Fé na Prevenção

Prevenção do Uso de Drogas por Instituições Religiosas e Movimentos Afins

fé
família
amigos
cônjuges
fé
comunidade
fé
adolescentes
família

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Fé na Prevenção: prevenção do uso de drogas por instituições religiosas e movimentos afins

3ª Edição

Brasília
2014

Fé na Prevenção: prevenção do uso de drogas por instituições religiosas e movimentos afins

Presidenta da República
Dilma Rousseff

Vice-Presidente da República
Michel Temer

Ministro da Justiça
José Eduardo Cardozo

Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas
Vitore Andre Zílio Maximiano

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Fé na Prevenção: prevenção do uso de drogas por instituições religiosas e movimentos afins

3ª Edição

Brasília
2014

Prevenção do Uso de Drogas por Instituições Religiosas e Movimentos Afins - “Fé na Prevenção”.

COORDENAÇÃO GERAL
Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

VENDA PROIBIDA. Todos os direitos desta edição reservados à Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Nenhuma parte deste material poderá ser reproduzida, transmitida e gravada, por qualquer meio eletrônico, por fotocópia e outros, sem autorização, por escrito, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
Disponível em: www.fenaprevencao.senad.gov.br
Tiragem desta edição: 16.500 exemplares
Impresso no Brasil / Printed in Brasil
Edição: 2014

Elaboração, distribuição e informações:
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD
Esplanada dos Ministérios, Bloco T, Anexo II, 2º andar, sala 213 Brasília/DF – CEP 70604-900
www.senad.gov.br
Unidade de Dependência de Drogas (UDED) | Departamento de Psicobiologia | Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Rua Napoleão de Barros, 1038 | Vila Clementino | CEP 04024-003 | São Paulo - SP

Linha direta FÉ NA PREVENÇÃO
0800 771 3787
Homepage: www.fenaprevencao.senad.gov.br
e-mail: faleconosco.fenaprevencao3@fenaprevencao.org.br

EQUIPE EDITORIAL

Coordenação 3ª edição
Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

Supervisão Técnica e Científica
Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

REVISÃO DE CONTEÚDO

Equipe Técnica - SENAD
Diretoria de Articulação e Coordenação de Políticas sobre Drogas
Coordenação Geral de Políticas de Prevenção, Tratamento e Reinserção Social

Equipe Técnica - UNIFESP
Keith Machado Soares
Monica Parente Ramos
Yone G. Moura

Desenvolvimento da Tecnologia de Educação a Distância
Departamento de Informática em Saúde da UNIFESP
Coordenação de TI: Fabrício Landi de Moraes

Projeto Gráfico
Silvia Cabral

Diagramação e Design
Marcia Omori

Revisão Gramatical e Ortográfico
Tatiana França

F288 Fé na Prevenção: prevenção do uso de drogas por instituições religiosas e movimentos afins/organizadoras Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni. – 3. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.
298p. – (Fé na prevenção)

ISBN 978-85-85820-91-6
1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias - prevenção e controle 2. Religião e psicologia I. Duarte, Paulina do Carmo Arruda Vieira II. Formigoni, Maria Lucia Oliveira de Souza III. Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas IV. Série.

CDD - 615.7883

APRESENTAÇÃO

Prezados líderes,

É com grande satisfação que a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD do Ministério da Justiça, apresenta a terceira edição do Curso ***Prevenção do Uso de Drogas por Instituições Religiosas e Movimentos Afins – Fé na Prevenção***.

A oferta desta capacitação faz parte do "Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas", que tem por objetivo coordenar as ações federais de prevenção, tratamento, reinserção social do usuário de crack e outras drogas, bem como enfrentar o tráfico em parceria com estados, municípios e sociedade civil. O Plano também prevê o fortalecimento da rede comunitária por meio de ações de capacitação voltadas para diferentes segmentos profissionais, conselheiros, lideranças comunitárias e religiosas.

A primeira edição deste curso, realizada em 2009, teve a participação de cinco mil lideranças religiosas e de movimentos afins de todo o Brasil. A atual edição objetiva capacitar 15.000 (quinze mil) pessoas de todo o Brasil, que desempenham papel de lideranças religiosas ou que atuam em movimentos afins, para ações de prevenção do uso de drogas e outros comportamentos de risco, bem como na abordagem de situações que requeiram encaminhamento às redes de serviço.

Os resultados positivos na atuação dessas lideranças superaram as expectativas. Houve grande reconhecimento da qualidade técnica do curso e mobilização de outros líderes de instituições religiosas e de movimentos afins, o que gerou grande demanda para o lançamento da terceira edição do curso "Fé na Prevenção".

Este é um curso totalmente gratuito, que utiliza ferramentas atuais de Educação à Distância e a execução é realizada em parceria com a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Tem por objetivo capacitar lideranças religiosas e de movimentos afins, com conhecimentos técnicos sobre drogas, para ampliar e qualificar o acolhimento dos membros da comunidade, além de mobilizar a rede de serviços disponíveis para a prevenção, o tratamento e a reinserção social de usuários, dependentes e seus familiares.

Todos os alunos aprovados receberão certificado de extensão universitária, emitido pela Pró-Reitoria de Extensão da UNIFESP, kits de instrumentos para detecção do uso de álcool e outras drogas por adultos e adolescentes, além de um conjunto de três tipos de cartilhas sobre prevenção às drogas que poderão subsidiar o trabalho comunitário.

Desejamos que você, líder religioso ou de movimentos afins, possa aproveitar ao máximo este curso, transformando o conhecimento adquirido em ações que otimizem a sua atuação junto à comunidade.

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD

SUMÁRIO

Apresentação 7

Guia do Estudante 13

Informações gerais 15
Sobre o curso 16
Objetivo geral. 16
Público a que se destina 17
Metodologia de ensino 17
Avaliação 25
Certificado 26
Agenda. 26
Orientações de estudo 27
Referências e links de apoio 28
Gabarito das Atividades 30

Módulo 1 - O uso de álcool e outras drogas no Brasil: epidemiologia, política e legislação 45

Aula 1- Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil: dados recentes 48

Alguns conceitos fundamentais. 49
Dados recentes sobre o consumo de drogas no país. 52
Considerações Finais 59
Bibliografia. 60
Atividades 63

Aula 2- A Política e a Legislação Brasileira sobre Drogas 66

Política Nacional Sobre Drogas 67
A Lei n° 11.343/2006 - Lei de Drogas 68
Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) 69
A Política Nacional sobre o Álcool 72
Programa Crack, é possível vencer 76
Bibliografia. 78
Atividades 79

Módulo 2 - Efeitos e consequências dos diferentes padrões de uso de álcool e outras drogas. 81

Aula 3- Álcool e outras drogas: efeitos agudos e crônicos 84

Introdução 85

Drogas psicoativas ou psicotrópicas 85

Drogas depressoras 88

Drogas estimulantes 107

Drogas perturbadoras ou alucinógenas 116

Conclusões 122

Bibliografia. 123

Atividades 124

Aula 4- Problemas psiquiátricos e comportamentais associados ao uso de álcool e outras drogas 128

Comorbidade 129

Comorbidades em usuários com problemas de álcool e outras drogas 130

Conclusões 136

Bibliografia. 137

Atividades 138

Aula 5- Crack - Uma abordagem multidisciplinar. 142

Introdução 143

O que é o crack?. 144

Epidemiologia 146

A ação da droga no Sistema Nervoso Central 147

Danos físicos 148

Danos psíquicos 151

Abordagens terapêuticas 152

Conclusão 156

Bibliografia. 157

Atividades 161

Aula 6- Os diferentes padrões de consumo de álcool e outras drogas. 164

Padrões de uso 165

Instrumentos de triagem. 168

Identificação do uso de álcool e outras drogas – ASSIST 168

Identificação do uso de álcool - AUDIT 178
Identificação do uso de álcool e outras drogas em adolescentes - DUSI. 183
Bibliografia. 185
Anexos 186
Atividades 190

Módulo 3 - Como intervir precocemente: Prevenção e Intervenção Breve.....193

Aula 7- Por que as pessoas usam ou evitam usar drogas? A importância da prevenção, Promoção de Saúde e dos fatores de risco e proteção 196
Introdução 197
Fatores de risco e proteção para o uso de drogas 200
Fatores de risco e proteção ao uso de drogas em grupos específicos 201
A religiosidade como fator de proteção ao uso de drogas. 212
Bibliografia. 214
Atividades 215

Aula 8- Como orientar pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: semelhanças entre Aconselhamento e Intervenções Breves 218
Introdução 219
Intervenção Breve. 219
Fundamentos da Intervenção Breve 225
Semelhanças entre Intervenções Breves e Aconselhamento 229
Bibliografia. 230
Atividades 231

Módulo 4 - Como intervir em casos de abuso ou dependência de álcool e outras drogas: modalidades de tratamento e encaminhamento.....233

Aula 9- Modelos de tratamentos para pessoas com dependência de álcool e outras drogas 236
Introdução 237
Tratamentos formais. 238
Tratamentos informais 245
Redução de Danos decorrentes do uso de drogas 248
Conclusão 249
Bibliografia. 250
Atividades 251

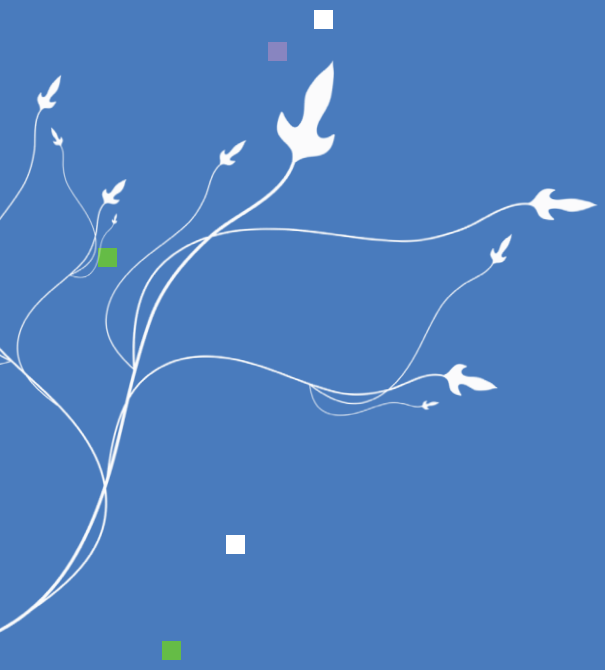
Aula 10- Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em Comunidades Terapêuticas 254
Histórico 255
Synanon: a primeira Comunidade Terapêutica 257
Abordagem da Comunidade Terapêutica 259
Perspectiva da Comunidade Terapêutica 260
Comunidade Terapêutica como família 261
Comunidade Terapêutica como microssociedade 262
Papel da equipe na Comunidade Terapêutica 262
"CT saudável" e "CT doente" 264
Bibliografia 268
Atividades 269

Aula 11- A importância das Redes Sociais na recuperação e reinserção social de usuários e dependentes de álcool e outras drogas 272
Rede Social 273
Objetivos das Redes Sociais 274
Características a serem identificadas e desenvolvidas no trabalho em rede 275
Participação comunitária e a construção de Redes Sociais 276
As Redes Sociais e a prevenção do uso de drogas 277
Desafios no trabalho preventivo nas comunidades de baixa renda 279
Importância da participação de todos 280
Bibliografia 283
Atividades 285

Aula 12- Como as lideranças religiosas e lideranças de movimentos afins podem intervir em situações de uso e dependência de álcool e outras drogas 288
Introdução 289
Responsabilidade compartilhada 289
Intervenção Breve 291
Bibliografia 294
Atividades 295

Guia do Estudante

GUIA DO ESTUDANTE



INFORMAÇÕES GERAIS

Coordenação geral

Maria Lucia O. Souza Formigoni (UNIFESP)

Autores

Ana Regina Noto

Beatriz Marra Vaz de Camargo

Carla Dalbosco

Denise De Micheli

Eroy Aparecida da Silva

Iracema Francisco Frade

José Carlos Fernandez Galduroz

Laisa Marcorela Sartes Andreoli

Laura Fracasso

Luís Pereira Justo

Marcelo Santos Cruz

Maria Fátima Olivier Sudbrack

Maria Lucia O. S. Formigoni

Marise de Leão Ramôa

Michaela Bitarello do Amaral

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte

Renata Werneck Vargens

Rogério Shigueo Morihisa

Roseli Boerngen de Lacerda

Sérgio Nicastri

Solange Aparecida Nappo

Thiago Pavin Rodrigues

Yone Gonçalves de Moura

Zila van der Meer Sanchez

SOBRE O CURSO

O curso **Prevenção do Uso de Drogas por Instituições Religiosas e Movimentos Afins – "Fé na Prevenção"** é promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), órgão integrante do Ministério da Justiça, e executado pela Unidade de Dependência de Drogas (UDED) do Departamento de Psicobiologia e pelo Departamento de Informática em Saúde (DIS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

O curso objetiva capacitar 15.000 (quinze mil) pessoas de todo o Brasil, que desempenham papel de lideranças religiosas ou que atuam em movimentos afins, para ações de prevenção do uso de drogas e outros comportamentos de risco, bem como na abordagem de situações que requeiram encaminhamento às redes de serviço.

O curso é gratuito e oferecido na modalidade de Educação a Distância. A capacitação tem duração de 4 (quatro) meses e certificação de extensão universitária pela UNIFESP aos alunos aprovados no curso, com carga horária de 120 (cento e vinte) horas.

O material didático-pedagógico é composto de um livro-texto, que será complementado por três cartilhas (para jovens, pais e cônjuges), um Ambiente Virtual de Ensino e Aprendizagem e um sistema contínuo de apoio ao aluno a distância (tutoria), com atendimento por telefone (0800 771 3787), Internet e correio.

O conteúdo programático do curso aborda diversas temáticas relacionadas ao conceito e à classificação de drogas, além de técnicas de abordagem, Intervenção Breve, formas de encaminhamento e Entrevista Motivacional na prevenção do uso de álcool e/ou outras drogas.

OBJETIVO GERAL

Ao final do curso Fé na Prevenção, você poderá:

- caracterizar o uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas no Brasil
- reconhecer a política e a legislação brasileira sobre drogas

- descrever os efeitos agudos e crônicos e as consequências do uso de álcool e outras drogas
- identificar os padrões de consumo de álcool e outras drogas
- conhecer os procedimentos de prevenção e de Intervenção Breve
- conhecer modalidades de tratamento e encaminhamento para pessoas com dependência de álcool e/ou outras drogas
- identificar a importância das redes sociais na recuperação e reinserção social de usuários e dependentes de álcool e outras drogas
- reconhecer o papel das lideranças religiosas e de movimentos afins em situações de uso e dependência de álcool e outras drogas

PÚBLICO A QUE SE DESTINA

- Os beneficiários diretos deste curso são as lideranças religiosas de diferentes doutrinas e as lideranças de movimentos afins.
- **SE VOCÊ JÁ É EXPERIENTE**, terá a oportunidade de rever e ampliar seus conhecimentos, tirar dúvidas e oferecer contribuições importantes a seus colegas.
- **SE VOCÊ ESTÁ COMEÇANDO**, vai poder aprender conceitos importantes sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas, habilitando-o a um ingresso mais seguro na área de prevenção do uso de drogas.

METODOLOGIA DE ENSINO

Este curso é apresentado como um programa de Educação Continuada a Distância. Sua proposta pedagógica foi baseada principalmente na concepção de autoaprendizagem, considerando os líderes religiosos como estudantes autônomos para conduzir o próprio processo de aprendizagem, definir o ritmo de estudo e suas prioridades, estabelecer suas próprias relações contextuais e tirar suas conclusões para a vida prática.

A abordagem utilizada possibilita, ainda, que os líderes religiosos consultem materiais complementares e troquem ideias com outros participantes e com a equipe da tutoria, que estará acompanhando de perto seu processo de aprendizagem.

A equipe de tutores estará à disposição dos participantes para orientações gerais sobre o curso, esclarecimento de dúvidas relativas ao conteúdo e auxílio nas avaliações apresentadas no final de cada módulo.

A equipe de tutores se revezará em plantões diários de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 20h00, e aos sábados, das 08h00 às 14h00, na Central de Atendimento do Curso, em São Paulo, pelo telefone 0800 771 3787.

O participante poderá acessar a Central de Atendimento no momento em que surgirem dúvidas ou necessidade de orientação, obtendo resposta imediata, em caso de contato telefônico, ou aguardando a resposta, quando a consulta for feita por mensagem eletrônica, correio ou fax.

