ; SILVA, A. M. ; MOREIRA, D. S. ; IUNES, D.H. . Contributions of auriculotherapy in smoking cessation: a pilot study. Revista da Escola de Enfermagem da USP (Impresso), v. 48, p. 883-890, 2014.

- SILVA, P.R. ; SOUZA, P. ; Nogueira, DA ; MOREIRA, D. S. ; CHAVES, E. C. L. . Relação entre bem-estar espiritual, características sociodemográficas e consumo de álcool e outras drogas por estudantes. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria (UFRJ. Impresso)*, v. 62, p. 191-198, 2013.

Um outro resultado promissor fruto de uma dissertação de mestrado, foi a produção de um programa de computador, “SIAUD – *Software* Interativo para a Avaliação do Uso de Drogas” com recursos subsidiados pela FAPEMIG, sendo registrado no Instituto Nacional da Propriedade Industrial – Processo BR 51 2015 001482-0.

Considerações finais

A UNIFAL-MG é a única Universidade do Sul de Minas Gerais que foi contemplada para a criação do Centro Regional de Referência – CRR. Ponderando sobre o seu impacto como Centro de Capacitação Profissional e espaço propício para o desenvolvimento da indissociabilidade universitária entre ensino, pesquisa e extensão, os resultados da implantação do CREFAL foram exitosos, pois nos 9 cursos realizados, foram capacitados 528 profissionais das várias áreas de conhecimento e campos de atuação, de 28 municípios vinculados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Região dos Lagos do Sul de Minas Gerais – CISLAGOS e de mais 4 municípios fora da área de abrangência do CISLAGOS.

Também destacamos a produção de conhecimento, por meio do desenvolvimento de projetos de pesquisa e extensão, participação de eventos científicos e publicação de artigos em revistas científicas, bem como a elaboração de um programa de computador (SIAUD) interativo para a avaliação do uso de drogas entre adolescentes, fruto das reflexões e discussões das ações realizadas pelo CREFAL.

Assim, acreditamos que a o CREFAL cumpriu o papel a que se propôs- ser um Centro de Capacitação profissional que contribui para a formação de vários atores sociais considerando o desafio de serem agentes transformadores da realidade social que estão inseridos no que tange à problemática do uso e abuso de drogas.

Referências

-BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 1996.

- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. 2004.

- CARLINI-COTRIM, B.; BARBOSA, M.T.S. Pesquisas epidemiológicas sobre o uso de drogas entre estudantes: um manual de orientações gerais. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina: 01-56, 1993.

- FARAH, B.F.; PIERANTONI, C.R. A utilização da metodologia da Problematização no Curso Introdutório para Saúde da Família do Pólo de Capacitação da UFJF. Revista APS, v.6, n.2, p.108-119, jul./dez. 2003.

- GARCIA et. al. A construção de uma práxis interdisciplinar em saúde. Org. MAI, L.D. &SCOCHI, M. J. Marigá: Eduem, 2011, 54p.

- SENAD. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Saúde. Comitê Gestor do Plano Integrado de Enfretamento ao Crack e Outras Drogas. Edital nº 002/2010/GSIPR/SENAD. Plano Integrado de Enfretamento ao Crack e outras Drogas. 2010.

- SMART et al. A methodology for students drug-use surveys. Geneva. World Health Organization, 1980.

AS DROGAS E SUAS POLÍTICAS REGULATÓRIAS: É PRECISO SONHAR.

Renato Faloni de Andrade

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar”.

Eduardo Galeano

O presente trabalho busca analisar os aspectos da política mundial de drogas, mostrando realidades e tendências referentes à questão.

Com efeito, verifica-se que as medidas tomadas por diversos países para conter o avanço das drogas foram, inicialmente, inspiradas na matriz norte-americana, de conotação repressiva, consistente no encarceramento de usuários e traficantes.

Apontadas as deficiências geradas pela política repressiva, coube demonstrar atitudes descriminalizadoras e legalizadoras.

As políticas de drogas portuguesa e uruguaia, exemplos de descriminalização e legalização, respectivamente, foram abordadas em seus aspectos considerados principais, de forma perfunctória e objetiva.

Mereceu atenção, também, a forma como o julgador e o legislador brasileiro vêm conduzindo suas ações na área.

1. O marco histórico da política antidrogas. A matriz norte-americana. O entendimento da Organização das Nações Unidas – ONU.

A hodierna política sobre drogas tem como marco histórico medidas adotadas nos Estados Unidos nos anos 1980. Àquela época, sob Reagan¹, os americanos experimentaram ações internas e externas, sempre de natureza repressiva, para conter o avanço das drogas.

No ambiente doméstico, a legislação objetivou o recrudescimento do tratamento dispensado aos usuários e traficantes de drogas com o aumento das penas a eles imputadas. Nesse sentido, estatísticas indicam que, atualmente, 52% dos presos em penitenciárias federais americanas o são por conta do envolvimento com drogas. Cada preso custa ao tesouro americano 34 mil dólares por ano.²

Dentre os estados americanos, a Califórnia merece destaque – estado com maior número de presos da nação, que investe 8,6% de seu orçamento anual em presídios. O movimento encarcerador é tão

¹ Ronald Wilson Reagan: ator e quadragésimo Presidente dos Estados Unidos. Esteve à frente do governo americano de 20 de janeiro de 1980 a 20 de janeiro de 1989.

² Nesse sentido: ARAÚJO, Tarso. *Almanaque das drogas*. 2ª ed. São Paulo: Leya, 2014, p. 235.

expressivo que o governo californiano passou a adaptar ginásios de esportes para receber presos.³

Tal postura se aproxima do denominado movimento punitivista, tão em voga atualmente, e que considera o Direito Penal a panaceia para todos os males. Sobre referido movimento, asseveram Gomes e Biachini:

*Os punitivistas admitem que o Direito Penal seja o mais eficaz (e mais necessário) instrumento de controle social. O Direito Penal, assim, não surge (nessa visão parcial e reducionista) como ultima ratio (último instrumento a ser utilizado em favor da proteção de bens jurídicos), sim, como prima ou solo ratio. Propugnam, em suma, por um Direito Penal Máximo.*⁴

Na seara externa, a política norte-americana buscou interferir (como ocorre ainda hoje), em diferentes ângulos da soberania de países produtores e exportadores de drogas, sobretudo na América Latina, promovendo embargos econômicos e instalando organismos de repressão, a exemplo da presença da DEA⁵ em território

³ Nesse sentido: ARAÚJO, Tarso. *Op. cit.* P. 236.

⁴ GOMES, Luiz Flávio e BIANCHINI, Alice. *O direito penal na era da globalização*. São Paulo: RT, 2002, p.43/44.

⁵ DEA – Drug Enforcement Agency. Em Português: Agência Antidrogas. Escritório do Departamento de Justiça dos Estados Unidos, responsável pelo

colombiano, com efetiva atividade repressiva sobre a produção e comercialização de drogas, mas que, por vezes, ultrapassa seus limites de atuação formais, comprometendo até mesmo a paz. Nesse sentido:

Durante anos, a política dos Estados Unidos para a Colômbia foi influenciada pela DEA, que mantém laços estreitos com as forças armadas e contatos habituais com os grupos paramilitares, atores centrais da guerra que assassinou milhares de camponeses, sindicalistas e dirigentes sociais, e obrigou milhões de camponeses a abandonar suas terras que foram ocupadas por coronéis e líderes narcos.

O eventual fim da guerra civil mais prolongada do continente, que poderia ser alcançado nas conversações de paz mantidas entre as FARC e o governo colombiano, seria uma derrota, ao menos tática, para a DEA e a indústria militar norte-americana.

Advertida do risco que a paz significa, pois diminuiria drasticamente a quantidade milionária de recursos investidos na intervenção da Colômbia, a

planejamento, desenvolvimento e avaliação de estratégias antidrogas, em território doméstico e externo. Atualmente a DEA se faz presente em aproximadamente 50 (cinquenta) países.

DEA divulgou um chamativo documento vinculando as FARC aos cartéis narcotraficantes mexicanos.

Com um oportuno sentido de marketing informativo, a corporação antidrogas norte-americana afirma, sem entregar dados consistentes, que os insurgentes colombianos mantêm negócios com o capo mexicano Joaquim Chapo Guzmán, chefe do cartel de Sinaloa, conhecido mundialmente logo após a espetacular fuga de uma prisão de segurança de máxima através de um túnel.^{6 7}

Alinhada à política antidrogas norte-americana, a Organização das Nações Unidas – ONU firmou três convenções sobre controle de drogas: a Convenção Única sobre estupefacientes de 1961 (emendada pelo Protocolo de 1972), o Convênio sobre substâncias psicotrópicas de 1971 e a Convenção contra o tráfico ilícito de estupefacientes e substâncias psicotrópicas de 1988.

Por derradeiro, a mesma organização liderou, em 1998, projeto que almejava erradicar as drogas no mundo em 10 (dez) anos. No que se refere à iniciativa, esclarece Burgierman:

⁶ PIGNOTTI, Dário. Colômbia-EUA: DEA sabota o processo de paz. Disponível em <<http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Internacional/Colombia-EUA-DEA-sabota-o-processo-de-paz/6/34948>>. Acesso em: 01 de dezembro de 2015.

⁷ Atualmente, Guzmán encontra-se detido nos Estados Unidos, para onde foi extraditado no dia 19 de janeiro de 2017, vindo do México. Nos Estados Unidos, pesa sobre ele acusações de tráfico de drogas e lavagem de dinheiro.

*Após a ofensiva, o consumo de todas elas cresceu no mundo inteiro: o de maconha aumentou 8,5%; o de cocaína, 25%; o de heroína e outros opiáceos, 34,5%. Quanto mais perigosa a droga, maior foi o aumento. Surgiram drogas mais potentes e nocivas, e o crime organizado ficou mais lucrativo e poderoso.*⁸

Com efeito, verifica-se que o fracasso no combate às drogas se deu por conta da adoção de mecanismos simples para controle de situação complexa, pois, ao abordarmos o tema, devemos entender não se tratar de questão de segurança pública, apenas. As drogas envolvem também questões de saúde pública, respingando seus maléficos efeitos sobre a família e a comunidade.⁹ Para exemplificar a complexidade do tema, basta verificar que a prisão de um traficante, que, ainda que injustificadamente, se valha da mercancia ilícita de drogas para manter sua família, composta de mulher e prole numerosa, poderá acarretar aos seus completo abandono moral e material, incentivando o ingresso deles no campo do ilícito.

Nesse norte, é oportuno consignar que, quanto ao traficante de drogas, há necessidade de se aplicar a lei penal, com imposição de pena exemplar, sem que haja, contudo, afronta aos Direitos

⁸ BURGIERMAN, Denis Russo. *O fim da guerra: a maconha e a criação de um novo sistema para lidar com as drogas*. São Paulo: Leya, 2011, p. 24.

⁹ Nesse sentido: BURGIERMAN, Denis Russo. *Op. cit.* P. 26.

Humanos,¹⁰ como em casos recentemente noticiados, envolvendo os brasileiros Marcos Archer Cardoso Moreira e Rodrigo Gularte,¹¹ e sempre atentando para as consequências diretas, de ordem social, dessa reprimenda em relação aos que dele dependem. Entretanto, o usuário requer atenção da área da saúde pública, sobretudo se for dependente químico.

Outro fator comprometedor da política repressiva pode ser observado em decorrência da uniformidade de tratamento dispensado ao tema, a partir do paradigma norte-americano. Nesse sentido, regras moldadas para aplicação em território ianque foram exportadas para outros países, sem que houvesse adaptação ao contexto histórico-cultural local, como no caso dos mascadores de folha de coca dos Andes Bolivianos que, por conta da Convenção Única sobre Estupefacientes de 1961, se viram na condição de criminosos por adotarem tal prática, costumeira entre os bolivianos desde antes de Cristo.¹²

¹⁰ Cumpre salientar que os “Direitos Humanos” englobam “direitos” de “humanos”, e não “direitos” de “humanos presos”, apenas. É preciso desmistificar, para que não seja tomada por certa a afirmação propalada por programas televisivos sensacionalistas.

¹¹ Marcos Archer Cardoso Moreira foi fuzilado na Indonésia, em 17 de janeiro de 2015, após 11 (onze) anos de prisão, por tentar entrar no país com 13 (treze) quilos de cocaína acondicionados nos tubos de uma asa delta; Rodrigo Gularte teve morte idêntica, no dia 28 de abril de 2015, acusado de tentar entrar no país com cocaína acondicionada em pranchas de surf.

¹² Nesse sentido: MORALES, Evo. Deixe-me mascar minha folha de coca, 2009. Disponível em <<http://internacional.estadao.com.br/noticias/geral,deixem-me-mascar-minha-folha-de-coca,340009>>. Acesso em 22 de março de 2017.

2. Realidades e Tendências

A matriz norte-americana encontra-se enraizada na legislação dos 183 países participantes das convenções da ONU sobre o tema (1961, 1971 e 1988), com sanções de natureza penal para usuários e traficantes. Nesse aspecto, cumpre asseverar que o Brasil continua considerando crime o porte de droga para uso próprio.¹³

Se é certo que o uso indiscriminado e sem prescrição médica de drogas compromete a ordem e a saúde pública, certo é também que medidas repressivas nem sempre logram resultados satisfatórios, ante às implicações dantes relacionadas.

Por conta da bancarrota social verificada no combate às drogas, novos marcos regulatórios vêm sendo defendidos pela comunidade internacional e utilizados com resultados satisfatórios. Nesse diapasão, destacam-se a despenalização, a descriminalização, a legalização e a redução de danos.

A despenalização consiste na exclusão de pena privativa de liberdade para a conduta de quem for surpreendido com droga para uso próprio. A conduta continua sendo criminosa, mas punida com pena de advertência, prestação de serviços à comunidade e obrigação de frequentar cursos, como dispõe, por exemplo, o artigo 28 da Lei de Drogas brasileira.

A descriminalização, conforme o Ministro Gilmar Mendes, é

¹³ Nesse sentido: STF. 1ª Turma. RE 430105 QO/RJ. Rel. Min. Sepúlveda Pertence. J. 13.02.2007.

termo comumente utilizado para descrever exclusão de sanções criminais em relação à posse de drogas para uso pessoal. Sob essa acepção, embora a conduta passe a não ser mais considerada crime, não quer dizer que tenha havido liberação ou legalização irrestrita da posse para uso pessoal, permanecendo a conduta, em determinadas circunstâncias, censurada por meio de medidas de natureza administrativa.¹⁴

A legalização compreende o estabelecimento de uma cadeia de produção, distribuição e consumo de drogas, atribuindo licitude dentro de parâmetros legalmente estabelecidos.

Tais movimentos ganharam força por conta da denominada redução de danos, prática consistente

em um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos, ao invés da

¹⁴ STF. RE 635659. Rel. Min. Gilmar Mendes. O presente recurso conta com votos dos Ministros Gilmar Mendes, Edson Fachin e Luís Roberto Barroso, estando o julgamento suspenso por conta de pedido vista do então Ministro Teori Zavascki, falecido em janeiro de 2017, em acidente aéreo na região de Paraty/RJ.

*prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas.*¹⁵

Referida prática ganhou importância nos anos 80 do século XX, com o risco iminente de propagação do HIV entre usuários de drogas. Quanto aos efeitos práticos da redução de danos, obtempera Araújo:

*A redução de danos parte de um pressuposto bem pragmático: a maioria dos usuários de drogas não pensa em abandoná-las porque não é dependente, e, entre os que o são, muitos não conseguem ou simplesmente não querem largá-las. Se eles vão continuar usando drogas, seja lá por que motivo for, o que se pode fazer? Diminuir ao máximo o dano que elas causam para os usuários e para os outros.*¹⁶

3.A descriminalização das drogas

Como afirmado, a descriminalização consiste na retirada da conduta do rol daquelas consideradas criminosas.

Conforme Lopes:

¹⁵ Disponível em <https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf>. Acesso em 24 de março de 2017.

¹⁶ ARAÚJO, Tarso. Op. cit. P. 193.

Descriminalizar significa subtrair da estrutura constituidora do crime – fato típico, antijurídico e culpável – um de seus elementos, com a conseqüente redução do fato a um evento não cominado com a sanção penal como conseqüência de sua prática. Em face do princípio da legalidade, os processos descriminalizadores são, tecnicamente falando, processos de natureza legislativa.¹⁷

Quanto à descriminalização legislativa – realizada mediante intervenção do Poder Legislativo, cabe consignar ser derivada da aceitação social de conduta prevista na Lei Penal. Conforme Carvalho, “o legislador, ao perceber a inadequação da permanência do tipo penal no cenário jurídico em decorrência da mudança dos comportamentos e dos signos da cultura, retira sua previsão como delito”.¹⁸

Tramitam, na Câmara dos Deputados brasileira, os projetos de lei nº 7.187/2014 – que dispõe sobre o controle, a plantação, o cultivo, a colheita, a produção, a aquisição, o armazenamento, a comercialização e a distribuição de maconha (*cannabis sativa*) e seus

¹⁷ LOPES, Maurício Antônio Ribeiro. *Princípio da insignificância no direito penal: análise à luz da lei 9.099/95: juizados especiais criminais, lei 9.503/97, código de trânsito brasileiro e da jurisprudência atual*. 2 ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: RT, 2000, p. 120.

¹⁸ CARVALHO, Salo de. *A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06*. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 195.

derivados, e dá outras providências, e nº 7.270/14 – que regula a produção, a industrialização e a comercialização de *cannabis*, derivados e produtos de *cannabis*, dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, cria o Conselho Nacional de Assessoria, Pesquisa e Avaliação para as Políticas sobre Drogas, altera as leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 8.072, de 25 de julho de 1990, e 9.294, de 15 de julho de 1999 e dá outras providências. Pelo enunciado dos projetos, verifica-se que contêm medidas legalizadoras.

No Senado Federal tramita a sugestão de iniciativa popular nº 8/2014, que propõe regular o uso recreativo, medicinal e industrial da maconha.

Além da descriminalização legislativa, temos que a conduta pode deixar de ser crime também por conta de decisão judicial – a denominada descriminalização judicial, como ocorreu na Argentina, em 2009, quanto ao porte de pequena quantidade de droga para uso próprio.

Na ocasião, a Corte Constitucional Argentina, ao julgar recurso extraordinário interposto no caso *Arriola* e outros,¹⁹ entendeu, por unanimidade, que o artigo 14, § 2.º, da Lei 23.737/89, ao considerar crime a posse de pequena quantidade de droga destinada ao consumo pessoal de pessoa maior de 16 (dezesseis) anos afronta o artigo 19 da Constituição Argentina, que recomenda:

¹⁹ *Recurso de hecho* 9080

Artículo 19- Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe.

No Brasil, “quem adquire, guarda, tem em depósito, transporta ou traz consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar” será submetido às seguintes penas: advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviço à comunidade; medida educativa de comparecimento à programa ou curso educativo.²⁰

O Supremo Tribunal Federal debruça-se sobre o tema, por conta do Recurso Extraordinário nº 635.659-SP, interposto pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo, conforme noticiado:

No caso dos autos, o recorrente foi condenado pela Justiça paulista à prestação de dois meses de serviços à comunidade por portar três gramas de maconha para consumo próprio. A Defensoria Pública do Estado de São Paulo, que representa o condenado,

²⁰ Lei nº 11.343/06, artigo 28, *caput*.

*sustenta que essa tipificação penal ofende o princípio da intimidade e vida privada, previsto no artigo 5º, inciso X, da Constituição Federal. Alega também que não há lesividade na hipótese do porte de drogas para uso próprio, uma vez que tal conduta não afronta a saúde pública (objeto jurídico do delito de tráfico), “mas apenas, e quando muito, a saúde do próprio usuário”.*²¹

Quanto ao julgamento em curso no Supremo Tribunal Federal, cabe observar ter sido, necessariamente, afetado de repercussão geral, atendendo assim aos critérios de relevância e transcendência.²² Compete ainda verificar que o Supremo Tribunal Federal, ao julgar o mencionado recurso, responderá:

Diante dos direitos fundamentais à intimidade e à vida privada, tendo ainda como vetor o princípio constitucional da lesividade a balizar o Direito Penal,

²¹Disponível em <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=297971>>. Acesso em 21 de março de 2017.

²² O Supremo Tribunal Federal admite apenas os Recursos Extraordinários que sejam relevantes do ponto de vista econômico, político, social ou jurídico; também exige, para sua admissão, que transcenda aos interesses subjetivos do caso concreto. Quanto aos efeitos do julgamento afetado com repercussão geral, cabe destacar caráter multiplicador, para que todos os processos idênticos ao julgado no recurso, sejam atingidos pela decisão. Assim, o tribunal delibera apenas uma vez, resolvendo, a partir do “caso padrão” todas as causas idênticas.

*é válido dispositivo legal que define como crime o porte de drogas ilícitas para uso pessoal?*²³

Relator do recurso, o Ministro Gilmar Mendes votou pela inconstitucionalidade do artigo 28 da Lei de Drogas, defendendo a aplicação de medidas administrativas em relação ao usuário surpreendido com droga para uso próprio.²⁴ Em seguida, o Ministro Edson Fachin propôs a declaração de inconstitucionalidade do artigo 28 da Lei 11.343/2006, que tipifica a aquisição, guarda ou porte de drogas para consumo pessoal, exclusivamente em relação à *cannabis sativa* (maconha).²⁵ Terceiro a se manifestar, o Ministro Luís Roberto Barroso votou pela descriminalização do uso da maconha, propondo inclusive regras transitórias²⁶ para diferenciar o portador do traficante, quando a pessoa for surpreendida com maconha. O julgamento

²³ GARCIA, Roberto Soares. A inconstitucionalidade do art. 28 de Lei de Drogas. Disponível em <https://www.ibccrim.org.br/boletim_artigo/4740-A-inconstitucionalidade-do-art-28-da-Lei-de-Drogas>. Acesso em 21 de março de 2017.

²⁴ Disponível em <<http://stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=298109&caixaBusca=N>>. Acesso em 21 de março de 2017.

²⁵ Disponível em <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=299485>>. Aceso em 21 de março de 2017.

²⁶ Para Barroso, o porte de 25 (vinte e cinco) gramas de maconha ou a plantação de até 06 (seis) plantas fêmeas da espécie são condutas enquadráveis naquelas típicas de usuário, até que o Congresso Nacional legisle sobre o tema.

encontra-se suspenso desde 10 de setembro de 2015, por conta de pedido de vista efetuado pelo Ministro Teori Zavascki.²⁷

Do superficialmente exposto quanto ao recurso pendente de julgamento do Supremo Tribunal Federal, pode-se verificar o quão tormentoso se apresenta o tema, que, apesar de contar com 03 (três) votos favoráveis à declaração de inconstitucionalidade, manifesta ideias divergentes, quanto às drogas contempladas com a decisão, bem como quanto ao tratamento a ser dispensado ao usuário.

No sentido de regulamentar o uso medicinal de derivado da maconha, merece registro a Resolução nº 2.113/14, do Conselho Federal de Medicina, que aprovou o uso de compassivo de canabidiol – derivado canabinoide da *cannabis sativa*, para o tratamento de epilepsias da criança e do adolescente refratárias aos tratamentos convencionais.

Um aspecto recomenda menção destacada quanto à política de drogas brasileira: não há lei que distinga o usuário do traficante de drogas. Conforme a Lei de Drogas – Lei nº 11.343/06,

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

²⁷ Como amplamente divulgado, o Ministro Teori Zavascki falecera em acidente aéreo na região de Paraty/RJ, em janeiro de 2017, o que atrasa ainda mais o julgamento de questão importante para a sociedade brasileira, pois a questão em evidência repercute diretamente sobre políticas sociais, penais e penitenciárias.

*que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente.*²⁸

Referido critério leva a decisões injustas com o enquadramento, muitas vezes tendencioso, de usuários e/ou dependentes químicos como traficantes, o que agrava a situação do agente, refletindo negativamente sobre o sistema prisional, por conta da superlotação verificada e da falência dos métodos de recuperação do recluso.

Conforme estudo realizado pelo Instituto Sou da Paz, subsidiado com dados do Departamento de Inquéritos Policiais e Corregedoria da Polícia Judiciária e do Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (USP), aproximadamente 68% dos encarcerados por tráfico de maconha no Brasil foram surpreendidos com posse de menos de 100 gramas da droga; 14% deles foram surpreendidos com quantidade inferior a 10 gramas de maconha; quanto à cocaína, em torno de 63% dos traficantes presos com referida droga o foram com menos de 100 gramas da substância; 62,17% dos traficantes presos no país exerciam atividade remunerada na ocasião da prisão em flagrante delito; menos de 6% dos presos

²⁸ Lei nº 11.343/06, artigo 28, § 2º.

pertenciam a organizações criminosas antes da prisão; 97% dos presos com droga não portavam armas.²⁹

4. O modelo português. Proteção sanitária e social aos usuários/dependente químicos

Quanto à descriminalização do uso de drogas, comporta relevo o modelo Português.

Historicamente, Portugal experimentou os efeitos maléficos das drogas com a extinção das colônias africanas e o retorno dos militares à pátria-mãe, o que coincidiu com a abertura ao turismo, tanto de portugueses em outras terras quanto de estrangeiros em território português.³⁰

A situação se agravou, acarretando a criação da “Estratégia Nacional de Luta contra a Droga”, que considerou o problema das drogas de ordem sanitária, além de judicial.

Nesse sentido, Portugal passou a nortear sua política de drogas a partir de algumas premissas, como: 1. distribuição de drogas e seringas; 2. teste de qualidade do *ecstasy*; 3. aproximação do Estado com o usuário e oferta de tratamento voluntário. Das premissas apontadas, merece destaque a aproximação do Estado com o usuário e a oferta de tratamento voluntário, o que, certamente, fez com que os

²⁹ Disponível em <<http://ultimosegundo.ig.com.br/2014-09-23/677-dos-presos-por-trafico-de-maconha-tinham-menos-de-100-gramas-da-droga.html>>. Acesso em 25 de março de 2017.

³⁰ Nesse sentido: BURGIERMAN, Denis Russo. Op. cit.. P. 197/198.

usuários e dependentes químicos enxergassem no Estado não um instrumento de repressão, mas sim de acolhimento e oportunidade.

Na seara legiferante, foi aprovada a Lei nº 30, de 29 de novembro de 2001, que “define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a protecção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica”.

Conforme referida lei, o consumo, a aquisição e a detenção para consumo próprio de plantas e substâncias estupefacientes constituem *contra-ordenação*, que, para o Direito Penal Lusitano, consiste em infração punível com sanção pecuniária³¹, que não se converte em prisão.

Contudo, a aplicação da referida lei se restringe à aquisição e detenção para consumo próprio, de quantidade de droga³² não excedente ao necessário para consumo médio individual durante dez dias.

A lei afasta a aplicação da sanção pecuniária, quando o consumidor, surpreendido com a droga, consente em submeter-se ao denominado *tratamento espontâneo*, solicitando assistência de serviços de saúde públicos ou privados.

Para a legislação portuguesa, tudo começa com a identificação da condição de consumidor de drogas, abordado pela autoridade policial com plantas, substâncias ou preparações consideradas

³¹ A sanção pecuniária tem o nome de *coima*.

³² A legislação portuguesa envolve todas as drogas.

estupefacientes ou substâncias psicotrópicas, conforme o Decreto-Lei nº 15, de 22 de janeiro de 1993.

Caraterizada a posse para consumo, o processamento e a aplicação das medidas pertinentes é de competência das Comissões para Dissuasão da Toxicodependência.

Quanto às referidas Comissões, a Lei nº 30/01 estabelece, em seu artigo 7º, item 2, que serão compostas de três pessoas, recrutadas da seguinte forma:

Um dos membros da comissão será um jurista designado pelo Ministro da Justiça, cabendo ao Ministro da Saúde e ao membro do Governo responsável pela coordenação da política da droga e da toxicodependência a designação dos restantes, os quais são escolhidos de entre médicos, psicólogos, sociólogos, técnicos de serviço social ou outros com currículo adequado na área da toxicodependência, salvaguardando-se no exercício das suas funções eventuais casos de interesse terapêutico directo ou de conflito deontológico.

O consumidor de drogas pode ou não ser dependente químico. Se não o for, a Comissão suspende provisoriamente o processo. Findo o prazo de suspensão, o processo será arquivado, desde que o

consumidor não tenha reincidido. Havendo reincidência, o processo prossegue para aplicação de sanção.

No caso de dependência química, o processo será suspenso provisoriamente se o consumidor dependente químico aceitar se submeter a tratamento, que pode ser por ele custeado, em serviço de saúde privado, ou disponibilizado pelo Estado em serviço de saúde público.

Quanto à suspensão do processo, cabe anotar ter duração de dois anos, prorrogável por mais um ano, por decisão fundamentada da Comissão de Dissuasão da Toxicodependência que assiste ao caso; findo o prazo, o processo será arquivado, salvo se, tratando-se de usuário não dependente químico, houver reincidência, ou, se dependente químico, se houver abandonado o tratamento.

Se o processo prosseguir para imposição de sanção, a Comissão de Dissuasão da Toxicodependência poderá, atentar 1. à gravidade do *acto*; 2. à culpa do agente, 3. ao tipo de plantas, substâncias ou preparados consumidos; 4. à natureza pública ou privada do consumo; 5. ao local do consumo; 6. ao caráter ocasional ou habitual do consumo; 7. à situação pessoal do consumidor, impor as seguintes sanções, além da sanção pecuniária, denominada *coima*: a. admoestação; b. proibição de exercer profissão ou *actividade*, designadamente as sujeitas a regime de licenciamento, quando daí resulte risco para a integridade do próprio ou de terceiros; c. interdição de frequência de certos lugares; d. proibição de acompanhar, alojar ou receber certas pessoas; e. interdição de ausência para o estrangeiro

sem autorização; f. apresentação periódica em local a designar pela comissão; g. cassação, proibição da concessão ou renovação de licença de uso e porte de arma de defesa, caça, precisão ou recreio; h. apreensão de *objectos* que pertençam ao próprio e representem um risco para este ou para a comunidade ou favoreçam a prática de um crime ou de outra contra-ordenação; i. privação da gestão de subsídio ou benefício atribuído a título pessoal por entidades ou serviços públicos, que será confiada à entidade que conduz o processo ou àquela que acompanha o processo de tratamento, quando aceite.

Para apoiar o dependente químico, reduzindo os danos pessoais e sociais do uso indiscriminado de drogas, o Decreto-Lei nº 183, de 21 de junho de 2001, criou *programas e estruturas sociais e sanitárias, destinadas à sensibilização e ao encaminhamento para tratamento de toxicodependentes, bem como à prevenção e redução de atitudes ou comportamentos de risco acrescido e minimização de danos individuais e sociais provocados pela toxicodependência*, prevendo as seguintes instâncias de apoio: 1. gabinetes de apoio a toxicodependentes sem enquadramento sócio-familiar; 2. centros de acolhimento; 3. centros de abrigo; 4. pontos de contato e informação; 5. espaços móveis de prevenção de doenças infecciosas; 6. programas de substituição em baixo limiar de exigência; 7. programas de trocas de seringas; 8. Equipes de rua; 9. programas para consumo vigiado.

Os gabinetes de apoio a toxicodependentes sem enquadramento social são instâncias de triagem, que contribuem para o diagnóstico e encaminhamento social e terapêutico do dependente

químico. Fornecem serviços de higiene e alimentação, apoio psicológico e social, cuidados de enfermagem, preservativos e seringas.

Os centros de acolhimento e de abrigo objetivam afastar o dependente químico de ambientes propícios ao consumo, encaminhando-o para serviços sociais e terapêuticos. Os centros de acolhimento são espaços residenciais temporários, ao passo que os de abrigo destinam-se ao pernoite apenas.

Os pontos de contato e informação buscam divulgar os serviços de tratamento e prevenção. São instâncias informativas, onde a sociedade recebe orientações sobre o funcionamento e a acessibilidade os programas e estruturas relacionadas com o tema.

Os espaços móveis de prevenção de doenças infecciosas dispõem de tratamento de doenças comuns entre consumidores de drogas. Realizam a vacinação da população de risco e promovem a substituição da heroína pela metadona, de letalidade reduzida.

Nos programas de substituição em baixo limiar de exigência, promove-se a redução do consumo de heroína, com sua substituição por metadona, a ser consumida em espaço próprio, não se exigindo do consumidor imediata abstinência. Esses programas concorrem também para a aproximação Estado-consumidor, com vistas à futura abstinência. Nesse ponto, merece evidência o fato de que o Estado, ao tentar afastar o dependente químico do contato com as drogas, não exige dele imediata abstinência, o que parece salutar para o sucesso da iniciativa.

O programa de troca de seringas objetiva evitar a transmissão de doenças entre pessoas que consomem drogas de forma compartilhada. Para tanto, incentiva-se a assepsia no consumo intravenoso.

As equipes de rua intervêm no espaço público onde o consumo de drogas seja considerado problema social – praças, espaços ermos, periferias urbanas, podendo, para tanto: a) divulgar utensílios e programas de redução de riscos; b) fornecer informação no âmbito das dependências; c) interagir com os consumidores face a situações de risco; d) promover o encaminhamento adequado das pessoas em situação de risco; e) intervir nos primeiros socorros face a situações de emergência ou de negligência; f) substituir seringas, de acordo com a lei. O responsável técnico pela equipe deverá ser profissional da área psicossocial.

Por fim, os programas para consumo vigiado objetivam incentivar a assepsia no consumo intravenoso, bem como promover a aproximação com os consumidores dentro do contexto social deles, com vista à sensibilização e encaminhamento para tratamento, com a criação de locais de consumo.

Pelo visto, verifica-se que a política regulatória portuguesa busca, desde sua implantação, reduzir os danos causados pelo uso indiscriminado de drogas e pela toxicod dependência, encampando ideias notadamente sintonizadas com a valorização do usuário/dependente químico como sujeito de direito e detentor de autodeterminação.

Estatisticamente, Portugal colheu bons resultados com sua estratégia contra as drogas. A heroína, maior problema de consumo de drogas no país, era usada por 1% da população em 2001. Hoje o índice de usuários e heroína caiu pela metade; quanto à exposição inicial à droga, a média de idade subiu de 15 para 20 anos;³³ o diagnóstico de HIV entre usuários de drogas foi reduzido em 71%.³⁴

5. O Uruguai e a legalização da maconha

Outra opção à repressão consiste na legalização.

Legalizar uma conduta é revesti-la de formalidades previstas em lei. É torná-la legal.³⁵ A descriminalização deixa de considerar crime a conduta, ao passo que a medida em comento legitima a ação.

Nesse sentido, o Estado Uruguaio, conforme previsto na Lei nº 19.172, de dezembro de 2013, assumiu o controle e a regulação das atividades de importação, exportação, plantação, cultivo, colheita, produção, aquisição a qualquer título, armazenamento, comercialização e distribuição de *cannabis* e seus derivados. A

³³ Disponível em <<http://www.redebrasilatual.com.br/blogs/blog-do-velho-mundo/2016/11/portugal-comemora-sucesso-de-15-anos-de-descriminalizacao-das-drogas-5680.html>>. Acesso em 25 de março de 2017.

³⁴ Disponível em <<https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica-mundo-e-as-drogas-as-drogas-em-portugal.aspx>>. Acesso em 25 de março de 2017.

³⁵ Cf. AURÉLIO: minidicionário da língua portuguesa. Curitiba: Positivo, 2009.

regulação uruguaia envolve tais atividades em relação ao uso da maconha para fins recreativos, medicinais e científicos.

Com a lei em comento, objetiva o Estado Uruguaio

*proteger seus habitantes dos riscos oriundos do vínculo com o narcotráfico, buscando mediante intervenção estatal, atacar as devastadoras consequências sanitárias, sociais e econômicas do uso problemático de substâncias psicoativas, reduzindo a incidência do narcotráfico e do crime organizado.*³⁶

Conforme a lei uruguaia, a emissão de licenças e o controle da produção, distribuição, compra e venda da maconha ficam a cargo de uma agência estatal, o Instituto de Regulação e Controle de *Cannabis* (IRCCA), ligada ao Ministério da Saúde Pública.

A plantação e o cultivo devem ser realizados em terrenos do Estado Uruguaio, por empresas previamente autorizadas pelo Ministério da Agricultura.

A venda para consumo recreativo acontece em farmácias, mediante licença concedida pelo IRCCA, podendo cada usuário, após ser devidamente cadastrado, adquirir, no máximo, 40 gramas do produto por mês.

³⁶ Lei Uruguaia nº 19.172/13, artigo 4º. Tradução livre.

A aquisição de maconha para uso recreativo, disponibilizada para maiores de 18 anos, uruguaios ou estrangeiros residentes no país, depende de registro do interessado como usuário no Instituto de Regulação e Controle de *Cannabis* (IRCCA).

Além de autorizar a compra de maconha para uso recreativo, a lei estabelece também a possibilidade de o próprio usuário manter cultivo da planta – até 6 pés de maconha e 480 gramas de colheita por ano, ou associar-se aos clubes de cultura – com número de associados que vão de 15 a 45, quantidade de pés de maconha proporcional ao número de associados, até o máximo de 99 pés.

Passados pouco mais de três anos da aprovação da lei, o Uruguai não logrou alcançar os objetivos originalmente estabelecidos. Dentre as dificuldades encontradas, destacam-se: 1) A omissão dos usuários quanto ao cadastramento, gerada pelo medo dos estigmas que poderão decorrer, por conta da declaração da condição de usuário da droga;

2) Outro problema decorre da resistência das farmácias em se cadastrarem para a venda da droga, fator decorrente do receio de represálias perpetradas pelo crime organizado – conforme noticiado em junho de 2016, apenas 50 das 1.200 farmácias existentes em território uruguaio haviam aceitado comercializar maconha;³⁷

³⁷ Disponível em <http://brasil.elpais.com/brasil/2016/12/11/internacional/1481489820_396161.html>. Acesso em 27 de março de 2017.

3) Apesar do alinhamento político entre o Presidente uruguaio que encampou as mudanças, José Mujica, e o atual, Tabaré Vázquez,³⁸ o atual mandatário não esconde sua antipatia pela política legalista implantada pelo antecessor. Médico oncologista, Tabaré mira em seu atual mandato,³⁹ combater o alcoolismo. No anterior, encabeçou ferrenha campanha contra o tabaco;

4) A implantação da política legalista não reduziu o tráfico de maconha - segundo o Diretor Nacional de Polícia, Mario Layera. Em 2016 as autoridades uruguaias confiscaram 4,305 toneladas de maconha, quantidade expressivamente superior às 2,52 toneladas confiscadas no ano anterior.⁴⁰

De positivo, veem-se notícias sobre a redução inicial do número de homicídios ligados à maconha.⁴¹

³⁸ Ambos são da Frente Ampla, de viés esquerdista.

³⁹ Tabaré Vázquez exerce seu segundo mandato na Presidência da República do Uruguai, desde 2015. Também foi presidente do Uruguai entre 2005 e 2010.

⁴⁰ Disponível em <<http://g1.globo.com/mundo/noticia/legalizacao-da-maconha-nao-diminuiu-traffic-no-uruguai.ghtml>>. Acesso em 27 de março de 2017.

⁴¹ Disponível em <<https://noticias.uol.com.br/internacional/ultimas-noticias/2014/06/02/liberacao-da-maconha-no-uruguai-reduziu-mortes-a-zero-diz-secretario.htm>>. Acesso em 27 de março de 2017.

Considerações finais

A política mundial regulatória do uso de drogas, de viés repressivo, originária da matriz norte-americana, demonstra esgotamento e resultados insatisfatórios.

A falência da postura repressiva, no caso, se dá por conta de fatores regionais e complexos, desconsiderados desde sempre, numa ânsia desenfreada de punir e encarcerar, o que agrava a situação, em decorrência do fortalecimento das organizações criminosas e da moribunda estrutura carcerária.

Alternativas têm sido criadas e adotadas, embasadas na redução de danos e na valorização do usuário/dependente químico como sujeito de direitos, inclusive com a acesso à informação e ao tratamento.

Das políticas diferenciadas, merecem destaque o modelo português, de tendência descriminalizadora, e o sistema uruguaio, de conteúdo legalizador do uso medicinal, científico e recreativo da maconha.

A conclusão inarredável à qual chegamos é que, quando tratamos da regulação do consumo de drogas, novas fronteiras devem ser alcançadas para que os Estados nacionais possam adotar medidas que atendam à peculiaridade de cada um, a partir de uma matriz humanitária que reconheça, no uso indiscriminado de drogas, um problema de saúde pública, e não de segurança pública – é preciso combater a demanda, não a oferta de drogas.

Tal conclusão pode soar como sonho, sobretudo para os mais céticos, que encontram, no punitivismo, a panaceia para todos os males.

Mas é preciso sonhar, pois o sonho nos faz caminhar na busca da plenitude humana.

