



**CAPACITAÇÃO PARA
MULTIPLICADORES
DE AÇÕES DE PREVENÇÃO
DE DROGAS**

© Governo do Estado do Paraná 2009

Depósito legal na Fundação Biblioteca Nacional, conforme Lei n. 10.994,
de 14 de dezembro de 2004.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte.

Capa e Projeto Gráfico

Evandro Pissaia

Editoração Eletrônica

E Pissaia Editoração Eletrônica Ltda.

Revisão Ortográfica

Claudia Fabiana Bastos Ortiz

Ilustrações

Hamilton Santos da Silva

O presente material foi elaborado com recursos provenientes do convênio 011/2006 firmado entre a União através da Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SENAD e o Governo do Estado do Paraná, através da Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania – SEJU.

SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA E DA CIDADANIA

COORDENADORIA ESTADUAL ANTIDROGAS
CONSELHO ESTADUAL ANTIDROGAS

Rua Brasília Ovídio da Costa, n. 700
Vila Izabel - CEP: 80.320-100
Curitiba - Paraná

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
IMPRESSO NO BRASIL
PRINTED IN BRAZIL



Governo do Estado do Paraná

Roberto Requião de Mello e Silva

Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania

Jair Ramos Braga

Diretoria Geral

Luiz Carlos Giublin Júnior

Coordenadoria Estadual Antidrogas

Sonia Alice Felde Maia

Conselho Estadual Antidrogas

Silvio Alves

Presidente

AUTORES

Cleuse Maria Brandão Barletta, DSM-SESA

Psicóloga - CRP - 08/2871 Chefe de Divisão de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde 041 3330 4526, Rua Piquiri, 170, Rebouças CEP: 80230-140 saudemental@sesa.pr.gov.br

Jônatas Davis de Paula - CEAD/SEJU

Assessor da Coordenadoria Estadual Antidrogas e Secretário Executivo do Conselho Estadual Antidrogas CONEAD (041)3342 6212 Curitiba - Rua Prof. Brasília Ovídio da Costa, 700 Vila Izabel CEP 80320-100 jonatasdavis@seju.pr.gov.br

Silvio Alves - SEED

Técnico pedagógico da equipe de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas, da Coordenação de Desafios Educacionais Contemporâneos, da Secretaria de Estado e Educação do Paraná. Especialista em Filosofia Moderna e Contemporânea e professor de História na Educação Básica. (041) 3340 1597, Av. Água Verde, 2.041, Vila Izabel - CEP: 80240-900 prevencaoseed@yahoo.com.br

Sonia Alice Felde Maia - CEAD/SEJU

Psicóloga - CRP 08/0275, Terapeuta de Família, Coordenadora da Coordenadoria Estadual Antidrogas, Membro do Conselho Estadual Antidrogas (041) 3342 6212 Curitiba - Rua Prof. Brasília Ovídio da Costa, 700 Vila Izabel CEP 80320-100 feldemaia@seju.pr.gov.br



COLABORADORES

Cleia Oliveira Cunha, NOAD - Convênio entre MP/TJ/SESP

Psicóloga - CRP 08/ 0477 Coordenadora do Núcleo de Orientação e Atendimento ao Dependente Químico do Ministério Público, Tribunal de Justiça e Secretaria de Segurança Pública do Estado do Paraná. 041 3232 1869 Rua José Loureiro, 376, 4.º andar CEP: 80010-000 cleiacunha.oliveiracunha32@gmail.com

Irene de Jesus Malheiros - SEED

Professora de Ciências e Biologia (UEPG) e técnica-pedagógica da equipe de Prevenção ao Uso Indevido de Drogas, da Coordenação de Desafios Educacionais Contemporâneos, da Secretaria de Estado de Educação do Paraná (041) 3340 1597, Av. Água Verde, 2.041, Vila Izabel - CEP: 80240-900 prevenção@yahoo.com.br

Maria Cristina Venâncio - CAPE/ DENARC

Psicóloga – CRP- 08/12787. Coordenadora do CAPE e Escrivã de Polícia 2.ª Classe. Curitiba (41) 3232-8367 / 3232-2734-Rua José Loureiro, 376 - 1.º andar Centro - CEP 80010-000 cape@pc.pr.gov.br

Sergio Inácio Sirino - DENARC- Polícia Civil SESP

Delegado Chefe da Delegacia de Narcóticos NRTID - Núcleo de Repressão ao Tráfico Ilícito de Drogas Curitiba (41) 32701700 FAX: (41) 32701700 Curitiba - Av. Bispo Dom José, n.º 2.006 - Batel - CEP: 80440-080 nrtidcuritiba@pc.pr.gov.br

ESTAGIÁRIOS COLABORADORES

Cássia Moreira Feil, Estagiária - CEAD/SEJU

Acadêmica Psicologia - PUC - 5.º período, da Coordenadoria Estadual Antidrogas (041) 3342 6212 Curitiba - Rua Prof. Brasílio Ovídio da Costa, 700 Vila Izabel CEP 80320-100 cead@seju.pr.gov.br

Ivan Carlos Cicarello Jr. Estagiário - CEAD/SEJU (Desenhos entre os capítulos)

Acadêmico Psicologia - PUC - 5.º período, da Coordenadoria Estadual Antidrogas (041) 3342 6212 Curitiba - Rua Prof. Brasílio Ovídio da Costa, 700 Vila Izabel CEP 80320-100 cead@seju.pr.gov.br

Capítulo 1 - Um olhar sobre a questão das drogas a partir do conhecimento histórico	13
Alguns esclarecimentos iniciais	14
Drogas, uma necessidade humana	14
Drogas, principais desafios	15
Alguns conceitos para pensar a problemática das drogas	17
Representação	17
Relações culturais	18
Relações de poder	20
Capítulo 2 - Drogas	23
CONCEITOS TEÓRICOS	24
Conceito de Droga	24
Classificação	25
Quanto à origem	25
Quanto à legalidade	26
Quanto aos mecanismos de ação e efeitos.....	26
Quanto ao local de atuação no cérebro	27
Abstinência	28
Dependência	28
Fatores que influenciam no desenvolvimento da dependência de drogas	31
Co-Dependência/Co-Morbidade	32
Recaída	32
Prevenção de Recaída	33
Usuários	34
Fatores de Risco e de Proteção	34
PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE DROGAS	36
Níveis de Prevenção	36
Prevenção Primária	37
Prevenção Secundária	37
Prevenção Terciária	38
Redução de Danos Secundários ao Uso Indevido de Drogas.....	38

FORMAS DE PREVENIR.....	39
Na família	39
Na comunidade	40
Na escola.....	41
No trabalho.....	41
Na mídia	43
Na saúde.....	44
Capítulo 3 - Rede de Atenção aos Usuários de Drogas	47
A REDE DE SAÚDE (SUS) CONCEITO DE TRATAMENTO	48
1. Atenção básica	49
2. Urgência e emergência	49
3. Serviços ambulatoriais especializados	49
SERVIÇOS HOSPITALARES	53
Hospital Geral	54
Hospital Psiquiátrico Integral (Especializado)	54
Hospital-Dia	55
REDE COMPLEMENTAR OU DE SUPORTE SOCIAL	55
Grupos de Mútua Ajuda	56
Comunidades Terapêuticas.....	56
Internamento Involuntário: aspectos legais	58
Capítulo 4 - Repressão ao Tráfico de Drogas	59
A EXPERIÊNCIA PARANAENSE	60
181 - Narcodenúncia	60
Divisão Estadual de Narcóticos (DENARC)	61
CAPE/DENARC – Centro Antitóxicos de Prevenção e Educação da Divisão Estadual de Narcóticos da Polícia Civil do Paraná/ SESP.....	62
Capítulo 5 - Instâncias Orientadoras de Políticas Públicas sobre Drogas	65
As três esferas do sistema sobre Drogas no Brasil	67
Na esfera nacional	67
Na esfera estadual.....	67
Na esfera municipal	68

Anexos	73
ANEXO 1 PASSOS PARA A CRIAÇÃO DE CONSELHOS MUNICIPAIS ANTIDROGAS	74
Temas sugeridos para a abordagem	76
ANEXO 2 MODELO DE MENSAGEM A SER ENVIADA ÀS AUTORIDADES MUNICIPAIS	78
ANEXO 3 MODELO DE DECRETO DO REGIMENTO INTERNO	83
REGIMENTO INTERNO.....	83
ANEXO 4 PROCESSO DE REALINHAMENTO DA POLÍTICA NACIONAL ANTIDROGAS E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DROGAS	90
ANEXO 5 LEGISLAÇÃO E NORMATIZAÇÃO DO SUS PARA A ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS	91
1. Normas básicas do SUS	91
2. Normas específicas (principais)	91
Lei Federal n.º 10.216, de 06 de abril de 2001	91
Lei Estadual n.º 11.189, de 9 de novembro de 1995 -Paraná	91
Portaria n.º 799/GM, de 19 de julho de 2000.....	91
Portaria n.º 2.197/GM, de 14 de outubro de 2004.....	92
Portaria n.º 2.391/GM, de 26 de dezembro de 2002	92
Portaria n.º 1.028/GM, de 1.º de julho de 2005	92
ANEXO 6 RESOLUÇÃO RDC N.º 101, DE 30 DE MAIO DE 2001 D.O. de 31/5/2001	93
REGULAMENTO TÉCNICO PARA O FUNCIONAMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS - SERVIÇOS DE ATENÇÃO A PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, SEGUNDO MODELO PSICOSSOCIAL	94
1. HISTÓRICO	94
2. CONCEITUAÇÃO	95
3. CRITÉRIOS PARA O TRATAMENTO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DE USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	96
3.1 ADEÇÃO - Grau de resistência ao tratamento de acordo com o comprometimento da pessoa em avaliação	96
3.1.1 Comprometimento Leve	96
3.1.2 Comprometimento Moderado	96
3.1.3 Comprometimento Grave	97
3.2 MANUTENÇÃO - Grau de resistência à continuidade do tratamento	97
3.2.1 Comprometimento Leve	97

3.2.2 Comprometimento Moderado	97
3.2.3 Comprometimento Grave	98
3.3 Comprometimento Biológico	98
3.3.1 Comprometimento Leve	96
3.3.2 Comprometimento Moderado	99
3.3.3 Comprometimento Grave	99
3.4 Comprometimento Psíquico	100
3.4.1 Comprometimento Leve	100
3.4.2 Comprometimento Moderado	100
3.4.3 Comprometimento Grave	100
3.5 Comprometimento Social, Familiar e Legal	101
3.5.1 Comprometimento Leve	101
3.5.2 Comprometimento Moderado	101
3.5.3 Comprometimento Grave	102
3.6 Critérios de Elegibilidade	102
4. PROCEDIMENTOS DO SERVIÇO DE TRATAMENTO A PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	102
5. RECURSOS HUMANOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO A PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	106
6. INFRAESTRUTURA FÍSICA	106
7. MONITORAMENTO	109
ANEXO 7 LEI FEDERAL N.º 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006	110
ANEXO 8 DECRETO N.º 5.912, DE 27 DE SETEMBRO DE 2006	128
ANEXO 9 SUGESTÕES DE FILMES, LIVROS E SITES DA WEB.....	135
FILMES	136
LIVROS	140
SITES	144
REFERÊNCIAS	149
GLOSSÁRIO	151
REFERÊNCIAS	166

Palavra do Secretário

A *Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania* tem realizado, nos limites das suas atribuições, de forma obstinada e incessante, o fomento de ações que visam a melhoria da qualidade de vida, contribuindo, através de informações, treinamentos e ações pontuais na luta pela prevenção ao uso indevido de drogas, como forma de impedir a dor, a exclusão, a degradação humana que o comprometimento com as drogas lícitas e ilícitas produzem nos que com elas se envolvem.

Instigar para provocar a discussão, informar para evitar o desconhecimento das consequências, buscar a reflexão para questões que façam com que tenhamos respostas para perguntas que não calam: *por que permitir que a droga se torne uma opção?* Este tem sido o objetivo dessa Secretaria quando criou a Coordenação Antidrogas e reestruturou o seu Conselho Estadual.

Nossa contribuição através dessa publicação pode ser singela, mas é parte de todo um trabalho que vem sendo desenvolvido pelo Governo do Paraná, em prol de ações operacionais no enfrentamento da realidade, e com a certeza de que alcançaremos nossos objetivos, se todos estivermos unidos com segmentos sociais que destemidamente sabem que vencer as drogas não é utopia, *é real*, quando se busca verdadeiramente a construção de uma sociedade mais justa e solidária!

Des. Jair Ramos Braga

Secretário da Justiça e da Cidadania do Paraná

Apresentação

Vivemos hoje em um país formado pela multiplicidade cultural de cidadãos oriundos de etnias e crenças distintas, que fazem com que existam formas singulares de vivenciar o cotidiano. Constituímos uma sociedade que transmite valores de referência positivos às suas gerações, mas que estimula também o consumismo, o imediatismo, o individualismo e a competitividade, valores estes que têm subsidiado muitas vezes uma estrutura social disfuncional, onde a droga, lícita ou ilícita, se estabelece como meio para atingir o *status quo* exigido e esperado.

O uso de drogas é um fenômeno mundial e acompanha a humanidade desde primórdios. Hoje, apesar de variar de região para região, afeta praticamente todos os países. Entretanto, nas últimas décadas, as tendências do uso de drogas, especialmente entre os jovens, começaram a convergir. No mundo todo, cerca de 200 milhões de pessoas – quase 5% da população entre 15 e 64 anos – usam drogas ilícitas pelo menos uma vez por ano. Cerca de metade dos usuários usa drogas regularmente, isto é, pelo menos uma vez por mês. A droga ilícita mais consumida no mundo é a *cannabis* (maconha e haxixe). Cerca de 4% da população mundial entre 15 e 64 anos usa *cannabis* enquanto 1% usa estimulantes do grupo *anfetamínico*, cocaína e *opiáceos*. O uso de heroína é um grave problema em grande parte do planeta – 75% dos países enfrentam problemas com o consumo da droga (UNODOC, 2008).

Muitas vezes gostaríamos que as drogas simplesmente não existissem, principalmente quando vemos pessoas a quem amamos sofrendo em consequência do envolvimento com elas. Porém, as drogas sempre fizeram parte da cultura e sempre estiveram presentes nas sociedades humanas.

Cabe-nos o seguinte questionamento: o que mudou? Mudou o comportamento das pessoas diante da droga. Do uso social ao problemático, o álcool é a droga lícita mais consumida no mundo. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 2 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas. Seu uso indevido é um dos principais fatores que contribuem para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável na América Latina por cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos, índice quatro vezes maior do que a média

mundial. Segundo dados do I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo do Álcool na População Brasileira, de 2007, as bebidas alcoólicas são as substâncias *psicotrópicas* mais utilizadas por adolescentes entre 14 e 17 anos.

O que podemos fazer é tentar evitar que as pessoas se envolvam com drogas precocemente, especialmente com o álcool, desenvolvendo estratégias educativas e preventivas junto aos pais, cuidadores e educadores. Aos que já se envolveram, cabe-nos ajudá-los a evitar que se tornem dependentes; aos que já se tornaram dependentes, cabe-nos oferecer os melhores meios para que possam abandonar a dependência, auxiliando-os a se reinserirem na sociedade. Se, apesar de todos os nossos esforços, eles continuarem a consumir drogas, temos a obrigação de orientá-los para que o façam da maneira menos prejudicial possível.

Uma das melhores estratégias da prevenção é a informação. É preciso saber sobre as drogas, especialmente sobre seus riscos. Drogas podem causar danos à saúde, além de diminuir a percepção de perigos. Por alterar o nível de consciência, o uso de drogas pode levar a práticas arriscadas, como sexo sem preservativo ou compartilhamento de seringas e outros materiais que podem transmitir doenças, como o HIV/Aids e a hepatite.

Para auxiliar na compreensão, desenvolvimento de estratégias de enfrentamento ao uso indevido de drogas lícitas e ilícitas e influir no frágil equilíbrio entre demanda e oferta para se obter reduções no Estado do Paraná, o Conselho Estadual Antidrogas (CONEAD) e a COORDENADORIA ESTADUAL ANTI DROGAS (CEA) lançam este caderno, o qual objetiva divulgar informações para multiplicadores que estimulem a criação de novos Conselhos Municipais Antidrogas (COMADs), fornecendo o suporte técnico-teórico necessário para a elaboração de documentos, divulgando a estrutura das três esferas de governo e informações sobre a rede de serviços de atenção ao dependente químico.

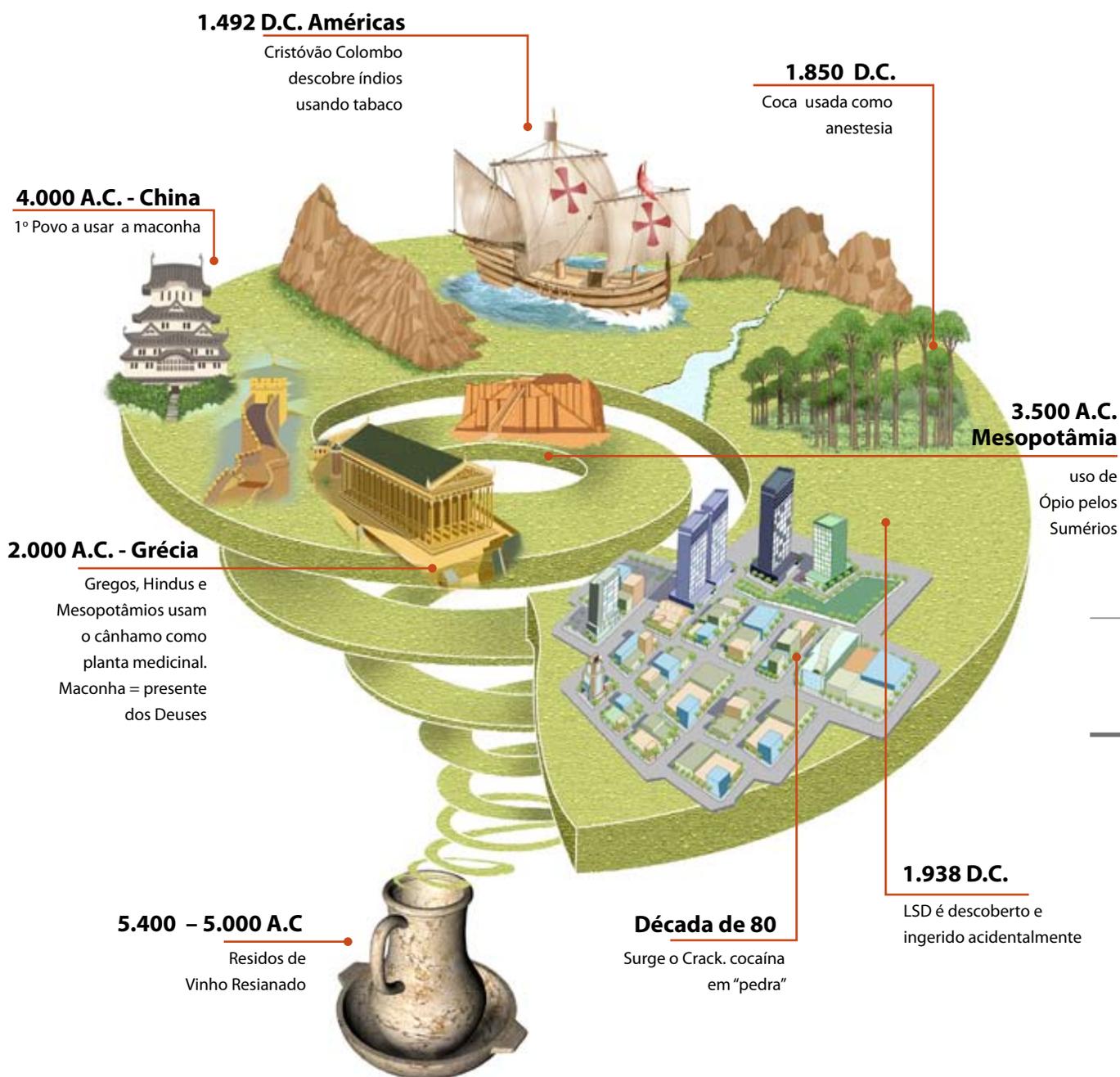
Neste material, você encontrará palavras destacadas em *itálico*, as quais contêm um maior detalhamento no glossário.

Sonia Alice Felde Maia

CEAD/SEJU

Capítulo 1

Um olhar sobre a questão das drogas a partir do conhecimento histórico



Alguns esclarecimentos iniciais

As drogas passam a compor um problema social na medida em que se constata o uso cada vez mais precoce, o predomínio de propostas normativas e prescritivas nas ações de prevenção, a noção de que o consumo é um fenômeno recente e a hipertrofia do lucro relacionada ao tráfico das drogas ilegais.

Diante disso, argumentamos sobre a necessidade de novos olhares para a compreensão desse problema, como por exemplo os provenientes das ciências humanas, especialmente, o conhecimento histórico. Mas, que contribuições o conhecimento histórico pode proporcionar em relação às drogas?

Inicialmente, temos de ter clareza quanto a uma das especificidades do conhecimento histórico, qual seja, a de “decifrar a realidade do passado por meio de suas representações”.¹ Para isso, temos que nos apropriar das manifestações que os sujeitos históricos **têm** de si mesmos e do mundo em que vivem; tais manifestações são percebidas, através de seus discursos e imagens produzidos no processo histórico. Mas, o que perceber em suas produções discursivas e imagéticas sobre as drogas, por exemplo? Devemos nos ater às mudanças, às permanências e às rupturas produzidas pelos sujeitos históricos em relação às drogas no decorrer do tempo histórico.

Portanto, as reflexões aqui propostas visam adicionar outros aspectos à discussão sobre as drogas, já que o tema tem sido marcado pelo predomínio dos saberes biológicos, psicológicos, jurídicos e religiosos. Argumentamos, assim, que o conhecimento histórico sobre as drogas, desenvolvido com o auxílio de outras ciências sociais e humanas, possibilita outras formas de pensar, falar e agir em relação à presença das drogas em nosso cotidiano, como por exemplo: repensar como têm sido nossas práticas em relação ao problema, bem como avançar no processo de implementação de políticas públicas sobre a prevenção ao uso de drogas no Estado do Paraná.

Drogas, uma necessidade humana

14

Em decorrência do exposto, depreende-se que as drogas, na perspectiva do conhecimento histórico, não são percebidas como algo “bom” ou “ruim”, pois não é o juízo de valor sobre o uso de drogas que está em jogo. Ao contrário, interessam as representações sobre as mesmas, presentes nos discursos e imagens dos sujeitos históricos. Portanto, as drogas, tanto as lícitas como as ilícitas, podem ser vistas como mercadorias ou produtos de consumo; nessa perspectiva, ao lado dos alimentos e remédios, as drogas visam suprir as *necessidades humanas*.²

Entende-se por *necessidades humanas* o conjunto das carências dos seres humanos, o qual se apresenta aberto, dinâmico e em transformação. Como são percebidas tais necessidades no cotidiano?

1 Sandra Jatahy Pesavento. **História & história cultural**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007, p.42.

2 Henrique Soares Carneiro. **As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX**. 2002. Disponível em: www.neip.info. Acesso em: 17 de jul. 2008.

Essas necessidades participam da vida social através dos medicamentos (barbitúricos, estimulantes, antidepressivos, etc.), dos rituais religiosos (como o vinho e a *ayahuasca*); dos usos sociais (sobretudo, o álcool) e dos recreacionais (como o tabaco, por exemplo). Portanto, a partir dessa perspectiva, as drogas, para o bem e para o mal, fazem parte do convívio humano há muito tempo, em várias culturas, sendo utilizadas nas mais diferentes situações cotidianas.

Drogas, principais desafios

Situar as drogas como uma *necessidade humana* nos permite problematizar um aspecto-chave no processo de construção do conhecimento histórico. Os historiadores, produtores do conhecimento histórico, partem dos problemas percebidos no presente e daí se dirigem ao passado. Ao contrário do que comumente se pensa, o conhecimento histórico só se interessa pelo passado na medida em que são percebidos problemas e desafios no momento presente. Portanto, o movimento dos estudos históricos pode ser realizado do presente para o passado e através dessa estratégia podemos encaminhar uma abordagem histórica sobre o problema das drogas. Nessa medida, podemos apontar, pelo menos, quatro aspectos-chave sobre as drogas na atualidade:

1. A precocidade das primeiras experiências – estudos³ demonstram que por volta de oito, dez anos de idade, algumas crianças já estabelecem seus primeiros contatos com substâncias psicoativas, como o álcool e o tabaco. Esse é um fato novo, pois era comum, até as últimas décadas, o envolvimento de adolescentes com as drogas ocorrer entre 14 e 16 anos de idade.
2. O predomínio de uma abordagem repressiva e proibicionista – em geral, as práticas de prevenção ao uso de drogas, especialmente no contexto educacional, caracterizam-se por um discurso pouco abrangente sobre a questão. De fato, pode-se dizer que é consensual, por parte do setor educacional, o entendimento de que a prevenção ao uso de drogas apresenta-se como uma ação necessária. Contudo, na prática, verifica-se um certo distanciamento do problema, pois tem sido comum nas escolas, ao abordar a prevenção às drogas, convidar profissionais de outras áreas, como advogados, policiais militares, psicólogos, entre outros, para falar do assunto. Em decorrência disso, os professores das disciplinas da educação básica, que poderiam tratar da questão a partir dos conteúdos de suas disciplinas, perdem espaço para implementar essa discussão em uma perspectiva pedagógica.

Outro aspecto a ser considerado se refere às ações pontuais e esporádicas de prevenção ao uso de drogas no espaço escolar. É comum ocorrer um esforço concentrado, por parte da gestão escolar e em algumas disciplinas – como a comemoração do Dia Internacional de Combate ao uso de Drogas (26/06) e do Dia Mundial do Combate ao Tabagismo (31/05), além da implementação de projetos sobre o assunto em um curto espaço de tempo. Diante disso, argumentamos que devemos repensar essa prática, visto que os resultados obtidos não têm sido significativos, nem para os alunos nem para os educadores.

3 Maria Angela Silveira Paulilo e outras. Risco e vulnerabilidade: jovens e drogas. **Revista Semina**. Londrina, v. 22, p. 57-66, set. 2001.

3. A hipertrofia do lucro – para o historiador Henrique Soares Carneiro, as práticas proibicionistas sobre as drogas, principalmente as ilícitas, como os derivados de coca, ópio e maconha, tendem a “aumentar a voracidade da especulação financeira nesse ramo de alta rentabilidade do capital e, ao mesmo tempo, inflar o aparato policial na tarefa da repressão moral”.⁴

Com a Lei Seca, vigente de 1920 a 1934, nos Estados Unidos, intensifica-se o estatuto proibicionista. Em decorrência disso, ocorre a separação da indústrias farmacêuticas, do tabaco e do álcool, da indústria clandestina das drogas proibidas. Com essa separação, ocorre o desenvolvimento de um processo de hipertrofia do lucro, das substâncias proibidas.

Nessa perspectiva, Argemiro Procópio, em um estudo sobre o narcotráfico no Brasil, diz que “plantar mandioca, feijão, arroz, milho ou melancia não enriquece ninguém, ao contrário, costuma quebrar muitos agricultores”. Por outro lado, prossegue o autor, “enquanto permanecerem na ilegalidade, continuarão sendo, as plantações e o comércio da maconha um dos melhores negócios no Brasil”. E, para finalizar, ironiza a situação do plantio clandestino de maconha no sertão de Pernambuco: “sabe-se hoje que a forma fácil do agricultor sair da falência e pagar suas dívidas nos bancos é cultivando a *cannabis*. Um passeio pelo sertão, acompanhando o rio São Francisco, demonstrará o quanto é verídica essa afirmação”.⁵

4. Ser um fenômeno recente – na atualidade, outro aspecto desafiador sobre as drogas está relacionado com o processo de construção do conhecimento histórico. Prevalece em nosso meio o entendimento de que “a idéia do consumo de drogas é um *fenômeno recente*”.⁶ Isso significa que, em geral, temos dificuldade em aceitar que as drogas configuram-se como práticas que estão há séculos entre as culturas ocidentais e orientais. Tais práticas manifestam-se através dos ritos religiosos, das danças, dos usos sociais, entre outros. Além disso, estudos históricos demonstram que o *saber* sobre as drogas é relativamente *recente* e está *em construção*, por exemplo, conforme Henrique Soares Carneiro: “todo o saber botânico europeu reduzia-se, no início do XVI, a uma lista de, no máximo, cerca de 500 plantas”.⁷

A constatação do uso de drogas como um fenômeno recente deve-se, segundo E. Guerra Doce, ao fato de que: “desde metade do século XX tem-se incrementado o consumo de drogas nas sociedades ocidentais e por esta razão tende-se a pensar que esta é uma conduta recente. Este é, ao menos, o caso dos produtos de sínteses. Porém, não se pode dizer o mesmo da ampla variedade de plantas com propriedades psicoativas que se encontram na natureza, cujo consumo direto ou através de simples métodos de processamento, produzem uma modificação transitória da consciência ao consumidor”.⁸

Diante do exposto, argumentamos que as drogas constituem um problema atual, na medida em

4 CARNEIRO, 2002b

5 PROCÓPIO, Argemiro. **O Brasil no mundo das drogas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999, p. 126-127.

6 PUC-RIO, 2008, p.37.

7 Henrique Soares Carneiro, 2002, p.32.

8 Desde mediados del siglo XX se ha incrementado el consumo de drogas en las sociedades occidentales y por esta razón tiende a pensarse que es ésta una conducta reciente. Ése al menos es el caso de los productos de síntesis, pero no puede decirse lo mismo de la amplia variedad de planta con propiedades psicoactivas que se encuentran en la naturaleza, cuyo consumo directo o tras sencillos métodos de procesado, produce una modificación transitoria de la consciencia al consumidor” (DOCE, 2006, p. 53-54).

que crianças estão sendo envolvidas, seja através do uso, como também com o tráfico, principalmente, nos grandes centros, como Rio de Janeiro e São Paulo. Além disso, o tráfico de drogas está relacionado com a questão da hipertrofia do lucro, o que faz certas substâncias ilícitas, como a maconha, a cocaína, o *crack* e o *ecstasy* terem uma espécie de superfaturamento na venda final aos usuários. Também, há o predomínio de pelo menos duas visões que merecem mais atenção, sobretudo por parte dos gestores públicos: uma abordagem preventiva pouco abrangente e a noção predominante de que o problema das drogas é recente.

Alguns conceitos para pensar a problemática das drogas

Neste item pretende-se aprofundar o tema em tela, a fim de pontuar com mais precisão o processo de abordagem do conhecimento histórico sobre a questão das drogas. Para isto, a estratégia sugerida é a de relacionar três conceitos com dados e informações históricas sobre as drogas.

Essa estratégia nos permite estabelecer relações entre presente e passado, a fim de identificar as mudanças, permanências e rupturas sobre a presença e os significados das drogas para a humanidade em diferentes tempos e lugares. Supomos que esse exercício nos permitirá uma aproximação mais adequada e compreensiva diante das manifestações das drogas na atualidade, bem como das representações e significados atribuídos pelos sujeitos históricos a essas substâncias.

Representação

Esse conceito é central na esfera da nova história cultural. Na impossibilidade de explicar o passado tal como foi, construímos sempre em relação a ele uma representação.⁹ Para Sandra Jatahy Pesavento, representação “são matrizes geradoras de condutas e práticas sociais, dotadas de força integradora e coesiva, bem como explicativa do real”.¹⁰ Portanto, a representação do mundo constitui-se nas formas integradoras da vida social, construídas pelos sujeitos para manter a união do grupo. São expressas por normas, instituições, discursos, imagens e ritos. Tais representações formam uma realidade paralela à existência dos indivíduos, e fazem os homens viverem por elas. Assim, se construímos representações do passado, de nossa história, eivadas de estereótipos em relação aos usuários de drogas, estamos contribuindo para fomentar práticas de preconceito e discriminação.

Sobre as representações de algumas culturas em relação às drogas, identificamos diferenças significativas, como, por exemplo, o que é excesso e o que é sobriedade em relação ao seu uso. No processo de colonização dos europeus na América, isto evidenciou-se entre indígenas e espanhóis. Conforme, Henrique Carneiro Soares, “na América, o conceito indígena de excesso e de sobriedade era diferente dos europeus (...) Para os espanhóis, era uma vergonha a embriaguez excessiva mas não um consumo regular moderado, enquanto que para os índios mexicanos, por exemplo, era o contrário,

9 Sandro Cavalieri Savoia, 2008.

10 PESAVENTO, 2007, p.39

pois condenavam beber álcool diariamente mas quando bebiam em datas cerimoniais faziam-no até o extremo, até a perda dos sentidos. Essa perda do autocontrole era vista pelos espanhóis como o pior dos comportamentos”.¹¹

Portanto, temos entre indígenas mexicanos e espanhóis representações diferentes sobre os usos, neste caso, do álcool. Enquanto, para uma sociedade a regularidade do uso diário do álcool, no caso dos espanhóis, era aceita e bem vista, para outra, a dos índios mexicanos, o uso do álcool não era regular e sim adequado às cerimônias, nas quais utilizá-lo “até cair” era, pode-se dizer, a regra e não a exceção. Uma explicação para as diferenças de representação entre essas duas maneiras de lidar com o álcool é dada por Henrique Soares Carneiro, ao constatar que “(...) mais do que a quantidade de álcool ingerida, o que definia a moderação indígena era o respeito à ocasião apropriada de beber”. (2002, p.184).

Outra situação se refere ao conceito de droga lícita e ilícita. De acordo com Elson Lima, é impossível realizar uma “separação conceitual nítida entre drogas ilícitas e lícitas”, pois “em países islâmicos, enquanto o consumo de álcool é ilícito e severamente punido pelas leis do Corão, o mesmo não acontece ao haxixe, que é claramente tolerado. No Ocidente estas normas se invertem”. Essa situação demonstra que a divisão entre droga lícita e ilícita não se prende a critérios médicos e sim, ainda segundo esse autor, a “amplas flutuações nos diversos contextos socioculturais”.¹²

Considerar as nossas representações sobre as drogas, bem como as do público com quem lidamos, é fundamental para identificarmos os limites, os preconceitos e as distorções. Temos que lembrar que, em geral, prevalecem em nosso meio social representações das drogas como algo “do mal”, pecaminoso, associado à violência, relacionado com a morte, etc. Essas formas de representar drogas são datadas, sendo desenvolvidas e disseminadas, sobretudo, a partir do início do século XX, no bojo da implementação da Lei Seca nos Estados Unidos, na década de 1920.

Diante disso, argumentamos que devemos repensar nossa representação sobre as drogas em uma perspectiva crítica e relacional. Nesse sentido, o conhecimento histórico contribui ao nos proporcionar um conjunto de dados e conhecimentos sobre as diversas maneiras de uso de droga nas culturas de hoje e de ontem.

Relações culturais

A cultura de uma nação, povo ou país permite conhecer os conjuntos de significados que os sujeitos conferem à sua realidade para explicar o mundo. As relações culturais demonstram que as sociedades contemporâneas são semelhantes em sua organização político-econômica, bem como na estrutura comum dos modos de pensar, agir e perceber o mundo. Essas características comuns entre as sociedades também se aplicam ao uso de drogas. Pode-se afirmar, portanto, que as drogas são utilizadas praticamente por todas as sociedades. Esses usos são percebidos nos rituais religiosos, nos usos sociais,

11 CARNEIRO, 2002, p.183.

12 Elson Lima. Drogas nas escolas: quem consome o quê? **Séries Idéias**, São Paulo: FDE, n. 29, p.119-131, 1996.

recreacionais e medicinais. Contudo, conforme o antropólogo Edward MacRae, é possível identificar especificidades culturais em tais usos, por exemplo:

- na Grécia antiga utilizava-se o ópio para tratar uma série de males. O uso do ópio, conforme o antropólogo, “nunca foi percebido pelos gregos como degradante, ao contrário do vinho, visto com bastante reserva”.¹³
- entre os romanos, que foram bastante influenciados pelos gregos, “as drogas continuavam a ser vistas como basicamente neutras”.¹⁴ Para os romanos, os efeitos das drogas, positivos ou negativos, tinham a ver com a dosagem e a maneira de uso. Eles apreciavam as bebidas alcoólicas. O consumo de bebidas alcoólicas era proibido às mulheres e aos menores de 30 anos de idade. Um aspecto importante entre os romanos era a chamada ebriedade sóbria, ou seja, o consumo de vinho, por exemplo, era visto como uma forma de autoconhecimento, propiciando o relaxamento com dignidade.
- nos séculos XIV e XV, entre os povos sob a influência do islamismo, persistia uma maior tolerância em relação ao uso de certas drogas, como é o caso do uso do haxixe nos dias atuais. Contudo, o uso do álcool já era restrito, pois o próprio Maomé o censurava em decorrência do comportamento ridículo e da falta de confiabilidade de certas pessoas que se embriagavam.
- por volta de 1500-2000 a.C., em algumas culturas pré-colombianas, localizadas na atual região Amazônia Equatoriana, o uso da *ayahuasca* já fazia parte do cotidiano. Vasos de cerâmica, estatuetas antropomorfas e outros artefatos demonstram esse uso.¹⁵ Atualmente, o uso ritualístico da *ayahuasca* é feito “em datas previamente marcadas em um calendário; a bebida tem um local específico para seu armazenamento, que em geral fica na própria igreja; o psicoativo é distribuído em filas, e em determinados momentos do ritual, que geralmente são padronizados”. (SANTOS, 2007, p.4).

Posto isso, constata-se, pelo menos, dois aspectos importantes. Primeiramente, o uso de drogas faz parte das sociedades há muito tempo. Isto, de certa forma, põe em crise a idéia de que é um fenômeno recente como vimos anteriormente. Outro ponto diz respeito às diversas maneiras desse uso: como remédio, no caso do ópio para os gregos; com finalidade de autoconhecimento, para os romanos; e, no caso da *ayahuasca*, com regras, procedimentos e acompanhamento. Tais aspectos implicam, necessariamente, a compreensão de que não podemos nem devemos generalizar os usuários de drogas de forma preconceituosa e precipitada, tratando-os como se todos fossem “uns perdidos”, “fracos” e “vagabundos”.

13 MACRAE, 2001, p.5.

14 MACRAE, 2001, p.6.

15 SANTOS, 2007, p.3

Relações de poder

As relações de poder estão presentes nos contatos diários realizados entre as pessoas. Entende-se por relações de poder essa “multiplicidade de correlações de força que são imanentes ao domínio ao qual se exercem”, seja na família, nos relacionamentos amorosos e nas relações de trabalho. Além de serem imanentes, isto é, inseparáveis das relações cotidianas, as relações de poder se manifestam também como resistência, por meio de um “jogo que, conforme Michel Foucault, se realiza através de lutas e afrontamentos incessantes”.¹⁶ Esse jogo, por sua vez, acaba por transformar, reforçar e até mesmo inverter as relações de poder no convívio social, político e econômico entre as pessoas.

Esse conceito no âmbito da questão das drogas permite, entre outros aspectos, compreender a complexa rede composta de sujeitos, instituições e grupos sociais visíveis e “invisíveis”, ou melhor, “anônimos”, envolvidos no processo de produção, distribuição e consumo das drogas, sobretudo. O caso da cocaína pode ser utilizado para exemplificar essa complexa rede em torno da questão das drogas. “Não há como esconder que a cocaína, nos diz Argemiro Procópio, em menos de três décadas, integrou as Américas em um esquema de contravenção continental sem paralelo na história”. O movimento que a cocaína promove nessa região desencadeia um “grande fluxo humano, movimentação de capitais, emprego e estratégias montadas para a lavagem de dinheiro, incrementa o setor industrial, agropecuário, financeiro e de construção civil nos países americanos”.¹⁷

Além disso, pode-se aplicar o conceito de relações de poder no campo da produção de conhecimento sobre a questão das drogas, pois constata-se o domínio de determinados discursos de conhecimento em detrimento de outros. Nesse sentido, “o enfoque biomédico, segundo Santos, parece dominar as discussões sobre a ‘questão das drogas’ em nossa sociedade”.¹⁸ Ao considerarmos as palestras realizadas nas escolas, podemos identificar o predomínio de profissionais da área da saúde, como médicos, psicólogos, enfermeiros, entre outros. Contudo, mesmo que esse enfoque esteja presente em abordagens mais humanitárias, ele aparece de maneira predominante, demonizando ora as substâncias ora as pessoas que as consomem.

No entanto, ao que tudo indica esse jogo está mudando, pois se percebe atualmente a presença de outros discursos provenientes das ciências humanas. Antropólogos, sociólogos e historiadores cada vez mais estão ampliando os olhares sobre a questão das drogas. Esses profissionais estudam outras perspectivas como: os usos religiosos, as diferentes concepções de embriaguez nas culturas, bem como as concepções divergentes entre botânicos sobre as plantas psicoativas.