Fé na Prevenção é um curso MULTIMÍDIA

O curso Fé na Prevenção foi elaborado em diferentes mídias, que você escolhe de acordo com sua conveniência e disponibilidade de recursos tecnológicos:

- Se você tem acesso fácil à Internet: acompanhe o curso pelo endereço: www.fenaprevencao.senad.gov.br
- Se acessar a Internet for difícil, mas você tiver a disponibilidade de utilizar um computador, acesse o curso pelo CD-ROM e envie suas tarefas por correio
- Se você não tem computador, não tem problema. Você receberá o material impresso e poderá usar o correio para enviar tarefas e o telefone para tirar suas dúvidas. Esse material impresso corresponde ao material digitalizado, você não terá nenhum prejuízo de conteúdo

Sugestão:

- Procure usar a Internet para consultar os sítios que constam na Bibliografia, ampliando, assim, seu conhecimento.
- Todos os participantes receberão um CD-ROM e o material impresso, garantindo acesso a todo o conteúdo do curso.
- Além desse material, a equipe do Fé na Prevenção preparou um vídeo de treinamento para que você possa assistir a um líder religioso ou de movimentos afins, como você, orientando famílias e jovens em relação ao uso de álcool e outras drogas.
- Use esse material para discutir com seu tutor e seus colegas quais são as formas adequadas e inadequadas de realizar intervenções.

Acompanhando o curso

Agora vamos dar uma olhada na estrutura do curso e em algumas dicas para você aproveitá-lo ao máximo. Durante o curso, você desenvolverá atividades de aprendizagem, tais como:

- leitura dos textos que compõem os módulos
- realização das atividades ao final de cada aula
- realização das avaliações ao final de cada módulo
- participação nas teleconferências

LEMBRE-SE: VOCÊ NUNCA ESTARÁ SOZINHO
O curso conta com uma equipe de tutores de plantão, disponível para solucionar dúvidas ou prestar esclarecimentos por telefone ou e-mail. Não hesite em contatar os tutores de plantão pelo telefone.

Saiba mais sobre o sítio do Fé na Prevenção

O site do curso **Fé na Prevenção** na Internet está disponível para facilitar o contato entre a coordenação e os participantes do curso. Pode ser acessado pelo endereço www.fenaprevencao.senad.gov.br. O site está dividido em duas áreas: pública e restrita.

1. Área Pública:

- Oferece acesso livre para qualquer pessoa. Contém informações gerais sobre o curso, as instituições promotoras, o sistema de educação a distância e a tutoria.
- Disponibiliza também uma relação de páginas eletrônicas (sites) nacionais e internacionais que tratam de temas relacionados à dependência de álcool e outras drogas.

2. Área Restrita:

Possui conteúdo restrito somente aos participantes, com acesso de entrada no sistema por meio de identificação e senha. Nessa área é possível:

- navegar pelos módulos do curso
- copiar os arquivos *(fazer download)* referentes ao material do curso
- estabelecer comunicação entre os participantes do curso
- preencher e enviar as avaliações dos módulos do curso

Conteúdos de ensino

Os conteúdos de ensino do Fé na Prevenção foram distribuídos em quatro módulos:

Módulo 1 - O uso de álcool e outras drogas no Brasil: epidemiologia, política e legislação

Aula 1 - Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil: dados recentes

- Alguns conceitos fundamentais
- Dados recentes sobre o consumo de drogas no país
- Considerações finais
- Bibliografia
- Atividades

Aula 2 - A política e a legislação brasileira sobre drogas

- Política Nacional sobre Drogas (PNAD)
- Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)
- A Política Nacional sobre o Álcool
- Programa Crack, é possível vencer
- Bibliografia
- Atividades

Módulo 2 - Efeitos e consequências dos diferentes padrões de uso de álcool e outras drogas

Aula 3 - Álcool e outras drogas: efeitos agudos e crônicos

- Introdução
- Drogas psicoativas e psicotrópicas
- Drogas depressoras
- Drogas estimulantes
- Drogas perturbadoras
- Conclusão
- Bibliografia
- Atividades

Aula 4 - Problemas psiquiátricos e comportamentais associados ao uso de álcool e outras drogas

- Comorbidade
- Comorbidades em usuários com problemas de álcool e outras drogas
- Conclusão
- Bibliografia
- Atividades

Aula 5 - Crack - Uma abordagem multidisciplinar

- Introdução
- O que é o crack?
- Epidemiologia

- A ação da droga no Sistema Nervoso Central
- Danos físicos
- Danos psíquicos
- Abordagens terapêuticas
- Conclusão
- Bibliografia
- Atividades

Aula 6 - Os diferentes padrões de consumo de álcool e outras drogas

- Padrões de uso
- Instrumentos de triagem
- Identificação do uso de álcool e outras drogas pelo ASSIST
- Identificação do uso de álcool - AUDIT
- Identificação do uso de álcool e outras drogas em adolescentes - DUSI
- Anexos
- Bibliografia
- Atividades

Módulo 3 - Como intervir precocemente: Prevenção e Intervenção Breve

Aula 7 - Por que as pessoas usam ou evitam usar drogas? A importância da prevenção, Promoção de Saúde e dos fatores de risco e proteção

- Introdução
- Fatores de risco e proteção para o uso de drogas
- Fatores de risco e proteção para o uso de drogas em grupos específicos
- A religiosidade como fator de proteção ao uso de drogas
- Bibliografia
- Atividades

Aula 8 - Como orientar pessoas com problemas decorrentes do uso de substâncias: semelhanças entre Aconselhamento e Intervenções Breves

- Intervenção Breve
- Fundamentos da Intervenção Breve
- Dicas para a realização de uma boa Intervenção Breve
- Semelhanças entre Intervenções Breves e aconselhamento
- Bibliografia
- Atividades

Módulo 4 - Como intervir em casos de abuso ou dependência de álcool e outras drogas: modalidades de tratamento e encaminhamento

Aula 9 - Modelos de tratamentos para pessoas com dependência de álcool e outras drogas

- Introdução
- Tratamentos formais
- Tratamentos informais
- Redução de danos pelo uso de drogas
- Conclusão
- Bibliografia
- Atividades

Aula 10 - Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em Comunidades Terapêuticas

- Histórico
- Synanon: a primeira Comunidade Terapêutica
- Abordagem da Comunidade Terapêutica
- Perspectiva da Comunidade Terapêutica
- Comunidade Terapêutica como família
- Comunidade Terapêutica como microssociedade
- Papel da equipe na Comunidade Terapêutica

- "CT saudável" e "CT doente"
- Bibliografia
- Atividades

Aula 11 - A importância das Redes Sociais na recuperação e reinserção social de usuários e dependentes de álcool e outras drogas

- Rede social
- Objetivos das Redes Sociais
- Características a serem identificadas e desenvolvidas no trabalho em rede
- Participação comunitária e a construção de Redes Sociais
- As Redes Sociais e a prevenção do uso de drogas
- Desafios no trabalho preventivo nas comunidades de baixa renda
- Importância da participação de todos
- Bibliografia
- Atividades

Aula 12 - Como as lideranças religiosas e lideranças de movimentos afins podem intervir em situações de uso e dependência de álcool e outras drogas

- Introdução
- Responsabilidade compartilhada
- Intervenção Breve
- Bibliografia
- Atividades

Observação: Embora todo o conteúdo tenha sido desenvolvido para um curso a distância, é importante saber que este material poderá vir a ser utilizado também em cursos de capacitação e treinamentos presenciais, com prévia autorização da SENAD.

AVALIAÇÃO

Ao final de cada módulo, você responderá a questões que visam avaliar a aprendizagem, assim como revisar o conteúdo, pois será sempre possível consultar as aulas e refazer as atividades, quantas vezes achar necessário. Concluídas as avaliações, ao final de cada módulo, você deverá seguir as orientações específicas para envio destas à Central de tutoria, o que pode ser realizado por meio do site do curso, do correio tradicional ou por fax. Se possível, dê preferência ao envio das avaliações pelo site do curso: www.fenaprevencao.senad.gov.br.

1. Procedimentos de avaliação

- Os módulos de conteúdo do Fé na Prevenção se iniciam com uma lista de objetivos para que, ao final do seu estudo, você mesmo seja capaz de avaliar o seu progresso.
- Os módulos foram didaticamente divididos em aulas. Ao final de cada aula, você está convidado a realizar algumas atividades e reflexões. O gabarito dessas questões de atividades encontra-se ao final deste Guia do Estudante.
- No site do curso, ao final de cada módulo, há uma avaliação que deverá ser preenchida e encaminhada aos tutores do curso.
- A interação entre os participantes e os tutores por e-mail, telefone, correios, fax ou nas teleconferências será registrada.

2. Avaliação antes e após o curso

- Todos os participantes, ao acessarem pela primeira vez o site do curso, serão solicitados a preencher um questionário denominado Avaliação pré-curso, cujo principal objetivo é o de avaliar o grau de informação e conhecimento do participante sobre uso/abuso de drogas e prevenção.
- Avaliação pós-curso: o mesmo questionário preenchido no início do curso, associado a um questionário de autoavaliação do participante, será reaplicado ao final do curso para avaliação do progresso.

Estas avaliações não "valem" nota e sua aprovação no curso não dependerá delas, apenas das avaliações dos módulos.

3. Avaliação do curso

- Ao final do curso os alunos serão solicitados a responder a uma pesquisa de avaliação de satisfação do curso, com o objetivo de coletar opiniões sobre aspectos administrativos e pedagógicos e, assim, fornecer informações que subsidiem o aperfeiçoamento das próximas edições. A participação dos alunos respondendo a essa avaliação é muito importante e será necessária para que a equipe do curso realize contatos futuros para pesquisas sobre o impacto e a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos.

CERTIFICADO

Independentemente da situação, todos receberão o certificado? Como ele será enviado? Via Correios ou e-mail?

O Certificado de Conclusão deste curso de extensão será fornecido pela Pró-Reitoria de Extensão da UNIFESP aos alunos que tiverem aproveitamento igual ou superior a 70% em todas as avaliações de final de módulo.

Atenção: Para não comprometer o recebimento dos materiais do curso (kit didático e kit formatura) e certificados, procure sempre informar a secretaria do curso se houver alguma alteração nos seus dados cadastrais (endereço, telefone, e-mail).

AGENDA

Para facilitar sua organização para participação no curso, sugerimos um período para o estudo de cada módulo. Consulte as datas sugeridas no site do curso na Internet.

ORIENTAÇÕES DE ESTUDO

- **Quanto tempo?** Embora haja uma agenda para a realização do curso, é importante notar que, durante um curso a distância, o participante dispõe de autonomia para decidir onde, quando e por quanto tempo irá estudar. Isso parece ótimo, não? No **entanto, é fundamental ter disciplina e dedicação.**
- **Organização de estudos:** Talvez seja difícil conciliar estudo com atividades profissionais e pessoais, portanto é imprescindível que você organize seus horários e delimite seu espaço. Recomendamos que você reserve pelo menos duas horas por dia, cinco vezes por semana, para as atividades do curso. O tempo necessário de estudo varia de pessoa para pessoa. Encontre seu próprio ritmo e o mantenha. Você vai conseguir!

Algumas DICAS

- fixe um horário diário de estudo conforme seu ritmo e necessidades
- não determine períodos muito curtos, nem maiores que duas horas ininterruptas, para não prejudicar a concentração e correr o risco de má assimilação
- faça intervalos periódicos - por exemplo, a cada 50 minutos - para descansar. Alongue-se, beba ou coma alguma coisa, mas não inicie outra atividade que o distraia, como telefone ou trabalho
- quando for estudar, procure deixar claro para seus colegas e/ou familiares que aquele é seu momento de concentração, e que você não deve ser interrompido
- reserve ao menos um dia por semana para descansar e para o seu lazer

Motivação

Nossos tutores estão preparados para oferecer apoio e encorajamento para que você possa vencer as etapas desse processo de aprendizagem. Entretanto, para ter sucesso em um curso a distância, é importante manter um bom nível de motivação interna. Procure identificar as razões pelas quais você está participando deste curso e os benefícios profissionais que você poderá colher com essa experiência.

REFERÊNCIAS E LINKS DE APOIO

Entidades Governamentais

www.senad.gov.br

www.obid.senad.gov.br

www.saude.gov.br

Entidades Universitárias

www.grea.org.br/

www.ufba.br

www.ufjf.br

www.ufpr.br

www.ufrj.br

www.ufrgs.br

www.unifesp.br

www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas

www.unifesp.br/dpsiq/

Associações e Links Internacionais

www.aic.gov.au/

www.arg.org/

www.conacedrogas.cl/inicio/index.php

www.dea.gov/pubs/abuse

www.drugpolicy.org

www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index190EN.html

www.erowid.org

www.esbra.com/

www.generalhealthtopics.com/addiction

www.isbra.com

www.niaaa.nih.gov

www.nida.nih.gov

www.opadro.com/

www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/home.htm

www.rsoa.org/

www.salis.org/

www.samhsa.gov/index.aspx

www.sedronar.gov.ar

www.unesco.org.br/

www.whitehousedrugpolicy.gov/

www.who.int/es/index.html (OMS em espanhol)

Um ótimo estudo!

Equipe Fé na Prevenção

GABARITO DAS ATIVIDADES

MÓDULO 1

AULA 1 | Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil: dados recentes

Gabarito: 1d; 2c; 3d; 4d.

Em sua reflexão, você deve levantar os seguintes pontos:

- Os dados dos levantamentos epidemiológicos são coletados através de métodos científicos rigorosos, diferentemente da percepção da população geral, que está embasada, em sua grande maioria, no senso comum e nos dados que a mídia apresenta.
- A mídia influencia nessa percepção, pois fornece mais espaço para as reportagens sobre drogas ilícitas, em detrimento das lícitas, e costuma utilizar uma linguagem alarmante quando aborda esse assunto.
- A comunidade deve conhecer a realidade local sobre o uso de substâncias, para que possa desenvolver suas ações nessa área baseadas em dados mais próximos do fenômeno existente em seu território.

AULA 2 | A Política e a Legislação Brasileira sobre drogas

Gabarito: 1b; 2c; 3d; 4d.

Em sua reflexão, você deve levantar os seguintes pontos:

- A mudança de nome indica uma mudança de postura governamental perante o tema. Se o nome "anti" traz uma conotação repressiva, indicando ações mais voltadas à repressão, o nome "sobre" indica uma postura mais abrangente, ampliando o foco das ações para a prevenção, tratamento, redução de danos e reinserção social.
- A mudança de postura indica também uma mudança de aporte de recursos para ações mais abrangentes, não limitadas apenas às relativas à repressão.
- Entende-se que os usuários e dependentes não devem ser penalizados, mas sim precisam de uma atenção voltada ao oferecimento de oportunidades que permitam a reflexão sobre o próprio consumo.
- O SISNAD tem entre os objetivos a integração das políticas de prevenção, atenção e reinserção social e, dessa forma, procura ampliar as ações que antes eram focadas na repressão.

MÓDULO 2

AULA 3 | Álcool e outras drogas: efeitos agudos e crônicos

Gabarito: 1c; 2a; 3a; 4c.

Em sua reflexão, você deve levantar os seguintes pontos:

- Uma característica comum das drogas de abuso, é a estimulação da via de recompensa cerebral e liberação de dopamina. Mencione que essa ação é responsável por gerar o prazer característico do consumo dessas substâncias.

AULA 4 | Problemas psiquiátricos e comportamentais associados ao uso de álcool e outras drogas

Gabarito: 1a; 2b; 3a; 4d.

Em sua reflexão, você deve levantar os seguintes pontos:

- A ajuda essencial ao paciente para que ele reconheça seus problemas.
- O auxílio para que o paciente aceite ajuda de especialistas para tratar seus problemas.
- Salientar a importância do tratamento conjunto das doenças.

AULA 5 | Crack. Uma abordagem multidisciplinar

Gabarito: 1(V)(V)(V)(F); 2a; 3c; 4d.

Em sua reflexão, você deve levantar os seguintes pontos:

- Considere se na sua comunidade existe algum tipo de abordagem psicossocial. Se existir esse tipo de abordagem, descreva alternativas para melhorar o tratamento, com base no conhecimento adquirido neste capítulo.

AULA 6 | Os diferentes padrões de consumo de álcool e outras drogas

Gabarito: 1a; 2c; 3d; 4b.