Referências

ARAÚJO, Tarso. *Almanaque das drogas*. 2ª ed. São Paulo: Leya, 2014.

BURGIERMAN, Denis Russo. *O fim da guerra: a maconha e a criação de um novo sistema para lidar com as drogas*. São Paulo: Leya, 2011.

GOMES, Luiz Flávio e BIANCHINI, Alice. *O direito penal na era da globalização*. São Paulo: RT, 2002.

CARVALHO, Salo de. *A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06*. São Paulo: Saraiva, 2013.

GARCIA, Roberto Soares. A inconstitucionalidade do art. 28 de Lei de Drogas. Disponível em <https://www.ibccrim.org.br/boletim_artigo/4740-A-inconstitucionalidade-do-art-28-da-Lei-de-Drogas>.

LOPES, Maurício Antônio Ribeiro. *Princípio da insignificância no direito penal: análise à luz da lei 9.099/95: juizados especiais criminais, lei 9.503/97, código de trânsito brasileiro e da jurisprudência atual*. 2 ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: RT, 2000.

MORALES, Evo. Deixe-me mascar minha folha de coca, 2009. Disponível em <<http://internacional.estadao.com.br/noticias/geral,deixem-me-mascar-minha-folha-de-coca,340009>>.

PIGNOTTI, Dário. Colômbia-EUA: DEA sabota o processo de paz. Disponível em <<http://www.cartamaior.com.br/?/Editoria/Internacional/Colombia-EUA-DEA-sabota-o-processo-de-paz/6/34948>>.

O PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE ENFRENTAMENTO AO *CRACK* E OUTRAS DROGAS

Analia Maria Ferreira

Nesse capítulo iremos discorrer sobre o processo de elaboração do Plano de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas no município de Campo Belo, estado de Minas Gerais.

Campo Belo é um município de médio porte situado no sudoeste mineiro, com população de 54.000 habitantes. Pelas ocorrências crescentes envolvendo uso e abuso de drogas, destaca-se a importância de investir na política municipal sobre as drogas, fortalecendo a rede de serviços por meio da realização de ações articuladas e coordenadas pela Secretaria Municipal de Assistência Social.

O Conselho Municipal Antidrogas – COMAD criado pela Lei Municipal nº 2.690, de 16 de agosto de 2006, vinculado à Secretaria Municipal de Assistência Social, constituído por 12 membros, sendo 6 representantes do governo municipal e 6 representantes da sociedade civil. Sua atuação, no âmbito da política pública municipal, teve início quando o Prefeito Municipal, Romeu Tarcísio Cambraia, fez a nomeação do Conselho por meio de Portaria. A iniciativa para a criação de um Conselho partiu de membros que, com a Portaria, tornaram-se conselheiros. Presidido por Jânio de Miranda, o COMAD elaborou seu primeiro Regimento Interno, calendário de reuniões e fez

seu cadastramento nos sistemas das esferas estadual e federal. Até o ano de 2007, registrou as Comunidades Terapêuticas e conseguiu apoio do governo estadual para equipar a sede do Conselho, instalada na Rodoviária da cidade, e recursos para construção e equipamento da Comunidade Terapêutica PROVIN.

Durante quatro anos o município, por meio das ações da Secretaria Municipal de Assistência Social, apoiou e incentivou a atuação do COMAD, articulou com outras Secretarias e sociedade civil, com o objetivo de integrar os serviços e projetos voltados para o enfrentamento ao crack e outras drogas.

Em abril de 2010, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS, coordenado por Marise Neves Rocha, fez um levantamento das demandas de internação de adolescentes devido ao uso e abuso de drogas. Naquele momento havia 23 adolescentes com demanda de internação em Comunidade Terapêutica, sendo que 13 deles já estavam internados e 10 adolescentes aguardavam vagas. Dos 13 adolescentes internados, 06 foram encaminhados diretamente pelo Ministério Público. O custeio das internações estava totalmente sob a responsabilidade do município, onerando demasiadamente a prefeitura, apesar de a responsabilidade dos três entes federados para a execução das políticas públicas encontra-se na Constituição Federal e no Pacto Federativo. Essa pauta estava sendo tratada no âmbito federal, uma vez que a realidade sobre o crescente aumento do uso e abuso de drogas já atingia a maioria dos municípios brasileiros.

Assim, em maio de 2010, é aprovado o Decreto Presidencial que institui o "Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria seu Comitê Gestor e dá outras providências".

Fundamentação Legal do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas:

Política Nacional sobre Drogas, coordenada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, vinculada ao Ministério de Justiça.

Decreto Presidencial 7.179 de 20 de maio de 2010.

As ações do Plano deverão ser executadas de forma descentralizada e integrada: União, Estados e Municípios

Intersetorialidade, interdisciplinaridade, integridade, participação da sociedade civil e controle social.

O município de Campo Belo já realizava ações pautadas nos mesmos pressupostos da Política Nacional, agora elencadas no Decreto 7.179/10, como intersetorialidade entre Saúde, Educação, Assistência Social, Segurança Pública, Desporto, Cultura, Direitos Humanos, Juventude, e outras

No dia 01 de julho de 2010, a Secretaria Municipal de Assistência Social realizou uma reunião com representantes da rede socioassistencial com a seguinte pauta:

*“Articulação da Rede Socioassistencial;
Apresentação do Decreto Presidencial que dispõe
sobre o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack
e outras Drogas;
Definição das responsabilidades entre órgãos
públicos e entidades, diante das Políticas Sociais no
município de Campo Belo.”*

Estiveram presentes os representantes do Sistema Único de Assistência Social – SUAS (órgão gestor, Centro de Referência de Assistência Social -CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS), Secretaria Municipal de Educação, representantes das Escolas Municipais, Estaduais e Particulares, Sistema Único de Saúde – SUS (órgão gestor, Programa de Saúde da Família - PSFs, Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, Centro de Atendimento Psicossocial - CAPS, Pronto Atendimento Municipal), Conselho Tutelar, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente - CMDCA, Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS, Polícia Militar, Poder Legislativo, Associação dos Deficientes Físicos de Campo Belo - ADEFCAMP, e Conselho Municipal Antidrogas - COMAD. *(relação copiada na lista de presença)*

Finalizada a apresentação do Plano Nacional de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, foi aberto um espaço conversacional baseado nas perguntas: Como estamos atuando hoje? Como podemos contribuir para a construção de um Plano Municipal?

Conhecemos nossas demandas? Podemos estabelecer um fluxo eficaz para o usuário dos serviços públicos com demandas decorrentes do uso e abuso de drogas? Espaço aberto para propostas.

Durante as conversações, foi possível definir algumas diretrizes para alavancar ações cujos resultados almejados fossem conquistados a curto, médio e longo prazo.

“Síntese da reunião:

✓ A reunião foi presidida pela Secretária Municipal de Assistência Social, Sra. Analia Maria Ferreira, que após agradecimento a todos pela presença, fez a explanação sobre o assunto, apresentando em slides resumo do Decreto Presidência 7.179 de 20 de maio de 2010, que versa sobre um Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Após alguns minutos de conversação, o grupo passou a contribuir com sugestões:

✓ O município deve fortalecer e incentivar os programas de esporte ampliando o acesso a crianças, adolescentes e jovens;

✓ Firmar parceria com o SOS Drogas;

✓ Agilizar a realização dos exames médicos exigidos para encaminhamentos ao SOS Drogas, via Saúde, por meio dos Programas de Saúde da Família - PSFs;

✓ Verificar a possibilidade de centralizar as triagens na Policlínica, com equipe (clínico geral e psicólogo) enquanto se organiza o atendimento no CAPS;

✓ O tratamento deve ser de responsabilidade da Secretaria de Saúde;

- ✓ *Trabalhar com redução de danos, e mostrar aos jovens as consequências da dependência química;*
- ✓ *O trabalho do PROERD deve ser ampliado nas escolas, abrangendo todas as séries;*
- ✓ *Conselheiros poderão participar das reuniões realizadas nas escolas municipais com a presença dos pais dos alunos;*
- ✓ *Como proposta concreta, capacitar pessoas que participaram de encontros sobre o assunto e ter materiais ótimos para manter o paralelismo;*
- ✓ *Convidar para palestra o gestor do programa Papo Legal e da Terra da Sobriedade;*
- ✓ *Criar um Grupo Gestor para apoio ao COMAD e para a construção de uma Política Municipal Antidrogas;*
- ✓ *Reunir quinzenalmente;*
- ✓ *Promover com as Comunidades Terapêuticas para troca de experiências;*
- ✓ *Promover capacitação para a rede municipal;*
- ✓ *Rever a proposta do CAPS-AD (regional);*
- ✓ *Solicitar oficialmente ao Prefeito uma equipe de referência no Hospital Geral, com médico, psicólogo e/ou psiquiatra e Assistente Social (urgente);*
- ✓ *Ficou criada a "Comissão de Apoio ao COMAD: Pedro Ângelo de Carvalho (CAPS), Everaldo Furtado Brasil (CMDCA), Laércio Cristino Martins (SMAS), Viridianne Paola Casarino (CRAS Sul), Juliano Aparecida de Almeida (CRAS Norte), Marilena Neves dos*

Passos (PAM), Maria Aparecida Trindade, Lazara do Rosário de Faria, Paulo Henrique S. Bressane (CREAS), e Marconi José C. Vilela (Sede dos Conselhos)
Poderão participar outras pessoas da rede.”

A Comissão de Apoio ao COMAD nasce com a responsabilidade de dar suporte técnico na elaboração de planos e projetos e ainda contribuir para a efetivação das ações propostas, uma vez que toda política pública é efetivada por meio da articulação do poder público e da sociedade civil.

De imediato, sentiu-se a necessidade de conhecer a rede de atendimento aos usuários e de apoio às famílias, atribuindo ao CREAS a responsabilidade pelo levantamento dos Grupos de Mútua Ajuda atuantes no município e das Comunidades Terapêuticas inseridas na rede de atendimento do município.

Assim, foi demonstrado ao COMAD, o seguinte levantamento:

Grupos de Mútua-ajuda em Campo Belo	
AA - Alcoólicos Anônimos	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo Campo Belo - Colégio São José, Pç. Cônego Ulisses, todas as terças e quintas, as 19:30 e aos domingos as 09:30hs. • Grupo Visão do Mundo - Av. Canadá, nº 255 - Cidade Montesa nesta cidade de Campo Belo, reunião todos os sábados e quartas as 19:30hs. • Grupo Lar Recuperado - Av. Canadá, nº 255 - Cidade Montesa nesta cidade de Campo Belo, reunião todas as segundas as 19:30hs. • Grupo São Benedito - Centro Social Padre Anchieta - Bairro Alto das Mercês, reunião todas as sextas as 19:30hs. • Grupo Estevan Maneliche - Pç. Nossa Senhoras Aparecida - Sede São Vicente de Paula, todo domingo as 19:30hs. • Grupo São Luiz - Ana Jacindo Rios, nº 38 - São Luiz, reunião toda quarta as 19:30hs.
NA - Narcóticos Anônimos	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo Água Limpa - Av. Afonso Pena, nº 408, aptº 202, reunião toda segunda as 19 horas.
Amor Exigente	<ul style="list-style-type: none"> • Colégio São José - Pç. dos Expedicionários, reunião todas quintas as 19:30hs.
Alanon	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião aos domingos as 19:30hs, na sede da Sociedade São Vicente de Paula, Pç. do Cruzeiro.
Adecon	<ul style="list-style-type: none"> • Rua: Bom Sucesso, nº 515 - São Benedito, toda terça as 19:30hs. • Rua: João Martins Diniz, nº 1115 - Passa Tempo, aos Sábados as 20 horas.
Grupo Gerando Vidas	<ul style="list-style-type: none"> • Rua: Romão Fagundes do Amaral - Igreja Quadrangular, às segundas às 19:30hs.
Pastoral da Sobriedade	<ul style="list-style-type: none"> • Colégio São José, Pç. Cônego Ulisses, reunião toda quarta às 19:30hs.

Serviço de Tratamento ao Usuário de Substâncias Psicoativas	
Comunidades Terapêuticas - Região I	Casa de Transformação Betânia
	Casa Lar-Sacramento de Amor
	Comunidade Beija-Flor
	Comunidade Terapêutica Esquadrão da Vida
	Projeto Vida Nova - PROVIN
	Comunidade Terapêutica Jeruel
	Fazendinha Pe. Israel
Comunidades Terapêuticas - Região II	Ampare BH
	APADEQ
	Projeto Vida - Três Corações
	CREDEQ - BH
	Cidade Refugio - BH

Levantamento de Internações			
Relatório de Agosto			
Comunidades Terapêuticas	Acolhidos	Fonte Pagadora	Valor Mensal
Jeruel	10	Família	R\$ 350,00
Betânia	3	Família	R\$ 350,00
Pe. Israel	2	Família	R\$ 510,00
Esquadrão da Vida	5	Família	R\$ 350,00
Conexão Vida	6	Família	R\$ 510,00
Cidade Refúgio	3	Família	R\$ 100,00
Provin	2	Social	-
Sacramento de Amor	1	Social	-
Boa Esperança	2	Família	R\$ 300,00
Bento Menin	2	SUS	-
Itamonte	9	SMAS	R\$ 650,00

A partir do levantamento das Comunidades e Clínicas Terapêuticas com internação de pessoas do município nelas em atendimento, foi possível dimensionar, sensibilizar e conversar objetivamente sobre a gravidade da situação e apontar para a necessidade de intensificar as ações preventivas, uma vez que a maioria das pessoas em tratamento era reincidente. Verificou-se também que, na maioria das vezes, a própria família arcava com as despesas de tratamento, sendo o estado bastante omissivo quanto à questão.

Em atendimento ao disposto no Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com os Ministérios da Saúde e do Desenvolvimento Social Combate a Fome, no âmbito das ações do

Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, ofertou-se o curso SUPERA, uma estratégia de capacitação dos trabalhadores das políticas sociais, incentivando as ações voltadas para a prevenção do uso, para o tratamento e para a reinserção social dos usuários.

Nesse sentido a Secretaria Municipal de Assistência Social divulgou e incentivou os trabalhadores do SUAS (CRAS, CREAS e Serviço de Acolhimento), do SUS e da Educação a participarem dos cursos.

Para a elaboração do Plano Municipal de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, a Comissão de Apoio ao COMAD reuniu quinzenalmente durante quatro meses, sob a coordenação de Márcio Antônio Ferreira, coordenador do Campus da UNIFENAS em Campo Belo. A Comissão elaborou o pré-projeto apresentado na Conferência Regional, que resultou na proposta do Plano Municipal de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas.

Em abril de 2011, o COMAD, presidido por Maria Antônia Cunha, altera seu Regimento Interno, dando ênfase à proposição de uma política municipal integradora das ações, com diretrizes para sua implementação.

Em maio de 2011, foi realizado no município o **I Simpósio de Enfrentamento ao uso de Crack e Outras Drogas**, e a **III Conferência Regional de Políticas sobre Drogas**, convocada pelo Conselho Municipal Antidrogas - COMAD. Além de diversas parcerias, o evento contou com a presença marcante da Universidade José do Rosário Velano - UNIFENAS, desde a organização até sua

realização. Durante o Simpósio, foram abordados os temas relacionados ao enfrentamento, com maior ênfase nas ações preventivas e na exposição sobre “os fatores de risco”.

A Conferência foi de âmbito regional, contando com a participação de representantes de 08 municípios circunvizinhos, tendo todos eles a oportunidade de assistirem às apresentações das propostas que fariam parte do Plano Municipal Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas.

A abertura do Evento feita pelo Subsecretário de Estado de Políticas sobre Drogas, Cloves Benevides, um incansável militante na luta pela sobriedade. Cada representante das Secretarias e Instituições apresentou as propostas inseridas no Plano Municipal Integrado e Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.

Em outubro de 2011, o Canal Minas Saúde, fez uma reportagem sobre as ações realizadas em Campo Belo, com foco na prevenção ao uso e abuso de drogas. Participaram do Programa de TV, especialmente voltado para ações em prol dos adolescentes, o COMAD, expondo seu planejamento, o Clube do Menor com atividades esportivas e culturais, a Associação Antialcoólica, no apoio aos Grupos de Alcoólicos Anônimos que acolhem dependentes de álcool e suas famílias, o Centro de Referência de Assistência Social - CRAS Norte, apresentando o trabalho dos adolescentes com grafiteagem em muros, e o CRAS Sul apresentando as atividades com música, instrumental e canto, todos envolvendo os adolescentes e jovens.

Em agosto de 2012, a Câmara Municipal aprova por meio da Lei N° 3.253 o Plano de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, cria o Comitê Gestor e dá outras providências.

A Lei Municipal N° 3.253, de 17 de agosto 2012, que aprova o Plano Municipal de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas, traz como uma das ações a definição da **Metodologia de Atendimento Sistêmico para a prática da rede entorno do problema.**

Nesse sentido a Secretaria Municipal de Assistência Social promoveu as capacitações das equipes para a aplicabilidade da **Metodologia de Atendimento Sistêmico de Famílias e Redes Sociais**, contando com a participação da autora da Metodologia, professora Maria José Esteves de Vasconcelos, na realização de *Workshops*, além de conversações para a organização dos grupos de estudo. Para a autora da Metodologia de Atendimento Sistêmico, o conceito de Rede Social:

“Rede Social é um sistema aberto que, através de um intercâmbio dinâmico com seus integrantes e com integrantes de outros grupos sociais, possibilita a potencialização dos recursos que possuem(...) implica um processo de construção permanente, tanto individual quanto coletivo.”(DABAS, 1995 in Esteves de Vasconcellos, 2010)

A Metodologia de Atendimento Sistêmico, na sua organização, propõe os espaços conversacionais envolvendo a família/indivíduos/comunidade e representantes da rede

socioassistencial, todos conversando sobre a questão que emergiu com “situação problema”.

Neste formato de atendimento, constatamos maior probabilidade de envolvimento do sistema na resolução da “situação problema”. Além disso, ampliam-se as relações colaborativas entre a rede e os gestores públicos, aperfeiçoam-se os recursos e a família/indivíduo se sentem-se empoderadas, uma vez que lhe é dado voz num contexto de autonomia.

Nesse sentido, as ações realizadas são prioritariamente articuladas entre as Unidades Públicas (Sistema único de Saúde, Sistema Único de Assistência Social – SUAS, Sistema Educacional público e particular, Segurança, Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, Polícias Militar e Civil, dentre outros), Entidades, Clubes de Serviços e Universidade.

Ainda nesse mesmo ano sentimos a necessidade de reforçar com a população as ações propostas no Plano de Enfrentamento, buscando a escuta da comunidade em relação às ações dispostas no documento, sendo essa mais uma iniciativa do COMAD:

CONVITE

O Conselho Municipal Antidrogas de Campo Belo convida a população em geral para AUDIÊNCIA PÚBLICA com o objetivo de apresentar o PLANO MUNICIPAL DE ENFRENTAMENTO AO USO DE CRACK E OUTRAS DROGAS.

DIA: 14 de dezembro de 2012

HORÁRIO: 19 horas

LOCAL: Auditório da Secretaria Municipal de Educação

Rua Dr. Lafaiete Correa, 40 – Centro.

Os espaços democráticos foram conquistados a partir de diferentes movimentos sociais ao longo da história e cabe a cada um de nós zelar pela ação e participação da comunidade, garantindo o exercício da cidadania, como sujeitos protagonistas e atuantes nessa sociedade. Acreditamos que propiciar estes espaços de escuta e conversação enriquece o nosso trabalho, que se fundamenta numa política de qualidade em nosso município.

Desta forma, contamos com a participação de todos para, juntos, efetivarmos um Plano que contemple as expectativas e necessidades de nossa comunidade.

Pedro Ângelo de Carvalho

Presidente do COMAD

Em abril de 2013 por meio da Portaria N°3.661, o Prefeito Marco Túlio Lopes Miguel nomeia para um período de dois anos, o Comitê Gestor do Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, constituído por: Anália Maria Ferreira, Aparecida Mendes, Jânio de Miranda, Maria Floripes de Paula, Márcio Antônio Ferreira, Pedro Ângelo de Carvalho e Raquel Fernandes Augusto.

"Portaria Nº 3.661/13, Art. 2º. A principal função do Comitê Gestor é acompanhar e avaliar as ações do Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas."

Ainda em 2013, o Projeto Vida Nova - PROVIN, primeira Comunidade Terapêutica instalada em Campo Belo, coordenada por Jânio de Miranda, celebra convênio com o Estado por meio da Subsecretaria de Políticas sobre Drogas, contratando uma equipe do "Programa Aliança pela Vida" - Projeto Território Aliança, composta por Psicólogo, Assistente Social, Enfermeira e um profissional de nível médio. A Equipe tinha por responsabilidade a abordagem social, articulação com a rede socioassistencial e o desenvolvimento do "Humaniza Social".

"O Humaniza Social tinha por objetivo: levar a formação e informação às pessoas dos bairros mais distantes e vulneráveis ao uso de drogas, sobre prevenção e tratamento, por meio de diversas ações e da espiritualidade; manter e integrar a rede socioassistencial; sinalizar formas adequadas de abordagem e encaminhamentos ao tratamento devido; incentivar formas preventivas ao uso das diversas drogas; identificar os principais nós críticos para a intervenção adequada para usuários e familiares."

O Humaniza Social, coordenado por Felipe Miriorelli, veio fortalecer as ações do Plano de Enfrentamento, uma vez que sua

organização era em torno da co-responsabilidade das Secretarias de Saúde, Educação, Assistência Social, Segurança Pública, Igrejas, COMAD, Comunidades Terapêuticas, Associações Comunitárias, Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos.

Em convergência com as ações planejadas e realizadas no município o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS propõe aos Estados e Municípios o **Pacto de Aprimoramento de Gestão, para o período 2013/2017**, trazendo dentro da Proteção Social Especial de Média Complexidade:

"Prioridade: Acompanhamento pelo Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos – PAEFI, das famílias com violação de direitos em decorrência do uso de substâncias psicoativas

Meta: Realizar em 100% dos CREAS o acompanhamento de famílias com presença de violação de direitos em decorrência do uso de substâncias psicoativas."

Assim, as equipes dos serviços públicos melhoraram a atuação por meio da ampliação de conhecimentos e práticas inovadoras, trazendo o indivíduo e a família para o centro das atenções, realizando reuniões de rede em torno do problema.

Essas reuniões, chamadas "*encontros conversacionais*", são realizadas com a participação das famílias, sua rede de amigos, técnicos dos serviços, são coordenadas por profissionais preparados para enxergar

os contextos (*expert em contextos*), fazendo intervenções com perguntas reflexivas.

"Então, os seres humanos sendo seres de linguagem, que se comunicam uns com os outros, nós, como observadores, distinguimos sistemas (sociais) humanos: conjuntos de seres humanos interagindo, se relacionando, linguajando, conversando..." Esteves de Vasconcellos - Atendimento Sistêmico de famílias e Redes Sociais - Desenvolvendo Práticas com a Metodologia de Atendimento Sistêmico, Vol. III.

Nesse contexto de oferta de serviços com dignidade, pudemos construir um fluxo de atendimento do SUS e SUAS, vindo posteriormente a integrar o conteúdo de uma cartilha de orientação sobre os malefícios da droga na vida humana.

Proteção Social nas Políticas Públicas



Contra-capa: Cartilha: Campo Belo - Vivendo Melhor Sem Drogas - Ano 2014.

ANEXO (parte inicial do Plano)

"PLANO MUNICIPAL INTEGRADO DE ENFRENTAMENTO AO USO DO CRACK E OUTRAS DROGAS

1 Introdução

O mundo vivencia uma nova fase, culminando com um excesso de violência das mais diferenciadas formas e quase todas com um elo de ligação com o tráfico e/ou o consumo de drogas lícitas e ilícitas. Em Campo Belo, denota-se como um expoente neste assunto, quando se vê, nas diversas mídias o império e os números da violência alarmantes, já que se trata de um município de pequeno porte.

2 Objetivos

- Instituir como política municipal, o cumprimento das diversas ações propostas neste Plano de Enfrentamento, durante os dois anos seguintes (2012 e 2013), por meio das parcerias entre a Sociedade Civil Organizada, o Conselho Municipal Antidrogas (COMAD) e a Prefeitura Municipal, por meio das Secretarias de Educação, Assistência Social e Saúde, Segurança Pública, Poder Judiciário e Ministério Público;*
- Implementar o Comitê Gestor de acompanhamento deste Plano;*
- Manter permanente articulação com as esferas estadual e federal, na garantia dos recursos necessários para a implementação deste plano;*

- *Ofertar aos pais e/ou responsáveis, representantes de entidades governamentais e não-governamentais, iniciativa privada, educadores, religiosos, líderes estudantis e comunitários, conselheiros municipais e outros atores sociais, capacitação continuada sobre prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, com o objetivo do engajamento no apoio às atividades preventivas com base na filosofia da responsabilidade compartilhada;*
- *Dirigir as ações de educação preventiva, de forma continuada, com foco no indivíduo e seu contexto sociocultural, buscando desestimular o uso inicial de drogas, incentivar a diminuição do consumo e diminuir os riscos e danos associados ao seu uso indevido;*
- *Promover, estimular e apoiar a capacitação continuada, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, com a participação de todos os atores sociais envolvidos no processo, possibilitando que esses se tornem multiplicadores, com o objetivo de ampliar, articular e fortalecer as redes sociais, visando ao desenvolvimento integrado de programas de promoção geral à saúde e de prevenção;*
- *Manter, atualizar e divulgar um sistema de informações de prevenção sobre o uso indevido de drogas, integrado, amplo e interligado ao OMID/OBID, acessível a toda a sociedade, que favoreça a formulação e implementação de ações de prevenção, incluindo mapeamento e divulgação de “boas práticas” existentes no município e cidades da microrregião;*
- *Fundamentar as campanhas e programas de prevenção em pesquisas e levantamentos sobre o uso de drogas e suas*

consequências, de acordo com a população-alvo, respeitadas as características regionais e as peculiaridades dos diversos segmentos populacionais, especialmente nos aspectos de gênero e cultura.

- Propor a inclusão, na educação básica e superior, de conteúdos relativos à prevenção do uso indevido de drogas;*
- Priorizar ações interdisciplinares e contínuas, de caráter preventivo e educativo na elaboração de programas de saúde para o trabalhador e seus familiares, oportunizando a prevenção do uso indevido de drogas no ambiente de trabalho em todos os turnos, visando à melhoria da qualidade de vida, baseadas no processo da responsabilidade compartilhada, tanto do empregado como do empregador.*
- Recomendar a criação de mecanismos de incentivo para que empresas e instituições desenvolvam ações de caráter preventivo e educativo sobre drogas.*

Plano de ação geral

ITENS	COMO?	POPULAÇÃO ALVO
1. Saúde Mental e autoestima. Acesso aos programas de saúde e de Incentivo à cultura, lazer e esportes.	1. Mapeamento, diagnóstico e análise dos principais grupos de Campo Belo; 2. Apresentação da análise e sensibilização para o envolvimento;	Toda a comunidade

Assimilação de hábitos saudáveis	<ul style="list-style-type: none"> 3. Promoção de Esporte e Cultura; 4. Formação e Capacitação 5. Implementar o programa Saúde na Escola 6. Feira de Hábitos Saudáveis 	
2. Influência Positiva do Grupo. Ambiente familiar acolhedor	<ul style="list-style-type: none"> 1. Nas escolas com os Pais; 2. Nas escolas com os alunos; 3. Formação e Capacitação; 4. Grupos mapeados no item 1 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Pais e alunos de todas as escolas de Campo Belo; 2. Profissionais da Educação; 3. Grupos específicos
3. Ambiente Escolar Favorável e Estimulador	<ul style="list-style-type: none"> 1. Capacitação e acompanhamento dos Profissionais da Educação 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Profissionais da Educação
4. Influência da Mídia	<ul style="list-style-type: none"> 1. Criação de um Comitê de Divulgação 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Toda comunidade
5. Questões socioeconômicas	<ul style="list-style-type: none"> 1. Economia Familiar 2. Capacitação para formação profissional 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Usuários dos CRAS
6. Capacitação	<ul style="list-style-type: none"> 1. Criação do Centro de Capacitação Permanente 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Toda a população
7. Atendimentos especializados	<ul style="list-style-type: none"> 1. Criação e validação de fluxos e processos com usuários de substâncias psicoativas 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Toda a população

As partes seguintes foram apresentadas dentro de um Plano de Ação Específico para as Secretarias de Saúde, Rede de Educação Municipal, Estadual, Assistência Social, Escolas particulares, Polícia Militar, Grupos instituídos e entidades.

Cada um apresentou um esboço com a seguinte estrutura:

Atividade / Objetivos / Período / Público Alvo / Ações

O Plano Municipal de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas poderá se acessado no site: <http://www.campobelo.mg.gov.br/assistencia-social>

Referência

Pesquisa Bibliográfica nos acervos da Secretaria Municipal de Assistência Social e Conselho Municipal Antidrogras - COMAD de Campo Belo - MG

A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O CUIDADO EM RELAÇÃO AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Sueli de Carvalho Vilela

Introdução

O uso de álcool e drogas é um problema grave e multifatorial no Brasil que gera impacto em indicadores epidemiológicos no nível econômico, tais como, no mercado de consumo, nível segurança pública envolvendo acidentes de trânsito, violência e criminalidade, na questão de saúde pública com internações hospitalares e em clínicas de reabilitação. Além disso, implica alterações de comportamentos (opositor, antissociais, distúrbio de conduta, dentre outros), ineficiência em trabalhos e dificuldades em relacionamentos interpessoais como por exemplo relacionamentos familiares. Nesse sentido, Pereira, Vargas e Oliveira (2012) apontam que esta amplitude e gravidade dos problemas citados exigem que os órgãos governamentais adotem políticas e estratégias para diminuir seu uso e evitar as consequências da utilização nociva dessas substâncias. No entanto, as políticas públicas devem ser abrangentes uma vez que essa temática envolve multidimensões, assim, numa visão sistêmica, elas abarcam a dimensão legislativa e de segurança pública, de saúde e social, dentre outras.

Partindo desse contexto, as políticas públicas de saúde envolvem a noção de trabalho em rede que, a partir da Reforma Psiquiátrica, a rede assistencial baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, localizada no território, contempla a intersetorialidade e objetiva a reinserção social pela portaria Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

A necessidade de articular saúde e saúde mental na concepção de rede vem em decorrência de um sistema de saúde brasileiro fragmentado que tem demonstrado a ineficácia para resolubilidade dos processos de adoecimento em se tratando da reabilitação, prevenção e promoção à saúde; aumentado o gasto público com ações diagnósticas e curativas; além de gerar insatisfação de trabalhadores na área e na população. Mendes (2008) já caracterizava o sistema de saúde fragmentado atentando aos seguintes aspectos: organização e estruturação de serviço cuja forma se baseia na hierarquização, inexistência da continuidade da atenção, foco nas condições agudas; ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras, centralidade em indivíduos e na ação reativa à demanda, assistência centrada no cuidado médico e no financiamento por procedimentos. No contexto da clientela o autor refere à passividade do paciente. O contexto da atenção em saúde mental não difere do da saúde em geral em se tratando de serviços, exceto pelo agravante de o financiamento ser por diárias, em casos de internações, levando a cronificação e ociosidade da clientela.

Esse sistema fragmentado tem sido um desastre sanitário e econômico não só no Brasil mas em todo o mundo (MENDES, 2010). Em decorrência disso, busca-se operacionalizar os serviços partindo dos componentes que se constituem nos nós da rede: o centro de comunicação, a atenção primária, secundários e terciários; os sistemas de apoio e logístico; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde.

O usuário de álcool e drogas torna-se cliente dos serviços de saúde e de saúde mental nos diferentes contextos de cuidado, promoção de saúde, prevenção de agravos e de doenças, reinserção social, desintoxicação além de atendimento de emergência e urgência. Acrescentam-se os danos à saúde no geral que requer intervenções específicas, tanto diagnósticas quanto clínicas. Com isso, ele tende a necessitar de acesso aos diversos dispositivos de saúde e de saúde mental, em alguns casos por demanda espontânea e, em outros, por iniciativa de familiares ou dos serviços.

Acrescenta-se a isso a proximidade do uso e/ou abuso de álcool e drogas com os problemas de ordem psiquiátricos e psicológicos como por exemplo: Transtorno de Personalidade *Borderline* e Transtorno da Personalidade Antissocial (HATZITASKOS, SOLDATOS; KOKKEVI; STEFANIS, 1999), Transtornos do Humor e os Ansiosos (PULCHERIO, VERNETTI, STREY & FALLER, 2008), Transtorno Depressivo (ROUNSAVILLE, 2004), sintomas de agressividade e de psicose (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010). Por outro lado, entende-se

que alguns transtornos psiquiátricos se constituem como fatores de vulnerabilidade para o uso abusivo de substâncias sendo a ansiedade e depressão os de maior incidência (PEUKER; CUNHA; ARAUJO, 2010).

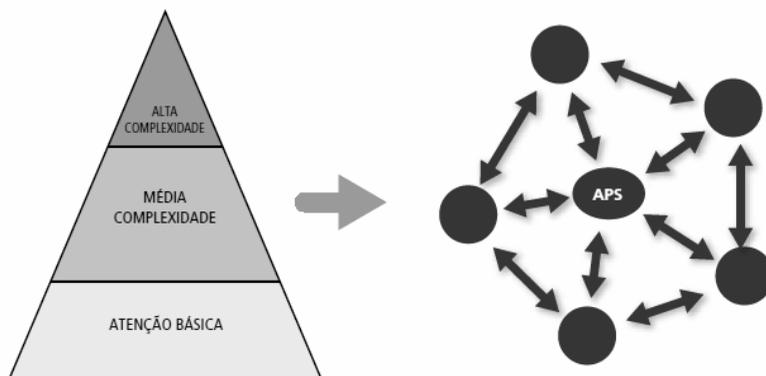
Partindo da síntese dessa problemática, este texto constitui-se de uma reflexão sobre os cuidados aos usuários de álcool e a Rede de Atenção Psicossocial com o intuito de provocação e não de gerar solução à complexa temática. Ele foi criado com base nas literaturas disponíveis em bancos de dados nacionais e pelo olhar pessoal advindo do trabalho de docência nos dispositivos de saúde mental de Alfenas –MG.

Rede de Atenção Psicossocial

O sistema de saúde no Brasil tem se mostrado ineficiente quanto ao rearranjo estrutural e organizacional. Mendes (2011) analisa que o sistema de saúde no Brasil está desenhado para atendimento e tratamento de doenças agudas, com ênfase no diagnóstico, realização exames, atenuação dos sintomas e tratamento voltado a cura; no entanto, com o aumento da prevalência de doenças crônicas isso não responde ao novo contexto, fazendo se necessário reordenar a perspectiva do modelo de tratamento, ou seja, um sistema coordenado e contínuo, baseado na cooperação entre gestores, prestadores e pessoas usuária. O autor aponta que há um movimento universal em busca da construção de rede de atenção à saúde, o qual está sustentado

por evidências de que essas redes constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde. Isso porque pode contribuir com rearranjo de alguns nós críticos no sentido de superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, num contexto de complexificação das questões sociais, de processos de privatização, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público.

Figura 1. A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes, 2011.

Observa-se pela figura que a concepção de hierarquia é substituída por organizações poliarquia, rompendo-se com as relações verticalizadas, conformando-se em redes policêntricas horizontais, assim o sistema que se organiza sob a forma de uma rede horizontal

de atenção à saúde. Essa proposta vem fragmentar o sistema de saúde e busca operacioná-ló de modo a sustentar a acessibilidade por vias de um ciclo completo de atendimento que prevê a continuidade e a integralidade da atenção à saúde respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas.

Os cenários que se configuram os serviços de atenção à saúde em rede, devem ser privilegiados para o desenvolvimento da clínica ampliada e na emancipação das singularidades; a educação permanente auxiliando as estratégias e ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação e cuidados paliativos em diferentes níveis de complexidade; foco no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde com responsabilidade sanitária e econômica bem como agregação do valor para a sua população; metodologias e tecnologias inovadoras subsidiadas no sentido de problematizar a realidade, centrando no cliente e promovendo o diálogo da formação com o mundo do trabalho, tornando uma exigência para o estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011)

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde compõe-se de cinco componentes, segundo Mendes (2010; 2011): 1. Atenção primária à saúde: orientando-se para a demanda populacional, territorial de forma mais equitativos com atendimentos de baixo custo e voltados às necessidades de saúde da população; 2. Atenção secundários e terciários: que se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas com tendência a ser mais concentrados espacialmente; 3. Os sistemas de apoio: são os lugares institucionais

das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde; 4. Os sistemas logísticos: são aqueles instrumentos que possibilitam a comunicação, ou seja, garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas, como, por exemplo, o cartão do SUS, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado e os sistemas de transporte em saúde; 5. Sistema de governança da rede: é o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde que objetiva criar uma missão e uma visão nas organizações; definir objetivos e metas, articular as políticas institucionais e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização.

Nessa lógica configura-se a Rede de Atenção Psicossocial uma vez que se encontra atrelada a rede de atenção à saúde. Contudo apresenta algumas especificidades pela singularidade da atenção em saúde mental.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPs) foi instituída no âmbito da política de saúde mental pela Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011a), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde 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 (SUS). Esta portaria define doze itens como sendo as diretrizes para o funcionamento da RAPS:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III - combate a estigmas e preconceitos;

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

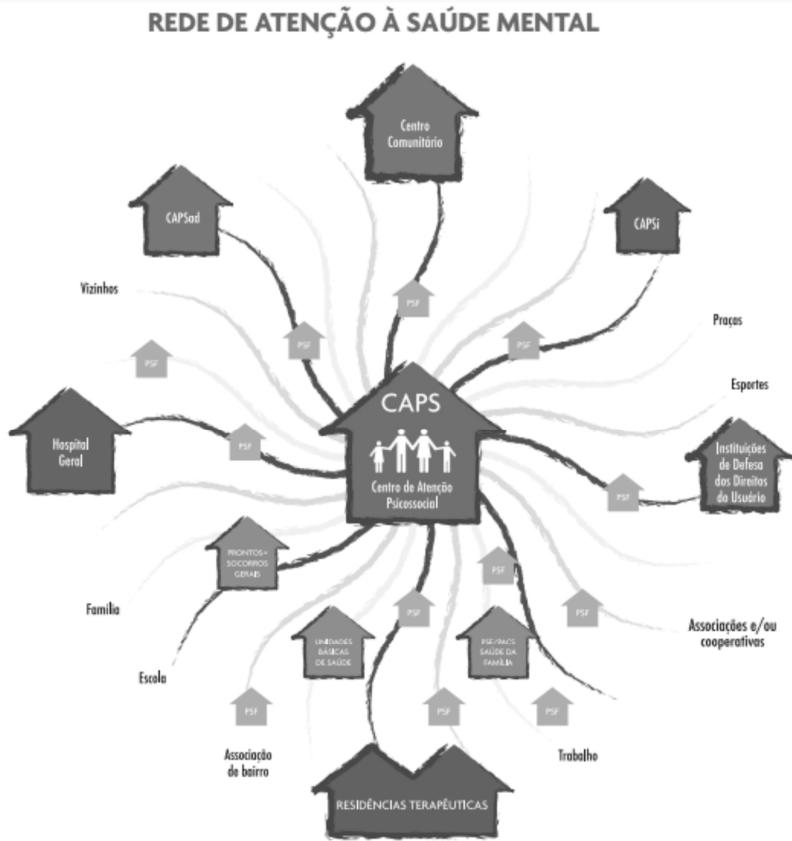
Observa-se que tais itens encontram-se em consonância com a política da reforma da assistência psiquiátrica e com a proposta de reordenamento do sistema de saúde em geral, no contexto do SUS. Isso também se observa nos objetivos gerais da RAPS, descritos no artigo terceiro dessa portaria, ou seja, prevê e propõe a acessibilidade à atenção psicossocial da população em geral, da pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias, assim como busca garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

As RAPs são desenhadas de modo que permitam a articulação entre os dispositivos de saúde mental, que se traduzem no processo de trabalho e na concepção dos atores sobre a saúde, transtorno mental e uso e abuso de álcool e drogas. O que vem ao encontro dos dizeres de Quindere, Jorge e Franco (2014) ao relatarem que para perceber a intensidade das redes e seu funcionamento nos serviços de saúde, é necessário ter como foco a análise da micropolítica do processo de trabalho no cuidado em saúde. Não se faz rede se não houver a inter-relação entre os serviços, se a comunicação não for efetiva e clara, se não houver complementaridade e corresponsabilidade pelo cuidado nos diversos dispositivos.