Em outra circunstância histórica, no final do século XVII, houve um embate entre o conhecimento produzido pelos botânicos sobre plantas psicoativas e as censuras eclesiais da igreja católica. Conforme as pesquisas de Henrique Carneiro Soares, o conhecimento produzido sobre as plantas psicoativas da América “não era imune aos rigorosos mecanismos de controle que o mundo europeu e colonial conheceu a partir do final do século XVII. Os livros publicados no período moderno eram objeto de três diferentes censuras, a eclesial, a inquisitorial e a real”.¹⁹

16 FOUCAULT, 1988, p.88.

17 PROCÓPIO, Argemiro. **O Brasil no mundo das drogas**. 1999, p.14.

18 SANTOS, 2007, p.16.

19 SOARES: 2002, p.33.

A existência desse embate e o predomínio da censura eclesiástica sobre o parecer dos botânicos influenciaram na aceitação de determinados tipos de drogas em detrimento de outros. As influências dos setores eclesiásticos e da realeza determinaram, por exemplo, a “aceitação das bebidas excitantes (café, chá), do tabaco e dos sedativos, mas ordenou a proscricção dos alucinógenos e a detratção dos filtros. As decisões sobre a aceitação e negação das drogas implicam também os interesses econômicos, pois “a introdução do café e do chá representou a ascensão de um gosto burguês seduzido pelas virtudes dos excitantes, excelentes auxiliares do desempenho laboral”.²⁰

Esse texto teve como objetivo apresentar possibilidades de outros olhares sobre o problema das drogas na atualidade. O conhecimento histórico apresentou-se como uma estratégia fundamental na construção de novos olhares sobre esse assunto, pois permite partir das preocupações do momento presente e relacioná-las com o passado. Além disso, o conhecimento histórico oferece conceitos fundamentais – como *representação*, *relações culturais* e *relações de poder* – para problematizar e ampliar o debate sobre as drogas na sociedade. Com isso, observa-se uma via fecunda para avançar no processo de prevenção ao uso indevido de drogas na sociedade em geral.

Outro elemento importante que se pode depreender da abordagem histórica sobre as drogas é o fato de que, de certa forma, todos somos suscetíveis ao uso de drogas. As drogas são substâncias utilizadas, para o bem e para o mal, pelas culturas em várias circunstâncias, por exemplo, como remédio, em rituais religiosos, recreacionais, entre outros. Contudo, constata-se no bojo da sociedade industrial capitalista usos abusivos dessas substâncias, que por sua vez acarretam uma série de problemas para o próprio usuário, como também para a sociedade. Entre esses problemas podemos citar: os atos violentos presentes no processo do narcotráfico e os acidentes de trânsito causados por motoristas alcoolizados.

O conhecimento histórico sobre a problemática das drogas propicia, ao menos, dois movimentos reflexivos que devemos considerar. O primeiro diz respeito ao processo de problematização que devemos realizar sobre o uso das drogas. Um exemplo disso é o debate sobre drogas lícitas e ilícitas, pois como vimos as idéias do que é proibido e do que é liberado, sobre drogas, mudam no decorrer do tempo e conforme as culturas que delas fazem uso. Outro aspecto-chave é a necessidade de reconsiderarmos o que são usuários de drogas. Em geral, o preconceito prevalece sobre os usuários em geral. Parece-nos que é o momento de reavaliarmos essa postura, pois diante da multiplicidade de uso de drogas devemos olhar para esses usuários de acordo com as circunstâncias em que se encontram. Portanto, a partir das questões trabalhadas, dos argumentos e conceitos sugeridos, é fundamental no debate sobre a questão das drogas na atualidade perceber *quem fala sobre as drogas, de onde fala sobre as drogas e como fala em relação às drogas*.

Capítulo 2

Drogas



CONCEITOS TEÓRICOS

Conceito de Droga

A palavra “droga” tem origem na palavra *droog* (holandês antigo) que significa folha seca, alguma coisa seca (SENAD, p.7, 2008); isto porque antigamente quase todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais. O conceito mais comum usado para se referir a uma droga, estupefaciente ou entorpecente é “toda substância que provoca alterações psico-químicas no organismo, ou seja, alterações nos sentidos e no funcionamento do organismo” (OMS, 1989).

É importante notar que a palavra “droga” pode ter vários sentidos, não se restringindo ao fato de ser algo ilegal e prejudicial à saúde. Vários medicamentos que têm a função de combater enfermidades específicas, como a aspirina®, por exemplo, podem ser considerados como drogas, porém usados para fins medicinais.

Ao longo do tempo, as palavras empregadas para descrever a droga têm sofrido importantes variações. Na Grécia Antiga, a droga, denominada *pharmakom*, tinha duplo significado: remédio e veneno. Este simples conceito, refletindo certa ambivalência, representava a tentativa dos gregos de traduzir o poderoso efeito dessas substâncias sobre a mente e o corpo do indivíduo. Atualmente, a definição em vigor, expressa pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é: *qualquer substância natural ou sintética que, administrada por qualquer via no organismo, afeta sua estrutura ou função.*

Essas substâncias provocam alterações diferentes em cada pessoa, de acordo com suas características físicas e/ou psicológicas, conforme a droga usada, o efeito esperado, o contexto em que é consumida e a quantidade. As substâncias que modificam o funcionamento do SNC (Sistema Nervoso Central), alterando sensações, emoções, consciência, humor e comportamento são chamadas drogas *psicoativas*.

24

Em geral, as pessoas acreditam que o uso de drogas está relacionado às substâncias consideradas ilícitas, remetendo a questões de proibição e perseguição ao comércio das mesmas e aos problemas que dizem respeito ao narcotráfico. Seu uso também é associado a comportamentos de agressividade, violência, conduta alterada ou prejuízo no trabalho e no desempenho escolar.

No entanto, os maiores problemas advindos do uso abusivo de drogas não são apresentados pelos usuários de drogas ilícitas, e sim pelos usuários de bebidas alcoólicas e tabaco. Portanto, usamos o termo “uso indevido de drogas” quando queremos nos referir ao abuso feito por usuários habituais e/ou dependentes de substâncias lícitas ou ilícitas, com prejuízos pessoais, afetivos, sociais e profissionais. Quando seu uso é indicado ou prescrito por profissionais de saúde como medicação e como tratamento, desde que respeitadas as dosagens, frequência e tempo de consumo, podemos dizer que o mesmo não é indevido.

No Brasil, estudos realizados pelo Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas (CEBRID), através do II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas, que envolveu as 108 maiores cidades do país com mais de 200 mil habitantes (2005) mostram que na faixa etária de 12 a 65 anos de idade, o uso de drogas ilícitas e medicamentos é modesto comparado ao uso do álcool e tabaco. Estatísticas da OMS indicam também que o aumento de consumo mais consistente e preocupante na população brasileira é o de bebidas alcoólicas, apresentando índice 154,8% maior entre 1960 e 2000, no uso *per capita*. Tais dados situam o Brasil entre os 25 países do mundo em que mais aumentou o consumo de álcool durante esse período. No último relatório da OMS, o consumo de bebidas alcoólicas obteve o 1.º lugar, entre os principais fatores de risco para morte, doenças e ferimentos devido a acidentes e violência em nosso país, enquanto o consumo de tabaco ocupou o 3.º lugar e o de drogas ilícitas não chegou a constar da lista.

Além disso, no Brasil 70% dos acidentes fatais de trânsito estão relacionados ao consumo de álcool e de outras drogas (DETRAN, 2007).

Esses dados indicam a importância de um trabalho de toda a sociedade, no sentido de prevenir e reduzir os riscos e os danos causados pelo uso impróprio e abusivo de álcool e outras drogas, devido aos problemas de saúde, sociais e pessoais decorrentes do mesmo.

Classificação

Há mais de uma forma de classificar as drogas, a saber:

- ① quanto à origem;
- ② ao aspecto legal;
- ③ mecanismos de ação e efeitos, e ainda;
- ④ quanto ao local de atuação no cérebro.

1 Quanto à origem

As drogas psicoativas podem ser divididas em três grupos:

- **Naturais** - certas plantas que contêm drogas psicoativas, sendo essa matéria-prima usada diretamente como droga ou extraída e purificada.

Exemplos: maconha (THC - Tetrahydrocannabinol), cogumelos e *trombeteira* consumidos em forma de chá, ópio (*Papaver somniferum*) derivado da papoula do oriente, tabaco e folhas de coca.

- **Semissintéticas** - resultado de reações químicas realizadas em laboratórios utilizando drogas naturais.

Exemplos: cocaína (*crack*), tabaco (cigarro), heroína (ópio) e álcool. Algumas delas são produzidas em escala industrial, como as bebidas alcoólicas e o cigarro.

- **Sintéticas** - produzidas unicamente em laboratório por manipulações químicas, que não dependem de substâncias vegetais ou animais como matéria-prima para sua elaboração.

Exemplos: *LSD-25*, *ecstasy*. Nessa categoria, incluem-se também os calmantes e os barbitúricos, ou remédios para dormir, *ice* e anfetaminas fabricadas pela indústria farmacêutica com finalidade médica.

2 Quanto à legalidade

- **Lícitas** - cuja produção, comércio e uso não são considerados crime.

Exemplos: tabaco, cafeína e álcool, que são as drogas lícitas mais conhecidas e de uso praticamente universal.

- **Ilícitas** - cuja produção, comércio e uso são considerados crime, sendo proibidas por leis específicas. "A lei sobre drogas ilícitas no Brasil é a de n.º 11.343/06" (anexo 4).

Exemplo: maconha, cocaína, *crack*, LSD, *ecstasy*, mescalina.

A classificação sofre diferenças conforme época e localidade. Enquanto em nosso país é permitido o uso do tabaco e do álcool, assim como na maioria dos países ocidentais, nos de orientação muçulmana o consumo do álcool é proibido. É fundamental, no entanto, chamar a atenção para o fato de que o uso e a comercialização do álcool e do tabaco no Brasil é permitido a indivíduos com idade superior a 18 anos.

3 Quanto aos mecanismos de ação e efeitos

De acordo com os mecanismos de ação, as drogas são divididas em três grupos:

- **Depressoras** - causam redução e lentificação do funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC), além de uma diminuição do ritmo de suas ações e das funções orgânicas de modo geral, deixando as pessoas mais relaxadas. Em decorrência dessa lentificação, pode ocorrer sonolência, dependendo das doses ingeridas pelas pessoas, dificuldades nos processos de aprendizagem e memória, depressão, agressividade, paranóia, dificuldades de coordenação motora, problemas vasculares, digestivos. Por causar tais efeitos, algumas dessas substâncias são também chamadas de "sedativos" ou "hipnóticos". Várias delas são usadas com fins médicos, como os benzodiazepínicos, os opiáceos, os indutores de sono e anestesia.

Exemplo: álcool, benzodiazepínicos, opiáceos (morfina, codeína), inalantes.

- **Estimulantes** - causam aceleração do funcionamento mental e modificam o comportamento, provocando agitação, excitação, insônia, inapetência e outros efeitos, como alterações de funções de raciocínio, emoções (*idéias paranóides*), sentidos da visão e audição (alucinações), provocando estímulos intensos no sistema de recompensa cerebral, induzindo a estados de euforia. As consequências nos sistemas orgânicos mais afetados são danos no coração, artérias, cérebro, pulmões e sistema reprodutivo. A abstinência pode levar a irritabilidade, agressividade e grande compulsão pelo consumo ("*fissura*" ou "*craving*").

Exemplo: anfetamina, cocaína (*crack*) cafeína, nicotina.

- **Alucinógenas ou perturbadoras** - causam alterações no funcionamento cerebral, ocasionando fenômenos de alteração da percepção de sons, imagens, sensações táteis e do senso de espaço e tempo, podendo chegar a crises de pânico, delírios e alucinações. Esse conjunto de efeitos caracteriza um estado que os usuários conhecem como "viagem". Produzem uma série de distorções qualitativas no funcionamento cerebral, como delírios, alucinações, pensamento, humor e memória alterados, podendo desencadear surtos psicóticos em pessoas vulneráveis, náuseas, vômitos, boca seca, hipertermia, dor abdominal, sudorese.

Além de perturbadoras, essas drogas também são chamadas de alucinógenas, psicodélicas ou psicodislépticas e psicótico-miméticas.

Exemplo: LSD-25, maconha, *ecstasy*, mescalina, algumas espécies de cogumelos (psilocibe), anticolinérgicos, *ayahuasca*.

4 Quanto ao local de atuação no cérebro

Inúmeros estudos demonstram que as drogas de abuso ou mesmo estímulos ambientais reconhecidos pelo organismo como prazerosos, geram mudanças no cérebro, mais precisamente a liberação de substâncias químicas chamadas "neurotransmissores" – como a dopamina, responsável pela comunicação entre os neurônios e que aumenta a sensação do prazer. As drogas de abuso agem sobre um limitado número de estruturas do cérebro. Essas regiões, nos seres humanos, são principalmente as áreas corticais do cérebro e as vias mesolímbicas. O sistema que envolve esses circuitos cerebrais é chamado de sistema de recompensa cerebral (Fig. 3 e Fig. 4) – pois as pessoas podem querer repetir o uso das drogas de abuso porque querem ter uma sensação de bem-estar, de alegria, ou porque estão tristes, deprimidas ou ansiosas e querem aliviar essas sensações ruins.

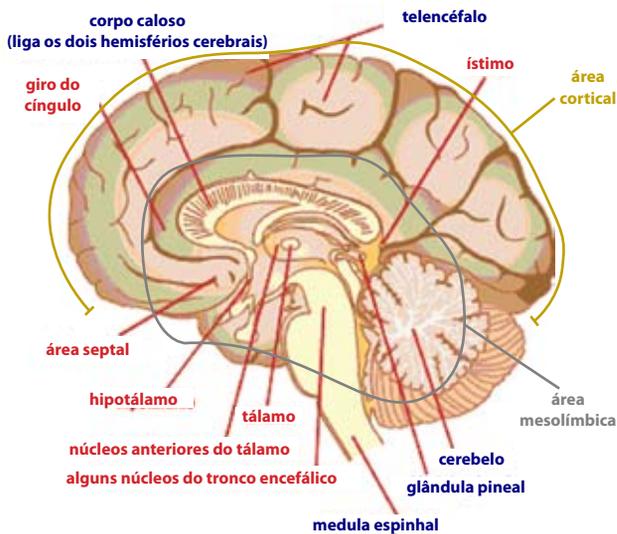


Figura 1.

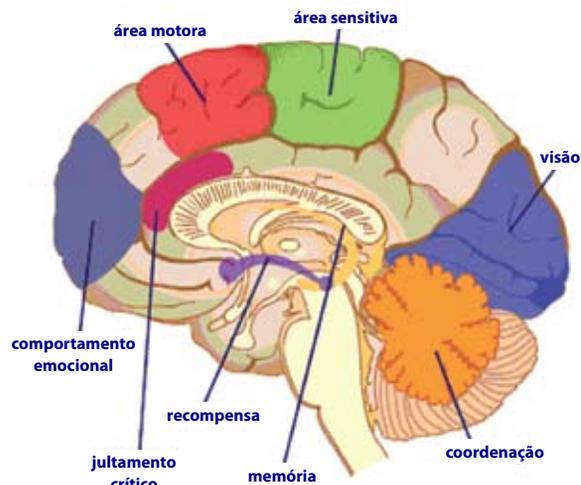


Figura 2.

No corte longitudinal podem-se identificar as estruturas que formam o **Sistema Límbico** (apontadas na figura a seguir).

Sistema de Recompensa Cerebral, caracterizado por seus componentes centrais (núcleo *accumbens*, área *tegmentar ventral* e córtex pré-frontal) e seu envolvimento com o Sistema Límbico (associado às emoções) e os principais centros responsáveis pela memória (*amígdala* e hipocampo).

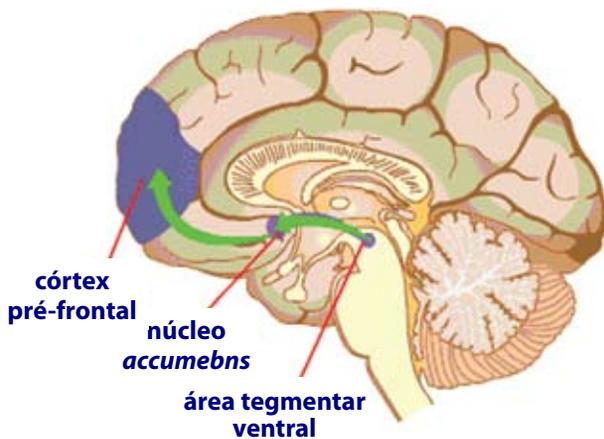


Figura 3.

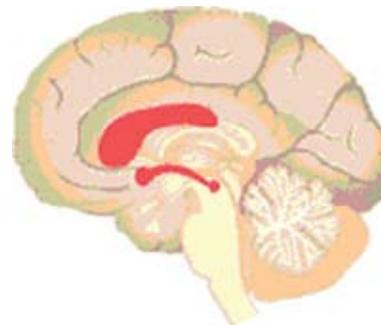


Figura 4.

Regiões nas quais há receptores aos quais se liga a dopamina

(SUPERA-SENAD, 2006, Mod.2, p.6)

Tolerância/Sensibilização

Com o uso regular das substâncias psicoativas, as pessoas se acostumam aos seus efeitos, precisando aumentar sucessivamente a dose para obter o efeito desejado. Isto é conhecido como *tolerância*, estado que leva o usuário a consumir quantidades cada vez maiores da mesma droga (quando

ela é usada repetidamente) ou a recorrer a substâncias cada vez mais fortes para obter o mesmo efeito. Esse fenômeno, a tolerância, é comumente encontrado nas pessoas que se tornaram dependentes das drogas. Isto é relativamente comum com drogas depressoras como benzodiazepínicos, barbitúricos e altas doses de álcool (SUPERA-SENAD, 2006, Mod.2, p.7).

Outras substâncias podem desencadear um efeito inverso ao da tolerância – ao invés de uma redução do efeito, ocorre um aumento do efeito depois de repetidas administrações. Esse processo é chamado de *sensibilização* e ocorre comumente com drogas estimulantes, como cocaína e anfetamina, ou com doses baixas de álcool. Sabe-se que a tolerância e a sensibilização estão relacionadas, pelo menos em parte, com a forma de uso da droga, ou seja, pelo intervalo entre as doses e pelas via de uso).

Abstinência

Nos estados de abstinência das drogas em geral, a pessoa apresenta sintomas opostos aos observados quando ela está sob o efeito agudo das drogas. Nesses casos, observa-se uma diminuição nos níveis de dopamina (isto é, uma redução importante devida ao excesso de liberação que ocorreu durante o uso da droga). Isso causa uma sensação de desprazer intenso, que poderá desencadear um forte desejo (*fissura* ou *craving*) de usar a droga novamente (SUPERA-SENAD, 2006, Mod.2, p.7).

Muitos usuários não conseguem se livrar da dependência, mesmo quando os efeitos da droga não são mais prazerosos. A *síndrome de abstinência* se caracteriza por um conjunto de sintomas desagradáveis que se manifestam quando o usuário suspende total ou parcialmente o uso de uma droga consumida há algum tempo.

Dependência

É um estado psíquico e ou físico resultante da interação de um organismo vivo e uma droga, caracterizado por um conjunto de respostas comportamentais que incluem a compulsão a consumir a substância de forma continuada, com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos ou de evitar o desconforto que sua falta ocasiona.

O uso indevido de drogas não pode ser definido apenas em função da quantidade e frequência.

Existem dois manuais atualmente em uso, desenvolvidos para que se possa ter uma linguagem comum no estabelecimento de critérios diagnósticos que padronizem a observação clínica; ou seja, para que pessoas em diferentes serviços e de diferentes lugares possam estabelecer diagnósticos padronizados: o *CID-10* (Classificação Internacional de Doenças), que é o critério adotado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e abrange todas as doenças, sendo elaborado pela Organização Mundial de Saúde; e o *DSM-IV* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), que estabelece critérios internacionais para o enquadramento diagnóstico dos transtornos mentais, tendo sido elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana, e mais utilizado em ambientes de pesquisa (SUPERA-SENAD, 2006, Mod.3, p.2).

CID significa “Classificação Internacional de Doenças”, e o número 10 indica a versão, ou seja, já foram feitas 10 atualizações e revisões desse código. O critério da CID-10 para uso nocivo (ou prejudicial) de substâncias é o seguinte: padrão de uso que causa prejuízo físico ou mental à saúde, que tenha causado um dano real à saúde física ou mental do usuário, sem que os critérios para dependência sejam preenchidos.

Segundo a OMS, para que alguém seja considerado dependente, é necessário que sejam observados pelos menos três dos seguintes sinais:

- a) forte desejo ou comportamento compulsivo para consumir a substância;
- b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término e níveis de consumo;
- c) estado de abstinência fisiológico, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por síndrome de abstinência característica da substância, ou o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- e) abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos, em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou ingerir a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
- f) persistência no uso da substância, a despeito da evidência de consequências manifestamente nocivas, tais como: danos ao fígado, por consumo excessivo de bebidas alcoólicas; estados de humor depressivos decorrentes de períodos de consumo excessivos da substância; ou comprometimento do funcionamento cognitivo, relacionado à droga. Nesse caso, deve-se fazer esforço para determinar se o usuário estava realmente (ou se se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano.

30

DSM-IV é uma sigla inglesa (**D**iagnostic and **S**tatistical **M**anual) que significa Manual de Diagnóstico e Estatística, e o número IV é usado para indicar que já foram feitas quatro revisões. Indica padrão mal-adaptativo de uso de substância, que leva a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três ou mais dos seguintes critérios e ocorre a qualquer momento em um período de **12 meses**:

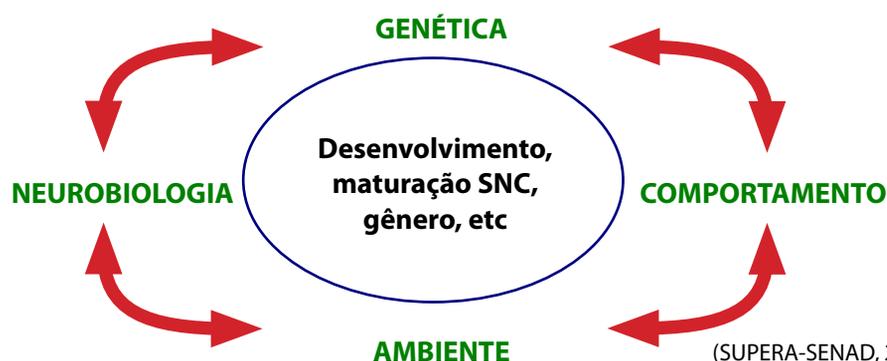
- 1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - a) necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou o efeito desejado;
 - b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade da substância.

- 2) síndrome de abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
 - a) síndrome de abstinência característica para a substância;
 - b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
- 3) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
- 4) a substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período de tempo mais longo do que o pretendido.
- 5) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.
- 6) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos.
- 7) o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado por ela (por exemplo, o consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool).

Na comparação entre os dois critérios, os itens abordados são praticamente idênticos, mudando apenas a forma da redação de cada um. Uma diferença marcante é que o CID-10 não destaca o envolvimento do usuário com a droga, no sentido de viver em função dela, e o DSM-IV não possui um item específico para compulsão. Os dois sistemas também diferem na terminologia. O CID-10 classifica os usuários com problema em “**uso nocivo**” (ou prejudicial “*harmful use*”) ou “**dependência**”. A classificação do DSM-IV classifica em “**abuso**” ou “**dependência**”. (SUPERA-SENAD, 2006, p.8).

Fatores que influenciam no desenvolvimento da dependência de drogas

As teorias diferem quanto ao peso atribuído aos fatores que influenciam o estabelecimento da dependência de drogas.



(SUPERA-SENAD, 2006, Mod.2, p.2)

Co-Dependência/Co-Morbidade

Observações dos padrões comunicacionais e relacionais das famílias mostram que as pessoas que convivem com *adictos* e que lhes são significativas atuam com frequência complementando suas tendências (dos *adictos*) de abusar dos demais, na medida em que tendem a justificar sempre suas condutas. É o que conceitua a **co-dependência**; quando um parente, ou pessoa próxima do dependente de drogas, tende a perpetuar (mesmo que inconscientemente) a dependência daquela pessoa e/ou retardar seu processo de recuperação.

A abordagem médica psiquiátrica faz referência a co-dependência como um distúrbio de personalidade que pode ser diagnosticado por meio de cinco sinais básicos (SUPERA, SENAD, 2006 apud CERMAK, 1986; MORGAN, 1991):

1. A autoestima se baseia na habilidade que demonstra em controlar sentimentos das outras pessoas diante de situações adversas;
2. Supõe responsabilidade excessiva de satisfazer as necessidades das outras pessoas, aceitando deixar de lado as próprias;
3. Envolvimentos com pessoas que apresentam distúrbios de personalidade;
4. Ansiedade e distorções de limites sobre intimidades e separações;
5. Ter persistido em relacionamentos com dependente de drogas, por pelo menos dois anos sem procurar ajuda.

Esta abordagem propõe vários instrumentos para avaliar a co-dependência (SUPERA, SENAD, 2006 apud LINDLEY et al., 1999; HARKENESS, 2001).

A **co-morbidade** pode ser definida como a concomitância no mesmo indivíduo, de transtornos físicos de saúde (doenças clínicas), psicológicos e sociais associados ao uso abusivo de drogas.

32

O uso abusivo de substâncias que modificam o funcionamento mental aumenta o risco de surgimento ou agravamento de transtornos mentais. Também nesse caso pode ser difícil identificar o que é causa e o que é consequência, pois pessoas que sofrem de problemas psíquicos tendem a usar mais álcool ou drogas, que por sua vez agravam os problemas mentais. São chamados de *co-morbidade* os quadros que ocorrem ao mesmo tempo.

Recaída

Embora não seja um evento desejado, é compreensível que alguém em processo de recuperação de uma doença crônica, procurando se adaptar a uma nova maneira de viver, sofra uma ou até mais recaídas.

A desintoxicação do corpo é relativamente fácil, basta o afastamento da droga. A mudança do comportamento é um pouco mais complexa, dependendo de fatores biológicos, psicológicos, familiares e sociais, que vão além do próprio arbítrio.

A tendência atual é considerar a recaída ou as recaídas como um processo e não como um fracasso. Faz parte do aprendizado cujo objetivo é atingir uma vida de melhor qualidade.

A família tem um papel fundamental na recuperação do dependente e estará tanto ou mais qualificada para ajudá-lo se tiver algum tipo de apoio.

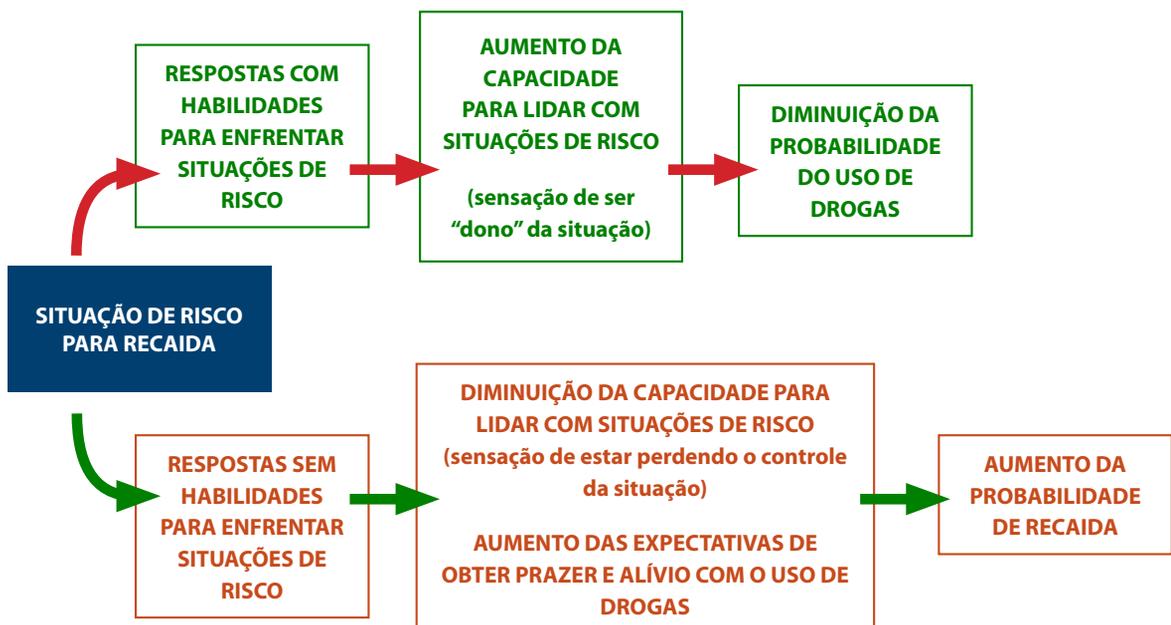
Prevenção de Recaída

A prevenção de recaída inclui um conjunto de habilidades e modificações no estilo de vida da pessoa. Dizemos, de outro modo, que a prevenção de recaída é um programa de autocontrole e manutenção que visa à:

1. aquisição de habilidades para lidar com as situações de risco;
2. modificação do estilo de vida.

A motivação para a mudança é um passo decisivo, mas é apenas o primeiro passo. O importante é desenvolver as habilidades para lidar com as situações de risco e modificar seu estilo de vida.

Qualquer situação de vida que coloque em perigo o controle e a manutenção de objetivos é considerada uma situação de risco. Exemplos de situações de risco são lugares, pessoas, hábitos antigos de vida. Diante de uma situação de risco, a pessoa tem duas opções: enfrentar ou não enfrentar a situação. Cada uma das opções tem dois finais diferentes.



Usuários

Segundo a OMS, no que se refere à frequência, os usuários podem ser classificados da seguinte maneira:

- **Experimentador:** pessoa que experimenta a droga, levada geralmente pela curiosidade; aquele que prova a droga uma ou algumas vezes e em seguida perde o interesse em repetir a experiência.
- **Usuário ocasional:** utiliza uma ou várias drogas quando disponível ou em ambientes favoráveis, sem prejuízos afetivos, sociais ou profissionais.
- **Usuário habitual:** faz uso frequente, com prejuízos afetivos, sociais ou profissionais, e perda de controle.
- **Usuário dependente:** usa a droga de forma frequente e exagerada, com prejuízos para os vínculos afetivos e sociais; não consegue parar quando quer.

Para melhor compreensão dos dados das pesquisas epidemiológicas, ou seja, para diagnosticar o uso de drogas em uma determinada população e possibilitar a implantação de programas preventivos adequados à população pesquisada, deve-se considerar a seguinte classificação:

- **Uso na vida:** qualquer uso (inclusive um único uso experimental) alguma vez na vida.
- **Uso no ano:** uso, ao menos uma vez, nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa.
- **Uso no mês:** uso, ao menos uma vez, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa.
- **Uso frequente:** uso, seis ou mais vezes, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa.
- **Uso pesado:** uso, vinte ou mais vezes, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa.
- **Uso abusivo:** padrão de uso que tenha causado um dano real à saúde física ou mental do usuário, mas a pessoa ainda não preenche critérios para ser considerada dependente.
- **Dependência:** conjunto de sinais e sintomas que determinam que a pessoa está dependente da substância. (SUPERA-SENAD, 2006, Mod.1, p.14).

Fatores de Risco e de Proteção

Há situações na vida que podem favorecer ou diminuir a probabilidade do uso indevido de drogas. Os fatores de risco podem contribuir para que uma pessoa experimente, mas isso não significa que ela será uma usuária de drogas.

Os fatores de proteção podem inibir o uso, mesmo quando a pessoa está exposta aos fatores de risco. Assim, uma influência positiva pode transmitir valores de uma vida saudável e atuar como fator de proteção.

Os fatores de risco e de proteção, em relação ao uso de drogas, são variáveis e envolvem aspectos psicológicos, ambientais, comportamentais e genéticos. Ou seja, estão tanto no próprio indivíduo, como na família, na escola, na comunidade e na sociedade em geral. Um mesmo fator pode representar risco para uma pessoa e proteção para outra.

Em um programa de prevenção, os **fatores familiares de risco** devem ser detectados e abordados sob a perspectiva da saúde, evitando visões deterministas, culpabilizadoras e moralistas.

Esses fatores não podem ser considerados isoladamente, como determinantes da ocorrência ou não do uso de drogas, mas sim como predisponentes.

Fatores de risco: são circunstâncias sociais, familiares ou características da pessoa que a tornam mais vulnerável a assumir comportamentos arriscados, entre eles, usar álcool e outras drogas:

- Uso abusivo de álcool e outras drogas pelos pais;
- Pais com transtornos psiquiátricos;
- Regras familiares rígidas ou ausência de regras e limites (*OMS, 1989; NIDA, 2002*).

Fatores de proteção: são aqueles que equilibram as vulnerabilidades, reduzindo a chance de uma pessoa usar álcool e outras drogas:

- Pais que acompanham atividades dos filhos;
- Regras claras e negociadas;
- Envolvimento afetivo com os filhos (*OMS, 1989; NIDA, 2002*).

PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE DROGAS

Prevenção consiste também em “chegar antes”. Porém, o fato unicamente de afastar as substâncias, ou dificultar o contato das pessoas com a droga, pode não ser suficiente. A questão é mais profunda, envolve lidar com valores de cidadania, éticos, enfim envolve a educação das pessoas. Portanto, a prevenção ao uso indevido de drogas deve lançar mão de todos os meios disponíveis e possíveis para conseguir resultados concretos. Significa dizer que é preciso associar diferentes áreas do conhecimento científico e diferentes segmentos da organização social.

Antes de desenvolver qualquer ação junto à comunidade, os agentes de prevenção devem preparar-se com uma base de sólidos conhecimentos teórico-científicos, que permita refletir sobre formas de atuação seguras e tê-las em mente ao cumprir suas ações dentro do processo. Sabe-se que os usuários de drogas não se tornam dependentes da noite para o dia. O dependente já foi um usuário inicial e passou por várias fases de padrão de uso. Porém, grande parte dos profissionais tem a tendência de se preocupar com o problema somente quando o usuário se torna um dependente.

Ao trabalhar com prevenção e tratamento de problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas, o primeiro passo é conhecer o nível de uso ou problemas associados e fazer a detecção precoce do uso abusivo, o que é possível através de alguns recursos simples e muito importantes para o desenvolvimento do trabalho, como a aplicação de questionários e inventários. Entre os inúmeros instrumentos de triagem para o uso de drogas, no mundo e no Brasil, desenvolvidos com o apoio da **Organização Mundial de Saúde**: os mais utilizados são: **CAGE** (*cut-down, annoyed, guilty, eye opened*), **AUDIT** (*alcohol use disorders identification test*), **ASSIST** (*alcohol smoking and substance involvement screening test*) (SUPERA-SENAD, 2006, Mod.3, p.12). Para detecção do uso abusivo de substâncias em adolescentes, usa-se principalmente o **DUSI** (*Drug Use Screening Inventory*) e o **T-ASI** (*Teen Addiction Severity Index*).

A prevenção requer prática e não apenas discurso. É necessário que esteja nos pequenos atos diários e, embora não seja fácil, deve ser aplicada tanto pessoalmente como nas instituições.

Níveis de Prevenção

A prevenção ao uso indevido de drogas pode ser classificada em três níveis:



Prevenção Universal

Está dirigida à população em geral (comunidade nacional ou local). O trabalho é feito por mensagens e programas cujos objetivos são prevenir ou retardar o uso nocivo de álcool, tabaco e outras drogas.

Prevenção Seletiva

Está dirigida a subgrupos específicos, ou seja, população de risco para uso de drogas, como: filhos de dependentes, adolescentes em conflito com a lei, jovens que abandonaram a escola, etc.

Prevenção Indicada

Está dirigida a pessoas em fase inicial de uso nocivo de substâncias, que ainda não desenvolveram dependência mas já apresentam indicativos de problemas em relação ao consumo de álcool e outras drogas, como: baixo rendimento escolar, problemas familiares, de saúde, ocupacionais, etc. **(NIDA, 2002)**.

Outra forma de classificação mais conhecida dos níveis de prevenção, a saber:

Prevenção Primária

É o conjunto de ações que procura evitar a ocorrência de novos casos de uso abusivo de psicotrópicos ou até mesmo um primeiro uso (OMS, 1992).

Esse tipo de intervenção pode ser realizado dentro de diferentes enfoques, sendo a divulgação de informações o mais conhecido, onde se incluem modelos que buscam fortalecer atitudes saudáveis e/ou a oferta de alternativas esportivas/culturais; modelos que estimulem a funcionalidade e o reforço da família, na atenção aos filhos; modelos voltados para a modificação do ambiente, das condições e práticas instrucionais; e ainda alguns que visam a sensibilização de lideranças naturais para atuarem como multiplicadores no processo (CARLINI-COTRIM, 1992; DORN & MURJI, 1992). Diante da existência de inúmeros modelos de prevenção primária, vale salientar que o critério mais importante para escolher o mais adequado a cada circunstância e contexto é conhecer e respeitar as características e as necessidades da comunidade onde se pretende atuar. (Ana Regina Noto, José Carlos F. Galduróz)

Prevenção Secundária

É o conjunto de ações que procuram evitar a ocorrência de complicações para as pessoas que fazem uso ocasional de drogas e que apresentam um nível relativamente baixo de problemas (OMS, 1992).

Essas ações buscam sensibilizar as pessoas a respeito dos riscos, favorecendo a mudança de comportamento através do aprendizado de novas atitudes e escolhas mais responsáveis (OMS, 1992; MESQUITA et al., 1993).

Os serviços específicos de prevenção secundária ainda são muito pouco explorados no Brasil, especialmente em função das inúmeras dificuldades relacionadas à implementação desse tipo de intervenção. Os usuários não dependentes muitas vezes não notam qualquer prejuízo imediato do uso da droga e ainda sentem imenso prazer em usá-las. Dessa forma, eles não tendem a buscar ajuda em serviços especializados e, dificilmente, são identificados. No caso das drogas ilícitas, o reconhecimento do usuário torna-se ainda mais complicado por tratar-se de um comportamento clandestino.

Prevenção Terciária

É o conjunto de ações que, a partir de um problema existente, procura evitar prejuízos adicionais e/ou reintegrar na sociedade os indivíduos com problemas sérios. Também busca melhorar a qualidade de vida dos usuários junto à família, ao trabalho e à comunidade de forma geral (OMS, 1992).

Na prática, essas ações envolvem o identificar e o lidar com casos emergenciais (como síndrome de abstinência, *overdose*, tentativas de suicídio, etc.) e/ou com pacientes portadores de problemas que necessitam encaminhamento (hepatite, Aids, cirrose, entre outros). Também envolvem a orientação familiar e o auxílio na reabilitação social dos usuários.

As ações de prevenção terciária muitas vezes se mesclam com as ações inerentes ao tratamento daqueles usuários que buscam ajuda para sua recuperação (Ana Regina Noto, José Carlos F. Galduróz).

Redução de Danos Secundários ao Uso Indevido de Drogas

Essa categoria diz respeito a políticas públicas que buscam reduzir os efeitos negativos decorrentes do uso de drogas, tanto para o indivíduo quanto para a sociedade.

Dessa forma, as políticas de redução de danos reconhecem que as pessoas usam, e muitas delas continuarão usando drogas, independentemente das intervenções convencionais, que em geral apresentam baixa efetividade.

Essa estratégia de saúde pública vem recebendo maior atenção a partir da constatação da participação do consumo de drogas na transmissão do HIV e das hepatites virais, pela troca de agulhas e seringas contaminadas durante a prática de uso injetável de drogas (O'HARE, 1994; RHODES et al., 1996).

FORMAS DE PREVENIR

Na família

O que é a família?

O objetivo deste texto é considerar o conceito de **família** e analisar sua participação na **prevenção** do uso de drogas.

A **família** é a referência básica na formação de uma pessoa. Em seu interior, ocorrem as primeiras experiências de vínculos, e ela tem sido objeto de estudo de várias áreas do conhecimento, portanto seu conceito pode ser amplo.

Na família, as pessoas desempenham “papéis familiares”; isto é, existem “lugares” que cada pessoa ocupa dentro dela. Há necessidade de duas ou mais pessoas para que esses papéis possam ser “postos em prática” e sirvam de referência na construção de modelos de identificação e socialização de um indivíduo. Isso ocorre com a formação de uma família composta inicialmente pelos cônjuges, e depois na relação destes com os filhos e o contexto social (ARAÚJO, 1999; OAKLANDER, 1980; PEDROSA, 2004).

A presença da droga na sociedade exige investimento em programas de prevenção e tratamento, e o uso (e abuso) de drogas é um tema que, em geral, preocupa as famílias. O assunto provoca reações variáveis, desde os temores de pais de crianças e jovens que nunca fizeram uso de drogas, de que seus filhos venham a usá-las, até sentimentos de raiva e impotência de famílias que já convivem com o abuso ou a dependência.

A importância do envolvimento do sistema familiar nas práticas preventivas ao uso de drogas tem sido destacada desde a década de 1960. A família deve ser orientada, motivada e informada para participar desse *continuum* de prevenção nos vários locais: comunidade, escola, centros de saúde, etc. (NIDA, 2002).

A família na contemporaneidade absorveu mudanças em sua dinâmica e deixou ausentes funções básicas como, por exemplo, as de tomar para si a responsabilidade na orientação dos filhos (BOWED, M -1995).

Alguns objetivos básicos dos programas de prevenção:

- Um programa de prevenção que envolva a família deve ser claro nos seus objetivos e voltado para as necessidades reais da população, levando em consideração os contextos nos quais as famílias estão inseridas;
- Conhecer a cultura familiar, sua linguagem, crenças e normas também é importante na construção de um programa de prevenção.