Em sua reflexão, você deve levantar os seguintes pontos:

- Qual foi a pontuação no instrumento de triagem?
- Em qual faixa ou padrão de uso essa pessoa se encontra?
- Como foi a experiência de conversar com um usuário de drogas sobre seu padrão de consumo?
- Qual foi a percepção do usuário sobre o impacto do uso em sua vida?
- Que estratégias você conseguiu elaborar? Você acredita que sejam estratégias possíveis de serem colocadas em prática?
- Como foi para você ter esse tipo de abordagem com uma pessoa usuária de drogas? Você sentiu que havia algum preconceito ou estigma da sua parte?
- Caso o usuário não tenha tido uma percepção clara do seu uso de drogas, como você reagiu ou se sentiu com a falta de percepção dessa pessoa?
- Se você quiser, também pode discutir com o seu tutor essa experiência vivenciada. Assim sua prática irá se enriquecer e você poderá tirar eventuais duvidas.

MÓDULO 3

AULA 7 | Por que as pessoas usam ou evitam usar drogas? A importância da prevenção, promoção de saúde e dos fatores de risco e proteção

Gabarito: 1b; 2a; 3a; 4a.

Em sua reflexão, você deve levantar os seguintes pontos:

Em parte, os riscos podem ser atribuídos às próprias características da adolescência, tais como:

- necessidade de aceitação pelo grupo de amigos;
- desejo de experimentar comportamentos vistos como "de adultos";
- sensação de onipotência ("comigo isso não acontece");
- grandes mudanças corporais que geram insegurança;
- aumento da impulsividade.

AULA 8 | Como orientar pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: semelhanças entre aconselhamento e Intervenções Breves

Gabarito: 1a; 2c; 3a; 4c.

1- Em sua reflexão, você deve levantar os seguintes pontos:

- Identificar através do instrumento de triagem o padrão de uso das drogas e dar o retorno ao usuário;
- Tentar mostrar ao usuário a sua responsabilidade na redução do uso e na mudança de comportamento;
- Ajudá-lo a elaborar estratégias para realizar essa mudança, pensando sempre nos prós e contras de cada comportamento;
- Pensar junto ao usuário em atividades alternativas e saudáveis para substituir o uso da droga;
- Lembrar-se de sempre ter empatia e tentar compreender e apoiar o usuário nesse momento de mudança, que costuma ser difícil e envolver muito sofrimento tanto por parte do usuário quanto da família;
- Ajudá-lo a acreditar em si mesmo e no seu potencial de mudança.

2- Pontos a serem levantados nesta questão:

- Ajude de forma ativa na capacitação de outras pessoas que são um ponto de referência dentro da sua comunidade ou religião;
- Atue na disseminação das técnicas que você aprendeu, como por exemplo a triagem e a Intervenção Breve;
- Aborde o tema das drogas durante os seus ensinamentos, tomando cuidado com preconceitos, estigma, julgamentos e se mantendo aberto aos depoimentos dos usuários, com o objetivo de instruir as pessoas sobre o uso das drogas e como prevenir esse uso.

MÓDULO 4

AULA 9 | Modelos de tratamentos para pessoas com dependência de álcool e outras drogas

Gabarito: 1c ; 2d; 3a; 4a.

Em sua reflexão, você deve levantar os seguintes pontos:

- Deverá haver discussão sobre as diferentes modalidades de tratamento, abrangendo o conhecimento sobre as características principais dos dispositivos, como: os Consultórios na Rua, CAPS-ad, Unidades de Acolhimento, bem como a estratégia de Redução de Danos como norteadora das práticas de cuidado.

AULA 10 | Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em Comunidades Terapêuticas

Gabarito: 1c; 2a; 3d; 4a.

Em sua reflexão, você deve levantar os seguintes pontos:

- Caracterizar o funcionamento de uma CT saudável;
- Consideração acerca da importância do respeito às diferenças entre os residentes (ser social e psicológico);
- Como o funcionamento da CT contribui para o tratamento (construção de valores – CT como família e regras sociais);
- A importância da convivência com os pares.

AULA 11 | A importância de Redes Sociais na recuperação e reinserção social de usuários e dependentes de álcool e outras drogas

Gabarito: 1a; 2d; 3a; 4b.

Em sua reflexão, você deve levantar os seguintes pontos:

- Características das ações comunitárias;
- O conceito de prevenção a partir da abordagem em redes;
- Os fatores de risco e proteção;
- O trabalho e papel do líder comunitário no fortalecimento da comunidade.

AULA 12 | Como as lideranças religiosas e lideranças de movimentos afins podem intervir em situações de uso e dependência de álcool e outras drogas

Gabarito: 1b; 2c; 3d; 4b.

Em sua reflexão, você deve levantar os seguintes pontos:

- Trazer situações/experiências pessoais acerca das dificuldades enfrentadas e refletir sobre possibilidades ("um novo olhar").

Avaliação do módulo 01

Nome do Aluno: _____

Nome do Tutor: _____

1. Assinale a alternativa CORRETA:

( ) a. Os índices de consumo de drogas são iguais para adultos e adolescentes, assim como entre homens e mulheres.

( ) b. Como os índices de consumo de drogas são muito próximos em qualquer população, os programas de prevenção devem ser parecidos, independentemente das características da população abordada.

( ) c. As políticas públicas devem levar em consideração os diferentes índices de uso de substâncias, bem como as características da população que será abordada.

( ) d. Uma vez levantados os índices de uso de drogas numa determinada população, novos estudos são desnecessários, pois os comportamentos tendem a se repetir por décadas.

2. Assinale a alternativa INCORRETA em relação à epidemiologia do uso de drogas no Brasil:

( ) a. Em linhas gerais, podemos definir Epidemiologia como "a ciência que estuda o que ocorre com o povo".

( ) b. Uso na Vida, Uso no Mês, Uso no Ano e Uso Frequente são algumas das classificações de frequência utilizadas em estudos epidemiológicos sobre o uso de drogas.

( ) c. Em geral, a mídia cria um "cenário" sobre o uso de drogas no Brasil que pode não corresponder ao que as estatísticas apresentam.

( ) d. As drogas ditas ilegais são amplamente mais consumidas do que as drogas ditas legais, o que justifica a necessidade de uma política de repressão às drogas.

3. Assinale a alternativa CORRETA:

( ) a. Após a mudança na legislação, os índices de "beber e dirigir" permaneceram iguais no Brasil, o que pode indicar que as políticas públicas que visam à diminuição desse comportamento falharam.

( ) b. Menos de 10% dos motoristas que morreram em acidentes de trânsito em São Paulo estavam sob o efeito de bebidas alcoólicas. Assim, as políticas públicas que abordam esse comportamento são desnecessárias.

( ) c. A redução das taxas permitidas de álcool no sangue ao dirigir pode indicar um possível sucesso das políticas públicas na área.

( ) d. Nenhuma das alternativas acima está correta.

4. Assinale a alternativa INCORRETA referente ao Diagnóstico Situacional, um dos eixos de trabalho da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD):

( ) a. Tem como objetivo avaliar a situação do consumo de drogas no Brasil.

( ) b. É realizado por meio de estudos/levantamentos entre população geral brasileira e em populações em situação de maior vulnerabilidade.

( ) c. Integra as ações de prevenção, tratamento e reinserção social.

( ) d. Avalia o impacto do uso de drogas entre a população.

5. Entre as atribuições do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), destaca-se:

( ) a. A articulação e coordenação das atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

( ) b. O acompanhamento e atualização da Política Nacional sobre Drogas (PNAD).

( ) c. A gerência do Fundo Nacional Antidrogas e do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID).

( ) d. A definição de estratégias e elaboração de planos, programas e procedimentos para alcançar as metas propostas na PNAD.

6. Quanto às leis que abordam os dispositivos sobre a prática de beber e dirigir, é INCORRETO afirmar que:

( ) a. O motorista que se recusar a fazer o teste do etilômetro não poderá ser punido, pois este é o único modo para comprovar que está sob o efeito do álcool.

( ) b. As leis atuais tornaram mais severa a punição para o motorista que estiver sob a influência de álcool e/ou outras drogas.

( ) c. O motorista que estiver sob a influência de álcool e/ou outras drogas pode até ser preso.

( ) d. Tornou-se proibida a venda varejista de bebidas alcoólicas em rodovias federais.

Avaliação do módulo 02

Nome do Aluno: _____

Nome do Tutor: _____

1. Sobre o processo de tolerância, assinale a alternativa CORRETA:

( ) a. É quando uma pessoa precisa de cada vez menos doses ou menores quantidades de droga para poder sentir os mesmos efeitos.

( ) b. Ocorre somente com drogas estimulantes.

( ) c. Uma vez adquirida a tolerância não é perdida, mesmo após abstinência da droga.

( ) d. É quando a pessoa precisa consumir mais doses ou maiores quantidades de uma droga para ter os mesmos efeitos sentidos anteriormente com quantidade menor.

2. Assinale a alternativa INCORRETA:

( ) a. Vários estudos apontam que existe claramente uma epidemia de crack atualmente no Brasil.

( ) b. Estima-se que existam cerca de 370 mil usuários regulares de crack no Brasil.

( ) c. As regiões Nordeste e Sul concentram a maior parte dos usuários de crack no Brasil.

( ) d. A prevalência do uso de crack na vida entre universitários é maior do que entre estudantes de do ensino fundamental e médio.

3. Em relação ao tratamento de indivíduos dependentes de crack, assinale V (Verdadeiro) ou F (Falso) e escolha a alternativa CORRETA:

1. A principal modalidade de tratamento para usuários de crack é a internação compulsória.
2. Existem medicações que diminuem a vontade de usar e tratamentos efetivos para a dependência de Crack.
3. Abordagens terapêuticas para atendimento ao dependente de crack devem incluir aspectos biológicos e psicossociais.
4. O uso de crack durante a gravidez aumenta o risco de complicações tanto para a mãe quanto para o bebê.

( ) a. F; F; V; V

( ) b. V; F; V; V

( ) c. V; F; F; V

( ) d. F; V; V; V

4. Sobre os padrões de consumo de álcool e outras drogas considerados problemáticos, está INCORRETO dizer que:

( ) a. Não deve existir preocupação quanto ao uso abusivo de álcool, apenas em relação a dependência.

( ) b. São diagnosticados por critérios específicos para transtornos relacionados ao uso de substâncias.

( ) c. Quando a provável dependência é sugerida por em algum instrumento de triagem, o usuário deve ser melhor avaliado para ser realizado um bom diagnóstico.

( ) d. A diferença entre os padrões de uso nocivo, abusivo e dependência está no nível de problemas devidos ao uso de substâncias.

5. Sobre o Uso Experimental, o Uso Recreativo e o Uso de Risco, qual a alternativa CORRETA?

( ) a. O uso de risco é caracterizado principalmente pelo consumo em uma única ocasião.

( ) b. O uso experimental é realizado pela minoria das pessoas, pois uma vez que a droga é consumida é difícil parar o consumo.

( ) c. O Uso Recreativo é aquele realizado esporadicamente, quando não são cometidos excessos nem exposição a riscos e não traz problemas às atividades cotidianas das pessoas.

( ) d. Não é necessário fazer intervenção para usuários de risco de álcool ou outras drogas no sistema de saúde, pois o uso de risco não é uma doença.

6. Sobre o instrumento de triagem ASSIST, é INCORRETO afirmar que:

( ) a. Avalia o consumo de droga injetável, que se feito com compartilhamento de seringas, mesmo em uma única ocasião, pode levar à contaminação por doenças graves.

( ) b. Permite avaliar a chance que a pessoa tem de usar cocaína, caso a pessoa tenha usado maconha.

( ) c. Avalia o uso de vários tipos de drogas e seus níveis de risco, para direcionar a intervenção ou encaminhamento.

( ) d. Identifica tanto as drogas consumidas ao longo da vida quanto as drogas consumidas nos últimos três meses.

Avaliação do módulo 03

Nome do Aluno: _____

Nome do Tutor: _____

1. **Assinale a alternativa CORRETA - Sobre a vulnerabilidade dos adolescentes ao consumo de drogas, podemos afirmar que:**

( ) a. Uma vez que o adolescente é exposto a um fator de risco ele fará uso de drogas.

( ) b. Os fatores de proteção impedem que o adolescente consuma drogas.

( ) c. As pessoas que começam a usar drogas na adolescência são aquelas que irão se tornar dependentes no futuro.

( ) d. Em programas de prevenção é fundamental retardar ao máximo o consumo de drogas na adolescência.

2. **Sobre os fatores associados ao uso de drogas por indígenas e idosos, é INCORRETO dizer que:**

( ) a. Os indígenas mais vulneráveis a terem problemas com o consumo de álcool são aqueles que vivem mais próximos a cidades.

( ) b. O abuso de drogas por indígenas é geralmente feito nos rituais de sua cultura.

( ) c. É comum os casos de idosos que abusam de drogas ilícitas, como maconha e cocaína; provavelmente eles mantiveram esse hábito por muitos anos de suas vidas.

( ) d. O abuso de medicamento para dormir e controlar a ansiedade é mais comum em idosos do que em populações mais jovens.

3. **Tentar realizar várias mudanças ao mesmo tempo é difícil e pode levar o usuário a sentir-se pressionado e desmotivado. Sendo assim, marque a alternativa CORRETA:**

( ) a. O usuário deve se abster de todas as drogas de uma só vez.

( ) b. A Intervenção Breve será melhor aceita e terá melhores resultados se o usuário estiver envolvido na escolha da droga que é mais preocupante para ele.

( ) c. Devemos ignorar se o usuário faz uso de tabaco, pois as outras drogas é que oferecem mais risco.

( ) d. O líder religioso que está realizando a Intervenção Breve é quem determina de qual droga o usuário deverá se abster primeiramente, sem considerar a opinião dele.

4. Assinale a alternativa INCORRETA quanto às estratégias de enfrentamento para o uso de drogas:

( ) a. Elaboração de um diário sobre o uso da substância.

( ) b. Identificação das atividades que possam trazer prazer para a vida do usuário, como por exemplo um esporte.

( ) c. Estabelecimento de objetivos futuros, como por exemplo comprar algo que ele quer há muito tempo, com o dinheiro que economizou ao não usar drogas.

( ) d. Incentivá-lo a frequentar novamente os lugares de uso da droga, sem fazer uso para testar seu controle.

5. Quanto ao retorno que deve ser oferecido ao usuário de álcool e outras drogas, marque a alternativa CORRETA:

( ) a. A forma como o retorno é dado ao usuário não faz diferença na sua decisão de mudar.

( ) b. Empatia é um elemento fundamental na intervenção. Significa ser simpático e nunca se opor ao que o usuário pensa.

( ) c. Fornecer retorno de uma forma neutra e sem julgamentos faz parte da empatia.

( ) d. Ser empático na entrevista com o paciente significa confrontá-lo com a realidade.

6. As recaídas frequentemente ocorrem quando:

( ) a. Há pressão dos amigos.

( ) b. Existem emoções negativas ou conflitos com outras pessoas.

( ) c. O usuário volta ao local de consumo ou encontra um amigo com o qual tinha o costume de consumir a droga.

( ) d. Todas as alternativas estão corretas.

Avaliação do módulo 04

Nome do Aluno: _____

Nome do Tutor: _____

1. **Partindo do pressuposto de que os CAPS-ad (Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) são centros especializados na atenção às questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, assinale a alternativa CORRETA:**

   ( ) a. O tratamento no CAPS-ad tem por objetivo melhorar a qualidade de vida do usuário através da atenção integral.

   ( ) b. A rede social não precisa estar envolvida e o atendimento a pacientes usuários de álcool e outras drogas não precisa estar integrado com outros serviços de saúde.

   ( ) c. O modelo assistencial é centrado principalmente na hospitalização.

   ( ) d. Torna-se desnecessário trabalhar outras questões que vão além da saúde, como obter parcerias que incluam o usuário em outros espaços de cidadania.

2. **Os grupos de autoajuda AA (Alcoólicos Anônimos) e NA (Narcóticos Anônimos) surgiram da necessidade de se obter "uma experiência espiritual ou religiosa", e os membros desses grupos se denominam "adictos em recuperação". Pensando na proposta básica desses grupos, assinale a alternativa INCORRETA:**

   ( ) a. O objetivo desses grupos é manter a abstinência e levar o conhecimento do programa aos usuários que ainda sofrem com o problema.