Quanto a arranjo organizacional e estrutural da RAPS, em se tratando de seus componentes, prevê-se, pela portaria de constituição, que eles devem abranger diversas modalidades de demandas e se

configuram da seguinte forma: a) Atenção Psicossocial Estratégica que envolve os Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades; b) Atenção de Urgência e Emergência abrangendo o SAMU, Sala de Estabilização, UPA 24, e serviços de urgência e emergência do sistema de saúde e Unidades Básicas de Saúde; c) Atenção Residencial de Caráter Transitório com unidade de acolhimento e Serviço de Atenção em Regime Residencial; d). Atenção Hospitalar contando com enfermaria especializada em hospital geral e Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. e) Estratégia de Desinstitucionalização envolvendo os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC); f). Estratégias de Reabilitação Psicossocial como as Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011a; 2011b; 2013).

Figura 2. Arranjo das redes de atenção psicossocial.



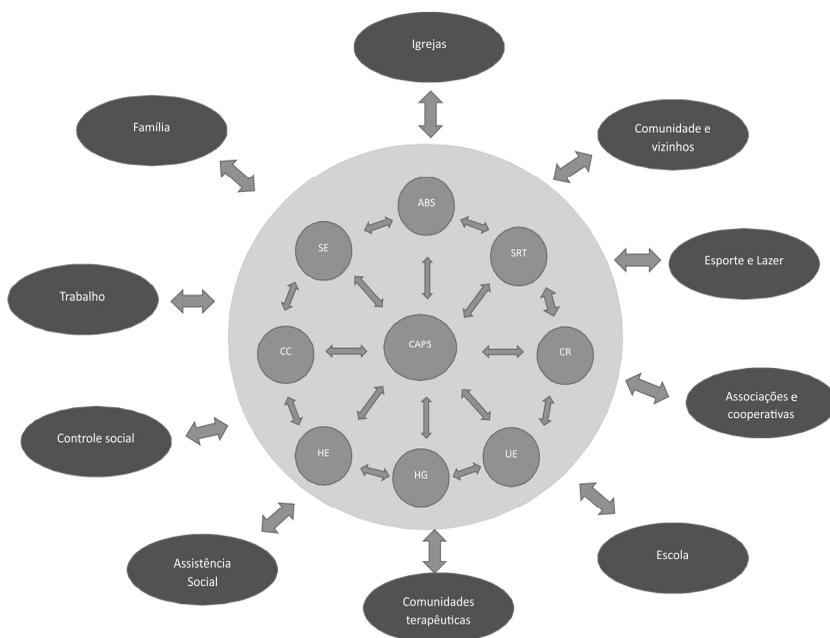
Fonte: Ministério da Saúde 2004

Observa-se que, em 2004, já estava incipiente a noção de rede na saúde mental como se observa na figura 2. No entanto, difere do constituinte da RAPS uma vez que envolve outros dispositivos, além da saúde, como os pontos de apoio comunitário, escolas, associação

de bairros, outra associações e cooperativas, comunidade, esporte e lazer dentre outras.

Fazendo uma aproximação entre a noção de rede de 2004 e a RAPS de 2011, pode se pensar numa rede ampliada como se mostra na figura 3.

Figura 3. Noção ampliada de Redes de Atenção Psicossocial.



Fonte. A autora

Visa-se, com isso, possibilitar uma interligação entre os dispositivos de atendimento à saúde mental a pessoas com transtornos mentais e com necessidade advinda do uso de álcool e drogas e alguns

ponto de apoio social, contribuindo com a intersectorialidade como prevê o relatório final da IV conferência Nacional de Saúde Mental (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010). Estes pontos de apoio ou suporte estão em consonância com as possibilidades do município em questão.

Os transtornos mentais e o uso e abuso de substâncias psicoativas, como álcool e drogas assim como o uso indiscriminado de psicotrópicos podem ser entendidos como “adoecimento crônico”, o que leva à necessidade de mudança da lógica de tratamento. Outro fator refere-se à concepção de doença em saúde mental, ou seja, não se preza pela cura na maioria dos casos, uma vez que, em sua maioria, são apenas controláveis e requerem das pessoas acometidas e seus familiares uma perspectiva de adaptação a situação e emancipação do processo de saúde prevendo a autonomia, o reconhecimento de sinais de agravos e recaídas e o reestabelecimento, nas melhores condições possíveis, de uma vida social, psicológica e espiritual satisfatória.

Cabe no processo de cuidado na saúde mental, os profissionais saberem lidar com as emoções, em especial com as frustrações das pessoas acometidas, de seus familiares e deles próprios. Assim o profissional deve desenvolver a capacidade de empatia, consideração positiva incondicional, persistência e co-responsabilização. A meu ver, essas habilidades são consideradas estratégias para a compreensão de que o processo de adoecimento que se fará de idas e vindas e de sucesso e insucessos, que muitas vezes levam à “desistência” e cansaço, permeados de sentimentos de impotência e frustração, tanto

dos familiares e de pessoas acometidas como dos próprios profissionais.

A atitude do profissional diante da doença mental é outro fator que merece ser considerado ao serem pensados os processos de trabalho em rede. Considera-se atitude o que move a pessoa e pode determinar seu comportamento diante de um objeto (GONÇALVES, et al 2016). Preocupados com esse construto, foi realizada uma pesquisa no município de médio porte de Minas Gerais com profissionais que atendem pessoas portadoras de transtornos mentais e concluiu-se que os perfis atitudinais desses profissionais mostraram-se menos favoráveis, com características autoritárias, restritivas e discriminatórias. Isso pode ser considerado um nó crítico ao se pensar o processo de trabalho nas modalidades de RAPS uma vez que este se configura em modos de cuidado fundamentados no modelo psicossocial e centrado na pessoa, que pode ser motivador a manutenção das práticas hegemônicas do modelo tradicional psiquiátrico, indo na contramão do cuidado psicossocial. Isso vai ao encontro de vários trabalhos apontados por Barbosa et al (2016) quando analisa o cuidado em saúde mental no Brasil a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica em Foucault ficando claros os reflexos do modelo tradicional em diversos dispositivos de saúde mental do Brasil.

Nada adiantará instituir, no âmbito da saúde mental, as políticas de RAPS, como desenhos de serviços horizontalizados se os profissionais não tiverem disponibilização para conhecer, cuidar e

acompanhar a demanda da população adstrita, bem como se não houver comunicação horizontalizada e efetiva no sentido de concretizar o processo de referência e contrareferência se responsabilizando pelo cuidado integral e inter ou transdisciplinar. Além disso, é necessário rever e refletir sobre as concepções e atitudes acerca da doença mental, bem como do uso e abuso de substâncias psicoativas a fim de que o cuidado em saúde mental seja realmente psicossocial, concordando com Quindere, Jorge e Franco (2014, p.256), quando apontam que as RAPS.

“têm expressão no meio social, mediante diversos agenciamentos; elas propiciam o surgimento de novos modos de relação, constroem-se no meio social onde cada sujeito está inserido. Adaptam-se às novas possibilidades de atuação dos sujeitos no campo de produção da vida, produzem múltiplas conexões e fluxos construídos a partir de processos, que interligam os diversos atores, e criam linhas de contatos entre os agentes sociais, que são a fonte de produção da realidade”.

Uma estratégia que deve ser posta em prática de forma efetiva e contínua, que pode colaborar com o processo de trabalho e cuidado nos dispositivos que atendem a saúde mental na RAPS, são o

matriciamento e a supervisão que vêm ao encontro das políticas de humanização em saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

O apoio matricial pode oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico a equipes de referências da Atenção Básica, por meio de supervisão clínica, compartilhando situações encontradas no território, em uma atitude de corresponsabilização pelos casos. Para isso, utiliza-se dos instrumentos de interconsulta, consulta conjunta de saúde mental na atenção primária, elaboração do projeto terapêutico singular, visita domiciliar conjunta, instrumentos de avaliação como Genograma e Ecomapa, contato a distância (CHIAVERINI, 2011). No entanto, esses instrumentos devem ser pautados no recurso de clínica ampliada e da humanização em saúde.

Para Belotti e Lavrador, (2015) o apoio matricial busca superar a lógica do encaminhamento/fragmentação, por meio da ampliação da capacidade resolutiva da equipe local por meio de supervisões clínicas que implicam, além da abordagem técnica ao caso, mudança no funcionamento e na organização dos serviços de saúde possibilitando um espaço de comunicação ativa com o compartilhamento de conhecimento entre profissionais. Observa-se que a sua proposta é sustentar uma relação horizontalizada e dialogada e um modelo colaborativo buscando diminuir a fragmentação imposta ao processo de trabalho.

A supervisão clínico institucional é uma das possibilidades para gerar reflexões em torno das práticas dos novos serviços substitutivos de saúde mental. Tem a finalidade de promover

discussão das questões clínicas e institucionais dos serviços e da rede de saúde mental instituída pela Portaria nº 1.174/2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Esta portaria apresenta o escopo de qualificação dos CAPS e prevê ações de supervisão clínico-institucional regular, ações de atenção domiciliar e em espaços comunitários, ações de acompanhamento integrado com a rede de atenção básica em seu território de referência, realização de projetos de estágio e de treinamento em serviço, em articulação com centros formadores, ações de integração com familiares e comunidade e desenvolvimento de pesquisas, que busquem a integração entre teoria e prática e a produção de conhecimento, em articulação com centros formadores, com o objetivo de qualificar o cuidado em saúde mental de usuários e familiares no SUS.

No seu artigo terceiro define o supervisor como profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos CAPS. Este deve ter comprovada habilitação teórica e prática, para trabalhar junto à equipe do serviço, semanalmente, com o objetivo de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico institucional e individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Observa-se que as duas estratégias citadas elucidam o processo de trabalho nos espaços da atenção básica e do CAPS. Devem ser geridas de forma complementar e interrelacionadas a fim de se efetivar as possibilidades de escuta, reflexão e ação. Da mesma

forma concorda-se com Severo, L'Abbate, Onocko Campos (2014) ao tratarem da indissociabilidade dos projetos terapêuticos e da clínica com a gestão do trabalho. Assim, o processo de trabalho precisa ser problematizado constantemente, visando superar a fragmentação e a hegemonia do paradigma biomédico transcendendo-o para o psicossocial.

Nesse sentido, tanto no apoio matricial quanto na supervisão clínica institucional, os profissionais devem estar com perspectivas, ideologias e atitudes condizentes com a atenção psicossocial e atentar também para a escuta dos profissionais, dos usuários e dos familiares, buscando acolher as subjetividades do cuidado e do adoecer na experiência de vida singular de cada ator.

O cuidado em saúde mental aos usuários de álcool e outras drogas nos dispositivos da Rede Atenção Psicossocial

A complexidade das questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, partindo de um olhar sistêmico, é fruto de um contexto socioeconômico, político e cultural. Deve ser compreendido, portanto como um problema multidimensional e global não se restringindo à relação entre o indivíduo e o consumo de substâncias psicoativas o que demanda diferentes estratégias de intervenções e cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Pode-se pensar no cuidado em algumas modalidades que se inter-relacionam e se complementam, cuidado biofarmacológico,

psicológico, social, espiritual. Essas quatro possibilidades de intervenções exigem dispositivos e tecnologias apropriadas, assim como se constituem em diferentes graus de complexidades. No entanto, a depender da gravidade, a RAS e a RAPS vão se comunicar e inter-relacionar formas de cuidado devendo considerar os processos de comunicação organizacional – gerencial e de equipe - e de reabilitação psicossocial.

Em se tratando do uso, devem se considerar três modalidades, como uso, uso nocivo e dependência. Para um cuidado apropriado, as condições e necessidades de cada pessoa consideram-se os efeitos e constituintes do sujeito como por exemplo: as propriedades farmacológicas (excitantes, depressoras ou perturbadoras); a personalidade da pessoa que as usa, suas condições físicas e psíquicas, inclusive suas expectativas e sofrimento; o conjunto de fatores ligados ao contexto de uso dessas drogas, tais como as companhias, o lugar de uso e o que representam. Essas considerações irão nortear a modalidade de cuidado necessário tendo como referencial a pessoa e não irão determinar uma padronização ou protocolo de cuidado. Também poderão auxiliar em determinar o grau das intervenções constituindo-se nos determinantes de risco e de sofrimento. Outros fatores devem ser levados em conta, como, por exemplo, grau de tolerância, e co-morbidades. Assim, o diagnóstico da dependência química deve ser interdisciplinar para que seja o mais amplo possível (ALARCON, 2012) e o projeto terapêutico singular seja construído

dentro de um contexto existencial que considere aspectos fenomenológicos do existir, sociais, culturais e biológicos.

Considerando especificidades de cada caso, não há uma abordagem terapêutica única e ideal. Assim, as abordagens são complementares e interdisciplinares. Faz-se necessário abordagens no âmbito clínico-patológico para um diagnóstico e monitoração clínicas considerando as co-morbidades, tratamento de desintoxicação e de síndrome de abstinência, desenvolvimento e facilitação da aderência ao plano terapêutico, prevenção de recaídas, redução de morbidades, complicações e mortalidade (GUEDES, 2012). No contexto psicológico as abordagens psicoterapêuticas individuais, de grupo e familiares são enfatizadas. No campo social, medidas de ressocialização como grupos de autoajuda, trabalho, condições de moradia e subsistência, escola e lazer devem ser viabilizadas.

Souza e tal (2012) nos dizem que atualmente no processo de cuidado mesclam-se abordagens por intervenções, sendo as abordagens cognitivo-comportamentais, grupos de autoajuda e tratamento medicamentoso as mais evidentes. As intervenções sistemáticas com a família e a estratégia de redução de danos também compõem o cenário de cuidado.

Dentre as intervenções de abordagens cognitivas-comportamentais, que podem ser consideradas intervenções breves possíveis, nos dispositivos públicos de saúde, está a entrevista motivacional (EM). Esta é uma técnica bastante apropriada uma vez que viabiliza a não-confrontação e não-imposição de resultados. A

entrevista motivacional é um estilo de conversa colaborativa que almeja o fortalecimento da motivação do cliente e seu comprometimento com a mudança cuja meta específica é resolver a ambivalência (FIGLIE; GUIMARAES, 2014) e objetiva-se auxiliar as pessoas a aumentarem a motivação para mudança do comportamento. Os dois principais conceitos que a orientam a ambivalência e prontidão para a mudança.

A ambivalência, caracterizada pela relutância a fazer algo, representa uma experiência de um conflito psicológico para decidir entre dois caminhos diferentes. Reconhecê-la na pessoa, acompanhá-la e orientá-lo na mudança são os objetivos da EM (ROLLNICK; MILLER; BUTLER, 009). A prontidão para a mudança é baseada no modelo de Estágios de Mudança no qual o indivíduo transita em quatro estágios: Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção (PROCHASKA; DICLEMENTE; NORCROSS, 2009).

Nesse contexto, segundo Miller e Rollnick (2001), a EM é modelo de intervenção constituído por duas fases: a evidência é posta na promoção de motivação intrínseca e depois a ênfase é posta no compromisso com a mudança.

O processo da EM envolve: a) engajamento ou aliança terapêutica que podem ser definidos como construção em uma relação de ajuda, que busca uma solução para o problema apontado; b) o foco para manter centrada a necessidade ou problema ajuda na elaboração e no resgate do sentido, bem como possibilitar a construção de uma direção para a mudança; c) evocação de sentimentos concernentes ao

propósito de mudança; d) planejamento de plano de ação específico, podendo encorajar o cliente a aumentar seu compromisso com a mudança. O profissional utiliza-se, metodologicamente falando, de reflexões, reforços positivos, resumos e perguntas abertas em uma relação de no mínimo 2:1, ou seja, a utilização de cada duas estratégias para cada pergunta, com preferência das reflexões (MILLER; ROLLNICK, 2013; FIGLIE, 2013; FIGLIE; GUIMARAES, 2014).

As atividades de grupo para pessoas com necessidades relacionadas ao álcool e droga, seja o próprio usuário ou familiares, tem se mostrado efetivas, como é o caso de oficinas terapêuticas (SOUZA; PINHEIRO, 2012), grupo e apoio e suporte para familiares (Alvarez, et al 2012), entrevista motivacional em grupo (JAERGER; OLIVEIRA; FREIRE, 2008). No entanto, muitos desafios devem ser vencidos ao se trabalhar na modalidade de grupo, quanto a recursos, sistematização das atividades grupais, formação e capacitação técnica dos profissionais e estruturação dos serviços (SANTOS, 2010).

O termo grupo tem várias modalidades e definições, no entanto o que remete ao comum é que grupo está na esfera do social. O grupo não é um somatório de pessoas, mas uma entidade com mecanismos específicos, próprios e com leis, e todos os integrantes estão unidos para o alcance de um objetivo comum (ANZIEU, MARTIN, 1971). Cada grupo tem sua própria estrutura e identidade uma vez que os membros compartilham experiências e métodos para a solução de problemas ou para a criação de algo.

O grupo tem sua especificidade conforme sua finalidade, o que trará suas diferenças, dividindo-se em duas modalidades na percepção de Spadini e Souza (2011): operativos e os terapêuticos. Os grupos operativos ou de tarefas são focados na tarefa ou no trabalho, envolvem vários campos como o ensino/aprendizagem, institucionais (empresas, igreja, associações, escolas, exército etc.) e comunitários - programas de saúde mental (ZIMERMAM 2000; ZIMERMAM; OSORIO, 1997). No entanto, os grupos operativos também podem ser terapêuticos como os grupos de autoajuda. Os grupos psicoterapêuticos, para Spadini e Souza (2011), são aqueles de ação exclusivamente psicoterápica, ou seja, aqueles grupos que possibilitam aquisição de *insight* dos aspectos inconscientes de si mesmos e do grupo. São centrados na pessoa. Sendo psicoterapêuticos, eles se firmam em uma abordagem teórica que pode ser de diferentes linhas, como, por exemplo, a psicodramática (MORENO, 2002), a psicanalítica com Freud, Foulkes, Bion, Pichon, dentre outros (ZIMMERMANN, 1997). Na humanista e existencial, os grupos de encontros são fundamentados na relação interpessoal genuína (ROGES, 2009). Independente da abordagem utilizada como referencial, o grupo possibilita variedade de relacionamentos, convivência e permite aos membros lidar com suas preferências, antipatias, semelhanças, diferenças, inveja, timidez, agressividade, medo, atração e competitividade.

As Oficinas terapêuticas, segundo a Portaria N. 189, de 19 de novembro de 1991, são atividades grupais de socialização, expressão e

inserção social. Constituem-se em: Espaço de Criação, de Atividades Manuais e espaço de promoção de interação social (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2004). Independentemente do tipo de oficinas, elas se tornam terapêuticas quando possibilitam aos usuários um lugar de fala, expressão e acolhimento, quando avançam no caminho da reabilitação e respeitam as subjetividades e singularidades de cada um. Nesse sentido, as oficinas podem produzir efeitos subjetivos e socializantes.

Por fim, uma alternativa global usada e assumida nas políticas atuais como norteadoras do cuidado às pessoas com necessidades relacionadas ao álcool e drogas é a estratégia de redução de danos (ERD). Visam reduzir as consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente reduzir o seu consumo. O objetivo último é a abstinência, a qual se chega, não por imposição, mas pela possibilidade de mudança nascida do respeito à singularidade de cada um. As ações que norteiam a ERD incluem a troca e distribuição de seringas, preservativos, cachimbos (para o uso de crack), atividades de informação, educação e comunicação, aconselhamento, encaminhamento, reuniões comunitárias, dentre outros. Trata-se de uma política para aumentar a qualidade de vida das pessoas em tratamento (BRASIL, 2014). Os resultados positivos são apontados por Passos e Souza (2011) dentre outros, quando afirmam que, na experiência de gestão da RD, muitos usuários de drogas abandonam ou diminuem o uso de drogas quando experimentam um contexto no qual se sentem acolhidos. Além disso,

Silveira (2016) apresenta o impacto da ERD na rede de saúde em Uberlândia-MG, como mudança nas formas de funcionamento dos serviços de saúde e na forma com que se estabelecem as relações entre serviços, profissionais e usuários.

Independente da modalidade de cuidado a concepção do profissional de saúde sobre essa problemática, suas crenças e atitudes serão os fatores que irão subsidiar o cuidado de modo que seja mais coerente com as diretrizes das políticas públicas e com a vertente humanística e ética do cuidar.

As atitudes excludentes e o autoritarismo são empecilhos para a adesão e manutenção dos processos de reinserção social e saúde das pessoas e dos familiares com necessidades relacionadas ao uso de álcool e droga. Em contrapartida, o acolhimento, a co-responsabilização, a disponibilidade emocional, a empatia, a consideração positiva e a congruência são facilitadores.

Considerações Finais

A RAPS, em seus componentes, será efetiva e eficaz nesta problemática a partir das atitudes de seus profissionais. A meu ver, nada adiantará um discurso teórico fundamentado e coerente com as diretrizes de um cuidado ampliado, multidisciplinar e multiterapêutico se não houver co-responsabilidade, acolhimento verdadeiro, disponibilidade interna para transpor as dificuldades cotidianas que o cuidado impõe.

Silveira e D'Tolis (2016) lembram que o vínculo estabelecido entre os profissionais das RAPS e os usuários - aqui acrescento os familiares - são importantes no cuidado, uma vez que os usuários e familiares são estimulados a procurar os serviços de saúde sem o temor de serem conduzidos a uma internação, de serem tratados com preconceito ou de serem obrigados a fazer o que não desejam.

A base para qualquer mudança de comportamento, em especial o comportamento adicto, será a consciência e tomada de decisão. Cabe ao profissional estar presente e ser um facilitador para essa mudança. Sabe-se que as recaídas são reais, com isso, o profissional deve estar preparado para lidar com as frustrações, não desistindo dos usuários deixando de acreditar neles, mas acolhendo-os nas suas possibilidades, nas suas tentativas e na sua condição existencial.

Referências

ALARCON, S. Critérios para o diagnóstico de dependência química. In: ALARCON, S.; JORGE, A.A.S. (orgs.). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 131-15.

ALVAREZ, S.Q.; GOMES, G.C.; OLIVEIRA, A.M.N.; XAVIER, D.M. Grupo de apoio/ suporte como estratégia de cuidado:

importância para familiares de usuários de drogas. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) v. 33, n.2, p.102-108. Jun.2012.

ANZIEU, D.Y.; MARTIM, J.Y. **La dinámica de los grupos pequeños**. Buenos Aires: Kapeluz; 1971.

BARBOSA, V. F. B. et al. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 40,n. 108,p. 178-189, Mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100178&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Mar. 2017.

CHIAVERINI D.H (Org.) **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236.

FIGLIE, N. B. Entrevista Motivacional e Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento do Uso de Substâncias Psicoativas. In: ZANELATTO, N. A.; LARANJEIRA, R. (Org). **O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais**. Porto Alegre: Grupo A, 2013. p. 273- 290.

FIGLIE, N. B.; GUIMARAES, L. P. A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo ,v.

34,n. 87,p. 472-489, jul-dez. 2014 pp. 472-489. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2014000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 mar. 2017.

FIGLIE, N. B.; GUIMARAES, L. P. A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 34,n. 87,p. 472-489, jul-dez. 2014 pp. 472-489. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415711X2014000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 09 mar.2017.

GONCALVES, A. M. et al. Atitudes e o prazer/sofrimento no trabalho em saúde mental. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69,n. 2,p. 266-274, Apr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000200266&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Mar. 2017.

GUEDES, F. Rastreamento e abordagem terapêutica de doente com problemas relacionados a álcool. In: ALARCON, S.; JORGE, A.A.S. (orgs.). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p 151-170.

HATZITASKOS, P.; SOLDATOS, C. R.; KOKKEVI, A.; STEFANIS, C. N. Substance abuse patterns and their association with psychopathology and type of hostility in male patients with borderline

and antisocial personality disorder. **Comprehensive Psychiatry**, v.40, p. 278-282, 1999.

JAEGER, A.; OLIVEIRA, M. da S.; FREIRE, S. D. Entrevista motivacional em grupo com alcoolistas. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v.16,n.1,p. 097-106, jun. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2008000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 mar. 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.18, n.4, p. 3-9, 2008.

MEYRIELLE, B., M.; LAVRADOR, M.C.C. Apoio Matricial: Cartografando seus Efeitos na Rede de Cuidados e no Processo de Desinstitucionalização da Loucura. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno HumanizaSUS. Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 5. 2015 p. 129-146

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **CONHEÇA A RAPS Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília – DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/conheca_raps_rede_atencao_psicossocial> Acesso em: 04 mar 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 100 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.174/GM, de 7 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de Qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 8 Jul. 2005. Seção I:38.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**. Imprensa Nacional. BRASÍLIA - DF Nº 251 – 30/12/11 –

Seção 1 - p.59. Disponível em: file:///D:/Downloads/U_PT-MS-GM-3088-REP_231211.pdf > Acesso em 02 mar 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede de atenção Psicossocial. DECRETO Nº 7.508/11. Disponível em: < [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/ File/RAPS.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf)> Acesso em 04 mar 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno HumanizaSUS. Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, v. 5. 2015. 548 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Guia de Saúde Mental**: atendimento e intervenção com usuários de álcool e outras drogas. Fundação Oswaldo Cruz, Grupo Hospitalar Conceição. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004**. 5a ed ampliada. Série E. Legislação de Saúde. Brasília – DF 2004.

MORENO, J.L. **Psicodrama**. 8 ed. São Paulo: Cultrix, 2002.

PASSOS, E.H.; SOUZA, T.P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicol Socied**, v.23,n.1, p.154-62, 2011.

PEREIRA, M.O.; VARGAS, D.; OLIVEIRA, M.A.F. Reflexão acerca da política do ministério da saúde brasileiro para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas sob a óptica da Sociologia das ausências e das emergências. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drug**. (Ed. port.) v.8, n.1, p. 9-16, jan.-abr. 2012.

PEUKER, A.C. CUNHA, R.R.S.M.; ARAUJO, L.B. Fatores associados ao abuso de drogas em uma população clínica. **Paidéia**. v. 20, n. 46, p.165-173, maio-ago. 2010.

PROCHASKA, J.O.; DICLEMENTE, C.C.; NORCROSS, J.C. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. **Am Psychol**. v.47, n.9, p. 1102-14, 1992.

PULCHERIO, G.; VERNETTI, C.; STREY, M. N.; FALLER, S. Transtorno de estresse pós-traumático em dependente do álcool. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.35, p.154-8, 2008.

QUINDERE, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24,n. 1, p. 253-271, Mar.2014 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100253&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Mar. 2017.

ROGERS, C. . **Grupos de Encontro**. São Paulo: Martins Fontes. 2009.

ROLLNICK, S.; MILLER, W.R.; BUTLER, C.C. **Entrevista motivacional no cuidado da saúde**: Ajudando pacientes a mudar o comportamento. Porto Alegre, RS: Artmed; 2009.

ROUNSAVILLE, B. J. Treatment of cocaine dependence and depression. **Biology Psychiatry**, v.56, p.803-809, 2004.

SANTOS, É. G. DOS, 1981- S237g. **O grupo como estratégia terapêutica nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do Espírito Santo**. 2010. 123 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde. 2010.

SCHEFFER, M.; PASA, G. G.; ALMEIDA, R. M. M. de. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília ,v. 26,n. 3,p. 533-541,Sept. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000300016&lng=en&nrm=iso>.

Acesso em: 02 Mar. 2017

SEVERO, A.K.S.; L'ABBATE, S.; ONOCKO, R.T.C. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. **Interface Comunicação Saúde Educação**. v.18, n.50, p.545-56, 2014.

SILVEIRA, R. W. M. da; D'TOLIS, P. O. A. O. Impactos da ação de agentes redutores de danos segundo profissionais da rede SUS. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia , v. 22, n. 1, p. 79-88, jun. 2016 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672016000100010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 17 mar. 2017.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental–Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental –Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210p.

SOUZA, L. G. S.; PINHEIRO, L. B. Oficinas terapêuticas em um Centro de Atenção Psicossocial: álcool e drogas. **Aletheia**, Canoas, n. 38-39, p. 218-227, dez. 2012 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000200018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 mar.2017.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. M. Conceito de grupo na percepção de enfermeiros na área de saúde mental e psiquiatria. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 7,n. 3,p. 133-138,dez. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180669762011000300004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 fev. 2016.

ZIMERMAN, D. E. Fundamentos teóricos. In: ZIMMERMAN, D.E.; OSORIO, L.C. (Orgs.). **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas,1997. p. 23-31

ZIMERMAN, D.E. **Fundamentos básicos das grupoterapias.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.

ZIMERMAN, D.E.; OSORIO, L.C.(org). **Como trabalhamos com grupos.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES E A SUA INTERFACE NA PREVENÇÃO E NO CONTROLE DO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

*Caroline de Castro Moura, Josie Resende Torres da Silva,
Denise Hollanda Iunes, Erika de Cássia Lopes Chaves*

O consumo de álcool e outras drogas, como o tabaco e as substâncias ilícitas - maconha, cocaína, *crack*, dentre outras - é considerado como um grave problema de saúde pública, devido às repercussões fisiológicas, psicológicas e sociais que o consumo exacerbado e contínuo acarreta. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, aproximadamente 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, do sexo, do nível de instrução e do poder aquisitivo, sendo o uso indevido de álcool e de tabaco o de maior prevalência global (OMS, 2013).

Ao longo dos últimos anos, o consumo nocivo do álcool aumentou de forma expressiva. As estatísticas do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD), realizados por uma equipe de pesquisadores da Universidade Federal de São Paulo, revelaram que houve um aumento da proporção de pessoas que consumiram bebidas alcoólicas entre os anos de 2006 (48%) e 2012 (50%). Em relação ao número de doses e à frequência de consumo, este aumento foi mais significativo (LARANJEIRA, 2014).

O consumo abusivo de álcool acarreta altos custos ao sistema de saúde devido à mortalidade e às limitações funcionais impostas por ele. Muito além das consequências físicas, a ingestão excessiva dessa substância pode desencadear problemas psicológicos e psiquiátricos como agressividade, depressão, ansiedade e crises psicóticas relacionadas ao álcool; problemas sociais e interpessoais; conflitos com a lei pelo ato de dirigir embriagado ou delitos relacionados à comportamentos agressivos ou antissociais; além da ocorrência de acidentes (BRASIL, 2004b).

O tabagismo, por sua vez, é considerado um dos hábitos mais nocivos para a saúde, a maior causa de morte evitável, e de grande dispêndio econômico (WHO, 2008). Por ano, cerca de 400.000 pessoas morrem prematuramente de câncer, de doenças cardiovasculares, respiratórias, perinatais e decorrentes de incêndios causados pelo cigarro (LARANJEIRAS, 2014). Estima-se que, no ano de 2030, os óbitos mundiais chegarão a 10 milhões, metade deles em indivíduos com idade produtiva (entre 35 e 69 anos) (WHO, 2008).

De acordo com a estatística do II LENAD (LARANJEIRAS, 2014), em 2012, a prevalência de fumantes na população brasileira adulta diminuiu 3,9 pontos percentuais em relação a 2006, ano em que 20,8% do total de brasileiros declararam-se fumantes. Apesar da importante redução da proporção de fumantes observada, o número de cigarros fumados aumentou: o estudo constatou que, em 2006, os brasileiros fumavam em média 13,1 cigarros por dia e, já em 2012, esse número passou para, em média, 14 cigarros.

Em relação ao consumo de substâncias ilícitas, a *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) publicou, no *World Drug Report 2016*, que o Brasil foi apontado como uma das nações emergentes onde o consumo de estimulantes, como a cocaína, está aumentando e que a maconha continua a ser a droga mais amplamente cultivada, produzida, traficada e consumida em todo o mundo. Corroborando tais afirmações, o II LENAD (LARANJEIRAS, 2014) apontou que, do total da população adulta brasileira, 5,8% declararam terem usado maconha alguma vez na vida. Entre os adolescentes esse número é de 4,3%. Já a prevalência do uso da cocaína uma vez na vida é de 3,8% na população adulta do país e 2,3% em adolescentes.

Existe, ainda, uma propensão para o consumo cada vez mais precoce e mais intenso de álcool e outras drogas. Em vista, então, de todo esse cenário que o país está vivendo, é fundamental o estabelecimento de recursos terapêuticos preventivos, reabilitadores, educativos e promotores da saúde para essas condições, de forma imediata e efetiva. O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, juntamente ao Ministério da Saúde, buscam implementar e por em prática uma rede de assistência integrada e articulada a indivíduos com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas e psicotrópicas. Esse suporte, de cunho físico, emocional e social, ocorre por meio de Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial, e outras instituições.

Nesses centros de saúde, a base do tratamento convencional para a reabilitação das pessoas que fazem o consumo exacerbado de

álcool e outras drogas gira em torno dos acompanhamentos psiquiátrico e psicológico, da terapia cognitivo comportamental, das terapias em grupos de apoios, de intervenção breve, de intervenção motivacional, do uso de medicamentos como, por exemplo, os ansiolíticos e os antidepressivos quando necessário, todos com a finalidade de prevenir recaídas. Em situações de crises e em casos mais graves, pode haver também internações psiquiátricas hospitalares e em clínicas. Os familiares exercem, ainda, papel fundamental no processo de tratamento e reabilitação desses indivíduos, de forma a estabelecer uma base de apoio necessária para o desenvolvimento de um estilo de vida mais saudável, e longe de recidivas.

Observa-se, todavia, que a recaída após três meses de tratamento, com a utilização da terapia cognitivo comportamental, que é o principal meio de tratamento, chega a quase 70% (GABBARD, 1995). Assim, outros métodos têm sido ativamente procurados para que, associados aos já em prática, consigam aumentar a eficácia do tratamento. Além disso, há uma tendência atual em substituir os modelos de atenção centrados apenas na doença, por práticas que favoreçam a integralidade dos cuidados à saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas.

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) se destacam como recursos terapêuticos não farmacológicos que podem ser utilizados na prevenção e no controle do consumo abusivo do álcool e de outras drogas, uma vez que, ao atuarem holisticamente, contribuem para o reestabelecimento da saúde física, psicológica, espiritual e

social do indivíduo. Dessa forma, elas devem ser vistas como aliadas ao tratamento convencional, a fim de acelerar o processo de reestabelecimento da saúde das pessoas que sofrem com a dependência dessas substâncias.

A definição de cada um dos termos da expressão “Práticas Integrativas e Complementares” possibilita uma compreensão ampla do fenômeno. Segundo o dicionário Michaelis (2011), a palavra “prática” significa “aplicação das regras ou dos princípios de uma arte ou ciência” de forma a englobar as múltiplas técnicas a que se relacionam às PICs. Ainda de acordo com esse dicionário, o termo “complementar” significa “que serve de complemento”. Justifica-se o seu emprego nesta expressão uma vez que essas práticas são utilizadas como adjuvantes à medicina convencional, ou seja, como aplicação de recursos terapêuticos para o cuidado. Já a expressão “integrativa” abrange a concepção holística, multidisciplinar e colaborativa, em consonância com uma nova forma de compreender a saúde (SNYDER; LIND, 2010). De fato, a palavra “integrar” significa “tornar(-se) inteiro, completar(-se)” (MICHAELIS, 2011) e surge como uma ideia de extinguir a importância de uma forma de medicina sobre a outra (KUREBAYASHI, 2013).

As PIC muitas vezes são referidas, de forma equivocada, como terapias alternativas. A palavra “alternativa” possui, em uma de suas acepções, o significado de “ação, direito, liberdade de alternar; obrigação ou faculdade de escolher entre duas coisas, que se imponham pela lógica ou pelas circunstâncias” (MICHAELIS, 2011).

Contudo, a utilização de uma prática não convencional não exclui necessariamente os recursos oferecidos pela medicina convencional alopática, de forma que as duas ciências podem se complementar (KUREBAYASHI, 2013).

As PIC estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, enfatizam a escuta acolhedora, o desenvolvimento do vínculo terapêutico e a integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, bem como corroboram uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (BRASIL, 2006).

O advento pelas PIC existe desde o final da década de 70, quando a OMS (2002) lançou esforços para estimular a implantação da Medicina Tradicional ou Medicina Complementar e Alternativa nos sistemas de saúde de cada país. Estas se referem às práticas médicas originárias da cultura de cada região e abrangem recursos manuais e espirituais, sem uso de medicamentos quimicamente purificados (acupuntura, *reiki*, florais, quiropraxia) e atividades corporais (*tai chi chuan*, *yoga*, *lian gong*).

Em vistas a atender às diretrizes e às recomendações da OMS e de várias Conferências Nacionais de Saúde e em direção aos novos paradigmas da saúde, em que a concepção é dinâmica e totalizadora, foi estabelecida no Brasil, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao considerar o indivíduo na sua dimensão global, sem perder de vista a sua singularidade, e, ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde, com ênfase no desenvolvimento do vínculo terapêutico, na escuta acolhedora e na interação do ser humano com a sociedade e o meio ambiente, a PNIPIC (2006) contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS, além de articular-se aos princípios da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004c), que estimula a valorização das dimensões subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, bem como a construção de autonomia e o protagonismo de sujeitos e coletivos.

Dentre as PIC abordadas na PNPICS, destacam-se, principalmente, a homeopatia, a fitoterapia e a acupuntura baseada nos preceitos da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), que são as mais usuais e também recomendadas com potencialidade na melhoria da condição de vida dos usuários de álcool e outras drogas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

A homeopatia consiste em um sistema médico complexo de caráter holístico, fundamentada na lei dos semelhantes, que foi citada pela primeira vez por Hipócrates no ano 450 a.C. Segundo esta lei, os semelhantes se curam pelos semelhantes, ou seja, para tratar um indivíduo que está doente, é necessário aplicar um medicamento que apresente os mesmos sintomas que o indivíduo doente apresenta. Foi desenvolvida por Samuel Hahnemann, em 1796, e a partir daí essa racionalidade médica se expandiu por várias regiões do mundo (LHM,

2016). No Brasil, a homeopatia foi introduzida por volta de 1840, tornando-se uma nova opção de tratamento no âmbito do SUS, segundo a PNPIC. O adoecimento é considerado, nessa concepção, como uma ruptura da harmonia das dimensões física, psicológica, social e cultural do ser humano. Dessa forma, essa prática contribui para o fortalecimento da integralidade da atenção à saúde, uma vez que recoloca o sujeito no centro do paradigma da atenção, compreendendo-o em todas as suas dimensões. Possui papel de destaque em diversas situações clínicas do adoecimento como, por exemplo, nos transtornos psicossomáticos, reduzindo a demanda por intervenções hospitalares e emergenciais, ao contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários (BRASIL, 2006).

Desde em 1978, a OMS estimula a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário, uma vez que aproximadamente 80% da população mundial utiliza estas plantas ou preparações dessas na atenção primária de saúde (BRASIL, 2006). Assim, essa terapia tem sido cada vez mais aceita mundialmente, e esforços populares e institucionais vem crescendo no sentido de fortalecer a fitoterapia no SUS. Esta é uma terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas (BRASIL, 2006). É uma das mais antigas práticas terapêuticas da humanidade e apresenta origens tanto no conhecimento popular (etnobotânica) como na experiência científica (etnofarmacologia) (PPMTNC, 2010).

Por fim, a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) caracteriza-se por um sistema terapêutico integral e é uma das formas mais antigas da medicina oriental. Fundamenta-se na observação dos fenômenos da natureza, na interação entre eles e na compreensão dos princípios que regem a harmonia nela existente. O universo e o ser humano, nessa concepção, estão intimamente conectados e, por isso, submetidos às mesmas influências. Ao se observar os fenômenos que ocorrem na natureza, pode-se, por analogia, compará-los à fisiologia do corpo humano, e, dessa forma, aplicar essa compreensão ao tratamento das doenças e à prevenção e à manutenção da saúde por meio de diversas formas.

A acupuntura, que tem sua origem no latim “acus” - agulha e “punctura” – puncionar, é uma das técnicas de intervenção em saúde baseada nos preceitos da MTC mais difundidas atualmente. Compreende um conjunto de procedimentos que utilizam a inserção de agulhas em pontos cutâneos específicos para a promoção, a manutenção e a recuperação da saúde, bem como para a prevenção de agravos e de doença, uma vez que aborda de modo dinâmico e integral o processo saúde-doença no ser humano.

Os novos conhecimentos que permeiam a MTC permitem que hoje sejam aceitos basicamente três mecanismos de ação para explicar as bases da acupuntura, a saber: o energético, o humoral e o neural. O mecanismo energético está baseado nas teorias do *Yin* e do *Yang*, dos cinco elementos ou movimentos, dos *Zang Fu* (órgão e vísceras), dos meridianos e dos acupontos. Já os mecanismos neural e humoral estão

relacionados com a produção de substâncias, como os neurotransmissores e os hormônios, por ação da técnica. A inserção da agulha promove um microtrauma local, com consequente liberação de mediadores inflamatórios, que levam a um aumento do fluxo sanguíneo, e ativam neurônios que, ao atuarem no Sistema Nervoso Central, desencadeiam respostas analgésicas, de restauração de funções orgânicas e de modulação do sistema imune.