Alguns estudos mostram que os programas de prevenção ao uso de drogas envolvendo a família enfrentam o seguinte conflito: por um lado, a família é a base para a saúde preventiva; por outro, muitos ambientes familiares podem ser desfavoráveis, predispondo seus membros ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Ou seja, a família pode ser tanto um fator de proteção quanto de risco para o uso/abuso de substâncias psicotrópicas (OLIVEIRA, 2001; SZAPOCZNIK et al., 1996).

Estudos sobre o uso de álcool e outras drogas, com filhos de pais dependentes de drogas, mostram que eles têm uma chance quatro vezes maior de também se tornarem dependentes (PATTERSON, 1982; BRICKMAN et al., 1988; WANG et al., 1995).

O ciclo de vida da família, assim como a função que os cônjuges e pais exercem na formação de uma pessoa, também deve ser considerado em uma proposta de prevenção. De modo geral, é na adolescência que os jovens experimentam ou entram em contato com as drogas (CARTER Mc GOLDRINCK 1995). É um período de muitas transformações, que exige dos cônjuges e pais uma reorganização de seus papéis, funções e estabelecimento de novas regras e limites. São necessárias adaptações na organização familiar para preparar o adolescente para a vida adulta (SPOTH e REMOND, 1994).

A coerência entre os cônjuges, em relação às regras e normas da família, principalmente em relação ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, pode contribuir para uma tomada de decisão do jovem em experimentar ou não o álcool e outras drogas.

Crianças que crescem com regras claras, geralmente, são mais seguras. Quando se defrontam com um limite, sabem lidar com a frustração, por terem desenvolvido recursos próprios para superá-la. Quando a família não tem regras claras, é provável que o jovem se sinta inseguro e, na tentativa de descobrir as regras na sociedade, teste seus limites, deparando-se com frustrações. É nesse momento que as drogas surgem como “solução rápida”: o efeito imediato que a substância proporciona faz com que os sentimentos desagradáveis desapareçam por um tempo transitório (OLIVEIRA, 2001; BORDIN, 2004).

Ao falar sobre drogas na família, é indicado que os pais respeitem as diferentes faixas etárias dos filhos e se preparem para abordar o assunto de forma assertiva e segura, pois, caso contrário, “podem cair em descrédito” com os filhos, em relação às informações sobre as drogas. Os pais têm como função orientar os filhos e conscientizá-los dos riscos que as drogas lícitas podem trazer, pois às vezes supervalorizam e temem as drogas ilícitas, minimizando o prejuízo das drogas lícitas (MALUF et al., 2002).

As estratégias de prevenção em relação ao papel da família devem estar vinculadas a ações conjuntas da escola e da comunidade como um todo (SUPERA-SENAD, Mod.6, p.22).

Na comunidade

Há fatores de proteção que dependem da comunidade. São considerados efetivamente fatores de proteção quanto mais estiverem entrelaçados, pois não existem isoladamente. Eles se fortalecem nos laços estabelecidos entre pais, professores, amigos, diretores das escolas, vizinhança, comércio, colegas de trabalho e outras instituições.

Laços de cooperação, respeito, tolerância, afeição e acolhimento são os objetivos a serem alcançados para que se estabeleça uma rede social.

Segundo Barnes (1987), rede social é “um conjunto de relações interpessoais concretas que vinculam indivíduos a outros indivíduos”. Ao mesmo tempo em que a rede integra idéias e esforços, contribui para desenvolver o espírito coletivo de cidadania.

Alguns grupos são considerados especialmente indicados para o desenvolvimento de prevenção ao uso de drogas e, portanto, é importante obter seu apoio: escolas, locais de trabalho e de recreação, igrejas e grupos comunitários.

Os principais objetivos da prevenção comunitária são:

- a) incluir intervenções familiares e escolares, reforçando o que as crianças estão aprendendo, e criar a oportunidade de um diálogo saudável sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas, aumentando a efetividade das demais intervenções;
- b) reforçar ligações sociais e relacionamentos com pessoas ou instituições contra o uso de drogas;
- c) prover suporte social – o tráfico de drogas não deve ser uma alternativa para a sobrevivência, nem a rua um local de moradia, é preciso fornecer condições dignas.

O apoio da comunidade como um todo permite ações mais amplas que podem reforçar as normas sociais contra o uso de drogas em todas as situações: na família, na escola e na comunidade.

Na escola

A escola é a instituição por excelência em que a prevenção pode e deve ser trabalhada. Tomamos aqui a prevenção como sinônimo de educação.

Prevenir é colocar de sobreaviso a criança, o adolescente e o adulto, de tal forma que ele esteja preparado e consciente para tomar a decisão acertada no momento oportuno. As pessoas possuem o livre arbítrio e, por isso, a educação se torna um desafio permanente para se buscar saídas positivas e para que a prevenção alcance maior sucesso. Uma prevenção que promova cada vez mais os valores do ser humano deve ser priorizada entrelaçando fatores protetores.

A instituição escolar, como a conhecemos hoje, é uma invenção recente, isto é, de poucos séculos. Apesar de manter alguns traços de suas características passadas, seus propósitos e suas funções não se parecem com as de meio século atrás. Os papéis reservados aos profissionais da educação mudaram bastante. Estes devem conhecer bem o aluno e a sociedade, e usar de todo o seu conhecimento para atender a um grande número de questões sociais que batem à porta da escola, como o uso problemático das drogas.

A atividade docente deve habituar os alunos a apreender a realidade enfocando os conteúdos escolares de forma crítica e reflexiva. Deve ainda, ter a capacidade de problematizar e contextualizar um tema, procurando suas ligações com a prática da vida humana. Além de respeitar as diferenças entre as

pessoas, integrar e valorizar a dimensão afetiva, desenvolver comportamento ético, as escolas precisam entender que, em seu cotidiano, estão sempre ensinando valores.

Dessa forma, a ação sistemática de um programa de prevenção ao uso indevido de drogas não pode se limitar à faixa interna da escola: alunos, professores, pessoal técnico-administrativo e funcionários. Os pais e a comunidade têm papel decisivo na prevenção.

A colaboração e o entrosamento harmonioso entre comunidade, pais e escola são fundamentais para a prevenção.

No trabalho

A implementação de um programa de prevenção ao uso de drogas no trabalho depende inicialmente da conscientização quanto ao problema, suas implicações e as possíveis estratégias de enfrentamento.

É preciso sensibilizar as lideranças da empresa na qual se pretende desenvolver o programa de prevenção para a necessidade e importância do projeto, pois conseguir o seu apoio é condição indispensável para o trabalho.

Motivos para prevenir o uso de drogas:

- As dependências químicas são doenças crônicas e frequentemente exigem tratamento de longo prazo, psicossocial ou farmacológico, para evitar complicações.
- Quanto mais precocemente se intervém, menos se gasta, maior é a possibilidade de minimizar prejuízos relacionados ao uso das drogas e de aumentar a eficácia do tratamento das dependências.
- Os programas de prevenção bem realizados são custo-efetivos.

Para cada real gasto com a prevenção ao uso de drogas, a empresa pode economizar de 4 a 5 reais em custos de tratamento às doenças relacionadas ao abuso e dependência de drogas e problemas decorrentes.

Uma vez obtido o apoio inicial das principais lideranças, as pessoas encarregadas de fazer a prevenção poderão ter uma idéia dos recursos físicos, humanos e financeiros com os quais poderão contar e, então, planejar suas atividades mais detalhadamente, inclusive a amplitude das intervenções pretendidas. Lockwood e Saunders 1993 preconizam, a respeito do desenvolvimento de uma política sobre drogas em uma instituição, que sua formulação, apresentação, negociação e implantação exigem habilidade e perícia para ouvir críticas, consultar a comunidade efetivamente e implementar as mudanças lentamente, até que estas se tornem “parte da organização”.

Na mídia

Vivemos imersos em notícias e propagandas, algumas delas bonitas e até engraçadas, entretanto é preciso estar atento para avaliá-las criticamente. Em relação às substâncias psicoativas, qual será o papel da mídia?

Cachaça, fumo e maconha estão na origem da sociedade brasileira. Hoje, as bebidas são produzidas por grandes empresas e anunciadas vivamente pelos meios de comunicação, em sofisticadas propagandas comerciais, em todos os lugares e em quase todos os horários. As cervejarias, por exemplo, gostam de explorar a imagem da mulher, quase sempre como uma figura sedutora à disposição, valendo mais o apelo sexual do que qualquer outra dimensão humana. As propagandas de cigarro, por seu lado, exploram tanto a sexualidade, como o espírito esportivo, atletas e jovens em aventuras, e “*fanqueiros*” fumando, como se quisessem negar os efeitos nocivos do tabaco, sobretudo para quem pratica esportes. A todo o momento, pela via das propagandas comerciais, somos *incentiados* a beber, e as propagandas nos dizem que seremos melhores, teremos mais sorte e ficaremos mais fortes e alegres se bebermos esta ou aquela marca, este ou aquele tipo de bebida, que pode ser a cerveja, o vinho, o uísque ou a cachaça, entre outras tantas à disposição dos gostos e da capacidade aquisitiva dos consumidores.

A mídia, ao mesmo tempo em que nos informa, muitas vezes ultrapassa a sua responsabilidade social, tornando-se fonte de muitos equívocos e desinformações, devido ao seu comprometimento com o mercado de anunciantes. No livro *Rodas de Fumo (referências no final do capítulo)*, os autores chamam a atenção para o papel exercido pela imprensa a partir de meados dos anos 50, enfatizando a imagem de “*desordeiro*” e o “*desvio de caráter*” atribuído às pessoas que usavam maconha. Nesse particular, o papel da mídia foi mais intenso do que as revelações das pesquisas científicas da época. Isso foi em grande medida responsável pela maneira como as novas gerações foram instruídas sobre o assunto. Outro aspecto foi a introdução de motivos infantis, tais como lebre, tartaruga e siris, nas propagandas de bebidas alcoólicas, em um claro apelo dirigido às pessoas nessa faixa de idade, e que foi devidamente retirado já há algum tempo. Outro fator que observamos é a ênfase dada pela mídia às substâncias ilícitas, reforçando para a sociedade a idéia equivocada de que as substâncias lícitas não são drogas.

O papel da mídia contribui para a construção de representações sociais no imaginário da população. De maneira geral, a mídia tem sido uma das principais fontes de informação para pais e mães, alunos e educadores. Desde a década de 1960, o assunto das drogas ocupa significativo espaço nos meios de comunicação, com associações da droga a questões ligadas à saúde, educação, economia, criminalidade, sociologia, antropologia, filosofia, ecologia e artes, entre outras.

A mídia massifica e incentiva o consumo de bebida alcoólica – basta citar que os principais eventos nacionais, como carnaval e futebol, são patrocinados pelas grandes marcas de cerveja. Em decorrência disso, a propaganda acaba por levar ao público a idéia de que as bebidas alcoólicas, principalmente a cerveja, estão ligadas à diversão, ao sucesso profissional, à sexualidade e à saúde; além de inserir no cotidiano, banalizar e legitimar o consumo de bebidas alcoólicas, acabando, assim, por diluir a eficácia das campanhas de prevenção.

De maneira geral, as abordagens caracterizam-se por:

- a) divulgação sensacionalista, na qual o fator **ter** sobrepuja o fator **ser**; a informação mais divulgada é a da quantidade de droga apreendida e o seu valor (divulgado geralmente em dólares);
- b) o noticiário se concentra nos casos de drogas ilícitas, em geral de cocaína, por vezes de maconha, raramente em outras drogas, sendo que no Brasil os maiores problemas estão no abuso de medicamentos e de álcool, principalmente entre adolescentes. Uma razão política para isso é o fato de que é mais fácil responsabilizar o Paraguai, a Bolívia, a Colômbia e o Peru, por plantar e distribuir maconha e cocaína no Brasil, do que reconhecer a nossa responsabilidade no processo. Em decorrência disso, instala-se um estado paranóico sobre a questão das drogas. A mídia constitui assim uma voz única, sem contraponto, e acaba esvaziando os trabalhos realizados pelas escolas, principalmente em relação ao álcool (CRUZ, Amadeu Roselli, 2002). *A análise do discurso da prevenção do abuso de drogas*. Belo Horizonte: 2002. Tese. Faculdade de Letras da UFMG).

A divulgação de informações adequadas a respeito das substâncias, principalmente para que a mídia estimule o desenvolvimento da valorização da vida, insistindo na divulgação dos fatores protetores, de forma a colaborar com a mudança dos conceitos de vida e de comportamentos, deve ser incentivada e desenvolvida pela mídia na sociedade brasileira.

Na saúde

Na Constituição de 1988, a saúde é colocada no seu artigo 196 como “direito de todos e dever do Estado”. Em 1990, o **Sistema Único de Saúde (SUS)** é criado, por meio da Lei n.º 8.080/90. A partir de então, temos o desafio de fazer esse novo sistema ser eficiente para prevenir as doenças e promover a saúde.

Diante desse grande desafio, são necessários princípios que nos orientem a garantir as ações de saúde indispensáveis ao bem-estar da população brasileira. Dessa forma, o SUS traz alguns princípios: a universalidade, a integralidade, a equidade, a hierarquização, a descentralização e a participação social.

Permanece no Sistema Nacional Sobre Drogas - SISNAD (art. 14 da Lei n.º 11.343, de 6/10/2006) a competência do Setor Saúde para disciplinar a política de atenção aos usuários e dependentes de drogas, bem como aos seus familiares, junto à rede do Sistema Único de Saúde (SUS), do qual fazem parte tanto os serviços públicos quanto os privados contratados. Assim, o Ministério da Saúde indica que, na constituição de rede devem participar “todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos, etc.), sanitários (rede de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes, etc.), econômicos (dinheiro, previdência, etc.), culturais, religiosos e de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial”.

A Lei n.º 11.343, além de conceituar sobre crimes e penas relativos ao uso e tráfico de drogas, com a exclusão da pena de prisão para o usuário de drogas, considera o uso pessoal de drogas como uma questão de saúde pública, e não somente de segurança pública ou de polícia.

Dentro da estrutura do Ministério da Saúde, a Coordenação de Saúde Mental é responsável pela política para usuários de drogas, que inclui iniciativas de prevenção, promoção e tratamento. O esforço e a garantia do cuidado à saúde aos usuários de drogas devem ser de responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Uma das principais diretrizes da política de atenção aos usuários de drogas do SUS é ampliar o acesso ao tratamento, mudando o antigo modelo assistencial (centrado no hospital psiquiátrico) para um modelo extra-hospitalar de base comunitária, reduzindo a exclusão e a falta de cuidados e evitando internações desnecessárias. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um dos dispositivos assistenciais substitutivos criados a partir da transformação da assistência psiquiátrica no Brasil, inicialmente como unidades de saúde locais/regionalizadas, para oferecer cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, e instituídos pela Portaria GM/224/92 e chamados de NAPS/CAPS. Foram redefinidos e ampliados pela portaria n.º 336/GM/MS, de 19/02/2002.

Outro marco importante é a publicação da Portaria n.º 2.197/GM/MS, de 14/10/2004, que redefine e amplia a atenção integral para usuários de drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo o Programa de Atenção Integral a Usuários de Drogas, que tem os seguintes componentes principais:

- I componente da atenção básica;
- II componente da atenção nos CAPS, ambulatoriais e outras unidades extra-hospitalares especializadas;
- III componente da atenção hospitalar de referência;
- IV componente da rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS.

A Política Nacional Sobre Drogas reforça a necessidade de ações de reinserção familiar, social e ocupacional, “por meio de parcerias e convênios com órgãos governamentais e organizações não-governamentais, assegurando a distribuição descentralizada de recursos técnicos e financeiros”; propõe a “integração das intervenções para tratamento e recuperação”; lista os componentes da Rede, incluindo entre eles o corpo de bombeiros, as clínicas especializadas, as casas de apoio e convívio e as moradias assistidas; destaca a necessidade de integração com o SUS e o Sistema Único de Assistência Social; orienta para que sejam contempladas as estratégias de redução de danos e a necessidade de reinserção social e ocupacional (www.portal.saude.gov.br).

Capítulo 3

Rede de Atenção aos Usuários de Drogas



A REDE DE SAÚDE (SUS)

No Brasil, nas últimas décadas, uma grande reforma da assistência à saúde mental foi colocada em marcha, com a participação de profissionais de saúde e de gestores públicos dos setores federal, estaduais e municipais, além de pacientes e membros das comunidades. Isso foi necessário porque, até então, pessoas com problemas psíquicos (transtornos mentais) eram atendidas em serviços públicos apenas quando internadas em hospitais psiquiátricos. Da mesma forma, pessoas que apresentavam problemas com uso indevido de drogas tinham como opção somente a internação psiquiátrica.

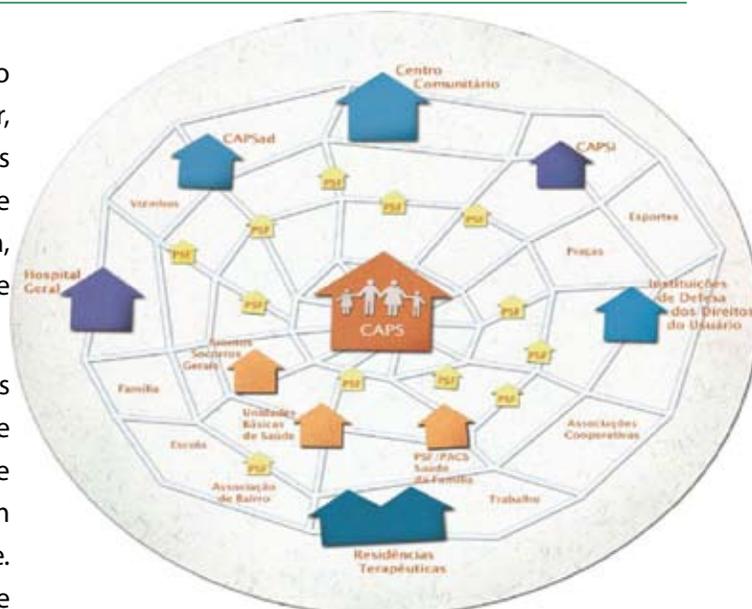
Porém, o tempo e a experiência demonstraram que a internação em hospitais psiquiátricos não é adequada para grande parte dessas pessoas, porque pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas necessitam de projetos terapêuticos específicos, diferentes dos projetos para outros transtornos mentais; o tratamento no hospital não prepara os pacientes para lidarem com as situações difíceis do seu dia-a-dia fora do hospital; o modelo centrado no hospital (hospitalocêntrico) é muito mais caro e não coloca em ação os recursos dos serviços extra-hospitalares.

Os problemas relacionados ao uso indevido de drogas não têm origem somente na biologia (os efeitos no cérebro, a genética) de cada pessoa, mas em sua história de vida, em sua estrutura psicológica e no seu contexto econômico, *social* e *cultural*. Por isso, os pacientes precisam de uma abordagem multidisciplinar: com médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais. Além da assistência, esses pacientes precisam de reinserção social, o que só poderá ser alcançado com a participação e o compromisso de profissionais de diferentes formações, e não apenas do médico.

CONCEITO DE TRATAMENTO

Entende-se por tratamento todo procedimento ou intervenção que vise curar, atenuar o sofrimento do doente ou reduzir as consequências da doença. A necessidade de tratamento implica na existência do problema, portanto, da doença nos seus vários graus de manifestação.

Dado que as pessoas que usam drogas têm diversos problemas de saúde, não somente aqueles relacionados ao seu uso e abuso, que requerem um serviço mais especializado, devem ser tratadas na Rede Integral de Atenção à Saúde. De acordo com a imagem ao lado, pode-se visualizar como essa rede está organizada.



Descrevemos abaixo os principais dispositivos da rede SUS para os usuários de drogas:

1. Atenção básica

A atenção básica é constituída pelos centros ou unidades básicas de saúde (UBS), núcleos de atenção à saúde da família (NASF), residências terapêuticas e domicílios das pessoas em tratamento. É a porta de entrada para o sistema de saúde; ou seja, é o lugar onde a população deve procurar os profissionais de saúde para obter qualquer tipo de atendimento.

Em outubro de 2008, a Estratégia de Saúde da Família do Paraná contava com 1.675 Equipes de Saúde da Família (ESF), 11.893 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 50 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Fonte: DVSA - Competência mês 09/2008).

2. Urgência e emergência

Constitui-se pelo Serviço Móvel de Urgência (SAMU), pelos Prontos Atendimentos de ambulatórios referenciados, Prontos Socorros Gerais e CAPS III - Centros de Atenção Psicossocial, que funcionam 24 horas.

3. Serviços ambulatoriais especializados

Encontram-se nesta categoria os Ambulatórios Especializados em Saúde Mental e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Trata-se de um serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território. Atende prioritariamente pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, inclusive os transtornos relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas, e também crianças e adolescentes com transtornos mentais, cujo comprometimento requer monitoramento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Deve ser indicado para a fase de reabilitação visando à reinserção social do cidadão. Auxilia na recomposição da estrutura interna e social da pessoa como instância contínua de tratamento.

A equipe multiprofissional é constituída de médicos (psiquiatras, neurologistas, clínico geral, pediatra), enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, técnicos de enfermagem, oficinairos, monitores e estagiários.

Constituem um serviço comunitário que tem como papel cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais, em especial os transtornos severos e persistentes no seu território de abrangência. Devem obedecer a alguns princípios básicos, entre os quais responsabilizar-se pelo acolhimento de 100% da demanda dos portadores de transtornos severos de seu território, garantindo a presença de

profissional responsável durante todo o período de funcionamento da unidade (plantão técnico) e criar uma ambiência terapêutica acolhedora no serviço que possa incluir pacientes muito desestruturados, que não conseguem acompanhar as atividades estruturadas da unidade.

A atenção dos CAPS deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção dos projetos de inserção social. Devem ainda trabalhar com a idéia de gerenciamento de casos, personalizando o projeto de cada paciente na unidade e fora dela e desenvolver atividades para a permanência diária no serviço.

Os projetos terapêuticos dos CAPS devem ser singulares, respeitando-se diferenças regionais, contribuições técnicas dos integrantes de sua equipe, iniciativas locais de familiares e usuários e articulações intersetoriais que potencializem suas ações. Esses projetos terapêuticos individualizados devem levar em conta o que o paciente possa ter em comum com outros pacientes (como o diagnóstico, uma *co-morbidade*, o tipo e padrão de uso de droga) e também o que tem de pessoal (sua história, suas capacidades, seu apoio familiar e social, sua inserção ou não no trabalho, suas escolhas, etc.). Cada paciente pode e deve ser atendido segundo a intensidade de atenção necessária, em uma das três possíveis modalidades: *intensiva, semi-intensiva e não-intensiva*.

Algumas atividades no CAPS são feitas em grupo, outras são individuais, outras são destinadas às famílias e outras são comunitárias. Quando uma pessoa é atendida em um CAPS, ela tem acesso a vários recursos terapêuticos:

- Atendimento individual: prescrição de medicamentos, psicoterapia, orientação.
- Atendimento em grupo: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, grupos terapêuticos, atividades esportivas, atividades de suporte social, grupos de leitura e debate, grupos de confecção de jornal, etc.
- Atendimento para a família: atendimento nuclear e a grupos de familiares, atendimento individualizado e de familiares, visitas domiciliares, atividades de ensino, atividades de lazer com familiares.
- Atividades comunitárias: atividades junto com associações de bairro e outras instituições da comunidade, que têm como objetivo as trocas sociais, a integração do serviço e do usuário com a família, a comunidade, e a sociedade em geral (festas comunitárias, caminhadas com grupos da comunidade, participação em eventos).
- Assembléias ou reuniões de organização do serviço: discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido.

É também papel dos CAPS realizar capacitações para outros profissionais de saúde. Em relação à atenção básica, já existem experiências de **CAPSad** que estão acompanhando e supervisionando esses profissionais. É essa experiência que o Ministério da Saúde recomenda de forma a ampliar o atendimento e cuidar dos usuários sob uma perspectiva integrada. O CAPS ad também pode ter a responsabilidade

de organizar a rede local de serviços de atenção a usuários de drogas de seu território de atuação.

O CAPS deve, ainda, considerar o cuidado intra, inter e transubjetivo do paciente, articulando recursos de natureza clínica incluindo medicamentos, de moradia, de trabalho, de lazer, de previdência e outros, através do cuidado clínico oportuno e programas de reabilitação psicossocial.

Existem diferentes tipos de CAPS, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, constituindo-se em CAPS I, CAPS II e CAPS III. Diferenciam-se também em relação aos cuidados clínicos e à clientela a ser atendida: pessoas com transtornos mentais severos e persistentes (gerais), crianças e adolescentes, e dependentes de álcool e outras drogas.

À exceção do CAPS II, todos os outros podem atender usuários de álcool e outras drogas.

CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL SEGUNDO A PORTARIA N.º 336/02

TIPO	POPULAÇÃO	TURNOS	RECURSOS HUMANOS	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
CAPS I	20.000-70.000	2 turnos 8h às 18h 5 dias da semana	01 médico 01 enfermeiro 03 nível superior 04 nível médio	Atendimento individual Atendimento em grupos Atendimento em oficinas Visitas domiciliares Atendimento à família Atividades comunitárias 01 turno - 01 refeição 02 turnos - 02 refeições
CAPS II	70.000-200.000	2 turnos 8h às 18h 5 dias da semana 3.º turno até 21h	01 psiquiatra 01 enfermeiro 04 nível superior 06 nível médio	Atendimento individual Atendimento em grupos Atendimento em oficinas Visitas domiciliares Atendimento à família Atividades comunitárias 01 turno - 01 refeição 02 turnos - 02 refeições
CAPS III	Acima de 200.000	24h diariamente	02 psiquiatras 01 enfermeiro 05 nível superior 08 nível médio	Idem CAPS II 24h - 04 refeições Acolhimento noturno contínuo máximo 05 leitos - repouso e/ou observação Tempo máximo 07 dias corridos ou 10 intercalados

TIPO	POPULAÇÃO	TURNO	RECURSOS HUMANOS	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
CAPS i	Cerca de 200.000	2 turnos 8h às 18h 5 dias da semana 3.º turno até 21h	01 psiquiatra ou neuro ou pediatra 01 enfermeiro 04 nível superior 05 nível médio	Idem CAPS II 01 turno - 01 refeição 02 turnos - 02 refeições Desenvolve ações intersetoriais, em especial com as áreas de assistência social, educação e justiça
CAPS ad	Acima de 70.000	2 turnos 8h às 18h 5 dias da semana 3.º turno até 21h	01 psiquiatra 01 clínico 01 enfermeiro 4 nível superior 6 nível médio	Idem CAPS II 01 turno - 01 refeição 02 turnos - 02 refeições 02 a 04 leitos para desintoxicação e repouso

Os CAPSad atuam de forma articulada a outros dispositivos assistenciais em saúde mental (ambulatórios, leitos em hospital-geral, hospitais-dia) e da rede básica de saúde (unidades básicas de saúde etc.), bem como ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Articulam-se também em torno dos dispositivos de suporte social já existentes nas comunidades, configurando redes flexíveis de cuidados, que possam responder por um determinado território populacional, e que se remodelam de forma dinâmica mediante a necessidade de inclusão/exclusão de novos serviços e formas de cuidado, de forma pareada pela demanda assistencial.

Os CAPS ad desenvolvem uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem atenção clínica hospitalar.

Os principais objetivos dos CAPS são:

- Prestar atendimento em regime de atenção diária;
- Gerenciar os projetos terapêuticos, oferecendo cuidados clínicos, eficientes e personalizados;
- Promover a inserção social dos usuários por meio de ações inter-setoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas;
- Organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;

- Dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- Coordenar, junto com o gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental;
- Oferecer condições para o repouso dos usuários de serviços, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidado e que não demandem atenção clínica hospitalar.

Os CAPS trabalham com a lógica de redução de danos, que tem apresentado resultados positivos e vem assumindo importância considerável no tratamento de usuários de drogas. Dessa forma, os CAPS ad devem utilizar os recursos terapêuticos disponíveis para promover, o mais amplamente possível, a reabilitação psicossocial e a reinserção social de seus usuários.

A prevenção ao uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a diminuição da vulnerabilidade/redução dos fatores de risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção. Implica necessariamente a inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis.

A lógica que sustenta tal planejamento deve ser a da redução de danos, em uma ampla perspectiva de práticas destinadas a minimizar as consequências globais do uso de álcool e drogas. O planejamento de programas assistenciais de menor exigência contempla uma parcela maior da população, dentro de uma perspectiva de saúde pública, o que encontra o devido respaldo em propostas mais flexíveis, que não tenham a abstinência total como a única meta viável e possível aos usuários dos serviços CAPS ad, e outros não especializados.

SERVIÇOS HOSPITALARES

Estes serviços são compostos por leitos e/ou unidades psiquiátricas em hospitais gerais, hospitais-dia e hospitais psiquiátricos integrais (especializados).

A internação, tanto em hospital geral como em hospital psiquiátrico, assim como em clínicas especializadas, baseia-se no afastamento temporário do dependente de seu meio e, portanto, das substâncias de abuso. Ainda constitui uma das modalidades mais conhecidas em nosso meio.

Hospital Geral

Hospitais gerais e psiquiátricos são indicados nos casos de intoxicação aguda, síndromes de abstinência graves, comprometimento de órgãos e funções vitais, condições que colocam em risco a vida do dependente.

Visando criar unidades de retaguarda para os casos de urgência e emergência, o Ministério da Saúde tem incentivado a ampliação dos leitos clínicos em hospitais gerais para atendimento dos usuários de drogas.

O hospital geral oferece melhores recursos clínicos em situações de crise, e muitas vezes pode constituir também a porta de entrada para um tratamento, sendo indicado como primeiro atendimento; tão logo seja superada a fase aguda, o paciente deve ser encaminhado para atendimento por uma equipe especializada, visando ao tratamento da dependência e não somente das complicações desta.

Além dos pacientes encaminhados aos hospitais gerais por apresentarem problemas com o uso de substâncias claramente identificado, muitas pessoas com os mesmos problemas (não identificados) são atendidas quando procuram assistência para outras queixas de saúde. Nesses casos, a assistência no hospital geral fornece uma importante oportunidade para a identificação precoce de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. Isso ocorre porque muitas vezes pessoas que usam drogas procuram os hospitais gerais devido a danos relacionados ao seu uso (por exemplo: acidentes, intoxicação, abstinência, doenças associadas, etc.), muito tempo antes de procurar os serviços especializados no tratamento da dependência de drogas. Por essa razão, é importante que também as equipes dos hospitais gerais estejam capacitadas para fazer a identificação precoce, podendo nessas situações realizar intervenções breves e muitas vezes resolutivas, que levem em consideração o respeito às escolhas individuais, os princípios de redução de danos e uma postura não estigmatizante.

A Portaria GM 1612/2005 estabelece critérios para habilitação dos hospitais gerais, e também cria novos procedimentos para os hospitais habilitados, com remuneração maior e tempos de internação menores.

A ampliação desses leitos é um desafio a ser enfrentado, com o objetivo de reduzir cada vez mais a internação de dependentes de drogas em hospitais psiquiátricos. A alternativa é a estimulação do funcionamento 24 horas dos CAPSAd. Existem algumas unidades que já estão funcionando dessa forma e que estão se revelando experiências positivas de tratamento aos usuários de drogas.

Hospital Psiquiátrico Integral (Especializado)

Os hospitais psiquiátricos atualmente contam com ala especializada para o atendimento de dependência química e têm como objetivo atender o doente grave com alterações importantes do comportamento, pensamento e outras funções mentais, que apresentam ameaça à sua integridade física ou de terceiros, resultado de quadro tóxico ou de co-morbidade, ou seja, presença de doenças associadas à dependência química.

Algumas vezes, em função de manifestações psiquiátricas, é necessário, além do acompanhamento psiquiátrico, a utilização de medicamentos que deve ser monitorada na continuidade do tratamento em regime ambulatorial.

Hospital-Dia

O Hospital-Dia é uma instituição de natureza hospitalar, semiaberta, com equipe multiprofissional que oferece atendimento médico: clínico, psiquiátrico e psicológico. Funciona prestando atendimento parcial (4 horas diárias) – que pode ser no período da manhã ou da tarde - e integral (8 horas diárias), cinco dias por semana. As atividades são individuais, grupais, comunitárias, de oficinas e outras.

REDE COMPLEMENTAR OU DE SUPORTE SOCIAL

A rede que se propõe tem como articuladores privilegiados os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os profissionais dos Programas de Saúde da Família (PSF), mas poderá e deverá ser composta pela comunidade em geral, e por outros atores e setores, tais como: a Assistência ou Promoção Social, por meio de abrigos, albergues e casas de passagem, etc.; a Justiça, por meio de seus representantes, por exemplo, o Ministério Público e as Promotorias; a Educação, formal e informal, com escolas e Secretarias de Educação, de Cultura, Esporte e Lazer; a Segurança Pública, com os bombeiros e a polícia – muitas vezes, importantes parceiros da saúde nas ações públicas; as ONGs e a iniciativa privada, tanto e sempre que possível; e os muitos e importantes Conselhos, que cumprem a função de controle social, tais como os Conselhos de Saúde, os Conselhos Tutelares e os Conselhos Municipais Antidrogas, entre outros. (Brasil, 2004b *apud* SUPERA- SENAD, 2006, Mod.6, p.36).

Para construir uma **Rede de Atenção Integral** para os usuários de drogas e suas famílias, que também apresentam, muitas vezes, problemas mais ou menos graves, relacionados ao uso abusivo ou dependência de drogas, os profissionais de saúde devem se reunir e trabalhar juntos. Essa rede deverá ser igualmente integrada a outros setores, uma rede intersetorial, com o propósito de atender às pessoas de forma efetiva em seu tratamento e em seu processo de reconstrução, através da reabilitação social.

A rede tem por objetivo aumentar o acesso e o acolhimento, considerando que os locais de ações de saúde podem ser *“tanto os diferentes locais por onde circulam os usuários de drogas, como os equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também na rede de educação, de trabalho, de promoção social”*. Isso é necessário para que *“a promoção, prevenção, o tratamento e a reabilitação sejam contínuos e se dêem de forma associada”* (Brasil, 2004a *apud* SUPERA-SENAD, Mod.6, p.34). Essa visão propõe que a rede não inclua apenas profissionais e serviços de saúde, mas também *“(…) familiares (...) organizações governamentais e não-governamentais em interação constante, cada um com seu núcleo específico de ação, mas apoiando-se mutuamente...”* (Brasil, 2004a *apud* SUPERA-SENAD, Mod.6, p.34).

Componentes da Rede Complementar

A habitação e as necessidades básicas de vida podem também ser atendidas pela implementação de Serviços Residenciais Terapêuticos, ou por Casas de Passagens ou Abrigos, que podem ser constituídos a partir da iniciativa das Secretarias de Assistência Social. São também complementares ao cuidado, dispositivos como os grupos de Ajuda Mútua, de orientação religiosa ou não, as Comunidades Terapêuticas, os Centros Culturais e de Convivência, as Oficinas Terapêuticas, entre outros.

Todo serviço de saúde voltado ao atendimento de usuários de drogas deve estar estruturado de forma a apoiar com maior eficácia o paciente que o procura. É necessário estar conectado aos demais serviços disponíveis, em forma de rede de proteção e apoio mútuo. Isso reforça e amplia as estratégias de tratamento do serviço e possibilita o encaminhamento daqueles que já concluíram o tratamento proposto mas ainda necessitam de outras abordagens.

Várias são as alternativas, de acordo com a gravidade do caso, características pessoais, recursos da comunidade e outras.

Grupos de Mútua Ajuda

São grupos organizados na própria comunidade, sem fins lucrativos, sem ligações com qualquer instituição religiosa ou movimento político. O objetivo precípua é a manutenção da sobriedade e o acolhimento de outras pessoas com o mesmo objetivo, através da troca de experiências e vivências. “Por sua própria vocação e missão, eles não pertencem à rede pública de saúde, mas devem ser apoiados e estimulados. A maior dessas redes é formada pelos Alcoólicos Anônimos, que têm mais de 4.000 grupos espalhados pelo país. Todos os serviços da rede de saúde (CAPS, ambulatórios, hospitais) devem buscar ter uma boa articulação com estes grupos de ajuda mútua” (www.portal.saude.gov.br).

Grupos de mútua ajuda norteiam-se pelos princípios da formação de grupos; ou seja, a identificação se dá através de necessidades e objetivos. Indivíduos com necessidade de abstinência e interesses comuns buscam ajudar-se mutuamente, almejando a sobriedade. Baseiam-se na conquista de objetivos denominados princípios ou passos. O primeiro grupo de inclusão social surgiu nos Estados Unidos com a denominação de Alcoólicos Anônimos (AA), em 1935.

56

Tamanho foi o sucesso em todo o mundo que, a partir de então, grupos de apoio como este foram também constituídos, tais como AL-ANON, para os familiares, e AL-ATEEN, para os filhos, e os demais grupos anônimos, como Narcóticos Anônimos (NA) e NAR-ANON, Amor Exigente, Pastoral da Sobriedade, entre outros.

Comunidades Terapêuticas

As Comunidades Terapêuticas (CTs) são instituições com enfoque psicossocial, na sua grande maioria ligadas a instituições religiosas, ou, não o sendo, que privilegiam a espiritualidade como fator fundamental na recuperação, e funcionam com equipes transdisciplinares de atendentes.

Tiveram origem nas CTs psiquiátricas surgidas na Grã-Bretanha, com Maxwell Jones e outros, cerca de 15 anos antes das CTs de tratamento da dependência química na América do Norte, no curso dos anos de 1940. A designação Comunidade Terapêutica se desenvolveu em ambientes hospitalares psiquiátricos para descrever um lugar "organizado como comunidade no qual se espera que todos contribuam para as metas comuns da criação de uma organização social dotada de propriedades de cura". (De Leon, George. A Comunidade Terapêutica, 2003. p.14).

A Comunidade Terapêutica para dependentes químicos descende de protótipos históricos presentes em todas as modalidades de tratamento comunitário.

Dependendo do programa terapêutico utilizado, que deve ser explícito já quando do ingresso do usuário na instituição, sua permanência varia entre 3 e 9 meses em geral; porém, em algumas instituições há possibilidades de ajustes conforme as necessidades individuais.

Devem funcionar de acordo com as normas da Resolução do Diretório Colegiado da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Resolução RDC n.º 101, de 30 de maio de 2001, D.O. de 31/5/2001, que estabelecem regulamento técnico para o licenciamento sanitário, disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial. "Elas têm um papel importante, como rede de proteção social e como instituições de atenção complementar à rede SUS. O Ministério da Saúde realizou em 2003-2004 um levantamento preliminar dessas instituições, e reconhece sua importância na atenção, especialmente porque não era da tradição da saúde pública brasileira atender ao problema de drogas, e as organizações religiosas e/ou filantrópicas vieram suprir uma lacuna importante da política pública. Com a expansão da rede de CAPS, ambulatórios e hospitais gerais, vai se configurando um novo desenho na articulação do SUS (especialmente no âmbito local) com as comunidades terapêuticas" (www.portal.saude.gov.br).

O objetivo é a abstinência e a mudança do comportamento a partir da convivência entre pessoas com problemas parecidos. Oferecem também mútua participação entre a equipe de tratamento e recursos comunitários, dentro de um regime democrático, através de grupos terapêuticos, oficinas, trabalhos individuais, laborterapias, e outras atividades comuns à terapêutica e convivência microssocial.

Na qualidade de entidade híbrida, fruto da união entre autoajuda e apoio público, a CT é uma experiência em desenvolvimento contínuo que vem reconfigurando os ingredientes de cura e formação das comunidades de autoajuda em uma metodologia sistemática de transformação de vidas. (De Leon, George. A Comunidade Terapêutica, 2003, p.2).

Além destes, podem fazer parte da rede complementar

- Organizações de defesa dos direitos dos usuários;
- Programas de emprego protegido,
- Projetos de geração de renda (oficinas de trabalho),
- Centros comunitários (enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção sociofamiliar),
- e Casas de Apoio.

Internamento Involuntário: aspectos legais

Em obediência à Lei federal n.º 10.216/01, a política do SUS preconiza que o tratamento de usuários de drogas seja realizado em regime extra-hospitalar – a internação só deverá ser utilizada para casos específicos e quando os outros recursos se tornarem insuficientes. A regulamentação e o controle das internações psiquiátricas involuntárias foram instituídos pela Portaria MS/GM n.º 2.391, de 26 de dezembro de 2002, que em seu texto estabelece “que nos estabelecimentos de saúde a internação psiquiátrica somente deverá ocorrer após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas e esgotados todos os recursos extra-hospitalares disponíveis na rede assistencial, com a menor duração temporal possível”. Diz ainda que, na ocorrência de uma internação psiquiátrica, o hospital deve notificar o Ministério Público e o gestor do SUS no prazo de 72 horas para que a mesma seja acompanhada.

Capítulo 4

Repressão ao Tráfico de Drogas



A EXPERIÊNCIA PARANAENSE

181 - Narcodenúncia

O crescimento populacional do Brasil e conseqüentemente do Estado do Paraná fez com que as mazelas existentes também aumentassem, diminuindo a qualidade de vida das pessoas que vivem nos grandes centros urbanos.