   ( ) b. As pessoas que participam dos grupos devem seguir os Doze Passos.

   ( ) c. Para se tornar membro não precisa ter o desejo de parar de usar a droga.

   ( ) d. O conselheiro (padrinho ou madrinha) é um membro experiente que oferece ajuda informal aos membros mais iniciantes.

3. **A construção de Redes Sociais pode auxiliar na prevenção do uso de drogas. Nesse sentido, é CORRETO afirmar que:**

   ( ) a. A informação sobre os prejuízos causados pelo uso de drogas evita o uso entre os jovens.

   ( ) b. As ações de prevenção devem ser realizadas, principalmente, pelos profissionais de saúde.

   ( ) c. O líder comunitário centraliza e desenvolve as atividades preventivas com os indivíduos, direcionando-os para escolhas saudáveis.

   ( ) d. Na prevenção é importante educar os indivíduos para assumir as responsabilidades sobre o uso de drogas, fortalecer as parcerias e aproveitar os recursos positivos de cada comunidade.

4. A Rede Social promove o resgate de valores da convivência positiva entre jovens e adultos, o diálogo entre pais e filhos, o respeito às diferenças e o cuidado consigo. Assinale a alternativa que apresenta somente afirmações CORRETAS:

I. As ações comunitárias desenvolvidas na rede seguem o modelo tradicional centrado no indivíduo.

II. A generosidade, a intolerância e o acolhimento são características identificadas e desenvolvidas nesse trabalho.

III. Esse modelo de atuação oferece importante suporte, centrado na integração que se estabelece entre as pessoas em torno de um objetivo comum.

( ) a. I e II estão corretas
( ) b. Somente II está correta
( ) c. Somente III está correta
( ) d. II e III estão corretas

5. Assinale a alternativa CORRETA - Quanto ao conceito de Rede Social, podemos afirmar que:

I. Se estabelece e se consolida à medida que ocorre a associação dos princípios de responsabilidade pela busca de soluções e solidariedade.

II. É preciso que cada indivíduo busque, dentro de si, o verdadeiro sentido da gratificação pessoal através da participação.

III. As ações em rede não afetam o estabelecimento de novas formas de olhar o uso de drogas.

( ) a. Todas as afirmações estão corretas.
( ) b. Todas as afirmações estão incorretas.
( ) c. Somente as afirmações I e II estão corretas.
( ) d. Somente as afirmações I e III estão incorretas.

6. Assinale a alternativa CORRETA em relação as afirmativas abaixo:

I. As alternativas para mudar o comportamento devem ser definidas pelos líderes religiosos, pois o usuário geralmente tem seu poder de decisão afetado pela droga.

II. A empatia é fundamental pra realizar a Intervenção Breve.

III. É preciso desenvolver com a pessoa que possui dependência de drogas que ela é capaz de mudar seu comportamento.

IV. Não é necessário que os líderes religiosos conheçam a legislação e as políticas nacionais sobre o álcool e outras drogas do Brasil, pois vão agir localmente em sua comunidade.

( ) a. F, V, F, V
( ) b. F, F, V, V
( ) c. F, V, V, F
( ) d. V, V, F, F

O uso de álcool e outras drogas no Brasil: epidemiologia, política e legislação

Módulo 1

família amigos
família
cônjuges
fé comunidade
adolescentes fé

MÓDULO 1

O uso de álcool e outras drogas no Brasil: epidemiologia, política e legislação

Objetivos

Após o estudo deste módulo, os alunos deverão ser capazes de:

- definir epidemiologia
- identificar as drogas lícitas e ilícitas mais usadas no Brasil, compreendendo os fatores relacionados ao uso
- refletir sobre como os efeitos das drogas se encaixam nas necessidades e nas dificuldades dos diferentes grupos de pessoas que as consomem
- conhecer as políticas públicas brasileiras e a legislação sobre álcool e outras drogas

Aulas

A1 | Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil: dados recentes

A2 | A Política e a Legislação Brasileira sobre Drogas

Aula 1

Aula 1

Epidemiologia do uso de substâncias psicotrópicas no Brasil: dados recentes

OS OBJETIVOS DESTA AULA SÃO:

- definir epidemiologia
- identificar as drogas mais usadas no Brasil
- compreender os fatores relacionados ao uso de drogas
- identificar alguns problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas
- refletir sobre como os efeitos das drogas se encaixam nas necessidades e nas dificuldades dos diferentes grupos de pessoas que as consomem

TÓPICOS

- Alguns conceitos fundamentais
- Dados recentes sobre o consumo de drogas no país
- Considerações finais
- Bibliografia
- Atividades

ALGUNS CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Epidemiologia

A palavra Epidemiologia vem do grego, ***Epedeméion*** (aquele que visita): ***Epí*** (sobre), ***Demós*** (povo), **Logos** (palavra, discurso, estudo).

Etimologicamente, ou seja, em relação à origem da palavra, **Epidemiologia** significa "ciência do que ocorre com o povo".

Por exemplo:

- Quantas pessoas estão infectadas com o vírus da AIDS?
- Quantas pessoas são fumantes?

Ou, ainda:

- Quantas pessoas ganham salário mínimo?
- Essas são questões que a Epidemiologia busca responder.

Prevalência

É a proporção de **casos existentes** de certa doença ou fenômeno, em uma população determinada, em um tempo determinado.

Por exemplo:

Quantos fumantes havia entre os moradores da cidade de São Paulo em 2001? (casos existentes - fumantes), (população determinada – moradores de São Paulo) e (tempo determinado – ano de 2001).

Incidência

É o número de **casos novos** de certa doença ou fenômeno, em uma população determinada, em um tempo determinado.

Por exemplo:

Quantas pessoas, entre os moradores da cidade de São Paulo, começaram a fumar em 2001?

Algumas definições importantes relacionadas ao uso de drogas:

Uso na vida - qualquer uso (inclusive um único uso experimental) alguma vez na vida;

Uso no ano - uso, ao menos uma vez, nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa;

Uso no mês - uso, ao menos uma vez, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa;

Uso frequente - uso, em seis ou mais vezes, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa;

Uso pesado - uso, em 20 ou mais vezes, nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa;

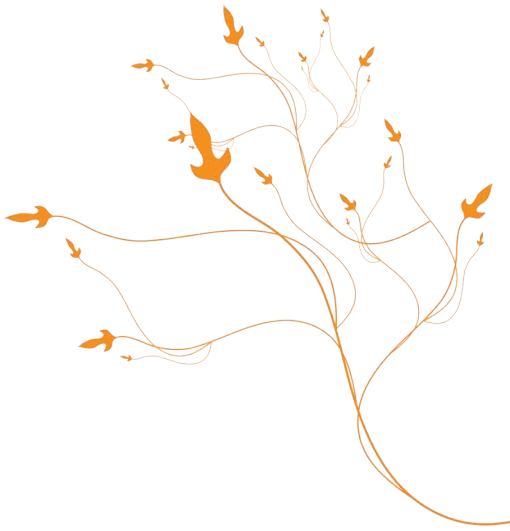
Uso abusivo - quando a pessoa começa a ter problemas físicos, mentais e sociais aparentes devido ao uso da substância. Mesmo que parcialmente, a pessoa ainda consegue cumprir com suas obrigações cotidianas;

Dependência - quando a pessoa não mais consegue cumprir com suas obrigações cotidianas devido ao uso da substância ou devido aos efeitos adversos do seu uso ("ressaca", por exemplo). Ela passa quase que a totalidade de seu tempo ou sob o efeito da droga, "curando a ressaca", ou para obter a substância.

Os objetivos dos estudos epidemiológicos na área de drogas consistem em:

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

Tipos de estudos:



1. **Levantamentos epidemiológicos - fornecem dados diretos sobre o consumo de drogas:**
   - domiciliares – pesquisam o uso de drogas entre moradores de residências sorteadas
   - com estudantes – pesquisam o uso de drogas entre alunos do ensino fundamental, médio ou de cursos superiores
   - com crianças e adolescentes em situação de rua – as informações são coletadas entre crianças e adolescentes que vivem a maior parte do tempo na rua
   - com outras populações específicas – pesquisam o uso de drogas, por exemplo, entre profissionais do sexo, trabalhadores da indústria, policiais etc.

2. **Indicadores epidemiológicos - fornecem dados indiretos sobre o consumo de drogas de determinada população:**
   - internações hospitalares por dependência
   - atendimentos ambulatoriais de usuários de álcool e/ou outras drogas
   - atendimentos em salas de emergências por "overdose"
   - laudos cadavéricos de mortes violentas (fornecidos pelo IML - Instituto Médico Legal)
   - apreensões de drogas feitas pelas polícias Federal, Estaduais e Municipais
   - prescrições de medicamentos (ex: benzodiazepínicos e anfetamínicos)
   - mídia (notícias veiculadas pelos meios de comunicação sobre as drogas)
   - casos de violência decorrentes do uso de drogas
   - prisões de traficantes

DADOS RECENTES SOBRE O CONSUMO DE DROGAS NO PAÍS

Levantamentos populacionais

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

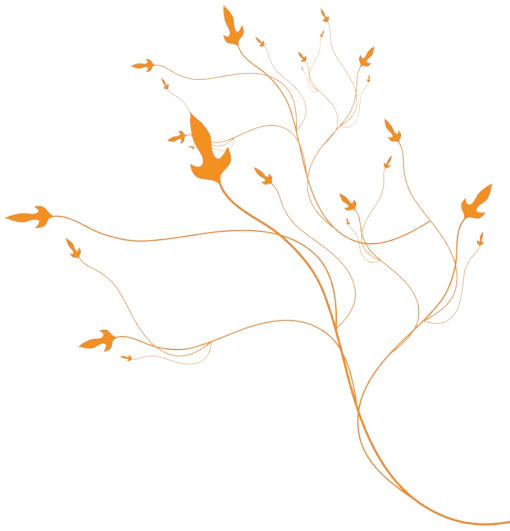
I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2001)

Este estudo, que foi realizado nas 108 maiores cidades do país, com pessoas com idade entre 12 e 65 anos, de ambos os sexos, apontou que 68,7% delas já haviam feito uso de álcool alguma vez na vida. Além disso, estimou-se que 11,2% da população brasileira apresentavam dependência dessa substância, o que correspondia a 5.283.000 pessoas.

II Levantamento (2005)

Os dados deste levantamento apontaram que 12,3% das pessoas com idades entre 12 e 65 anos eram dependentes do álcool, prevalência superior à encontrada no I Levantamento (2001), que foi de 11,2%. Além disso, no II Levantamento, cerca de 75% dos entrevistados relataram já ter bebido alguma vez na vida, 50% no último ano e 38% nos últimos 30 dias. Os dados também indicaram o consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces, sugerindo a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento.

Comparações entre os dois Levantamentos Domiciliares (2001 e 2005)



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

Da população pesquisada em 2005, 22,8% já fizeram **uso na vida** de drogas, não considerando o uso de tabaco e álcool (consideradas drogas lícitas), o que corresponde a 10.746.991 pessoas. Em 2001, os achados foram 19,4%, ou 9.109.000 pessoas. Em pesquisa semelhante realizada nos EUA em 2004, essa porcentagem atingiu 45,4%.

A estimativa de **dependentes** de álcool em 2005 foi de 12,3%, e de tabaco, 10,1%, correspondendo a populações de 5.799.005 e 4.760.635 pessoas, respectivamente; havendo aumento de 1,1% em relação às porcentagens de 2001, tanto para álcool como para tabaco.

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

A segunda droga com maior **uso na vida** (exceto tabaco e álcool) foram os solventes (6,1%), havendo um aumento de 0,3% em relação a 2001. Mas, ainda assim, são porcentagens inferiores às encontradas nos EUA (9,5%) e superiores às de países como Espanha (4,0%), Bélgica (3,0%) e Colômbia (1,4%).

Entre os medicamentos usados sem receita médica, os benzodiazepínicos (ansiolíticos) tiveram **uso na vida** de 5,6%, com um aumento de 2,3% em comparação a 2001. A porcentagem, no entanto, é inferior à verificada nos EUA (8,3%).

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

No que diz respeito à cocaína, 2,9% dos entrevistados declararam ter feito **uso na vida**. Em relação aos dados de 2001 (2,3%) houve, portanto, um aumento de 0,6% no número de pessoas utilizando esse derivado de coca.

Álcool

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

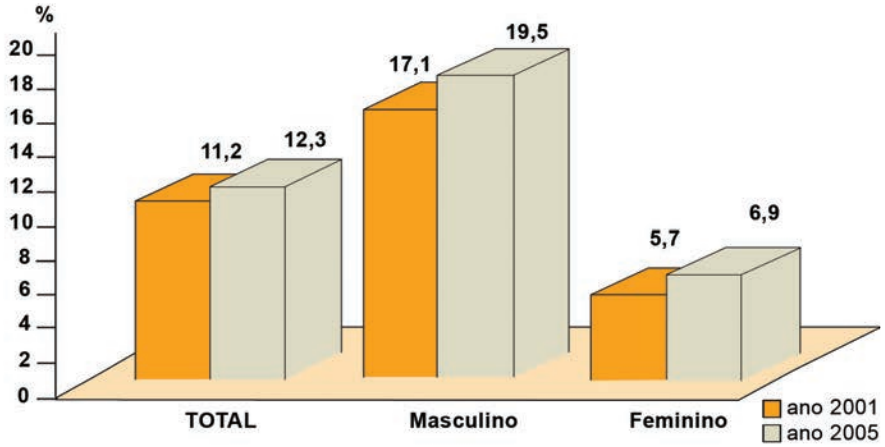
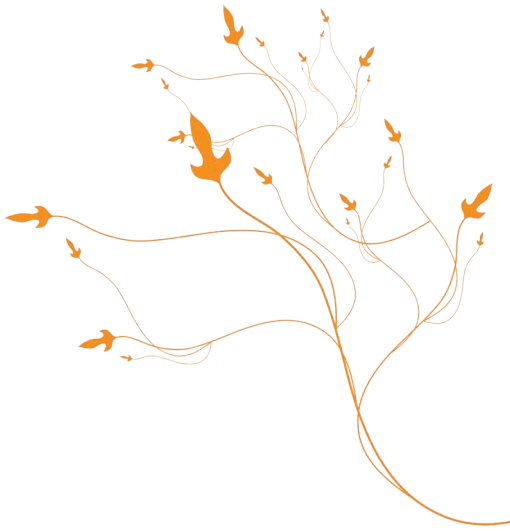


Figura 1 - Comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005, segundo dependência de Álcool, dos entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil (Fonte: SENAD e CEBRID – UNIFESP).

Outro levantamento domiciliar foi realizado em 2012, pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD/UNIFESP). O estudo foi realizado em 149 municípios do país e detectou que o número de adultos que bebe pelo menos uma vez por semana subiu 20% (de 45% da população total em 2006 para 54% em 2012). A prática de beber pesado episódico (beber cinco doses ou mais numa única ocasião para homens e 4 doses ou mais para mulheres) também aumentou. A cerveja era a bebida mais consumida nessas ocasiões. Esse levantamento - que utilizou uma metodologia de pesquisa diferente das anteriormente citadas - constatou que 6,8% da população brasileira apresentam possível dependência de álcool (10,5% entre os homens e 3,6% entre as mulheres), o que representou uma diminuição nos percentuais apresentados anteriormente.

Beber e dirigir



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

Os acidentes de trânsito e suas consequências estão bastante associados ao consumo de bebidas alcoólicas. Em estudo realizado em São Paulo, identificou-se que 56% dos motoristas que morreram em acidentes de trânsito entre os anos de 2006 e 2008 estavam sob o efeito de bebida alcoólica. Segundo dados do II LENAD (Levantamento Nacional de Álcool e Drogas), houve uma redução de 20% nos motoristas que dirigiram no último ano sob o efeito de bebida alcoólica, comparando-se os anos de 2006 (27,5%) e 2012 (21,6%). O comportamento de beber e dirigir é mais comum entre os homens (27,3% em 2012) do que entre as mulheres (7,1% no mesmo ano). A redução do índice de beber e dirigir possivelmente está associada à lei que estabelece punição mais severa aos que forem flagrados nesse comportamento, bem como à fiscalização para cumprimento dessa lei.

Tabaco

A figura a seguir mostra as porcentagens de entrevistados, de ambos os sexos, preenchendo os critérios de dependência de tabaco (Figura 2).