A acupuntura foi introduzida no Brasil há cerca de 50 anos. Em 1988, por meio da Resolução nº 5/88, teve as suas normas fixadas para o atendimento nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2006). São sete os conselhos de profissões da saúde que reconhecem, atualmente, a acupuntura como especialidade: o Conselho Federal de Enfermagem (Resolução nº 326/2008), o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Resolução nº. 219/2000), o Conselho Federal de Medicina (Resolução nº. 1634/2002), o Conselho Federal de Fonoaudiologia (Resolução nº. 272/2001), o Conselho Federal de Farmácia (Resolução nº. 353/2000), o Conselho Federal de Psicologia (Resolução nº. 005/2002) e o Conselho Federal de Biomedicina (Resolução nº. 002/1995).

No contexto da prevenção e do controle do consumo de álcool e outras drogas, a acupuntura e seus recursos terapêuticos, como, por exemplo, a auriculoterapia ou acupuntura auricular, podem ser grandes aliadas ao tratamento convencional, uma vez que, além de reestabelecer o equilíbrio da energia vital, possuem propriedades calmantes e de controle da ansiedade, promovem o bem-estar, levam o

indivíduo à sentir menos necessidade de ingerir tais substâncias, além de possuir um maior número de evidências científicas sobre o assunto.

A acupuntura foi introduzida no tratamento das desordens relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas há mais de duas décadas. A dependência do álcool está na lista da OMS como um distúrbio médico que pode ser amenizado por meio da acupuntura. Há algum tempo, os programas de tratamento de dependência utilizam, cada vez mais, uma combinação de métodos convencionais e complementares, como por exemplo a acupuntura associada ao aconselhamento e aos grupos de apoio, como os Alcoólicos Anônimos (AA). Evidências científicas apontam os efeitos positivos da acupuntura no tratamento do consumo exacerbado de bebidas alcoólicas, o que favorece a implementação desse recurso terapêutico na prática clínica dos profissionais que trabalham com essa população. Esta prática é eficaz em ativar vários sistemas de neurotransmissores, levando à liberação de dopamina, de endorfinas, de serotonina, entre outros (SAMUELS et al., 2008; YANG et al., 2008), que podem ficar comprometidos com a ingestão excessiva de álcool. Dessa forma, há uma redução dos efeitos estimulantes das drogas de abuso e uma modificação de comportamentos associados ao vício, tais como aqueles em torno do desejo e da recompensa.

De acordo com Cho e Whang (2009), a acupuntura, associada com a terapia convencional, apresenta efeitos significativos na redução do desejo do consumo de álcool, em comparação ao tratamento padrão isolado, de forma que ela aparece como uma

modalidade eficaz para alguns clientes que buscam desintoxicação por abuso dessa substância. Outras modalidades da acupuntura, como a acupressão auricular, também apontam para resultados promissores como uma terapia adjuvante, uma vez que ela pode atuar sobre a aflição psicológica e sobre a redução do desejo e o uso de álcool, como foi demonstrado por Tian e Krishnan (2006). Assim, a adesão ao tratamento da dependência pode ser aprimorada pelos efeitos que a acupuntura e seus recursos terapêuticos proporcionam com a melhoria dos sintomas (GELINSKI; SANTOS, 2012).

Em relação ao consumo de tabaco, Silva e colaboradores (2014) apontam que, embora a acupuntura e suas modalidades sejam amplamente utilizadas na prática clínica, com resultados eficazes na redução do tabagismo e nos seus sintomas de abstinência, elas têm recebido pouca atenção na área da pesquisa. Apesar disso, verifica-se que os estudos realizados com essa temática apontam resultados promissores. Dentre alguns resultados positivos, destaca-se a investigação realizada por Silva e colaboradores (2014), que concluíram que o tratamento com auriculoterapia contribuiu na redução do número de cigarros fumados em 61,9% dos indivíduos, na redução da dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos em 38% e em não fumar quando doente, em 23,8%. No estudo de Tosar-Pérez e colaboradores (2009), os pacientes tratados também com a técnica da auriculoterapia abandonaram o hábito fumar em 72,2%. Arcangelo, Silvério-Lopes e Suliano (2014), ao associarem a acupuntura sistêmica com a auricular, concluíram que 50% dos

voluntários abandonaram o hábito de fumar que os demais reduziram em 81% o número de cigarros fumados diariamente e que o escore do nível de dependência desses indivíduos caiu de 7,67 para 1,67 após o tratamento. Por fim, o estudo de Kang e colaboradores (2005) também apontou que a auriculoterapia pode auxiliar na redução da intensidade do desejo de fumar e do número de cigarros consumidos. Em relação aos benefícios secundários do tratamento, Andrade e Silvério-Lopes, (2009) observaram também melhora no sistema respiratório, como, por exemplo, redução da tosse, da coriza e do pigarro; no sistema digestivo, com melhora da gastrite e da azia; além de aspectos emocionais, com redução da irritabilidade e da ansiedade. Todos esses fatores associados contribuem para a melhor qualidade de vida dos indivíduos que estão em tratamento.

O possível mecanismo de ação da acupuntura para o controle do tabagismo também está relacionado à liberação de mediadores químicos do Sistema Nervoso Central. Segundo Manjarrez (2010), esta modulação é responsável por diminuir a intensidade dos sintomas da privação de nicotina, facilitando a adesão ao tratamento. Ressalta-se, contudo, que as pesquisas envolvendo a acupuntura não conseguiram obter ainda a cessação do tabagismo por completo, todavia, a redução do número de cigarros fumados já é um grande passo para a sua retirada. Aconselha-se, nessa perspectiva, aliar a acupuntura e/ou a auriculoterapia a outras PIC e também ao tratamento convencional. A associação dessas medidas terapêuticas

pode trazer resultados ainda mais promissores na dependência à nicotina.

A OMS, desde 1996, também reconhece a acupuntura como um tratamento para a dependência e para o abuso de drogas (WHO, 2002). Nesse contexto, alguns estudos já relataram seu efeito sobre a utilização de cocaína, principalmente. Todavia, observa-se um número relativamente pequeno de evidências científicas envolvendo a temática. Até o momento, sabe-se que o mecanismo de ação da acupuntura está relacionado à normalização da liberação de dopamina no sistema mesolímbico, o que reduz o efeito estimulante das drogas de abuso e modifica comportamentos associados ao vício, tais como aqueles em torno de desejo e recompensa (YANG, 2008; ZHAO, 2006), ao aumento da liberação de endorfinas (HAN, 2004) e ao fator de liberação corticotrófico, atenuando o comportamento de ansiedade após a retirada (CHAE, 2008).

Em relação a alguns resultados positivos oriundos de investigações clínicas, Chen e colaboradores (2013) encontraram maiores taxas de abstinência, redução no desejo, na ansiedade e, em outros sintomas relacionados ao vício, nos indivíduos tratados com acupuntura auricular associados à meditação, se comparado aos indivíduos que receberam apenas o tratamento padrão. Avants e colaboradores (2000) também encontraram que os pacientes que foram submetidos à acupuntura auricular apresentaram uma probabilidade significativamente maior de fornecer amostras de urina negativas para a cocaína em relação aos grupos controle.

A acupuntura também se mostrou benéfica quando associada à intervenção de espiritualidade em usuários de drogas. No estudo de Margolin, Avants e Arnold (2005), os pacientes que receberam a terapia de grupo focada na espiritualidade, em adição ao tratamento de acupuntura, ficaram abstinentes de heroína e cocaína por um tempo significativamente maior e apresentaram maiores reduções na depressão e na ansiedade do que aqueles pacientes que não receberam a psicoterapia focada em espiritualidade. Estes resultados sugerem que a acupuntura e a psicoterapia focada espiritualidade podem ter uma combinação sinérgica, que vale a pena ser investigada em maiores escalas por meio de ensaios clínicos controlados.

As evidências sobre os outros tipos de drogas psicoativas, como a maconha e o *crack*, são ainda escassas. Apesar disso, Coubarsson e colaboradores (2007) apontaram que a acupuntura foi capaz de reduzir as necessidades fisiológicas para o consumo dessas substâncias, a depressão e a ansiedade, e que as mulheres que participaram do grupo de intervenção sentiram-se mais capazes de refletir e resolver os problemas do dia a dia, se comparado às mulheres do grupo controle. O estudo realizado por Camargos e Corrêa (2016) também apontam a efetividade da acupuntura auricular no tratamento da dependência química, representado por uma diminuição dos níveis de ansiedade, melhora do sono, das funções digestivas, maior disposição e adesão ao tratamento, bem como melhora em indicadores da qualidade de vida.

A associação da acupuntura à terapêutica padrão é importante para diminuir as manifestações clínicas da dependência do álcool e de outras drogas. Acredita-se, então, que a adesão ao tratamento da dependência pode ser aprimorada pelos efeitos que a acupuntura proporciona na melhora dos sintomas, com destaque para a redução da ansiedade e para o reestabelecimento do bem-estar físico e mental e da harmonia do ser humano. Além disso, constitui-se um método de baixo custo e efeitos colaterais quase nulos.

Em relação às demais PIC, elas merecem atenção especial, uma vez que os relatos sobre a utilização das mesmas na prática clínica são raros e as evidências científicas envolvendo a sua utilização, na maioria das vezes, apresentam resultados insipientes ou inconclusivos e até mesmo negativos. Como exemplo de algumas poucas experiências exitosas, destaca-se a utilização da terapia floral e da homeopatia. Tosar Pérez e colaboradores (2009) apontaram que a terapia floral foi a técnica mais eficaz para o tratamento da dependência fumar, se comparado à acupuntura auricular e à terapia grupal. Rogers (1997) encontrou que a homeopatia é uma terapia válida e eficaz para ajudar os clientes a quebrar o ciclo de dependência de álcool. Diante disso, faz-se necessário aplicar esses recursos na clínica e realizar estudos mais consistentes a fim de fortalecer a efetividade das PIC e aprimorar as suas potencialidades para a prevenção e o controle do álcool e outras drogas.

Conclui-se, que o consumo de álcool e outras drogas configura-se como um grave problema de saúde pública no país, que

necessita de investimento em estratégias efetivas de prevenção e de controle, a fim de reduzir o número de pessoas que sofrem com a dependência de tais substâncias. As PIC, e em especial a acupuntura e a acupuntura auricular, podem ser grandes aliadas ao tratamento convencional para o adequado manejo no reestabelecimento da saúde física e mental dessas pessoas e até mesmo na prevenção da utilização dessas substâncias, uma vez traz de volta ao indivíduo o equilíbrio vital. Assim, sugere-se que as PIC sejam efetivamente implementadas como recursos terapêuticos complementares ao tratamento convencional, a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas que consomem abusivamente álcool e outras drogas, ao auxiliar no processo de reestabelecimento físico, psíquico, social e espiritual dessas pessoas, e promover efeitos em estruturas centrais e periféricas envolvidas nas drogas de abuso.

Referências

ANDRADE, G.O.; SILVÉRIO-LOPES, S.M. 08 Smoking and treatment with acupuncture headset – cases study of clinical. **FIEP Bulletin**, v. 79, (special edition), p. 32-35, 2009. Disponível em: <http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/3005/5855>. Acesso em 14 nov. 2016.

ARCANGELO, E. V.; SILVÉRIO-LOPES, S.; SULIANO, L. C. Tratamento do Tabagismo por Acupuntura. **Rev Bras Terap e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 15-19, 2014.

AVANTS, S. K. et al. A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence. **Arch Intern Med**, v. 160, n. 15, p. 2305–2312, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. (revisada e ampliada). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004a. 66p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.101 p.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Álcool drogas e redução de danos uma abordagem inovadora para países em transição**. Brasília (DF), 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Brasília(DF): Ministério da saúde, 2004c. p 1-19.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS**. Brasília(DF): Ministério da saúde, 2006, 92 p.

CAMARGO, G. L.; CORRÊA, A. A. M. O uso da auriculoacupuntura no tratamento da dependência química. **Revista Científica Fagoc Saúde**, v. 1, p. 9-18, 2016.

CHAE, Y. et al. Acupuncture attenuates repeated nicotine-induced behavioral sensitization and c-Fos expression in the nucleus accumbens and striatum of the rat. **Neuroscience Letters**, v. 358. p. 87-90, 2004.

CHEN, K. W. et al. Adding integrative meditation with ear acupressure to outpatient treatment of cocaine addiction: a randomized controlled pilot study. **Journal of Alternative and Complementary Medicine**, v. 19, n. 3, p. 204-210, 2013.

CHO, S. H; WHANG, W.W. Acupuncture for alcohol dependence: A systematic review. **Alcoholism: Clinical and Experimental Research**. v.33, p.1305-13, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução 326/2008:** Regulamenta no Sistema COFEN/CORENs a atividade de acupuntura e dispõe sobre o registro da especialidade. Rio de Janeiro, 2008.

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA PRIMEIRA REGIÃO (CREFITO 1). **Resolução 219/2000:** Dispõe sobre o reconhecimento da Acupuntura como Especialidade do Fisioterapeuta.

CONSELHO FEDERAL MEDICINA (CFM). **Resolução 1634/2002:** Dispõe sobre convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina CFM, a Associação Médica Brasileira – AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. Brasília, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (CFFa). **Resolução 272/2001:** Dispõe sobre a prática da Acupuntura pelo fonoaudiólogo e dá outras providências. Brasília, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução 353/2000:** Dispõe sobre o exercício de acupuntura pelo profissional farmacêutico. Brasília, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução 005/2002:** Dispõe sobre a prática da acupuntura pelo psicólogo. Brasília, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE BIOMEDICINA (CFBM). **Resolução 005/2002:** Revoga a Resolução nº 02/86 do Conselho Federal de Biomedicina. Brasília, 2002.

COURBASSON, C. M. et al. Acupuncture treatment for women with concurrent substance use and anxiety/depression: an effective alternative therapy? **Family and Community Health**, v. 30, n. 2, p. 112-120, 2007.

GABBARD, G. O. **Treatment of psychiatric disorders**. Washington: American Psychiatric Press Inc., 1995.

GELINSKI, T. C.; SANTOS, A. R. S. Eficácia da acupuntura no tratamento da dependência do álcool. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v.1, n.2, p. 91-104, 2012.

HAN, J.S. Acupuncture and endorphins. **Neurosci Lett**, v. 361. p. 258-61, 2004.

KANG, H. C. The Effects of the Acupuncture Treatment for Smoking Cessation in High School Student Smokers. **Yonsei Med. J.**, v. 46, n. 2, p. 206-12, 2005.

KUREBAYASHI, L. F. S. **Auriculoterapia chinesa para redução de estresse e melhoria de qualidade de vida de equipe de enfermagem: ensaio clínico randomizado.** 2013. 275 f. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

Laranjeira, R. (Org.). (2014). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD).** São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP.

LIGA DE HOMEOPATIA MEDICINA UNICAMP (LHM). **O que é homeopatia.** Disponível em <https://sites.google.com/site/ligahomeopatiamedunicamp/o-que-e-homeopatia> Acesso em 13 nov. 2016.

LUCA, A. C. B. **Medicina Tradicional Chinesa – acupuntura e tratamento da síndrome climatérica.** 2008. 225 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2008.

MARGOLIN, A.; AVANTS, S. K.; ARNOLD, R. Acupuncture and Spirituality-Focused Group Therapy for the Treatment of HIV-Positive Drug Users: A Preliminary Study. **Journal of Psychoactive Drugs**, v. 37, n. 4, P. 385-390, 2005.

MANJARREZ, C.M., **Efecto de los puntos acupunturales 8PF(VB) y lieque (P7) en el tratamiento de la adicción al tabaco**. Monografía de especialização em acupuntura e fitoterapia, Universidad Autónoma Metropolitana, Cidade do México, México, 2010.

MICHAELIS. **Dicionário prático da língua portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67314/1/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf Acesso em 12 nov. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Nota Técnica da OPAS/OMS no Brasil sobre internação involuntária e compulsória de pessoas que usam drogas**. 2013. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3206:nota-tecnica-opas-oms-no-brasil-sobre-internacao-

involuntaria-compulsoria-pessoas-que-usam-drogas&catid=1016:bra-01-noticias&Itemid=875 Acesso em 14 dez. 2016

PROGRAMAS DE PLANTAS MEDICINAIS E TERAPIAS NÃO-CONVENCIONAIS (PPMTNC). **Fitoterapia**. Universidade Federal de Juiz de Fora, 2010. Disponível em <http://www.ufjf.br/proplamed/atividades/fitoterapia>. Acesso em 13 nov. 2016.

ROGERS, J. Homoeopathy and the treatment of alcohol-related problems. **Complement Ther Nurs Midwifery**, v. 3, n. 1, p. 21-28, 1997.

SAMUELS, N. et al. Acupuncture for psychiatric illness: a literature review. **Behav Med.**, n.34, p.55-64, 2008.

SNYDER, M.; LINDQUIST, R. Complementary/Alternative Therapies na Cultural Aspects of Care. In: SNYDER, M.; LINDQUIST, R. **Complementary and Alternative Therapies in Nursing**. 6 ed. New York: Springer Publishing Company, 2010. p.3-23.

SILVA, R. P et al. Contribuições da auriculoterapia na cessação do tabagismo: estudo piloto. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 5, p. 883-890, 2014.

TIAN, X; KRISHNAN, S. Efficacy of auricular acupressure as an adjuvant therapy in substance abuse treatment: a pilot study. **Altern Ther Health Med.**, v.12, p. 66-69, 2006.

TOSAR PÉREZ, M. A. et al. La deshabituación tabaquica con técnicas de medicina tradicional y natural. **Revista Habanera de ciencias médicas**, v. 8, n. 4, p. 1-7, 2009.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report 2016**. Disponível em: <http://www.unodc.org/wdr2016/> Acesso em 11 nov. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO report on the global tobacco epidemic 2008: the MPOWER package**. Geneva, 2008.

YANG, C. H. et al. A possible mechanism underlying the effectiveness of acupuncture in the treatment of drug addiction. **Evid Based Complement Alternat Med**. n.5, v.3, p.257-266, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO traditional medicine strategy 2002–2005**. Geneva, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO report on the global tobacco epidemic 2008: the MPOWER package**. Geneva, 2008.

ZHAO, R. J. et al. Acupuncture normalizes the release of accumbal dopamine during the withdrawal period and after the ethanol challenge in chronic ethanol-treated rats. **Neuroscience Letters**, v.395, n. 1, p.28-32, 2006.

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL E A DEPENDÊNCIA QUÍMICA - DEPENDÊNCIA QUÍMICA COMO DOENÇA SOCIAL

Marilda Raimunda da Silva Sene

A dependência química é uma grave doença que assola toda a sociedade no Brasil e no mundo.

É uma doença séria e complexa, que se caracteriza pelo uso compulsivo e descontrolado de SPAs - Substancias Psicoativas, as chamadas drogas.

As SPAs fazem parte da história da humanidade. Desde períodos remotos da civilização os homens modificam suas percepções e sensações por meio do uso de substancias que atuam no SNC, Sistema Nervoso Central (SNC).

Na antiguidade, as sociedades utilizavam produtos extraídos da natureza em ocasiões sociais e religiosas. Porém, a partir dos séculos XVIII e XIX, o uso de SPAs passou a ter como objetivo a busca do prazer individual e coletivo, bem como o alívio dos desconfortos físicos e sofrimentos emocionais.

Atualmente, a relação entre as pessoas e as SPAs é muito complexa, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais e até mesmo éticos.

De acordo com o Ministério da Saúde, para a reflexão da correlação entre a sociedade contemporânea e as SPAs, faz-se necessária a abordagem dos seguintes aspectos:

- ✓ A banalização do uso de drogas na sociedade;
- ✓ Ambiguidade social que criminaliza algumas drogas e legaliza outras;
- ✓ Argumentos racionais e simplistas que não valorizam o uso de drogas como um sintoma de questões emocionais e afetivas entre os membros da família;
- ✓ Informações e posições contraditórias entre os profissionais que expressam um reflexo de sua formação e experiência na questão.

Portanto, é indispensável que a sociedade se entenda como corresponsável e codependente desta terrível doença.

Perdeu-se a consciência da diferença entre o comum, normal e correto. Com efeito, a vida em sociedade acaba promovendo o normal e o comum, que é o que chamamos de cultura ou dinâmica social. Entretanto, nem sempre tais hábitos e costumes são corretos.

A massificação é tanta que, pessoas em todas as idades, em especial crianças e adolescentes, desenvolvem seus hábitos baseados no que a maioria faz, no prazer imediato, ou mesmo no que vende a mídia, sem sequer refletir se tais atitudes são corretas.

O conceito de correto está ligado a atitudes e hábitos que seguem preceitos morais, do que é honrado, íntegro e honesto.

Assim, tais hábitos se baseiam em bons valores, que refletem princípios éticos e morais, alimentam-se de atitudes benignas e conduzem a pessoa resultados positivos para si e para os demais.

Todavia, existem pessoas que, infelizmente, norteiam suas vidas em princípios equivocados, tais como lucro fácil e injusto, desprezo aos mais fracos ou diferentes, sonegação, corrupção, busca de poder a qualquer custo, entre outros.. Tais valores impactam negativamente a sociedade e trazem como consequência a divisão, a injustiça, a revolta, a desvalorização dos relacionamentos sinceros e desinteressados, etc.

Por certo, se a sociedade não cultivasse valores negativos, dificilmente teríamos tantas pessoas se aproveitando da desgraça de muitos dependentes químicos.

Viver em sociedade não pode nos levar a viver repetindo comportamentos adoecidos, que resultam na necessidade de abusar de entorpecentes para fugirmos dos resultados que o “comum” e o “normal” têm nos proporcionado. Precisamos, então, desenvolver a consciência do “correto” e trabalhar para que este seja o objetivo comum da nossa sociedade.

A dependência química e as emoções

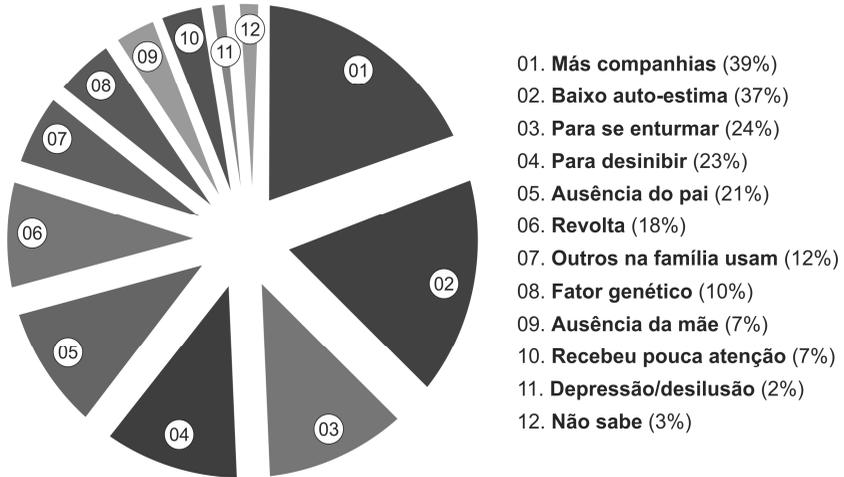
Segundo o Levantamento Nacional com Familiares dos Dependentes Químicos, feito pelo LENAD Família de 2013, projeto de pesquisa ligado ao IMPAD – Instituto Nacional de Ciência e

Tecnologia pra Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas, as motivações para que uma pessoa se enverede por este universo doentio das drogas são diversas, mas sempre tem uma origem parecida.

A pesquisa foi feita com 500 famílias que participam do Amor Exigente (programa de auto e mútua ajuda que desenvolve preceitos para a organização da família), e revelou que mais de 90% dos envolvidos com drogas, iniciam o consumo por motivos de fundo emocional. Porém, depois que a dependência se instala, o ciclo fica muito complicado e a pessoa, dificilmente, consegue sair deste sofrimento sem ajuda.

Figura 1 – Modelo Marilda Sene – Fonte: Pesquisa LENAD família de 2013 – Perfil Sócio Demográfico de familiares de dependentes químicos em grupo de ajuda, na cidade de São Paulo.

MOTIVOS PARA CONSUMO DE DROGAS



Para entender o que significa “fundo emocional”, vamos analisar cada um destes motivos:

✓ **Más companhias:** em questão emocional, uma pessoa com valores positivos, bem definidos e fundamentados em virtudes como: domínio próprio, alegria, mansidão, paciência, fidelidade dentre outros, dificilmente se deixaria influenciar por más companhias. Pelo contrário, seria uma influência positiva e teria forças para não se deixar levar por maus conselhos.

✓ **Baixa autoestima:** uma autoestima saudável é um dos bens mais preciosos que os pais podem proporcionar aos seus filhos. Todas as pessoas que têm influência na educação de uma criança deveriam ter muito cuidado com a formação da autoestima delas, pois aprender a se amar, desde a mais tenra infância, é imprescindível para felicidade do ser humano.

✓ Para se enturmar: a necessidade de ser aceito está muito ligada à autoestima. A criança e o adolescente precisam se sentir parte de um grupo, e o primeiro grupo em que eles precisam se encontrar como seres humanos amados, cuidados e respeitados é sua própria família. Dessa forma, dificilmente pagarão um alto preço para serem aceitos em grupos que, apesar de acolhê-los e fazer com que se sintam parte de algo, em um primeiro momento, provavelmente não serão bons exemplos e não poderão apoiá-los quando mais precisarem.

✓ Para se desinibir: como sinônimo de desinibir, podemos citar: desembaraçar, desbloquear, animar, encorajar. As pessoas não conseguem mais se divertir sem se “encorajar” com drogas, substâncias psicoativas (SPAs). Buscam nelas uma confiança que deveriam ter aprendido a construir em seu dia a dia, entendendo os verdadeiros valores que compõem a vida humana, em vez de mascarar suas emoções, buscando se desinibir de uma forma artificial e perdendo a consciência da realidade.

✓ Ausência do pai: a presença da figura paterna é imprescindível para a saúde emocional das crianças e dos jovens. O ideal é que nenhuma criança seja privada de um pai. Entretanto, quando isso não ocorre, é possível que as pessoas responsáveis pela sua educação os ajudem a superar a falta do pai. O mais importante é que eles entendam que não são responsáveis por esta ausência, que possam trabalhar o perdão independentemente das realidades envolvida e que acreditem que podem escrever uma história de realizações e sucesso, mesmo sem esta presença tão importante. Toda

criança e todo jovem que encontram uma fonte de amor verdadeiro e de perdão pode vencer as eventuais ausências em sua vida.

✓ Revolta: a revolta está ligada à não compreensão da vida e à insatisfação com tudo à sua volta. Normalmente, o ser humano que não compreende suas limitações e as limitações dos outros, se revolta. Uma emoção inteligente ensina que as atitudes podem mudar os resultados. Porém, se não há mudanças nas atitudes, os resultados continuarão os mesmos, e, com eles a revolta, que não traz nada de positivo.

✓ Outros na família usam: a família é o berço da dignidade humana. Uma família saudável cuidará para que seus maus hábitos não sejam perpetuados em seus descendentes.

✓ Fator Genético: muito ligado ao motivo anterior, pois, na realidade, acreditamos que a dependência se instala primeiro pela motivação emocional e depois, caso haja essa questão genética, o desafio da manutenção da sobriedade, fica ainda maior.

✓ Ausência da mãe: a presença da figura materna, assim com a paterna, é imprescindível para a saúde emocional de todas as crianças e jovens. A ideia da ausência do pai ou da mãe são muito parecidas, a paternidade e maternidade são a base de uma formação saudável do ser humano. Por isso, é tão importante cuidarmos das famílias e ensinarmos aos jovens a responsabilidade imensa que é formar uma. Vale repetir o que foi falado da ausência do pai: o ideal é que nenhuma criança seja privada de uma mãe. Entretanto, quando isso não ocorre, é possível que as pessoas responsáveis pela sua

educação os ajudem a superar a falta da mãe. O mais importante é que eles entendam que não são responsáveis por esta ausência, que possam trabalhar o perdão independentemente das realidades envolvida e que acreditem que podem escrever uma história de realizações e sucesso, mesmo sem esta presença tão importante. Toda criança e todo jovem que encontra uma fonte de amor verdadeiro e de perdão podem vencer as eventuais ausências em sua vida.

✓ Recebeu pouca atenção: a carência de atenção nos dias de hoje é impressionante, as pessoas se veem, mas não se enxergam. Existem milhares de pais que se matam todos os dias, matam-se literalmente, devagarzinho. Dia a dia se enterram nos compromissos profissionais e, por fim, não têm tempo para a família, para o lazer, para cuidar da saúde. Quando acordam depois de 20, 30 anos, veem que não valeu à pena. Se tiverem muita sorte, só terão perdido a saúde, mas, normalmente, perdem mais do que isso, perdem a oportunidade de ser presença ativa na vida da família, dos filhos. Percebem, tarde demais, que existe algo muito mais importante que as coisas materiais que a vida de trabalho lhes proporcionou e que a ausência de sua compreensão, de seus “puxões de orelhas” e da sua presença, contribuiu significativamente para a situação em que seus filhos se encontram.

✓ Depressão / Desilusão: a depressão é um distúrbio afetivo que acompanha a humanidade ao longo de sua história. No sentido patológico, há presença de tristeza, pessimismo e baixa autoestima que aparecem com frequência, de forma simultânea ou não. Há uma

série de evidências que mostram alterações químicas no cérebro do indivíduo deprimido, principalmente com relação aos neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e, em menor proporção, dopamina) substâncias que transmitem impulsos nervosos entre as células. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, até 2030, a depressão será a doença mais comum do mundo, afetando mais pessoas do que qualquer outro problema de saúde, incluindo câncer e doenças cardíacas. Dentro desta realidade, o consumo de drogas pode ser o início da depressão ou uma consequência dela. Forma-se, assim, um círculo vicioso, no qual não se sabe o que veio primeiro.

Considerando que as vulnerabilidade emocionais são as grandes causadoras da inabilidade das pessoas em lidarem com as drogas, conclui-se que o desenvolvimento de uma Inteligência Emocional mais efetiva pode ser a melhor forma de se promover uma eficiente prevenção.

Informações como essas evidenciam a importância de que o ser humano, desde a infância, aprenda a trabalhar suas emoções, a conhecer a si mesmo e a desenvolver valores saudáveis, que o levem a cultivar virtudes como: amor, alegria, paz, longanimidade, benignidade, bondade, fé, mansidão e autodomínio.

Saber como as drogas agem no cérebro é essencial para compreender a importância das emoções na construção de uma vida saudável e numa relação inteligente com elas.

O cérebro humano é a principal parte do SNC - Sistema Nervoso Central, que tem como função o comando, o controle e a manutenção dos demais sistemas fisiológicos, para manter um equilíbrio entre o meio externo e o meio interno.

As funções do organismo são controladas por determinadas regiões do cérebro, sendo que uma mesma região cerebral pode estar envolvida no controle de mais de uma função no organismo.

Os neurônios são células que veiculam as informações entre o cérebro e as outras partes do organismo. A comunicação entre dois neurônios ocorre via sinais químicos, por meio dos neurotransmissores, e é justamente nesta função cerebral que as drogas atuam, simulando substâncias químicas naturais do organismo. Os neurotransmissores resultados das drogas podem imitar, impedir e potencializar a ação dos neurotransmissores naturais, aos quais se assemelham. Essa disfunção pode gerar graves consequências para o cérebro, e até mesmo impedir os neurotransmissores naturais de atuarem definitivamente, causando descompasso na química natural do cérebro.

As drogas agem principalmente no Sistema Límbico (área cerebral relacionada ao comportamental emocional), onde se encontra o Circuito de Recompensa Cerebral, uma região relacionada à sensação de prazer. A função natural do circuito de recompensa é dar às pessoas uma razão ou uma recompensa, como um prazer intenso, para realizar atividades como: alimentação, atividades física e sexual.

Estudos com animais demonstram que estímulos elétricos nessas regiões provocam sensações de prazer e levam a repetidas tentativas de estimulação.

Todas as drogas, direta ou indiretamente, atuam no Circuito de Recompensa Cerebral, podendo levar o usuário a buscar repetidamente essa sensação de prazer, originando a dependência fisiológica.

A pessoa com uma vulnerabilidade emocional começa a usar a substância, aí tem uma determinada necessidade pessoal resolvida, naquele momento do uso, fica bem e se sente “completa”. Depois quer repetir este bem estar, só que a mesma quantidade não é mais o suficiente e começa o abuso. Para se ter o resultado anterior, tem que aumentar a dose até que tenha que experimentar algo a mais. Com isso, o abuso vai se intensificando, pois o Circuito de Recompensa Cerebral vai “exigindo” mais e mais para poder se estimular. Neste momento, tanto a dependência psicológica como a física já estão instaladas. A pessoa começa a sofrer terrivelmente, psicologicamente e fisicamente pela ausência da substância que estimule seu cérebro a lhe proporcionar este “prazer” artificial para o qual passa a dedicar toda a sua vida.

Assim, quando uma pessoa com determinada vulnerabilidade emocional começa a fazer uso da substância psicoativa e experimenta a momentânea sensação de superação de tal fragilidade, sente-se bem e “completa”, tendo o desejo de buscar novamente essa sensação. Entretanto, a quantidade utilizada da primeira vez já não é suficiente

para alcançar o resultado anterior, uma vez que o Circuito de Recompensa Cerebral se adapta ao estímulo inicial e exige doses mais altas da substância para se estimular. Dessa forma, o usuário passa a aumentar o uso da substância, tornando-se dependente físico e psicológico da droga e enfrentando terrível sofrimento pela ausência da substância que estimula seu cérebro a lhe proporcionar esse prazer artificial.

Este processo funciona de forma diferente para certas pessoas. Algumas delas usam as SPAs por anos sem perceber que estão perdendo o controle até que, em um momento de maior fragilidade emocional, a dependência crônica se instala.

A pessoa que sofre com a dependência química passa a ter um desejo incontrolável de consumir a droga e a insere em seu dia-a-dia. Toda atividade passa a incluir o uso da substância, que se torna a razão principal de encontros e compromissos, deixando a saúde, a família, os amigos e a carreira em segundo plano. Além disso, o dependente começa a encontrar maneiras de justificar o vício, ignorando as crescentes doses que consome e o impacto negativo em sua vida.

Com o passar do tempo, o comportamento causado pela dependência química torna as relações explosivas, agressivas e, conseqüentemente, desgastadas. A saúde também é afetada e se torna cada vez mais frágil, dificultando a realização de atividades que antes eram comuns.

Existe a falsa impressão de que alguns tem domínio total sobre as drogas. Este domínio é muito relativo, nunca total. Quem é consumidor de qualquer substância seja ela lícita ou ilícita, precisa sempre avaliar sua relação de consumo e prazer, pois quando ficar muito intensa a busca de prazer ou alívio da dor física ou emocional, focado só na substância, o hábito tem que ser revisto e trabalhado de outra forma com muita sabedoria e urgência.

As pessoas que se enveredaram pelo caminho da dependência química se deixaram levar por suas emoções adoecidas, sem conseguir direcionar suas escolhas e usar sua liberdade para buscar um caminho de realização.

Precisamos aprender a trabalhar nossas emoções e sentimentos por meio da gestão dos nossos pensamentos.

Para isso, é necessário entender os tipos de emoções que estão gerando nossos pensamentos automáticos e desenvolver um Eu gestor que nos ajudará a tomar decisões saudáveis, vencendo vícios e comportamentos inadequados.

Importante lembrar que, independentemente da idade, escolaridade ou realidade social, todos estão sujeitos a desenvolver a dependência química, basta que, em um determinado momento da vida, não estejamos fortalecidos o suficiente para lidar com a situação apresentada. Com efeito, todos nós estamos sujeitos a tragédias, perdas, frustrações.

A compreensão da relação das drogas com o prazer facilita o entendimento de sua relação com as emoções, e com os motivos que

levam as pessoas a se perderem por este caminho complicado e doloroso.

Portanto, é urgente trabalhar para desenvolver a inteligência emocional em todas as classes sociais e faixas etárias.

As estatísticas sobre as doenças emocionais são cada vez mais preocupantes: doenças como depressão, ansiedade, insônia, estresse, dependências diversas, fobias e pânico têm crescido muito em todo o mundo.

O desenvolvimento da inteligência emocional permite que as pessoas trabalhem suas vulnerabilidades emocionais e, com isso, tirem o melhor proveito do que o mundo oferece, experimentando um sentimento de plenitude em relação à vida.

A inteligência emocional corresponde a uma somatória de habilidades que torna as pessoas capazes de administrar as pequenas e grandes adversidades impostas pela vida, de modo a aceitar e perceber as emoções, redirecionando-as para obter melhores resultados e relacionamentos.

As pessoas que têm a oportunidade de conhecer e trabalhar suas emoções e sentimentos se tornam mais compreensivas consigo mesmas e com os outros. Como consequência, transformam-se em pessoas mais felizes e capazes de contribuir com a felicidade dos demais.

Usar as emoções para impulsionar mudanças e realizações é utilizar a Inteligência Emocional a seu favor.

Quando uma pessoa nasce, ela é como uma folha em branco: sem informações, sem registros. Durante a fase de formação da personalidade, que se inicia com o nascimento e se encerra por volta dos sete anos de idade, essa criança recebe milhares de informações, que ficam armazenadas no seu inconsciente e definem a forma como ela vai interpretar a vida.

Depois dos sete anos, todos os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos são baseados nessa construção. Portanto, este é o momento crucial para se formar um ser humano emocionalmente saudável.

Entretanto, mesmo quem não teve a oportunidade de cuidar de sua saúde emocional desde a infância, pode trabalhar seu “banco de dados emocional” em qualquer momento da vida, reavaliar quais desses “Programas” são saudáveis e úteis, e quais precisam ser ressignificados.

Infelizmente, por falta de conhecimento e maturidade emocional, esse momento de reavaliação é adiado e muitas pessoas demoram anos para perceber a importância da compreensão das emoções.

Desde os meados da década de 90, a inteligência emocional tem despertado o interesse da sociedade e, a partir de então, o tema vem sendo abordado em diversos artigos, livros e revistas de divulgação científica, além de mídias sociais e profissionais que se propõe a trabalhá-lo.

Com isso alguns paradigmas também tem se formado. O mais complicado deles é aquele que aponta o desenvolvimento de inteligência emocional como algo que possamos ter de uma hora para outra, como num passe de mágica.

Com isso, algumas ideias inquietantes vêm sendo disseminadas. A mais complicada delas é aquela que sustenta que a inteligência emocional é algo que se pode adquirir de uma hora para outra, como em um passe de mágica.

Impossível!

A inteligência emocional deve ser *desenvolvida*, construída a partir de um processo de aprendizagem e assimilação, como toda e qualquer inteligência, uma vez que, para trazer resultados permanentes e consistentes, exigem-se conhecimento e prática.

Desenvolvendo inteligência emocional

Para desenvolver a habilidade de trabalhar as emoções, alcançando resultados positivos em nossa vida e ajudando outras pessoas a fazerem o mesmo, precisamos aprender como funciona a nossa a mente e conhecer o fluxo que rege o comportamento humano.

A forma com que a pessoa percebe o mundo ou sente as situações ao seu redor gera seus pensamentos; estes pensamentos geram seus sentimentos; os sentimentos motivam os comportamentos e, os comportamentos dão origem aos resultados.

Quando não aprendemos a perceber a vida de uma forma positiva e saudável, crescem as chances de alimentarmos pensamentos adoecidos e, fatalmente, a qualidade de nosso fluxo não será positiva, assim como nossos resultados não atenderão a nossas expectativas.

Este fluxo interno funciona para todas as áreas da vida do ser humano: a área da saúde física, intelectual, familiar, conjugal, profissional, financeira, social e espiritual.

Para entendermos melhor, vamos imaginar que você acabou de receber uma notícia de que vai fazer uma prova importante. Qual será sua percepção? Se for autoconfiante e tiver domínio da matéria da prova, terá pensamentos de tranquilidade, que gerarão certo sentimento de conforto e controle da ansiedade.

Como seu comportamento será de tranquilidade, suas chances de ter um bom resultado na prova serão muito boas.

De outro lado, se, ao receber a notícia, você não se achar preparado para fazer a prova, seus pensamentos serão de derrota: “Ai, meu Deus! Vou ser massacrado na prova!”. Assim, seus sentimentos seriam de pânico e ansiedade e, conseqüentemente, as chances de o resultado não ser bom, seriam maiores.

O fluxo acontece em todas as situações de nossas vidas e, geralmente, acabamos sofrendo as suas conseqüências sem, nem ao menos, ter conhecimento sobre ele.

As pessoas acabam vivendo de uma forma inconsciente, deixando que a vida e as emoções as conduzam como se fossem um barquinho de papel em um mar revolto.