Devido a esse fato, o governo do Paraná, através da Secretaria do Estado da Justiça e Cidadania, em parceria com a Secretaria de Estado da Segurança Pública, criou o programa 181-Narcodenúncia, que é um espaço para a população denunciar sigilosamente o tráfico de drogas, usando uma tecnologia desenvolvida pela CELEPAR (Companhia de Informática do Paraná) e implantada nos 399 municípios paranaenses. O objetivo do programa é criar uma grande corrente de combate ao narcotráfico em todo o território estadual.

No 181 o trabalho é realizado com a participação direta do Estado em parceria com a comunidade, pois as grandes apreensões de drogas acontecem geralmente em decorrência de denúncias recebidas. Através do 181, a população tem um canal aberto para efetuar as denúncias sem receio de colocar sua segurança ou de seus familiares em risco, já que os números de telefone não são registrados, tampouco é solicitado algum tipo de identificação a quem está realizando a denúncia. O Narcodenúncia realiza um trabalho voltado para o foco do problema, que é o traficante, pois é ele que fornece e distribui a droga, e não o dependente químico. Este último é uma pessoa que necessita de ajuda, e a melhor forma de ajudá-lo é tirando o traficante de circulação.

O combate ao narcotráfico é fundamental para o auxílio à prevenção. A ação efetiva do Estado contra os traficantes gera prisões e apreensões, que resultam diretamente na diminuição da oferta de drogas nas ruas. Periodicamente, são efetuadas avaliações sobre o desempenho do Programa, na esfera estadual e regional. Assim, a partir das necessidades detectadas, são tomadas providências visando às correções necessárias para melhorar ainda mais o desempenho de todos que participam direta ou indiretamente do 181, a fim de que a população paranaense possa realmente confiar no Programa de combate ao narcotráfico e efetuar denúncias contra os traficantes.

Para essas avaliações existe um *software*, em constante desenvolvimento, que gerencia o sistema e fornece aos órgãos de segurança um banco de dados para dar suporte a investigações e consultas sobre pessoas que já foram denunciadas ou presas em decorrência do tráfico de drogas. Com a iniciativa do governo do Paraná, todos os estados da Federação poderão implantar o programa, sem qualquer tarifação, com a certeza de que a contenção da oferta reduz por consequência a demanda, assim, minimizando os riscos da utilização indevida das drogas.

Divisão Estadual de Narcóticos (DENARC)

A Divisão Estadual de Narcóticos (DENARC) é a unidade de nível de execução da estrutura organizacional do Departamento da Polícia Civil do Paraná, e a ela compete a prevenção e a repressão dos crimes e contravenções penais ligados ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias consideradas tóxicas, que causem dependência física ou psíquica, ou de matérias-primas ou plantas nativas ou cultivadas, destinadas à sua preparação.

No âmbito da repressão, compete-lhe também a fiscalização permanente, em regime de cooperação com outros organismos públicos e privados, ou sob sua supervisão direta, de locais públicos, frequentados por dependentes e mercadores de drogas perigosas em geral, bem como a atuação em cooperação e concorrentemente com as unidades do Departamento da Polícia Federal, além da colaboração com a Secretaria de Estado de Saúde, na fiscalização de exercício de medicina das farmácias

No que tange à prevenção, através do Centro Antitóxicos de Prevenção e Educação (CAPE), a DENARC pode celebrar convênios com entidades públicas e privadas que se destinem ao tratamento de dependentes ou atividades correlatas às áreas de ação, além da promoção ou participação em programas comunitários, destinados a eliminar a disseminação de drogas, seu uso e consequências, bem como em campanhas de caráter educacional de orientação e alertamento à utilização ilegal de drogas perigosas.

Os serviços da DENARC são orientados, além das diligências investigatórias rotineiras, por um serviço de inteligência (Subdivisão de Inteligência e Informações - SII/DENARC), que cadastra e arquivava todos os documentos relacionados com as atividades desenvolvidas pela Divisão. Além disso elabora o serviço de coleta de informações, trocando informações com as demais autoridades policiais do país, com órgãos administrativos federal e estaduais responsáveis pela prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de drogas e pela fiscalização e controle do emprego e do uso clínico e regular de tais substâncias.

A DENARC conta com um dos maiores efetivos da instituição policial civil, pois além da Subdivisão de Inteligência e Informações (SII) e do Centro Antitóxicos de Prevenção e Educação (CAPE), é composta por sete núcleos, cinco dos quais se localizam no interior do Estado – em Foz do Iguaçu, Pato Branco, Cascavel, Maringá e Londrina – que, estrategicamente sediados, são responsáveis pelo desenvolvimento das atividades de repressão em sua respectiva região. Na capital, temos o Núcleo Curitiba e também o Núcleo da Região Metropolitana. Por fim, conta ainda com o apoio da Força Especial de Repressão Antitóxicos (FERA), quando é necessário o uso de policiais especializados em abordagens de alto risco e ainda de lugares de difícil acesso.

A base operacional e a sede administrativa da DENARC encontra-se na Av. Bispo Dom José, 2006, Batel, Curitiba. A seguir, encontram-se os endereços dos Núcleos de Repressão ao Tráfico de Drogas:

Cascavel - NRTID - Núcleo de Repressão ao Tráfico Ilícito de Drogas - Cascavel (45) 32187730 FAX: (45)

32187730. Av. Brasil, 2040 (Centro Administrativo de Cascavel). CEP: 85816290 nrtidcascavel@pc.pr.gov.br

Foz do Iguaçu - NRTID - Núcleo de Repressão ao Tráfico Ilícito de Drogas - Foz do Iguaçu (45) 35221706 FAX: (45) 35221706. Av. Rosa Cirilo de Castro, 1050 sobreloja. CEP: 85863735 nrtidfoz@pc.pr.gov.br

Londrina - NRTID - Núcleo de Repressão ao Tráfico Ilícito de Drogas - Londrina (43) 33487363 FAX: (43) 33487363. Rua Fernando de Noronha, 1352, Jd. Dom Bosco. CEP: 86060410 nrtidlondrina@pc.pr.gov.br

Curitiba - NRTID - Núcleo de Repressão ao Tráfico Ilícito de Drogas - Curitiba (41) 32701700 FAX: (41) 32701700. Av. Bispo Dom José, n.º 2006 - Batel. CEP: 80440080 - nrtidcuritiba@pc.pr.gov.br

Maringá - NRTID - Núcleo de Repressão ao Tráfico Ilícito de Drogas - Maringá (44) 32254021 FAX: (44) 32258071. Rua Vereador Arlindo Planas, 1169 Jd. Maravilha. CEP: 87080330 nrtidmaringa@pc.pr.gov.br

Região Metropolitana de Curitiba - NRTID - Núcleo de Repressão ao Tráfico Ilícito de Drogas - Região Metropolitana Curitiba (41) 32248435 FAX: (41) 32248435. Rua Ermelino de Leão, 513 - Alto São Francisco. CEP: 80410-230

Pato Branco - NRTID - Núcleo de Repressão ao Tráfico Ilícito de Drogas - Pato Branco (46) 32255543 FAX: (46) 32255543. Av. Brasil, s/n Centro. CEP: 85501080 nrtidpatobranco@pc.pr.gov.br

CAPE - Centro Antitóxicos de Prevenção e Educação - Curitiba (41) 32328367 FAX: (41) 32328367. Rua José Loureiro, 376 - 1.º andar, sala 2 - Centro. CEP: 80010000 cape@pc.pr.gov.br

CAPE/DENARC – Centro Antitóxicos de Prevenção e Educação da Divisão Estadual de Narcóticos da Polícia Civil do Paraná/ SESP

O Centro Antitóxicos de Prevenção e Educação (CAPE) foi criado na estrutura organizacional da Delegacia Antitóxicos, no ano de 1994, pela Resolução n.º 226/94 da Secretaria de Estado de Segurança Pública, com a finalidade de desenvolver ações no âmbito do atendimento, orientação, encaminhamento e acompanhamento aos usuários de substâncias que determinem dependência física ou psíquica. Em 9 de agosto de 2000, através do Decreto-lei n.º 2.428, o CAPE passa a pertencer à Divisão de Narcóticos (DINARC), denominação alterada para Divisão Estadual de Narcóticos (DENARC), pelo Decreto 3.146/2008.

Ao CAPE compete todas as atividades preventivas, tratamentos psicoterápicos e acompanhamento social, distribuição de materiais específicos no combate às drogas, recuperação de dependentes e orientação às suas famílias.

Visa oferecer ajuda aos familiares que necessitem de informações, esclarecimentos a respeito do problema da drogadição por parte de seus filhos, bem como a formação de agentes multiplicadores para o combate ao uso de entorpecentes.

Tem por atribuição o relacionamento com o público externo, visando desenvolver programas de prevenção ao uso indevido de substâncias entorpecentes e drogas afins e encaminhamento de dependentes.

O CAPE é formado por uma equipe composta por policiais civis e psicólogos. Além disso, conta com apoio de universidades do Paraná que mantêm um grupo de estagiários na área de Psicologia.

Conforme a nova Lei Federal – Lei n.º 11.343, de 2006, das Atividades de Prevenção do Uso Indevido, Atenção e Reinserção Social de Usuários e Dependentes de Drogas –, as atividades de prevenção são desenvolvidas através de vários programas, tais como: o Grupo de Prevenção à Recaída, Art. 22 - inciso III - *definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde* – esse grupo oferece suporte para a manutenção da abstinência, proporcionando uma exposição de sentimentos e trocas de experiências que fortalecerão na decisão de deixar as drogas; o Grupo de Orientação Familiar, Art. 22 - inciso IV - *atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais* – esse grupo tem como objetivo possibilitar a troca de experiências que proporcionará discussão sob diversos pontos de vista dos aspectos que envolvem o familiar do dependente químico e o próprio usuário, trazendo maior conhecimento acerca da problemática e distintas maneiras de lidar com a dificuldade.

O trabalho preventivo é realizado através da elaboração e distribuição de materiais didáticos com informações, e de palestras preventivas ao uso indevido de drogas em empresas, escolas, associações e comunidade em geral, conforme Art. 19 - inciso XI - *a implantação de projetos pedagógicos de prevenção do uso indevido de drogas, nas instituições de ensino público e privado, alinhados às Diretrizes Curriculares Nacionais e aos conhecimentos relacionados a drogas.*

Criado com o propósito de educar e alertar quanto ao uso/abuso de drogas, o CAPE dispõe de um museu de drogas, o Museu Professor Elias Abrahão. Inaugurado em janeiro de 1998, recebeu esse nome em homenagem a quem foi um exemplo em sua vida pública. Foi Secretário Municipal do Meio Ambiente, Secretário Estadual de Educação, Deputado Federal e Professor.

Em seu acervo estão expostos vários tipos de substâncias entorpecentes, utensílios para consumo, como também objetos que fazem apologia ao uso de drogas e fetos de mães usuárias de drogas, conforme Art. 19 - inciso V - *a adoção de estratégias preventivas diferenciadas e adequadas às especificidades socioculturais das diversas populações, bem como das diferentes drogas utilizadas.*

Capítulo 5

Instâncias Orientadoras de Políticas Públicas sobre Drogas



À luz de um novo marco conceitual e organizacional, em 2003, o Governo do Estado do Paraná, por meio da Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania (SEJU), criada pela Lei n.º 13.986, de 30 de dezembro de 2002, cujo campo de atuação compreende também as atividades relacionadas com o estabelecimento de diretrizes e a proposição da política estadual antidrogas, recria e regulamenta, através do Decreto n.º 2085, de 07/11/2003, no art. 14, o Conselho Estadual Antidrogas, que tem por finalidade propor, discutir e aprovar a política estadual antidrogas, assim como exercer a orientação normativa e consultiva sobre as atividades de redução da demanda de drogas desenvolvida no território paranaense.

O art. 45 do Decreto n. 2085/03 cria a Coordenadoria Estadual Antidrogas, unidade programática executiva da Política Pública Sobre Drogas, com a finalidade de planejamento, definição, coordenação e o controle das ações relacionadas à redução da demanda de drogas no território do Estado, de acordo com o estabelecido pela política estadual antidrogas. Constituinte atividades de redução da demanda de drogas, atua em todas as ações referentes à prevenção do uso indevido de substâncias entorpecentes e drogas lícitas e ilícitas que causem dependência física ou psíquica, bem como aquelas relacionadas com o tratamento, a recuperação, a redução de danos e a reinserção social dos dependentes.

Para a viabilização dos objetivos, o Governo do Estado do Paraná, através da Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania, investiu recursos financeiros e dispões de uma estrutura física organizada e dotada dos equipamentos necessários para o estabelecimento de ações integradas.

Pretende-se dessa forma realizar, como política de Estado ao longo dos anos, através da utilização da divisão das mesorregiões e microrregiões paranaenses, nos municípios que possuem Conselhos Municipais Antidrogas (COMADs), eventos de sensibilização e capacitação para adoção de ações de prevenção em todos os níveis, como: a detecção precoce de problemas relacionados a drogas, seguida de intervenções breves, encaminhamentos judiciais adequados aos jurisdicionados, de forma integrada e mobilizadora de todos os segmentos, por meio de um Conselho Municipal Antidrogas (COMAD), sediado em cada uma das mesorregiões ou microrregiões, como aglutinador e multiplicador das ações a serem desenvolvidas. E nos municípios que não possuem COMADs, que estes sejam instalados.

As ações deverão estar de acordo com os pressupostos e diretrizes da Política Nacional Sobre Drogas (PNAD), que dispõe “sobre a garantia de implantação, efetivação e melhoria de programas, ações e atividades de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social e redução de danos sociais e à saúde, respeitando potencialidades e princípios éticos” (Legislação e Políticas Públicas Sobre Drogas no Brasil. SENAD, 2008, p.14).

As três esferas do sistema sobre Drogas no Brasil

Na esfera nacional

O Conselho Nacional Sobre Drogas (CONAD) é um órgão colegiado, de natureza normativa e de deliberação coletiva, responsável por estabelecer as macro-orientações a serem observadas pelos integrantes do SISNAD (Sistema Nacional Antidrogas), em suas respectivas áreas de atuação. Integra a estrutura básica do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, que o preside.

O CONAD desempenha os papéis político-estratégicos de assessorar o Presidente da República no provimento das orientações globais relativas à redução da demanda e da oferta de drogas no país e promover a articulação, integração e organização da ação do Estado.

A Secretaria Nacional Sobre Drogas (SENAD), subordinada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, foi criada pela Medida Provisória n.º 1.669 e pelo Decreto n.º 2.632, ambos de 19 de junho de 1998. De acordo com o Decreto n.º 5.912, de 27 de setembro de 2006, são competências da SENAD: exercer a secretaria executiva do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD); articular e coordenar as atividades de prevenção ao uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas; propor a atualização da política nacional sobre drogas na esfera de sua competência e gerir o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD) e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID).

Na esfera estadual

O Conselho Estadual Antidrogas (CONEAD) tem por finalidade atuar como instância de assessoramento ao governo do Estado, no provimento das orientações estratégicas globais, e promover a articulação, integração e organização do Estado para a redução da demanda e oferta de drogas. Responsável pela proposição, planejamento, definição e normatização da política pública sobre drogas, com isso, permitindo um maior alinhamento de suas deliberações e atos normativos à realidade do Estado, resguardando o respeito às diversidades socioeconômicas, culturais e religiosas coexistentes; cria mecanismos institucionais para a integração das políticas setoriais relacionadas com a redução da demanda e da oferta de drogas no Estado.

O Conselho Estadual Antidrogas é composto por: Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania (SEJU), Secretaria de Estado da Educação (SEED), Secretaria de Estado da Saúde (SESA), Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (SETI), Secretaria de Estado do Trabalho, Emprego e Promoção Social (SETP), Polícia Militar, Polícia Civil, Paraná Esporte, Ministério Público Estadual, Poder Judiciário, Associação Médica do Paraná, Ordem dos Advogados do Brasil - Seção do Paraná (OAB/PR), Conselho Regional de Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Conselho Regional de Serviço Social

- 11.ª Região - Paraná, Sindicato dos Jornalistas Profissionais do Estado do Paraná, Associação Comercial do Paraná, Associação dos Municípios do Paraná, Sindicato dos Estabelecimentos Particulares de Ensino do Estado do Paraná e ONGs.

A Coordenadoria Estadual Antidrogas, subordinada à Secretaria de Estado da Justiça e da Cidadania, órgão executor das deliberações do conselho, é a unidade programática executiva da política sobre drogas com a finalidade de planejar, definir, coordenar e controlar as ações relacionadas a redução da demanda de drogas no território do estado de acordo com o estabelecido pela Política Estadual Antidrogas. Dá especial ênfase à orientação estratégica e à operacionalização descentralizada.

Essas diretrizes são balizadoras e sinalizadoras para a adequação dos Conselhos Municipais Antidrogas ao modelo de Prevenção Comunitária.

Na esfera municipal

O Conselho Municipal Antidrogas (COMAD) atua como coordenador das atividades de todas as instituições e entidades municipais, responsáveis pelo desenvolvimento das ações referentes à redução da demanda, assim como movimentos comunitários organizados e representações das instituições federais e estaduais existentes no município, dispostas a cooperar com o esforço municipal.

A criação dos COMADs/COMENs Conselhos Municipais de entorpecentes contempla a estratégia de municipalização prevista na política nacional sobre drogas e permite que os planos, programas e projetos cheguem diretamente a todos os cidadãos, garantindo resultados efetivos nas ações.

Os COMADs não podem ser vistos como delegacias ou hospitais, preocupados em atender emergencialmente as questões ligadas às áreas de repressão e tratamento.

São colegiados permanentes, de caráter deliberativo, normativo, consultivo, de composição paritária, orientadores da política pública sobre drogas nos municípios aos quais estão vinculados, nas áreas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, e repressão da produção não-autorizada e do tráfico ilícito de drogas – substâncias psicoativas lícitas e ilícitas que causem dependência física ou psíquica.

ESTRUTURAÇÃO DOS CONSELHOS SOBRE DROGAS

CONVERSANDO SOBRE O PAPEL DOS CONSELHOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS*

*Trecho de entrevista concedida ao Instituto Polis no ano de 2001 com Celso Daniel, professor de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas (FGV) em São Paulo e ex- prefeito do município de Santo André-SP. (Disponível em www.polis.org.br Acesso em setembro de 2007)

“O real não está na saída nem na chegada; ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.”

“Os Conselhos de Políticas Públicas fazem parte de uma dimensão mais ampla das ações de governo e envolvem, na verdade, uma transformação na própria forma de fazer gestão pública. Eles têm a ver com uma concepção de co-gestão, uma concepção de partilha de poder. São novos espaços, novas esferas públicas no interior das quais a agenda fundamental é justamente a agenda voltada ao fortalecimento dos direitos de cidadania em uma ação que podemos classificar como “responsabilidade compartilhada”.

O aperfeiçoamento e o fortalecimento dos Conselhos é extremamente importante para a cidadania em um país como o Brasil, porque eles significam uma esfera pública que é partilhada entre o governo e a sociedade sem ser puramente estatal. Eventualmente, contam com a participação de setores do Estado, mas que não são setores estritamente de governo. No interior desse espaço, o tema por excelência a ser tratado, de acordo com o conselho considerado, é o tema dos direitos de cidadania.

Surge algo novo quando esses conselhos são criados e começam a funcionar com eficácia. Criam-se espaços onde segmentos da população se articulam, trocam informações, criam conceitos, transmitem esses conceitos para outros segmentos da população, e assim por diante.

Como espaços, como esferas públicas de co-gestão e de co-participação entre governo e comunidade, os Conselhos colocam novos temas na agenda pública, suscitam decisões públicas de uma maneira diferente daquela em que as decisões públicas são tomadas, a partir da prevalência da mídia como espaço privilegiado de formação de opinião.

Além disso, os Conselhos se configuram como espaços de co-gestão para as decisões de políticas públicas. Muitas vezes são decisões concretas, em outras oportunidades são apenas diretrizes, ainda que absolutamente importantes. Nesses casos, a política pública é um processo de tomada de decisões que tem um canal direto de participação da comunidade e cujo tema central é a questão da cidadania, ainda que não fique a salvo – e nunca fica a salvo – da formação de opinião pública mais fluida, informada pelos meios de comunicação, pelos setores mais conservadores e pelo poder econômico.

Quais os desafios dos Conselhos hoje? O que ainda falta para que os Conselhos sejam realmente esse espaço de co-gestão?

Existe uma preocupação com a proliferação de conselhos porque são as mesmas pessoas que participam de todos eles. Essas pessoas ficariam se dividindo, indo de um lado para o outro, e o resultado prático não seria tão bom assim. Essa avaliação é excessivamente negativa.

É perfeitamente possível que o governo fomente a participação da comunidade. Há vários casos de Conselhos de Orçamento Participativo em que isso tem acontecido claramente. Nos municípios em que não havia essa cultura de participação, milhares de pessoas ocorrem todo ano às plenárias e participam das atividades diretamente relacionadas à discussão e à deliberação

do orçamento anual através do Orçamento Participativo e, dentro da sua própria dimensão, dos Conselhos Setoriais. A mera abertura de espaço que o governo se propõe a fazer para a criação e legitimação desses conselhos já é em si um grande estímulo para que as pessoas participem.

É preciso avaliar também a postura do governo com relação aos Conselhos. Dependendo da linguagem e da maneira como o governo toma decisões, ele pode desqualificar ou qualificar os espaços participativos. Ele pode incorporar os espaços dos Conselhos como parte efetiva do seu processo de tomada de decisões sobre políticas públicas. Dessa forma, legitima os espaços de participação direta da comunidade e estimula de maneira muito clara a participação da comunidade e o fortalecimento dos próprios Conselhos.

O governo pode também contribuir bastante na formação, na educação popular. Temos a impressão de que poderíamos explorar mais essa iniciativa. É preciso criar condições para que as pessoas não apenas participem de um Conselho, mas também ganhem referências mais sólidas a respeito dos temas tratados nele. É importante que elas tenham domínio das políticas públicas sem serem servidores públicos, sem serem acadêmicos. É absolutamente fundamental que tenham domínio técnico a respeito de questões ligadas à educação, assistência social, saúde, drogas e tantos outros temas, incluindo questões orçamentárias. Além disso, as pessoas precisam ganhar referências mais amplas que as referências que dizem respeito à sua própria política específica. Por exemplo, é muito importante o compromisso que as pessoas da comunidade e os profissionais da área de saúde ganham ao participar do Conselho Municipal de Saúde, pelo que a saúde significa como direito de cidadania básica, da mesma forma nos COMADs. Mas é ainda mais importante que os participantes do Conselho tenham conhecimento da dimensão do papel da prevenção ao uso indevido de drogas no conjunto das políticas públicas do município, da dimensão, por exemplo, da problemática geral do financiamento público em que se localiza a questão específica das drogas.

Existem avenidas muito amplas que podem ser abertas e ocupadas pelo poder público para estimular a formação das pessoas no que se refere às políticas públicas. Não me parece que isso possa ser confundido com um aparelhamento, doutrinação ou qualquer coisa que o valha. Trata-se, na verdade, de discutir os temas que interessam para a cidade e os temas que interessam para uma política pública específica. Isso significa formação, educação. Significa criar condições mais adequadas para que as pessoas se integrem com qualidade nas discussões que são travadas nos Conselhos.

A representatividade dos conselheiros do governo também é um desafio?

Se a presença dos representantes do governo não é uma presença qualificada, se os representantes não falam em nome do governo, o papel que os Conselhos podem ter como espaço de formulação e de definição de políticas públicas se reduz. Se a presença dos conselheiros do governo é uma presença qualificada, se eles falam em nome do governo e sabem que podem defender posições sem ter que parar a reunião para fazer consultas ao Secretário ou qualquer outra

peessoa, a situação é completamente diferente. Quando aparecem questões polêmicas, pode ser necessário fazer consultas ao Secretário, mas isso não pode fazer parte do cotidiano. Tem de ser algo que aconteça esporadicamente, à medida que seja necessário.

Para isso, os conselheiros precisam de uma formação adequada. A formação é importante para os conselheiros do governo tanto quanto para os conselheiros da comunidade. É importante também uma organização interna que faça com que a delegação de responsabilidade flua efetivamente para aqueles que vão representar o governo nos Conselhos.

Há uma grande preocupação com a autonomia dos Conselhos. Ele precisa ter infraestrutura e condições de funcionamento autônomas em relação ao poder público, ao Estado. Por outro lado, afirma-se que o Estado deveria financiar os conselheiros da sociedade civil, porque a representação do poder público recebe para participar e a sociedade civil, não. Muita gente não tem dinheiro nem para tomar um ônibus para participar das reuniões do Conselho. Como definir uma parte do orçamento público para os Conselhos que não signifique restrições à sua autonomia?

Os Conselhos são espaços que não são meramente estatais nem meramente comunitários. Do ponto de vista jurídico, não é fácil classificá-los, porque o nosso sistema jurídico trabalha muito separadamente o direito privado e o direito administrativo. De um ponto de vista conceitual fora dessa dimensão jurídica, creio que os Conselhos são espaços de interação entre o Estado e a comunidade e, como tais, eu não veria em tese nenhum problema em garantir sua infraestrutura, financiamento ou coisa do gênero. O mais importante é garantir a autonomia dos Conselhos em relação ao governo. Garantir a autonomia dos Conselhos em relação ao Estado é mais difícil porque os Conselhos são parte do Estado, e o Estado não é sinônimo de governo. O fundamental é estabelecer relações no sentido contrário ao clientelismo, que são relações de subordinação da comunidade em relação a um governo de plantão que pretende, em um determinado momento, representar o Estado.

Já o jeton ou algo semelhante é um pouco diferente. De fato, os integrantes do Conselho que representam o governo são pagos para isso e os integrantes da comunidade não são pagos. Mas a presença da comunidade é uma presença que depende de decisões autônomas e espontâneas das pessoas que se dispõem a participar. A presença do governo não acontece do mesmo jeito, a participação é, por assim dizer, compulsória. O representante do governo é pago porque existe uma orientação política para participar dos Conselhos. Na comunidade é diferente: trata-se da abertura de espaços que podem ou não ser ocupados pela cidadania.

Dependendo da comunidade considerada, dependendo da cultura política, dependendo da importância do tema, existe participação maior ou menor nesta ou naquela cidade, neste ou naquele país. Isso é inerente ao processo de participação.

Um caso diferente é a garantia de condições básicas para as pessoas participarem das atividades dos Conselhos. Como o transporte, por exemplo. Aí não se trata de remunerar a pessoa

para um serviço de interesse público, que ela está fazendo em nome de segmentos da comunidade. Poderíamos pensar em garantir transporte para os segmentos da comunidade mais desassistidos, pois tem gente que gasta uma boa parte do seu orçamento com transporte para trabalhar e ainda teria de pagar passagem de ida e volta para participar do Conselho. Aí não se trata de trabalho voluntário. A pessoa estaria pagando para participar.

Enfim, há estruturas e estruturas, é importante qualificar o que estamos propondo. Falar de jeton é diferente de falar de estrutura física ou de auxílio para as pessoas que não têm as condições mais básicas de deslocamento.

No entanto, a contradição entre Estado e sociedade é irredutível, pois o Estado é uma instituição e a sociedade é um espaço que tem uma lógica completamente diferente. A lógica que preside as ações de governo é naturalmente diferente da lógica com a qual setores da comunidade se organizam para influenciar a definição de políticas públicas ou para influenciar a agenda pública. A relação entre governo e sociedade é necessariamente uma relação contraditória por causa da presença do Estado, e o Estado é uma instituição separada da sociedade.

O governo, pela sua própria natureza, expressa a unidade do município. Para se manter legítimo, ele precisa pensar no fato de que, ao ocupar o espaço do Estado, ele expressa os interesses do conjunto do município. Já, no que se refere à comunidade, o ponto de vista é completamente diferente. As pessoas podem se organizar por razões de natureza corporativa, no bom sentido, ou podem se organizar porque acham importante participar, sem tirar qualquer proveito corporativo da sua participação. Para as pessoas, é mais difícil ter como ponto de partida essa visão universal, que é necessária ao governo. Universal não é positivo ou negativo. Existe uma visão universal conservadora, uma visão universal de esquerda, progressista, etc. Mas é sempre uma visão universal que tem de dar conta do conjunto do município.

A comunidade nem sempre entende que a participação implica não apenas no direito a dar seu palpite e tomar decisões. Quando participam, as pessoas assumem o dever de pensar o público e não o seu interesse individual ou do grupo mais restrito que em primeira instância elas representam quando vão participar do Conselho.

Diz-se que cada Conselho fica muito centrado nas suas próprias questões. Seria o caso de diminuir o número de Conselhos ou propor um fórum amplo de discussão entre eles?

Achamos que não seja o caso de reduzir o número de Conselhos. O fundamental é superar as abordagens setoriais. É preciso que haja uma superação dialética, o que significa não negar o setorial, mas incorporar o setorial na gestão pública como um todo”.

Anexos

ANEXO 1

PASSOS PARA A CRIAÇÃO DE CONSELHOS MUNICIPAIS ANTIDROGAS (SENAD <www.senad.gov.br>)

Passo 1

Identificar e contatar as pessoas, movimentos comunitários organizados, instituições e entidades sensíveis ao tema, que se disponham à dedicação à Causa Antidrogas, de modo que:

- os voluntários selecionados possam vir a compor o COMAD, na qualidade de conselheiros(as) para as ações antidrogas no município;
- os movimentos comunitários organizados possam vir a participar diretamente da Causa, mediante o desenvolvimento de atividades que se correlacionem com os seus objetivos;
- as entidades privadas possam colaborar com a Causa, mediante a prestação gratuita de seus serviços, assim como por meio de doações diversas, em prol das necessidades do COMAD.

Passo 2

Instituir o COMAD, por meio de Lei municipal, remetendo cópia à SENAD e ao Conselho Estadual Antidrogas (CONEAD), visando à sua integração aos Sistemas Nacional e Estadual Antidrogas – exemplos de documentos para materializar o Passo 2 encontram-se nos Anexos Mensagem e Projeto de Lei.

Passo 3

Elaborar o Regimento Interno regulador da natureza, finalidade, objetivos, organização, funcionamento, atribuições e competências dos órgãos constitutivos dos COMADS. Encontra-se também nos Anexos uma sugestão para materializar o Passo 3. Decreto para a criação do Regimento intrno.

Passo 4

Instituir o Programa Municipal Antidrogas (PROMAD). Para o desenvolvimento do PROMAD, deverão ser compactadas, particularmente, as instituições e entidades municipais das áreas de saúde e ensino, as entidades religiosas, desportivas e representativas da mídia, as comunidades terapêuticas, os serviços nacionais profissionalizantes (SENAI, SESC e SENAC), as associações assistenciais, os clubes de serviço, os movimentos comunitários organizados e demais entidades que se disponham a aderir à Causa Antidrogas.

Tal programa deverá ser composto com base em tantos projetos quantos sejam necessários para atingir os diferentes públicos, assim como os diversos ambientes com os quais irá tratar o COMAD. Como motivação para o desenvolvimento do programa, pode-se considerar, entre outros, os projetos “Melhoria de Qualidade de Vida”, “Ambiência” e “Mídia”, conforme segue.

O projeto Melhoria de Qualidade de Vida destina-se a garantir a adesão dos munícipes a programas de prevenção ao uso indevido de drogas. Em função dos públicos a que se dirige, o Projeto comporta dois subprojetos que, ao assegurarem a conscientização sobre a gravidade do problema, deverão conduzir à geração de um novo ideal de brasilidade – a cidadania sem drogas: o subprojeto “Crianças de... (nome do município) com melhor qualidade de vida”, destinado a estabelecer as ações que motivem as crianças para uma vida saudável; e o “Juventude de... (município) engajados com uma vida melhor”, destinado a estabelecer as ações que conduzam os jovens à descoberta do “Novo Brasil Sem Drogas”. Tal projeto, mais do que ajudar os jovens a se conscientizarem do valor de sua contribuição direta (isolada) para a construção do Novo Brasil Sem Drogas, deve enfatizar os exemplos que hão de livrar as crianças dos malefícios das drogas.

O projeto Ambiência é destinado a estabelecer as ações em ambientes específicos, de modo a assegurar a convivência protegida contra o malefício das drogas. Tais ações serão destinadas a assegurar a conscientização sobre a gravidade do problema, de modo que resulte na geração de ambientes refratários ao consumo. O projeto deverá contemplar tantos subprojetos quantos sejam os ambientes em que o COMAD planeje atuar, como, por exemplo, o lar, a escola (e seu entorno), os hospitais, as empresas, as instituições militares, religiosas, as casas de detenção, etc.

Subprojeto Família – destinado a estabelecer ações que, direcionadas à família, assegurem a conscientização de pais sobre a necessidade de se responsabilizarem mais por seus filhos, orientando-lhes sobre a importância do afeto e do amor, do cuidado, do comprometimento, com o estabelecimento de regras e limites, de modo a tornar os lares refratários ao consumo de drogas.

Subprojeto Escola Primária Solar das Neves (entidade hipotética) – destina-se a incluir em suas atividades ações que assegurem a conscientização de todo o universo escolar (discentes, docentes e demais integrantes) sobre a gravidade do problema, de modo a tornar o ambiente daquela instituição refratário ao consumo de drogas.

Subprojeto Santa Casa Ribeirão (entidade hipotética)

Subprojeto Templo Santo (entidade religiosa hipotética)

Subprojeto Cooperativo... -; etc.

O projeto Mídia destina-se a estabelecer as ações que assegurem a plena utilização dos recursos locais relacionados à mídia, incentivando jornalistas a divulgar notícias sobre as consequências do uso indevido de drogas lícitas (álcool e tabaco) e ilícitas; estimular as pessoas a formar uma rede de enfrentamento, apoio e atenção aos usuários e divulgar ações de prevenção primária de modo a contribuir positivamente para a formação de opinião nas comunidades, estruturando uma mentalidade de responsabilidade compartilhada.

Passo 5

Instituir o Recursos Municipais Antidrogas (REMAD), fundo a ser gerido pelo Órgão Fazendário Municipal, objetivando otimizar o PROMAD. Para constituir o REMAD, além dos recursos provenientes de dotações orçamentárias, sugere-se a inclusão de outros, quais sejam: doações financeiras de instituições, entidades e pessoas físicas e jurídicas, assim como a disponibilização ou doação de bens *in natura*, tais como veículos, equipamentos, material de consumo e permanente, combustíveis, etc. O REMAD destinar-se-á exclusivamente ao pagamento de despesas relacionadas à atuação do COMAD e particularmente à implementação do PROMAD, a exemplo do custeio de programas de esclarecimento ao público, bem como para a formação profissional em prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social.

Passo 6

Promover a conscientização da comunidade sobre a questão local, no tocante à morbidade das drogas, meios de prevenção, procedimentos para o tratamento e condições para a reinserção social. Tal projeto deverá ser desenvolvido com a utilização de todos os meios disponíveis nas áreas de ensino, saúde, religiosa, desportiva, assim como dispondo dos recursos da mídia e outros existentes no município. O objetivo é propiciar a mais ampla reflexão sobre as drogas, de modo a possibilitar a percepção de sua extensão, das diferenças regionais e/ou locais, assim como da necessidade, urgente, da atuação sinérgica da comunidade; caminho seguro para vencer o extraordinário desafio.

Temas sugeridos para a abordagem

I. “Demanda: estável, decrescente, ou crescente?”

Como se apresenta o fenômeno no município e no país? Quais as causas do fenômeno, quando e como teve o seu início? Admite um término? Quais as drogas mais consumidas? Qual o perfil do consumidor? O prazer, como influi no processo? Como empregar a substituição da busca do prazer através do aproveitamento do potencial saudável para a melhoria da qualidade de vida? consumidor, rota ou produtor, como entender nosso município? Ao manter a dinâmica de crescimento ou redução, quais as consequências para o município, para a região, para o país e para o mundo – em curto, médio e longos prazos? Como a sociedade tem contribuído para a redução da demanda? Qual o papel que tem sido desempenhado pela família, escola, igreja, saúde e polícia no que se refere à prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social? O “aparato social” apresenta-se adequado para o trato com a questão? Caso negativo, como corrigir as deficiências?

II. “Programas de Prevenção ao Uso indevido de Drogas: adesão do município”

Quais os níveis de conscientização sobre a prevenção? As instituições municipais têm sido procuradas por aqueles que necessitam de ajuda? Qual a contribuição dada pelas instituições (públicas e privadas) particularmente das áreas de ensino e saúde, comunidades terapêuticas, entidades religiosas, associações assistenciais, entidades representativas da mídia, entidades representativas dos serviços nacionais profissionalizantes (SENAI, SENAC e SESC), clubes de serviço, entidades desportivas, movimentos comunitários organizados e demais entidades municipais? O “aparato social” apresenta-se adequado para o trato com a questão? Como maximizar os níveis de adesão à prevenção?

III. “Realidade local: como evoluir?”

Fatos relacionados às drogas e à prevenção ao uso indevido de drogas têm sido discutidos pela nossa comunidade? Dispomos de programa, projeto, plano, estratégia ou ação, direcionados à minimização do problema? Quais os níveis de adesão da comunidade? O que faremos para minimizar o problema das drogas na comunidade?

Passo 7

Promover intercâmbio com outros COMADS, visando à troca de experiências e ao aprimoramento de suas competências e ações no trato com a prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social.

Passo 8

Buscar aproximação com a SENAD, CONEAD e Coordenadoria Estadual Antidrogas (CEAD), remetendo-lhes relatórios periódicos com a finalidade de contribuir para o aprimoramento dos Sistemas Nacional e Estadual Antidrogas.

ANEXO 2

MODELO DE MENSAGEM A SER ENVIADA ÀS AUTORIDADES MUNICIPAIS

Tenho a honra de submeter à elevada consideração de Vossas Excelências o Projeto de Lei anexo, que objetiva criar o Conselho Municipal Sobre Drogas - COMAD.

Como bem sabem, o consumo de drogas é um dos mais graves problemas mundiais na atualidade, razão pela qual, na maioria dos Estados Nacionais, tem ocorrido uma total mobilização, não só governamental, como de toda a população, no sentido de enfrentá-lo – fato para o qual o Brasil não se encontra alheio.

Vivemos um grande momento histórico em que o Conselho Nacional Sobre Drogas - CONAD, a Secretaria Nacional Sobre Drogas - SENAD, e os Conselhos Estaduais Sobre Drogas - CONEAD, mediante sua atuação integrada, vêm desenvolvendo importante trabalho, nas esferas federal e estadual, direcionado para o estabelecimento da Causa Antidrogas.

Nosso Município não pode se manter à margem; deve integrar-se na ação conjunta e articulada de todos os órgãos federal, estaduais e municipais que compõem o Sistema Nacional Sobre Drogas. É toda a nação brasileira unindo suas forças para o enfrentamento da questão.

Nós cidadãos do município de... (nome do município) não podemos ignorar a História, não podemos agravar o resgate ético a saldar, no tocante à vulnerabilidade às drogas, a que está sujeita a nossa juventude. Como brasileiros, pais e, principalmente, como seres humanos, temos a obrigação de dar a nossa contribuição à Causa Antidrogas.

Assim, nosso município deve organizar seus esforços e iniciativas, visando beneficiar nossa comunidade, por meio do desenvolvimento das ações referentes à prevenção do uso indevido de drogas, bem como daquelas relacionadas com o tratamento, recuperação e reinserção social de indivíduos que apresentem transtornos decorrentes do uso indevido de drogas.

É o que pretende o projeto ora apresentado.

Ao submetê-lo à apreciação dessa douta Câmara, estou certo de que os Senhores Vereadores saberão aperfeiçoá-lo e, especialmente, reconhecer seu mérito quanto à aprovação.

Aproveito a oportunidade para reiterar a Vossas Excelências os protestos do mais elevado apreço.

.....de de

Prefeito Municipal

MODELO DE PROJETO DE LEI

Dispõe sobre o Conselho Municipal Sobre Drogas, e dá outras providências.

..... (nome do prefeito), Prefeito de... (nome do município), faço saber que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono e promulgo a seguinte Lei:

Art.1º

Fica instituído o Conselho Municipal Sobre Drogas (COMAD) de... (nome do município), que, integrando-se ao esforço nacional de combate às drogas, dedicar-se-á ao pleno desenvolvimento das ações referentes à redução da demanda de drogas.

§ 1º Ao COMAD caberá atuar como coordenador das atividades de todas as instituições e entidades municipais, responsáveis pelo desenvolvimento das ações supramencionadas, assim como dos movimentos comunitários organizados e representações das instituições federais e estaduais existentes no município e dispostas a cooperar com o esforço municipal.

§ 2º O COMAD, como coordenador das atividades mencionadas no parágrafo anterior, deverá integrar-se ao Sistema Nacional Sobre Drogas (SISNAD), de que trata a Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, regulamentada pelo Decreto Federal 5.912, de 27 de setembro de 2006.