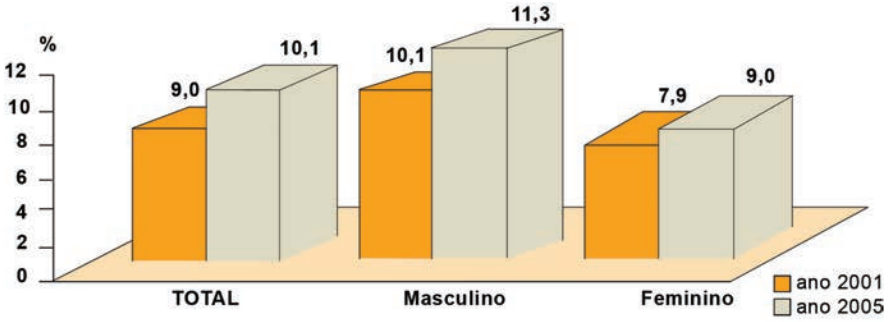


Figura 2 - Comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005, segundo dependência de Tabaco, distribuídos por gênero, dos entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil (Fonte: SENAD e CEBRID – UNIFESP).

Drogas Psicotrópicas (Exceto Tabaco e Álcool)

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

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

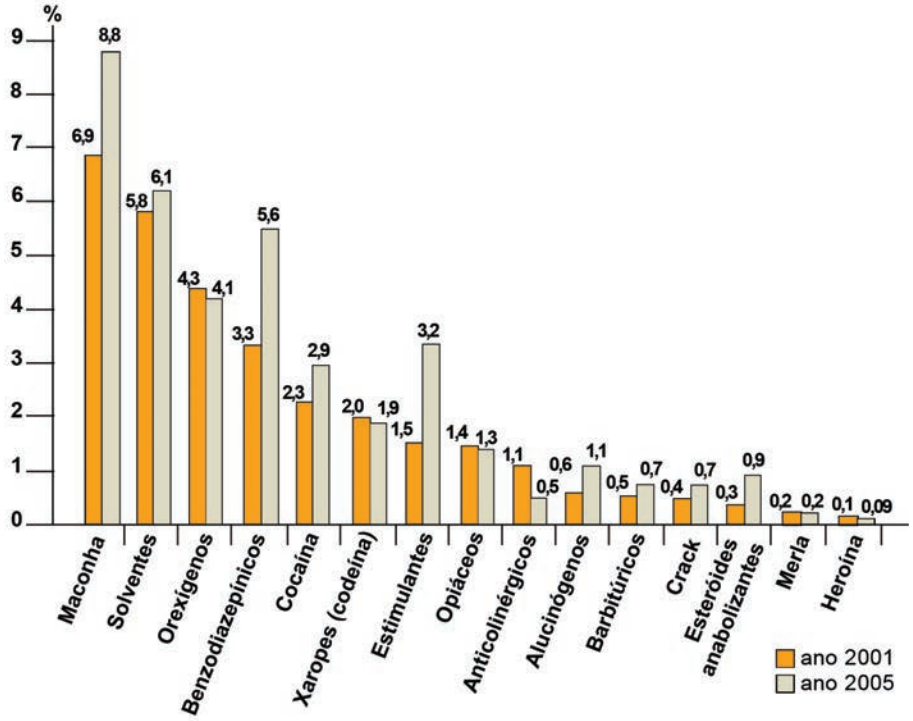
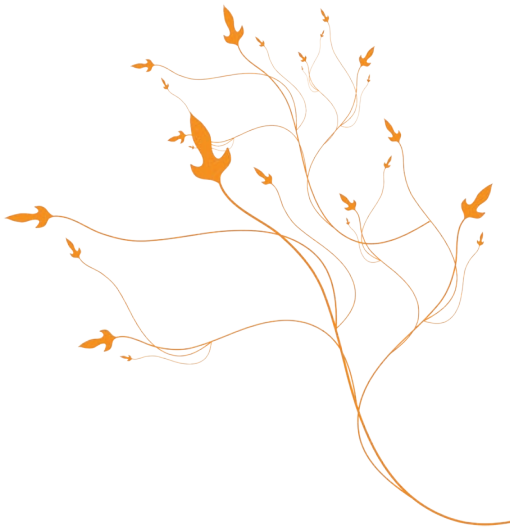


Figura 3 - Comparação entre os levantamentos de 2001 e 2005, segundo o uso na vida de drogas, exceto álcool e tabaco, dos entrevistados das 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil (Fonte: SENAD e CEBRID – UNIFESP).

Crack

A SENAD, em parceria com a FIOCRUZ, realizou estudo para identificar o perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil e para estimar o número de usuários nas capitais do País. As entrevistas ocorreram entre os anos de 2011 e 2013 em todo o Brasil. Estima-se que existam 370 mil usuários de crack e/ou similares nas capitais brasileiras. Dados mais detalhados desse estudo serão apresentados na Aula 5.



Populações Específicas

Em 2010, dando sequência à pesquisa entre a população de estudantes de ensino fundamental e médio, foi realizado também pela SENAD, em parceria com o CEBRID – UNIFESP, o VI Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das 27 Capitais Brasileiras, sendo que nessa edição foram contemplados os estudantes de escolas privadas, além dos estudantes de escolas públicas. Esse estudo indicou que a idade do primeiro uso de álcool se deu por volta dos 13 anos de idade, no entanto, o uso regular de álcool raramente ocorre antes da adolescência. O estudo também demonstrou que 60,5% dos jovens já haviam feito uso de álcool alguma vez na vida; 42,4% haviam feito algum uso no último ano e 21,1% haviam consumido alguma vez nos últimos 30 dias que antecederam a pesquisa. Outros dados preocupantes se referiam à frequência do uso dessa substância: 2,7% faziam uso frequente (seis ou mais vezes no mês) e 1,6% faziam uso pesado (vinte ou mais vezes no mês). O uso na vida de energéticos junto ao uso de bebidas alcoólicas por estudantes foi expressivo em todas as capitais, sendo de 15,4% no total. Essas substâncias merecem atenção especial, pois segundo vários estudos elas podem prolongar o efeito excitatório do álcool.

Com relação ao uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua, foi publicado em 2003, pela SENAD, em parceria com o CEBRID–UNIFESP, um importante levantamento realizado em todas as capitais do Brasil incluindo jovens de 10 a 18 anos de idade. Nessa pesquisa foi constatado que, entre os entrevistados que não moravam com a família, 88,6% relataram ter feito uso de algum tipo de droga (incluindo álcool e tabaco) no último mês anterior à entrevista. Especificamente com relação ao álcool, 43% do total de entrevistados (incluindo os que moravam e os que não moravam com a família) relataram ter feito uso nos últimos 30 dias.

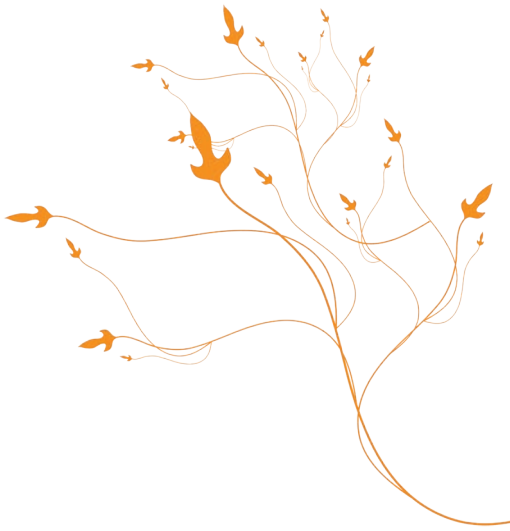
Outra população estudada recentemente foi a dos universitários. No I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras, lançado em junho de 2010 pela SENAD, em parceria com o GREA – FMUSP, constatou-se que 86,2% (12.673) dos entrevistados afirmaram já ter feito uso de bebida alcoólica em algum momento da vida. Dentre eles, a proporção entre homem e mulher foi igual de uma para um. Mas, quanto à frequência e à quantidade, os homens beberam mais vezes e em maior quantidade que as mulheres. Os dados também apontaram um consumo mais frequente de álcool entre os universitários do que na população em geral.

Indicadores Epidemiológicos

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

Outro indicador importante refere-se ao uso indevido de **medicamentos psicotrópicos**. No Brasil, o uso indevido de benzodiazepínicos (ansiolíticos) passou a ser motivo de preocupação no final da década de 1980. Estudos mais recentes mostram que os benzodiazepínicos compõem a classe de medicamentos psicotrópicos mais prescritos, a partir da **análise das receitas médicas** retidas em estabelecimentos farmacêuticos. São as mulheres as maiores consumidoras dessas substâncias, e os médicos sem especialização, os maiores prescritores. No entanto, os benzodiazepínicos não são a única classe de medicamentos psicotrópicos sujeitos ao "abuso terapêutico". Antes de serem proibidas, o que aconteceu recentemente, havia a prescrição

indiscriminada de anfetaminas (inibidores do apetite) para fins estéticos para pacientes sem evidência de indicação clínica (índice de massa corporal – IMC– maior que 30 kg/m2).



CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Tabela - Comparação do **uso na vida** de algumas drogas em três diferentes populações pesquisadas. Dados expressos em porcentagens (Fonte: SENAD, CEBRID – UNIFESP e GREA - FMUSP).

LEVANTAMENTOS				
Drogas	Domiciliar	Estudantes de Ensino Fundamental e Médio	Crianças e Adolescentes em Situação de Rua	Universitários
Maconha	6,9	5,7	40,4	26,1
Solventes	5,8	8,7	44,4	20,4
Cocaína	2,3	2,5	24,5	7,7

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

BIBLIOGRAFIA

Andrade AG, Duarte PCAV, Oliveira LG, organizadores. I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2010.

Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom T. Epidemiologia básica. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994. p. 186.

BRASIL. Ministério da Justiça. Polícia Federal – Estatísticas de apreensões de drogas. Disponível em: <http://www.dprf.gov.br/PortalInternet/estatistica.faces>.

Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil - 2001. São Paulo: SENAD/CEBRID; 2002.

Carlini EA, Galduróz JCF. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: 2005. Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID/SENAD; 2007. 468 p.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/folhetos/folhetos.htm>.

CONACE. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Quinto informe anual sobre la situación de drogas en Chile. Santiago: Ministerio del Interior.

CONACE. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes; 2005. Disponível em: <http://www.conacedrogas.cl>

EMCDDA - European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2005. Disponível em: <http://www.emcdda.eu.int/index>.

Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras - 2004. São Paulo: SENAD/CEBRID; 2005.

INCB - International Narcotic Control Board. Report for 2009: Psychotropic Substances - Statistics for 2008. Assessments of Annual

Medical and Scientific Requirements or Substances in Schedules II, III and IV of the Convention on Psychotropic Substances of 1971. New York: United Nations; 2010.

Nappo SA, Tabach R, Galduróz JFC, Carlini EA. Use of anorectic amphetamine-like drugs by Brazilian women. Eating Behaviors 2002 3:153-156.

NIDA - National Institute on Drug Abuse. High school and youth trends, 2005. Disponível em: <http://www.drugabuse.gov/about/roadmap/index.html>.

Noto AR, Carlini EA, Mastroianni PC, Alves VC, Galduróz JCF, Kuroiwa W, et al. Analysis of prescription and dispensation of psychotropic medications in two cities in the state of São Paulo. Brazil. Rev Bras Psiquiatr. 2002;24:68-73.

Noto AR, Galduróz JCF, Nappo AS, Fonseca AM, Carlini CMA, Moura YG, et al. Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, 2003. São Paulo: SENAD/ CEBRID; 2004.

Ponce JC, Muñoz DR, Andreuccetti G, Carvalho DG, Leyton V. Alcohol-related traffic accidents with fatal outcomes in the city of São Paulo. Accident Analysis and Prevention. 2011; 43; 782-87.

SAMHSA - Substance abuse and mental health services administration. Office of applied studies: 1999-2000. National household survey on drug abuse. Washington: U.S. Department of Health and Human Services; 2001. Disponível em: <http://www.samhsa.gov>.

SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas. Curso de formação em prevenção do uso indevido de drogas para educadores de escolas públicas. Volume I: O adolescente e as drogas no contexto da escola. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas e Ministério da Educação; 2004. 84p.

LINK PARA TODOS OS RELATÓRIOS DE ESTUDOS E LEVANTAMENTOSPATROCINADOS PELA SENAD:

OBID – http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/

II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. Resultados preliminares. 2013. Disponível em: < http://inpad.org.br/LENAD/>.

ATIVIDADES

1. **Qual a importância da epidemiologia em relação ao uso de drogas?**
   ( ) a. Fornecer informações de prevenção para campanhas.
   ( ) b. Conhecer o consumo de drogas numa determinada população.
   ( ) c. Conhecer novas tendências de uso de drogas.
   ( ) d. Todas as alternativas anteriores estão corretas.

2. **Com referência aos dados epidemiológicos relacionados ao uso de crack no Brasil, podemos afirmar que:**
   ( ) a. O crack está entre as duas drogas mais consumidas no país.
   ( ) b. O uso na vida de crack é superior ao de maconha, solventes, tranquilizantes e anfetaminas.
   ( ) c. Estima-se que existam 370 mil usuários de crack nas capitais do país, sendo 50 mil crianças ou adolescentes.
   ( ) d. O consumo de crack é mais comum entre a população idosa.

3. **Sobre epidemiologia do consumo de drogas, podemos afirmar que:**
   ( ) a. Embora existam estudos sobre o uso de drogas no Brasil, os dados disponíveis não representam todos os contextos sociais nos quais o consumo ocorre.
   ( ) b. O uso de drogas é dinâmico, variando de um lugar para outro e ao longo do tempo.
   ( ) c. São necessárias pesquisas epidemiológicas periódicas para avaliação de novas tendências.
   ( ) d. Todas as alternativas anteriores estão corretas.

4. Quais as duas drogas mais consumidas no Brasil que merecem maior atenção devido aos problemas que acarretam?

( ) a. O álcool e a cocaína, porque geralmente são drogas consumidas na mesma ocasião e isso potencializa os efeitos negativos no organismo.

( ) b. A maconha e os solventes, porque os adolescentes experimentam e não conseguem mais parar de usar.

( ) c. Os calmantes (benzodiazepínicos) e os medicamentos para emagrecer (anfetamínicos), porque são remédios que as crianças aprendem a usar muito cedo e dos quais podem se tornar dependentes.

( ) d. O álcool e o tabaco, pois são as drogas mais consumidas pelos brasileiros e seu uso está relacionado a muitas doenças e problemas sociais.

Reflita a respeito...

- Através dos estudos científicos apresentados, você já sabe quais são as drogas mais consumidas no Brasil, assim como os índices e padrões de uso e dependência das substâncias. Esses resultados costumam surpreender por serem diferentes do que imaginamos existir na realidade brasileira. Em sua opinião, qual é o motivo para que a percepção geral seja tão diferente dos dados provenientes de levantamentos epidemiológicos?

Aula 2

Aula 2

A Política e a Legislação Brasileira sobre Drogas

OS OBJETIVOS DESTA AULA SÃO:

- conhecer as Políticas Públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas
- identificar as principais legislações relacionadas
- conhecer o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)
- conhecer a Política Nacional sobre o Álcool

TÓPICOS

- Política Nacional sobre Drogas
- A Lei nº 11.343/2006 - Lei de Drogas
- Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)
- A Política Nacional sobre o Álcool
- Programa Crack, é possível vencer
- Bibliografia
- Atividades

POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS

Até o ano de 1998, o Brasil não contava com uma política nacional específica sobre o tema da redução da demanda[1] (Brasil, 2006a) e da oferta de drogas[2] (Brasil, 2010a).

Foi a partir da realização da XX Assembleia Geral das Nações Unidas, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas, aderidos pelo Brasil, que as primeiras medidas foram tomadas. O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD[3] (Brasil, 2006b), diretamente vinculada à, então, Casa Militar da Presidência da República.

Com a missão de **coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade,** e como Secretaria Executiva do Conselho Nacional Antidrogas, coube à SENAD mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da política brasileira. Assim, em 2002, por meio de Decreto Presidencial nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, foi instituída a Política Nacional Antidrogas – PNAD.