Cada um tem uma percepção do que lhe acontece a sua volta. Esta percepção é formada por suas emoções, que dão início ao fluxo. A partir daí, os pensamentos são gerados de maneira praticamente automática.

As pessoas normalmente não se questionam e deixam que esses pensamentos tomem forma, sem qualquer reflexão. Os pensamentos geram os sentimentos, que, muitas vezes, são confundidos com as próprias emoções. E, baseados nesses sentimentos, adotamos determinado comportamento. Os resultados, por sua vez, são frutos deste fluxo e acabam alimentando, novamente, a percepção dos acontecimentos.

Dessa forma, o círculo vicioso se repete continuamente.

O primeiro passo para alterar esse fluxo é entender a percepção que temos das situações e identificar os pensamentos que alimentam nossos sentimentos. A partir disso, poderemos direcionar nossos comportamentos para termos os resultados que queremos.

Uma das grandes vantagens das pessoas inteligentes emocionalmente é a capacidade de se auto motivar e seguir em frente, mesmo diante de frustrações e decepções.

Entre as características da inteligência emocional, encontra-se a capacidade de controlar impulsos, canalizar emoções para situações adequadas, exercitar a gratidão e motivar as pessoas. Por conta disso, para grande parte dos estudiosos do comportamento humano, é considerada mais importante do que a inteligência intelectual, o conhecido QI, para alcançar o sucesso pessoal e profissional.

Inteligência emocional para prevenção da dependência química e de outras doenças emocionais.

Uma prevenção eficiente pode ser conseguida por meio da construção e manutenção de um **Fluxo de Qualidade de Vida Inteligente** que, nada mais é do que o fluxo interno construído com inteligência em todas as áreas da vida humana.

Esta construção é fundamentada no autoconhecimento e na capacidade de enxergar o que está oculto sob as emoções, que nos levam a comportamentos que geram resultados indesejados.

A Pastoral da Sobriedade define sobriedade como uma maneira de viver todos os aspectos da vida em equilíbrio.

Com efeito, “tudo o que é demais sobra”, assim, a sobriedade é fundamental para a saúde emocional de qualquer pessoa.

Muitas vezes, em nossas vidas, sobram sono, comilança, cobiça, farra, vazio existencial, carência afetiva, desespero. Esses comportamentos compulsivos nos atormentam e conduzem à infelicidade.

Podemos citar como comportamento compulsivo o consumismo desenfreado, que ocorre quando as pessoas acabam gastando o que não tem para manter necessidades imaginárias.

O consumismo é um dos maiores excessos de nossa sociedade moderna. Muitos se perdem na ilusão de buscar a felicidade, somente nos valores materiais. O consumismo se torna um vício quando o ato de comprar se vincula à ansiedade e à satisfação e

não à necessidade autêntica e inteligente de algo. Quando isso ocorre, o consumo toma conta de uma parcela significativa da vida e dos pensamentos da pessoa, abalando sua saúde emocional, psicológica, social e financeira.

Outro comportamento desregrado, que vem se tornando cada vez mais perigoso, é a preocupação com a aparência física. A busca pela “perfeição física”, pregada como padrão, leva milhares de pessoas a um grave desequilíbrio em relação ao próprio corpo. Doenças como anorexia e bulimia são comuns entre os jovens, além do consumo de drogas para emagrecimento.

O ser humano alcançou resultados fantásticos no entendimento de como funcionam as coisas, com conhecimentos tecnológicos incríveis. Está desbravando o Espaço, desvendando muitos segredos da natureza, mas talvez, nunca na história da humanidade, de que temos registro, tenha sido tão agudo o sentimento de que as pessoas, as famílias, as comunidades, as nações precisam urgentemente encontrar meios para se relacionar melhor.

As pessoas nasceram para serem felizes, mas a verdadeira felicidade só poderá ser encontrada quando os valores possam originar e fortalecer hábitos que gerem virtudes.

É essencial que cada pessoa conheça seus valores e seja fiel a eles no seu dia-a-dia.

Refleta seriamente sobre isso, faça uma lista e organize seus valores, separando os negociáveis e os absolutos.

Depois disso, analise suas ações e responda se elas refletem seus valores.

Um dos grandes desafios deste conturbado início de milênio é, diante dos valores globalizados do dinheiro, do prazer fácil e imediato, do alívio da dor emocional por meio de subterfúgios e da indústria do entretenimento vazio, reconhecer e despertar os reais valores humanos, difundindo virtudes como: a generosidade, a fortaleza, a flexibilidade, a lealdade, a justiça, a temperança, a obediência, a paciência, a perseverança, a prudência, o pudor, o respeito, o otimismo, a sinceridade, dentre outros.

O autoconhecimento promove a fidelidade aos valores. Ao obter a plena consciência de sua essência, o ser humano experimenta a verdadeira liberdade que é capacidade de ser e de fazer aquilo que escolher.

Ao saber quem é, o homem se sentirá livre e capaz de ser o que escolher ser.

Cada pessoa deve descobrir seu verdadeiro eu, sua cultura, sua dinâmica familiar, seus valores e, assim, fazer opções livres, conscientes e comprometidas com os resultados que deseja. Conhecendo-se realmente, poderá assumir sua fragilidade e sua necessidade de ser amada e de amar. Assim a sociedade como um todo seria beneficiada.

Muitos acham que essa forma de pensar seja utópica e impossível de ser trabalhada. Acreditam que é impossível a globalização das virtudes, a propagação do amor inteligente e

incondicional. Mas existem muitas pessoas que pensam diferente, que entendem esta necessidade e trabalham arduamente para colocá-la em prática. Pe. Haroldo J. Hahm, sj é um dos melhores exemplos, de pessoas que pensam e agem com esta esperança. Por meio de seus trabalhos tem arrebanhado milhares de pessoas a fazerem o mesmo, numa busca constante de viver conscientemente, vigiando o fluxo de qualidade de vida, mantendo a sobriedade e cultivando o tripé da sobriedade ou do equilíbrio: Saúde Psicossocial, Saúde Fisiológica e Saúde Espiritual.

A inteligência emocional é fundamental na manutenção da boa qualidade desse tripé. Esta manutenção exige dedicação, resiliência e constância.

Tripé da sobriedade

Saúde Psicossocial fundamenta-se na busca constante do **Autoconhecimento**.

Viver conscientemente buscando respostas para perguntas como:

- ✓ Quem sou eu?
- ✓ Como me vejo?
- ✓ Como quero ser visto?
- ✓ O que me aprisiona? Crenças limitantes
- ✓ O que me liberta? Crenças motivadoras

O verdadeiro Autoconhecimento está pautado no desenvolvimento das inteligências:

- ✓ Inteligência Intrapessoal – Capacidade de entender e interagir com eficiência consigo mesmo.
- ✓ Inteligência Interpessoal - Capacidade de entender e interagir com eficiência com os outros. Nenhum ser humano é uma ilha.

É muito importante zelarmos pelos nossos relacionamentos. Em todos os momentos de nossas vidas, temos pessoas ao nosso redor e todas são importantes para nossa felicidade. A grande maioria das pessoas foram acostumadas a pensarem apenas em si mesmas ou no máximo, nos familiares diretos.

Nosso sentimento de pertencer a uma raça humana, de compreender que o que acontece com um, de alguma forma, mais cedo ou mais tarde, vai nos afetar, ficou no subconsciente, lá no fundo. Normalmente, não gostamos de pensar sobre isso, e menos ainda, de nos mobilizarmos para mudar.

Observar as pessoas para nos compadecermos delas, usarmos de empatia, colocar a nós mesmos no lugar do outro e com os sentimentos do outro, são o que temos que trabalhar para adquirir e depois treinar todos os dias.

Saúde Fisiológica é pautado nos cuidados com o próprio corpo: higiene, alimentação saudável, atividades físicas, manutenção de cuidados com profissionais da saúde como médicos e dentistas.

Nosso corpo merece todo nosso cuidado e zelo. Infelizmente as pessoas, muitas vezes, querem parecer mais atraentes do que ser realmente saudáveis, como acontece muito com alguns fisiculturistas que ganham massa muscular com o uso de anabolizantes e com modelos que ficam desnutridas para manter o peso que as passarelas exigem.

Cuidar da Saúde fisiológica é também zelar pela harmonia mente e corpo, é respeitar suas características físicas e sua natureza.

Importante entender que a disciplina diária é fundamental para manter bons hábitos, que promovam a manutenção desses dois importantes pilares de uma vida equilibrada ou sóbria.

Mudar hábitos que estão enraizados é um desafio para todas as pessoas.

Para que seja possível mudá-los, temos que: primeiro tomar a decisão, querer realmente mudar nossos hábitos, para isso é só pensar nos resultados que queremos mudar, analisar quais são os hábitos ou comportamentos que estão por trás desses resultados; perceber quais os sentimentos que os alimentam e quais são os pensamentos que alimentam estes sentimentos e quais são as emoções que os geram.

Quando fizer esta análise, determine o resultado que quer e escolha quais os hábitos novos que deverá desenvolver e alimentar, e crie estratégias para que isso aconteça, por exemplo: se quer mudar sua alimentação, faça suas compras de acordo com o novo cardápio que quer seguir; se comer fora, procure os estabelecimentos que sirvam o que escolheu comer.

Saúde Espiritual, talvez, seja a menos valorizada pela sociedade e talvez esse seja o maior erro de todos.

Quando se trabalha a recuperação da dependência química, os profissionais mais respeitados, são unânimes em afirmar que: sem uma espiritualidade saudável, a manutenção da sobriedade é praticamente impossível.

Estudando um pouco de antropologia, desde os tempos mais remotos da história da humanidade, temos registros que o ser humano tem uma “sede”, uma “fome” de algo que ele não sabe explicar o que é.

A investigação humana sobre a transcendência, sobre o que a ciência humana não explica, sobre o divino na vivência das pessoas e na descrição do religioso é muito longa e profunda, pois, em todos os tempos, essa busca consome a humanidade.

Alguns preferem fechar os olhos e vivem ignorando esta necessidade do ser humano, mas, mais cedo ou mais tarde, surgem as dúvidas, os questionamentos como: “De onde vim? Existe o que, após a morte? Por que há tanto sofrimento no mundo? Por que isso é assim ou aquilo é assado? Esses questionamentos podem adoecer e potencializar a falta de esperança e sentido de vida.

O vazio existencial é um dos grandes causadores das doenças emocionais como: depressão, dependências, fobias, e outras mais.

Uma análise muito interessante sobre a necessidade da espiritualidade do homem é da Logoterapia, criada pelo psiquiatra Viktor Frankl. A logoterapia afirma que a realidade, vista como um

todo, inclui a dimensão sobre-humana, aquilo que foge ao entendimento racional, em que reside o sentido último da existência. Viktor entendia a Espiritualidade como a busca do homem por um significado, a manifestação do anseio por um sentido último.

Em resposta à pergunta; ‘qual o sentido da vida humana?’ Albert Eistein disse que a devida resposta a essa pergunta é ser religioso, ou seja, buscar religar o homem a Deus.

O homem sempre teve conhecimento de uma dimensão inacessível à sua natureza física.

As grandes religiões têm sua origem geralmente na experiência de seu fundador, que, ao longo dos anos, é transmitida aos seguidores por meio de um conjunto de regras.

A compreensão da dimensão sobre-humana pode trazer ao indivíduo uma segurança de que existe uma ordem no universo. É dentro dessa ordem ou realidade, que cada indivíduo deve descobrir qual é o seu papel. Se o indivíduo não tiver experimentado essa realidade, ou seja, se não tiver se integrado a ela, ele estará exposto a sofrer esse tal vazio existencial.

Da mesma forma que muitas realidades que a ciência descobriu, mas que sempre existiram, como exemplo: a composição da água de hidrogênio e oxigênio ou a terra girar em torno do sol; o homem só passou a ter uma compreensão após suas descobertas. Mas, não quer dizer que antes das descobertas, estas realidades eram diferentes. Assim também a realidade sobre-humana, que transcende a matéria, existe. Mesmo que haja homens que creiam ou não nela.

Para finalizar, temos 12 dicas para desenvolver inteligência emocional e prevenir doenças emocionais.

1. Conheça-se, busque saber quem é você, do que gosta, que futuro quer construir. Saiba aonde quer chegar. Descubra seu talento e decida-se ser feliz. O protagonista e o diretor de sua história são você mesmo. Tome posse disso.
2. Valorize sua família, entenda a dinâmica que a movimenta e aprenda a se harmonizar com essa realidade. Harmonia é quando há paz, mesmo em um conjunto com muitas diferenças.
3. Tenha sonhos e promova esses sonhos. O ser humano tem uma necessidade, que nasce com ele, que é a de realizar as “inspirações de seu coração”.
4. Cuide de suas amizades. A Amizade sincera é um tesouro imensurável e merece uma atenção muito especial.
5. Alimente seu espírito com pensamentos positivos, pense sempre em coisas boas, em pessoas e situações que deixam você feliz e que deem esperança num futuro promissor.
6. Cuide de seu tempo, invista em você mesmo, em formas de ampliar seu conhecimento e sua capacidade para conseguir realizar seus sonhos.
7. Faça exercícios físicos. Lembre-se, seu corpo é o veículo que levará você por todos os anos de sua vida.
8. Dê o melhor de si em suas atividades, não desperdice tempo tendo que repetir algo por ter sido mal feito.

9. Ame e conviva com a natureza, este contato sempre renovará suas forças, a natureza é um lindo presente para toda a humanidade, desfrute do que puder com gratidão e zelo.
10. Cuide de sua alimentação, ela é o combustível que garantirá a energia e a conservação de toda a estrutura de seu corpo.
11. Cuide para que seus hábitos sejam sempre saudáveis, baseados em valores humanos positivos que defendam a vida e ajudem você a desenvolver inúmeras virtudes que lhe farão desfrutar a vida em plenitude.
12. Cultive sua espiritualidade. Todos os seres humanos têm uma necessidade de transcender, um desejo que, muitas vezes, não conseguem explicar. Esta necessidade de transcender, de ir além é como um sentido, que nasce com a humanidade, de buscar seu Criador. Viva esta “amizade” com seu Criador da melhor forma que puder e tenha a certeza de que, ao buscá-la com sinceridade, se aproximará da felicidade completa e serena.

A FAMÍLIA DO USUÁRIO DE DROGAS E SUA REINserÇÃO SOCIAL - EXPERIÊNCIAS DO PROJETO QUIXOTE

Luciana Cristina Escudero

Falar sobre família e droga é um grande desafio, devido à complexidade do tema. Quando incluímos nessa equação o adolescente, o desafio se potencializa, por conta das questões e particularidades que a própria adolescência traz. Este texto é um convite para pensar na função que a droga ocupa dentro do sistema familiar em nossa sociedade e como, em nosso dia a dia, podemos revisita-la. Apesar de breve, que estas reflexões quixotescas possam ser úteis para você, leitor!

A temática das drogas e sua relação com o homem acompanham a humanidade ao longo dos tempos, passando de um uso ritualístico, com finalidade de transcendência na antiguidade, para o consumo contemporâneo de busca de prazer, alívio instantâneo de desconforto físico, psíquico ou social, estando presente em todos os credos e classes sociais. Em nosso contexto social atual, a droga não está associada apenas ao encanto das festas; há indivíduos que, para conseguirem ampliar a produtividade nos negócios, consomem droga simplesmente para se manterem acordados no trabalho. Outros tantos buscam no efeito da substância uma maneira de lidar com o insuportável processo do viver.

É preciso considerar que o uso de drogas é sistêmico e evidencia uma trama constituída pela conexão de diferentes sistemas envolvidos diretamente no processo do uso de drogas, tais como: a relação do usuário com a droga, com a família; com a lei e com o tráfico - o que revela sua complexidade, tanto em termos de análises, como de estratégias de ação e tratamento.

A família, o adolescente e a droga

A perspectiva sistêmica considera a família um sistema social natural, constituído por indivíduos relacionados, com laços emocionais e uma história compartilhada; os membros são inter-relacionados e interdependentes, isto é, as ações e comportamentos de cada membro influenciam e são simultaneamente influenciados pelos comportamentos dos demais. Através do tempo, a família desenvolve os padrões de interação e repetição que constituem e propagam a estrutura familiar. Esta, por sua vez, governa o funcionamento de seus membros, permitindo certa previsibilidade na forma de agir destes, facilitando, dessa forma, sua interação. (Calil, 1987).

Assim, ao considerarmos o uso de drogas por um ou mais membros da família, a teoria dos sistemas entende o fenômeno da dependência como um sistema da disfunção familiar, sintoma este que se expressa em um conjunto de comportamentos desajustados que desencadeiam o consumo problemático de substâncias.

Observamos que, atualmente, uma das grandes preocupações dos profissionais que lidam com o usuário de drogas está ligada à orientação e do suporte aos familiares, bem como às estratégias terapêuticas voltadas à inserção de seus membros no atendimento, em especial quando falamos de famílias com filhos adolescentes.

Tanto os padrões de comportamento como os fatores de predisposição constitucional, sociocultural e de desenvolvimento são construídos por um sistema de crença familiar específico. Investigar o sistema de crenças de famílias geradoras de problemas relacionados à droga torna-se uma das tarefas principais no trabalho terapêutico.

Desse modo, a preocupação com o uso de drogas na adolescência nos reporta ao meio social e familiar do adolescente, uma vez que a família é o primeiro grupo social da criança, grupo em que ela emergiu e que provê garantias para suas necessidades básicas afetivas de proteção, de cuidado e sustento e, por intermédio do qual se introduzirá na sociedade.

Stanton e Todd (1997) trazem um aspecto importante quanto aos problemas relacionados ao membro da família com uso de drogas e que podemos observar com frequência em nossa experiência com adolescentes no Projeto Quixote:

A família se sente impotente e frequentemente culpa as causas externas (os amigos ou o bairro) pelo problema. Em algumas famílias o problema das drogas do “paciente identificado” é foco de todos os problemas familiares. Assim o usuário recebe

frequentemente superproteção por parte da família e é tratado como uma pessoa inútil e incompetente. Estas famílias encaram a droga como uma força poderosa que o usuário de drogas não pode resistir. (Stanton e Todd, 1997, p 101).

Segundo Olievenstein (1984), psicanalista francês que trabalhou durante anos com usuários de drogas e cuja compreensão eu também compartilho diz que, do ponto de vista familiar, o usuário de drogas não teve nenhuma infância específica. No entanto ocorrem eventos e “passes” específicos na sua infância e isso se verifica não obrigatoriamente com crianças de alto risco social, em famílias de alto risco, mas com crianças aparentemente normais que sofreram uma ou mais rupturas.

Nessa mesma linha, quando falamos do contexto familiar do usuário de droga, encontramos estudos de Bergeret (1983) que mencionam não existir um verdadeiro tipo de “família de drogados”, nem um modelo padronizado de pais de farmacodependentes, tendo verificado, enfim, que pessoas com tais problemas, mesmo gravemente afetadas, poderiam aparecer nos mais diversos tipos de estrutura familiar.

Por outro lado, alguns autores consideram existir similaridades entre essas famílias, a despeito de não existir um perfil típico de famílias de dependentes de drogas. São observados, nesse sentido, vários sintomas dentro da família, tais como: pais ou irmãos com problemas psiquiátricos, problemas com drogas (álcool, uso de

barbitúricos, tranquilizantes), anorexia, problemas escolares e de relacionamento anteriores ao uso de drogas, conflitos parentais, divórcio, violência no lar, etc. (Angel, 1987; Costa, 1989; Stanton *et al*, 1997).

Stanton e Todd (1997) apontam que há, na adolescência, três tempos: o primeiro é o uso do álcool e se manifesta como um fenômeno social; depois vem o uso do cigarro, que é influenciado pelos pares; e em terceiro, o uso de drogas ilegais. Esse terceiro tempo e seu agravamento estão relacionados mais diretamente à qualidade da relação estabelecida entre os pais e o filho do que a outros fatores. Dessa forma, supõe-se que o uso de drogas mais letais à saúde, que geram quadros de dependência, é consequência de uma disfunção familiar.

Também de acordo com Fender (1999), quando a relação pais e filhos é enfocada pelo prisma da questão da dependência de drogas, inúmeros estudos ressaltam a importância que as interações familiares têm na etiologia e no desenvolvimento não só do uso de drogas, mas também de outros problemas comportamentais apresentados por adolescentes.

Famílias que produzem dependentes de substâncias são definidas por Kalina (2001) como “famílias psicotóxicas”, já que a busca de substâncias psicoativas para o enfrentamento dos problemas se apresenta como modelo indutor abusivo, representando, não raro, a dupla mensagem parental, já que o discurso refere à proibição, e o

comportamento não verbal é o do uso de substâncias para alívio do sofrimento (tranquilizantes, álcool, entre outros).

Quanto aos comportamentos e às compulsões observados na família, intergeracionalmente, autores como Kaufman (1989) e Rezende (1997) destacam em seus estudos serem comuns outros membros da família apresentar comportamentos ligados à dependência, tais como: compulsão ao jogo, à comida, ao trabalho, às drogas e outros. O dependente é o portador do sintoma da disfunção familiar e colabora para manter o equilíbrio da família. Observa-se, assim, que o problema da dependência é parte do funcionamento familiar, e contribui para a estabilidade desse sistema.

Com respeito à dinâmica familiar, estudos mostram que, nas famílias com dependentes masculinos, a figura materna mantém um comportamento apegado, superprotetor e permissivo com o filho dependente, e este ocupa uma posição favorecida em relação aos outros filhos. As mães dos usuários geralmente os descrevem como bem educados e afirmam que não deram trabalho. Em compensação, os pais são vistos, em geral, como ausentes, desapegados e fracos, e por sua vez, com uma disciplina rude e incoerente, e as relações estabelecidas são difíceis, com efetivo distanciamento afetivo (Carter e McGoldrick, 1995; Cerveny, 1997; Costa, 1989).

Em ambas as famílias, tanto as dos usuários masculinos como as dos femininos, há, na maioria dos casos, ausência de um dos progenitores, frequentemente o pai, ou então dos dois, seja por separação, morte ou abandono. O início do uso de drogas, segundo

Stanton e Todd (1997), parece estar associado a essa perda ou então à de outra pessoa significativa, geralmente devido a mortes repentinas e traumáticas.

Como podemos observar, é unânime entre os autores citados a importância dada à família, provedora de cuidados e proteção, e que pode tanto produzir saúde, como doença. Assim, quando lidamos com famílias de membros usuários de drogas, é necessário levar em consideração os fatores de risco e proteção observados em cada núcleo familiar.

Nesse sentido, a família pode constituir tanto fator de risco como fator de proteção para o uso ou abuso de substâncias. É comum observar, na prática com famílias, que pais presentes, regras definidas, hierarquia clara, envolvimento afetivo e respeito aparecem como fatores de proteção para o uso de drogas. Por outro lado, pais com histórico de drogas, questões de saúde mental, autoritarismo/exigência/permissividade, podem constituir fatores de risco para os filhos.

Quadro 1 - Fatores de risco e proteção na família para o uso de drogas

Fatores familiares de proteção	Fatores familiares de risco
Pais que acompanham atividades dos filhos	Pais que fazem uso abusivo de drogas
Estabelecimento de regras e condutas claras	Pais que sofrem doenças mentais
Envolvimento afetivo com a vida dos filhos	Pais excessivamente autoritários ou muito exigentes ou permissivos
Respeito aos ritos familiares	Famílias cujas resoluções imediatas são dadas como formas de impedir a reflexão
Estabelecimento claro da hierarquia familiar	

Fonte: Curso de capacitação sobre Redução da Oferta e da Demanda de Drogas (Albertani *et al.*,2004)

Embora existam inúmeras razões para o uso inicial de álcool e de outras drogas pelos adolescentes, o aspecto familiar e o relacionamento com os amigos exercem influência significativa, sendo que a presença de conflitos familiares está associada ao alto consumo de drogas (De Micheli, 2001).

Famílias em que a convivência entre seus membros é ruim são mais suscetíveis ao uso de drogas, principalmente aquelas que

apresentam déficit em áreas que envolvem afetividade e estabelecimento de limites (Rebolledo *et al.*,2004)

Somado ao que foi colocado, Péres-Gomes e Mejía-Motta (1998) apontam para essa questão ao investigarem características e padrões de interação em famílias que não apresentam membros consumidores de substâncias psicoativas. Constatam que a qualidade da relação do adolescente com os pais é o fator protetor mais eficaz contra o consumo de drogas. Fatores como expressão de afeto, coesão familiar, comunicação e diálogo, autonomia dos membros, clareza e coerência nas normas que regem o funcionamento familiar, congruência entre os pais sobre a forma de educar e os filhos são características que tanto os pais como os filhos utilizaram, de maneira repetida, para descrever sua situação familiar.

Com relação ao papel da família na prevenção do uso de drogas, é fundamental obter informações sobre as causas do início do consumo e dos efeitos das diferentes drogas. Os pais devem passar informações aos filhos dentro de um clima familiar adequado sem recorrer desnecessariamente ao argumento catastrófico das consequências do consumo de drogas. É importante que a conversa sobre uso de drogas ocorra de forma clara, sempre adaptada à idade dos filhos. A falta de informação sobre o efeito das diferentes drogas pode ser um dos aspectos que podem impedir a percepção de que o filho está começando a consumir substâncias psicoativas.

Quanto ao envolvimento dos pais na problemática dos filhos,é importante ressaltar que, em geral, os familiares de adolescentes

usuários de drogas participam mais do tratamento e são menos resistentes quando comparados aos familiares de adultos que fazem uso de droga. Isso se dá porque o adolescente, geralmente, vive com os pais, e estes se sentem diretamente responsável pelos filhos (Fishman *et al*, 1997).

Por outro lado, é preciso ressaltar a existência de situações nas quais o adolescente se apresenta solitário em seu pedido de ajuda. A não presença dos responsáveis pode estar relacionada ao fato de a família desconhecer o uso de drogas pelo filho ou evitar acessá-lo demais para não piorar a situação. Isso também pode indicar resistências por parte da família, um modo para impedir que o terapeuta acesse o sistema familiar e questione a sua dinâmica.

Mesmo com todas as dificuldades inerentes ao processo de inserção da família, é fundamental envolvê-la, sempre que possível, no acompanhamento do adolescente, uma vez que ajuda o sistema familiar a se mobilizar para ajudá-lo. O atendimento relacionado à questão da droga implica adentrar na dinâmica da família e compreender a relação do paciente com seus pais e demais membros da família, demonstrando empatia e disponibilidade frente às instabilidades previsíveis desse percurso.

Considerando as questões mencionadas sobre adolescência, família e drogas, um dos grandes desafios que se instaura é a discriminação entre o que é esperado para um adolescente e o que aparece desfigurado pelo uso de alguma substância, seja ela lícita ou

ilícita. Nesse caso a informação sobre as drogas é a nossa grande aliada no atendimento às famílias e a seus filhos usuários.

Nossos Quixotescos

Falar das experiências vivenciadas no atendimento às famílias do Projeto Quixote não é tarefa simples: primeiro, porque lidamos com aspectos subjetivos das famílias, e o subjetivo por si só já traz uma série de questões; segundo, porque encontramos nesse espaço pessoas advindas de uma realidade bastante complexa e que incluem, na sua grande maioria, dificuldades intensificadas pela situação de pobreza, tráfico, saúde mental, violência, entre outros, e tudo isso associado à deficiência de atendimento público.

Desse modo, é comum encontrarmos na rotina do nosso trabalho o desafio que as famílias enfrentam, cada uma a seu modo, na educação de seus filhos, muitas vezes sinalizada pela rebeldia e reação frente aos limites impostos pelos pais, somado às questões atuais da nossa tão violenta sociedade.

O Projeto Quixote atua na missão de transformar a história de crianças, jovens e famílias em complexas situações de risco, por meio do atendimento clínico, pedagógico e social integrados, gerando e disseminando conhecimento. (Projeto Quixote).

Com a missão de atender às necessidades dos “fregueses” e ajudá-los a construir uma outra história, o Projeto Quixote conta com vários programas: Pedagógico, Clínico (Centro de Atenção

Psicossocial Infante Juvenil – CAPS II IJ) e Centro de Referência às Vítimas de Violência - CRVV), Atenção à Família, Formação e Pesquisa, Educação para o Mundo do Trabalho e Refugiados Urbanos.

Voltado ao atendimento de crianças e adolescentes com uso de drogas, o Programa Clínico o CAPS II do Projeto Quixote tem como proposta oferecer atendimento, realizar acompanhamento clínico e promover a reinserção social dos seus usuários por meio do acesso e da garantia dos seus direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, buscando a garantia do cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Quando falamos das drogas e situação de rua, temos ainda o Programa Refugiados Urbanos. Muitas vezes a violência, o abuso e a opressão começam dentro de casa. Este é o maior motivo que leva as crianças às ruas, à violência, em suas mais diferentes formas. O objetivo final do Programa é o **rematriamento**, ou seja, a reinserção dessas crianças e desses jovens em suas comunidades de origem. Por conta de a rua ser a moradia e referência dessa população, nosso trabalho leva em consideração a rede social de pertencimento da criança e/ou do adolescente.

Além da situação de rua, recebemos na sede do Projeto Quixote uma demanda diversificada de crianças, adolescentes e seus familiares, que trazem desafios cotidianos de suas vidas, como a violência física e sexual, o abandono, a falta de referências, saúde mental e o abuso de drogas. Nossos jovens e suas famílias são

encaminhados por diversos serviços de referência da infância e adolescência, tais como: Conselhos Tutelares, Vara da Infância e Juventude, Medida Sócio Educativa (Internação, Semi-Liberdade e Liberdade Assistida), além das escolas, Unidade Básica de Saúde (UBS), Hospitais e da rede em geral.

A equipe é composta por psicólogos, assistentes sociais, médico, psiquiatras, psicopedagoga, terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, redutores de danos, farmacêutico, enfermeiras, auxiliares e oficinairos. Tem como proposta o atendimento individual, terapias em grupo, oficinas de dança, teatro e esporte e outras atividades além de visitas domiciliares e institucionais e atendimento aos familiares.

No CAPS os atendimentos e encaminhamentos são realizados visando à articulação com a rede e serviços de saúde regionais. A equipe participa também do Matriciamento, que tem como objetivo o cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária.

O acompanhamento dos adolescentes usuários de drogas e suas famílias tem como objetivo a prática da redução de danos, estratégia de atendimento preconizada e estabelecida pela política pública contra as drogas da Secretaria da Saúde. Tal prática leva em consideração um trabalho focado na redução do consumo nocivo da substância para o indivíduo e se refere a políticas, programas e práticas que visam primeiramente reduzir a redução das consequências adversas para a saúde, sociais e econômicas do uso de drogas lícitas e ilícitas, sem necessariamente eliminar por completo o seu consumo.

A primeira fase do atendimento do adolescente que nos procura é o Acolhimento, porta de entrada do nosso serviço. Acontece em dias específicos para crianças e adolescentes, paralelamente aos Grupos Multifamiliares. Tem como principal proposta “deixar pousar”, sem pressa, respeitando o seu ritmo, cuja trajetória é única para cada um de nossos atendidos. O Acolhimento é um lugar de pertencimento, a partir do qual é permitido demonstrar necessidades e angústias, mas também potências, trocas e saberes.

O trabalho com as crianças e adolescentes é centrado na arte e cultura, e oferece oficinas lúdicas, dança, música, grafite, informática, trabalho, atividades de preservação do meio ambiente e reaproveitamento de materiais recicláveis, teatro e outros. As oficinas e atividades são espaços de inclusão de diferenças, interesses, necessidades e linguagens, bem como de acolhimento às diversas formas de expressão cultural, no exercício do respeito aos limites próprios e alheios.

Núcleo de Atenção à Família

O Núcleo de Atenção à Família trabalha inspirado numa perspectiva sistêmica integrada a diferentes níveis de ação terapêutica individual e grupal e recebe as famílias que chegam ao Projeto Quixote objetivando o atendimento de seus filhos. Os familiares que buscam o serviço são atendidos individualmente e/ou em Grupos Multifamiliares, que são verbais e ocorrem semanalmente. Tem como

objetivo principal construir um espaço de expressão da subjetividade e do fortalecimento dos vínculos familiares, em especial da relação pais-filhos.

Grupo de Terapia Multifamiliar: Funciona como porta de entrada para o acesso às famílias. É um espaço facilitador para mudanças nos padrões de relacionamento, uma vez que possibilita a seus membros ampliar as percepções sobre si mesmos e sobre os problemas que os afetam. As intervenções têm caráter de reflexão, buscando reforçar os aspectos positivos das relações familiares e pessoais. (Fender e Escudero, 2011).

De modo geral, as famílias que nos procuram buscam ajuda para lidar com seus filhos usuários, e com as consequências da exclusão social e o preconceito proveniente de seu uso. Percebemos que as famílias chegam sem a compreensão dos motivos que levaram seus filhos ao uso da droga e se esse uso, configura um uso indevido ou circunstancial.

É interessante observar que muitas famílias chegam com a ideia de que o filho é um drogado e que a maconha - a grande vilã - , é porta de entrada para outras drogas. A família, na sua concepção equivocada quanto ao conceito e aos efeitos da droga, o filho que faz uso da maconha chegará, obrigatoriamente, à cocaína, ao álcool e por fim, ao devastador uso do crack. Buscando aliviar tal aflição, traçamos um projeto que auxilie a família a desconstruir preconceitos existentes sobre as drogas, por meio da informação e do conhecimento das questões existentes dentro da própria família.

Cabe ressaltar que as falas apresentadas pelos membros da família indicam que a droga não é a protagonista, mas sim um padrão a mais a ser considerado, competindo com vários outros, tais como: abandono, violência física e sexual, dificuldades em estabelecer limites e expressar afeto, problemas de saúde mental e hierarquia, o que pode indicar que o uso de substâncias parece ser utilizado como forma de apaziguar o sofrimento ocasionado por todas essas questões.

O trabalho, baseado na conversação como forma de trilhar novos caminhos, auxilia a família na compreensão do real significado do uso de substâncias. Propicia ainda a busca por uma gama de possibilidades para lidar com seus entraves, enraizados em discursos dominantes e que são apresentados por narrativas diferentes pelos diversos membros da família.

Acolher a narrativa familiar e utilizá-la como processo transformador são fundamentais quando lidamos com famílias cuja dinâmica é a droga. Segundo Grandesso (2011), o ser humano é, antes de qualquer coisa, um narrador. Todas as pessoas têm uma história para contar e se não a têm, deixam de existir como pessoas. São suas histórias que as fazem humanas; mas também são o que as aprisionam e tornam-se extremamente fiéis aos seus relatos trágicos, e é aqui onde entra a terapia. Lentamente, o terapeuta se compromete a escrever conjuntamente uma nova história. E eles constroem uma nova realidade.

Nesse sentido, o atendimento às famílias tem sido de grande importância no tratamento de crianças e adolescentes envolvidos com

a problemática da droga. Partimos de um olhar tridimensional – social, clínico e pedagógico – para compreender e transformar a história da família e a maneira como enfrentam o problema.

No decorrer dos encontros com a família, é possível observar e compreender os padrões de interação existentes nas diversas gerações dos adolescentes, designados fatidicamente como sendo o único problema da família. Tal compreensão nos leva a rever, em parceria com a família, os padrões relacionais que desencadeiam o uso de substâncias e que se repetem gerações a fio, além de nos dar informações sobre o que os jovens querem comunicar com o uso de drogas.

Ao buscar entender os padrões interacionais, observamos que as famílias, cristalizadas em um discurso carregado de problemas, trazem na figura dos filhos os responsáveis pelos problemas apresentados em sua dinâmica. Chegam sem a percepção de que os comportamentos de cada membro são resultados da dinâmica relacional e repetições geracionais de todo o grupo familiar.

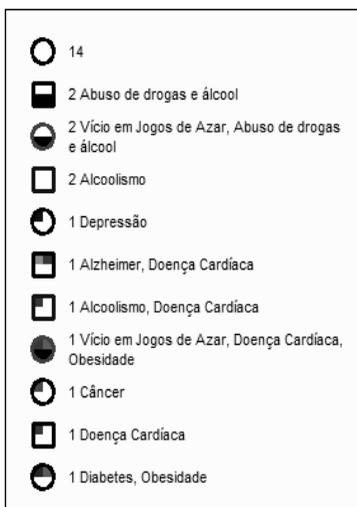
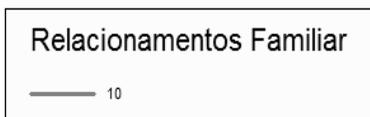
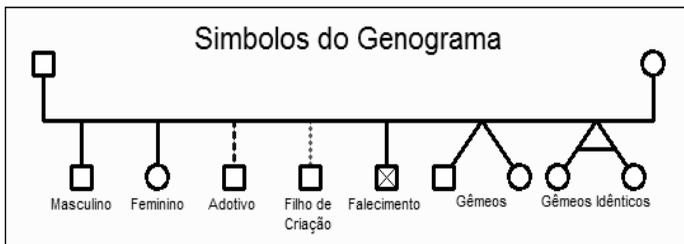
De acordo Carter e McGoldrick (1987), quando o adolescente entra em conflito com um dos pais, os esforços para diminuir a tensão freqüentemente repetem antigos padrões de relacionamento da família de origem dos pais. Os pais que fizeram um esforço consciente para educar seus filhos de modo diferente, evitando os mesmos “erros que seus pais cometeram, muitas vezes têm um brusco despertar”. Quando os filhos atingem a adolescência, eles muitas vezes ficam surpresos ao observar semelhanças de personalidade entre seus filhos e seus pais.

Cabe ressaltar, no entanto, que a repetição dos modelos se faz pelo seu oposto, ou seja, pelo antimodelo daquele proposto pelo sistema familiar. A adoção do antimodelo é tão forte quanto a adoção do próprio modelo, pois, de qualquer forma, continua sendo a referência. Frequentemente, podemos observar que, no decorrer das fases do ciclo vital, aquilo que era antimodelo pode ser deixado de lado e trocado pelos modelos aprendidos originalmente. A forma de repetição do antimodelo é tão rígida e determinante como a do próprio modelo e, não raro, de uma simetria que acaba lembrando o que se queria anular. (Cervený, 2011).

No atendimento às famílias do Projeto Quixote, com a finalidade de analisar padrões de repetição no sistema familiar, fazemos uso do Genograma. O Genograma é um Instrumento de grande importância, amplamente utilizado no campo da saúde e da saúde mental, sua aplicabilidade a famílias com usuários de droga é fundamental, pois revela ser importante como um instrumento auxiliador não apenas para a construção de uma história familiar que, por si só, já é singular, mas também para edificação de um diagnóstico que ajuda a elaborar um plano de ação para a construção do processo terapêutico. (Payá, 2014).

Para ilustrar um caso atendido no CAPS do Projeto Quixote, segue o Genograma de uma família, atendida há três anos em nosso serviço:

A avó, Helenita (*), 41 anos, buscou o serviço para tratar de seu neto, Vitor (*), atualmente com 15 anos, que fazia uso de



(*) Os nomes foram trocados para preservar a identidade dos atendidos.

Com o Genograma, foi possível observar que em todas as gerações há pelo menos um membro com uso de drogas (lícitas ou ilícitas). A violência física, psicológica e sexual, incluindo o abandono, também se fazem presentes nas relações e permeiam todas as gerações, em especial tendo as mulheres como vítimas e, ao mesmo tempo, agressoras. O maior consumo de drogas foi o uso de álcool, sendo consumido repetidamente nas diversas gerações. Esse fato é trazido por Helenita com muito pesar, ao lembrar que, por diversas vezes, por volta dos seus 15 anos de idade, buscava a mãe caída no bar. Helenita também fez uso de álcool, levando-a perder vários empregos por conta desse hábito.

Por essa razão, no atendimento familiar, foi preciso compreender, acima de tudo, a dinâmica existente e os modos de interação familiar, incluindo os silêncios e os “não ditos” que contribuíram para perpetuar o uso de droga e a violência, observados transgeracionalmente.

De modo geral, é preciso também considerar que se, por um lado temos repetições de padrões interacionais que acrescentam e enriquecem a experiência da família; podemos, por outro, ter repetições que impedem o crescimento e acabam conflitando nas demais gerações, como é o caso da família citada. Tal situação se repete nas inúmeras famílias que atendemos no Projeto Quixote, em geral com múltiplos problemas e alto grau de vulnerabilidade social.

Instaura-se um grande desafio para os profissionais de saúde, juntamente com os familiares que vivenciam a violência e o uso de

drogas como forma de se comunicar: o de analisar e acolher a história da família, comumente marcada pela violência e pelo excessivo sofrimento durante a infância e propagado pelas diversas gerações. Assim, o conhecimento desses padrões torna possível a busca por mudanças relacionadas à maneira como seus membros experienciam as diversas situações, de forma a promover preventivamente novos modelos de padrões interacionais, trazendo à luz possibilidades de reescreverem suas histórias.

E para terminar...