§ 3º Para o fim desta Lei, considera-se:

I. redução de demanda como o conjunto de ações relacionadas à prevenção do uso indevido de drogas, ao tratamento, à recuperação e à reinserção social dos indivíduos que apresentem transtornos decorrentes do uso indevido de drogas;

II. droga como toda substância natural ou produto químico que, em contato com o organismo humano, atue como depressor, estimulante, ou perturbador, alterando o funcionamento do sistema nervoso central, provocando mudanças no humor, na cognição e no comportamento, podendo causar dependência química. Podem ser classificadas em ilícitas e lícitas, destacando-se dentre essas últimas o álcool, o tabaco e os medicamentos;

III. drogas ilícitas aquelas assim especificadas em lei nacional e tratados internacionais firmados pelo Brasil, e outras, relacionadas periodicamente pelo órgão competente do Ministério da Saúde, informada a Secretaria Nacional Sobre Drogas (SENAD) e o Ministério da Justiça - MJ.

Art.2º

São objetivos do COMAD:

I - instituir e desenvolver o Programa Municipal Sobre Drogas (PROMAD), destinado ao desenvolvimento das ações de redução da demanda de drogas;

II - acompanhar o desenvolvimento das ações de fiscalização e repressão, executadas pelo Estado e pela União;

III - propor, ao Prefeito e à Câmara Municipal, as medidas que assegurem o cumprimento dos compromissos assumidos mediante a instituição desta Lei.

§ 1º O COMAD deverá avaliar, periodicamente, a conjuntura municipal, mantendo atualizados o Prefeito e a Câmara Municipal, quanto ao resultado de suas ações.

§ 2º Com a finalidade de contribuir para o aprimoramento dos Sistemas Nacional e Estadual Sobre Drogas, o COMAD, por meio da remessa de relatórios frequentes, deverá manter a Secretaria Nacional Sobre Drogas (SENAD), o Conselho Estadual Antidrogas (CONEAD) e a Coordenadoria Estadual Antidrogas (CEAD) permanentemente informados sobre os aspectos de interesse relacionados à sua atuação.

Art. 3º

O COMAD fica assim constituído:

I. Presidente;

II. Secretário-Executivo;

III. Membros.

§ 1º Os conselheiros, cujas nomeações serão publicadas em Diário Oficial do Município, terão mandato de 02 (dois) anos (ou outro período, a definir), permitida a sua recondução por um mínimo de mais 01 (um) ano.

§ 2º Sempre que se faça necessário, em função da tecnicidade dos temas em desenvolvimento, o Conselho poderá contar com a participação de Consultores, a serem indicados pelo Presidente e nomeados pelo Prefeito.

OBS:

1. O Presidente do Conselho deverá ser designado mediante livre escolha do Prefeito, dentre os conselheiros efetivos; alguns municípios têm adotado a escolha e eleição do presidente entre seus pares.
2. Para a otimização dos trabalhos, sugere-se que a composição do COMAD seja paritária, ou seja, metade das representações governamentais e a outra metade não-governamentais, e que estejam incluídos Representantes da Prefeitura, sendo 01 (um) do órgão de Saúde, e Representantes da Sociedade Organizada: o Juiz de Direito, se for sede de comarca; o Promotor de Justiça, idem; o Delegado de Polícia; a Autoridade da Polícia Militar; a Autoridade Ligada ao Serviço Militar Obrigatório (Junta do Serviço Militar, Delegacia do Serviço Militar, Tiro de Guerra, Unidade ou Subunidade das Forças Armadas); a Autoridade Municipal de Ensino; Líderes Comunitários; e Representantes de Clubes de Serviço, do Conselho Tutelar, do Desporto, de Instituições Religiosas, das Instituições Financeiras, da Área Médica, de Organizações Não-Governamentais.

Alguns municípios têm adotado a escolha das instituições que compõem os COMADS através de conferências municipais, levando em consideração a atuação da instituição na sociedade e seu desempenho nas atividades do Conselho local, possibilitando assim a rotatividade de instituições.

Art. 4°

O COMAD fica assim organizado:

- I. Plenário;
- II. Presidência;
- III. Secretaria Executiva;
- IV. Comitê REMAD.

Parágrafo único. O detalhamento da organização do COMAD será objeto do respectivo Regimento Interno.

Art. 5°

As despesas decorrentes da presente Lei serão atendidas por verbas próprias do orçamento municipal, que poderão ser suplementadas.

§ 1° O COMAD deverá providenciar a imediata instituição do REMAD - Recursos Municipais Sobre Drogas; fundo que, constituído com base nas verbas próprias do orçamento do município e em recursos suplementares, será destinado, com exclusividade, ao atendimento das despesas geradas pelo PROMAD.

§ 2° O REMAD será gerido pelo Órgão Fazendário Municipal, que se incumbirá da execução orçamentária e do cronograma físico-financeiro da proposta orçamentária anual, a ser aprovada pelo Plenário.

§ 3° O detalhamento da constituição e gestão do REMAD, assim como de todo aspecto que a esse fundo diga respeito, constará do Regimento Interno do COMAD.

Art. 6°

As funções de conselheiro não serão remuneradas, porém consideradas de relevante serviço público.

Parágrafo único. A relevância a que se refere o presente artigo será atestada por meio de certificado expedido pelo Prefeito, mediante indicação do Presidente do Conselho.

Art. 7º

O COMAD providencie as informações relativas à sua criação à SENAD, ao CONEAD e CEAD, visando à sua integração aos Sistemas Nacional e Estadual Sobre Drogas.

Art. 8º

O COMAD providencie a elaboração do seu Regimento Interno.

Art. 9º

Esta Lei entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ANEXO 3

MODELO DE DECRETO DO REGIMENTO INTERNO

Decreto n.º X (data)

Aprova o Regimento Interno do Conselho Municipal Sobre Drogas

O prefeito de... (município) segue o texto de aprovação do presente Decreto, conforme o trâmite legislativo municipal.

REGIMENTO INTERNO

CAPÍTULO I - DA NATUREZA E DA FINALIDADE

Art.1º O Conselho Municipal Sobre Drogas - COMAD de... (nome do município) tem por fim dedicar-se inteiramente às Causas Sobre Drogas, cumprindo-lhe integrar, estimular e coordenar a participação de todos os segmentos sociais do município, de modo a assegurar a máxima eficácia das ações a serem desenvolvidas no âmbito da redução da demanda de drogas.

§ 1º Ao COMAD caberá atuar como órgão coordenador das atividades municipais referentes à redução da demanda de drogas.

§ 2º O COMAD deverá avaliar, periodicamente, a conjuntura municipal, mantendo atualizados o Prefeito e a Câmara Municipal, quanto ao resultado de suas ações.

§ 3º Com a finalidade de contribuir para o aprimoramento dos Sistemas Nacional e Estadual Sobre Drogas, o COMAD, por meio da remessa de relatórios periódicos, deverá manter a Secretaria Nacional Sobre Drogas - SENAD, o Conselho Estadual Sobre Drogas - CONEAD e a Coordenadoria Estadual Antidrogas - CEAD permanentemente informados sobre os aspectos de interesse relacionados à sua atuação.

§ 4º À luz da Lei municipal n.º ..., (data) referente à criação do COMAD e para fins do presente Instrumento, considera-se:

- I. redução de demanda como o conjunto de ações relacionadas à prevenção do uso indevido de drogas, ao tratamento, à recuperação e a reinserção social dos indivíduos que apresentem transtornos decorrentes do uso indevido de drogas;

- II. droga como toda substância natural ou produto químico que, em contato com o organismo humano, atue como depressor, estimulante ou perturbador, alterando o funcionamento do sistema nervoso central, provocando mudanças no humor, na cognição e no comportamento, podendo causar dependência química. Podem ser classificadas em ilícitas e lícitas, destacando-se, dentre essas últimas, o álcool, o tabaco e os medicamentos;
- III. drogas ilícitas aquelas assim especificadas em lei nacional e tratados internacionais firmados pelo Brasil, e outras, relacionadas periodicamente pelo órgão competente do Ministério da Saúde, informada a Secretaria Nacional Sobre Drogas - SENAD e o Ministério da Justiça - MJ.

CAPÍTULO II - DOS OBJETIVOS

Art.2º O COMAD, no âmbito estrito da sua competência, atinente à redução da demanda de drogas, tem por objetivos:

- I. instituir o Programa Municipal Sobre Drogas (PROMAD) e conduzir sua aplicação;
- II. propor a instituição do Recursos Municipais Sobre Drogas (REMAD), assegurando, quanto à gestão, o acompanhamento e a sua avaliação, assim como no tocante à destinação e emprego dos recursos, a devida aprovação e fiscalização;
- III. elaborar a proposta orçamentária anual inerente ao REMAD;
- IV. acompanhar o desenvolvimento das ações de fiscalização e repressão, executadas pelo Estado e pela União.

Parágrafo único. Caberá ao COMAD desenvolver o PROMAD, por meio da coordenação das atividades de todas as instituições e entidades municipais, responsáveis pelo desenvolvimento das ações mencionadas no presente artigo, assim como dos movimentos comunitários organizados e representações das instituições federais e estaduais existentes no município e dispostas a cooperar com o esforço municipal.

CAPÍTULO III - SEÇÃO I - DA COMPOSIÇÃO

Art. 3º O COMAD tem a seguinte composição (ver Art. 3.º da Lei municipal de criação do COMAD) e deverá ser composto de maneira paritária.

SEÇÃO II - DA ORGANIZAÇÃO

Art. 4° São órgãos do COMAD:

- I. Plenário;
- II. Presidência;
- III. Secretaria-Executiva;
- IV. Comitê-REMAD.

§ 1° O Plenário, órgão máximo do COMAD, é constituído pela totalidade dos seus membros e será presidido pelo seu presidente.

§ 2° A secretaria-executiva é administrada por um secretário-executivo.

§ 3° O Comitê-REMAD é constituído por 3 (três) membros, escolhidos pelo Plenário, por votação.

Art. 5° O presidente é de livre designação do prefeito, dentre seus conselheiros efetivos, sendo que alguns municípios têm adotado a escolha e eleição do presidente entre seus pares.

Parágrafo único. O presidente, nas suas ausências e impedimentos, será substituído pelo secretário-executivo.

Art. 6° O secretário-executivo é indicado pelo presidente e designado pelo prefeito, dentre seus conselheiros efetivos.

Parágrafo único. Em suas faltas ou impedimentos, o secretário-executivo será substituído por um conselheiro designado pelo presidente.

Art. 7° O mandato dos conselheiros é de 2 (dois) anos (ou outro período, a definir), admitida a sua recondução, por um prazo mínimo de mais 01 (um) ano.

§ 1° No caso de perda ou desistência do mandato do titular, seu suplente o substitui automaticamente, até o final do biênio correspondente, na condição de conselheiro efetivo, devendo ser designado outro suplente para a ocupação de sua vaga.

§ 2° Cabe ao presidente solicitar a designação a que se refere o parágrafo anterior.

CAPÍTULO IV - DA COMPETÊNCIA DOS ÓRGÃOS

SEÇÃO I - DO PLENÁRIO

Art. 8º No contexto das atividades inerentes à redução da demanda de drogas, ao Plenário compete:

- I. atuar no sentido de concretizar os objetivos do COMAD;
- II. aprovar as propostas de programas, planos, regimento interno, assim como do REMAD e demais medidas a que se refere à Lei municipal n.º ..., (data) inerente à criação do COMAD;
- III. indicar os conselheiros, a serem designados pelo prefeito, para o exercício das funções de acompanhamento e avaliação da gestão do REMAD;
- IV. aprovar a proposta orçamentária e os planos anuais de aplicação dos recursos-REMAD, elaborados pelo Comitê-REMAD, assim como aprovar a destinação desses recursos;
- V. referendar a avaliação do Comitê-REMAD sobre a gestão dos recursos-REMAD, elaborando relatórios periódicos sobre a sua aplicação, providenciando seu envio ao Prefeito e à Câmara Municipal;
- VI. remeter cópia da aprovação da proposta orçamentária, dos planos anuais de aplicação dos recursos-REMAD e do correspondente relatório periódico à Secretaria Nacional Sobre Drogas - SENAD, Conselho Estadual Sobre Drogas - CONEAD e Coordenadoria Estadual Antidrogas - CEAD.

SEÇÃO II - DA PRESIDÊNCIA

Art. 9º À Presidência, visando ao desenvolvimento do PROMAD, compete estimular a mais ampla participação das instituições e entidades municipais, assim como dos movimentos comunitários organizados e representações das instituições federais e estaduais existentes no município, dispostas a cooperar com o esforço municipal.

SEÇÃO III - DO SECRETÁRIO-EXECUTIVO

Art. 10. Ao Secretario-Executivo compete prestar auxílio ao funcionamento do COMAD e coordenar a execução das atividades de apoio técnico e administrativo necessárias ao funcionamento do Conselho.

SEÇÃO IV - DO COMITÊ REMAD

Art. 11. Ao Comitê-REMAD compete:

- I. elaborar a proposta orçamentária e os planos anuais de aplicação dos recursos-REMAD, submetendo-os à aprovação do Plenário;
- II. o pagamento de despesas relacionadas à atuação do COMAD, nas áreas de prevenção, tratamento e reinserção social;

- III. acompanhar e avaliar a gestão do REMAD, mantendo o Plenário informado sobre os resultados correspondentes.

CAPÍTULO V - DAS ATRIBUIÇÕES DOS CONSELHEIROS

SEÇÃO I - DO PRESIDENTE

Art. 12. Ao presidente compete:

- I. representar oficialmente o Conselho;
- II. convocar e presidir as reuniões do Conselho, dando execução às decisões correspondentes;
- III. propor o estabelecimento de convênios e a promoção de intercâmbio técnico-cultural-científico com órgãos do SISNAD, com órgãos internacionais e com setores da administração pública relacionados ou especializados em drogas;
- IV. realizar e estimular a realização de estudos e pesquisas sobre temas de interesse do Conselho, promovendo a mais ampla divulgação dos mesmos;
- V. praticar os demais atos necessários ao cumprimento dos objetivos do COMAD;
- VI. cumprir e fazer cumprir este Regimento.

SEÇÃO II - DO SECRETÁRIO-EXECUTIVO

Art. 13. Ao Secretário-Executivo compete:

- I. Prestar auxílio ao funcionamento do COMAD na ausência do presidente e nos seus impedimentos;
- II. secretariar as reuniões do Conselho, mantendo em ordem e em dia toda a documentação correspondente;
- III. auxiliar o presidente na execução das medidas propostas pelo Conselho;
- IV. Realizar outras atribuições compatíveis com a natureza de suas competências.
- V. Comunicar aos membros a data, hora e local das reuniões.

SEÇÃO III - DOS MEMBROS

Art. 14. Aos conselheiros compete:

- I. participar das reuniões do Conselho, com direito à voz e voto;

- II. executar as tarefas que lhes forem atribuídas nos grupos especiais de trabalho, ou as que lhes forem individualmente solicitadas;
- III. elaborar propostas de programas, planos, regimento interno, assim como do REMAD e demais medidas relacionadas à Lei municipal n.º ..., (data) referente à criação do COMAD;
- IV. manter o setor que representa regularmente informado sobre as atividades e deliberações do Conselho;
- V. manter sigilo dos assuntos veiculados no Conselho, sempre que determinado pelo Plenário;
- VI. convocar reuniões mediante subscrição de um terço dos membros;
- VII. manter conduta ética compatível com as atividades do Conselho.

CAPÍTULO VI - DO FUNCIONAMENTO

SEÇÃO I - DAS REUNIÕES PLENÁRIAS

OBS: Em função da especificidade dos diversos COMADs, sugere-se que sejam adotados os mesmos procedimentos regimentais utilizados pelas respectivas Câmaras Municipais, ou ver o Regimento Interno do Conselho Estadual Sobre Drogas.

SEÇÃO II - DA ORDEM DOS TRABALHOS

OBS: Em função da especificidade dos diversos COMADs, sugere-se que sejam adotados os mesmos procedimentos regimentais utilizados pelas respectivas Câmaras Municipais, ou ver o Regimento Interno do Conselho Estadual Sobre Drogas.

CAPÍTULO VII - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. ___ O REMAD será gerido pelo Órgão Fazendário Municipal, que se incumbirá da execução orçamentária e do cronograma físico-financeiro, referentes à proposta orçamentária anual aprovada pelo Plenário.

Art. ___ Ao gestor do REMAD competirá gerir os recursos inerentes a este fundo, prestando contas mensais da sua aplicação ao Plenário.

Art. ___ Os recursos financeiros do REMAD serão centralizados em conta especial, denominada “.....REMAD”, mantida no Banco do Brasil S.A. ou na Caixa Econômica Federal, em (nome do município).

Art. ___ Nenhuma despesa será efetuada sem a indicação e cobertura bastante de recurso disponível e os responsáveis prestarão contas de suas aplicações em prazo não superior a 90 (noventa) dias, procedendo-se automaticamente à tomada de contas se não as prestarem no prazo assinalado.

Art. __ Todo ato de gestão financeira do REMAD será realizado por força de documento que comprove a operação, ficando registrado na contabilidade mediante classificação em conta adequada; tudo com o devido amparo nos requisitos procedimentais e de representatividade do órgão gestor.

Art. __ O REMAD será constituído com base nos recursos provenientes de dotações orçamentárias, assim como de doações financeiras de instituições, entidades e pessoas físicas; bem como da disponibilização ou doação de bens *in natura*.

Art. __ Toda utilização de recursos provenientes do REMAD fica sujeita aos mesmos trâmites legais de comprovação e procedimentos a que se submetem os bens da União e os recursos orçamentários.

Art. __ O REMAD será estruturado de acordo com as normas de contabilidade pública e auditoria estabelecida pelo Governo, devendo ter sua programação aprovada na forma prevista pelo Decreto-Lei n.º 1.754, de 31 de dezembro de 1979.

Art. __ O presente Regimento Interno só poderá ser modificado por proposta de, no mínimo, dois terços dos membros do Conselho, ou por proposta da sua Presidência, referendada pela maioria absoluta dos conselheiros.

Art. __ As pautas de convocação das reuniões do Plenário, suas atas de reunião, as Portarias e Recomendações serão publicadas no Diário Oficial do Município.

Art. __ Os casos omissos serão resolvidos pelo Plenário.

Art. __ Este Regimento Interno entrará em vigor depois de sancionado pelo Prefeito e publicado no Diário Oficial do Município, revogadas as disposições em contrário.

Presidente:

(nome e assinatura)

Conselheiros:

Local e Data:-----

ANEXO 4

PROCESSO DE REALINHAMENTO DA POLÍTICA NACIONAL ANTIDROGAS E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DROGAS

Até 1998, o Brasil não contava com uma política pública na área da redução da demanda e da oferta de drogas. Em junho daquele ano, em Nova York, durante a XX Assembléia Geral Especial das Nações Unidas, foram discutidos os princípios da redução da demanda de drogas e da responsabilidade compartilhada. Como consequência dessa Assembléia, foi criada no Brasil, em junho de 1998, a Secretaria Nacional Sobre Drogas (SENAD), diretamente vinculada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Em dezembro daquele ano, foi realizado em Brasília o I Fórum Nacional Antidrogas, para a elaboração da Política Nacional Antidrogas (PNAD). Mas, somente três anos depois, em dezembro de 2001, por ocasião do II Fórum Nacional Antidrogas, e com base nos subsídios colhidos no I Fórum, a PNAD foi formalmente elaborada. Então, em 26 de agosto de 2002, por meio do Decreto n.º 4.345, a Política Nacional Sobre Drogas foi, finalmente, instituída.

Ao longo dos três anos de existência da Política Nacional Sobre Drogas, o tema “drogas” se manteve em pauta, e a demanda pelo aprofundamento do assunto também. Assim, os fundamentos da PNAD tiveram que ser reavaliados, aprofundados e atualizados, levando em conta as transformações sociais, políticas, econômicas e, até mesmo, tecnológicas pelas quais o país e o mundo vêm passando.

A Secretaria Nacional Sobre Drogas, como órgão responsável por articular, coordenar e integrar as ações intersetoriais do governo na área de redução da demanda de drogas, além de implementar, acompanhar e fortalecer a Política de Drogas no país, desenvolveu, em 2004, um processo para o realinhamento da política vigente, embasando-se em dados epidemiológicos atualizados, cientificamente fundamentados e na ampla participação social. Para isso, uma série de oito eventos foi realizada: um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis fóruns regionais e o Fórum Nacional sobre Drogas. Durante todo o processo, a representatividade e a diversidade da participação popular foi crescente, notória e manteve-se em todas as ocasiões. Devido à intersetorialidade do tema, o processo de realinhamento da PNAD contou com representantes do governo federal – como os Ministérios da Saúde, Educação, Justiça, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Ciência e Tecnologia, e Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República –, dos governos estaduais, municipais e do Distrito Federal, da comunidade científica, das organizações não-governamentais, dos educadores, das lideranças comunitárias, dos profissionais da área da saúde e assistência social e da segurança pública e justiça. A discussão foi mantida aberta de forma a garantir, em todos os momentos, tanto a pluralidade quanto as especificidades. Assim, de forma democrática, pôde-se chegar à definição de uma Política Nacional representativa de toda e para toda a sociedade brasileira.

Como resultado do processo de realinhamento da PNAD, a partir do Fórum Nacional sobre Drogas (2004), o prefixo “anti” da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo “sobre drogas”, já de acordo com os novos estudos, com o posicionamento do governo e com a nova demanda popular, manifestada ao longo do processo. (SUPERA-SENAD, Mod.1, p.33).

ANEXO 5

LEGISLAÇÃO E NORMATIZAÇÃO DO SUS PARA A ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE DROGAS

1. Normas básicas do SUS

- Constituição Federal (artigos 196 a 200)
- Lei 8080/90
- Lei 8142/90
- Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96
- Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS SUS 2002
- Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e suas Diretrizes Operacionais

2. Normas específicas (principais)

Lei Federal n.º 10.216, de 06 de abril de 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado.

http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/LEIS_2001/L10216.htm

Lei Estadual n.º 11.189, de 9 de novembro de 1995 - Paraná

Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados a pessoas com transtornos mentais.

Portaria n.º 799/GM, de 19 de julho de 2000

Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental.

Portaria n.º 2.197/GM, de 14 de outubro de 2004

Redefine e amplia a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e dá outras providências.

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm>

Portaria n.º 2.391/GM, de 26 de dezembro de 2002

Regulamenta o tratamento e internamento involuntário (ver pág. 56).

Portaria n.º 1.028/GM, de 1.º de julho de 2005

Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria.

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1028.htm>

ANEXO 6

RESOLUÇÃO RDC N.º 101, DE 30 DE MAIO DE 2001

D.O. de 31/5/2001

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso da atribuição que lhe confere o art. 11, inciso IV, do Regulamento da ANVS aprovado pelo Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999, em reunião realizada em 23 de maio de 2001,

considerando o Decreto-Lei n.º 891/38 em seu Capítulo III - Da Internação e da Interdição Civil e o disposto na Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001;

considerando a Lei n.º 6.368/76 em seu Capítulo II - Do Tratamento e Recuperação;

considerando a Portaria SAS/MS n.º 224, de 29 de janeiro de 1992, que estabelece as diretrizes para a assistência extra-hospitalar aos portadores de transtornos mentais;

considerando a necessidade de normatização do funcionamento de serviços públicos e privados, de atenção às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, para o licenciamento sanitário, adotou a seguinte Resolução de Diretoria Colegiada, e eu Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1.º Estabelecer Regulamento Técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas, parte integrante desta Resolução.

Art. 2.º Todo serviço, para funcionar, deve estar devidamente licenciado pela autoridade sanitária competente do Estado, Distrito Federal ou Município, atendendo aos requisitos deste Regulamento Técnico e legislação pertinente, ficando estabelecido o prazo máximo de 2 (dois) anos para que os serviços já existentes se abduquem ao disposto nesta Resolução.

Art. 3.º A construção, a reforma ou a adaptação na estrutura física dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas deve ser precedida de aprovação do projeto físico junto à autoridade sanitária local e demais órgãos competentes.

Art. 4.º O disposto nesta Resolução aplica-se a pessoas físicas e jurídicas de direito privado e público, envolvidas direta ou indiretamente na atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas.

Art. 5.º A inobservância dos requisitos desta Resolução constitui infração de natureza sanitária sujeitando o infrator ao processo e penalidades previstas na Lei 6.437, de 20 de agosto de 1977, ou outro instrumento legal que venha a substituí-la, sem prejuízo das responsabilidades penal e civil cabíveis.

Art. 6.º Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas devem ser avaliados e inspecionados, no mínimo, anualmente. Para tanto, deve ser

assegurado à autoridade sanitária livre acesso a todas as dependências do estabelecimento, e mantida à disposição todas as documentações pertinentes, respeitando-se o sigilo e a ética, necessários às avaliações e inspeções.

Art. 7.º As Secretarias de Saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal devem implementar os procedimentos para a adoção do Regulamento Técnico estabelecido por esta Resolução, podendo adotar normas de caráter suplementar, a fim de adequá-lo às especificidades locais.

Parágrafo único:

Os Conselhos de Entorpecentes Estaduais, Municipais e do Distrito Federal ou seus equivalentes devem informar às respectivas Vigilâncias Sanitárias sobre o funcionamento e cadastro dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas.

Art. 8.º Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

REGULAMENTO TÉCNICO PARA O FUNCIONAMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS - SERVIÇOS DE ATENÇÃO A PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, SEGUNDO MODELO PSICOSSOCIAL

HISTÓRICO

O Regulamento Técnico para o funcionamento das Comunidades Terapêuticas, ou serviços de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, foi elaborado por um Grupo Técnico Assessor - GTA, instituído pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, sob a coordenação da Gerência Geral de Serviços de Saúde - GGTES. Esse GTA foi formado por representantes de diferentes áreas do Ministério da Saúde – Coordenação DST/AIDS da Secretaria de Políticas de Saúde, Assessoria de Saúde Mental da Secretaria de Assistência à Saúde, Unidade de Medicamentos Controlados da Gerência Geral de Medicamentos - ANVISA, Unidades de Infraestrutura Física e de Tecnologia da Organização de Serviços de Saúde da GGTES - ANVISA e integrou o grupo um consultor especialista no tema.

A elaboração do Regulamento Técnico teve como subsídios as propostas normativas para o funcionamento dos serviços de atenção a pessoas com transtornos por uso e abuso de substâncias psicoativas, da ANVISA e da Coordenação de Saúde Mental, integrantes do relatório da Comissão Técnica da Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD/PR, (Presidência da República) que funcionou em 1999, e o relatório do 1.º Fórum Nacional Antidrogas, realizado em novembro de 1998. A proposta de regulamento técnico elaborada foi levada à Consulta Pública em 10 de outubro de 2000.

As sugestões à Consulta Pública foram discutidas em evento organizado pela ANVISA e SENAD, que reuniu os representantes de instituições ou fóruns que as enviaram, membros do GTA, técnicos do Ministério da Saúde, da ANVISA, da SENAD, tendo sido tais sugestões avaliadas e incorporadas ou não ao texto do Regulamento Técnico, conforme sua pertinência. O documento aqui regulamentado é o resultado consensual dos padrões mínimos estabelecidos para o funcionamento dos serviços de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial.

CONCEITUAÇÃO

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social.

Tais serviços, urbanos ou rurais, são também conhecidos como Comunidades Terapêuticas.

Os estabelecimentos assistenciais de saúde, que possuem procedimentos de desintoxicação e tratamento de residentes com transtornos decorrentes do uso ou abuso de SPA, que fazem uso de medicamentos à base de substâncias entorpecentes e/ou psicotrópicos e outras sujeitas ao controle especial, estão submetidos à Portaria SVS/MS n.º 344/98 - Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial e suas atualizações ou outro instrumento legal que venha a substituí-la.

A responsabilidade técnica pelo serviço junto ao órgão de Vigilância Sanitária dos Estados, Municípios e do Distrito Federal deve ser de técnico com formação superior na área da saúde e serviço social.

Nos estabelecimentos em que não há prescrição, mas admissão de pessoas usuárias de medicamentos controlados, a direção do serviço assumirá a responsabilidade pela administração e guarda do medicamento, ficando dispensada dos procedimentos de escrituração previstos na Portaria SVS/MS n.º 344/98 ou outro instrumento legal que venha a substituí-la.

CRITÉRIOS PARA O TRATAMENTO DE PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DE USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Para os serviços que atendem dentro do modelo psicossocial, respeitado o critério de voluntariedade e não-discriminação por nenhum tipo de doença associada, não haverá restrições quanto ao grau de comprometimento para adesão e manutenção do tratamento. A situação social, familiar e legal da pessoa com transtornos decorrentes de uso ou abuso de SPA não será condição restritiva ao tratamento. A admissão será feita mediante prévia avaliação diagnóstica, clínica e psiquiátrica, cujos dados deverão constar na Ficha de Admissão.

As dimensões envolvidas na definição do padrão de comprometimento de dependência são:

ADESÃO - Grau de resistência ao tratamento de acordo com o comprometimento da pessoa em avaliação

Comprometimento Leve

- Motivação para a mudança.
- Consciência de sua situação em relação às SPA e das perdas socioeconômicas e relacionais envolvidas.
- Disponibilidade para a mudança no padrão de uso (entrada e manutenção).
- Expectativa favorável ao tratamento.
- Entendimento e aceitação das orientações terapêuticas recebidas.

96

Comprometimento Moderado

- Relativa motivação para a mudança.
- Pouca consciência de sua situação em relação às SPA e das perdas socioeconômicas e relacionais envolvidas.
- Relativa disponibilidade para a mudança no padrão de uso.

- Algumas expectativas favoráveis em relação ao tratamento.
- Entendimento e aceitação das orientações terapêuticas recebidas, porém com restrições e questionamentos.

Comprometimento Grave

- Ausência de motivação para a mudança.
- Falta de consciência de sua situação em relação às SPA e das perdas socioeconômicas e relacionais envolvidas.
- Não disponibilidade para a abstinência.
- Ausência de expectativa ou expectativa desfavorável em relação ao tratamento.
- Não entendimento e/ou aceitação das orientações terapêuticas recebidas.

MANUTENÇÃO - Grau de resistência à continuidade do tratamento

Comprometimento Leve

- Mantém boa adesão ao tratamento, apesar das oscilações vivenciadas no transcorrer do processo terapêutico.
- Ausência de histórico de abandono de tratamentos anteriores.

Comprometimento Moderado

- Mantém relativa adesão com ambivalência na manutenção do tratamento.
- Oscilação na motivação.
- Histórico de abandono de tratamentos anteriores.

Comprometimento Grave

- Dificuldade de adesão ao tratamento.
- Várias tentativas anteriores de tratamento específico e abandono dos mesmos.
- Faltas, atrasos, interrupções frequentes devido a fatores conscientes e/ou inconscientes que geram indisposição quanto às formas terapêuticas propostas.

Comprometimento Biológico

Comprometimento Leve

- A pessoa apresenta-se ao exame sem alterações provocadas pelo uso de SPA.
- Apresenta-se com algumas alterações de fase aguda provocadas pelo uso recente de SPA, porém todas mostrando intoxicação leve e, conseqüentemente, sintomas leves (Ex.: hipertensão arterial leve, sem arritmias).
- Mantém lucidez, orientação e coerência de idéias e pensamento.
- Refere uso há muitos dias (mais de 10), mas não refere sintomas de abstinência.
- Não apresenta, na história patológica pregressa, qualquer relato de doenças anteriores, ou apresenta apenas relatos de episódios agudos, tratados e sem sequelas (paciente sempre foi saudável).
- Informações obtidas com a pessoa em avaliação são confirmadas por familiares.
- Os exames laboratoriais mostram-se sem alterações ou com alterações discretas e não-patognomônicas de risco de vida e gravidade.
- Na história consegue-se avaliar a quantidade pequena de SPA usada neste último episódio.
- Não apresenta traumatismos, hematomas, lesões cutâneas agudas, nem relato de quedas, agressões ou traumatismo craniano.
- Não se trata de usuário de SPA injetáveis (opióides ou cocaína).
- Não faz uso intenso de qualquer tipo de SPA legal ou ilegal.

Comprometimento Moderado

- A pessoa apresenta alterações de fase aguda provocada por uso recente de SPA, que denotam ou mesmo já prenunciam sintomas moderados de evolução incerta que podem gerar algum risco (Ex. hipertensão arterial moderada com presença de arritmia).
- Apresenta desorientação e prejuízo na coerência, permanecendo a dúvida se seria ocasionado por uso recente de SPA.
- As informações obtidas com a pessoa são questionáveis, inclusive por familiares.
- Apresenta sintomas que podem ser de síndrome de abstinência; não se sabe quando foi a última vez que utilizou SPA.
- Apresenta na história patológica pregressa relato de uma ou mais patologias crônicas compensadas (co-morbidade) com sequelas. (Ex.: diabetes, pancreatite).
- Os exames laboratoriais confirmam a gravidade da agressão provocada pela substância química, porém podem não indicar risco de vida imediato (Ex.: alterações no hepatograma: TGO, TGP, GAMA GT elevados, configurando quadro de esteatose hepática).
- Apresenta, na história clínica, traumatismos e quedas. Não há hematomas ou se existem estão localizados nas extremidades.
- Faz uso de SPA, mas não há evidências de uso injetável.
- Faz uso moderado de qualquer tipo de SPA legal ou ilegal.

Comprometimento Grave

- A pessoa apresenta alterações de fase aguda provocada por uso recente de SPA que configuram sintomas de gravidade que geram risco de vida. (Ex.: arritmias cardíacas, dor abdominal em barra, crise convulsiva, anúria ou oligúria, vertigem, hemorragia digestiva).
- Pessoa em coma ou com comprometimento da consciência fora do episódio agudo.
- Uso de quantidades excessivas de substância química podendo configurar tentativa de autoextermínio.
- Relatos de traumatismos e agressões; presença de hematoma em região tóraco-abdominal e craniana.

- Exames laboratoriais confirmando alterações agudas que colocam em risco a vida, e/ou exames que demonstram alterações de grande gravidade, mesmo que crônicas.

Presença de uma ou mais patologias concomitantes com sinais de descompensação (Ex.: diabetes, hipertensão, alucinações auditivas ou visuais, etc.).

Comprometimento Psíquico

Comprometimento Leve

- Personalidade sintônica, sem sintomas psiquiátricos definidos.
- Sem alterações do pensamento (forma, conteúdo ou curso).
- Sem alterações afetivas evidentes.
- Alterações na área da vontade.

Comprometimento Moderado

- Alterações afetivas (labilidade emocional, distímias ou outras).
- Comprometimento da vontade (alterações psiquiátricas observadas após o surgimento dos sintomas específicos para o diagnóstico de dependência química. - Apresenta desorientação e prejuízo na coerência, permanecendo a dúvida se seria ocasionado por uso recente de SPA.

3.4.3 Comprometimento Grave

- Alterações do pensamento e da senso-percepção (idéias sobrevalorizadas, deliróides, delirantes, alucinações auditivas, visuais, cinestésicas, sintomas paranóides agudos com idéias de perseguição e demais alterações, com comprometimento evidente do juízo crítico).
- Alterações afetivas mais graves (depressão, hipomania e mania) e as alterações de pensamento decorrentes desses quadros, como idéias de ruína, de grandeza e outras.
- Graves alterações do controle da vontade, não só em função do uso da SPA, mas devido aos sintomas psiquiátricos (negativismo, transtorno obsessivo-compulsivo, impulsos destrutivos ou outros).

Comprometimento Social, Familiar e Legal

Comprometimento Leve

- A pessoa em avaliação possui estrutura familiar razoavelmente estabelecida.
- Possui estrutura socioeconômica estável, podendo prover suas necessidades básicas.
- Possui atividade de trabalho estável e/ou carreira escolar preservada.
- Possui boa estrutura de relacionamento social (clubes, igrejas, esportes, associações).
- Não tem envolvimento legal.
- Não tem envolvimento com o narcotráfico ou dívidas de vulto.
- Não tem antecedentes jurídicos e/ou legais relacionados ao uso de SPA.

Comprometimento Moderado

- A pessoa possui estrutura familiar com relacionamento comprometido em nível social, econômico e emocional; contudo, ainda se encontram pessoas, com vínculo parental ou não, que se envolvem e buscam um tratamento ou ajuda.
- Tem estrutura socioeconômica muito comprometida, dependendo sempre de outrem para prover suas necessidades básicas.
- Atividade de trabalho ou escolar muito comprometida pelas faltas, baixa produtividade e problemas relacionados ou não ao uso de SPA; demissão ou expulsão (especulada ou prevista) profissional ou escolar.
- Mantém níveis de relacionamento social (amigos, clubes, igrejas, trabalho, etc.), ainda que deles tenha se afastado e separado.
- Tem algum comprometimento jurídico-legal que foi ou poderá ser resolvido, não comprometendo sua liberdade total, embora possa fazê-lo de modo parcial.

Comprometimento Grave

- A pessoa apresenta situação familiar desestruturada e comprometida, ou não a tem (ausência de estrutura familiar).
- Ausência de estrutura socioeconômica, não podendo prover moradia e alimentação.
- Não possui atividade de trabalho ou escolar.
- Não tem vínculos de relacionamento social, a não ser o referenciado na busca e no uso da SPA.
- Tem comprometimento jurídico-legal.

Critérios de Elegibilidade

As pessoas em avaliação que apresentam grau de comprometimento grave no âmbito orgânico e/ou psicológico não são elegíveis para tratamento nesses serviços, devendo ser encaminhadas a outras modalidades de atenção.

PROCEDIMENTOS DO SERVIÇO DE TRATAMENTO A PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

No processo de admissão do residente e durante o tratamento, alguns aspectos devem ser contemplados.

- A admissão da pessoa não deve impor condições de crenças religiosas ou ideológicas.
- Permanência voluntária.
- Possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento, resguardadas as exceções de risco imediato de vida para si e/ou para terceiros, ou intoxicação por SPA, avaliadas e documentadas por profissional médico responsável.
- Compromisso com o sigilo segundo as normas éticas e legais garantindo-se o anonimato; qualquer divulgação de informação a respeito da pessoa, imagem ou outra modalidade de exposição só poderá ocorrer se previamente autorizada, por escrito, pela pessoa e familiares.
- Respeito à pessoa, à família e à coletividade.

- Observância do direito à cidadania do usuário de SPA.
- Fornecimento antecipado, ao usuário e seus familiares, e/ou responsável, de informações e orientações dos direitos e deveres, quando da opção e adesão ao tratamento proposto.
- Informar, verbalmente e por escrito, ao candidato a tratamento no serviço sobre os regulamentos e normas da instituição, devendo a pessoa a ser admitida declarar por escrito sua concordância.
- Cuidados com o bem-estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de SPA e violência, resguardando o direito do Serviço de estabelecer as atividades relativas à espiritualidade.
- Garantia de alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados.
- Proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais, respeitando a dignidade e integridade, independentemente da etnia, credo religioso e ideologias, nacionalidade, preferência sexual, antecedentes criminais ou situação financeira.
- Garantia do acompanhamento das recomendações médicas e/ou utilização de medicamentos, sob critérios previamente estabelecidos, acompanhando as devidas prescrições, ficando a cargo do Serviço a responsabilidade quanto à administração, dispensação, controle e guarda dos medicamentos.
- Garantia de registro, no mínimo três vezes por semana, das avaliações e cuidados dispensados às pessoas em admissão ou tratamento.
- Responsabilidade do Serviço no encaminhamento à rede de saúde, das pessoas que apresentarem intercorrências clínicas decorrentes ou associadas ao uso ou privação de SPA, como também nos casos em que apresentarem outros agravos à saúde.
- A aceitação da pessoa encaminhada por meio de mandado judicial pressupõe a aceitação, por parte do residente, das normas e do programa terapêutico dos serviços.

Partindo do pressuposto de que os Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, são espaços temporários de tratamento, o tempo de permanência deve ser flexível levando em consideração o cumprimento mínimo do programa terapêutico e o fato de que cada caso é único.

- Os Serviços deverão ter explicitado no seu Programa Terapêutico o tempo máximo de internação, evitando a cronificação do tratamento e a perda dos vínculos familiares e sociais.
- Todas as informações a respeito do Programa Terapêutico devem permanecer constantemente acessíveis à pessoa e seus familiares.

Os Serviços devem explicitar, por escrito, seus critérios quanto a:

- Rotina de funcionamento e tratamento, definindo atividades obrigatórias e opcionais;
- Processos a serem utilizados para acompanhamento da evolução dos residentes no pós-alta, ao longo de um ano;
- Alta terapêutica;
- Desistência (alta pedida);
- Desligamento (alta administrativa);
- Casos de mandado judicial;
- Evasão (fuga);
- Fluxo de referência e contrarreferência para serviços de atenção a outros agravos.

Fica resguardado à pessoa em tratamento o direito de desistência, sem qualquer tipo de constrangimento, devendo a família ou responsável ser informada em qualquer das situações acima.

Em caso de fuga ou evasão, o Serviço deve comunicar imediatamente a família ou responsável pela pessoa.

Os Serviços devem explicitar, por escrito, os seus critérios de rotina para triagem quanto a:

- Avaliação médica por clínico geral;
- Avaliação médica por psiquiatra;
- Avaliação psicológica;
- Avaliação familiar por assistente social e/ou psicólogo;
- Realização de exames laboratoriais;
- Estabelecimento de programa terapêutico individual;
- Exibição de filme e/ou fotografias para ciência da família e do assistido;
- Definição de critérios e normas para visitas e comunicação com familiares e amigos;
- Alta terapêutica, desligamento, evasão, etc.