Em 2003, o Presidente da República, em Mensagem ao Congresso Nacional, apontou a necessidade de construção de uma nova Agenda Nacional para a redução da demanda de drogas no país, que viesse a contemplar três pontos principais:

- **integração das políticas públicas** setoriais com a Política Nacional Antidrogas, visando ampliar o alcance das ações
- **descentralização das ações** em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município
- **estreitamento das relações** com a sociedade e com a comunidade científica

Ao longo dos primeiros anos de existência da Política Nacional Antidrogas, o tema *drogas* manteve-se em pauta e a necessidade de aprofundamento do assunto também.

Assim, foi necessário reavaliar e atualizar os fundamentos da PNAD, levando em conta as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o país e o mundo vinham passando.

[1] **Redução da demanda:** Ações referentes à prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, bem como àquelas relacionadas ao tratamento, à recuperação, à redução de danos e à reinserção social de usuários e dependentes.

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

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

Em 2004, foi efetuado o processo de realinhamento e atualização da política, por meio da realização de um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis fóruns regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas. Coube à SENAD a responsabilidade pela articulação e coordenação desse grande projeto nacional.

Com ampla participação popular, embasada em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados, a política realinhada passou a chamar-se **Política Nacional sobre Drogas - PNAD** e foi aprovada pelo **Conselho Nacional Antidrogas – CONAD** em 23 de maio de 2005, entrando em vigor em 27 de outubro desse mesmo ano, por meio da Resolução nº3/GSIPR/CONAD. Como resultado, o prefixo "anti" da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo "sobre", já de acordo com as tendências internacionais, com o posicionamento do governo e com a nova demanda popular, manifestada ao longo do processo de realinhamento da política.

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

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

Em 2006, a SENAD coordenou um grupo de governo que assessorou os parlamentares no processo que culminou na aprovação da Lei nº 11.343/2006, que instituiu o **Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD**, suplantando uma legislação de 30 anos que se mostrava obsoleta e em desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações sociais.

A LEI N° 11.343/2006 - LEI DE DROGAS

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

Essa Lei nasceu da necessidade de compatibilizar os dois instrumentos nor-

mativos que existiam anteriormente: a Lei nº 6.368/76[4] e a 10.409/2002[5]. A partir de sua edição, foram revogados esses dois dispositivos legais prévios, com o reconhecimento das diferenças entre a figura do traficante e a do usuário/dependente, os quais passaram a ser tratados de forma diferenciada e a ocupar capítulos diferentes na lei.

O Brasil, seguindo tendência mundial, entendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade. Essa abordagem em relação ao porte de drogas para uso pessoal tem sido apoiada por especialistas que apontam resultados consistentes de estudos, nos quais: **a atenção ao usuário/dependente deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, ao invés de encarceramento**.

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

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

Recentemente, a Câmara dos Deputados aprovou o projeto de lei nº 7663/10, que propõe a alteração de alguns itens da Lei de Drogas, entre eles a definição de critérios para a atenção aos usuários e dependentes e o financiamento das ações sobre drogas no país. A proposta aguardava a apreciação do Senado Federal no momento da revisão deste material.

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

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

SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS (SISNAD)

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

I. contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para

o uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados

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

III. promover a integração entre as políticas de **prevenção** do uso indevido, **atenção e reinserção social** de usuários e dependentes de drogas

IV. reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas

V. promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, estados e municípios

O SISNAD está organizado de modo a assegurar a orientação central e a execução descentralizada das atividades realizadas em seu âmbito. Com a sua regulamentação, houve a reestruturação do **Conselho Nacional Antidrogas - CONAD**, garantindo a participação paritária entre governo e sociedade.

Em 23 de julho de 2008, foi instituída a Lei nº 11.754, por meio da qual o Conselho Nacional Antidrogas passou a se chamar **Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas** (CONAD). A nova lei também alterou o nome da Secretaria Nacional Antidrogas para **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas** (SENAD). Essa modificação histórica era aguardada desde o processo de realinhamento da Política Nacional sobre Drogas, em 2004, tornando-se um marco na construção de políticas públicas no Brasil.

A ação do CONAD é descentralizada por meio de conselhos estaduais e de conselhos municipais:

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

- acompanhar e atualizar a Política Nacional sobre Drogas, consolidada pela SENAD
- exercer orientação normativa sobre ações de redução da demanda e da oferta de drogas
- acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do **Fundo Nacional Antidrogas**[6] (Brasil, 2010b) e o desempenho dos planos e programas da Política Nacional sobre Drogas
- promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos estados, dos municípios e do Distrito Federal

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

O Decreto nº 5.912/2006, com as alterações introduzidas pelo Decreto nº 7426/2010, regulamentou, ainda, as competências dos Órgãos do Poder Executivo no que se refere às ações de redução da demanda e da oferta de drogas.

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

- articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas
- consolidar a proposta de atualização da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) na esfera de sua competência
- definir estratégias e elaborar planos, programas e procedimentos para alcançar as metas propostas na PNAD e acompanhar sua execução
- gerir o Fundo Nacional Antidrogas e o **Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas**[7] (Brasil, 2006 d).
- promover o intercâmbio com organismos internacionais na sua área de competência

O trabalho da SENAD é desenvolvido em três eixos principais:

1) Diagnóstico situacional

- **Objetivo:** realização de estudos que permitam um diagnóstico sobre a situação do consumo de drogas no Brasil e seu impacto nos diversos domínios da vida da população. Esse diagnóstico vem se consolidando por meio de estudos e pesquisas de abrangência nacional, na população geral e naquelas específicas que vivem sob maior vulnerabilidade para o consumo e o tráfico de drogas.
- **Exemplos de ações:** realização de levantamentos sobre uso de drogas pela população geral brasileira, por estudantes, povos indígenas, crianças e adolescentes; mapeamento das instituições de atenção às questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, entre outros.

2) Capacitação de Agentes do SISNAD

- **Objetivo:** capacitação dos atores sociais que trabalham diretamente com o tema drogas, e também de multiplicadores

[7] O OBID é um órgão da estrutura do Governo Federal, vinculado à SENAD, que, de acordo com o Decreto no 5.912/2006, cap. V, art. 16, possui a missão de reunir e centralizar informações e conhecimentos atualizados sobre drogas, incluindo dados de estudos, pesquisas e levantamentos nacionais, produzindo e divulgando informações, fundamentadas cientificamente, que contribuam para o desenvolvimento de novos conhecimentos aplicados às atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e de reinserção social de usuários e dependentes de drogas e para a criação de modelos de intervenção baseados nas necessidades específicas das diferentes populações-alvo, respeitadas suas características socioculturais.

de informações de prevenção, tratamento e reinserção social.

- **Exemplos de ações:** cursos de formação para conselheiros municipais, operadores do Direito, lideranças religiosas e comunitárias, educadores, profissionais das áreas de saúde, assistência social, segurança pública, empresas/indústrias, entre outros.

3) Projetos Estratégicos

- **Objetivo:** projetos de alcance nacional que ampliam o acesso da população às informações, ao conhecimento e aos recursos existentes na comunidade.
- **Exemplos de ações:** parceria com estados e municípios para fortalecimento dos Conselhos sobre Drogas; apoio técnico e financiamento a projetos por meio de Subvenção Social; implantação do Serviço Nacional de Orientações e Informações sobre Drogas (Viva Voz - 132); ampliação e fortalecimento da Cooperação Internacional, criação da Rede de Pesquisa sobre Drogas, entre outros.

Com o objetivo de potencializar e articular as ações de redução da demanda, focadas principalmente em atividades preventivas, com ações de redução da oferta de drogas, que priorizam o enfrentamento ao tráfico de ilícitos, em janeiro de 2011, o Governo Federal optou pela transferência da SENAD da estrutura do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça.

A POLÍTICA NACIONAL SOBRE O ÁLCOOL

A Política Nacional sobre o Álcool resultou de um longo processo de discussão.

Em julho de 2005, o então Conselho Nacional Antidrogas, ciente dos graves problemas inerentes ao consumo prejudicial de álcool, e com o objetivo de ampliar o espaço de participação social para a discussão de tão importante tema, instalou a **Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool – CEPPA**, composta por diferentes órgãos governamentais, especialistas, legisladores e representantes da sociedade civil. A Câmara Especial iniciou suas atividades a partir dos resultados do Grupo Técnico Interministerial criado no Ministério da Saúde, em 2003.

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

Em maio de 2007, por meio do Decreto nº 6.117/2007, foi apresentada à sociedade brasileira a **Política Nacional sobre o Álcool.**

O objetivo geral da **Política Nacional sobre o Álcool** é estabelecer princípios que orientem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo consumo desta substância, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas.

Essa política, reconhecendo a importância da implantação de diferentes medidas articuladas entre si, e numa resposta efetiva ao clamor da sociedade por ações concretas de proteção aos diferentes domínios da vida da população, veio acompanhada de um elenco de medidas passíveis de implementação pelos órgãos de governo no âmbito de suas competências e outras de articulação com o Poder Legislativo e demais setores da sociedade.

Essas medidas são detalhadas no anexo II do Decreto nº 6.117 e podem ser divididas em nove categorias:

- diagnóstico sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil
- tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool
- realização de campanhas de informação, sensibilização e mobilização da opinião pública quanto às consequências do uso indevido e do abuso de bebidas alcoólicas
- redução da demanda de álcool por populações vulneráveis
- segurança pública
- associação álcool e trânsito
- capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informações sobre temas relacionados à saúde, educação, trabalho e segurança pública

- estabelecimento de parceria com os municípios para a recomendação de ações municipais
- propaganda de bebidas alcoólicas

Merece destaque, dentre essas medidas estratégicas para minimizar os impactos adversos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, as ações ligadas à associação álcool e trânsito, tendo em vista que os problemas relacionados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas não atingem apenas populações vulneráveis, mas associam-se diretamente com os índices de morbidade e mortalidade da população geral. Por essa razão, tornou-se urgente desenvolver medidas contra o ato de "beber e dirigir".

Em janeiro de 2008, o Poder Executivo encaminhou ao Congresso Nacional a medida provisória nº 415, proibindo a venda de bebidas alcoólicas nas rodovias federais e propondo a alteração da Lei nº 9.503/97 - Código de Trânsito Brasileiro. Após exaustivo processo de discussão e com ampla participação popular, essa medida provisória foi transformada em um projeto de lei, aprovado no Congresso Nacional em maio de 2008.

A nova Lei nº 11.705 foi sancionada em 19 de junho de 2008, por ocasião da realização da X Semana Nacional Antidrogas.

Essa Lei alterou alguns dispositivos do Código de Trânsito Brasileiro, impondo penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência de álcool.

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

O motorista que apresentar concentração de álcool **igual ou superior a 0,6g/L** de sangue sofrerá **pena de detenção de seis meses a três anos**, além das penalidades administrativas[8] (Brasil, 1997).

- Penalidades Administrativas – até 0,6 g/L
- Penalidades Criminais – a partir de 0,6 g/L

Após alguns anos, a Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012, alterou o dispositivo referente à comprovação de que o motorista estava sob influência de álcool ou outra substância psicoativa, possibilitando que, além do teste, o condutor seja submetido a exame clínico, perícia, imagem, vídeo ou outro procedimento que, por meios técnicos ou científicos, na forma disciplinada pelo CONTRAN, permita certificar tal influência.

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

I – Exame de sangue: concentração igual ou superior a seis decigramas de álcool por litro de sangue (0,6 g/L);
II – Teste de aparelho de ar alveolar pulmonar (etilômetro): concentração de álcool igual ou superior a três décimos de miligramas por litro de ar expelido dos pulmões.

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

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

Em 20 de dezembro de 2012, por meio da Lei nº 12.760, houve nova alteração no código de Trânsito Brasileiro, tornando as medidas administrativas e as penalidades mais severas, com ampliação da possibilidade de responsabilização penal. Mas a maior inovação foi a possibilidade de enquadrar e punir criminalmente os condutores que se recusam a fazer o teste com o etilômetro (bafômetro), através da utilização de outros meios que comprovem capacidade psicomotora alterada em decorrência da influência de álcool ou outra substância psicoativa que determine dependência.

O condutor poderá ser submetido a teste de alcoolemia, exame clínico, perícia, prova testemunhal ou outro procedimento que permita identificar o consumo de álcool ou outra substância psicoativa. A infração também poderá ser caracterizada mediante imagem, vídeo ou constatação de sinais que indiquem alterações na capacidade psicomotora. A resolução do CONTRAN nº 432, de 23 de janeiro de 2013, dispõe sobre os procedimentos a serem adotados pelas autoridades de trânsito e agentes de fiscalização: exame de sangue, exames laboratoriais, teste com etilômetro, exames clínicos, verificação de sinais que indiquem alteração psicomotora, com a possibilidade de utilizar prova testemunhal, vídeo ou imagem. Com a nova Lei, além de qualquer concentração de álcool por litro de sangue estar sujeita a penalidades administrativas, o valor da multa, que antes era de R$ 957,70, foi estabelecido em R$ 1.915,40, podendo ser duplicado em caso de reincidência. Todas essas medidas têm como objetivo reduzir o número de acidentes de trânsito no Brasil, coibindo a associação entre o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas e o ato de dirigir.

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

PROGRAMA CRACK, É POSSÍVEL VENCER

O fenômeno do consumo de crack, álcool e outras drogas é complexo, multifatorial e está associado a diferentes significados históricos e culturais. Construir uma política pública que dê conta dessa complexidade é desafiador e requer, acima de tudo, uma visão intersetorial, tendo em vista os diversos aspectos envolvidos (biológicos, pessoais, familiares, sociais, entre outros).

No intuito de articular e coordenar diversos setores para ações integradas de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários abusadores e dependentes de crack, álcool ou outras drogas, bem como enfrentar o tráfico em parceria com estados, municípios e sociedade civil, o Governo Federal convergiu esforços e lançou, em dezembro de 2011, o programa "Crack, é possível vencer"[9], que indicou a implementação de ações para a abordagem do tema de forma intersetorial.

A perspectiva é que somente uma organização em rede é capaz de fazer face à complexidade das demandas sociais e fortalecer a rede comunitária. Nesse sentido, o programa está estruturado em três eixos que propõem ações específicas e complementares. São eles:

- **Prevenção:** ampliar as atividades de prevenção, por meio da educação, disseminação de informações e capacitação dos diferentes segmentos sociais que, de forma direta ou indireta, desenvolvem ações relacionadas ao tema, tais como: educadores, profissionais de saúde, de assistência social, segurança pública, conselheiros municipais, líderes comunitários e religiosos;
- **Cuidado:** aumentar a oferta de ações de atenção aos usuários de crack e outras drogas e seus familiares, por meio da ampliação dos serviços especializados de saúde e assistência social, como os Consultórios na Rua, os Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS-ad), as Unidades de Acolhimento adulto e infanto-juvenil, Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), leitos de saúde mental em hospitais gerais, entre outros;
- **Autoridade:** enfrentar o tráfico de drogas e as organizações criminosas através de ações de inteligência entre a Polícia Federal e as polícias estaduais. Estão sendo realizadas, também, intervenções de segurança pública com foco na

[9]Lançado por meio do Decreto Presidencial nº 7.637/2011, que alterou o decreto nº 7.179/2010, que instituiu o "Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas

polícia de proximidade em áreas de maior vulnerabilidade para o consumo, que contam com a ampliação de bases móveis e videomonitoramento para auxiliar no controle e planejamento das ações nesses locais.

Assim, o Programa prevê uma atuação articulada intersetorial e descentralizada entre Governo Federal, estados, Distrito Federal e municípios, além de contar com a participação da sociedade civil e diversas universidades, sempre com o monitoramento intensivo das ações. Compõem a equipe responsável pelas ações do Programa os Ministérios da Justiça, Saúde, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Educação, além da Secretaria de Direitos Humanos e a Casa Civil da Presidência da República. No âmbito local, foram criados comitês gestores estaduais e municipais, com o objetivo de coordenar e monitorar o andamento de todas as ações realizadas.

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

O uso de crack, álcool e outras drogas afeta a todos, sejam familiares, educadores, líderes comunitários, profissionais ou cidadãos. A observância à legislação vigente, aliada às orientações da Política Nacional sobre Drogas, da Política Nacional sobre Álcool e do Programa Crack, é possível vencer, contribui para o fortalecimento de uma rede de atenção às questões relativas ao uso de substâncias psicoativas numa perspectiva inclusiva, de respeito às diferenças, humanista, de acolhimento e não estigmatizante do usuário e seus familiares.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Secretaria Nacional Antidrogas. A prevenção do uso de drogas e a terapia comunitária. Brasília: SENAD; 2006(a).