Considerando a conexão do uso de drogas, o significado para cada indivíduo e o padrão relacional da família do usuário, vale lembrar o quão importante é incluir a família no tratamento e construir com ela estratégias para que possa se sentir mais competente no cuidado de si mesma, por meio da reinserção no território do qual ela faz parte. A atitude da família em buscar ajuda e acompanhar o adolescente no tratamento passa a ser um fator de proteção, uma oportunidade de crescimento e retomada da responsabilidade no cuidado de seus filhos, incluindo aqueles que não fazem uso da droga.

Acreditamos que envolvendo os familiares no tratamento e construindo com estes um bom vínculo de confiança, conseguimos melhores resultados e permanência dos familiares e seus filhos no Projeto Quixote. Além disso, observamos que, ao longo do tempo, a família se fortalece e passa a ser uma rede de apoio no momento da

inserção social pelo resgate dos laços afetivos e do espaço de cuidado e proteção. Além de tudo isso, o trabalho com famílias desenvolve o aspecto preventivo, o que beneficia todos os outros membros da família e que podem agir como agentes multiplicadores na comunidade.

Não podemos, enfim, deixar de reconhecer e compreender a família nas diversas e complexas dimensões, incluindo as questões de parentalidade e as condições nas quais nascem e crescem seus indivíduos. Pautado neste reconhecimento, o trabalho com famílias torna-se cada vez mais desafiador, um convite à jornada de desafios e dissabores, mas também de conquistas e novas narrativas.

Para concluir, termino com a uma visão poética sobre a família atendida no Projeto Quixote, delineada e oferecida sabiamente por nosso mestre Oswaldo Di Loreto:

*Poderia mandar fazer um carimbo,
manter o refrão e ir substituindo as Anas por Marias
e os Paulos por Josés .
Qualquer que fosse a “queixa-figura”,
o lamento que se entreouvia na “queixa fundo”
era sempre a falta de encantamento,
de algum romantismo, de “sonhanças” comuns,
de atitudes solidárias e de participação ativa na vida familiar,
até mesmo nas duras tarefas de educação dos filhos.
No fundo, no fundo, contavam de uma vida desperdiçada.*

*O que relatavam, basicamente,
era que os filhos não conheciam o pai
e que suas vidas tinham ficado
idênticas às vidas dos personagens do Graciliano: “secas”*

Referências

ANGEL, P. Approche Familiale L'adolescent em Difficylté. Bull Liasion National Del'Unafam, 3, pp. 2-17, 1987.

ALBERTANI, H. M. B; SCIVOLETTO, S.; ZEMEL, M. de L. S. Curso de Capacitação sobre Redução da Oferta e da Demanda de Drogas, 2004.

ANDOLFI, M.& ANGELO, C. Tempo e Mito em psicoterapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BERGERET, J. Toxicomania e personalidade. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

CALIL, V.L.L. Terapia familiar e de casal. 2ª. ed. São Paulo: Summus, 1987.

CERVENY, C. M. de O. A família como modelo: desconstruindo a patologia. São Paulo: Livro Pleno – 2ª ed, 2011.

FENDER, S.A. Tese de mestrado: Grupo de Terapia Multifamiliar no tratamento de adolescentes com uso indevido de drogas. PUC – Campinas, 1999.

FENDER, S.A.& ESCUDERO, L.C Tratamento familiar de adolescente com abuso de drogas: Grupos Multifamiliares numa perspectiva sistêmica *in* Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa. São Paulo: Ed. Fap-Unifesp, 2011.

FISHMAN, H.C. STANTON, M.D. & ROSMAN, B.L. El Tratamiento de familias com abusadores adolescentes. In: STANTON, M.D. *et ali*. Terapia Familiar Del abuso y adiccion a las drogas. 3ª Ed. Barcelona: Gedisa, 1997.

GRANDESSO, M. Viver em família – que tipo de futuro nós terapeutas familiares podemos ajudar a construir? *in*: Macedo, R. M. (org.). Terapia Familiar no Brasil na última década. São Paulo: Roca, 2008.

DE MICHELLI, D.& FORMIGONI, M. Intoxicação por drogas psicoativas: avaliação e diagnóstico do adolescente *in* Adolescência, uso e abuso de drogas: uma visão integrativa. São Paulo: Ed. Fap-Unifesp, 2011.

GRANDESSO, M. Famílias e narrativas: histórias, histórias e mais histórias *in* Cerveny Oliveira, M. (org.). Família e Narrativas. Gênero. Parentalidade. Irmãos. Filhos nos divórcios. Genealogia. História. Estrutura. Violência. Intervenção Sistêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

GRANDESSO, M. Sobre a reconstrução do significado; uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. São Paulo: casa do Psicólogo, 2011.

KAUFMANN, E. F. Family therapy in substance abuse treatment (psychoactive substance use disorders - not alcoholic). In Treatment of Psychiatric Disorders: A Task Force, American Psychiatric Association. Washington: p. 1397-1416, 1989.

KALINA, E. Clínica e terapêutica de adicções. Porto Alegre: Artmed, 2001.

MCGOLDRICK, M. GERSON, R. Genograma em laevaluación familiar. Buenos Aires: Gedis, 1987.

MCGOLDRICK, M., GERSON, R. Genetogramas e o ciclo de vida familiar (M. A. V. Veronese, Trad.). In B. Carter & M. McGoldrick, M. (Eds.), As mudanças no ciclo de vida familiar – Uma estrutura para a terapia familiar. 2ª ed. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1995.

OLIEVENSTEIN, C. La clinique Du toxicomane, 45-61. Bagesdis: Éd. Universitaires, 1987.

OLIEVENSTEIN, C. O. O não dito das emoções. São Paulo: Jorge Zahar Editor, 1984.

PAYÁ, R. Genograma com famílias no contexto da dependência química *in* O livro do genograma. *Org.* Ceneide Maria de Oliveira Cervený. São Paulo: Roca, 2014.

REBOLLEDO, E.; MEDINA, N. & PILLONSC. Factores de Riesgo Asociados al Uso de Drogas em Estudiantes Adolescentes. *Ver.* Latino-Am. Enfermagem, 2004.

REZENDE, M. M. Curto-circuito familiar e drogas: Análise de relações familiares e suas implicações na farmacodependência. 2a ed. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1997.

STANTON, M. D., TOOD, T. y cols. Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas. 3ª Ed. Barcelona: Geisa, 1997.

O CUIDADO NUTRICIONAL EM SITUAÇÕES DE USO ABUSIVO DE DROGAS

Cristiane da Silva Marciano Grasselli

Alguns estudos têm demonstrado uma importante relação entre o consumo de drogas e o seu efeito sobre o estado nutricional, demonstrando que tal prática poderá induzir a múltiplas carências nutricionais chegando, em alguns casos, à desnutrição (1).

As consequências nutricionais decorrentes do uso de substâncias psicoativas variam de acordo com o tipo, a quantidade, a frequência e o tempo de utilização de cada droga. O uso constante dessas substâncias pode comprometer o estado nutricional dos usuários, uma vez que repercute na ingestão de alimentos e água, assim como no metabolismo e no peso. Atualmente, a informação que existe sobre o uso de drogas e nutrição vem, predominantemente, de pesquisas em pacientes que estão iniciando programas de tratamento para dependência química. Em geral, os dados mostram que os principais fatores associados à má nutrição incluem anorexia induzida pelo uso de drogas e alterações nos padrões alimentares associados à dependência de drogas e ao estilo de vida vinculado à pobreza e as doenças infecciosas. Em indivíduos que se encontram em recuperação da dependência de substâncias químicas, observa-se um padrão alimentar de dietas pobres em frutas e vegetais e ricas em gorduras e açúcares. Altos índices de sobrepeso e obesidade também são fatores

observados nessas pessoas. Estudos em humanos e em animais tem sido realizados a fim de se compreender a similaridade entre adicção e consumo de alimentos hiperpalatáveis. Esses alimentos fazem parte de uma nova categoria de alimentos: os ultraprocessados, os quais são alimentos que contêm quantidades elevadas de açúcar, gordura e sódio. Além disso, são industrializados, pobres em micronutrientes, fibras, fitoquímicos e com grande densidade energética. Apesar de conhecidos, os efeitos do uso de substâncias psicoativas sobre o estado nutricional e o consumo alimentar, pouco se sabe a respeito das mudanças que ocorrem no perfil nutricional e nos hábitos alimentares na fase de recuperação de usuários de drogas (Ferreira et al., 2015).

Tem sido observado que o usuário de *crack*, por exemplo, foca-se no consumo da droga de forma que o sono, a alimentação, o afeto, o senso de responsabilidade e a sobrevivência perdem o significado. As drogas, como substâncias nocivas ao organismo, alteram seu funcionamento, principalmente em nível do sistema nervoso central (SNC), representando um malefício na vida dos usuários, por provocarem desestruturação fisiológica, psicológica e nas relações interpessoais (Oliveira *et al.*, 2005).

Alguns estudos realizados com dependentes químicos demonstraram que, além da alteração do apetite e, conseqüentemente, do padrão alimentar, os alimentos consumidos por essas pessoas eram pobres em vitaminas, minerais, lipídios e proteínas, podendo levar à desnutrição ou subnutrição dos dependentes de droga. Além disso, muitas drogas têm sido associadas com alterações nos hábitos

alimentares e estado nutricional do usuário, por afetarem o apetite ou a ingestão dos alimentos e/ou por agirem diretamente sobre o metabolismo de alguns nutrientes específicos, como é o caso do álcool sobre a absorção de vitaminas (A, E) e minerais (Cu, Zn, Se) (Freitas et al., 2014).

Tanto os minerais quanto outros oligoelementos desempenham uma série de funções essenciais no corpo humano, que vão desde a garantia do bom funcionamento do sistema imunológico, diretamente envolvidos nos mecanismos de defesa antioxidante com participação como cofatores enzimáticos de reações metabólicas, como nas vias anabólicas. Atualmente, alguns pesquisadores têm relatado mudança na concentração sérica desses nutrientes no soro de pessoas dependentes de drogas, principalmente em relação ao zinco, cobre e ferro (Hossain et al., 2007).

Em relação às modificações no apetite de usuários de drogas, estas podem afetá-lo por serem imunossupressoras, resultando em modificação dos hábitos alimentares, gerando nos indivíduos adictos maior preferência por alimentos que oferecem baixa qualidade nutricional, resultando em deficiências de vários micronutrientes, repercutindo, assim, sobre a seus mecanismos de defesa, aumentando sua susceptibilidade a agentes infecciosos, podendo contribuir para a piora do seu estado nutricional (Hossain et al., 2007).

O estudo de Etchepare e col. (2011) com adolescentes usuários de crack revelou que, quando não estavam sob efeito das drogas, cerca de 63,6% dos entrevistados relataram que ingeriam

alimentos como arroz, feijão e carne, demonstrando que a dieta desses jovens era pobre em nutrientes essenciais, com baixo consumo de leite e derivados, de frutas e hortaliças e, conseqüentemente de vitaminas, minerais e fibras.

Outro estudo revelou que podem ser muitas as complicações causadas pelo uso do crack, principalmente, quando associado a outras substâncias, devido às alterações metabólicas e nutricionais que esse uso provoca. As principais complicações identificadas foram insuficiência renal aguda secundária, hipertermia, hipoglicemia, acidose láctica, hipocalcemia, hipercalemia e doenças cardiovasculares. Os pesquisadores demonstraram, ainda, que o uso de latas de alumínio ao inalar a droga pode causar intoxicação e danos neurológicos irreversíveis ao usuário. Para reduzir os riscos de complicações metabólicas, os autores sugerem a elaboração de um planejamento nutricional para os internos no tratamento de drogas, para que haja um aperfeiçoamento do tratamento de desintoxicação e de diminuição de risco para possíveis comorbidades nutricionais (Freitas et al., 2014).

Alterações dos padrões alimentares e sobrepeso têm sido observados durante tratamento para dependência química. Pesquisadores observaram o aumento da vontade de comer alimentos ricos em carboidratos, como doces, durante a abstinência, por causa de sua influência na melhora do humor e alívio da irritabilidade. Esses alimentos contribuem para o aumento dos níveis de triptofano cerebral e, conseqüentemente, para a síntese e liberação do neurotransmissor

serotonina, aliviando potencialmente a sua deficiência pela interrupção do uso do álcool na abstinência (Toffolo et al., 2011).

O aumento do consumo alimentar, a fim de aliviar os sintomas de abstinência, pode levar ao ganho de peso corporal. Foi observado durante o período de tratamento um aumento significativo do consumo de alimentos ricos em gorduras e açúcares, tendo como resultado o excesso de ganho de peso entre homens durante a recuperação da dependência alcoólica, o que pode favorecer o desenvolvimento de doenças crônicas. Entretanto, ainda há poucos estudos na literatura avaliando a escolha de alimentos durante o período de abstinência em homens e mulheres e, de como esses alimentos podem favorecer a manutenção da abstinência e levar ao ganho de peso corporal, uma vez que o início da abstinência é marcado por intensa fissura, existe a hipótese de que os pacientes nesta fase, consomem mais alimentos ricos em carboidratos para controlar a fissura, levando ao ganho de peso (Toffolo et al., 2011).

Segundo Toffolo et al. (2011), os alimentos relatados para controlar a fissura eram fontes de carboidratos simples e complexos, tanto doces quanto salgados. Entre os 21 participantes, 19 (90%) relataram consumir doces para controlar a vontade de usar droga. Dentre os alimentos consumidos, os mais relatados entre os usuários foram doces, balas, refrigerantes, frutas e sucos, massas, pães e salgadinhos. Um possível mecanismo para explicar esse comportamento alimentar seria o fato de ocorrerem alterações neuroquímicas em áreas cerebrais envolvidas na recompensa, que

podem ser induzidas pelo consumo de açúcares. A maioria dos alcoolistas e dependentes de outras drogas apresenta preferência por alimentos com alta concentração de carboidratos simples, indicando que o consumo de alimentos doces promove a liberação de endorfinas e dopamina no cérebro, simulando o efeito da droga de abuso. Os resultados de alguns estudos mostraram que alcoolistas têm preferência por alimentos com sacarose e que a busca por doces, no primeiro mês de abstinência, é grande e tende a diminuir ao longo de seis meses sem o consumo alcoólico. Entretanto, essa preferência alimentar por doces seria um dos motivos que contribuem para o ganho de peso na abstinência, o que acompanhado pela presença de compulsão alimentar e uso de alimentos como substitutos das drogas para satisfazer a fissura podem contribuir para mudanças na escolha de alimentos e para o ganho de peso excessivo neste período.

Outros estudos têm revelado que as dietas de usuários de drogas são, em sua maioria, pobres em proteína, com baixos níveis de vitaminas e maior preferência para alimentos doces. Tal fato tem sido observado, o que tem atraído a atenção da comunidade científica, pois acredita-se que existam semelhanças neurais entre as respostas para comer e o uso abusivo de drogas.

Mecanismos neurais envolvidos na ingestão alimentar e droga adicção

Pesquisas em animais têm sugerido que existem substratos neurais comuns, tais como os circuitos da dopamina (DA), tanto para alimentos como para o consumo de drogas. Por exemplo, adaptações no sistema da dopamina podem explicar os efeitos bem descritos da restrição alimentar no aumento da sensibilidade à droga. Dados de imagem recentes de estudos em humanos têm demonstrado um papel importante dos circuitos mantidos pela dopamina no controle da ingestão de alimentos (Trinko et al., 2007).

O sistema de recompensa mesolímbico funciona como um centro de recompensa, onde vários mensageiros químicos, incluindo a serotonina, encefalina, ácido gama-aminobutírico (GABA), dopamina (DA), a acetilcolina (ACH), entre outros, atuam em conjunto para proporcionar uma liberação de dopamina no *nucleus accumbens* (Nac). Este circuito está implicado no prazer desencadeado por recompensas naturais, como os alimentos, e constitui a base neural para os fenômenos relacionados com a adicção. Apesar de várias zonas cerebrais fazerem parte deste circuito, o NAc, a área tegmental ventral (ATV) e os neurônios dopaminérgicos parecem ser as suas zonas-chave. A ingestão de alimentos de elevada palatibilidade, que são aqueles ricos em carboidratos simples e gorduras, está associada à liberação de DA no núcleo estriado dorsal e o nível de DA liberada relaciona-se com o nível de prazer obtido por meio da ingestão alimentar. No entanto, em situações de obesidade parece existir uma menor capacidade de sinalização da dopamina. Portanto, os indivíduos obesos apresentam uma disponibilidade do receptor D2 da dopamina

(D2R DA) inferior à de indivíduos com massa corporal normal, o que os impede de controlar como estes últimos, a ingestão alimentar (Ribeiro & Santos, 2013).

O consumo de um alimento altamente palatável leva à ativação de campos no mesencéfalo, onde os neurônios de dopamina estão localizados. Estas mesmas regiões do cérebro têm também sido identificados como sensíveis às drogas de abuso e esse sistema tem sido considerado crítico no desenvolvimento da dependência de drogas. Além disso, os estudos de imagem têm demonstrado que a disponibilidade de dopamina no receptor D2 é inversamente associada à variável índice de massa corporal, uma vez mais sugerindo um papel potencial para a sinalização de dopamina no desenvolvimento da obesidade. Embora essas observações provocam uma atenção redobrada para a definição de mecanismos comuns potenciais, eles também destacam as complexidades e lacunas em nossa compreensão sobre a ingestão de alimentos e o uso abusivo de drogas. Dados de imagem do sistema nervoso central sugerem que pacientes obesos assemelham-se a viciados em drogas. Uma possível explicação diz respeito ao paciente obeso ou viciado em drogas, como aquele que apresenta o sistema de recompensa "deficiente", devido à diminuição da disponibilidade de receptores D2. Hipoteticamente, o sujeito consome mais alimentos ou drogas para compensar um estado pré-existente reduzido de recompensa, levando a obesidade ou ao vício. Outros estudos também sugerem que o estado obeso, em seres humanos e animais, pode reduzir a recompensa da nicotina, de acordo

com uma deficiência de recompensa. Apesar de que os estudos em pacientes obesos serem relativamente poucos, é evidente que a interpretação deste trabalho depende de uma melhor compreensão dos mecanismos que controlam a ingestão dos alimentos e o consumo de drogas. (Trinko et al, 2007).

Diante da complexa relação entre o uso abusivo de drogas e o seu efeito sobre o comportamento alimentar e o estado nutricional dos usuários dessas substâncias, faz-se necessária a avaliação do estado nutricional de usuários de substâncias psicoativas, como medida coadjuvante no estabelecimento do tratamento desses indivíduos, a fim de minimizar os danos causados pela prática de uso abusivo, bem como evitar o desenvolvimento de comorbidades que pioram o estado de saúde desses.

Estado Nutricional X Uso Abusivo de Drogas

Segundo os dados do estudo de Sæland et al. (2008), a desnutrição entre os usuários de drogas variou de 5% a 30%, independente do seu histórico de uso, nível de educação e renda. A desnutrição classificada de moderada a grave e a presença de baixo peso foi mais prevalente entre as mulheres. Em seus achados, observou que a média do IMC (Índice de Massa Corporal) era mais baixa do que a média da população em geral, 30% dos homens adictos e 39% das mulheres tinham um IMC abaixo de 80% dos valores médios para a população em geral, considerando pessoas da

mesma idade do grupo estudado. Assim, é provável que se presuma que o uso abusivo de drogas implique perda de peso e alteração do estado nutricional.

O consumo de heroína, cocaína e outras drogas são comumente associado à presença de anorexia. Estudos têm mostrado que algumas dessas substâncias ativam vias metabólicas cerebrais que, em última instância conduzem à saciedade e perda da sede. Associada a esta condição, pode-se perceber que consumidores de drogas mudam frequentemente seus hábitos alimentares; eles raramente comem mais do que uma vez por dia, e perdem o interesse em tudo, exceto pelas drogas (F.J. Santolaria-Fenuindez et al., 1995).

Portanto, a avaliação do estado nutricional de usuários de droga é importante para prevenir outras complicações e outro agravamento do estado de saúde desses indivíduos, bem como o desenvolvimento de carências nutricionais. Para o diagnóstico nutricional mais preciso, é importante levar em consideração a avaliação de parâmetros antropométricos, dietéticos, bioquímicos e exame físico.

A avaliação nutricional antropométrica utiliza como principais parâmetros peso, altura, índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura (CC), relação da circunferência da cintura pela estatura (CC/Est) e determinação da composição corporal que poderá utilizar a bioimpedância elétrica e somatório das quatro pregas subcutâneas para estimativa do percentual de gordura corporal.

A determinação do IMC utiliza o peso e altura, com base na fórmula de Quetelet, que se traduz pelo quociente entre o peso em quilogramas (kg) e o quadrado da altura em metros – $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Altura(m)}^2$. A classificação do estado nutricional a partir do IMC é feita utilizando os pontos de corte preconizados pela OMS, em 1997, conforme mostra a Tabela 1, para aqueles indivíduos com idade maior e igual a vinte anos. Para os menores de vinte anos, deve ser realizada a avaliação antropométrica de adolescentes, com a aferição do peso e da estatura e posterior cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC), sendo classificado de acordo com a curva de IMC por idade da Organização Mundial de Saúde (2007) (Tabela 2) (WHO, 2007).

Tabela 1 – Escores de classificação do estado nutricional antropométrico de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) para adultos.

IMC (Kg/m²)	Classificação
<18,5	Baixo peso
18,5 a 24,9	Normal
25 a 29,9	Sobrepeso
30 a 34,9	Obesidade moderada (Grau I)
35 a 39,9	Obesidade grave (Grau II)
> 40	Obesidade mórbida (Grau III)

Fonte: OMS (1995; 1997)

Tabela 2: Escores de classificação do estado nutricional antropométrico de acordo com o IMC (kg/m²) por idade (em anos) para o sexo feminino (F) e masculino (M) – dos 5 aos 19 anos (WHO 2007).

sexo	idade	Percentis					Escore-z						
		0,1	3	10	50	97	-3	-2	-1	0	1	2	3
M	5 anos 1mês	12,0	13,1	13,8	15,3	18,1	12,1	13,0	14,1	15,3	16,6	18,3	20,2
M	6 anos	12,1	13,2	13,8	15,3	18,3	12,1	13,0	14,1	15,3	16,8	18,5	20,7
M	7 anos	12,2	13,3	13,9	15,5	18,8	12,3	13,1	14,2	15,5	17,0	19,0	21,6
M	8 anos	12,3	13,4	14,1	15,7	19,4	12,4	13,3	14,4	15,7	17,4	19,7	22,8
M	9 anos	12,5	13,6	14,3	16,0	20,1	12,6	13,5	14,6	16,0	17,9	20,5	24,3
M	10 anos	12,7	13,9	14,6	16,4	21,0	12,8	13,7	14,9	16,4	18,5	21,4	26,1
M	11 anos	13,0	14,2	14,9	16,9	22,0	13,1	14,1	15,3	16,9	19,2	22,5	28,0
M	12 anos	13,3	14,6	15,4	17,5	23,1	13,4	14,5	15,8	17,5	19,9	23,6	30,0
M	13 anos	13,7	15,1	15,9	18,2	24,2	13,8	14,9	16,4	18,2	20,8	24,8	31,7
M	14 anos	14,2	15,6	16,5	19,0	25,3	14,3	15,5	17,0	19,0	21,8	25,9	33,1
M	15 anos	14,6	16,2	17,1	19,8	26,4	14,7	16,0	17,6	19,8	22,7	27,0	34,1
M	16 anos	15,0	16,7	17,7	20,5	27,3	15,1	16,5	18,2	20,5	23,5	27,9	34,8
M	17 anos	15,3	17,1	18,2	21,1	28,0	15,4	16,9	18,8	21,1	24,3	28,6	35,2
M	18 anos	15,6	17,5	18,6	21,7	28,6	15,7	17,3	19,2	21,7	24,9	29,2	35,4
M	19 anos	15,7	17,8	19,0	22,2	29,1	15,9	17,6	19,6	22,2	25,4	29,7	35,5
F	5 anos 1mês	11,7	12,9	13,5	15,2	18,6	11,8	12,7	13,9	15,2	16,9	18,9	21,3
F	6 anos	11,6	12,8	13,5	15,3	18,9	11,7	12,7	13,9	15,3	17,0	19,2	22,1
F	7 anos	11,7	12,9	13,6	15,4	19,4	11,8	12,7	13,9	15,4	17,3	19,8	23,3
F	8 anos	11,8	13,0	13,7	15,7	20,2	11,9	12,9	14,1	15,7	17,7	20,6	24,8
F	9 anos	12,0	13,3	14,0	16,1	21,1	12,1	13,1	14,4	16,1	18,3	21,5	26,5
F	10 anos	12,3	13,6	14,4	16,6	22,1	12,4	13,5	14,8	16,6	19,0	22,6	28,4
F	11 anos	12,6	14,0	14,9	17,2	23,2	12,7	13,9	15,3	17,2	19,9	23,7	30,2
F	12 anos	13,1	14,6	15,5	18,0	24,4	13,2	14,4	16,0	18,0	20,8	25,0	31,9
F	13 anos	13,5	15,1	16,1	18,8	25,6	13,6	14,9	16,6	18,8	21,8	26,2	33,4
F	14 anos	13,9	15,6	16,7	19,6	26,7	14,0	15,4	17,2	19,6	22,7	27,3	34,7
F	15 anos	14,2	16,1	17,2	20,2	27,6	14,4	15,9	17,8	20,2	23,5	28,2	35,5
F	16 anos	14,5	16,4	17,5	20,7	28,2	14,6	16,2	18,2	20,7	24,1	28,9	36,1
F	17 anos	14,6	16,6	17,8	21,0	28,6	14,7	16,4	18,4	21,0	24,5	29,3	36,3
F	18 anos	14,6	16,7	17,9	21,3	28,9	14,7	16,4	18,6	21,3	24,8	29,5	36,3
F	19 anos	14,6	16,7	18,0	21,4	29,0	14,7	16,5	18,7	21,4	25,0	29,7	36,2

Fonte: World Health Organization. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. *Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents*. Bulletin of the World Health Organization 2007; 85: 660-667.

Além da avaliação antropométrica, a avaliação de risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares pode ser obtida pela circunferência da cintura e pela relação entre a circunferência da cintura pela estatura.

A circunferência da cintura deve ser aferida utilizando uma fita métrica flexível e inelástica, com precisão de 0,1 cm, no plano horizontal, e terá como referência o ponto médio entre a crista ilíaca e a última costela. O participante deverá afastar levemente os braços com os pés juntos e levantar a blusa. A fita será posicionada com firmeza em torno do local do corpo a ser medido, sem esticar excessivamente, evitando-se, assim, a compressão do tecido subcutâneo. A leitura será feita no centímetro mais próximo, onde a fita cruzar o ponto zero, até a altura do diafragma (DUARTE, 2007).

A OMS considera as medidas de circunferência da cintura como indicadores de riscos cardiovasculares (Tabela 3).

Quadro 1 – Pontos de corte utilizados na avaliação do risco cardiovascular em homens e mulheres pela circunferência da cintura.

Sexo	Risco aumentado	Significativamente aumentado
Homens	> 94 cm	> 102 cm
Mulheres	> 80 cm	> 88cm

Fonte: Rosendo et al. (2004).

A classificação de presença de risco cardiovascular pela razão da Circunferência da Cintura (cm) pela Estatura (cm) é dada de acordo com o escore estabelecido por Ashwell e Gibson (2009) que sugerem que indivíduos apresentando a razão da circunferência da cintura pela altura abaixo de 0,5 devem ser classificados como sem risco à saúde e aqueles que apresentarem esta variável com valor igual ou superior a 0,5 devem ser classificados com presença de risco à saúde.

A avaliação nutricional dietética poderá ser feita por meio do questionário de frequência alimentar (QFA) validado para a população brasileira adulta por Ribeiro et al. (2006) e pela utilização do recordatório de 24 horas aplicado em triplicata com avaliação da composição do consumo alimentar em macro e micronutrientes. A avaliação da adequação/inadequação da composição nutricional da dieta deve ser feita com base nas recomendações das DRIs (2002).

Recordatório de 24 horas

O recordatório 24 horas refere-se a qual dia da semana?

- (0) Domingo (1) Segunda-feira (2) Terça-feira (3) Quarta-feira
(4) Quinta-feira (5) Sexta-feira

REFEIÇÃO	LOCAL	ALIMENTO	QUANTIDADE	OBS.
Cafê da Manhã Horário:				
Lanche da Manhã Horário:				
Almoço Horário:				
Lanche da Tarde Horário:				
Jantar Horário:				
Lanche da Noite Horário:				

ANEXO
QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA DE CONSUMO ALIMENTAR (QFA)

Produtos	Porção consumida (mV descrição)	Frequência						R/ N	Qtd. gr/ ml
		1 vez por dia	2 ou mais vezes por dia	5 a 6 vezes por semana	2 a 4 vezes por semana	1 vez por semana	1 a 3 vezes por mês		
LEITE E DERIVADOS									
Leite desnatado ou semi-desnatado									
Leite integral									
Iogurte									
Queijo branco (mineiro/ frescal)									
Queijo amarelo (prato/ mussarela)									
Requeijão									
CARNES E OVOS									
Ovo frito									
Ovo cozido									
Carne de boi									
Carne de porco									
Frango									
Peixe fresco									
Peixe enlatado (sardinha/ atum)									
Embutidos (salsicha, lingüiça, fiambre, salame, presunto, mortadela)									
Carne conservada no sal (bacalhau, carne seca/sol, pernils de feijoadas)									
Visceras (fígado, rim, coração)									
ÓLEOS									
Azeite									
Molho para salada									
Bacon e toucinho									
Manteiga									
Margarina									
Maionesa									
PEIXES E ENLATADOS									
Snacks (batata-frita, sanduíches, pizza, esfiha, salgadinhos, cheetos, amendoim)									
Enlatados (milho, ervilha, palmito, azeitona)									
CEREAIS/ LEGUMINOSAS									
Aroz integral									
Aroz polido									
Pão integral									
Pão francês/ torrada									
Biscoito salgado									
Biscoito doce									
Bolos									
Macarrão									
Fajão									

HORTALIÇAS E FRUTAS

Folha crua: -									
Folha refogada/ cozida: -									
Hortaliça crua: -									
Hortaliça cozida: -									
Tubérculos (cará, mandioca, batata, inhame)									
Frutas: -									

SOBREMESAS E DOCES

Sorvete									
Tortas									
Geléia									
Doces/balas									
Chocolates/achocolatados/ bombom									

BEBIDAS

Café com açúcar									
Café sem açúcar									
Suco natural com açúcar									
Suco natural sem açúcar									
Suco artificial com açúcar									
Suco artificial sem açúcar									
Refrigerante normal									

PRODUTOS DIET E LIGHT

Adoçante									
Margarina									
Requeijão/iogurte									
Refrigerante									

Referências

1. KJ Hossain, Md M Kamal, M Ahsan and SK Nazrul Islam. Serum antioxidant micromineral (Cu, Zn, Fe) status of drug dependent subjects: Influence of illicit drugs and lifestyle. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy** 2007, 2:12.

2. M Sæland, M Haugen, F-L Eriksen, A Smehaug, M Wandel, T Bøhmer and A Oshaug. Living as a drug addict in Oslo, Norway – a study focusing on nutrition and health. **Public Health Nutrition**: 12(5), 630–636. 2008.
3. MCF Toffolo, IS Pereira, K A L Silva, C A Marliere, ASA Nemer. Escolha de alimentos durante a abstinência alcoólica: influência na fissura e no peso corporal. **J Bras Psiquiatr.** 2011;60(4):341-6.
4. LF Freitas, FB Pereira, K Vicenzi. Avaliação nutricional de internos em recuperação de drogas ilícitas de um centro filantrópico de Caxias do Sul – RS. **Braz. J. Surg. Clin. Res.** V.7,n.2,pp.10-13 (Jun - Ago 2014).
5. IB Ferreira, CB Paiva, JCM Narvaez, VL Bosa. Estado nutricional e hábitos alimentares de dependentes químicos em tratamento ambulatorial. **J Bras Psiquiatr.** 2015;64(2):146-53.
6. R Trinko, RM Sears, DJ Guarnieri, RJ DiLeone. Neural mechanisms underlying obesity and drug addiction. **Physiology & Behavior** 91 (2007) 499–505.
7. Oliveira ERN, Marin IC, Ferruzzi L, Tenório MFS, Trindade E. *Avaliação dos hábitos alimentares e dos dados antropométricos de*

dependentes químicos. Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, 9(2), mai./ago. p.91-96, 2005.

8. K Hossain, MM Kamal, M Ahsan and SK Nazrul Islam. Serum antioxidant micromineral (Cu, Zn, Fe) status of drug dependent subjects: Influence of illicit drugs and lifestyle. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy** 2007, 2:12.

9. M Etchepare, ER Dotto, KA Domingues, E Colpo. Perfil de adolescentes usuários de crack e suas consequências metabólicas. *Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, 55 (2): 140-146, abr.-jun. 2011.

10. AC Ribeiro, KEO Sávio, MLCF Rodrigues, THM Costa, BAS Cchmitz. Validação de um questionário de frequência de consumo alimentar para população adulta. **Rev. Nut.**, vol. 19, no.5, Campinas, Sept./Oct. 2006.

11. G Ribeiro & O. Santos. Recompensa alimentar: mecanismos envolvidos e implicações para a obesidade. **Rev. Port. Endocrinol. Diabetes Metab.** 2013;8(2):82–88.

12. FJ Santolaria-Fenuindez, JL Gbmez-Sirvent, CE GonzBlez-Reimers, JCN Batista-Lbpez, JCA Jorge-Hernhdez, FR Moreno, AM Riera, MT Hernhdez-Garcia. Nutritional assessmenot f drug addicts. **Drug and Alcohol Dependence** 38 (1995) 1 I-18.

ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA PREVENÇÃO DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL

Rogério Silva Lima, Erika de Cássia Lopes, Silvana Maria Coelho Leite Fava, Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves

Introdução

O uso excessivo de álcool e de outras drogas se reveste de singular importância para os profissionais de saúde e demais profissionais de outros setores da sociedade, tendo em vista suas implicações que se estendem desde as variadas condições de adoecimento orgânico e psíquico derivadas dos danos ocasionados por esses insumos até seus desdobramentos, na esfera das relações sociais (ACOSTA; FERNÁNDEZ; PILLON, 2011; SPOTH, et al. 2013).

Na área da educação, essa problemática tem merecido especial atenção pelo fato de os jovens e adolescentes, público predominante nas instituições educacionais, possuírem maior vulnerabilidade para o consumo de substâncias psicoativas. Quanto mais precoce for a idade de início do consumo de álcool, maior é o risco para seu consumo excessivo. Nessa ótica, a inserção em sistemas educativos pode representar um fator protetor para o consumo excessivo do álcool (ACOSTA; FERNÁNDEZ; PILLON, 2011).

Fica evidente, portanto, a necessidade de fomentar estratégias, no âmbito das instituições formadoras, para prevenção da dependência (HILLGER; HUBER; KIRCH, 2011). Embora existam avanços por meio de estudos de diferentes naturezas epistêmicas e metodológicas para enfrentamento dessa condição, é preciso que se reconheça que a prevenção desse agravo, por sua característica multidimensional e transdisciplinar, não é um fenômeno de fácil abordagem, nem passível de solução por meio de estratégias que o compreendam a partir de uma única racionalidade. Mesmo porque o problema é determinado por complexos processos situados na esfera individual, perpassando o nível interpessoal, até o nível social (SUSSMAN, et al. 2004).

Nessa perspectiva, entende-se que mesmo as estratégias educativas nas suas mais variadas formas e concepções, tomadas de modo linear, podem não dar conta de solucionar os diversos obstáculos que se interpõem no árduo caminho da prevenção do uso e abuso dessas substâncias (IGLESIAS, 2002).

O que pode fornecer pistas dos motivos do sucesso ou insucesso de tais práticas, e que precisam ser objeto de análise, são as concepções que subjazem às estratégias propostas para a prevenção do consumo de álcool e outras drogas.

Isso equivale a indagar: qual é a concepção de pessoa, alvo da ação, que pode embasar uma estratégia com esse propósito? Qual é a ideia de aprendizagem e ensino que a estratégia operacionaliza? Qual é o papel do educador nesse processo? Com base em qual relação educador – aprendiz a prática educacional se assenta?

Acredita-se que a corrente teórica da Psicologia Histórico-cultural, cujo representante mais proeminente é Lev Semenovich Vigotski (1896-1934)¹, possa apresentar algumas possibilidades de reflexão capazes de agregar elementos às estratégias de enfrentamento desse relevante problema de saúde pública.

As contribuições de Vigotski remetem aos seus esforços de superação da crise da Psicologia e de seus métodos, no final do século XIX e início do século XX, em que predominavam duas correntes opostas na psicologia: o idealismo e o mecanicismo. Ao contrário da proposta de divisão do homem entre corpo e mente, bem como da separação entre psiquismo e sociedade, Vigotski, influenciado pelas premissas de Marx, pressupõe que o estudo do ser humano deve ser pautado pela compreensão de sua totalidade, sua relação social dialética e a interdependência do meio social para sua constituição (ZANELLA, et al., 2007; SOUZA; ANDRADA, 2013; SAWAIA; SILVA, 2015).

A partir de tais questionamentos, nesse capítulo, apontam-se alguns conceitos-chave da teoria de Vigotski e possibilidades de se pensar, com base neles, a elaboração de estratégias educativas na prevenção do consumo de álcool e outras drogas.

¹ Nesse trabalho, optou-se por manter a grafia Vigotski, muito embora o nome seja encontrado de diversos modos na literatura. Para as citações bibliográficas, mantivemos a grafia proposta pelos respectivos autores.

1. A prevenção do consumo de álcool e outras drogas: para o sujeito ou com o sujeito?

O primeiro pressuposto que precisa ser retomado quando se pensa uma estratégia educativa que possua como objetivo de aprendizagem a modificação de hábitos, como por exemplo, a não utilização de álcool ou quaisquer outras drogas, é a natureza do ser humano a quem se direciona o esforço educativo.

Na abordagem histórico-cultural, o homem deve ser compreendido como ser histórico, cujo processo de humanização é dependente das possibilidades históricas e culturais que o circunscrevem. Humanização, na ótica dessa abordagem, representa a transposição da condição de ser unicamente biológico para condição de ser humano com as características que o tornam peculiarmente humano (PINO, 2000).

Esse processo que ocorre singularmente em nossa espécie traduz-se, na perspectiva vigotskiana, na apropriação da cultura, ou seja, na apropriação das produções eminentemente humanas, quer sejam técnicas, artísticas, científicas, tradições, instituições ou práticas sociais (PINO, 2000).

Ora, se cultura diz respeito às tais produções humanas que representam caminhos para sua humanização, na esfera da prevenção do consumo de substâncias psicoativas, não se pode perder de vista que o uso de tais substâncias são produções pertencentes à mesma natureza cultural, o que amplia o desafio para sua prevenção.

Por exemplo, o uso de álcool em nossa sociedade é, em alguma medida, bem tolerado, muito embora a dependência desse insumo seja olhada de maneira diferente e represente um problema de saúde tanto quanto o uso de drogas ilícitas (HILLGER; HUBER; KIRCH, 2011; ACOSTA; FERNÁNDEZ; PILLON, 2011).

Desse modo, é preciso que se compreenda que se o hábito de beber ou consumir drogas e a sua naturalização partem de uma construção cultural, as ações educativas que visam à prevenção nessa esfera não podem ser descoladas do mesmo solo cultural que fornece as condições de possibilidade para sua materialização.

Isso equivale a dizer que tais estratégias devem considerar cada educando como sujeito histórico, produtor e produto das materialidades que favorecem ou que desfavorecem o consumo de drogas lícitas ou ilícitas.

Partindo desse pressuposto, pode-se dizer que, na abordagem histórico cultural, as estratégias buscam, primeiramente, reconhecer os elementos que configuram o entendimento do sujeito a respeito do fenômeno em questão. É preciso dar voz aos atores sociais aos quais se destinará a ação educativa, e isso é imprescindível haja vista que difere de grupo para grupo, de pessoa para pessoa, a partir das características do microespaço onde se situam e da história de desenvolvimento da constituição de cada um como pessoa humana.

O reconhecimento da perspectiva do sujeito implica o estabelecimento de espaços dialógicos que permitam, entre tantas possibilidades, buscar respostas para questionamentos tais como: o

que é consumir ou não drogas lícitas ou ilícitas? Quais os limites culturais que distinguem uso social das drogas lícitas do seu abuso? Que elementos subjazem à opção pelo uso ou não uso dessas substâncias?

Desses apontamentos, pode-se observar um ponto de corte no que representa desenvolver uma ação educativa para os sujeitos do que seria desenvolver uma ação educativa com os sujeitos.