Os Serviços devem explicitar, por escrito, os seus critérios de rotina de tratamento quanto a:

- Horário do despertar;
- Atividade física desportiva variada diária;
- Atividade lúdico-terapêutica variada diária (Ex.: tecelagem, pintura, teatro, música, dança, modelagem, etc.);
- Atendimento em grupo e/ou individual coordenado por profissional de nível superior habilitado em dependência de SPA, ao menos uma vez por semana;
- Atividade didático-científica para o aumento de conscientização;
- Atividade que vise estimular o desenvolvimento interior (Ex.: yoga, meditação, prática de silêncio, cantos e textos filosóficos reflexivos). Essa atividade é opcional para o residente, respeitando-se suas convicções e credos pessoais e oferecendo, em substituição, atividades alternativas;
- Atendimento médico psiquiátrico pelo menos uma vez ao mês, nos casos de co-morbidade;
- Atendimento em grupo por membro da equipe técnica responsável pelo programa terapêutico pelo menos 3 vezes por semana;
- Participação diária, efetiva e rotativa da rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, etc.;
- Atendimento à família durante o período de tratamento;
- Atividades de estudos para alfabetização, profissionalização, etc.

RECURSOS HUMANOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO A PESSOAS COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO OU ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A equipe mínima para atendimento de 30 residentes deve ser composta por:

- 01 (um) profissional da área de saúde ou serviço social, com formação superior, responsável pelo Programa Terapêutico, capacitado para o atendimento de pessoa com transtornos decorrentes de uso ou abuso de SPA em cursos aprovados pelos órgãos oficiais de educação e reconhecidos pelos CONENs ou COMENs;

- 01 (um) coordenador administrativo;
- 03 (três) agentes comunitários capacitados em dependência química em cursos aprovados pelos órgãos oficiais de educação e reconhecidos pelos CONENs ou COMENs.

O serviço deve garantir a presença de, pelo menos, um membro da equipe técnica no estabelecimento no período noturno.

Recomenda-se a inclusão de curso de Primeiros Socorros no curso de capacitação.

INFRAESTRUTURA FÍSICA

Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas a serem implantados, devem ter capacidade máxima de alojamento para 60 residentes, alocados em, no máximo, 02 unidades de 30 residentes por unidade. Para os Serviços já existentes, será admitida a capacidade máxima de 90 residentes, alocados em no máximo 03 unidades de 30 residentes cada.

Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas que prestam assistência médica devem estar em conformidade com a Portaria n.º 1.884/GM, de 11/11/94, do Ministério da Saúde, ou a que venha a substituí-la.

Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas que prestam assistência psicológica e social (centros de tratamento/comunidades terapêuticas) devem manter uma relação direta entre as atividades a serem desenvolvidas (conforme descritas no item 3) e os ambientes para a realização das mesmas.

Parágrafo Único - A existência ou não de um determinado ambiente depende da execução ou não da atividade correspondente, assim como existe a possibilidade de compartilhamento de alguns ambientes, seja pela afinidade funcional seja pela utilização em horários ou situações diferenciadas.

Segue proposta de listagem de ambientes, organizada por setores de funcionamento:

- I. Setor de hospedagem (alojamento) para cada unidade de 30 residentes
 - a) Quarto coletivo para, no máximo, 06 residentes, com área mínima de 5,5 m² por cama individual ou beliche de 02 camas superpostas – esse dimensionamento já inclui área para guarda de roupas e pertences dos residentes.
 - b) Banheiro para residentes: 01 bacia, 01 lavatório e 01 chuveiro para cada 06 camas – ao menos 01 banheiro de cada unidade deve estar adaptado para o uso de deficientes físicos, atendendo ao estabelecido na Portaria GM/MS 1.884/94 ou a que venha a substituí-la.
 - c) Quarto para o agente comunitário.

- II. Setor de terapia/recuperação
 - a) Sala de atendimento social.
 - b) Sala de atendimento individual.
 - c) Sala de atendimento coletivo.
 - d) Sala de TV/música.

Obs.: Esses ambientes podem ser compartilhados para as diversas atividades e usos desde que haja uma programação de horários diferenciados.

 - e) Oficina (Ex.: desenho, silk, marcenaria, lanternagem de veículos, gráfica).
 - f) Quadra de esportes.
 - g) Sala para prática de exercícios físicos.
 - h) Horta ou outro tipo de cultivo.
 - i) Criação de animais domésticos.
 - j) Área externa para deambulação.

Obs.: O desenvolvimento dessas atividades poderá ser realizado em ambientes ou áreas não pertencentes ao serviço, podendo ser compartilhados com outras instituições.

- III. Setor administrativo
 - a) Sala para recepção de residentes, familiares e visitantes.
 - b) Sala administrativa.
 - c) Arquivo das fichas dos residentes (prontuários).
 - d) Sala de reunião da equipe.

e) Sanitários para funcionários (ambos os sexos).

IV. Setor de apoio logístico

a) cozinha coletiva, com as seguintes áreas:

1. recepção de gêneros
2. armazenagem de gêneros
3. preparo
4. cocção
5. distribuição
6. lavagem de louça
7. armazenagem de utensílios
8. refeitório

b) lavanderia coletiva com as seguintes áreas:

1. armazenagem da roupa suja
2. lavagem
3. secagem
4. passaderia
5. armazenagem de roupa limpa

c) almoxarifado, com área para armazenagem de mobiliário, equipamentos, utensílios, material de expediente.

d) limpeza, zeladoria e segurança:

1. depósito de material de limpeza
2. abrigo de resíduos sólidos

As instalações prediais de água, esgoto, energia elétrica, proteção e combate a incêndio, telefonia, e outras existentes, deverão atender às exigências dos códigos de obras e posturas locais, assim como às normas técnicas brasileiras pertinentes a cada uma das instalações.

Todas as portas dos ambientes de uso dos residentes devem ser instaladas com travamento simples sem o uso de trancas ou chaves.

MONITORAMENTO

É competência dos Conselhos Municipais Sobre Drogas e Conselhos Estaduais Sobre Drogas, Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal a fiscalização e avaliação periódicas, respeitando o âmbito de atuação dos agentes dos Serviços mediante a criação de protocolo específico a ser definido posteriormente. Podem ser criadas comissões locais compostas por representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Conselhos Municipais Sobre Drogas e Conselhos Estaduais Sobre Drogas, CONENs, Federações e Associações.

É recomendável que as Federações e Associações fiscalizem e avaliem seus federados e associados.

ANEXO 7

LEI FEDERAL N.º 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006

Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA: “Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei”:

TÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes.

Parágrafo único. Para fins desta Lei, consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União.

Art. 2º Ficam proibidas, em todo o território nacional, as drogas, bem como o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, ressalvada a hipótese de autorização legal ou regulamentar, bem como o que estabelece a Convenção de Viena, das Nações Unidas, sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971, a respeito de plantas de uso estritamente ritualístico-religioso.

110

Parágrafo único. Pode a União autorizar o plantio, a cultura e a colheita dos vegetais referidos no caput deste artigo, exclusivamente para fins medicinais ou científicos, em local e prazo predeterminados, mediante fiscalização, respeitadas as ressalvas supramencionadas.

TÍTULO II

DO SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

Art. 3º O SISNAD tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com:

I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

CAPÍTULO I

DOS PRINCÍPIOS E DOS OBJETIVOS

DO SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

Art. 4o São princípios do SISNAD:

I - o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade;

II - o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes;

III - a promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania do povo brasileiro, reconhecendo-os como fatores de proteção para o uso indevido de drogas e outros comportamentos correlacionados;

IV - a promoção de consensos nacionais, de ampla participação social, para o estabelecimento dos fundamentos e estratégias do SISNAD;

V - a promoção da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, reconhecendo a importância da participação social nas atividades do SISNAD;

VI - o reconhecimento da inter-setorialidade dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas, com a sua produção não autorizada e o seu tráfico ilícito;

VII - a integração das estratégias nacionais e internacionais de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito;

VIII - a articulação com os órgãos do Ministério Público e os Poderes Legislativo e Judiciário visando à cooperação mútua nas atividades do SISNAD;

IX - a adoção de abordagem multidisciplinar que reconheça a interdependência e a natureza complementar das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas;

X - a observância do equilíbrio entre as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito, visando garantir a estabilidade e o bem-estar social;

XI - a observância às orientações e normas emanadas do Conselho Nacional Antidrogas - CONAD.

Art. 5o O SISNAD tem os seguintes objetivos:

I - contribuir para as inclusões sociais do cidadão, visando torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, seu tráfico ilícito e outros comportamentos correlacionados;

II - promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;

III - promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico

ilícito, e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios;

IV - assegurar as condições para a coordenação, a integração e a articulação das atividades de que trata o art. 3o desta Lei.

CAPÍTULO II

DA COMPOSIÇÃO E DA ORGANIZAÇÃO

DO SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

Art. 6o (VETADO)

Art. 7o A organização do SISNAD assegura a orientação central e a execução descentralizada das atividades realizadas em seu âmbito, nas esferas federal, distrital, estadual e municipal, e constitui matéria definida no regulamento desta Lei.

Art. 8o (VETADO)

CAPÍTULO III

(VETADO)

Art. 9o (VETADO)

Art. 10. (VETADO)

Art. 11. (VETADO)

Art. 12. (VETADO)

Art. 13. (VETADO)

Art. 14. (VETADO)

CAPÍTULO IV

DA COLETA, ANÁLISE E DISSEMINAÇÃO DE INFORMAÇÕES

SOBRE DROGAS

Art. 15. (VETADO)

Art. 16. As instituições com atuação nas áreas da atenção à saúde e da assistência social que atendam a usuários ou dependentes de drogas devem comunicar ao órgão competente do respectivo sistema municipal de saúde os casos atendidos e os óbitos ocorridos, preservando a identidade das pessoas, conforme orientações emanadas da União.

Art. 17. Os dados estatísticos nacionais de repressão ao tráfico ilícito de drogas integrarão o sistema de informações do Poder Executivo.

TÍTULO III

DAS ATIVIDADES DE PREVENÇÃO DO USO INDEVIDO, ATENÇÃO E

REINSERÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS E DEPENDENTES DE DROGAS

CAPÍTULO I

DA PREVENÇÃO

Art. 18. Constituem atividades de prevenção do uso indevido de drogas, para efeito desta Lei, aquelas direcionadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco, e para a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção.

Art. 19. As atividades de prevenção do uso indevido de drogas devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

I - o reconhecimento do uso indevido de drogas como fator de interferência na qualidade de vida do indivíduo e na sua relação com a comunidade à qual pertence;

II - a adoção de conceitos objetivos e de fundamentação científica como forma de orientar as ações dos serviços públicos comunitários e privados, e de evitar preconceitos e estigmatização das pessoas e dos serviços que as atendam;

III - o fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas;

IV - o compartilhamento de responsabilidades e a colaboração mútua com as instituições do setor privado e com os diversos segmentos sociais, incluindo usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares, por meio do estabelecimento de parcerias;

V - a adoção de estratégias preventivas diferenciadas e adequadas às especificidades socioculturais das diversas populações, bem como às diferentes drogas utilizadas;

VI - o reconhecimento do “não-uso”, do “retardamento do uso” e da redução de riscos como resultados desejáveis das atividades de natureza preventiva, quando da definição dos objetivos a serem alcançados;

VII - o tratamento especial dirigido às parcelas mais vulneráveis da população, levando em consideração as suas necessidades específicas;

VIII - a articulação entre os serviços e organizações que atuam em atividades de prevenção do uso indevido de drogas e a rede de atenção a usuários e dependentes de drogas e respectivos familiares;

IX - o investimento em alternativas esportivas, culturais, artísticas, profissionais, entre outras, como forma de inclusão social e de melhoria da qualidade de vida;

X - o estabelecimento de políticas de formação continuada na área da prevenção do uso indevido de drogas para profissionais de educação nos 3 (três) níveis de ensino;

XI - a implantação de projetos pedagógicos de prevenção do uso indevido de drogas, nas instituições de ensino públicas e privadas, alinhados às Diretrizes Curriculares Nacionais e aos conhecimentos relacionados às drogas;

XII - a observância das orientações e normas emanadas do CONAD;

XIII - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

Parágrafo único. As atividades de prevenção do uso indevido de drogas dirigidas à criança e ao adolescente deverão estar em consonância com as diretrizes emanadas pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA.

CAPÍTULO II

DAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO E DE REINserÇÃO SOCIAL

DE USUÁRIOS OU DEPENDENTES DE DROGAS

Art. 20. Constituem atividades de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas.

Art. 21. Constituem atividades de reinserção social do usuário ou do dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas direcionadas para sua integração ou reintegração em redes sociais.

Art. 22. As atividades de atenção e as de reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares devem observar os seguintes princípios e diretrizes:

I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;

II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;

III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e danos sociais e à saúde;

IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;

V - observância das orientações e normas emanadas do CONAD;

VI - alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.

Art. 23. As redes dos serviços de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios desenvolverão programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas, respeitadas as diretrizes do Ministério da Saúde e os princípios explicitados no art. 22 desta Lei, obrigatória a previsão orçamentária adequada.

Art. 24. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão conceder benefícios às instituições privadas que desenvolverem programas de reinserção no mercado de trabalho, do usuário e do dependente de drogas encaminhados por órgão oficial.

Art. 25. As instituições da sociedade civil, sem fins lucrativos, com atuação nas áreas da atenção à saúde e da assistência social, que atendam usuários ou dependentes de drogas poderão receber

recursos do FUNAD, condicionados à sua disponibilidade orçamentária e financeira.

Art. 26. O usuário e o dependente de drogas que, em razão da prática de infração penal, estiverem cumprindo pena privativa de liberdade ou submetidos à medida de segurança, têm garantidos os serviços de atenção à sua saúde, definidos pelo respectivo sistema penitenciário.

CAPÍTULO III

DOS CRIMES E DAS PENAS

Art. 27. As penas previstas neste Capítulo poderão ser aplicadas isoladas ou cumulativamente, bem como substituídas a qualquer tempo, ouvidos o Ministério Público e o defensor.

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

I - advertência sobre os efeitos das drogas;

II - prestação de serviços à comunidade;

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

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

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

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

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

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

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

I - admoestação verbal;

II - multa.

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

Art. 29. Na imposição da medida educativa a que se refere o inciso II do § 6º do art. 28, o juiz,

atendendo a reprovabilidade da conduta, fixará o número de dias-multa, em quantidade nunca inferior a 40 (quarenta) nem superior a 100 (cem), atribuindo depois a cada um, segundo a capacidade econômica do agente, o valor de um trinta avos até 3 (três) vezes o valor do maior salário mínimo.

Parágrafo único. Os valores decorrentes da imposição da multa a que se refere o § 6o do art. 28 serão creditados à conta do Fundo Nacional Antidrogas.

Art. 30. Prescrevem em 2 (dois) anos a imposição e a execução das penas, observado, no tocante à interrupção do prazo, o disposto nos arts. 107 e seguintes do Código Penal.

TÍTULO IV

DA REPRESSÃO À PRODUÇÃO NÃO AUTORIZADA

E AO TRÁFICO ILÍCITO DE DROGAS

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 31. É indispensável a licença prévia da autoridade competente para produzir, extrair, fabricar, transformar, preparar, possuir, manter em depósito, importar, exportar, reexportar, remeter, transportar, expor, oferecer, vender, comprar, trocar, ceder ou adquirir, para qualquer fim, drogas ou matéria-prima destinada à sua preparação, observadas as demais exigências legais.

Art. 32. As plantações ilícitas serão imediatamente destruídas pelas autoridades de polícias judiciárias, que recolherão quantidade suficiente para exame pericial, de tudo lavrando auto de levantamento das condições encontradas, com a delimitação do local, asseguradas as medidas necessárias para a preservação da prova.

§ 1o A destruição de drogas far-se-á por incineração, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, guardando-se as amostras necessárias à preservação da prova.

§ 2o A incineração prevista no § 1o deste artigo será precedida de autorização judicial, ouvido o Ministério Público, e executada pela autoridade de polícia judiciária competente, na presença de representante do Ministério Público e da autoridade sanitária competente, mediante auto circunstanciado e após a perícia realizada no local da incineração.

§ 3o Em caso de ser utilizada a queimada para destruir a plantação, observar-se-á, além das cautelas necessárias à proteção ao meio ambiente, o disposto no Decreto n.o 2.661, de 8 de julho de 1998, no que couber, dispensada a autorização prévia do órgão próprio do Sistema Nacional do Meio Ambiente - SISNAMA.

§ 4o As glebas cultivadas com plantações ilícitas serão expropriadas, conforme o disposto no art. 243 da Constituição Federal, de acordo com a legislação em vigor.

CAPÍTULO II

DOS CRIMES

Art. 33. Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda,

oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena – reclusão, de 5 (cinco) a 15 (quinze) anos, e pagamento de 500 (quinhentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa.

§ 1o Nas mesmas penas incorre quem:

I - importa, exporta, remete, produz, fabrica, adquire, vende, expõe à venda, oferece, fornece, tem em depósito, transporta, traz consigo ou guarda, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, matéria-prima, insumo ou produto químico destinado à preparação de drogas;

II - semeia, cultiva ou faz a colheita, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, de plantas que se constituam em matéria-prima para a preparação de drogas;

III - utiliza local ou bem de qualquer natureza de que tem a propriedade, posse, administração, guarda ou vigilância, ou consente que outrem dele se utilize, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, para o tráfico ilícito de drogas.

§ 2o Induzir, instigar ou auxiliar alguém ao uso indevido de droga:

Pena - detenção, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa de 100 (cem) a 300 (trezentos) dias-multa.

§ 3o Oferecer droga, eventualmente e sem objetivo de lucro, a pessoa de seu relacionamento, para juntos a consumirem:

Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 1 (um) ano, e pagamento de 700 (setecentos) a 1.500 (mil e quinhentos) dias-multa, sem prejuízo das penas previstas no art. 28.

§ 4o Nos delitos definidos no caput e no § 1o deste artigo, as penas poderão ser reduzidas de um sexto a dois terços, vedada a conversão em penas restritivas de direitos, desde que o agente seja primário, de bons antecedentes, não se dedique às atividades criminosas nem integre organização criminosa.

Art. 34. Fabricar, adquirir, utilizar, transportar, oferecer, vender, distribuir, entregar a qualquer título, possuir, guardar ou fornecer, ainda que gratuitamente, maquinário, aparelho, instrumento ou qualquer objeto destinado à fabricação, preparação, produção ou transformação de drogas, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - reclusão, de 3 (três) a 10 (dez) anos, e pagamento de 1.200 (mil e duzentos) a 2.000 (dois mil) dias-multa.

Art. 35. Associarem-se duas ou mais pessoas para o fim de praticar, reiteradamente ou não, qualquer dos crimes previstos nos arts. 33, caput e § 1o, e 34 desta Lei:

Pena - reclusão, de 3 (três) a 10 (dez) anos, e pagamento de 700 (setecentos) a 1.200 (mil e duzentos) dias-multa.

Parágrafo único. Nas mesmas penas do caput deste artigo incorre quem se associa para a prática

reiterada do crime definido no art. 36 desta Lei.

Art. 36. Financiar ou custear a prática de qualquer dos crimes previstos nos arts. 33, caput e § 1o, e 34 desta Lei:

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 20 (vinte) anos, e pagamento de 1.500 (mil e quinhentos) a 4.000 (quatro mil) dias-multa.

Art. 37. Colaborar, como informante, com grupo, organização ou associação destinados à prática de qualquer dos crimes previstos nos arts. 33, caput e § 1o, e 34 desta Lei:

Pena - reclusão, de 2 (dois) a 6 (seis) anos, e pagamento de 300 (trezentos) a 700 (setecentos) dias-multa.

Art. 38. Prescrever ou ministrar, culposamente, drogas, sem que delas necessite o paciente, ou fazê-lo em doses excessivas ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar:

Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e pagamento de 50 (cinquenta) a 200 (duzentos) dias-multa.

Parágrafo único. O juiz comunicará a condenação ao Conselho Federal da categoria profissional a que pertença o agente.

Art. 39. Conduzir embarcação ou aeronave após o consumo de drogas, expondo a dano potencial a incolumidade de outrem:

Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 3 (três) anos, além da apreensão do veículo, cassação da habilitação respectiva ou proibição de obtê-la, pelo mesmo prazo da pena privativa de liberdade aplicada, e pagamento de 200 (duzentos) a 400 (quatrocentos) dias-multa.

Parágrafo único. As penas de prisão e multa, aplicadas cumulativamente com as demais, serão de 4 (quatro) a 6 (seis) anos e de 400 (quatrocentos) a 600 (seiscentos) dias-multa, se o veículo referido no caput deste artigo for de transporte coletivo de passageiros.

Art. 40. As penas previstas nos arts. 33 a 37 desta Lei são aumentadas de um sexto a dois terços, se:

I - a natureza, a procedência da substância ou do produto apreendido e as circunstâncias do fato evidenciarem a transnacionalidade do delito;

II - o agente praticar o crime prevalecendo-se de função pública ou no desempenho de missão de educação, poder familiar, guarda ou vigilância;

III - a infração tiver sido cometida nas dependências ou imediações de estabelecimentos prisionais, de ensino ou hospitalares, de sedes de entidades estudantis, sociais, culturais, recreativas, esportivas, ou beneficentes, de locais de trabalho coletivo, de recintos onde se realizem espetáculos ou diversões de qualquer natureza, de serviços de tratamento de dependentes de drogas ou de reinserção social, de unidades militares ou policiais ou em transportes públicos;

IV - o crime tiver sido praticado com violência, grave ameaça, emprego de arma de fogo, ou qualquer processo de intimidação difusa ou coletiva;

V - caracterizado o tráfico entre Estados da Federação ou entre estes e o Distrito Federal;

VI - sua prática envolver ou visar atingir criança ou adolescente ou quem tenha, por qualquer motivo, diminuída ou suprimida a capacidade de entendimento e determinação;

VII - o agente financiar ou custear a prática do crime.

Art. 41. O indiciado ou acusado que colaborar voluntariamente com a investigação policial e o processo criminal na identificação dos demais co-autores ou partícipes do crime, e na recuperação total ou parcial do produto do crime, no caso de condenação, terá pena reduzida de um terço a dois terços.

Art. 42. O juiz, na fixação das penas, considerará, com preponderância sobre o previsto no art. 59 do Código Penal, a natureza e a quantidade da substância ou do produto, a personalidade e a conduta social do agente.

Art. 43. Na fixação da multa a que se referem os arts. 33 a 39 desta Lei, o juiz, atendendo ao que dispõe o art. 42 desta Lei, determinará o número de dias-multa, atribuindo a cada um, segundo as condições econômicas dos acusados, valor não inferior a um trinta avos nem superior a 5 (cinco) vezes o maior salário-mínimo.

Parágrafo único. As multas, que em caso de concurso de crimes serão impostas sempre cumulativamente, podem ser aumentadas até o décuplo se, em virtude da situação econômica do acusado, considerá-las o juiz, ineficazes, ainda que aplicadas no máximo.

Art. 44. Os crimes previstos nos arts. 33, caput e § 1o, e 34 a 37 desta Lei são inafiançáveis e insuscetíveis de sursis, graça, indulto, anistia e liberdade provisória, vedada a conversão de suas penas em restritivas de direitos.

Parágrafo único. Nos crimes previstos no caput deste artigo, dar-se-á o livramento condicional após o cumprimento de dois terços da pena, vedada sua concessão ao reincidente específico.

Art. 45. É isento de pena o agente que, em razão da dependência, ou sob o efeito, proveniente de caso fortuito ou força maior, de droga, era, ao tempo da ação ou da omissão, qualquer que tenha sido a infração penal praticada, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único. Quando absolver o agente, reconhecendo, por força pericial, que este apresentava, à época do fato previsto neste artigo, as condições referidas no caput deste artigo, poderá determinar o juiz, na sentença, o seu encaminhamento para tratamento médico adequado.

Art. 46. As penas podem ser reduzidas de um terço a dois terços se, por força das circunstâncias previstas no art. 45 desta Lei, o agente não possuía, ao tempo da ação ou da omissão, a plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Art. 47. Na sentença condenatória, o juiz, com base em avaliação que ateste a necessidade de encaminhamento do agente para tratamento, realizada por profissional de saúde com competência específica na forma da lei, determinará que a tal se proceda, observado o disposto no art. 26 desta Lei.

DO PROCEDIMENTO PENAL

Art. 48. O procedimento relativo aos processos por crimes definidos neste Título rege-se pelo disposto neste Capítulo, aplicando-se, subsidiariamente, as disposições do Código de Processo Penal e da Lei de Execução Penal.

§ 1º O agente de qualquer das condutas previstas no art. 28 desta Lei, salvo se houver concurso com os crimes previstos nos arts. 33 a 37 desta Lei, será processado e julgado na forma dos arts. 60 e seguintes da Lei n.º 9.099, de 26 de setembro de 1995, que dispõe sobre os Juizados Especiais Criminais.

§ 2º Tratando-se da conduta prevista no art. 28 desta Lei, não se imporá prisão em flagrante, devendo o autor do fato ser imediatamente encaminhado ao juízo competente ou, na falta deste, assumir o compromisso de a ele comparecer, lavrando-se termo circunstanciado e providenciando-se as requisições dos exames e perícias necessários.

§ 3º Se ausente a autoridade judicial, as providências previstas no § 2º deste artigo serão tomadas de imediato pela autoridade policial, no local em que se encontrar, vedada a detenção do agente.

§ 4º Concluídos os procedimentos de que trata o § 2º deste artigo, o agente será submetido a exame de corpo de delito, se o requerer ou se a autoridade de polícia judiciária entender conveniente, e em seguida liberado.

§ 5º Para os fins do disposto no art. 76 da Lei n.º 9.099, de 1995, que dispõe sobre os Juizados Especiais Criminais, o Ministério Público poderá propor a aplicação imediata de pena prevista no art. 28 desta Lei, a ser especificada na proposta.

Art. 49. Tratando-se de condutas tipificadas nos arts. 33, caput e § 1º, e 34 a 37 desta Lei, o juiz, sempre que as circunstâncias o recomendem, empregará os instrumentos protetivos de colaboradores e testemunhas previstos na Lei n.º 9.807, de 13 de julho de 1999.

Seção I

Da Investigação

Art. 50. Ocorrendo prisão em flagrante, a autoridade de polícia judiciária fará, imediatamente, comunicação ao juiz competente, remetendo-lhe cópia do auto lavrado, do qual será dada vista ao órgão do Ministério Público, em 24 (vinte e quatro) horas.

§ 1º Para efeito da lavratura do auto de prisão em flagrante e estabelecimento da materialidade do delito, é suficiente o laudo de constatação da natureza e quantidade da droga, firmado por perito oficial ou, na falta deste, por pessoa idônea.

§ 2º O perito que subscrever o laudo a que se refere o § 1º deste artigo não ficará impedido de participar da elaboração do laudo definitivo.

Art. 51. O inquérito policial será concluído no prazo de 30 (trinta) dias, se o indiciado estiver preso, e de 90 (noventa) dias, quando solto.

Parágrafo único. Os prazos a que se refere este artigo podem ser duplicados pelo juiz, ouvido o

Ministério Público, mediante pedido justificado da autoridade de polícia judiciária.

Art. 52. Findos os prazos a que se refere o art. 51 desta Lei, a autoridade de polícia judiciária, remetendo os autos do inquérito ao juízo:

I - relatará sumariamente as circunstâncias do fato, justificando as razões que a levaram à classificação do delito, indicando a quantidade e natureza da substância ou do produto apreendido, o local e as condições em que se desenvolveu a ação criminosa, as circunstâncias da prisão, a conduta, a qualificação e os antecedentes do agente; ou

II - requererá sua devolução para a realização de diligências necessárias.

Parágrafo único. A remessa dos autos far-se-á sem prejuízo de diligências complementares:

I - necessárias ou úteis à plena elucidação do fato, cujo resultado deverá ser encaminhado ao juízo competente até 3 (três) dias antes da audiência de instrução e julgamento;

II - necessárias ou úteis à indicação dos bens, direitos e valores de que seja titular o agente, ou que figurem em seu nome, cujo resultado deverá ser encaminhado ao juízo competente até 3 (três) dias antes da audiência de instrução e julgamento.

Art. 53. Em qualquer fase da persecução criminal relativa aos crimes previstos nesta Lei, são permitidos, além dos previstos em lei, mediante autorização judicial e ouvido o Ministério Público, os seguintes procedimentos investigatórios:

I - a infiltração por agentes de polícia, em tarefas de investigação, constituída pelos órgãos especializados pertinentes;

II - a não-atuação policial sobre os portadores de drogas, seus precursores químicos ou outros produtos utilizados em sua produção, que se encontrem no território brasileiro, com a finalidade de identificar e responsabilizar maior número de integrantes de operações de tráfico e distribuição, sem prejuízo da ação penal cabível.

Parágrafo único. Na hipótese do inciso II deste artigo, a autorização será concedida desde que sejam conhecidos o itinerário provável e a identificação dos agentes do delito ou de colaboradores.

Seção II

Da Instrução Criminal

Art. 54. Recebidos em juízo os autos do inquérito policial, de Comissão Parlamentar de Inquérito ou peças de informação, dar-se-á vista ao Ministério Público para, no prazo de 10 (dez) dias, adotar uma das seguintes providências:

I - requerer o arquivamento;

II - requisitar as diligências que entender necessárias;

III - oferecer denúncia, arrolar até 5 (cinco) testemunhas e requerer as demais provas que entender pertinentes.

Art. 55. Oferecida a denúncia, o juiz ordenará a notificação do acusado para oferecer defesa

prévia, por escrito, no prazo de 10 (dez) dias.

§ 1o Na resposta, consistente em defesa preliminar e exceções, o acusado poderá arguir preliminares e invocar todas as razões de defesa, oferecer documentos e justificações, especificar as provas que pretende produzir e, até o número de 5 (cinco), arrolar testemunhas.

§ 2o As exceções serão processadas em apartado, nos termos dos arts. 95 a 113 do Decreto-Lei n.º 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal.

§ 3o Se a resposta não for apresentada no prazo, o juiz nomeará defensor para oferecê-la em 10 (dez) dias, concedendo-lhe vista dos autos no ato de nomeação.

§ 4o Apresentada a defesa, o juiz decidirá em 5 (cinco) dias.

§ 5o Se entender imprescindível, o juiz, no prazo máximo de 10 (dez) dias, determinará a apresentação do preso, realização de diligências, exames e perícias.

Art. 56. Recebida a denúncia, o juiz designará dia e hora para a audiência de instrução e julgamento, ordenará a citação pessoal do acusado, a intimação do Ministério Público, do assistente, se for o caso, e requisitará os laudos periciais.

§ 1o Tratando-se de condutas tipificadas como infração do disposto nos arts. 33, caput e § 1o, e 34 a 37 desta Lei, o juiz, ao receber a denúncia, poderá decretar o afastamento cautelar do denunciado de suas atividades, se for funcionário público, comunicando ao órgão respectivo.

§ 2o A audiência a que se refere o caput deste artigo será realizada dentro dos 30 (trinta) dias seguintes ao recebimento da denúncia, salvo se determinada a realização de avaliação para atestar dependência de drogas, quando se realizará em 90 (noventa) dias.

Art. 57. Na audiência de instrução e julgamento, após o interrogatório do acusado e a inquirição das testemunhas, será dada a palavra, sucessivamente, ao representante do Ministério Público e ao defensor do acusado, para sustentação oral, pelo prazo de 20 (vinte) minutos para cada um, prorrogável por mais 10 (dez), a critério do juiz.

Parágrafo único. Após proceder ao interrogatório, o juiz indagará das partes se restou algum fato para ser esclarecido, formulando as perguntas correspondentes se o entender pertinente e relevante.

Art. 58. Encerrados os debates, proferirá o juiz sentença de imediato, ou o fará em 10 (dez) dias, ordenando que os autos para isso lhe sejam conclusos.

§ 1o Ao proferir sentença, o juiz, não tendo havido controvérsia, no curso do processo, sobre a natureza ou quantidade da substância ou do produto, ou sobre a regularidade do respectivo laudo, determinará que se proceda na forma do art. 32, § 1o, desta Lei, preservando-se, para eventual contraprova, a fração que fixar.

§ 2o Igual procedimento poderá adotar o juiz, em decisão motivada e, ouvido o Ministério Público, quando a quantidade ou valor da substância ou do produto o indicar, precedendo a medida à elaboração e juntada aos autos do laudo toxicológico.

Art. 59. Nos crimes previstos nos arts. 33, caput e § 1o, e 34 a 37 desta Lei, o réu não poderá apelar

sem recolher-se à prisão, salvo se for primário e de bons antecedentes, assim reconhecido na sentença condenatória.

CAPÍTULO IV

DA APREENSÃO, ARRECADAÇÃO E DESTINAÇÃO DE BENS DO ACUSADO

Art. 60. O juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público ou mediante representação da autoridade de polícia judiciária, ouvido o Ministério Público, havendo indícios suficientes, poderá decretar, no curso do inquérito ou da ação penal, a apreensão e outras medidas assecuratórias relacionadas aos bens móveis e imóveis ou valores consistentes em produtos dos crimes previstos nesta Lei, ou que constituam proveito auferido com sua prática, procedendo-se na forma dos arts. 125 a 144 do Decreto-Lei n.º 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal.

§ 1o Decretadas quaisquer das medidas previstas neste artigo, o juiz facultará ao acusado que, no prazo de 5 (cinco) dias, apresente ou requeira a produção de provas acerca da origem lícita do produto, bem ou valor objeto da decisão.

§ 2o Provada a origem lícita do produto, bem ou valor, o juiz decidirá pela sua liberação.

§ 3o Nenhum pedido de restituição será conhecido sem o comparecimento pessoal do acusado, podendo o juiz determinar a prática de atos necessários à conservação de bens, direitos ou valores.

§ 4o A ordem de apreensão ou sequestro de bens, direitos ou valores poderá ser suspensa pelo juiz, ouvido o Ministério Público, quando a sua execução imediata possa comprometer as investigações.

Art. 61. Não havendo prejuízo para a produção da prova dos fatos e comprovado o interesse público ou social, ressalvado o disposto no art. 62 desta Lei, mediante autorização do juízo competente, ouvido o Ministério Público e cientificada a SENAD, os bens apreendidos poderão ser utilizados pelos órgãos ou pelas entidades que atuam na prevenção do uso indevido, na atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e na repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, exclusivamente no interesse dessas atividades.

Parágrafo único. Recaindo a autorização sobre veículos, embarcações ou aeronaves, o juiz ordenará à autoridade de trânsito ou ao equivalente órgão de registro e controle a expedição de certificado provisório de registro e licenciamento, em favor da instituição à qual tenha deferido o uso, ficando esta livre do pagamento de multas, encargos e tributos anteriores, até o trânsito em julgado da decisão que decretar o seu perdimento em favor da União.

Art. 62. Os veículos, embarcações, aeronaves e quaisquer outros meios de transporte, os maquinários, utensílios, instrumentos e objetos de qualquer natureza, utilizados para a prática dos crimes definidos nesta Lei, após a sua regular apreensão, ficarão sob custódia da autoridade de polícia judiciária, excetuadas as armas, que serão recolhidas na forma de legislação específica.

§ 1o Comprovado o interesse público na utilização de qualquer dos bens mencionados neste artigo, a autoridade de polícia judiciária poderá deles fazer uso, sob sua responsabilidade e com o objetivo de sua conservação, mediante autorização judicial, ouvido o Ministério Público.

§ 2o Feita a apreensão a que se refere o caput deste artigo, e tendo recaído sobre dinheiro ou

cheques emitidos como ordem de pagamento, a autoridade de polícia judiciária que presidir o inquérito deverá, de imediato, requerer ao juízo competente a intimação do Ministério Público.

§ 3o Intimado, o Ministério Público deverá requerer ao juízo, em caráter cautelar, a conversão do numerário apreendido em moeda nacional, se for o caso, a compensação dos cheques emitidos após a instrução do inquérito, com cópias autênticas dos respectivos títulos, e o depósito das correspondentes quantias em conta judicial, juntando-se aos autos o recibo.

§ 4o Após a instauração da competente ação penal, o Ministério Público, mediante petição autônoma, requererá ao juízo competente que, em caráter cautelar, proceda à alienação dos bens apreendidos, excetuados aqueles que a União, por intermédio da SENAD, indicar para serem colocados sob uso e custódia da autoridade de polícia judiciária, de órgãos de inteligência ou militares, envolvidos nas ações de prevenção ao uso indevido de drogas e operações de repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, exclusivamente no interesse dessas atividades.

§ 5o Excluídos os bens que se houver indicado para os fins previstos no § 4o deste artigo, o requerimento de alienação deverá conter a relação de todos os demais bens apreendidos, com a descrição e a especificação de cada um deles, e informações sobre quem os tem sob custódia e o local onde se encontram.

§ 6o Requerida a alienação dos bens, a respectiva petição será autuada em apartado, cujos autos terão tramitação autônoma em relação aos da ação penal principal.

§ 7o Autuado o requerimento de alienação, os autos serão conclusos ao juiz, que, verificada a presença de nexo de instrumentalidade entre o delito e os objetos utilizados para a sua prática e risco de perda de valor econômico pelo decurso do tempo, determinará a avaliação dos bens relacionados, cientificará a SENAD e intimará a União, o Ministério Público e o interessado, este, se for o caso, por edital com prazo de 5 (cinco) dias.

§ 8o Feita a avaliação e dirimidas eventuais divergências sobre o respectivo laudo, o juiz, por sentença, homologará o valor atribuído aos bens e determinará sejam alienados em leilão.

§ 9o Realizado o leilão, permanecerá depositada em conta judicial a quantia apurada, até o final da ação penal respectiva, quando será transferida ao FUNAD, juntamente com os valores de que trata o § 3o deste artigo.

§ 10. Terão apenas efeito devolutivo os recursos interpostos contra as decisões proferidas no curso do procedimento previsto neste artigo.

§ 11. Quanto aos bens indicados na forma do § 4o deste artigo, recaindo a autorização sobre veículos, embarcações ou aeronaves, o juiz ordenará à autoridade de trânsito ou ao equivalente órgão de registro e controle a expedição de certificado provisório de registro e licenciamento, em favor da autoridade de polícia judiciária ou órgão aos quais tenha deferido o uso, ficando estes livres do pagamento de multas, encargos e tributos anteriores, até o trânsito em julgado da decisão que decretar o seu perdimento em favor da União.

Art. 63. Ao proferir a sentença de mérito, o juiz decidirá sobre o perdimento do produto, bem ou

valor apreendido, sequestrado ou declarado indisponível.

§ 1o Os valores apreendidos em decorrência dos crimes tipificados nesta Lei e que não forem objeto de tutela cautelar, depois de decretado o seu perdimento em favor da União, serão revertidos diretamente ao FUNAD.

§ 2o Compete à SENAD a alienação dos bens apreendidos e não leiloados em caráter cautelar, cujo perdimento já tenha sido decretado em favor da União.

§ 3o A SENAD poderá firmar convênios de cooperação, a fim de dar imediato cumprimento ao estabelecido no § 2o deste artigo.

§ 4o Transitada em julgado a sentença condenatória, o juiz do processo, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, remeterá à SENAD relação dos bens, direitos e valores declarados perdidos em favor da União, indicando, quanto aos bens, o local em que se encontram e a entidade ou o órgão em cujo poder estejam, para os fins de sua destinação nos termos da legislação vigente.

Art. 64. A União, por intermédio da SENAD, poderá firmar convênio com os Estados, com o Distrito Federal e com organismos orientados para a prevenção do uso indevido de drogas, a atenção e a reinserção social de usuários ou dependentes e a atuação na repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, com vistas na liberação de equipamentos e de recursos por ela arrecadados, para a implantação e execução de programas relacionados à questão das drogas.

TÍTULO V

DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

Art. 65. De conformidade com os princípios da não-intervenção em assuntos internos, da igualdade jurídica e do respeito à integridade territorial dos Estados e às leis e aos regulamentos nacionais em vigor, e observado o espírito das Convenções das Nações Unidas e outros instrumentos jurídicos internacionais relacionados à questão das drogas, de que o Brasil é parte, o governo brasileiro prestará, quando solicitado, cooperação a outros países e organismos internacionais e, quando necessário, deles solicitará a colaboração, nas áreas de:

I - intercâmbio de informações sobre legislações, experiências, projetos e programas voltados para atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e de reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

II - intercâmbio de inteligência policial sobre produção e tráfico de drogas e delitos conexos, em especial o tráfico de armas, a lavagem de dinheiro e o desvio de precursores químicos;

III - intercâmbio de informações policiais e judiciais sobre produtores e traficantes de drogas e seus precursores químicos.

TÍTULO VI

DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 66. Para fins do disposto no parágrafo único do art. 1o desta Lei, até que seja atualizada a terminologia da lista mencionada no preceito, denominam-se drogas substâncias entorpecentes,

psicotrópicas, precursoras e outras sob controle especial, da Portaria SVS/MS n.o 344, de 12 de maio de 1998.

Art. 67. A liberação dos recursos previstos na Lei n.º 7.560, de 19 de dezembro de 1986, em favor de Estados e do Distrito Federal, dependerá de sua adesão e respeito às diretrizes básicas contidas nos convênios firmados e do fornecimento de dados necessários à atualização do sistema previsto no art. 17 desta Lei, pelas respectivas polícias judiciárias.