BRASIL. Decreto-lei nº 5.912/2006, de 27 de setembro de 2006(d).

BRASIL. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011.

BRASIL. Inovação e participação. Relatório de ações do governo na área da redução da demanda de drogas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD); 2006.

BRASIL. Lei nº 11.343/2006, de 23 de agosto de 2006(c).

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

BRASIL. Lei nº 9503/1997, de 23 de setembro de 1997.

BRASIL. Lei nº 12.760/2012, de 20 de dezembro de 2012.

BRASIL. Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2010(b).

ATIVIDADES

1. **A Política Nacional sobre o Álcool é um capítulo recente na história das políticas públicas na área de drogas em nosso país. Sobre essa política é INCORRETO afirmar que:**
   - ( ) a. Ela possui como objetivo geral estabelecer princípios que orientem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool.
   - ( ) b. Ela não visa ao tratamento ou à reinserção social de usuários e dependentes de álcool, pois essas ações já estão previstas em outra política, vinculada à área da saúde.
   - ( ) c. Entre suas medidas estão ações voltadas para o tema álcool e trânsito.
   - ( ) d. Ela busca contemplar diversos setores da sociedade e integrar suas ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo consumo do álcool, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas.

2. **O programa "Crack, é possível vencer" indicou a implementação de ações para a abordagem do tema de forma intersetorial e está estruturado em três eixos que propõem ações específicas e complementares. Marque abaixo a alternativa CORRETA:**
   - ( ) a. Prevenção, Redução de Danos e Pesquisa.
   - ( ) b. Legislação, Política Pública e Diagnóstico.
   - ( ) c. Prevenção, Autoridade e Cuidado.
   - ( ) d. Cuidado, Pesquisa e Legislação.

3. **Um dos grandes avanços alcançados com o estabelecimento da atual Política Nacional sobre Drogas (PNAD) foi:**
   - ( ) a. O rigor da repressão ao uso de drogas com o aumento das penas para usuários.
   - ( ) b. A extinção do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e a consequente criação do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas.
   - ( ) c. O fortalecimento das ações setoriais em detrimento das ações intersetoriais.
   - ( ) d. A não penalização dos usuários e dependentes pela justiça com a privação de liberdade.

4. Dentre as alternativas a seguir qual NÃO é um objetivo da SISNAD (Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas):

( ) a. Promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país.

( ) b. Contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável à assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados.

( ) c. Promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

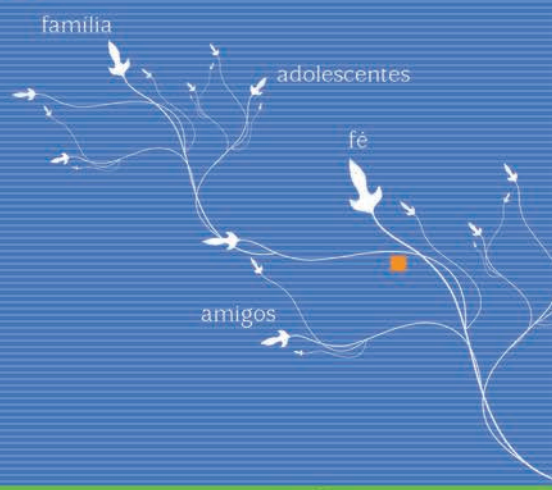
( ) d. Regulamentar a produção e distribuição de drogas no país.

Reflita a respeito...

- Como você viu, o nome SENAD foi alterado de Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Nessa perspectiva de mudança de abordagem, em 2006, a Lei nº 11343/06 instituiu o SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Em sua opinião, qual é a importância dessa mudança de nomes e da criação desse sistema no cotidiano das pessoas em geral e daqueles que trabalham com usuários de drogas? Você acha que essas alterações indicam uma mudança de visão em relação ao tema drogas?

Efeitos e consequências dos diferentes padrões de uso de álcool e outras drogas

Módulo 2



família amigos

família

cônjuges

fé comunidade

adolescentes fé

MÓDULO 2

Efeitos e consequências dos diferentes padrões de uso de álcool e outras drogas

Objetivos

Após o estudo deste módulo, os alunos deverão ser capazes de:

- identificar as drogas depressoras, estimulantes e perturbadoras e seus efeitos sobre o ser humano
- conceituar dose padrão e suas implicações legais e para a saúde
- reconhecer medidas de prevenção e encaminhamento para pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas
- relacionar transtornos psiquiátricos e comorbidades com uso de álcool e outras drogas, identificando a necessidade de encaminhamento médico integrado
- identificar os padrões de uso de álcool e/ou outras drogas. Aplicar, pontuar e interpretar os instrumentos de triagem ASSIST, AUDIT e DUSI

Aulas

A3 | Álcool e outras drogas: efeitos agudos e crônicos

A4 | Problemas psiquiátricos e comportamentais associados ao uso de álcool e outras drogas

A5 | Crack - Uma abordagem multidisciplinar

A6 | Os diferentes padrões de consumo de álcool e outras drogas

Aula 3

Aula 3

Álcool e outras drogas: efeitos agudos e crônicos

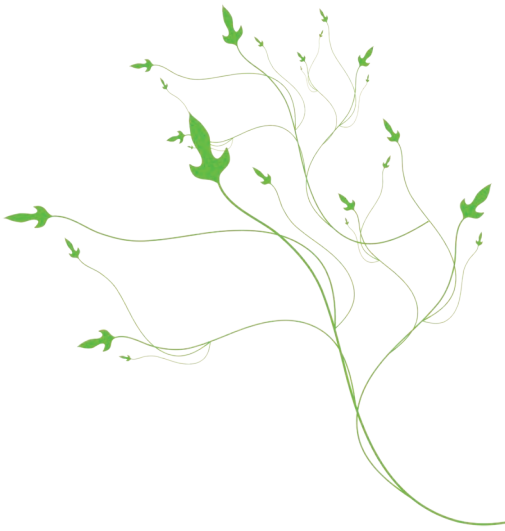
OS OBJETIVOS DESTA AULA SÃO:

- identificar as principais drogas de abuso
- classificar as drogas entre depressoras, estimulantes e perturbadoras
- conceituar dose-padrão de bebidas alcoólicas e suas implicações legais
- conhecer os efeitos de curto e longo prazo das drogas
- conhecer os principais problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas

TÓPICOS

- Introdução
- Drogas psicoativas ou psicotrópicas
- Drogas depressoras
- Drogas estimulantes
- Drogas perturbadoras
- Conclusões
- Bibliografia
- Atividades

INTRODUÇÃO



Para que você possa conversar adequadamente com as pessoas de sua comunidade sobre problemas relacionados ao uso abusivo de álcool ou outras drogas, é importante saber quais são as principais drogas, seus efeitos e como elas podem modificar o comportamento das pessoas. Algumas pessoas pensam que **DROGAS** são somente aquelas substâncias cujo consumo é proibido pela lei. Na verdade, essas são somente algumas delas, as chamadas drogas *ilícitas* ou *ilegais*.

Mas lembre-se de que existem muitas **DROGAS** *lícitas ou legais,* que são vendidas e consumidas legalmente.

O que é droga?
Segundo a Organização Mundial de Saúde, droga é *qualquer substância que altera o funcionamento do organismo e que não é produzida por ele.*

Nesta aula iremos conhecer mais sobre as **drogas psicotrópicas**: aquelas que alteram o funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC) e podem causar dependência.

DROGAS PSICOATIVAS OU PSICOTRÓPICAS

Existem vários tipos dessas drogas e, para facilitar a compreensão, elas foram classificadas, de acordo com os seus efeitos no SNC, em:

- Drogas DEPRESSORAS: aquelas que tornam mais lento o funcionamento do SNC. Podem causar sonolência e, por causa disso, algumas dessas substâncias também são chamadas de "*sedativos*" ou "*hipnóticos*". Várias delas, como os benzodiazepínicos e os opiáceos, são usadas com fins médicos para induzir o sono e anestesia. As bebidas alcoólicas também são consideradas drogas depressoras. Exemplos:
  - » álcool
  - » ansiolíticos

  - solventes/inalantes
  - opiáceos ou opioides

- **Drogas ESTIMULANTES:** aquelas que aceleram o funcionamento do SNC, provocando agitação, excitação, insônia, entre outros efeitos. Exemplos:
  - cocaína e crack
  - anfetaminas
  - nicotina

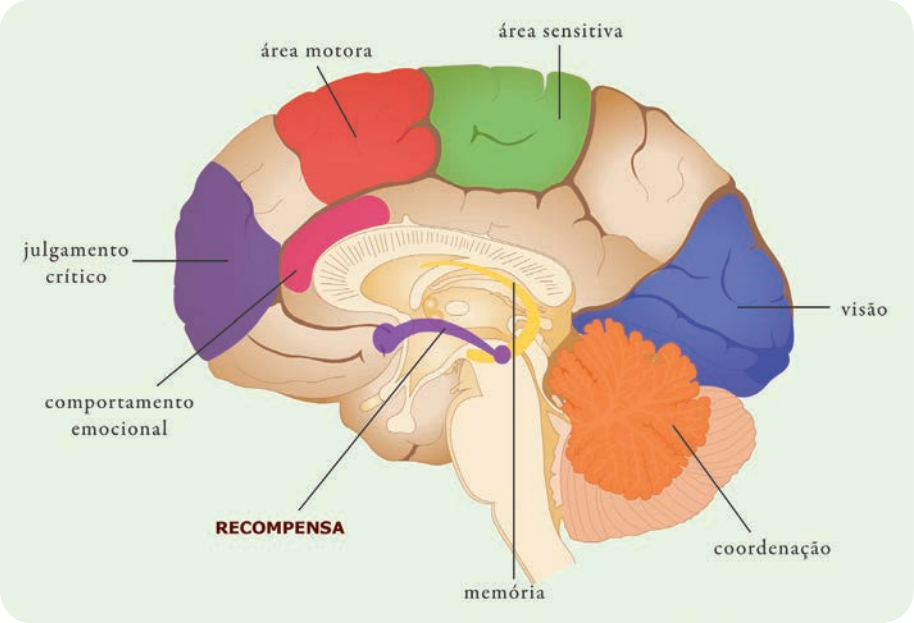
- **Drogas PERTURBADORAS:** aquelas que produzem alterações no funcionamento do cérebro, como delírios, alucinações e alteração na capacidade de discriminar corretamente o tempo (a pessoa sob seu efeito acha que o tempo passou rápido ou devagar demais) e espaço (por exemplo, não consegue discriminar bem a distância de um objeto). Essas drogas também são chamadas de alucinógenas ou psicodélicas. Exemplos:
  - maconha
  - êxtase (MDMA)
  - LSD
  - ayahuasca
  - anticolinérgicos

Por que as pessoas usam álcool e outras drogas?

Há muitos fatores que influenciam, mas, sem dúvida, o mais importante é pela capacidade dessas substâncias **produzirem prazer ou reduzirem sensações desagradáveis**.

Cada droga age de um modo próprio, mas **todas** as drogas de abuso agem, direta ou indiretamente, em um **mesmo local do cérebro**, responsável pelas sensações de prazer. Normalmente, essa região do cérebro é estimulada quando sentimos **prazer,** como por exemplo comer, olhar para uma paisagem bonita ou escutar uma música da qual gostamos.

Cada parte do nosso cérebro tem muitas funções. Veja algumas delas e o local onde agem as drogas, causando prazer (**sistema de recompensa**) na região central.



Todas as drogas de abuso (incluindo o álcool) fazem com que nosso cérebro libere maior quantidade de uma substância chamada dopamina (DA), que age na comunicação entre os neurônios (por isso chamada de neurotransmissor). **Esse aumento de dopamina gera uma sensação de prazer.**

Lembre-se:

Para pessoas que não sentem muito prazer com outras coisas, usar bebidas alcoólicas ou outras drogas é especialmente importante. Por isso, no tratamento de pessoas com dependência, é fundamental encontrar outras fontes de prazer que possam **substituir** o prazer causado pelas drogas. Além da sensação de prazer, algumas pessoas procuram nas drogas uma sensação de "alívio" para um desconforto – que pode ser uma sensação de tristeza, depressão, ansiedade ou de sintomas desagradáveis causados pela falta da droga (síndrome de abstinência). Dessa forma, elas usam as bebidas alcoólicas ou outras drogas quase como uma "automedicação". Nesses casos é possível que elas precisem de ajuda especializada. Vamos falar disso com mais detalhes na aula seguinte.

Dica

Alguns estudos mostraram que viver em um ambiente com estímulos positivos ou menor estresse reduz o consumo de drogas.

Como o ambiente influencia o uso de drogas?

Já se sabe que o ambiente pode aumentar o risco de se usar drogas. É o que se chama de "condicionamento" ao ambiente.

Por exemplo: quem tem cachorro sabe que o simples fato de pegar a

vasilha da comida do animal, ou levantar da mesa de refeições, faz com que o cachorro se agite e corra para o local em que recebe a comida. Ele age "antecipando" a recompensa que receberá (comida).

Com as drogas acontece uma coisa parecida...

A simples visão do local no qual o usuário costumava usar a droga pode dar vontade de usá-la. Isso ocorre porque ele associou o ambiente ao efeito da droga (prazer).

As pessoas também "aprendem" que usar drogas é um modo de lidar com situações desagradáveis.

É muito comum ver em filmes e novelas pessoas usando bebidas alcoólicas para "relaxar", para lidar com o estresse. Parte desse comportamento é socialmente "aprendido" e outra parte é resultado do efeito ansiolítico (redutor da ansiedade) de algumas drogas.

Vamos aprender um pouco sobre as principais drogas de abuso?

DROGAS DEPRESSORAS

Álcool

Sabemos que o uso de álcool faz parte da história da humanidade e também da nossa própria cultura. Várias pessoas bebem pouco, em ocasiões sociais, para brindar ou acompanhando uma refeição de uma maneira que não desencadeia problemas. Esse fato dificulta lidar com outra situação:

Para cerca de 30% das pessoas, o uso de bebidas alcoólicas é feito de modo exagerado, abusivo e gera muitos problemas, podendo levar à dependência.

Dose-padrão

O álcool está presente em diferentes quantidades nas bebidas alcoólicas. Uma mesma quantidade de bebidas fermentadas, como a cerveja e o vinho, possui menor quantidade de álcool do que as bebidas destiladas, como a cachaça (pinga), o uísque e a vodca.

Uma **dose-padrão de álcool** é uma quantidade de bebida alcoólica que contém cerca de **17 ml de álcool** (etanol) puro. Como a concentração das bebidas é diferente, quando alguém bebe uma dose pequena de pinga (40 ml) está bebendo a mesma quantidade de álcool que existe em uma lata de cerveja (340 ml). Dependendo da quantidade de bebida, da concentração e do tempo que a pessoa demorou a beber, ela terá uma determinada quantidade de álcool no sangue.

Veja no quadro abaixo o quanto existe de álcool nas bebidas mais comuns.

Uma dose padrão de álcool equivale a:					
Volume e tipo de bebida	**40 ml** de pinga, uísque ou vodka	**85 ml** de vinho do Porto, vermute ou licores	**140 ml** de vinho de mesa	**340 ml** (1 lata) de cerveja ou chope	**600 ml** (1 garrafa) de cerveja contém quase 2 doses
Concentração de álcool na bebida	40%	20%	12 a 15%	4,5 a 5,5%	4,5 a 5,5%

Para uma pessoa de 70 kg, o consumo de **UMA** dose-padrão leva a uma concentração de álcool no sangue de aproximadamente 0,20 g/L, de **DUAS** doses-padrão, a 0,44 g/L e de **TRÊS** doses-padrão, a 0,66 g/L. Esses níveis podem variar de pessoa para pessoa, dependendo do seu peso e gênero (mulheres são mais sensíveis e atingem níveis mais altos com menores quantidades).

- 1 garrafa de vinho (750 ml) = 5 doses-padrão
- 1 garrafa de destilado (pinga, uísque ou vodca) (750 ml) = 20 doses-padrão.

No ano de 2008 entrou em vigor a chamada "Lei Seca". Ela modificou o Código de Trânsito Brasileiro, aumentando as punições aplicadas a motoristas que dirigem sob o efeito do uso de álcool. Com essa lei, um motorista que tenha qualquer quantidade de álcool no sangue deverá ter seu veículo retido, sofrerá multa, recolhimento de sua habilitação para dirigir e suspensão de seu direito de dirigir por 12 meses. Caso o motorista apresente uma concentração de álcool no sangue superior a 0,6 g/L (medida pelo bafômetro), além dessas medidas, ele pode ser preso por um período de seis meses a três anos.