Na primeira hipótese, as ações são verticalizadas e partem do entendimento do ator proponente da ação a respeito do fenômeno. Orientam-se por abordagens cujo foco seria o adestramento do comportamento do sujeito. Nesse caso, o sujeito é tão somente o destinatário de práticas e saberes que visam a condicionar seu comportamento de modo prescritivo.

Ações pautadas nessa racionalidade podem incorrer em insucesso porque, ao pressupor que todos os sujeitos são iguais e passíveis de responder igualmente aos mesmos estímulos, desconsideram aspectos que poderiam ser centrais para reelaboração de significados. A mudança de significados pode conduzir à adoção de comportamentos protetores, não de modo condicionado ou mecânico, mas consciente, pois se apoia no que faz mais sentido ao sujeito e se situa na esfera particular da constituição de cada um.

Nesse sentido, Sussman et al. (2004) apontam que a maioria dos programas de prevenção do consumo de drogas pretendem ser universais, entretanto, as evidências sugerem que os efeitos desses programas podem não ser universais, ou pelo menos obter os

resultados iguais para todos os grupos, compostos por diferentes etnias, gêneros, idades e, até mesmo, tipos de drogas em questão.

A segunda hipótese, mais alinhada aos pressupostos defendidos por Vigotski, leva em conta que as ações educativas não podem abdicar do reconhecimento de aspectos relativos à configuração do psiquismo dos próprios sujeitos, que ocorrem por meio da interação pautada no uso da linguagem.

Por meio da linguagem, é possível acessar possibilidades do pensamento por meio de pistas dos sentidos² (VIGOTSKI, 2001) e talvez assim compreender melhor as ações dos sujeitos no consumo de álcool e outras drogas.

Com esse olhar, pode-se inferir que, ao se acessar por meio do diálogo, o modo como os educandos - pessoas sócio-históricas, singulares e dotadas de subjetividade - compreendem o consumo de álcool e outras drogas, é possível repensar o entendimento da ação preventiva, pois, ao se delinear os processos que sustentam a percepção de mundo desses atores, por meio das informações apreendidas do diálogo, pode-se desenvolver abordagens preventivas mais holísticas (SAUSSMAN, 2004).

Assim, seria importante que as ações preventivas de cunho educacional possibilitassem a socialização de experiências a fimcapaz

² O termo sentido aqui se coaduna com a perspectiva de Pino (2006) e faz menção a três construtos indicadores de análise: orgânico, ligado à sensorialidade e à impressão produzida pela percepção do mundo externo; direcional, indicativo da direção orientadora da ação; finalmente semiótico, que diz respeito à capacidade humana de simbolizar.

de imprimir, na subjetividade, elementos para configuração de novos significados.

Desse modo, tendo em vista o caráter interpessoal e relacional da construção de significados, estratégias preventivas que considerem atividades em grupos pequenos e tutorias para estabelecimento de relações positivas, podem ser instrumentos favoráveis para a consolidação de propostas de prevenção, que tenham como fundamentos os pressupostos da vertente histórico cultural (IGLESIAS, 2002; SUSSMAN, 2004).

2. A aprendizagem para prevenção: internalização para significação

Outro conceito importante na elaboração de estratégias para a prevenção da dependência de substâncias psicoativas é o conceito de internalização, por meio do qual Vigotski intentava explicar a dimensão social do psiquismo (SAWAIA; SILVA, 2015).

Para Vigotski, o desenvolvimento do sujeito obedece a uma lei geral cuja premissa advoga que toda função psicológica, antes de se converter em função própria do sujeito, da esfera intrapsíquica, obrigatoriamente foi uma função da esfera intersíquica, ou seja, um acontecimento social (VIGOTSKI, 2001, 2007; PINO, 2000).

Esse processo é imprescindível para que as funções psicológicas elementares, inerentes a todo homem por se constituírem uma característica rudimentar da própria espécie, desenvolvam-se em

funções psicológicas superiores (FPS), funções socioculturais, que são as bases para novas formas de comportamento (ZANELLA, 2007; VIGOTSKI, 2007).

O mecanismo que possibilita a conversão das relações, de escopo intersíquico, em funções do indivíduo e em forma de sua estrutura, ou seja, do âmbito intrapsíquico, denomina-se significação (PINO, 2000). Nessa configuração, antes que o elemento ou dado do exterior se convertam em função do sujeito, ele é necessária e primariamente objeto de significação para o outro.

É a partir desse outro, social e cultural, que os elementos do meio externo tornam-se objeto de significação pelo sujeito, produtor de significados que são internalizados. Significados esses que dependem das relações do sujeito com o mundo, mediadas por um outro social, e representam as zonas mais estáveis da significação. Por meio dos significados coletivamente produzidos, por complexas relações atravessadas pelas experiências e trajetórias, o sujeito é capaz de organizar o funcionamento de seu psiquismo e dirigir suas ações (PINO, 2000; VIGOTSKI, 2001; ZANELLA, et al. 2007).

Esse *background* teórico é de grande importância quando se concebe qualquer ação educativa em que se pretenda indicar a adoção de comportamentos protetores em relação ao uso de substâncias psicoativas.

Primeiramente porque, ao situar a significação como um processo histórico e cultural, não linear, é possível compreender que as ações educativas referentes à prevenção do uso de álcool e outras drogas

talvez não alcancem os efeitos almejados quando planejadas e executadas transversalmente.

Isso porque o processo de elaboração de significados, pela complexidade que lhe é inerente, não ocorre no psiquismo do sujeito como simples reprodução do *real* e reflexo da realidade, nem se reduz à materialidade. É antes, as impressões da realidade na leitura do sujeito, apropriada a partir de elementos da constituição de sua própria personalidade, também singular (PINO, 2000; SAWAIA; SILVA, 2015).

Assim, a significação do uso ou não uso de drogas, mesmo que seja disparada pela estratégia educativa, tomará vias diferentes que dependem do protagonismo de cada sujeito, a seu tempo, no seu compasso e de acordo com suas escolhas. Ademais, a constituição do psiquismo humano, sua capacidade imaginativa e suas emoções permitem que os homens, mesmo que vivam em uma mesma condição social, sejam afetados de diferentes maneiras pelo mesmo elemento disparador (SAWAIA; SILVA, 2015).

Em segundo lugar, não são os significados explícitos na estratégia educativa que serão internalizados tal como são apresentados, mas, sim, a relação de construção simbólica estabelecida entre o sujeito e o outro social que se lhe indica. Dito de outra forma, o conhecimento não pode ser adquirido, mas demonstrado, apontado, acentuado pelo educador até que, ao ser apropriado singularmente pelo aprendiz, se converta em função própria, marcada pela tomada de consciência e pelo domínio de conduta (FRIEDRICH, 2012).

Desse entendimento, pode-se apreender que os resultados da ação educativa talvez não possam ser enquadrados em recortes transversais e pontuais, porque recairiam numa concepção de educar que remete ao adestramento do comportamento, pautada na premissa da causa-efeito, na qual o resultado deve vir após o uso do instrumento unicamente para um fim último, muito diferente da concepção de Vigotski.

As estratégias educativas que possibilitem a elaboração de novos significados talvez devam assumir o delineamento longitudinal. Longitudinal significando aqui uma compreensão do esforço educativo como processo, contínuo e duradouro, de estabelecimento de relações qualificadas, que permitam ao sujeito, a cada nova etapa, apresentar suas construções e elaborar outras.

Estratégias, assim delineadas, assentam-se numa noção dinâmica e histórica do psiquismo, não como algo dado e acabado, pronto a receber e decodificar as informações que lhe são postas, mas como fruto dos desdobramentos de seu devir histórico que o instituíram (ZANELLA, 2007).

A prevenção, portanto, também não pode ser pontual e orientada a solucionar uma crise apenas temporal, mas deve perdurar (IGLESIAS, 2002). Ou seja, as intervenções educativas talvez sejam mais eficazes se persistirem ao longo do tempo, pautadas numa relação de confiança entre educador e aprendiz. Nesse processo, o educador pode representar um ponto de apoio para que os aprendizes partilhem aspectos de sua vida.

Isso porque, sem a participação ativa do aprendiz nesse processo, as aprendizagens podem incorrer em fracasso (FRIEDRICH, 2012). Dessa perspectiva, a estratégia educativa pode se configurar como instrumento e resultado dialeticamente construídos, no entendimento proposto por Newman e Holzman (2002).

O instrumento, isto é, a estratégia educativa, é moldada na medida em que é operacionalizada, no encontro entre sujeitos, não *a priori*, fundada nos interesses no próprio educador, e o resultado que daí deriva é, ao mesmo tempo, a estratégia educativa coletivamente construída e os significados, que a partir dessa construção, podem ser elaborados.

Obviamente, não se pretende assumir uma visão simplista. Estratégias educativas desse escopo podem ser mais dispendiosas, não possuírem adesão por parte do grupo alvo por demandarem maior tempo, entre outros entraves (IGLESIAS, 2002). O que aqui se apresenta, na verdade, são possibilidades de se repensar as relações que naturalmente ocorrem no ambiente escolar, como meio profícuo para a reelaboração de significados, bem como situá-lo como espaço privilegiado de enfrentamento do problema da adição em drogas (SIGAMPA; FERRIANI; NAKANO, 2005).

3. O educador e a mediação qualificada

Do cenário delineado, fica evidente que o âmbito educacional pode contribuir com a prevenção primária do uso de substâncias

psicoativas, quer por fomentar os fatores de proteção e diminuir o risco para o consumo de drogas, quer por possibilitar aos indivíduos o desenvolvimento de comportamento responsável. (IGLESIAS, 2002). Fica claro também o papel da constituição do psiquismo nesse processo e como sua configuração é dependente do meio sociocultural em que se circunscribe e do outro, também social, que mobiliza as relações simbólicas.

Isso posto, pode-se perceber como é fundamental o papel do educador na apropriação, pelo educando, dos signos que se pretende que sejam internalizados e que passem a guiar suas ações.

Tais signos são mediadores entre o ser humano e seu próprio psiquismo. O sujeito não responde diretamente aos objetos – como às drogas, por exemplo – mas aos significados que atribui a eles e ao que eles representam para si próprio. O elemento mediador entre o homem e o mundo é, portanto, a significação.

Ocorre que antes de ser significação para si, é significação para o outro – outros sujeitos. Ninguém nasce sabendo para que servem os objetos de nossa cultura, o nome que as coisas têm ou como as coisas funcionam (GONÇALVES, ANDRADE, 2016). Precisamos de um outro para nos apropriarmos de tais significados, para aprendermos, pois tal significação não é acessível diretamente, tem sempre um outro como portador (PINO, 2004).

Novamente o papel do educador aqui assume grande importância, pois ele é o outro na situação educativa. Nesse sentido, ele vai ‘indicar’ significados. E ‘indicar’ não supõe que o educando vai

absorver tais significados, mas que terá atividade de procura, segundo as indicações e orientações daquele que ensina, considerando que o conhecimento é produção social é porque é obra de muitos ‘outros’, os quais se constituem em guias na atividade de conhecer” (PINO, 2004, p. 458).

Para Vigotski (2001, 2007), é nesse meio que se institui a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), que representa a distância entre aquilo que se faz sozinho, daquilo que se faz com o outro. Grande e importante espaço de aprendizado, que supõe a presença do outro nesse processo. Mesmo o que se faz só, na verdade já passou anteriormente por um movimento de construção na relação com o outro. Este conceito – ZDP – destaca que a interação é fundamental para o processo de apropriação de significados.

Dessa forma, resgata-se a importância das relações no processo de aprendizado e se vislumbra que cada sujeito relaciona-se com os outros e com o próprio objeto de conhecimento, a partir das indicações de significados vivenciadas. E isso aponta para as diferentes experiências que os educandos trazem. Muitos dos significados foram construídos em diferentes contextos nos quais os educandos estiveram - ou estão - inseridos. Ainda assim os significados podem ser ressignificados. Da mesma forma que foram construídos nas interações, é também nelas que podem ser transformados, revertidos, ressignificados ou até mesmo consolidados. Daí o espaço de atuação do educador nesse processo.

Considerando que o sujeito participa ativamente do seu processo de aprendizado por meio da apropriação de significados, fica claro o movimento dialético entre a atividade dos sujeitos, fruto da cultura e sociedade em que estão inseridos, e a própria transformação destas por aqueles sujeitos (DUARTE, 2013).

Surge, então, o movimento de pessoas que vivenciaram o uso excessivo de álcool e/ou outras drogas, que se voltam para a proposta de trazer suas experiências, de indicar novos significados para outros, no sentido da prevenção.

O educador que tem como meta preparar estratégias educativas para prevenção do uso de álcool e outras drogas tem uma posição privilegiada ao se reconhecer como o outro, que tem importante papel na construção de espaços para trocas e apropriações de significados sociais e culturais. Contribuirá, assim, para a presença de signos que, de fato, guiem as ações dos educandos na direção de escolhas que o afastem do consumo de substâncias psicoativas.

Conclusão

As estratégias educativas são ferramentas úteis para o enfrentamento do problema da adição em álcool e outras drogas. Alguns conceitos-chave da vertente histórico-cultural podem contribuir para o delineamento de propostas educacionais com esta finalidade.

As estratégias educacionais que se assentam na perspectiva histórico-cultural são desenvolvidas com o sujeito e não para ele. Reconhecem, portanto, os elementos da trajetória de cada pessoa envolvida e partem do entendimento do sujeito a respeito do fenômeno. Entendimento este que sustenta sua percepção de mundo e pode orientar suas ações e atitudes em relação às substâncias psicoativas.

Os conceitos e significados propostos pelas ações educativas, para que sejam internalizados e se convertam em funções do próprio sujeito, dependem da ação do outro social – o educador – e sua ação mediadora qualificada.

Para favorecer a possibilidade de novas escolhas do sujeito, o educador deve levar em conta que a internalização e produção de significados é um processo, não linear e intemporal, que depende das interações estabelecidas entre o aprendiz, o educador e os signos que se pretende que sejam internalizados.

Desse modo, destaca-se o papel do educador – como outro social - em indicar os significados e estabelecer uma relação de confiança para que possa representar um ponto de apoio aos aprendizes a partir do qual sejam capazes de elaborar novos significados que possibilitem a adoção de comportamentos protetores.

Referências

ACOSTA, L. D.; FERNANDEZ, A. R.; PILLON, S. C. Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. spe, p. 771-781, Jun 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000700015&lng=en&nrm=iso>. acesso em 10 Nov. 2016.

DUARTE N. Vigotski e a pedagogia histórico-crítica: a questão do desenvolvimento psíquico. **Nuances: estudos sobre Educação** 2013; 24(1): 19-29.

FRIEDRICH, J. **Lev Vigotski: mediação, aprendizagem e desenvolvimento – uma leitura filosófica e epistemológica**. Campinas, Mercado de Letras, 2012

GONÇALVES, M. F. C.; ANDRADE, L. S. Ensinar e aprender saúde: processos de aprendizagem e o uso da tecnologia. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, v. 7, p. 1-10, 2016.

HILLGER, C.; HUBER, M.; KIRCH, W.J. Health promotion and drug abuse prevention. **J Public Health**, v. 19, n. 1 (Supl) p. 1-2, 2011.

Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s10389-011-0424-4>> .acesso em 10 Nov. 2016.

IGLESIAS, E.B.; **Bases Científicas de la prevención de las drogodependencias**. 1 ed. Madri: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2002.

NEWMAN, F.; HOLZMAN, L. **Lev Vygotsky - Cientista Revolucionário**. São Paulo: Loyola, 2002.

PINO, A. O social e o cultural na obra de Vigotski. **Educ. Soc.**, Campinas , v. 21, n. 71, p. 45-78, Jul 2000 .Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302000000200003&lng=en&nrm=iso>. acesso em 11 Nov. 2016.

PINO, A. Ensinar-aprender em situação escolar: perspectiva histórico-cultural. **Contrapontos** 2004; 4(3): 439-59.

PINO, A. A produção imaginária e a formação do sentido estético: reflexões úteis para uma educação humana. **Pro-Posições**, v. 17, n. 2, p. 47-69, Ago 2006. Disponível em: < <http://www.proposicoes.fe.unicamp.br/proposicoes/edicoes/texto59.html>> acesso em 10 Nov. 2016.

SAWAIA, B. B.; SILVA, D. N. H. Pelo reencantamento da Psicologia: em busca da positividade epistemológica da imaginação e da emoção no desenvolvimento humano. **Cad. CEDES**, Campinas , v. 35, n. spe, p. 343-360, Dez. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32622015000400343&lng=en&nrm=iso>. acesso em 17 Nov. 2016.

SIGAMPA, J. B.; FERRIANI, M. G. C.; NAKANO, A. M. S. Factores protectores frente al consumo de alcohol: concepción de maestros de nivel inicial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 13, n. spe, p. 771-777, Out. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000700002&lng=en&nrm=iso>. acesso em 17 Nov. 2016.

SOUZA, V. L. T.; ANDRADA, P. C. Contribuições de Vigotski para a compreensão do psiquismo. **Estud. psicol.**, Campinas , v. 30, n. 3, p. 355-365, Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000300005&lng=en&nrm=iso>. acesso em 11 Nov. 2016.

SPOTH, R. et al. Longitudinal Effects of Universal Preventive Intervention on Prescription Drug Misuse: Three Randomized Controlled Trials With Late Adolescents and Young Adults. **Am. J. Public Health**, v. 103 n. 4, :p. 665-672, Abril, 2013. Disponível em:

<http://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2012.301209?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub%3Dpubmed&> . acesso em 16 Nov. 2016

SUSSMAN, S. et al. A transdisciplinary focus on drug abuse prevention: an introduction. **Substance use & Misuse**, v. 39, n.10-12, p. 1441-1456, 2004. Disponível em:< <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1081/JA-200033194?journalCode=isum20>> acesso em 11. Nov. 2016.

VIGOTSKI, L.S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ZANELLA, A. V. et al. Questões de método em textos de Vygotski: contribuições à pesquisa em psicologia. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 25-33, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822007000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2016.

O CONSUMO DE DROGAS NA GESTAÇÃO

Bianca Bacelar de Assis, Isabela Bacelar de Assis,

Patrícia Scotini Freitas

O crescente consumo de drogas na sociedade tem se tornado um grave problema de saúde pública. É uma prática comum entre milhares de pessoas em todo o mundo, responsável por diversas consequências imediatas e tardias. Esse quadro se torna ainda mais sério quando se trata de gestantes, devido ao risco de malformações fetais e riscos à saúde materna (MOORE; PERSAUD, 2008; YAMAGUCHI et al., 2008).

Dados epidemiológicos referentes à ocorrência desse fenômeno são um desafio e, muitas vezes, subnotificados. Para Leodoiro et al. (2013), essa objeção pode estar relacionada a diversos fatores, tais como as consequências sociais e de saúde para o binômio mãe-filho, o sentimento de culpa, as falhas no método de investigação, a baixa adesão ao pré-natal e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Embora não se tenha uma prevalência exata do consumo de drogas por gestantes nos Estados Unidos, a pesquisa nacional sobre uso de drogas e saúde realizada pelo Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas divulgou em 2013 que 4,4% de mulheres grávidas, com idade entre 15 e 44 anos, utilizaram drogas durante a gestação (UNITED STATES, 2014).

Na Europa, um estudo que analisou substâncias ilícitas no mecônio identificou que 7,9% das gestantes haviam consumido drogas nesse período (PICHINI et al., 2005).

No Brasil, uma pesquisa transversal realizada em 2010 pela Universidade Federal do Maranhão, em parceria com a Universidade de São Paulo, em dois municípios brasileiros, São Luís e Ribeirão Preto, evidenciou que o consumo de substâncias lícitas na gestação foi de 22,32% de bebidas alcóolicas - cerveja e/ou vinho e/ou bebidas destiladas, e 4,22% fizeram uso de cigarro. Em relação ao uso de drogas ilícitas - canabinoides e derivados e/ou cocaína e derivados, 1,45% das gestantes afirmaram o consumo dessas substâncias. Aquelas que utilizaram drogas ilícitas nos três meses iniciais da gestação relataram o consumo de cocaína (0,14%), maconha (0,14%), merla (0,07%), *crack* (0,07%) e outras drogas (0,42%). A partir do quarto mês de gestação, apenas quatro mulheres relataram o uso de drogas ilícitas (ROCHA et al., 2016).

Alguns fatores são apontados como de risco para o consumo de substâncias psicoativas durante a gestação. Segundo Marangoni e Oliveira (2013), esse fato está relacionado às características individuais das gestantes e a aspectos psicossocioculturais da sua vida familiar e da comunidade, como determinantes familiares, escolares e grupais. Ressaltam-se fatores individuais como a idade precoce aliada à baixa escolaridade e/ou à evasão escolar e dificuldade de se inserir no mercado de trabalho. O estudo de Rocha et al. (2016) evidencia

que a monoparentalidade e o alto nível de estresse também são considerados fatores de risco.

No que se refere à identificação da exposição neonatal às drogas, Leodoiro et al. (2013) citam dois métodos que são utilizados, o autorrelato ou espécimes biológicos, embora, para obter maior fidedignidade seja recomendada a análise da amostra biológica em associação com a entrevista estruturada.

O autorrelato é um método barato e fácil para a identificação de exposição à droga durante a gestação e é o único que possibilita informações referentes ao momento do uso de drogas e a quantidade utilizada. No entanto, nesse tipo de investigação, pode-se obter uma informação falsa devido ao desconforto e medo das consequências frente a uma resposta positiva (GRAY; HUESTIS, 2007).

Existem três espécimes biológicas que são comumente utilizadas para identificar a exposição à droga durante a gestação e no período perinatal: o mecônio, a análise do fio de cabelo materno e a urina (BEHNKE; SMITH, 2013; LOZANO et al., 2007). O exame de urina materna identifica apenas uso recente de drogas, mas é um bom meio para a detecção de exposição à nicotina, opiáceos, cocaína e anfetaminas (CHIU; ISAAC; KUO, 2008; LOZANO et al., 2007).

O mecônio tem sido classificado como padrão ouro para identificar a exposição às drogas no período pré-natal. Caracteriza-se por ser fácil de coletar e não ser invasivo. Há hipóteses de que as drogas se acumulam no mecônio durante a gravidez, e, portanto, pode demonstrar a exposição durante o segundo e o terceiro trimestre. O

mecônio geralmente é utilizado para detectar a exposição à maconha, opiáceos, cocaína e anfetaminas (LESTER et al., 2001).

O cabelo é fácil de coletar, e as substâncias psicoativas se prendem dentro dos fios de cabelo e, assim, podem refletir a exposição de drogas ao longo de um período de tempo, uma vez que o cabelo cresce em média 1 cm/ mês. Infelizmente, esse método pode-se apresentar controverso para determinar prazos e quantidade da droga. Além disso, alguns fatores como a contaminação do ambiente, cor natural do cabelo e texturas, tratamento cosmético dos cabelos e o volume da amostra disponível afetam a interpretação dos resultados. Bem como a urina, o fio de cabelo é útil para a detecção de nicotina, opiáceos, cocaína e anfetamina (BAILEY, 1989; BEHNKE; SMITH, 2013; HENDERSON et al., 1998).

Outras análises biológicas podem ser realizadas por meio do sangue e fluido oral, referentes ao organismo materno, e também da unidade materno-fetal (placenta e cordão umbilical). Segundo Bordin (2015) e Plotka et al. (2014), nas amostras de sangue e fluido oral, a concentração de substância permanece por tempo reduzido e, devido isso, as detecções por meio da análise do cabelo materno e do mecônio fetal são as mais utilizadas.

De maneira generalizada, a exposição gestacional às drogas lícitas e ilícitas está associada a poucas consultas de pré-natal, baixo peso neonatal e prematuridade (SANTOS et al., 2016).

As complicações obstétricas mais comuns observadas em gestantes tabagistas já foram citadas na literatura, como Aleixo Neto (1990) e Rezende (1982), que destacam abortamento, trabalho de parto prematuro, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, amniorrexe prematura e gravidez tubária. De acordo com Andersen et al. (1982) e Hopkinson et al. (1992), na manutenção do vício, o hábito materno de fumar exerce efeito direto sobre a lactação, sendo que os níveis séricos de prolactina são menores nas fumantes, as quais desmamam seus filhos mais precocemente pela atuação da nicotina.

Estudo já demonstrou aspectos psicológicos da maioria das gestantes relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas, visto que o hábito de consumir essas bebidas caracteriza facilidade de abrandar estresses e desentendimentos familiares (OLIVEIRA; SIMÕES, 2007). Além dos efeitos biológicos na mãe e no feto, o consumo de bebidas alcoólicas na gestação influencia de forma direta no exercício da maternidade, visto que interfere de forma negativa na relação entre mãe e filho e acentua dificuldades socioeconômicas, psicológicas e de saúde já vivenciadas pela mulher. Os fatores determinantes dessas consequências estão relacionados à frequência do consumo, à quantidade utilizada, bem como ao contexto social, econômico e de saúde no qual a gestante está inserida (REZENDE, 1982; SILVA; TOCCI, 2002).

É antiga a preocupação em relação ao consumo de álcool e outros elementos psicoativos no período gestacional. Para Rezende

(1982), a exposição ao álcool durante esta fase aumenta o risco de mortalidade e incidência de agravos à saúde da mulher, como doença coronariana, hipertensão arterial, neoplasia de mama, distúrbios neurológicos, depressão, intoxicação materna, acidose láctica e desordens afetivas. Portela et al. (2013) acrescentam que o uso de álcool pela gestante parece se relacionar também com a menor frequência aos serviços de pré-natal, desconhecimento acerca da vulnerabilidade das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) nesse grupo e do efeito das drogas na gestação.

Em relação ao consumo das drogas ilícitas durante a gravidez, segundo Heil et al. (2011), parece haver associação dessa prática com a ocorrência de DST e gestações indesejáveis. De acordo com Rezende (1982), geralmente essas substâncias atuam sobre o sistema cardiovascular materno, causando vasoconstrição e hiperestimulação adrenérgica, aumento da frequência cardíaca e pressão arterial com a consequente diminuição do fluxo sanguíneo para o útero e risco de abortamento, além de depressão, convulsões e complicações psiquiátricas.

O consumo de cocaína, especificamente, eleva o risco de complicações maternas como descolamento prematuro da placenta, ruptura das membranas ovulares, alterações na parede do trato geniturinário e abdominais, isquemia cerebral, infarto e morte (BOTELHO; ROCHA; MELO, 2013).

Um estudo de metanálise realizado em 2016 demonstrou que as mulheres expostas à *Cannabis* durante a gravidez tiveram um

aumento na probabilidade de anemia em comparação com outras que não consumiram a mesma substância na gestação (GUNN et al., 2016).

O uso de drogas no período gestacional acomete também o feto de várias maneiras, e as consequências podem perdurar por toda a vida do indivíduo. Conforme Alexandrino et al. (2016), o consumo de drogas pode causar teratogênias importantes como alterações deletérias no Sistema Nervoso Central (SNC), bem como malformações estruturais relevantes.

No que diz respeito às drogas lícitas, o etanol atravessa facilmente a barreira placentária com uma alta concentração e pode ser observado no líquido amniótico, assim como no sangue materno e fetal (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO, 2010). O consumo de álcool causa hipóxia fetal crônica devido à vasoconstrição dos vasos placentários e umbilicais, disfunções hormonais e enzimáticas, aumento da utilização de glicose, fosfolípidios e triglicérides (BURD et al., 2007). As consequências dessas alterações são abortamento, alterações funcionais, faciais, anomalias do SNC, crescimento restrito, baixo peso ao nascer, prematuridade, falhas cardíacas e oculares, malformações das orelhas, hipoplasias das unhas, hemangiomas, movimentos articulares limitados, síndrome alcoólica fetal e óbito fetal (SILVA; TOCCI, 2002).

Em relação ao tabaco, as principais substâncias que o compõem e mais nocivas são a nicotina e o Monóxido de Carbono (CO). Ambas apresentam efeitos prejudiciais graves no feto. A

nicotina ocasiona a vasoconstrição dos vasos uterinos, o que reduz a perfusão do espaço intervilo e, conseqüentemente, resulta em hipóxia fetal (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004). Essa substância está relacionada também com complicações cardiopulmonares e deficiências neurológicas como cognição (CUTLER et al., 1996). Estes déficits demonstram a neurotoxicidade da nicotina que interage com os receptores nicotínicos colinérgicos em fase precoce e inadequada durante a gestação, o que prejudica a neurogênese e a sinaptogênese (SLOTKIN, 1998).

O CO tem maior facilidade de se ligar à hemoglobina do que o oxigênio, e o produto dessa associação é a Carboxihemoglobina (COHb). A hemoglobina fetal se liga ao CO com maior facilidade comparada à hemoglobina materna, o que resulta em níveis de COHb mais elevados na circulação fetal (LONGO, 1977). Como consequência desse processo, ocorre hipóxia, que é relatada como uma das responsáveis pelo baixo peso ao nascer e pelo déficit no desenvolvimento fetal (DEMPSEY; BENOWITZ, 2001). No sistema cardiovascular, causa aumento da frequência cardíaca e hipertrofia miocárdica (CLUBB et al., 1986).

No tangente às drogas ilícitas, a maconha é de uso comum entre as gestantes, assim como a cocaína. Para Richardson, Day e Mcgauhey (1993), os efeitos da *Cannabis* são decorrentes do princípio ativo delta-9-tetra-hydrocannabinol, que é altamente lipossolúvel e atravessa a barreira placentária com facilidade. O consumo da maconha, em associação com outras drogas, é comum, o que torna

difícil a identificação dos efeitos diretos dessa substância sobre o feto. Silva e Tocci (2002) afirmam que a maconha eleva os níveis de CO no sangue. Comparada ao cigarro, ela apresenta até cinco vezes mais teores de COHb, devido à intensidade/manutenção da inalação e permanência da maconha nas vias aéreas, levando a uma diminuição de oxigênio para o feto, o que pode acarretar retardo no seu desenvolvimento, além de alterar a frequência cardíaca materna, diminuindo a perfusão placentária. Metz e Stickrath (2015) acrescentam, como consequência ao feto, a associação do consumo da *Cannabis* às anormalidades no crescimento, pois dados sugerem que essa substância interfere na regulação da glicose e da insulina, e que portanto, pode afetar o crescimento fetal.

No que se refere à cocaína, essa substância possui uma farmacocinética rápida. Tanto as gestantes como os fetos e os recém-nascidos são acometidos pelos efeitos adversos dessa droga. Os metabólitos da cocaína presentes na corrente sanguínea materna atravessam a barreira placentária por difusão facilitada e é prejudicial ao desenvolvimento do feto. A depuração da cocaína ocorre a uma taxa mais baixa no feto em relação à mãe, por isso esses estão expostos aos efeitos negativos da cocaína por períodos mais longos (KRISHNA; LEVITZ; DANCIS, 1993). Essa substância causa um aumento da pressão arterial média e uma redução significativa do fluxo sanguíneo para o útero gravídico, além de efeitos vasoconstritores, o que representa um risco potencial de hipóxia fetal (MOORE et al., 1986).

As consequências fetais à exposição pré-natal à cocaína são diversas. Dentre as implicações observadas na literatura ao longo dos anos, encontram-se o desenvolvimento prejudicado das artérias renais fetais (MITRA et al., 2000), alterações na frequência cardíaca e na diástole (MEHTA et al. 2002), aumento do risco de alterações do SNC e do Sistema Nervoso Autônomo (SNA) (BADA et al., 2002), bem como a diminuição do perímetro cefálico (BATEMAN; CHIRIBOGA, 2000). Da mesma forma, as crianças que foram expostas à cocaína, devido ao uso materno durante a gestação, também apresentam alterações do tônus muscular, da competência motora (ARENDDT et al., 1999), menor índice de quociente intelectual, desempenho verbal e habilidades matemáticas prejudicados (NULMAN et al., 2001).

Mesmo diante das complicações clínicas já comprovadas, é importante ressaltar que alguns efeitos indiretos do abuso de drogas, como as circunstâncias sociais e ambientais desfavoráveis nas quais a gestante usuária de drogas está inserida, agravam significativamente os problemas para o desenvolvimento saudável do feto (BAUER et al., 2002), sendo que tal situação predispõe a criança a sinais e sintomas de disfunção do SNC e SNA, conhecida como Síndrome de Abstinência Neonatal (SAN), frequentemente associada às relevantes morbidades e prolongadas hospitalizações (JANSSON; VELEZ; HARROW, 2009). A SAN se caracteriza como consequência da interrupção súbita da exposição fetal às substâncias (lícitas ou ilícitas) que foram consumidas ou abusadas pela mãe durante a gravidez, no entanto sua fisiopatologia ainda não está completamente elucidada.

Essa síndrome é uma condição complexa, multissistêmica e altamente variável, caracterizada por perturbações, hiperirritabilidade nos SNC e SNA, distúrbios nos tratos gastrointestinal e respiratório. Atributos observados incluem choro excessivo, irritabilidade, mau sono, aumento do tônus muscular, tremores, escoriações da pele devido a movimentos excessivos, hipertermia, fezes amolecidas, bocejo, sudorese, congestão nasal e espirros (JANSSON, VELEZ, HARROW, 2009; KOCHERLAKOTA, 2014).

O foco do tratamento da SAN visa à prevenção de complicações associadas a esse quadro, ou seja, à restauração das atividades normais do recém-nascido como sono, nutrição, ganho de peso e adaptação ao ambiente social (SIU; ROBINSON, 2014).

Diante da ótica exposta, é incontestável que o consumo de substâncias psicoativas na gestação acarreta efeitos negativos ao binômio mãe-filho (YABUUTIA; BERNARDY, 2014).

Acredita-se que atenção especial à desburocratização ao acesso aos serviços de saúde, o acompanhamento da gestante pelo pré-natal e o debate a respeito do consumo de drogas possa ser um artifício para o reconhecimento do problema e seja fundamental para minimizar esse revés. Especialmente para pacientes em períodos primários da dependência, o acolhimento, a escuta ativa e qualificada, a humanização, o questionamento e esclarecimento pelo profissional de saúde colaboram para que as gestantes meditem, criem afeto, cuidado e autocontrole, ações incisivas para moderar ou eliminar o consumo de drogas.

Nessa esfera, o profissional enfermeiro é de fundamental importância, pois está apto a desenvolver estratégias de atendimento durante o pré-natal com o objetivo de auxiliar a mulher a readquirir seu equilíbrio fisiológico, aumentar sua autoestima e criar um plano de enfrentamento ao vício (SILVA; TOCCI, 2002).

As consultas de pré-natal devem consagrar-se à importância do cenário e suas consequências, momento de investigar o período gestacional e o contexto no qual a mulher está inserida para proporcionar especialmente àquela de grande vulnerabilidade socioeconômica, um atendimento mais abrangente. Os aspectos emocionais maternos carecem de igual relevância dos ginecológicos e obstétricos, tendo vista que a orientação das mulheres grávidas na resolução de conflitos coletivos pode assegurar adequada evolução gestacional.

Atualmente existem atendimentos que promovem uma assistência para além da condição obstétrica às mulheres expostas às situações de risco como vulneráveis às DST, usuárias de drogas e vítimas de violência doméstica e/ou sexual. Esse atendimento tem como foco a prevenção de danos com o objetivo de reinserção social (BRASIL, 2014).

Como explanado neste capítulo, o protótipo social associado ao conceito de desmoralização e hostilidade contribui para a subestimação do consumo de drogas (lícitas ou não) pelas gestantes, uma vez que essas pacientes são tomadas pela vergonha e pelo medo de perder a guarda dos filhos.

Eis mais uma temática a ser analisada na assistência pré-natal no Brasil: os profissionais de saúde ainda carecem do desenvolvimento/aperfeiçoamento de rotinas, programas e instrumentos que os auxiliem nas ações de conscientização, prevenção e diagnóstico precoce para as adversidades relacionadas ao consumo de elementos psicoativos por mulheres grávidas. O rastreamento durante as consultas de pré-natal com instrumentos válidos, rápidos e de fácil aplicação, parece ser uma estratégia a ser implementada. A assiduidade das consultas permite o estreitamento das relações entre profissionais de saúde e gestantes, favorecendo a detecção de rotinas e práticas prejudiciais à saúde, como o uso das substâncias psicoativas.

Por meio de intervenções simples e breves, as gestantes podem ser incentivadas a diminuir ou cessar o consumo de drogas na gestação. Uma abordagem nesse momento oportuno é fundamental para evitar complicações na gestação atual, bem como em gestações futuras, além de promover um desempenho do papel materno seguro e responsável (MORAES; REICHENHEIM, 2007). Ainda é importante destacar a necessidade da busca ativa da gestante usuária de droga, também do binômio mãe-filho, que se encontram vulneráveis à situação de exposição às drogas, com abordagem multidisciplinar para efetivação e resolutividade no âmbito social e da saúde.

Referências

ALEIXO NETO, A. Efeitos do fumo na gravidez. **Revista de Saúde Pública**, v. 24, n. 5, p. 420-424, 1990.

ALEXANDRINO, J. S. Repercussões neurológicas nos fetos expostos a drogas lícitas durante a gestação: uma reflexão teórica. **SANARE Revista de Políticas Públicas**, v. 15, n. 01, p. 82-89, 2016.

ANDERSEN, A. N. et al. Suppressed prolactin but normal neurophysin levels in cigarette smoking breast-feeding women. **Clinical Endocrinology**, v. 17, n. 4, p. 363-368, 1982.

ARENDRT, R. et al. Motor development of cocaine-exposed children at age two years. **Pediatrics**, v. 103, n. 1, p. 86-92, 1999.

BADA, H. S. et al. Central and autonomic system signs with in utero drug exposure. **Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition**, v. 87, n. 2, p. 106-112, 2002.

BAILEY, D. N. Drug screening in an unconventional matrix: hair analysis. **JAMA**, v. 262, n. 23, p.3331, 1989. editorial

BATEMAN, D. A.; CHIRIBOGA, C. A. Dose-response effect of cocaine on newborn head circumference. **Pediatrics**, v. 106, n. 3, p. 1-6, 2000.

BAUER, C.R. et al. The maternal lifestyle study: drug exposure during pregnancy and short-term maternal outcomes. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 186, n. 3, p. 487-495, 2002.

BEHNKE, M.; SMITH, V. C. Prenatal substance abuse: short- and long-term effects on the exposed fetus. **Pediatrics**, v. 131, n.3, p. 1009-1023, 2013.

BORDIN, D. C. M. et al. Técnicas de preparo de amostras biológicas com interesse forense. **Scientia Chromatographica**, v. 7, n. 2, p. 125-143, 2015.

BOTELHO, A. P. M.; ROCHA, R. C.; MELO, V. H. Uso e dependência de cocaína/crack na gestação, parto e puerpério. **Revista Femina**, v. 41, n. 1, p. 23-32, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <<https://www.icict.fiocruz>

br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>. Acesso em: 09 dez. 2016.

BURD, L. et al. Ethanol and the placenta: A review. **The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, v. 20, n. 5, p. 361-375, 2007.

CHIU, H. T.; ISAAC WU, H. D.; KUO, H. W. The relationship between self-reported tobacco exposure and cotinines in urine and blood for pregnant women. **The Science of the Total Environment**, v. 406, n. 1-2, p. 331-336, 2008.

CLUBB, F. J. JR. et al. Cardiomegaly due to myocyte hyperplasia in perinatal rats exposed to 200 ppm carbon monoxide. **Journal of Molecular and Cellular Cardiology**, v. 15, n. 5, p. 477- 486, 1986.

CUTLER, A. R. et al. Prenatal cocaine and/or nicotine exposure in rats: preliminary findings on long-term cognitive outcome and genital development at birth. **Neurotoxicology and Teratology**, v. 18, n. 6, p. 635-643, 1996.

DEMPSEY, D. A.; BENOWITZ, N. L. Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. **Drug Safety**, v. 24, n. 4. p. 277-322, 2001. Disponível em: <<http://www.samhsa.gov/data/>

<sites/default/files/NSDUHresultsPDFWHTML2013/Web/NSDUHresults2013.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2016.

GRAY, T.; HUESTIS, M. Bioanalytical procedures for monitoring in utero drug exposure. **Analytical and Bioanalytical Chemistry**, v. 388, n. 7, p. 1455-1465, 2007.

GUNN, J. K. L. et al. Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, v. 6, n. 4, p. 1-8, 2016.

HEIL, S. H. et al. Unintended pregnancy in opioid-abusing women. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 40, n. 2, p. 199-202, 2011.

HENDERSON, G. L. et al. Incorporation of isotopically labeled cocaine into human hair: race as a factor. **Journal of Analytical Toxicology**, v. 22, n. 2, p. 156-165, 1998.

HOPKINSON, J. M. et al. Milk production by mothers of premature infants: influence of cigarette smoking. **Pediatrics**, v. 90, n. 6, p. 934-938, 1992.