Art. 68. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão criar estímulos fiscais e outros, destinados às pessoas físicas e jurídicas que colaborem na prevenção do uso indevido de drogas, atenção e reinserção social de usuários e dependentes e na repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

Art. 69. No caso de falência ou liquidação extrajudicial de empresas ou estabelecimentos hospitalares, de pesquisa, de ensino, ou congêneres, assim como nos serviços de saúde que produzirem, venderem, adquirirem, consumirem, prescreverem ou fornecerem drogas ou de qualquer outro em que existam essas substâncias ou produtos, incumbe ao juízo perante o qual tramite o feito:

I - determinar, imediatamente à ciência da falência ou liquidação, sejam lacradas suas instalações;

II - ordenar à autoridade sanitária competente a urgente adoção das medidas necessárias ao recebimento e guarda, em depósito, das drogas arrecadadas;

III - dar ciência ao órgão do Ministério Público, para acompanhar o feito.

§ 1º Da licitação para alienação de substâncias ou produtos não proscritos referidos no inciso II do caput deste artigo, só podem participar pessoas jurídicas regularmente habilitadas na área de saúde ou de pesquisa científica que comprovem a destinação lícita a ser dada ao produto a ser arrematado.

§ 2º Ressalvada a hipótese de que trata o § 3º deste artigo, o produto não arrematado será, ato contínuo à hasta pública, destruído pela autoridade sanitária, na presença dos Conselhos Estaduais sobre Drogas e do Ministério Público.

§ 3º Figurando entre o praceado e não arrematadas especialidades farmacêuticas em condições de emprego terapêutico, ficarão elas depositadas sob a guarda do Ministério da Saúde, que as destinará à rede pública de saúde.

Art. 70. O processo e o julgamento dos crimes previstos nos arts. 33 a 37 desta Lei, se caracterizado ilícito transnacional, são da competência da Justiça Federal.

Parágrafo único. Os crimes praticados nos Municípios que não sejam sede de vara federal serão processados e julgados na vara federal da circunscrição respectiva.

Art. 71. (VETADO)

Art. 72. Sempre que conveniente ou necessário, o juiz, de ofício, mediante representação da autoridade de polícia judiciária, ou a requerimento do Ministério Público, determinará que se proceda, nos limites de sua jurisdição e na forma prevista no § 1º do art. 32 desta Lei, à destruição de drogas em

processos já encerrados.

Art. 73. A União poderá celebrar convênios com os Estados visando à prevenção e repressão do tráfico ilícito e do uso indevido de drogas.

Art. 74. Esta Lei entra em vigor 45 (quarenta e cinco) dias após a sua publicação.

Art. 75. Revogam-se a Lei n.º 6.368, de 21 de outubro de 1976, e a Lei no.º] 10.409, de 11 de janeiro de 2002.

Brasília, 23 de agosto de 2006; 185o da Independência e 118o da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Márcio Thomaz Bastos

Guido Mantega

Jorge Armando Felix

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 24.8.2006

ANEXO 8

DECRETO N.º 5.912, DE 27 DE SETEMBRO DE 2006

Regulamenta a Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea "a", da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006,

DECRETA:

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE E DA ORGANIZAÇÃO DO SISNAD

Art. 1º O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, instituído pela Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006, tem por finalidade articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com:

I - a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

e

II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

Art. 2º Integram o SISNAD:

I - o Conselho Nacional Antidrogas - CONAD, órgão normativo e de deliberação coletiva do sistema, vinculado ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República;

II - a Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD, na qualidade de secretaria-executiva do colegiado;

III - o conjunto de órgãos e entidades públicos que exerçam atividades de que tratam os incisos I e II do art. 1º:

a) do Poder Executivo federal;

b) dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, mediante ajustes específicos; e

IV - as organizações, instituições ou entidades da sociedade civil que atuam nas áreas da atenção à saúde e da assistência social e atendam usuários ou dependentes de drogas e respectivos familiares, mediante ajustes específicos.

Art. 3º A organização do SISNAD assegura a orientação central e a execução descentralizada das atividades realizadas em seu âmbito, nas esferas federal e, mediante ajustes específicos, estadual, municipal e do Distrito Federal, dispondo para tanto do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, unidade administrativa da Estrutura Regimental aprovada pelo Decreto n.º 5.772, de 8 de maio de 2006.

CAPÍTULO II

DA COMPETÊNCIA E DA COMPOSIÇÃO DO CONAD

Art. 4º Compete ao CONAD, na qualidade de órgão superior do SISNAD:

- I - acompanhar e atualizar a política nacional sobre drogas, consolidada pela SENAD;
- II - exercer orientação normativa sobre as atividades previstas no art. 1º;
- III - acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas - FUNAD e o desempenho dos planos e programas da política nacional sobre drogas;
- IV - propor alterações em seu Regimento Interno; e
- V - promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal.

Art. 5º São membros do CONAD, com direito a voto:

- I - o Ministro de Estado Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, que o presidirá;
- II - o Secretário Nacional Antidrogas;
- III - um representante da área técnica da SENAD, indicado pelo Secretário;
- IV - representantes dos seguintes órgãos, indicados pelos seus respectivos titulares:
 - a) um da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República;
 - b) um do Ministério da Educação;
 - c) um do Ministério da Defesa;
 - d) um do Ministério das Relações Exteriores;
 - e) um do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;
 - f) dois do Ministério da Saúde, sendo um da Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
 - g) dois do Ministério da Justiça, sendo um do Departamento de Polícia Federal e um da Secretaria Nacional de Segurança Pública;
 - h) dois do Ministério da Fazenda, sendo um da Secretaria da Receita Federal e um do Conselho de Controle de Atividades Financeiras;
- V - um representante dos Conselhos Estaduais de Entorpecentes ou Antidrogas, indicado pelo Presidente do CONAD;
- VI - representantes de organizações, instituições ou entidades nacionais da sociedade civil:
 - a) um jurista, de comprovada experiência em assuntos de drogas, indicado pelo Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil - OAB-Federal;

b) um médico, de comprovada experiência e atuação na área de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Medicina - CFM;

c) um psicólogo, de comprovada experiência voltada para a questão de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Psicologia - CFP;

d) um assistente social, de comprovada experiência voltada para a questão de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Serviço Social - CFESS;

e) um enfermeiro, de comprovada experiência e atuação na área de drogas, indicado pelo Conselho Federal de Enfermagem - COFEN;

f) um educador, com comprovada experiência na prevenção do uso de drogas na escola, indicado pelo Conselho Federal de Educação - CFE;

g) um cientista, com comprovada produção científica na área de drogas, indicado pela Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência - SBPC;

h) um estudante indicado pela União Nacional dos Estudantes - UNE;

VII - profissionais ou especialistas, de manifesta sensibilidade na questão das drogas, indicados pelo Presidente do CONAD:

a) um de imprensa, de projeção nacional;

b) um antropólogo;

c) um do meio artístico, de projeção nacional; e

d) dois de organizações do Terceiro Setor, de abrangência nacional, de comprovada atuação na área de redução da demanda de drogas.

§ 1o Cada membro titular do CONAD, de que tratam os incisos III a VII, terá seu respectivo suplente, que o substituirá em suas ausências e impedimentos, todos designados pelo Ministro de Estado Chefe do Gabinete de Segurança Institucional.

§ 2o Em suas ausências e impedimentos, o Presidente do CONAD será substituído pelo Secretário Nacional Antidrogas, e este, por um suplente por ele indicado e designado na forma do § 1o.

Art. 6o Os membros titulares e suplentes referidos nos incisos III a VII do art. 5o terão mandato de dois anos, permitida uma única recondução.

Art. 7o Os membros referidos nos incisos III a VII do art. 5o perderão o mandato, antes do prazo de dois anos, nos seguintes casos:

I - por renúncia; e

II - pela ausência imotivada em três reuniões consecutivas do Conselho.

Parágrafo único. No caso de perda do mandato, será designado novo Conselheiro para a função.

Art. 8o As reuniões ordinárias do CONAD, ressalvadas as situações de excepcionalidade, deverão ser convocadas com antecedência mínima de cinco dias úteis, com pauta previamente comunicada aos seus integrantes.

Art. 9o O CONAD deliberará por maioria simples de votos, cabendo ao seu Presidente utilizar o voto de qualidade para fins de desempate.

Art. 10. O CONAD formalizará suas deliberações por meio de resoluções, que serão publicadas no Diário Oficial da União.

Parágrafo único. Observado o disposto no art. 3o, as deliberações do CONAD serão cumpridas pelos órgãos e entidades integrantes do SISNAD, sob acompanhamento da SENAD e do Departamento de Polícia Federal, em suas respectivas áreas de competência.

Art. 11. O Presidente do CONAD poderá constituir grupos técnicos com a finalidade de assessorá-lo no exercício de suas atribuições, assim como convidar especialista, sem direito a voto, para prestar informações ou acompanhar as reuniões do colegiado, cujas despesas com viagem serão suportadas na forma do art. 20.

Parágrafo único. Será convidado a participar das reuniões do colegiado um membro do Ministério Público Federal, na qualidade de observador e com direito a voz

Art. 12. O CONAD definirá em ato próprio, mediante proposta aprovada pela maioria absoluta de seus integrantes e homologada pelo seu Presidente, as normas complementares relativas à sua organização e funcionamento.

CAPÍTULO III

DAS ATRIBUIÇÕES DO PRESIDENTE DO CONAD

Art. 13. São atribuições do Presidente do CONAD, entre outras previstas no Regimento Interno:

I - convocar e presidir as reuniões do colegiado; e

II - solicitar estudos, informações e posicionamento sobre temas de relevante interesse público.

CAPÍTULO IV

DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

DOS ÓRGÃOS E ENTIDADES QUE COMPÕEM O SISNAD

Art. 14. Para o cumprimento do disposto neste Decreto, são competências específicas dos órgãos e entidades que compõem o SISNAD:

I - do Ministério da Saúde:

a) publicar listas atualizadas periodicamente das substâncias ou produtos capazes de causar dependência;

b) baixar instruções de caráter geral ou específico sobre limitação, fiscalização e controle da produção, do comércio e do uso das drogas;

c) autorizar o plantio, a cultura e a colheita dos vegetais dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, exclusivamente para fins medicinais ou científicos, em local e prazo predeterminados, mediante fiscalização, ressalvadas as hipóteses de autorização legal ou regulamentar;

d) assegurar a emissão da indispensável licença prévia, pela autoridade sanitária competente, para produzir, extrair, fabricar, transformar, preparar, possuir, manter em depósito, importar, exportar, reexportar, remeter, transportar, expor, oferecer, vender, comprar, trocar, ceder ou adquirir, para qualquer fim, drogas ou matéria-prima destinada à sua preparação, observadas as demais exigências legais;

e) disciplinar a política de atenção aos usuários e dependentes de drogas, bem como aos seus familiares, junto à rede do Sistema Único de Saúde - SUS;

f) disciplinar as atividades que visem à redução de danos e riscos sociais e à saúde;

g) disciplinar serviços públicos e privados que desenvolvam ações de atenção às pessoas que façam uso ou sejam dependentes de drogas e seus familiares;

h) gerir, em articulação com a SENAD, o banco de dados das instituições de atenção à saúde e de assistência social que atendam usuários ou dependentes de drogas;

II - do Ministério da Educação:

a) propor e implementar, em articulação com o Ministério da Saúde, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República e a SENAD, políticas de formação continuada para os profissionais de educação nos três níveis de ensino que abordem a prevenção ao uso indevido de drogas;

b) apoiar os dirigentes das instituições de ensino público e privado na elaboração de projetos pedagógicos alinhados às Diretrizes Curriculares Nacionais e aos princípios de prevenção do uso indevido de drogas, de atenção e reinserção social de usuários e dependentes, bem como seus familiares;

III - do Ministério da Justiça:

a) articular e coordenar as atividades de repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas;

b) propor a atualização da política nacional sobre drogas na esfera de sua competência;

c) instituir e gerenciar o sistema nacional de dados estatísticos de repressão ao tráfico ilícito de drogas;

d) manter a SENAD informada acerca dos dados relativos a bens móveis e imóveis, valores apreendidos e direitos constrictos em decorrência dos crimes capitulados na Lei n.º 11.343, de 2006, visando à implementação do disposto nos arts. 60 a 64 da citada Lei;

IV - do Gabinete de Segurança Institucional, por intermédio da SENAD:

a) articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

b) propor a atualização da política nacional sobre drogas na esfera de sua competência;

c) gerir o FUNAD e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas;

V - dos órgãos formuladores de políticas sociais, identificar e regulamentar rede nacional das instituições da sociedade civil, sem fins lucrativos, que atendam usuários ou dependentes de drogas e respectivos familiares.

Parágrafo único. As competências específicas dos Ministérios e órgãos de que trata este artigo se estendem, quando for o caso, aos órgãos e entidades que lhes sejam vinculados.

Art. 15. No âmbito de suas respectivas competências, os órgãos e entidades de que trata o art. 2o atentarão para:

I - o alinhamento das suas respectivas políticas públicas setoriais ao disposto nos princípios e objetivos do SISNAD, de que tratam os arts. 4.º e 5.º da Lei n.º 11.343, de 2006;

II - as orientações e normas emanadas do CONAD; e

III - a colaboração nas atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

CAPÍTULO V

DA GESTÃO DAS INFORMAÇÕES

Art. 16. O Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas reunirá e centralizará informações e conhecimentos atualizados sobre drogas, incluindo dados de estudos, pesquisas e levantamentos nacionais, produzindo e divulgando informações, fundamentadas cientificamente, que contribuam para o desenvolvimento de novos conhecimentos aplicados às atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e de reinserção social de usuários e dependentes de drogas e para a criação de modelos de intervenção baseados nas necessidades específicas das diferentes populações-alvo, respeitadas suas características socioculturais.

§ 1o Respeitado o caráter sigiloso das informações, fará parte do banco de dados central de que trata este artigo base de dados atualizada das instituições de atenção à saúde ou de assistência social que atendam usuários ou dependentes de drogas, bem como das de ensino e pesquisa que participem de tais atividades.

§ 2o Os órgãos e entidades da administração pública federal prestarão as informações de que necessitar o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, obrigando-se a atender tempestivamente às requisições da SENAD.

Art. 17. Será estabelecido mecanismo de intercâmbio de informações com os Estados, os Municípios e o Distrito Federal, com o objetivo de se evitar duplicidade de ações no apoio às atividades de que trata este Decreto, executadas nas respectivas unidades federadas.

Art. 18. As instituições com atuação nas áreas da atenção à saúde e da assistência social que atendam usuários ou dependentes de drogas devem comunicar ao órgão competente do respectivo sistema municipal de saúde os casos atendidos e os óbitos ocorridos, preservando a identidade das pessoas, conforme orientações emanadas do CONAD.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 19. Os membros do CONAD não farão jus a nenhuma remuneração, sendo seus serviços considerados de relevante interesse público.

Art. 20. As despesas com viagem de conselheiros poderão correr à conta do FUNAD, em conformidade com o disposto no art. 5.º da Lei n.º 7.560, de 19 de dezembro de 1986, sem prejuízo da assunção de tais despesas pelos respectivos órgãos e entidades que representem.

Art. 21. Este Decreto entra em vigor em 8 de outubro de 2006, data de início da vigência da Lei no 11.343, de 2006.

Art. 22. Ficam revogados os Decretos n.º 3.696, de 21 de dezembro de 2000, e 4.513, de 13 de dezembro de 2002.

Brasília, 27 de setembro de 2006; 185.o da Independência e 118.o da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Jorge Armando Felix

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 28.9.2006.

ANEXO 9

SUGESTÕES DE FILMES, LIVROS E SITES DA WEB



Ao propor a exibição de filmes, a leitura de livros e o acesso a *sites* eletrônicos, é importante estabelecer uma problematização prévia, o que significa questionar os usos de drogas considerando as contradições econômicas, os excessos da civilização de consumo, o culto da agressividade e da violência e os ideais morais, políticos e religiosos presentes.

É necessário identificar e refletir sobre a visão de mundo, de homem, de sociedade, de drogas expressa na mídia, pois, conforme Moran, “ler a comunicação é descobrir as relações humanas e econômicas dissimuladas, explicitar contradições ocultas (...), encontrar sentido, coerência e alguma lógica em todas as manifestações do universo cultural (...)” (Moran *apud* LEITE *et al.*, 2003, p.106-107).

FILMES

Os filmes e documentários que envolvem a temática das drogas, como produtos culturais, desvelam a trama, possibilitam a compreensão dos significados, das representações no imaginário dos sujeitos, bem como as relações sociais, políticas, econômicas, éticas que se estabelecem em um dado contexto.

Por se tratar de um assunto polêmico, apenas a exibição não é suficiente. É necessário que um educador complemente com informações e conhecimentos, que possam fundamentar o debate sobre os problemas e/ou questões presentes nos roteiros, nos discursos dos personagens e nos argumentos sociais, políticos, morais e ideológicos trazidos pelos filmes.

Os títulos a seguir foram escolhidos tendo em vista a relevância de problematizar situações e contextos, levantar contradições e questionamentos pertinentes ao uso indevido de drogas e suas relações implícitas e explícitas ao longo da história da humanidade.

Bicho de 7 cabeças

Direção: Laís Bodanzky

Sinopse: Neto é um jovem estudante de segundo grau. Ele não suporta a presença do pai. O pai despreza o mundo do filho. O abismo entre os dois aumenta a cada dia. A falta de comunicação leva a atitudes radicais e Neto acaba internado em um manicômio. O filme tem dois focos principais: a dificuldade de relacionamento entre pai e filho e a realidade desumana do sistema manicomial brasileiro vivido no contexto em que foi feito o filme. Bicho de 7 Cabeças é uma ficção inspirada no livro Canto dos Malditos, de Austregésilo Carrano. Elenco: Rodrigo Santoro, Othon Bastos, Cássia Kiss.

Fonte: http://www.fundacaoastrojildo.org.br/filmes/filmes.asp?cod_tema=18

Carandiru

Direção: Hector Babenco

Sinopse: Um médico (Luiz Carlos Vasconcelos) se oferece para realizar um trabalho de prevenção à AIDS no maior presídio da América Latina, o Carandiru. Lá ele convive com a realidade atrás das grades, que inclui violência, superlotação nas celas e instalações precárias. Porém, apesar de todos os problemas, o médico logo percebe que os prisioneiros não são figuras demoníacas, existindo dentro da prisão solidariedade, organização e uma grande vontade de viver.

Fonte: <http://www.adorocinema.com/filmes/carandiru/carandiru.asp>

Cazuza - o tempo não pára

Direção: Sandra Werneck e Walter Carvalho

Sinopse: A vida louca que marcou o percurso profissional e pessoal de Cazuza (Daniel de Oliveira), do início da carreira, em 1981, até a morte em 1990, aos 32 anos: o sucesso com o Barão Vermelho, a carreira solo, as músicas que falavam dos anseios de uma geração, o comportamento transgressor e a coragem de continuar a carreira, criando e se apresentando, mesmo debilitado pela AIDS.

Fonte: <http://www.estacio.br/rededelettras/numero13/entrevideos/texto2.asp>

Cidade de Deus

Direção: Fernando Meirelles

Sinopse: O principal personagem do filme Cidade de Deus não é uma pessoa. O verdadeiro protagonista é o lugar. Cidade de Deus é uma favela que surgiu nos anos 60 e se tornou um dos lugares mais perigosos do Rio de Janeiro, no começo dos anos 80. Para contar a história desse lugar, o filme narra a vida de diversos personagens, todos vistos sob o ponto de vista do narrador, Buscapé. Este, um menino pobre, negro, muito sensível e bastante amedrontado com a ideia de se tornar um bandido; mas também inteligente o suficiente para se resignar a trabalhos quase escravos. Buscapé cresceu em um ambiente bastante violento. Apesar de sentir que todas as chances estavam contra ele, descobre que pode ver a vida com outros olhos: os de um artista. Acidentalmente, torna-se fotógrafo profissional, o que foi sua libertação.

Fonte: <http://globofilmes.globo.com/GloboFilmes/Site/0,GFF8-5402,00.html>

Cidade dos homens

Direção: Paulo Morelli

Sinopse: Laranjinha (Darlan Cunha) e Acerola (Douglas Silva) são amigos, que cresceram juntos em uma favela do Rio de Janeiro e agora estão com 18 anos. Acerola tem um filho de 2 anos para cuidar, mas sente-se preso pelo casamento e lamenta a paternidade precoce. Já Laranjinha está decidido a encontrar seu próprio pai, que não conhece. Paralelamente, o morro em que vivem é sacudido pelo mundo do tráfico, já que Madrugadão (Jonathan Haagensen), primo de Laranjinha, perdeu o posto de dono do local para Nefasto (Eduardo BR).

Fonte: http://www.escolanocinema.com.br/exibir_texto.asp?cod_texto=232&menu=

Despedida em Las Vegas

Direção: Mike Figgis

Sinopse: Um roteirista alcóolatra perde o emprego e decide partir rumo a Las Vegas, onde vive um tumultuado caso de amor com uma prostituta acuada por seu cafetão. Elenco: Nicolas Cage, Elisabeth Shue e Steven Weber. Vencedor do Oscar de Melhor Ator.

Fonte: <http://www.adorocinema.com/filmes/despedita-em-las-vegas/despedita-em-las-vegas>

Diário de um adolescente

Direção: Scott Kalvert

Sinopse: Em Nova York, um jovem (Leonardo DiCaprio) é um promissor jogador de basquete, mas logo se afunda no submundo das drogas e, para manter o seu vício, ele rouba e se prostitui.

Fonte: <http://www.adorocinema.com/filmes/diario-de-um-adolescente/diario-de-um-adolescente>

O informante

Direção: Michael Mann

Sinopse: Russell Crowe e Al Pacino dão vida a este drama, baseado em fatos ocorridos entre uma indústria de tabaco americana e um de seus executivos. Recebeu 7 indicações ao Oscar, incluindo Melhor Filme, Melhor Diretor e Melhor Ator.

Fonte: <http://www.adorocinema.com/filmes/o-informante/o-informante.asp>

O Homem do ano

Direção: José Henrique Fonseca

Sinopse: Uma ingênua aposta entre amigos transforma Máiquel (Murilo Benício), um homem comum, em um assassino e herói de toda uma cidade. Deixando-se levar pelos acontecimentos, Máiquel torna-se respeitado por bandidos e pela polícia, *sendo também amado por duas mulheres. Até que comete seu primeiro erro e é obrigado a tomar de volta o controle do seu destino.*

Fonte: <http://www.adorocinema.com/filmes/homem-do-ano/homem-do-ano.asp>

Traffic

Direção: Steven Soderbergh

Sinopse: Trata do tráfico de drogas e suas implicações nos EUA. Usa linguagem violenta e realista mostrando, paralelamente ao problema do tráfico, o processo de dependência de uma adolescente.

Fonte: http://www.alcoolismo.com.br/filmes_entretenimento.html

Geração Prozac

Direção: Erik Skjoldbjaerg

Sinopse: Elizabeth Wurtzel (Christina Ricci) é uma brilhante estudante, que tem planos de estudar Jornalismo na conceituada Universidade de Harvard. Entretanto, problemas familiares fazem com que Elizabeth entre em profunda depressão, o que coloca seus planos em risco. Aos poucos suas noites de trabalho, sempre regadas a drogas, e sua instabilidade emocional a afastam de Ruby (Michelle Williams), sua melhor amiga, e também de seu namorado. Decidida a procurar ajuda profissional, Elizabeth marca uma consulta com a Dra. Diana Sterling (Anne Heche), que lhe receita o antidepressivo Prozac.

Fonte: <http://www.adorocinema.com/filmes/geracao-prozac/geracao-prozac.asp>

Meu Nome Não é Johnny

Direção: Mauro Lima

Sinopse: João Guilherme Estrella (Selton Mello) nasceu em uma família de classe média do Rio de Janeiro. Filho de um diretor do extinto Banco Nacional, ele cresceu no Jardim Botânico e frequentou os melhores colégios, tendo amigos entre as famílias mais influentes da cidade. Carismático e popular, João viveu intensamente os anos 80 e 90. Nesse período, ele conheceu o universo das drogas, mesmo sem jamais pisar em uma favela. Logo tornou-se o maior vendedor de drogas do Rio de Janeiro, sendo preso em 1995. A partir de então passou a frequentar o cotidiano do sistema carcerário brasileiro.

Fonte: <http://www.adorocinema.com/filmes/meu-nome-nao-e-johnny/meu-nome-nao-e-johnny.asp>

Tropa de elite

Direção: José Padilha

Sinopse: O dia-a-dia do grupo de policiais e de um capitão do BOPE (Wagner Moura), que quer deixar a corporação e tenta encontrar um substituto para seu posto. Paralelamente, dois amigos de infância se tornam policiais e se destacam pela honestidade e honra ao realizar suas funções, se indignando com a corrupção existente no batalhão em que atuam.

Fonte: <http://www.adorocinema.com/filmes/tropa-de-elite/tropa-de-elite.asp>

LIVROS

A leitura de referenciais bibliográficos contribui para o embasamento teórico dos sujeitos em formação, favorecendo a abordagem do tema desprovidos de preconceito, discriminação e crenças pessoais (PARANÁ, 2008).

Os referenciais que sugerimos trazem conhecimentos, pesquisas, dados estatísticos e uma discussão sobre a questão das drogas na atualidade.

Ao realizar a leitura dos referidos títulos é importante atentar para o conteúdo da obra, a fim de verificar os aspectos conceituais, históricos, sociais, políticos, econômicos, éticos, étnicos (culturais) relacionados às drogas.

Adolescência e drogas.

Ilana Pinsky e Marcos Bessa. São Paulo: Contexto, 2004.

“Poucos fenômenos sociais geram mais preocupações entre pais e professores, custos com justiça e saúde, dificuldades familiares e notícias na mídia do que o uso de álcool e drogas. O que leva milhões de pessoas, em grande parte adolescentes, no mundo todo, a consumir as mais variadas substâncias, a suportar os mais variados tipos de danos e, ainda assim, continuar a utilizá-las? (...) O consumo de drogas é um fato comum, mas nem por isso menos danoso. E não há soluções milagrosas para o problema.” Este livro contribui para iluminar a questão, pois reúne conceituados especialistas, nacionais e internacionais, para responder, com autoridade e sem demagogia, aos desafios levantados pelo problema a partir de pontos de vista distintos e, ao mesmo tempo, complementares. É leitura obrigatória para especialistas, educadores e pais, e para responsáveis por políticas públicas de prevenção e tratamento.

Álcool e drogas na história do Brasil.

Henrique Carneiro e Renato P. Venâncio (Orgs.). Belo Horizonte/São Paulo: Editora da PUC/Alameda, 2005.

Esta coletânea, com catorze textos de dezessete autores, publica os resultados do Simpósio “Álcool e drogas na história do Brasil”, realizado na Universidade Federal de Ouro Preto, em Mariana, em junho de 2003. Do cauim e dos remédios de antigos boticários ao sacramento de religiões mestiças que

usam alucinógenos em rituais devocionais, passando pelo uso do vinho nas práticas de sedução e da aguardente nas revoltas escravas, o conjunto de pesquisas reunidas neste livro oferece um panorama inédito do significado que o álcool e as drogas tiveram na história do país.

Fonte: <http://www.neip.info/livros.html>.

Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis.

Oscar Cirino e Regina Medeiros (Orgs.). Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

A complexidade e a gravidade dos problemas relacionados ao uso de drogas e à diversidade de concepções dos atores sociais que atuam nesse campo justificam a dificuldade de estabelecimento de consensos, com a conseqüente polarização de propostas, a formação de grupos de idéias antagônicas e a criação de práticas bastante discordantes. Na conjuntura em que se impõem as tomadas de decisão, esses grupos se manifestam muitas vezes de forma apaixonada, na tentativa de fazer valer sua opinião. As situações de impasse que exigem decisões ocorrem tanto no âmbito do coletivo, como é o caso da definição das políticas de assistência, prevenção e repressão, quanto no âmbito do individual, como ocorre no encontro de cada usuário de drogas ou de seus familiares com os profissionais de saúde. Entre as formas de adoecer, talvez nenhuma outra envolva de modo tão complexo os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais desde o início e durante toda a trajetória como acontece com os indivíduos que usam drogas.

Fonte: <http://www.autenticaeditora.com.br/livros/item/12>

Brasil no mundo das drogas.

Argemiro Procópio. Petrópolis-RJ: Vozes, 1999.

Este livro apresenta reflexão densa sobre a questão das drogas. Analisa causas e efeitos do narcotráfico no Mercosul e em regiões fronteiriças com os países amazônicos. Representa vigoroso esforço analítico no tratamento político da temática. Seu pioneirismo reside na interpretação dos paradoxos do papel do narcotráfico no processo de integração paralela das Américas. Retratando a dialética da criminalidade no universo das drogas, o autor denuncia a corrupção política atrelada à perversa distribuição da renda e aos injustos privilégios das elites, a falta de ética e o desrespeito aos valores da vida, além da evasão das riquezas nacionais pelas rotas das drogas.

Fonte: http://www.leonardodavinci.com.br/descricao.asp?cod_livro=AR0135

Drogas - hegemonia do cinismo.

Maurídes de Melo Ribeiro e Sérgio Dario Seibel (Orgs.). São Paulo: Memorial, 1997.

Este livro aborda de maneira interdisciplinar uma das questões mais polêmicas da sociedade pós-moderna: o uso de substâncias psicoativas que rompem com os estados “normais” da consciência e abalam as estruturas sociais, gerando a demonização cultural, a clandestinidade econômica e a ilegalidade jurídica. Os textos desvendam os conflitos entre o mundo paralelo das drogas – que cada vez mais se impõe como uma realidade irreversível e com profundas raízes culturais – e instituições cujo puritanismo encobre seus interesses ideológicos e econômicos, estimulando a criminalidade e lesando a saúde pública. O combate ao tráfico, a descriminalização de drogas, as estratégias médicas de redução de danos entre os usuários de drogas, e os fundamentos antropológicos dos “paraísos artificiais” são algumas das abordagens deste texto sobre uma sociedade que não tolera mais pontos de vista doutrinários e unívocos.

Fonte: <http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/bibl10.htm>

Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos.

Alba Zaluar (Org.). São Paulo: Brasiliense, 1994.

Este livro vem preencher uma lacuna no debate – invadido por ideias preconcebidas – sobre a questão da criminalização das drogas ilícitas e a alternativa da descriminalização. Assinado por especialistas e estudiosos do assunto, é uma real contribuição contra o atraso de décadas do Brasil na polêmica.

Fonte: <http://www.editorabrasiliense.com.br/catalogo-site/livrodrogascidadania.htm>

Drogas e sociedade nos tempos da AIDS.

Richard Bucher. Brasília: Editora UnB, 1996.

O autor discute os mecanismos de repressão às substâncias psicoativas, mostrando a inversão que se pratica. Em vez de a sociedade oferecer melhores condições de vida como opção para a construção da personalidade, a falta e a manipulação de informações geram uma culpabilização que deixa o problema sem intervenção racional.

Fonte: <http://www.livrariauniversidade.unb.br/detalhes.php?livro=17876>

Panorama Atual de Drogas e Dependências.

Fernanda Gonçalves Moreira e Dartiu Xavier da Silveira. 1ª ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

Com sua base autoral no PROAD - Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo - EPM/UNIFESP, este livro discute as dependências não-químicas como a compulsão sexual, o jogo patológico, a compulsividade na internet e nas compras, os transtornos alimentares e a compulsão alimentar, que trazem efeitos prejudiciais ao indivíduo dependente e à sociedade.

Dependência de drogas.

Sérgio Dario Seibel, Alfredo Toscano Jr. Rio de Janeiro, Editora Atheneu, 2001.

Um estudo clínico-toxicológico das drogas a partir de uma visão prática, utilizada no cotidiano do dependente. É enfocada uma abordagem multidisciplinar, que considera o universo histórico-cultural, clínico, farmacológico, psicológico, terapêutico, institucional, da saúde pública e da mídia em geral.

Cocaína e Crack - dos Fundamentos ao Tratamento.

Marcos da Costa Leite e Arthur Guerra de Andrade. Porto Alegre, Ed. Artmed, 1999.

"Cocaína e Crack..." é o mais recente fruto do intenso trabalho desenvolvido no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo pela equipe do GREA – Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas. Sua elaboração contou com a participação de um extenso rol de especialistas da área das dependências químicas, apresentando valiosas informações sobre aspectos históricos e preventivos, estudo de populações específicas, além de aspectos neurobiológicos, incluindo os principais fundamentos do tratamento.

A economia da droga.

Pierre Kopp. Bauru-SP: EDUSC, 1998.

O livro analisa políticas públicas, praticadas em diferentes países, com a finalidade de controlar o consumo e o tráfico de drogas ilícitas. Para isso, o autor utiliza os instrumentos habituais da análise econômica. É possível definir uma política antidrogas a partir da lógica econômica? Pierre Kopp afirma que sim, e o demonstra neste livro.

Sininho envenenada.

Graciela Felix Delgado; Daniel Delgado-Saldívar. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2006.

O livro baseia-se nos diários que Daniel e sua filha Graciela mantiveram de forma separada, durante mais de um ano, no período mais forte da relação de Graciela com as drogas. Em cada etapa, as visões da filha e do pai se contrapõem para mostrar os enfrentamentos, os erros e os acertos. O livro não dá receitas, mas expõe a dor e o esforço da família e de Graciela pela recuperação.

Doces venenos – conversas e desconversas sobre drogas.

Lídia Rosenberg Aratangy. São Paulo, Editora Olho d'água, 1991.

A autora parte dos contos de fadas para explicar os efeitos físicos, psíquicos, inscrição cultural das drogas e sua dimensão humana. Fala do comportamento e expõe de maneira lúdica informações preciosas para se trabalhar no universo das drogas.

SITES

Há na internet milhares de ambientes virtuais, ou *sites*, que possibilitam aos sujeitos o acesso a várias linguagens (vídeo, textos, áudio, imagens gráficas) e diversas informações de diferentes assuntos, simultaneamente, no mundo todo.

Essa rede virtual poderá ser utilizada em diferentes “situações no processo de formação dos sujeitos, sempre como uma ação planejada com objetivos preestabelecidos” (PARANÁ, 2008).

O importante é atentar para a confiabilidade das informações disponíveis em cada um dos espaços virtuais. O cuidado na seleção e exploração prévia dos *sites* será responsável pela qualidade do trabalho a ser realizado. Dê preferência a *sites* de Instituições de Ensino Superior, de instituições governamentais em suas diferentes instâncias, pois estes, geralmente, trazem informações, conhecimentos científicos e pesquisas que podem contribuir para a formação dos sujeitos.

Álcool e Drogas sem Distorção

www.einstein.br/alcooledrogas

Ligado ao Hospital Albert Einstein, o Programa Einstein de Tratamento de Dependentes de Álcool e Drogas - PAD oferece internação para desintoxicação e tratamento de abstinência, prestando assistência aos dependentes químicos e seus familiares. Este *site* apresenta informações, perguntas e respostas, artigos interessantes, atualizações científicas, entrevistas e notícias sobre a questão das drogas.

Fone: (11) 3747-1487/1486

Associação Brasileira de Estudos de Álcool e outras Drogas

www.abead.com.br

Entre seus objetivos procura divulgar e incentivar o debate informando sobre as políticas e novas tendências das questões que envolvem o uso abusivo de drogas legais e ilegais no país. Disponibiliza notícias, artigos, sugestões de livros e informações diversas sobre as drogas.

Fone: (11) 3891-1207

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

www.cebrid.epm.br

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) faz parte do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e dispõe de um *site* de pesquisas que traz o levantamento nacional sobre o consumo de drogas entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio da rede pública de ensino das 27 capitais do país. Além disso, apresenta catálogos de publicações científicas sobre abuso de drogas psicotrópicas, livretos, folhetos, *links* e questões sobre drogas.

Fone: (11) 3336-3222

Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

www.bahia.ba.gov.br/sjdh/conen_pcetad.htm

Oferece atendimento psiquiátrico e psicoterápico gratuito e desenvolve pesquisas sobre o uso indevido de drogas. Está ligado à Universidade Federal da Bahia.

Fone: (71) 3336-3322

E-mail: sjdh.secretario@bahia.ba.gov.br

Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas

www.cicad.oas.org.br

O objetivo desta comissão é fortalecer os sujeitos e as instituições a fim de canalizar seus esforços e de seus países membros para reduzir a produção, o tráfico e o uso de drogas nas Américas. Foi criada pela Organização dos Estados Americanos (OEA).

E-mail: oidcicad@oas.org.br

DÍNAMO - Informações responsáveis sobre drogas

www.dinamo.org.br

Foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores de diferentes áreas do conhecimento, buscando abrir o debate sobre a questão das drogas. Promove ações para divulgar informações objetivas e desprovidas de preconceitos junto aos formadores de opinião e a indústria cultural.

Fone: (11) 4195-0335

E-mail: mgorgulho@uol.com.br

Coordenadoria Estadual Antidrogas (CEAD-PR)

<http://www.antidrogas.pr.gov.br>

O Paraná é um dos primeiros estados da União a disponibilizar informações sobre a questão das drogas por meio da internet. Através deste site os interessados obtêm dados e informações sobre a redução da demanda, oferta de drogas e os serviços disponíveis para atendimento à saúde de familiares e usuários de drogas nos 399 municípios do Estado.

Fone: (41) 3342 6212

Dia-a-Dia Educação

<http://diadiaeducacao.pr.gov.br>

O portal educacional Dia-a-dia Educação pertence à estrutura organizacional do Centro de Excelência em Tecnologia Educacional do Paraná - Diretoria de Tecnologias Educacionais (CETEPAR/DITEC). Destinado aos educadores, alunos, escolas e comunidade, disponibiliza um conjunto de recursos, informações e dados, como: dicionários, mapas, teses, filmes, entre outros.

Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC)

www.unodc.org/brazil

É um líder global na luta contra as drogas ilícitas e o crime internacional e tem como objetivo desenvolver e implementar ações para o enfrentamento da problemática das drogas e do crime. Atua na prevenção, tratamento e reintegração social dos usuários.

Fone: (61) 3424-6600

E-mail: unodc.brazil@unodc.org

Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (GREA)

www.grea.org.br

Tem sede no Instituto do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP). Desenvolve pesquisas epidemiológicas, programas de prevenção e avalia os programas de prevenção em andamento. Também auxilia e oferece treinamento aos membros da comunidade que queiram desenvolver trabalhos na área preventiva. No site você encontra publicações e artigos.

Infodrogas

www.imesc.sp.gov.br/infodrog.htm

É um serviço prestado pelo Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo (IMESC) que disponibiliza informações relacionadas às drogas, possibilitando a ampliação da discussão sobre o tema. O *site* apresenta definições de conceitos relacionados às drogas, classificação e legislação das drogas, identificação de usuários, o papel da mídia na prevenção, informações sobre redução de danos, referenciais, *links*, entre outras informações.

Fone: (11) 3666-6135

E-mail: apoiotec@imesc.sp.gov.br

Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas

www.obid.senad.gov.br

Está ligado à Secretaria Nacional sobre Drogas e apresenta informações sobre as drogas, a redução da demanda e da oferta, pesquisas, dados estatísticos, publicações, legislações e documentos diversos.

Fone: 0800 510 0015

E-mail: senad@planalto.gov.br

Polícia Civil do Paraná (CAPE)

<http://www.policiacivil.pr.gov.br>

O site disponibiliza informações e dados sobre as atividades de prevenção da equipe multidisciplinar que compõe o CAPE (Centro Antitóxicos de Prevenção e Educação). O CAPE realiza uma série de ações, como: atendimento, orientação, encaminhamento e acompanhamento aos usuários de substâncias que determinem dependência física ou psíquica, como também os autuados na delegacia. Também possibilita ajuda aos respectivos familiares que necessitam de informações e de esclarecimentos a respeito do problema da drogadição por parte de seus filhos.

Fone: (41) 3232-8367

PROERD-PR

<http://www.pm.pr.gov.br/proerd/>

O site contém informações e dados sobre a atuação do PROERD-PR em todo o Estado, o qual atua, fortalecendo o trinômio: Polícia Militar, Escola e Família.

Fone: (41) 3304-4748 / 4749

REFERÊNCIAS

LEITE, Lígia Silva. Tecnologia educacional: descubra suas possibilidades na sala de aula. Petrópolis: Vozes, 2003.

NAPOLITANO, Marcos. Como usar o cinema em sala de aula. São Paulo: Contexto, 2003.

PARANÁ, Prevenção ao uso indevido de drogas. Série Cadernos Temáticos da Diversidade. Curitiba-PR, 2008.

TEIXEIRA, Inês Assunção de Castro; LOPES, José de Souza Miguel (Orgs.). A escola vai ao cinema. Belo Horizonte: Autêntica, 2003

Glossário



GLOSSÁRIO

A

- **Abstinência:** abstenção do uso de droga ou (particularmente) de bebidas alcoólicas, por questão de princípio ou por outras razões. Não deve ser confundido com o termo “síndrome de abstinência”.
- **Abuso:** padrão desajustado de uso indicado pela continuação desse uso apesar do reconhecimento da existência de um problema social, ocupacional, psicológico ou físico, persistente ou recorrente, que é causado ou exacerbado pelo uso recorrente em situações nas quais ele é fisicamente arriscado (DSM-III-R).
- **Adicção:** *adicção* - palavra originária do latim “*adictu*”, que significa “escravo”, “submisso”. A adicção pode ser explicada por meio de comportamentos de dependência fisiológicos, psicológicos, dinâmica familiar, problemas comportamentais, morais e éticos. A adesão pode se desenvolver para alimentos, jogo, leitura, sexo, drogas, trabalho, religiosidade e substâncias. Quando as pessoas passam a tentar suprir suas necessidades bio-psico-sociais-espirituais através de algum desses comportamentos de forma repetitiva, intensa e compulsiva podemos dizer que seu comportamento tornou-se adicto e que sua adicção transformou-se em uma doença. Tal definição vigora desde meados da década de 1950, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) catalogou o uso de substâncias psicoativas que conduzem à dependência química sob este conceito – doença –, considerando que as mesmas elevam de forma dramática a morbidade e a mortalidade nas populações. Somente o tabaco é responsável por mais de 40% de todas as internações hospitalares e uma das principais causas externas de morte no mundo.

A OMS indica que o consumo de substâncias psicoativas nos centros urbanos de todo o mundo situa-se em torno de 12% das populações, causando doenças associadas, acidentes, internações hospitalares, violência e morte.
- **Alucinógeno:** substância que induz alterações do senso-percepção, do pensamento e dos sentimentos parecidos aos das psicoses funcionais sem, no entanto, produzir as importantes alterações da memória e da orientação características das síndromes orgânicas.
- **Anfetaminas:** Uma classe das aminas simpatomiméticas com poderosa ação estimulante do sistema nervoso central. Em linguagem de rua, as amfetaminas são frequentemente referidas como “bolinhas”.

- **Anticolinérgico:** plantas e substâncias sintéticas que possuem em comum uma série de efeitos no corpo humano, alterando funções psíquicas. Entre as plantas temos as popularmente conhecidas como Saia Branca, Lírio, Trombeta, Trombeteira, Zabumba, Cartucho, Estramônio, entre outras. São plantas do gênero *Datura* e que produzem duas substâncias, a atropina e a escopolamina, que são as responsáveis pelos efeitos. Entre as substâncias sintéticas existem aquelas com o mesmo tipo de efeitos que as substâncias naturais (atropina e escopolamina) e estão presentes em medicamentos como o Artane®, o Akineton®, além de colírios e outros. Esses medicamentos têm utilidade terapêutica no tratamento da Síndrome de Parkinson e como antiespasmódico.
- **Áreas corticais:** camada mais externa do cérebro, formada por substância ou massa cinzenta, constituída pelo corpo celular dos neurônios que processam as informações e que variam de 2 a 6 mm.
- **ASSIST:** questionário estruturado contendo oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos). As questões abordam a frequência de uso, na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal-sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável.
- **Ayahuasca:** planta alucinógena (*Caapi* e *chacrona*), ingerida em forma de bebida (chá) no ritual do Santo Daime, culto cristão surgido no estado brasileiro do Acre, no início do século XX. Seu fundador foi Raimundo Irineu Serra, chamado por seus contemporâneos de Padrinho Irineu e por seus seguidores de hoje de Mestre Irineu. De tradição espírita européia, indígenas e africanos realizavam este culto, que conta também com a ingestão de uma bebida feita a partir dos mesmos elementos constituintes da ayahuasca, bebida sagrada utilizada pelos incas antes da chegada dos espanhóis à América e por várias tribos da região amazônica, mas com um feitio distinto do daquela. A liturgia daimista consiste em três tipos básicos de trabalho: concentração, festejos (também conhecidos como bailados) e *feitio*, e em todos se comunga do Santo Daime. Nas concentrações, realiza-se um trabalho de autoconhecimento e aprendizagem através das mirações, visões alcançadas através da fé de cada participante e da bebida sagrada. O *feitio* é cerimônia ritual em que se produz a bebida enteógena utilizada no culto do Santo Daime. As duas plantas com que é preparado o santo daime são:
 - O *banisteriopsis caapi*, conhecido popularmente como jagube, mariri, entre outras denominações; e
 - A *psicotria viridis*, popularmente rainha ou chacrona. O jagube é batido com marrretas de madeira, e depois de as folhas do arbusto rainha haverem sido limpas, os dois são cozidos em água. Esse primeiro cozimento é retirado e colocado em outra panela com uma nova quantidade de jagube e rainha. Após esse segundo cozimento, está pronto o daime, da união vegetal e de várias outras seitas. Atualmente, são inúmeras as igrejas de Santo Daime no Brasil e no mundo. Em quase todos os estados da federação brasileira encontram-se igrejas, centros e “pontos”, pequenos grupos que comungam da bebida sagrada.

- **AUDIT:** teste para a identificação de problemas decorrentes do uso do álcool.

B

- **Benzodiazepínicos:** grupo de drogas estruturalmente relacionadas, usadas primordialmente como sedativos/hipnóticos, relaxantes musculares e antiepiléticos, e outrora denominados de “tranquilizantes menores”. Mesmo em doses terapêuticas, a interrupção abrupta dos benzodiazepínicos induz uma síndrome de abstinência em até 50% das pessoas tratadas por seis meses ou mais. Exemplos de benzodiazepínicos: halazepam, triazolam, diazepam e prazepam.

C

- **CAGE:** Questionário utilizado para a investigação do uso do álcool, a partir das quatro palavras-chave em inglês que dão origem à sigla: Cut-down, Annoyed, Guilty e Eye-opener. Essas palavras significam, respectivamente: diminuir, aborrecido, culpado e olho aberto.
- **Cannabis:** um termo genérico usado para denotar os vários preparados da planta de maconha (cânhamo), *Cannabis sativa*. Isso inclui a folha de maconha ou diamba (o cânhamo da Índia ou haxixe 9 derivado da resina dos extremos floridos da planta) e óleo de haxixe – resina bruta ou purificada, extraída da planta da *cannabis*.
- **Cocaína:** ou benzoilmetilecgonina é uma droga alcalóide, derivada do arbusto *Erythroxylum coca* Lamarck, estimulante com alto poder de causar dependência. A cocaína pode ser consumida de várias formas, mas o modo mais comum é pela aspiração da droga, que normalmente se apresenta sob forma de pó. Alguns consumidores chegam a injetar a droga diretamente na corrente sanguínea, o que eleva consideravelmente o risco de uma parada cardíaca irreversível, causada por uma “overdose”.

O seu consumo crônico leva a grande aceleração do envelhecimento e profundos danos cerebrais, irreversíveis, entre outros problemas de saúde. A cocaína tem o aspecto de um pó branco e cristalino (é um sal, hidrocloreto de cocaína).

A via intravenosa é mais perigosa devido às infecções. Ela produz maior prazer e efeitos mais pronunciados, também provocando alucinações. A via inalatória é de início mais insidioso, pode levar à necrose (morte por degeneração das células epiteliais ou outros tipos de degeneração de tecido) da mucosa e septo nasais.

Há efeitos imediatos, que ocorrem sempre após uma dose moderada; efeitos com grande dose; efeitos tóxicos agudos que têm uma probabilidade significativa de ocorrer após cada dose; efeitos no consumidor crônico, em longo prazo.

A cocaína pode causar malformações e atrofia do cérebro e malformações dos membros na criança se usada durante a gravidez. Ela pode ser detectada nos cabelos durante muito tempo após o consumo, e o seu uso pela mãe é comprovado desta forma em bebês.

Efeitos tóxicos agudos - esses efeitos podem ocorrer ou não após uma única dose baixa, mas são mais prováveis com o uso continuado e em doses altas:

- Arritmias cardíacas: complicação possivelmente fatal
- Trombose coronária com enfarte do miocárdio (provoca 25% dos enfartes totais em jovens de 18-45 anos)
- Trombose cerebral com AVC
- Outras hemorragias cerebrais devidas à vasoconstricção simpática
- Necrose (morte celular) cerebral
- Insuficiência renal
- Insuficiência cardíaca
- Hipertermia com coagulação disseminada potencialmente fatal.

Efeitos em longo prazo:

- Perda de memória
- Perda da capacidade de concentração mental
- Perda da capacidade analítica
- Falta de ar permanente, trauma pulmonar, dores torácicas
- Destruição total do septo nasal (se inalada)
- Perda de peso até níveis de desnutrição
- Cefaléias (dores de cabeça)
- Síncopes (desmaios)
- Distúrbios dos nervos periféricos ("sensação do corpo ser percorrido por insetos")
- Silicose, pois é comum o traficante adicionar talco industrial para aumentar seus lucros, fato verificado em necropsia, exame de hemogramas.

Co-morbidade: um termo genérico que se refere ao duplo diagnóstico ou à concomitância no mesmo indivíduo de um transtorno por uso de substância psicoativa e outro transtorno psiquiátrico. Tal indivíduo é por vezes referido como um doente mental que abusa de substâncias químicas.

- **Crack:** O *crack* é a cocaína alcalina, não salina. É obtido da mistura da pasta de cocaína com bicarbonato de sódio. Conhecido nos Estados Unidos da América como a cocaína dos pobres e mendigos, e popularmente como “pedra”, é um composto amorfo da cor bege, que pode conter cristais de cloreto de sódio. O *crack* é uma forma básica livre, que é fumada. Os seus efeitos são similares aos da via intravenosa da cocaína em pó. O efeito intenso ocorre após 4 a 6 segundos da inalação do *crack* e um sentimento intenso de exaltação e desaparecimento de ansiedade é vivenciado, junto com um sentimento de confiança e autoestima. Os efeitos agradáveis terminam em torno de 5 a 7 minutos, depois que o humor rapidamente muda para a depressão e o consumidor é compelido a repetir o processo de forma a recuperar a euforia do ápice. O *crack* foi um desenvolvimento moderno do consumo da cocaína. É muito mais barato e fácil de consumir, e as comunidades pobres arruinam-se ainda mais por todo o mundo devido ao seu consumo.

Muitos usuários de cocaína, conhecendo o *crack*, começaram a utilizar somente ele, pois o efeito de euforia é mais forte que o da cocaína, e, pelo fato de muitos não terem dinheiro para comprar ambas, compram somente o *crack*. Porém isso não é uma regra; muitos usuários de cocaína e *crack* podem fazer uso abusivo de ambas ou mais ainda da cocaína, dependendo da assimilação do usuário.

Muitos preferem a cocaína ao *crack*, pois já estão viciados psicologicamente no ritual da inalação. O *crack* é dito por muitas pesquisas que é mais barato que a cocaína, porém não é o que foi constatado, pois comparando a utilização de ambas as drogas, o *crack* acaba mais rápido e o efeito, apesar de mais forte, é mais curto que o da cocaína.

No Brasil, o preço tradicional de ambas é o mesmo: \$10,00 por um “papel” de cocaína ou uma “pedra” de *crack*. É dito que é barato pois a cocaína não produz o mesmo efeito depois de anos de utilização, então no usuário que consome 1 grama, ela não causa mais efeito e o *crack* com a sua utilização, o usuário sente um efeito potente, mas bem menos duradouro que o da cocaína, isto é, o usuário constata um efeito rápido com a cocaína, mas com o *crack*, a duração do efeito é menor, pois na hora que o usuário solta a fumaça, o efeito já está no fim.

Muitos usuários de cocaína ou *crack* abusam da droga, já que seu efeito é rápido, e a vontade de ter as sensações causadas psicologicamente pela droga novamente fazem com que utilizem doses maiores, o que, às vezes, pode acabar em uma *overdose*. Outro efeito da droga é a dificuldade de dormir, pois algumas vezes o usuário passa muitas noites usando ininterruptamente.

- **Craving ou fissura:** O *craving* ou fissura é definido como um desejo subjetivo de consumir uma substância, combinada a sensações de malestar físico e/ou psíquico (disforia). Além disso, compreende-se hoje que a ocorrência de tal fenômeno manifesta-se na forma de comportamentos, reações fisiológicas e processos neuroquímicos correlatos.

O *craving* é autolimitado. Aparece de maneira súbita, atinge picos intensos de inquietação e mal estar para depois desaparecer. Isso dura até uma hora. Ele pode ser sentido de diversas formas: como experiência somática (dor de estômago, palpitações), cognitiva (idéia fixa) ou afetiva (tédio, nervosismo).

- **CID-10:** Código Internacional de Doenças.

D

- **Descriminalização:** anulação de leis ou regulamentações que definem como criminoso um comportamento, produto ou condição. O termo é usado tanto em relação às drogas ilícitas e aos delitos de embriaguez em via pública. Algumas vezes é também aplicado para a redução da gravidade de um crime ou de penalidades dele resultantes, como quando a posse de maconha é reduzida de um crime que leva à prisão para uma infração que pode ser penalizada como uma advertência ou multa.
- **Dopamina:** neurotransmissor, precursor natural da adrenalina e da noradrenalina. Tem como função a atividade estimulante do sistema nervoso central. O aumento dos níveis de dopamina no nucleus accumbens, motivado pelo uso de drogas, ativa o circuito da recompensa, dando ao usuário uma sensação de prazer e vontade de repetir a dose.
- **DSM IV:** Abreviatura de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition, que significa Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais, publicado pela Associação Psiquiátrica Americana.
- **DUSI:** Drug Use Screening Inventory. Questionário para detectar potencial uso de drogas entre adolescentes.

E

- **Ecstasy:** A **metilenodioximetanfetamina (MDMA)**, mais conhecida por *ecstasy* (popularmente como “bala”), é uma droga moderna sintetizada (feita em laboratório), neurotóxica, cujo efeito na fisiologia humana é o bloqueio da reabsorção da serotonina, dopamina e noradrenalina no cérebro, causando euforia, sensação de bem-estar, alterações da percepção sensorial do consumidor e grande perda de líquidos. As alterações ao nível do tato promovem o contato físico, embora não tenha propriedades afrodisíacas, como se pensa.

É vendido sob a forma de comprimidos e ocasionalmente em cápsulas. Embora estudos mostrem que a neurotoxicidade do *ecstasy* não cause danos permanentes em doses recreativas, ainda

suspeita-se que o consumo de *ecstasy* cause tais danos a cada dose, e perigo de desenvolvimento de doenças psíquicas (esquizofrenia). Os estudos a respeito do *ecstasy* em humanos são pouco difundidos por questões legais que proíbem ministrar doses de MDMA para humanos. O MDMA foi sintetizado em 1912 pelo laboratório MERCK com a finalidade de ser usado como um redutor do apetite, mas nunca foi usado com essa finalidade. Em 1960, foi redescoberto, sendo indicado como elevador do estado de ânimo e complemento nas psicoterapias. O uso recreativo surgiu em 1970 nos EUA. Em 1977, foi proibido no Reino Unido e em 1985 nos EUA. O uso do *ecstasy* concentra-se nas boates e casas noturnas e dependendo da quantidade ingerida, o MDMA demora tipicamente 30-60 minutos a surtir efeito. Ao contrário de outros psicoativos, o efeito do MDMA é muito rápido: muitas vezes quando o consumidor percebe que os efeitos estão para surgir, estes já se encontram muito próximos do pico. A quantidade de MDMA em cada comprimido varia, em média, entre 30 e 100 miligramas, dependendo da pureza da sua composição e da tolerância do consumidor.

A duração do efeito é de cerca de três a quatro horas, quando ingerido oralmente, podendo ter duração de até seis horas. Existe, porém, um período de tempo acrescido associado ao declínio dos efeitos primários, em que o consumidor tem a percepção da persistência dos efeitos, embora não possam ser considerados a “*verdadeira experiência*”, isto é, os efeitos primários. Nesse período, ocorrem frequentemente insônias (devido ao estado de agitação), coceiras, reações musculares como espasmos involuntários, espasmos do maxilar, dor de cabeça, visão turva, manchas roxas na pele, movimentos descontrolados de vários membros, principalmente braços e pernas.

Durante o período de intensidade do *ecstasy* podem surgir circunstâncias perigosas: náuseas, desidratação, hipertermia, hiponatremia. Estes sintomas são frequentemente ignorados pelo consumidor devido ao estado de despreocupação e bem-estar provocados pela droga, o que pode ocasionar exaustão, convulsões e mesmo a morte. Assim, tornou-se frequente ver os consumidores em todos os tipos de festas e comemorações dotados de garrafas de água ou bebidas energéticas. Quando ingerido com bebidas alcoólicas pode ocasionar um choque cardiorrespiratório levando ao óbito.

Em termos de efeitos secundários, o MDMA provoca frequentemente variações de humor nos dias seguintes; alguns indivíduos registram períodos depressivos. Alguns indivíduos também registram a ocorrência de erupções cutâneas (espinhas) no rosto nos dias subsequentes ao uso.

Também pode acarretar perda de memória parcial para usuários muito frequentes; essa perda de memória é reversível, caso a pessoa pare de consumir a substância por alguns meses. Imediatamente à cessação dos efeitos primários, prevalece também a falta de apetite, o que deve ser ativamente combatido para repor a energia gasta durante o uso.

O relato de um usuário acerca dos efeitos da droga descreve inicialmente uma sensação de

tontura semelhante à de embriaguez. Essa sensação é a primeira manifestação da droga. Em seguida, perde-se a sensação de peso do corpo, e sente-se como se estivesse flutuando. A partir daí todos ao seu redor parecem amigos, e sente-se uma forte atração física por todos. Cerca de vinte minutos após a manifestação inicial, começam formigamentos que, segundo relatos, se assemelham a repetitivos espasmos por todo o corpo. Os efeitos da droga ficam oscilando entre momentos com fortes efeitos e momentos em que os efeitos passam. Dependendo da quantidade ingerida, quando os efeitos passam o indivíduo se sente desanimado, querendo “voltar pra casa”. Por agir no sistema nervoso central, mais especificamente no sistema serotoninérgico, o humor pode tornar-se instável após o consumo da substância. Portanto, recomenda-se nos dias após a experiência o consumo de alimentos que induzam a liberação de serotonina (como o chocolate e o abacaxi) e também alimentos ricos em triptofano (precursor da serotonina).

A mistura do *ecstasy* com outras substâncias é ainda mais prejudicial à saúde.

Atualmente, a droga pode conter diversos elementos ainda mais prejudiciais além dos descritos, MDA (possui mais efeitos negativos que o MDMA), anfetaminas, Ketamina.

G

Grupo de mútua ajuda: grupo no qual os participantes se ajudam uns aos outros para se recuperar ou manter a remissão da dependência ou de problemas ligados ao álcool ou a outras drogas ou dos efeitos da dependência de outras pessoas, sem terapia ou orientação profissional. Seguem os 12 passos baseados em uma abordagem espiritual não-confessional. Exemplos: Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Al-Anon.

H

Hipertermia: elevação da temperatura do corpo, relacionada à incapacidade do corpo de promover a perda de calor ou reduzir a produção de calor. Pode ser ocasionada pelo uso de drogas.

I

- ***Ice ou Crystal Methamphetamine:*** é considerada uma das drogas mais perigosas do mundo. Esta droga lesa o sistema imunitário. Conhecido também como “droga do sexo”, o *ice* é muito usado em festas de grupo e para intensificar a atividade sexual.

O *ice* é uma droga sintética muito poderosa, cujos efeitos podem durar entre 12 horas e vários dias.

É possível produzi-la com recurso a alguns produtos de fácil acesso, o que a torna mais barata do que, por exemplo, a cocaína.

A euforia, a paranóia e a psicose são alguns dos efeitos mais comuns, assim como um apetite sexual quase insaciável.

De acordo com a San Francisco Aids Foundation, a cocaína provoca uma libertação de dopamina (uma molécula cerebral) 400% superior ao normal.

Os valores do *ice* atingem os 1.500%, o que provoca uma sensação de prazer interminável nos consumidores.

Ao mesmo tempo, torna-os descuidados.

Os efeitos do *ice* duram entre 2 e 5 horas, dependendo da forma do uso, da dosagem e da resistência do indivíduo.

Há dois anos, um terço dos homossexuais infectados com o VIH era consumidor de *ice*.

A médio e longo prazos, o *ice* é também altamente destrutivo, atacando o sistema imunitário e provocando danos nas gengivas e na boca.

Usada para fins terapêuticos em algumas doenças, o consumo recreativo desta metanfetamina tem proliferado na vida noturna das grandes cidades do Ocidente.

Calcula-se que seja consumida por 35 milhões de pessoas em todo o mundo, movimentando bilhões de euros.

Ela pode ser usada de quase todas as maneiras: fumada, injetada ou ingerida.

- **Ideias paranóides:** São projeções dos conflitos e hostilidades de uma pessoa em outras pessoas. Os indivíduos portadores de personalidade paranóide geralmente são frios e distantes em seus relacionamentos, tendem a encontrar intenções hostis e malévolas por trás de atos triviais, inocentes ou mesmo positivos de outras pessoas e reagem com suspeita às alterações de situações. Frequentemente, a suspeita acarreta condutas agressivas ou a rejeição por parte dos demais (resultados que parecem justificar seus sentimentos originais). Os indivíduos com uma personalidade paranóide frequentemente costumam impetrar processos contra outros, especialmente quando se sentem indignados com razão. Eles são incapazes de ver seu próprio papel em um conflito. Embora eles normalmente trabalhem em um isolamento relativo, podem ser altamente eficientes e conscienciosos. Algumas vezes, os indivíduos que já se sentem alienados por causa de um defeito ou de uma deficiência são mais vulneráveis ao desenvolvimento de ideias paranóides. Os indivíduos com distúrbios da personalidade apresentam um alto risco de comportamentos que podem acarretar doenças físicas (por exemplo, alcoolismo ou dependência de drogas), comportamento autodestrutivo, comportamento sexual de risco, hipocondria e conflitos com os valores sociais.

L

- **LSD:** é o acrônimo de Lysergsäurediethylamid, palavra alemã para a dietilamida do ácido lisérgico, que é uma das mais potentes substâncias alucinógenas conhecidas.

O LSD, ou mais precisamente LSD₂₅, é um composto cristalino, que ocorre naturalmente como resultado das reações metabólicas do fungo *Claviceps purpurea*, relacionado especialmente com os alcalóides do ergot, podendo ser produzido a partir do processamento das substâncias do esporão do centeio. Foi sintetizado pela primeira vez em 1938 e, em 1943, o químico suíço Albert Hofmann descobriu os seus efeitos de uma forma acidental.

É uma droga que ganhou popularidade na década de 1960, estando seu consumo culturalmente associado ao movimento psicodélico, mais conhecido na tradicional “fase psicodélica” da banda de rock inglesa The Beatles entre 1965 e 1967. Na época, não era considerada prejudicial à saúde, de tal modo que médicos até a recomendavam.

A dietilamida do ácido lisérgico é sintetizada clandestinamente a partir da cravagem de um fungo do centeio (*Claviceps purpurea*). Pode apresentar a forma de barras, cápsulas, tiras de gelatina, líquida, micropontos ou folhas de papel secante (como selos ou autocolantes), sendo que uma dose média é de 50 a 75 microgramas. É consumido por via oral, absorção sublingual, injetada ou inalada. Esta substância age sobre os sistemas neurotransmissores serotoninérgicos e dopaminérgicos. Além disso, inibe a atividade dos neurônios importantes em nível visual e sensorial. Atualmente, não é utilizada na terapêutica, apesar de já ter sido extensivamente usada e pesquisada em décadas passadas.

O número 25, pode ter, dependendo do autor, uma gama de significados. Para alguns, o número indica a dose necessária para seu efeito alucinógeno. Pode ser também, a data da sua descoberta: 2 de maio. Ou ainda, o 25° produto das transformações químicas ocorrida com a ergotamina.

O LSD também recebe outros nomes, como: *ácido, doce, cones, microponto, gota, fiote, quadrado, papel, macrobiótico, kblos, porongos, bike, filete, selo, trips, allone, passaporte e audiovisual*.

Recebe também alguns nomes dos desenhos impressos nas cartelas dos selos (Blotter), que contém a droga: *Popeye, Mickey Mouse, Chapeleiro Maluco, Copas, Mestre Yoda, Shiva, Hofmann cinquentenário, Bike 100 anos, Bunnys, Hofmann, Olho de shiva, Alice Felix, Rolling Stones, Pato Donald, Fat Freddy Cat, California Sunshine, Panoramix 100, Panoramix 500, Panoramix 1000, Bart Simpson, Che Guevara, Duffy Duck, Hofmann 2000, Black mushroom, Seu Madruga, Negão Perea*.

O LSD é, uma das drogas mais potentes já descobertas. As dosagens de LSD são medidas em microgramas (µg), ou milionésimos de um grama. Em comparação, as doses de quase todas as drogas, sejam recreacionais ou médicas, são medidas em miligramas

(mg), ou milésimos de um grama. Hofmann determinou que uma dose ativa de mescalina, aproximadamente 0,2 a 0,5 g, tem efeitos comparáveis a 100 µg ou menos de LSD; em outras palavras, o LSD é entre cinco ou dez mil vezes mais ativo que a mescalina.[1]

Enquanto uma dose típica única de LSD pode estar entre 100 e 500 microgramas – uma quantidade aproximadamente igual a um décimo da massa de um grão de areia –, seus efeitos mínimos já podem ser sentidos com pequenas quantidades como 20 microgramas. [6]

De acordo com Stoll, a dose que irá produzir um efeito alucinógeno em humanos é de 20 a 30 µg, com os efeitos da droga se tornando marcadamente mais evidentes com dosagens mais altas.[7][6] De acordo com uma revisão feita por Glass e Henderson, os produtos oriundos do mercado negro de LSD, em geral, não sofrem adulterações, embora algumas vezes sejam contaminados por produtos derivados da fabricação. As doses típicas nos anos 60 variavam de 200 a 1000 µg, enquanto as amostras encontradas nas ruas dos anos 70 continham 30 a 300 µg. Na metade dos anos 80, a média tinha reduzido para 100 a 125 µg, baixando ainda mais nos anos 90, para 20-80 µg (Glass e Henderson concluíram que doses menores geralmente produziam menos *bad trips* - viagens de horror)[5]. Dosagens por usuários frequentes podem ser tão altas como 1.200 µg (1,2 mg), mesmo que uma dosagem tão alta possa gerar reações físicas e psicológicas desagradáveis.

Estima-se que a dose letal (LD50) do LSD varie de 200 µg/kg a mais de 1 mg/kg de massa corporal humana, embora a maioria das fontes relatem que não há casos conhecidos de humanos com uma overdose dessa quantia. Outras fontes relatam uma suspeita de overdose fatal de LSD ocorrendo em 1974 em Kentucky na qual houve indicativos de que ~1/3 de uma grama (320 mg ou 320.000 µg) tinham sido injetadas por via intravenosa, ou seja, mais de 3.000 vezes a dose típica de uso oral (cerca de 100 µg tinham sido injetadas). [8]

Mostrou-se que existe uma tolerância cruzada entre LSD, mescalina e psilocibina. Esta tolerância diminui depois de alguns dias de abstenção do uso.

Os efeitos variam conforme a personalidade do sujeito, o contexto (ambiente) e a qualidade do produto, podendo ser agradáveis ou muito desagradáveis. O LSD pode provocar ilusões, alucinações (auditivas e visuais), grande sensibilidade sensorial (cores mais brilhantes, percepção de sons imperceptíveis), sinestésias, experiências místicas, *flashbacks*, paranóia, alteração da noção temporal e espacial, confusão, pensamento desordenado, bafuradas delirantes podendo conduzir a atos autoagressivos (suicídio) e heteroagressivos, despersonalização, perda do controle emocional, sentimento de bem-estar, experiências de êxtase, euforia alternada com angústia, pânico, ansiedade, depressão, dificuldade de concentração, perturbações da memória, psicose por “má viagem”. Poderão ainda ocorrer náuseas, dilatação das pupilas, aumento da pressão arterial e do ritmo cardíaco, debilidade corporal, sonolência e aumento da temperatura corporal.

M

- **Mescalina:** uma substância alucinógena que se encontra no cacto *peyote*, no sudoeste dos Estados Unidos da América e no norte do México.
- **Mesolímbicas:** estruturas límbicas, situadas na parte interna do cérebro conhecidas por área tegmental ventral e *nucleus accumbens*. Essas estruturas compõem o sistema mesolímbico-mesocortical. A dopamina é o neurotransmissor sintetizado por este sistema. A ação da dopamina sobre os receptores do sistema mesolímbico gera euforia e estimula o comportamento de busca por experiências semelhantes. Ele é denominado *sistema de recompensa do sistema nervoso central* (SNC).

N

- **NIDA:** National Institute on Drug Abuse. Em português: Instituto Nacional de Drogas de Abuso, é um componente do departamento de saúde dos Estados Unidos.

O

- **Opiáceo:** um dos grupos de alcalóides derivados da papoula (*Papaver somniferum*) que produz analgesia, euforia e, em doses mais altas, estupor, coma e depressão respiratória.
- **Opióide:** termo genérico aplicado a alcalóides da papoula, seus análogos sintéticos e compostos sintetizados pelo organismo que interagem com os mesmos receptores específicos no cérebro que têm a capacidade de aliviar a dor e produzir uma sensação de bem-estar.
- **Overdose:** Conhecida também como superdose, define o uso de qualquer droga em quantidade suficiente para provocar efeitos indesejáveis físicos e mentais mais ou menos imediatos. A superdosagem deliberada é um meio comum de suicídio ou de tentativa de suicídio. Em números absolutos, as superdosagens de drogas lícitas são geralmente mais comuns do que as drogas ilícitas. A superdose pode provocar efeitos transitórios, duradouros ou a morte; a dose letal de uma droga em particular varia de acordo com o indivíduo e as circunstâncias.

P

- **Psicoativa:** substância que quando ingerida afeta os processos mentais, por exemplo, cognição ou humor. Este é o termo mais descrito e neutro para todas as classes de substâncias, lícitas e ilícitas, que interessam à política sobre drogas e não implica necessariamente produção de dependência.
- **Psicodisléptica:** substância psicoativa que causa distorção sensorial de natureza alucinatória, principalmente auditiva, visual e de comportamento.
- **Psicoticomimética:** substâncias que imitam ou mimetizam um dos mais evidentes sintomas da psicose: a alucinação.
- **Psicotrópica:** no seu sentido mais geral, é um termo com o mesmo significado de “psicoativo”, ou seja, que afeta os processos mentais. Em termos estritos, droga psicotrópica é qualquer agente químico com ação primária ou mais significativa no Sistema Nervoso Central, com maior potencial causador de dependência.

R

- **Recuperação:** manutenção de qualquer forma de abstinência de álcool e/ou drogas. O termo é particularmente associado com os grupos de ajuda mútua e refere-se ao processo de atingir e manter a sobriedade. É visto como um processo que dura toda a vida.
- **Redução da oferta:** uma expressão de uso variado, em geral utilizada para se referir a políticas ou programas que visam interditar a produção e a distribuição de drogas, e, mais particularmente, a estratégias de aplicação de leis para reduzir o suprimento de drogas ilícitas.
- **Redução da procura ou da demanda:** uma expressão genérica usada para descrever políticas ou programas destinados a reduzir a procura ou demanda de drogas psicoativas por parte de seus consumidores. É aplicada primariamente para drogas ilícitas, particularmente com referência a estratégias educacionais de tratamento e de reabilitação.
- **Redução de danos:** no contexto de álcool ou outras drogas, refere-se a políticas ou programas que enfocam diretamente a redução dos danos resultantes do uso de álcool ou de drogas. O termo é usado particularmente em políticas ou programas que buscam reduzir os danos sem necessariamente afetar o uso subjacente da droga; como exemplo, pode-se citar a troca de agulhas/seringas para evitar a partilha de agulhas entre usuários de heroína.

S

- **Status quo:** expressão latina (*in statu quo ante*) que designa o estado atual das coisas, seja em que momento for.

T

- **Tolerância:** diminuição de resposta a uma dose de determinada substância que ocorre com o uso continuado da mesma. No consumidor frequente ou de grandes quantidades de drogas, são necessárias doses mais elevadas da substância para alcançar os efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas. A tolerância pode ser física, comportamental ou psicológica.
- **Trombeteira:** “lírio branco”, “saia branca” ou, no sul, “chá de Buti”, planta anticolinérgica conhecida pela sua flor, que é utilizada para elaborar chás alucinógenos, e seus efeitos mentais são delírios e alucinações. Devido à popularização do uso da trombeta como droga, sua circulação no Brasil é controlada pelo Ministério da Saúde, porém como a planta é encontrada facilmente, o controle se torna muito mais complexo. É considerada como droga de abuso, seu uso, é muito frequente em festas como “Boa noite, Cinderela”, pois a vítima, após o uso, não se lembra do ocorrido no dia anterior.

REFERÊNCIAS

- ABRAMD. **Maconha**: uma visão multidisciplinar. 2006. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/>. Acesso em: 7 de ago 2008.
- BOWEN, M. - **Terapia Familiar na Prática Clínica**. Apud Carter e MC Goldrick, 1995. BECKMAN, L. J., 1975 - **Womem alcoholics** - Journal of Studies on Alcohol. Apud Carter e MC Goldrick, 1995
- BRASIL. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. **Formação de multiplicadores de informações preventivas sobre drogas**. Universidade Federal de Santa Catarina (Org.) 2 ed. 2002. 346p.
- BRICKMAN, A. L.; FOOTE, F. H. ; HERVIS, O.; KURTNES, W. M.; **Engging adolescent drug abusers and their families in treatment**: A strategic structural systems approach, J. Consult Clinic. Psychol. 56, 522-557, 1988
- CARNEIRO, Henrique Soares. **A fabricação do vício**. 2002. Disponível em: www.neip.info. Acesso em: 17 de jul. 2008.
- CARNEIRO, Henrique Soares. **As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX**. 2002b. Disponível em: www.neip.info. Acesso em: 17 de jul. 2008.
- Carlini - Cotrim, 2001 apud Dorn & Murji, 1992, **I levantamento Domiciliar Sobre o Uso de drogas psicotrópicas no Brasil**. São Paulo - Cebrid- centro brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: Universidade federal de São Paulo- 2001
- CARTER, B. e MC GOLDRICK, M. - **As mudanças no Ciclo de Vida Familiar**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.
- CRUZ, A. R. **A análise do discurso da prevenção do abuso de drogas**. Belo Horizonte: 2002. Tese. Faculdade de Letras da UFMG).
- DOCE, E. Guerra. Evidencias del consumo de drogas en Europa durante la Prehistoria. **Transtornos Adictivos**. 2006, 8 (1), p. 53-61. Disponível em: <http://external.doyma.es/pdf/182>. Acesso em: 18 jul. 2008.
- EDWARD, G. **O tratamento do alcoolismo**. São Paulo, Martins Fontes, 1987, 292p.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**. A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1998. Vol 1.
- GALDUROZ J. F. C. , Noto, A. R.; & carlini, E. A - **IV LEVANTAMENTO SOBRE O USO DE DROGAS ENTRE ESTUDANTES DE 1º E 2º GRAUS EM 10 CAPITAIS BRASILEIRAS** - Cebrid centro brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de psicobiologia Universidade Federal de São Paulo; 1977

GOVERNO FEDERAL / UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, **Atualização de Conhecimentos sobre Redução da Demanda de Drogas.**

KALINA, E., KOVADLOFF, S. **Drogadicção: indivíduo, família e sociedade.** Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1976. 107p.

KNOPP, Paulo, Bertolote José Manoel. **Prevenção da Recaída.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

LEON, George. **A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método.** São Paulo, Loyola, 2003.

LIMA, Elson. Drogas nas escolas: quem consome o quê? **Séries Idéias**, São Paulo: FDE, n. 29, p. 119-131, 1996.

LOCKWOOD, A.; SAUNDERS, B. **Australian journal of public health.** 07/1993; 17(2):91-5. Drinking-related assessment instruments: cross-cultural studies

MACRAE, Edward. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JR, A. **Dependência de drogas.** São Paulo: Editora Atheneu, 2001, p. 25-34. Disponível em: http://www.neip.info/downloads/t_edw10.pdf/. 2008. Acesso em: 7 de ago 2008.

MADANES, CLOÉ - **Sexo, amor y violência** – Buenos Aires, Paidós, 1993.

MALUF, D.; HUMBERT I. V.; Meyer M.T.H.M., **Drogas, Prevenção e Tratamento O que voce queria saber sobre drogas e não tinha a quem perguntar.** São Paulo: Cia Editora, 2002

MILAM, James e KETCHAM, Katherine. **Alcoolismo: os mitos e realidade.** São Paulo, Nobel, 1986.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PR. **Centro de Apoio Operacional da Promotoria da Criança e do Adolescente - Igualdade Temática - Drogadicção.** Revista Igualdade. Livro 41. Edição Especial, Curitiba 2008.

MUNDO DA SAÚDE (Centro Universitário São Camilo). **Dependência química.** São Paulo, ano 23 v 23 n.1, janeiro/ fevereiro de 1999.

NAÇÕES UNIDAS. ESCRITÓRIO CONTRA DROGAS E CRIME. **Relatório mundial sobre drogas 2008 do UNODC.** Disponível em: www.unodc.org.br. 2008. Acesso em: 7 de ago 2008.

Oliveira M. **Alcoolismo entre os Kaingang: do sagrado e lúdico à dependência.** In: seminário sobre alcoolismo e DST/AIDS entre os povos indígenas. Brasília Ministério da Saúde/ secretaria de Políticas de saúde/ Coordenação Nacional de DST/AIDS; 2001.p.99-125

OMS, 1994 (apud) Mesquita Et al, 1993

Organização Mundial de Saúde- Day Health of Youth- 1992

Organização Mundial de Saúde- Day Health of Youth- 1994

Organização Mundial de Saúde. **Day Health of Youth**, 1989, National Institut Drug Abuse, Substance Abuse, 2002

PAES, Paulo Duarte. **Historicidade do uso de drogas e política pública de redução de danos.** 2005. Disponível em: www.repare.org.br. Acesso em: 18 de jul. 2008.

PATTERSON,G.R.; Coercive Family Process, Eugene,O.R.; Castalia Publishing, 1982

PERRONE, REINALDO Y NANNINI, M. - **Violência y abusos sexuais en la família** – Buenos Aires, Paidós, 1998.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. **História & história cultural.** Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. **Homogeneização de conhecimentos para conselheiros estaduais antidrogas - compartilhando procedimentos e práticas comuns.** Universidade Federal de Santa Catarina (Org.) s.d. 243p.

- PROCÓPIO, Argemiro. **O Brasil no mundo das drogas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- PUC-RIO. **A história do consumo de drogas e do tratamento dos usuários destas substâncias**. Disponível em: www.maxwell.lambda.ele.puc-ri.br/cgi-bin/. Acesso em: 7 de ago 2008.
- RAVAZZOLA, M. CRISTINA - **Histórias infames: los maltrados en las relaciones**. Buenos Aires, Paidós, 1997.
- SANTOS, Rafael Guimarães. **Por uma abordagem multidisciplinar no estudo do consumo de psicoativos**. 2007. Disponível em: http://www.neip.info/downloads/rafael/abord_psic.pdf. Acesso em: 7 de ago 2008.
- SAVOIA, S. C. Ensino de História, Educação Patrimonial e a Lei 10.639/03: articulações possíveis. **XI Encontro Regional de História ANPUH**, Jacarezinho-PR, maio de 2008.
- SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS - SENAD, **Formação de Multiplicadores de Informações Preventivas Sobre Drogas**, 2ª Edição, 2002.
- SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS - SENAD, **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**, 2008.
- SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS - SENAD, **Homogeneização de Conhecimentos para Conselhos Estaduais Antidrogas**, 2004.
- SIELSKI, F. **Filhos que usam drogas: guia para os pais**. Curitiba, Editora Adrenalina, 1999. 141p.
- SILVA, Maria de Lourdes da. **Vícios e drogas, ordem e progresso** – imagens da Bela Época carioca na literatura de João do Rio. Disponível em: http://www.neip.info/downloads/m_lourdes/Range_Rede.pdf. Acesso em: 7 de ago 2008. (Publicado originalmente na **Revista Range Rede - UFRJ**, v. 5, p. 93-103, 1999).
- SILVEIRA, D. X. et al. **Um guia para a família**. 4. ed. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2003. 36p.
- SPOTH, R., REDMOND, C.; **Effective recruitment of parents into family focused prevention research: A comparison of two strategies**, *Psychol. Health*, 9: 353-370, 1994.
- SUPERA** - Sistema para Detecção do Uso e Dependência de Substâncias Psicoativas. Brasília: **Secretaria Nacional Antidrogas**, 2006.
- SZASZ, T. et al. **Psicologia del drogadicto**. Buenos Aires, Editorial Rodolfo Alonso, 1979. 111p.
- SZAPOCZNIK, J.; Perez, A. **Family Interventions**, January, 25-26, 1996
- THOMAZ, H., ROIG, P. M. **Reaprendendo com a drogadicção**. São Paulo, Empório do Livro, 1998. 192p.
- UNIVERSIDADE SANTA ÚRSULA. Centro de Estudos de Drogas da Universidade. Santa Úrsula - CEDUSU **Educação e prevenção do abuso de drogas**. Rio de Janeiro, Editora Universitária Santa Úrsula, 1992. 185p.
- URL: http://www.neip.info/downloads/t_edw10.pdf/. 2008. Acessado em 7/08/2008.
- WANG, M. Q.; FIELD, R. C.; EDDY, J. M.; **Family and peer influences on smoking behavior among American adolescents: an age trend**: *J. Adolesc. Health*; 16:200-3 1995