JANSSON, L. M.; VELEZ, M.; HARROW, C. The opioid-exposed newborn: assessment and pharmacologic management. **Journal of**

Opioid Management, v. 5, n. 1, p. 47-55, 2009.

KOCHERLAKOTA, P. Neonatal abstinence syndrome. **Pediatrics**. v. 134, n. 2, p. e547-e561, 2014.

KRISHNA, R. B.; LEVITZ, M.; DANCIS, J. Transfer of cocaine by the perfused human placenta: the effect of binding to serum proteins. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 169, n. 6, p. 1418- 1423, 1993.

LEODOIRO, E. et al. Maternal hair analysis for the detection of illicit drugs, medicines, and alcohol exposure during pregnancy. **Therapeutic Drug Monitoring**, v. 35, n. 3, p. 296-304, 2013.

LEOPÉRCIO, W.; GIGLIOTTI, A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, n. 2, p. 176- 185, 2004.

LESTER, B. M. et al. The maternal lifestyle study: drug use by meconium toxicology and maternal self-report. **Pediatrics**, v. 107, n. 2, p. 309-317, 2001.

LONGO, L. D. The biological effects of carbon monoxide on the pregnant woman, fetus, and newborn infant. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 129, n. 1, p. 69-103, 1977.

LOZANO, J. et al. Biological matrices for the evaluation of in utero exposure to drugs of abuse. **Therapeutic Drug Monitoring**, v. 29, n. 6, p. 711-734, 2007.

MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 662-670, 2013.

MEHTA, S. K. et al. Diastolic filling abnormalities by color kinesis in newborns exposed to intrauterine cocaine. **Journal of the American Society of Echocardiography**, v. 15, n. 5, p. 447-453, 2002.

METZ, T. D; STICKRATH, E. H. Marijuana use in pregnancy and lactation: a review of the evidence. **American journal of obstetrics and gynecology**, v, 213, n. 6, p. 761-778, 2015.

MITRA, S. C. et al. Maternal cocaine abuse and fetal renal arteries: a morphometric study. **Pediatric Nephrology**, v. 14, n. 4, p. 315-318, 2000.

MOORE, K. L.; PERSAUD, T. V. N. **Embriologia clínica**. 8. ed. São Paulo: Elsevier, 2008.

MOORE, T. R. et al. Hemodynamic effects of intravenous cocaine on the pregnant ewe and fetus. **American Journal of Obstetrics and**

Gynecology, v. 155, n. 4, p. 883-888, 1986.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 695-703, 2007.

NULMAN, I et.al. Neurodevelopment of adopted children exposed in utero to cocaine: the Toronto adoption study. **Clinical and Investigative Medicine**, v. 24, n. 3, p. 129-137, 2001.

OLIVEIRA, T. R.; SIMÕES, S. M. F. O consumo de bebida alcóolica pelas gestantes: um estudo exploratório. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 632-638, 2007.

PICHINI, S. et al. Assessment of exposure to opiates and cocaine during pregnancy in a Mediterranean city: preliminary results of the "Meconium Project". **Forensic Science International**, v. 153, n. 1, p. 59-65, 2005.

PŁOTKA, J. et al. Effects of addictive substances during pregnancy and infancy and their analysis in biological materials. **Reviews of Environmental Contamination and Toxicology**, v. 227, p.55-77, 2014. Não tem número como colocar?

PORTELA, G. L. C. et al. Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 9, n. 2, p. 58-63, 2013.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

RICHARDSON, G. A.; DAY, N. L.; MCGAUHEY, P. J. The impact of prenatal marijuana and cocaine use on the infant and child. **Clinical Obstetrics and Gynecology**, v. 36, n. 2, p. 302-318, 1993.

ROCHA P.C. et al. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 1-13, 2016.

SANTOS, C. S. et al. Avaliação de variáveis ao nascimento de recém-nascidos de mães usuárias de drogas. **Saúde e Meio Ambiente Revista Interdisciplinar**, v. 5, n. 1, p. 4-13, 2016.

SILVA, T. P.; TOCCI, H. A. Efeitos obstétricos, fetais e neonatais relacionados ao uso de drogas, álcool e tabaco durante a gestação. **Revista de Enfermagem UNISA**, v. 3, p. 50-56, 2002.

SIU, A.; ROBINSON, C. A. Neonatal abstinence syndrome: essentials for the practitioner. **The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics**, v. 19, n. 3, p. 147-155, 2014.

SLOTKIN, T. A. Fetal nicotine or cocaine exposure: which one is worse? **The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics**, v. 285, n. 3, p. 931-945, 1998.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO. **Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido**. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2010.

UNITED STATES. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. **Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings**, 2014.

YABUUTIA, P. L. K.; BERNARDY, C. C. F. Perfil de gestantes usuárias de drogas atendidas em um centro de atenção psicossocial. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 344-356, 2014.

YAMAGUCHI, E.T. et. al. Drogas de abuso e gravidez. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, n.1, p. 44-47, 2008.

ESPIRITUALIDADE: UMA ESTRATÉGIA DE PROTEÇÃO E DE ENFRENTAMENTO PARA O CONSUMO DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

*Caroline de Castro Moura, Thaila Oliveira Zatitti Brasileiro,
Erika de Cássia Lopes Chaves*

A espiritualidade é uma condição inerente a todo ser humano. Entretanto, ainda atualmente, a literatura científica não apresenta um consenso sobre a sua definição, uma vez que esta é uma questão complexa. O que se sabe é que ela é um fenômeno individual, dinâmico e multidimensional, que expressa transcendência, paz interior, relação consigo mesmo, com o próximo e com um ser superior, além de crenças, conexões e valores que atribuem significado à vida.

A palavra espiritualidade deriva do latim “spiritus”, que, por sua vez, é a tradução do termo original hebraico “ruach”, que significa sopro de vida, alento, alegria, dinamismo ou princípio vital (DOMBECK, 1995; ELIADE, 1967; ELKINS et al., 1988). Para alguns estudiosos, o termo espiritualidade foi desenvolvido a partir da sinonímia com religião e envolve fé e disposição para acreditar, resultando no sentimento de paz e bem-estar (DELANEY, 2005; DELGADO, 2005). Ela pode ser expressa por meio de costumes, rituais, cultos e práticas religiosas que proporcionam sentido à vida, contudo vai muito além da filiação religiosa.

Para Elkins e colaboradores (1988), a espiritualidade é o modo de ser e experienciar, que surge da tomada de consciência da existência de uma dimensão de transcendência à realidade humana, concretizada num conjunto de valores identificáveis face ao *self*, aos outros, ao mundo e à vida. McClung, Grosseohme e Jacobson (2006) acreditam que espiritualidade denota o senso pessoal do propósito da vida e a conexão do indivíduo com algo maior a si mesmo. Ainda, para Mohr (2006), a espiritualidade consiste em todas as crenças e atividades pelas quais a pessoa tenta relacionar sua vida a Deus, ao Ser Divino ou mesmo a outra conexão de realidade transcendente.

Apesar da sobreposição dos conceitos, religião, religiosidade e espiritualidade são construtos distintos. De acordo com Panzini e colaboradores (2007), religião é descrita como um sistema de doutrina específica partilhada por um grupo. Já a religiosidade é a manifestação exterior das crenças e cultos, segundo Savioli (2006). Por fim, a espiritualidade é compreendida como a busca pessoal por respostas compreensíveis para questões existenciais sobre a vida, o seu significado e a relação com o transcendente, que podem ou não levar e/ou resultar no desenvolvimento de rituais religiosos e formação de uma comunidade, de acordo com Koenig, Larson e Larson (2001). Portanto, o ser humano pode ser um ser espiritual, porém não estar envolvido com nenhuma religião; por outro lado, como a religião é indissociável da espiritualidade, não tem como uma pessoa praticar uma religião e não ser espiritualizada. Assim, esses conceitos se

sobrepõem somente para as pessoas em que a religião é o significado da expressão de sua espiritualidade.

Todas as dimensões desse construto podem ser utilizadas para lidar com as adversidades da vida. As pessoas que possuem uma espiritualidade bem desenvolvida são mais capazes de compreender os seus problemas e de buscar mecanismos para enfrentá-los, além de serem mais confiantes em si mesmas. A crença em uma força intrínseca ou em um ser superior contribui para o desenvolvimento de estratégias de proteção e de enfrentamento dos problemas, uma vez que pessoas tornam-se mais fortes psicologicamente.

Atualmente, na área da saúde, a espiritualidade é vista como um aspecto benéfico. As transformações ocorridas ao longo da história possibilitaram uma ampla concepção do processo saúde e doença, que é permeado por fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo e por fenômenos religiosos e espirituais. Em 1988 a Organização Mundial de Saúde (OMS) iniciou um aprofundamento das investigações sobre a espiritualidade, incluindo o aspecto espiritual no conceito multidimensional de saúde. Dentre as dimensões do estado de saúde, o bem-estar espiritual vem sendo considerado mais uma premissa a ser avaliada junto às dimensões corporais, psíquicas e sociais.

Em meio à necessidade da ciência em encontrar respostas a problemas humanos muitas vezes inexplicáveis, têm-se iniciado a retomada e a revalorização pela busca e pela prática da espiritualidade na assistência à saúde, com o intuito de atender a todas as dimensões do ser humano, sejam elas fisiológicas, psíquicas, sociais ou

espirituais. Diante disso, a partir da década de 90, a comunidade científica começou a perceber a importância da fé na evolução das doenças e começou a surgir os primeiros estudos, revelando um crescente interesse pelo tema. Rosch (2000) apontou para a dificuldade que a ciência tem em definir e quantificar questões como fé, crença e espiritualidade, uma vez que são conceitos subjetivos. Entretanto ressalta que os benefícios da fé e da espiritualidade possuem implicações importantes para a saúde, principalmente para as condições emocionais.

Um dos grandes problemas que impactam na saúde atualmente é a dependência por drogas psicoativas, ou seja, aquelas que alteram a função comportamental, o humor e a cognição (álcool, anfetaminas, base livre e *crack*, cloridrato de cocaína, *ecstasy*, heroína, ópio, tabaco) e psicotrópicas, que agem no Sistema Nervoso Central, como as como depressoras, estimulantes e perturbadoras da atividade desse sistema (álcool, maconha, soníferos ou hipnóticos, inalantes ou solventes, cocaína, opiáceos ou narcóticos, êxtase) (OMS, 1981). Essa dependência química é considerada pela OMS como uma doença crônica e recorrente, que se dá quando a utilização dessas substâncias acontece de forma demasiada, sem o controle do seu consumo. Diversos são os sentidos ou motivos para o início do uso de drogas. Dentre eles, incluem-se a busca do prazer, a redução da ansiedade, dos medos, das inquietações e das angústias. O seu uso também é ocasionado pela tentativa das pessoas em encarar os desafios da vida e na busca de algo que possa preencher ou dar sentido

para a sua existência (SANCHEZ, 2006). Outras razões para o seu consumo compreendem a busca pela diversão, a experimentação/curiosidade, a valorização social, o relaxamento, bem como os problemas pessoais (RODRIGUEZ; SCHERER, 2008).

Sabe-se que a dependência química acarreta impactos negativos em todas as dimensões da vida humana, principalmente nos campos psíquico e mental, ocasionando transtornos mentais, ansiedade, depressão, angústia, sofrimento, agitação, mudanças na personalidade, a busca pela autodestruição, dentre outros. No campo fisiológico, também pode ocasionar graves danos ao cérebro, aos pulmões, aos rins e ao fígado. Ressalta-se também que, em muitos casos, os usuários de drogas se envolvem em crimes, tais como narcotráfico e homicídios, tornam-se vítimas de violência, além de estarem expostos a outros riscos, como as doenças sexualmente transmissíveis, por exemplo. As consequências do uso das drogas incluem ainda a dificuldade do dependente químico em conseguir desenvolver suas atividades cotidianas sem a utilização dessas. Esse problema também interfere diretamente no contexto familiar, ocasionando desagregação das famílias, sofrimento e destruição.

Nessa perspectiva, a espiritualidade e a religiosidade podem ser grandes aliadas no tratamento e na recuperação dessas pessoas, uma vez que surgem como fatores de proteção e de enfrentamento para a condição de dependência, ao atuar como uma fonte de força e de esperança, promovendo o bem estar e mudanças no modo de pensar sobre si mesmo e sobre o mundo. Por outro lado, observa-se um maior

consumo de drogas de abuso entre pessoas com menor espiritualidade/religiosidade, como demonstrou Parfrey (1976), com uma amostra de 458 estudantes universitários. Nesse estudo, evidenciou-se um maior consumo de álcool entre os estudantes com menor crença em Deus e com baixa frequência a cultos religiosos.

Algumas investigações científicas que associam a espiritualidade ao tratamento de substâncias psicoativas e psicotrópicas apontam para resultados satisfatórios. Um estudo epidemiológico, realizado por Chen e colaboradores (2004), com aproximadamente 13 mil estudantes nos países da América Central, verificou que a prática religiosa, representada pela assiduidade à Igreja Católica ou Protestante, é inversamente relacionada à utilização prematura do cigarro e da maconha, além de reduzir a viabilidade de exposição ao álcool. Corroborando tais achados, Vitt (2009), ao averiguar a influência da espiritualidade e da religião na reabilitação de dependentes químicos em abstinência, encontrou que 70% dos entrevistados se referiram à religiosidade/espiritualidade como principal fator para manterem abstinentes. Também Sanchez, Oliveira e Nappo (2004) evidenciaram que a maior diferença entre os adolescentes usuários e os não-usuários de drogas psicotrópicas era a sua religiosidade e a de sua família. Nesse estudo, os autores identificaram que 81% dos não-usuários praticavam a religião professada por sua própria vontade e admiração, no entanto, apenas 13% dos usuários faziam igual. Nesse segundo grupo, o exercício da religião estava diretamente relacionado à procura da recuperação

perante o consumo de drogas, após o início do consumo abusivo destas.

Outro estudo, realizado pelo governo norte-americano, sugeriu que a religiosidade pode favorecer a abstinência nos grupos de dependentes de heroína, uma vez que se verificou que os indivíduos que apresentavam maiores índices de espiritualidade e que tinham o suporte de uma entidade religiosa (igreja) apresentaram um maior tempo de abstinência em relação às drogas ilícitas, segundo Avants, Warburton e Margolin (2001). Na abordagem realizada por Alnold e colaboradores (2002), a fim de determinar como a espiritualidade é definida por usuários de drogas e como as relações são percebidas entre espiritualidade e abstinência, constatou-se a importância dada às questões espirituais pelas pessoas que estavam em tratamento de substituição da heroína pela metadona, e emergiu, entre essas pessoas, a conceituação da espiritualidade como uma fonte de força e proteção de si mesmo. Além disso, a grande maioria dos participantes da pesquisa manifestou interesse em receber tratamento focado na espiritualidade, considerando que tal intervenção seria útil para reduzir o desejo e o comportamento de risco.

Em um estudo realizado por Silva e colaboradores (2013), que objetivou investigar o consumo de álcool e de outras drogas por estudantes de enfermagem e avaliar a relação entre esse consumo, o bem-estar espiritual e as características sociodemográficas/religiosas dos estudantes, constatou-se em 84% deles, o álcool era a substância mais utilizada pelos estudantes, e isso se relacionou significativamente

com a espiritualidade deles, dado que ter bem-estar espiritual negativo e não praticar a religião regularmente intensificam as possibilidades do uso demasiado dessa substância. Esses dados sugerem que a espiritualidade pode influenciar decisivamente no uso das substâncias psicoativas.

O interesse pelos efeitos das dimensões espiritual e religiosa na saúde tem adquirido cada vez mais destaque entre na comunidade científica. Nesse sentido, na investigação realizada por Sanchez e Nappo (2007) nas bases de dados PubMed e Scielo, abordando questões relativas à religiosidade, à espiritualidade e ao consumo de drogas, entre 1976 e 2006, concluiu-se que as pessoas que frequentam constantemente um culto religioso, ou que dão expressiva importância à sua crença religiosa, ou que pratiquem as propostas da religião professada no cotidiano apresentam menores índices de utilização de drogas lícitas e ilícitas. Corroborando ainda os impactos positivos da espiritualidade no reestabelecimento da saúde física e mental, Marques (2003) observou que a espiritualidade propicia uma ótica positiva frente à vida e atua como um para-choque contra o estresse face a situações perturbadoras e traumáticas. A associação significativa entre a espiritualidade e a saúde torna-se um recurso propício para a manutenção da saúde e para a prevenção, a cura e a reabilitação das pessoas em dependência química.

Assim, as crenças espirituais, além de promoverem estilos de vida mais saudáveis, contribuem para a adesão ao tratamento, especificamente para aqueles que estão se reabilitando do uso abusivo

de substâncias. A espiritualidade e a religião aumentam o comprometimento com o tratamento por várias razões, por estarem associadas à baixas taxas de depressão, maior esperança, maior número de famílias estabilizadas e a um apoio social mais amplo. Ademais, métodos que circundam a espiritualidade podem atuar como fator de proteção para o comportamento de risco referente ao uso de drogas.

Percebe-se, portanto, que a espiritualidade apresenta um forte impacto no tratamento e na reabilitação da dependência de drogas, independente da religião professada. Assim, a dimensão espiritual, aliada ao tratamento padrão, pode favorecer a recuperação e reduzir os índices de recaída dos pacientes. Desse modo, faz-se necessário que os profissionais da saúde envolvidos na reabilitação dessas pessoas, bem como seus familiares, estimulem o progresso/aprimoramento dessa dimensão, uma vez que, ao atuar como coadjuvante ao tratamento convencional da dependência química, promove o bem-estar do ser humano em todas as suas particularidades e dimensões, além de ser um fator protetor e de enfrentamento para as adversidades da vida.

Referências

ARNOLD, R. M. et al. Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 23, p. 319-326, 2002.

AVANTS, S. K.; WARBURTON, L. A.; MARGOLIN, A. Spiritual and religious support in recovery from addiction among HIV-positive injection drug users. **Journal of Psychoactive Drugs**, v. 33, n. 1, p. 39-45, 2001.

CHEN, C. et al. Religiosity and the earliest stages of adolescent drug involvement in seven countries of Latin America. **American Journal of Epidemiology**, v. 159, n. 12, p. 1180-1188, 2004.

DELANEY, C. The spirituality scale: development and psychometric testing of a holistic instrument to assess the human spiritual dimension. **Journal Holistic Nursing**, Springfield, v. 23, n. 2, p. 145-167, June 2005.

DELGADO, C. A discussion on the concept of spirituality. **Nursing Science Quarterly**, Thousand Oaks, v. 18, n. 2, p. 157-162, Apr. 2005.

DOMBECK, M. B. Dream-telling: A means of spiritual awareness. **Holistic Nursing Practice**, Hagerstown, v. 9, n. 2, p. 37-47, Jan. 1995.

ELIADE, M. **Lo sagrado y lo profano**. Madrid: Ed Guadarrama, 1976. 89 p.

ELKINS, D. N. et al. Toward a Humanistic-Phenomenological Spirituality definition, description, and measurement. **Journal of Humanistic Psychology**, Alameda, v. 28, n. 4, p. 5-18, 1988.

KOENIG, H. G.; LARSON, D. B.; LARSON, S. S. Religion and coping with serious medical illness. **Annals of Pharmacotherapy**, Cincinnati, v. 35, n. 3, p. 352-359, mar. 2001.

MARQUES, L. F. “A saúde e o bem-estar espiritual em adultos portoalegrenses”. **Revista Psicologia e Ciências**, Brasília, v. 23, n. 2, 2003.

McCLUNG, E.; GROSSOEHME, D. H.; JACOBSON, A. F. Collaborating with chaplains to meet spiritual needs. **Medsurg Nursing**, Pitman, v. 15, n. 3, p. 147-156, june 2006.

MOHR, W. K. Spiritual issues in psychiatric care. **Perspectives in Psychiatric Care**. Hillsdale, v. 42, n. 3, p. 174-183, aug. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Nomenclatura e classificação de problemas relacionados com drogas e álcool: um memorando da OMS. **Bull World Health Organ**, v. 59, p. 225-245, 1981.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Revista de Psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 34, p. 105-115, maio/jun. 2007. Supl. 1.

PARFREY, P. S. The effect of religious factors on intoxicant use. **Scandinavian Journal of Social Medicine**, v. 4, n. 3, p. 135-140, 1976.

RODRIGUEZ, V. M. R.; SCHERER, Z. A. P. Motivação do estudante universitário para o consumo de drogas legais. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 16, p. 572-576, 2008.

ROSCH, P. J. Spirituality and stress reduction. **International Stress Management Association**, v. 2, n. 1, Spring 2000.

SANCHEZ, Z. M. **As práticas religiosas atuando na recuperação de dependentes de drogas:** a experiência de drupos católicos, evangélicos e espíritas. Tese de Doutorado. Departamento de Psicobiologia. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, p. 389, 2006.

SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, p. 73-81, 2007.

SANCHEZ, Z. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 43-55, 2004.

SAVIOLI, R. M. **Fronteiras da ciência e da fé**. São Paulo: Gaia, 2006. 175 p.

SILVA, R. P. et al. Relação entre bem-estar espiritual, características sociodemográficas e consumo de álcool e outras drogas por estudantes. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, n. 3, p. 191-198, 2013.

VITT, S. J. S. **A espiritualidade e a religiosidade na recuperação de dependentes químicos**. 2009. 64f. Dissertação (Mestrado em Teologia). Faculdade Escola Superior de Teologia, Rio Grande do Sul.

POR QUE DIZER NÃO A LEGALIZAÇÃO DA MACONHA!

Harold Joseph Rahm

Não devemos liberar a maconha recreativa em nosso belo Brasil porque destrói o usuário física e de vez em quando mentalmente. Em Denver, no Colorado, um jovem fumou haxixe e saltou da janela do prédio cometendo suicídio. Era um jovem normal da faculdade. A maconha causa mais acidentes automobilísticos, muita violência e brigas dentro da família.

O que é? Os vários componentes da planta chamada cânhamo, vulgarmente conhecida como “planta da maconha”, são a folha (maconha), sua resina (haxixe) e as flores e pontas da planta (marijuana). O agente psicoativo mais expressivo é o THC.

Como é consumida? Sua maneira de consumo é quase exclusivamente o fumo, de forma pura ou misturada com tabaco comercial.

Situação legal: A maconha é uma droga ilegal em praticamente todo o mundo e sua fabricação, posse, distribuição (gratuita) e comércio constituem crime.

Quais são os efeitos? Quando consumida em pequenas quantidades, os usuários acham a maconha tanto relaxante como estimulante. Os efeitos da maconha dependem fortemente da personalidade, do ambiente e do estado de espírito do usuário.

Quanto aos efeitos na memória, eles se manifestam na chamada memória a curto prazo, ou seja, aquela que nos é importante por alguns instantes. Dois exemplos verídicos ajudam a entender esse efeito: uma telefonista de PABX em um hotel (que ouvia um dado número pelo fone e no instante seguinte fazia a ligação), quando sob a ação da maconha, não era mais capaz de lembrar-se do número que acabara de ouvir. O outro caso é o de um bancário que lia em uma lista o número de um documento que tinha de retirar de um arquivo e que sob a ação da maconha, já havia esquecido o número quando chegava em frente ao arquivo.

Pessoas sob esses efeitos não conseguem, ou melhor, não deveriam executar tarefas que dependem de atenção, bom senso e discernimento, pois correm o risco de prejudicar outros e/ou a si próprio. Como exemplos disso: dirigir carro ou operar máquinas potencialmente perigosas.

O uso repetido e prolongado pode causar prejuízos de memória e falta de atenção, além de prejuízos permanentes à capacidade intelectual.

A maconha leva o usuário a praticar violência para ferir alguém. Ela é um dos problemas principais a serem enfrentados hoje por

jovens. Estes, na faixa etária de 12 a 24 anos, apresentam, atualmente, o risco mais elevado quando fumam maconha.

Quais são os outros riscos? Fisicamente, observam-se prejuízos para as vias respiratórias e surgem lesões pulmonares.

Como a maconha é ilegal em quase todo o mundo, a posse de certa quantidade ou a entrega a outra pessoa (mesmo sem ser uma venda, constitui-se crime com consequências legais (condenação frequente à pena de prisão).

Não podemos admitir o uso recreativo da maconha porque normalmente quem consome drogas consideradas leves, como a maconha, acha caretas aqueles que a condenam. Dizem que o uso moderado da droga estimula a criatividade e libera a ousadia. Como convencê-los a parar com o consumo se só enxergam benefícios?

Na última década foram desenvolvidos estudos conclusivos sobre a maconha, comprovando as seríssimas consequências de seu abuso no organismo, principalmente no organismo em desenvolvimento do jovem. A maconha produz efeitos perversos no sistema nervoso central, nos pulmões, no coração e vasos sanguíneos e no sistema imunológico. Interfere na sexualidade e fertilidade, danificando irreversivelmente os mecanismos de reprodução humana, com prejuízos para a produção de espermatozoides. A droga, que já foi considerada recreativa, provoca alterações no peso e nas funções dos órgãos reprodutivos femininos, afetando a produção de hormônios que controlam o desenvolvimento fetal. O melhor modo de combater o

mito da “inocuidade” da maconha entre os jovens é oferecer informações técnicas, atualizadas e principalmente, desprovidas de preconceitos e julgamento de valor. O mais recomendável é que se procure o apoio de profissionais especializados que possuem didática apropriada para alcançar e sensibilizar essa população. Em nossa Obra, 90% dos residentes fumavam maconha, por isso talvez estão em tratamento. Damos sobriedade a 30%. Os 70% que ficam 6 meses permanecem sóbrios.

Geralmente, a informação bem fundamentada recebe ótima aceitação por parte do jovem. Este conhecimento necessita também ser transmitido às pessoas que exercem influência sobre a opinião pública, para que possam se posicionar mais conscientemente sobre as políticas de liberalização do uso de drogas.

Outras informações:

- O consumo habitual de inalantes resulta em dependência física e psíquica.
- O usuário pode sofrer a assim chamada Síndrome de Morte Súbita por inalação, ou seja, ele pode morrer na 1ª, 10ª ou 100ª vez de consumo de alguma substância inalada.
- São comuns os danos não somente ao aparelho respiratório, mas também ao coração, fígado, cérebro, rins, medula óssea e outros órgãos.
- O uso na gravidez pode resultar na Síndrome de Abstinência Fetal do recém-nascido, com eventuais consequências fatais.

NÃO PODEMOS LEGALIZAR A MACONHA

Por muitos anos nossa equipe tem trabalhado na área de redução da demanda pelas drogas. Infelizmente várias autoridades nacionais desejam a legalização da maconha e alguns querem legalizar todas as drogas. Pensam que perdemos “a guerra contra as drogas”. Acham que o Governo, e não os traficantes devem receber o lucro financeiro.

Esquecem que 60% dos usuários de maconha chegam a evoluir para drogas mais pesadas. É bom lembrar que 95% do mundo não usa maconha.

Só as autoridades e as pessoas que não têm trabalho e apostolado com toxicômanos estão a favor da legalização da maconha. Eles não entendem que uma dose de maconha tem 400 substâncias químicas e que o THC está entre 30% e 50% mais forte do que estava há 20 anos. Desejamos destacar que os empresários querem uma milionária indústria da maconha.

O cérebro dos adolescentes está em desenvolvimento. A maconha pode causar esquizofrenia, psicose e dificuldade para estudar. Afeta a coordenação motora e causa ansiedade, depressão e síndrome do pânico.

O uso da maconha em si não leva à prisão, mas sim os delitos sérios cometidos sob a influência do seu uso e de outras drogas.

45% dos acidentes automobilísticos são causados por usuários de maconha e de outras drogas.

Nós que, estamos a favor da sobriedade, temos que educar nossas famílias e nossos filhos, as escolas, o clero e os professores, pois a legalização da maconha destruirá a sociedade.

A Suíça legalizou a maconha e as outras drogas e voltou à proibição por causa da violência, dos crimes e de muitas outras coisas desastrosas.

Continuamos a fazer forte campanha contra a legalização da maconha.

Um grupo de residentes da Instituição Padre Haroldo disse que quando estavam drogados, tinham visões e experiências artificiais. Não importava como a vida em torno deles era bela; só queriam saber de se drogar e estar ligados. À medida que crescemos em percepção, somos como criancinhas, descobrindo o mundo de novo.

Há mais estímulos em torno de cada descoberta que fazemos do que jamais houve em qualquer ocasião em que nos drogamos. A descoberta é real, e ninguém pode tirá-la de nós.

Estamos redescobrimo o mundo à nossa volta?

“Senhor, permita que nós continuemos a descobrir tudo que aqui puseste para nós.”

Não vamos liberar o uso recreativo da maconha!

SOBRE OS AUTORES

Denis da Silva Moreira

Enfermeiro, Professor das disciplinas de Enfermagem Neonatal e Pediátrica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG. Coordenador do Centro Regional de Referência para Formação Permanente dos Profissionais que atuam nas Redes de Atenção Integral à Saúde e de Assistência Social com Usuários de Crack e outras Drogas. Tutor do Programa de Educação Tutorial - PET-Enfermagem entre os anos de 2010 a 2014. Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (1993), Mestrado em Ciências Biológicas - Farmacologia pela Universidade Federal de Alfenas (2000), Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (2007) e Pós-Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (2015). Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Neonatal e Pediátrica, atuando principalmente nos seguintes temas: drogas, medicamentos, saúde da criança e adolescente, hospitalização e doença crônica.

Érika de Cássia Lopes Chaves

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (1994), especialização em Administração hospitalar e de Serviços de saúde pela Universidade José do Rosário Vellano (1998),

Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Alfenas (2002) e Doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (2008). Pós doutorado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Atualmente é Professora adjunto da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas-MG. Tutora do PET/SESU/MEC - ENFERMAGEM. Vice coordenadora do Centro de Referência da UNIFAL/CREFAL que atua na qualificação de profissionais que lidam com os usuários de Crack e outras drogas. Tem experiência na área de Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem e desenvolve pesquisa nas áreas de Enfermagem clínica, espiritualidade e diagnósticos de enfermagem. É professora e orientadora do Programa de pós-graduação em Enfermagem (Mestrado) da UNIFAL-MG.

Renato Faloni de Andrade

Graduado em Direito pela Universidade José do Rosário Vellano (1997). Defensor Público em Minas Gerais (1998-), ocupando a 2ª Defensoria de Famílias e Sucessões de Alfenas. Pós-graduado em docência no ensino superior (2006) e Mestre em Direitos Coletivos e Função Social do Direito, em programa mantido pela Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP (2011). Examinador da disciplina Legislação Especial, no VI Concurso de ingresso na Carreira de Defensor Público do Estado de Minas Gerais (2010). Tem experiência na área de Direito, com ênfase em Direito Penal e Civil e seus

correspondentes processuais, atuando principalmente nos seguintes temas: semana, seminário, curso, conferência e simpósio.

Analia Maria Ferreira

Economista Doméstica, Especialista em Atendimento Sistêmico de Famílias e Redes Sociais, Política Pública e Gestão do Sistema Único de Assistência Social.

Sueli de Carvalho Vilela

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (1993) e mestrado em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (2002), doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (2012). Professor Adjunto da Universidade Federal de Alfenas, na Escola de Enfermagem. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde mental, enfermagem psiquiátrica, enfermagem, reabilitação psicossocial, doente mental, relações interpessoais e rede de atenção psicossocial.

Caroline de Castro Moura

Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), linha de pesquisa: Cuidar em Saúde e em Enfermagem. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UNIFAL/MG (2015/2016).

Especialista em Acupuntura Sistêmica (2016). Especialista em Enfermagem do Trabalho (2015). Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL/MG) (2014). Atua principalmente nos seguintes temas: Práticas Integrativas e Complementares, Acupuntura e Dor.

Josie Resende Torres da Silva

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade de Franca (2001), Mestrado e Doutorado em Ciências Biológicas (Farmacologia) pela Universidade de São Paulo (2009 e 2012). Tem experiência na área de Fisioterapia, com ênfase em Fisioterapia Neurológica e Farmacologia, com ênfase em Farmacologia Geral, com ênfase em Acupuntura.

Denise Hollanda Iunes

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1990), mestrado em Ciências Morfológicas pela Universidade José do Rosário Vellano (1999), mestrado em Ortopedia e Traumatologia pela Universidade de São Paulo (2005), doutorado em Ciências Médicas pela Universidade de São Paulo/RP (2007) e Pós-doutorado pela Universidade de São Paulo (2014). Atualmente é professora Associada Nível 1 da Classe D da Universidade Federal de Alfenas. Tem experiência na área de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. É responsável pelas disciplinas de Cinesioterapia e Fisioterapia Traumato-Ortopédica III. Professora e orientadora do Programa de pós-graduação em Enfermagem (Mestrado) e do

Programa de pós-graduação em Ciências da Reabilitação da UNIFAL-MG.

Marilda Raimunda da Silva Sene

Experiências profissionais diversificadas nos três setores sociais e conhecimentos aprofundados em comportamento humano, atua como Coach profissional e de vida, assim como no desenvolvimento de treinamentos customizados, segundo as necessidades dos clientes. Pesquisadora do comportamento humano há mais de 20 anos; Consultora e Coaching em Desenvolvimento Pessoal; Graduada em Recursos Humanos; Master Practitioner em PNL; Especialista em Psicologia Multifocal; Autora do treinamento Desenvolvimento de Inteligência Emocional para construção do Fluxo de Qualidade de Vida Inteligente ; Autora do projeto Anjos da Prevenção que conscientiza a importância de trabalhar as vulnerabilidades emocionais, para prevenir todas as dependências inclusive a química e promover uma qualidade de vida inteligente; Co-autora do curso de extensão e pós graduação em prevenção a dependência química em EAD com o IBTF (Instituto Brasileiro de Tecnologia e Formação), onde ministra as aulas de: Inteligência Emocional e Cenários e aspectos importantes para a prevenção à dependência química.

Luciana Cristina Escudero

Experiência na área de Psicologia, em consultório particular no atendimento a famílias, adolescentes e adultos, desde 2001. Psicóloga

do CAPS II Infante Juvenil Álcool e outras Drogas do Projeto Quixote desde 2004, no Núcleo de Atenção a Família, atuando no atendimento individual e grupal a famílias em situação de complexa situação de vulnerabilidade social. Experiência em ministrar cursos e palestras na capacitação da rede local e de outros estados na área da Saúde, em especial Família e Drogas.

Cristiane da Silva Marciano Grasselli

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa (1994), mestrado (1997) e doutorado (2001) em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Federal de Viçosa. Atualmente é professor Associado nível III da Universidade Federal de Alfenas. Vice coordenadora do Centro de Referência da Unifal/CREFAL que atua na qualificação de profissionais que lidam com os usuários de Crack e outras drogas. Tutora do Grupo PET Nutrição da Unifal-MG. Tem experiência na área de Nutrição, com ênfase em Nutrição Clínica: diabetes, obesidade, hemodiálise, transtornos do peso, câncer.

Rogério Silva Lima

Enfermeiro, Professor Assistente da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG). Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB); Residência em Enfermagem em Urgência e Emergência pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas - Hospital e Maternidade Celso Pierro (PUCCAMP - HMCP); Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de

Alfenas (UNIFAL-MG); Doutorado em andamento pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo (EERP-USP) na linha de pesquisa Educação em Saúde e Formação de Recursos Humanos

Silvana Maria Coelho Leite Fava

Professor Associado I da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas ? MG (UNIFAL-MG); atua na área de pesquisa de condições crônicas, em especial nos temas Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Insuficiência Renal Crônica. Membro do grupo de pesquisa Oficina de Esfingomanometria (OPE). Enfermeira graduada em 1983 pela Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas- MG. Concluiu especialização em Administração Hospitalar em 1984 pela Faculdade de Ciências da Saúde São Camilo; especialização em Educação ? Ciências Físicas e Biológicas em 1994 pela Universidade de Alfenas; mestrado em Educação em 1997 pela Universidade de Alfenas; doutorado em Ciências em 2012 pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Foi coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem no período de 1989-1993 e no período de 2002-2005; Coordenadora de Extensão do Curso de Enfermagem no período de 2001-2005; Pró-Reitora de Graduação no período de 2005-2009. Representante dos Pró-Reitores de Graduação da região sudeste de 2007-2008. Coordenadora do Programa de Pós-graduação Stricto sensu em Enfermagem da

Universidade Federal de Alfenas-MG a partir de maio de 2013. Líder do grupo de pesquisa Processo Saúde Doença na perspectiva sociocultural. Membro da Rede de Observadores do INEP.

Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves

Professora Associada da Universidade de São Paulo, área de Ciências Humanas do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Pedagoga pela Universidade Federal de São Carlos, Mestre em Educação pela Universidade Estadual de Campinas, na área de Psicologia Educacional, Doutora em Educação pela Universidade de São Paulo, na área de Didática, Livre-Docente na área de Educação em Saúde e Enfermagem. Pós-doutorado na Faculty of Nursing da University of Alberta, Canadá. Docente do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem; docente e orientadora credenciada do Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica (Mestrado e Doutorado), atuando na Linha de Pesquisa Educação em Saúde. Membro do Grupo de Pesquisa Educação e saúde /enfermagem: políticas, práticas, formação profissional e formação de professores, cadastrado no Diretório dos Grupos de Pesquisa do CNPq, com ênfase na Linha de Pesquisa Promoção da Saúde na Educação Básica. Membro da Comissão Coordenadora do Programa de Pós-graduação Enfermagem Psiquiátrica. Coordenadora do Programa de Aperfeiçoamento do Ensino PAE da EERP/USP. Membro do Grupo de Apoio Pedagógico de Ribeirão Preto - USP (GAPRP). Tem experiência na área de

Educação, com ênfase em ensino-aprendizagem, atuando principalmente nos seguintes temas: abordagem histórico-cultural, ensino-aprendizagem escolar, promoção de saúde na educação básica, ensino de graduação em enfermagem/saúde, licenciatura em enfermagem.

Bianca Bacelar de Assis

Enfermeira Obstetra pelo Programa de Residência da Universidade Federal de Alfenas- UNIFAL-MG (2015). Graduada pela Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL-MG (2011). Experiência em humanização da assistência no ciclo gravídico puerperal, saúde da mulher e atenção ao recém-nascido. Secretária do Grupo Interdisciplinar de Pesquisa - GIPE. Atuou como Apoio Técnico do Projeto Crescendo Consciente II: a prevenção do uso de álcool e outras drogas na adolescência na Universidade Federal de Alfenas(2015-2016).

Isabela Bacelar de Assis

Graduada em Biomedicina pela Universidade Federal de Alfenas (2011) com habilitação em Análises Clínicas. Mestre em Ciências da Saúde, concentração em Doenças Infecciosas e Parasitárias, pela Universidade Federal de São João Del-Rei (2014). Docente do Curso de Biomedicina da Faculdade de São Lourenço.

Patrícia Scotini Freitas

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (2002), Especialista em Prevenção e Controle de Infecção nos Serviços de Saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) (2004), Especialista em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem, pela Escola Nacional de Saúde Pública (2004), Mestre em Saúde pela Universidade José do Rosário Vellano (2007) e Doutora em Ciências pela EERP - USP, na área de Enfermagem Fundamental CAPES 7 (2014). Trabalhou como enfermeira responsável técnica em hospital materno-infantil e enfermeira coordenadora de imunização da Divisão de Vigilância Epidemiológica do Departamento de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde de Poços de Caldas. Coordenadora de Extensão e Pesquisa e docente da Universidade José do Rosário Vellano, campus Poços de Caldas. Foi coordenadora e docente do curso de Graduação em Enfermagem e coordenadora de Pós-Graduação, Extensão e Centro de Idiomas da Faculdade Pitágoras de Poços de Caldas. Atualmente é docente adjunto da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG), na área da Enfermagem em Saúde Coletiva e Saúde da Mulher. Participa do Grupo de Pesquisa Prática Baseada em Evidências na Saúde EERP-USP. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em: enfermagem perioperatória, enfermagem em saúde da mulher, enfermagem em saúde coletiva, educação em enfermagem e prática baseada em evidências.

Thaila Oliveira Zatiti Brasileiro

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL/MG (2016). Integrante e bolsista do Programa de Educação Tutorial - PET Enfermagem. Integrante do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar (GIPe), da Escola de Enfermagem da UNIFAL/MG. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, Linha de Pesquisa Enfermagem Materno-infantil.

Harold Joseph Rahm

Chegou ao Brasil em 1965 e naturalizou-se brasileiro em 1986, fundou diversas obras aliando-se a leigos e outros religiosos. Em 1978, fundou a entidade filantrópica "Associação Promocional Oração e Trabalho" (APOT), ministrou dezenas de cursos, recebeu diversos prêmios e possui mais de 20 livros publicados. Fundador do instituto Padre Haroldo Rahm e participou ativamente da criação do movimento Epírito Freemind. É um ser iluminado, sempre criativo, obstinado e amoroso.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-63473-23-3



9 788563 473233