Mais recentemente, em 2012, ocorreu uma nova alteração do Código de Trânsito. O valor da multa dobrou de R$ 957,70 para R$ 1.915,40 e, caso o motorista rejeite fazer o teste do bafômetro, poderão ser utilizadas imagens, vídeos ou testemunhas para comprovar que ele apresentava sinais de embriaguez.

Ação no organismo

Vejamos quais os fatores que influenciam a ação do álcool no organismo:

- frequência da ingestão
- quantidade de álcool ingerida
- quantidade de álcool absorvida
- sua distribuição pelos tecidos do organismo
- sensibilidade individual dos diferentes tecidos e órgãos
- velocidade de metabolização

A maior parte (90%) do álcool bebido é metabolizada no fígado, transformando-se numa substância chamada **acetaldeído**. Essa substância pode afetar a pressão arterial, os batimentos cardíacos e causar rubor facial (a pessoa fica com o rosto vermelho), enjoos e vômitos. Muitos efeitos observados após a ingestão de bebidas alcoólicas, por exemplo a ressaca, são na verdade efeitos do acetaldeído, que permanece no sangue por mais tempo do que o álcool.

Medicamentos para tratamento

Medicamentos como o **Antietanol**® e **Sarcoton**® contêm **dissulfiram**, uma substância que impede a eliminação de acetaldeído.

Esses medicamentos ainda são usados para auxiliar no tratamento de pessoas dependentes de álcool, com a finalidade de ajudá-las na decisão de não beber, se souberem que ao beber sob o efeito do medicamento (até uma semana depois de ingerido o comprimido) elas podem passar muito mal e até morrer por parada respiratória ou cardíaca.

Medicamentos que contêm dissulfiram não tiram a vontade de beber.

Efeitos do álcool no Sistema Nervoso Central

Faz diferença beber lentamente ou rapidamente?
Como o organismo só é capaz de **eliminar UMA dose-padrão por hora**, se a pessoa beber várias doses seguidas seu organismo vai acumular mais álcool no sangue do que consegue eliminar. Assim, algumas formas de beber, como brincadeiras de *vira-vira-vira*, aumentam muito rapidamente os níveis de álcool no sangue, deixando-a embriagada mais rapidamente.

Atenção

Muitas mulheres colocam medicamentos (Antietanol® ou Sarcoton®) na comida do marido, pensando que estão tratando o alcoolismo, mas esses medicamentos NUNCA devem ser dados sem que o paciente saiba e concorde com isso!

Quais são os efeitos do álcool no Sistema Nervoso Central?

Logo depois de começar a beber, o álcool que existe nas bebidas alcoólicas é absorvido e, pelo sangue, chega ao cérebro e a praticamente todos os órgãos, modificando seu funcionamento. Dependendo da quantidade de álcool ingerido, os sintomas podem variar **desde um estado de euforia (alegria) até o coma alcoólico ou a morte**. Embora o álcool provoque um **efeito estimulante inicial**, ele é classificado como **depressor do Sistema Nervoso Central**, pois essa ação é a mais intensa e prolongada.

Veja no quadro abaixo a relação entre os níveis de álcool e os seus efeitos:

DOSES PADRÃO DE ÁLCOOL	EFEITOS
1 a 2	A pessoa fica eufórica, desinibida, mais sociável e falante, com sensação de prazer, de alegria (**efeitos estimulantes**), há uma diminuição da capacidade de avaliação dos perigos, podendo levar a comportamentos de risco, como beber e dirigir ou operar máquinas, sem condições para isso.
3 a 5	Fala "pastosa" ou "arrastada", os reflexos se tornam mais lentos, andar cambaleante, sonolência e redução da capacidade de raciocínio e concentração.
Mais de 6	Náuseas e vômitos, visão "dupla" ou borrada, dificuldades de raciocínio, diminuição de resposta a estímulos, sonolência, podendo chegar à anestesia, insuficiência respiratória, coma e morte.

Importante

Ao consumir bebidas alcoólicas, o usuário deve sempre ter comida no estômago (para diminuir a absorção do álcool) e alternar a ingestão de bebidas alcoólicas com bebidas não alcoólicas para evitar a embriaguez.

Como lidar com as pessoas enquanto estão intoxicadas pelo álcool ("bêbadas")?

Há várias maneiras populares de lidar com a intoxicação alcoólica, mas como você verá nenhuma delas é tão eficaz quanto o tempo. Por isso o

melhor a se fazer é deixar a pessoa em um local tranquilo onde ela possa repousar e o organismo consiga eliminar o álcool.

Nem sempre a administração de glicose é necessária. Isso somente é indicado em casos de pouca glicose no sangue (verificada através de um rápido exame feito por um profissional de saúde), por exemplo, quando a pessoa estiver sem comer por muito tempo.

Dica

Muitas vezes a pessoa não percebe a ligação entre seus problemas e o uso de álcool. Conhecendo melhor essa relação você poderá ajudá-la a perceber isso e propor mudanças.

Efeitos em longo prazo

Um dos motivos pelos quais o álcool causa tantos problemas é o fato de que alguns sintomas graves só aparecem depois de vários anos de uso. É o caso de **cânceres** e **cirrose**, por exemplo. É importante conhecer alguns desses problemas para orientar corretamente as pessoas de sua comunidade.

Como o etanol (o nome científico do álcool) é uma molécula muito pequena, ele atinge facilmente todos os órgãos e tecidos, causando várias doenças nas pessoas que fazem uso abusivo ou em dependentes de bebidas alcoólicas.

Recomendações

1. **Não é aconselhável beber em várias situações:**
   - quando houver algum compromisso ou tarefa em que o uso de álcool possa atrapalhar ou ser inconveniente (por exemplo: dirigir, trabalhar, operar uma máquina)
   - para enfrentar situações desagradáveis (por exemplo: quando se está deprimido, chateado, ansioso, triste ou sozinho)
   - para fazer coisas que se consideram difíceis (isso depende muito de cada pessoa, por exemplo: falar com pessoas estranhas ou em público, abordar alguém do sexo oposto, etc.)
   - para se embriagar (procurar conscientemente "ficar bêbado")
2. **Para evitar intoxicações, é importante:**
   - servir a bebida em forma de doses – assim é possível controlar a quantidade

- » diluir a bebida ao invés de bebê-la pura, e beber pausadamente (bebericando) ao invés de beber tudo de um só gole (virando). Isso torna a absorção mais lenta
- » alternar bebidas alcoólicas com não alcoólicas
- » evitar beber de estômago vazio
- » não beber diariamente

3. **Quem tem problemas de uso excessivo de álcool deve:**
   - » desenvolver atividades que sejam prazerosas, mas que não envolvam o uso de bebidas
   - » substituir o tempo gasto bebendo por outras atividades agradáveis
   - » evitar estar frequentemente junto a pessoas que o(a) encorajam a beber ou a se embebedar

Importante

A tolerância ocorre a alguns efeitos da droga e não à droga como um todo. Por isso dizemos que a pessoa está tolerante a determinado efeito e não à droga.

Tolerância

Quando uma droga é usada repetidamente, nosso corpo tenta se adaptar às mudanças que ela provoca. No início, essas mudanças podem ser benéficas para o organismo, mas logo podem levar a vários problemas. As alterações que ocorrem com o uso repetido do álcool podem ter alguns dos seus efeitos diminuídos e, quando isso acontece, uma dose não provoca mais o mesmo efeito. Assim, é preciso **aumentar o número de doses para se ter a mesma sensação de antes**. Nesse tipo de situação dizemos que a pessoa desenvolveu uma **tolerância** a algum efeito da droga.

Esse fenômeno é comum nas pessoas que se tornaram dependentes. Em geral, a tolerância ocorre para os efeitos **depressores** das drogas, como os benzodiazepínicos, opiáceos e o álcool.

Saiba mais...

Perda de tolerância: após um período de abstinência (sem a droga), a **tolerância** pode ser perdida. Caso a pessoa volte a usar, em geral usa a mesma quantidade de drogas da última vez, o que pode levar a "overdoses" acidentais.

Recuperação da tolerância: após um período de "perda de tolerância", se a pessoa voltar a usar a droga, a tolerância se desenvolve de maneira mais rápida do que na primeira vez.

Síndrome de abstinência

Quando uma pessoa dependente do álcool para de beber de repente, porque quis ou por alguma circunstância especial (ex.: sofreu um acidente e foi internada em um hospital), ela pode entrar no que se chama de "**síndrome de 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.

Importante

A fissura é quando uma pessoa tem uma vontade muito forte e intensa de voltar a usar a droga. Esse desejo é quase incontrolável e pode favorecer que a pessoa acabe consumindo a droga novamente.

Isso acontece porque, para "se acostumar" aos efeitos das drogas, o organismo se modificou, mas essas mudanças só funcionam bem enquanto a pessoa estiver sob o efeito da droga.

Quando a droga é retirada, a pessoa pode "passar mal". Isso causa uma sensação de desprazer (sintomas da "síndrome de abstinência"), que poderá levar a um forte desejo (fissura) de usar a droga novamente.

Em geral, as drogas depressoras como o álcool causam síndromes de abstinência mais intensas (com mais sintomas físicos) do que as drogas estimulantes e perturbadoras.

Como lidar com as pessoas que entram em síndrome de abstinência?

Antigamente muitas pessoas morriam porque não havia medicamentos para tratar a síndrome de abstinência, mas hoje em dia, se a pessoa for levada a um hospital ao apresentar os primeiros sintomas, ela será medicada e não correrá grande risco de morte, principalmente no caso de álcool.

Sintomas

Os principais **sintomas** de abstinência podem variar de intensidade, desde um leve **nervosismo** ou **irritação, insônia, sudorese** (aumento da transpiração), **diminuição do apetite** e **tremores**, podendo chegar a um quadro muito grave, com **febre**, **convulsões** e **alucinações** (o chamado "*delirium tremens*" – que não deve ser confundido com simples tremores, também comuns nas fases iniciais da síndrome de abstinência).

Em cerca de 20% dos casos, a pessoa pode ter:

- alucinações (principalmente vendo "bichos" que não existem)
- ilusões (por exemplo: vê uma cadeira e "enxerga" uma pessoa)
- delírios (por exemplo: acha que está sendo perseguida)

Alguns sintomas da síndrome de abstinência também ocorrem em outros problemas de saúde, como as convulsões e transtornos de ansiedade (agitação e nervosismo). Esses problemas são tratados com medicamentos ansiolíticos (benzodiazepínicos); assim , essas medicações são muitas vezes utilizadas também para tratar a síndrome de abstinência do álcool.

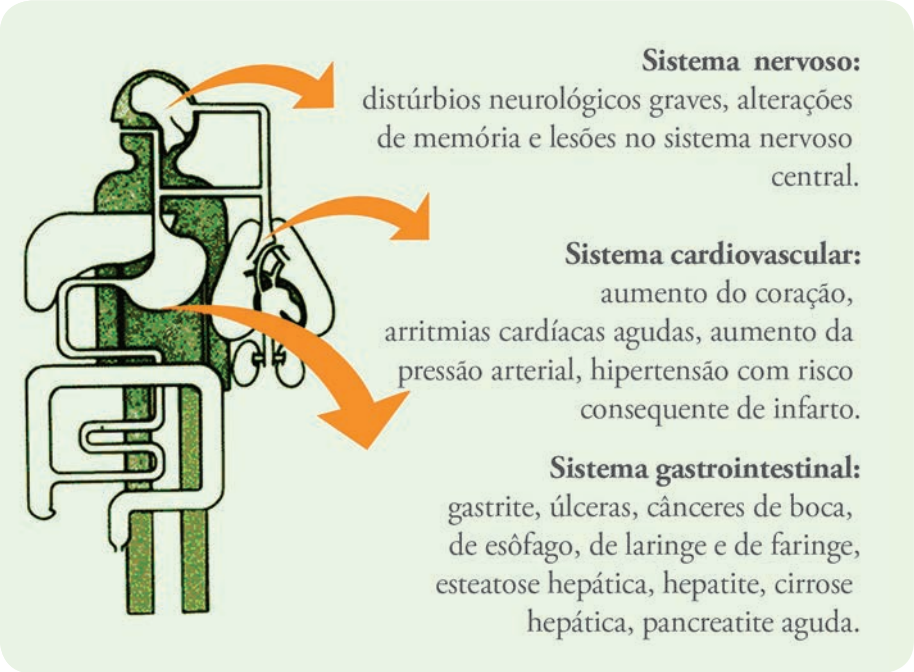
Em casos leves (nervosismo, irritação, pequenos tremores), os sintomas podem passar após algum tempo (entre dois e três dias), mas se a pessoa se sentir muito mal (tiver febre e alucinações) deve ser levada a um pronto-socorro imediatamente.

Principais problemas físicos causados pelo consumo crônico (de longo prazo) de álcool

Muitos dos efeitos do álcool só são percebidos após vários anos de uso; outros, após alguns meses.

Saiba quais são esses efeitos para que você possa alertar sua comunidade sobre os riscos de se fazer uso crônico de álcool. Perceber a relação entre uso e problemas de saúde pode motivar a pessoa a reduzir ou parar totalmente o uso.

Veja nas figuras abaixo alguns desses efeitos:



Saiba mais...

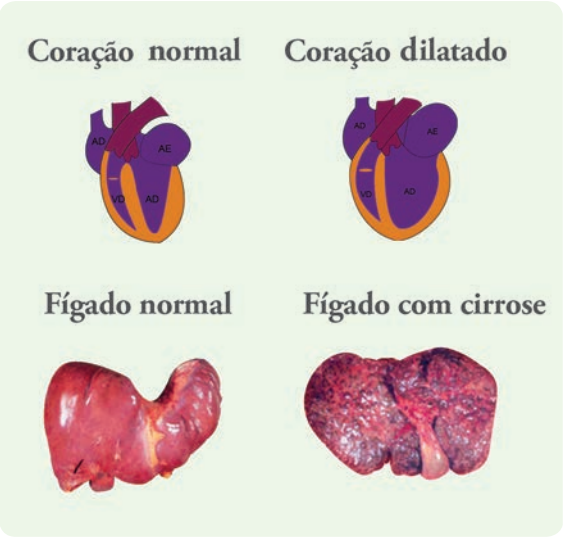
As doenças advindas do uso abusivo de álcool matam mais do que as causadas por todas as drogas ilegais juntas. As causas de morte mais comuns em dependentes de álcool são problemas hepáticos (como cirrose), cardíacos (pressão alta) e cânceres, além de acidentes, com lesões e traumatismos.

Importante

Embora em doses baixas o uso de vinho possa até reduzir o risco de morrer por problemas cardíacos, em altas doses pode provocar problemas cardíacos. Além disso, ainda não está provado se esse possível efeito "benéfico" do vinho é devido ao álcool ou a outras substâncias, como taninos e flavonoides, ou ainda devido ao estilo de vida das pessoas.

Veja na figura abaixo o que acontece com o coração de um dependente de álcool. Ele aumenta de tamanho e não funciona mais normalmente.

O fígado é um dos órgãos mais afetados pelo consumo de álcool. Compare um fígado normal (à esquerda) com um fígado de um dependente de álcool que desenvolveu cirrose hepática (a direita).



Importante

Não existe uma quantidade de álcool que possa ser considerada segura para se consumir na gravidez. O mais recomendável para mulheres grávidas, que pretendam engravidar ou sejam sexualmente ativas e não usem métodos anticoncepcionais é não consumir bebidas alcoólicas.

Álcool e gravidez

O consumo de álcool durante a gravidez expõe o feto aos seus efeitos, principalmente nos primeiros meses.

Mulheres que consomem de **duas a três doses de bebida alcoólica** por dia têm 11% de chance de ter uma criança com um problema grave: a **Síndrome Alcoólica Fetal (SAF).**

Já as mulheres que bebem **quatro ou mais** doses-padrão de álcool por dia têm 20% de chance de ter uma criança com esse problema.

Os recém-nascidos que nascem com **Síndrome Alcoólica Fetal** apresentam:

- cabeça pequena, má-formação de orelhas e lábios, problemas de crescimento, problemas cardíacos e retardo ou deficiência mental, gerando problemas de aprendizado no futuro
- sinais de irritação, mamam e dormem pouco, e podem ter tremores (sintomas que lembram a síndrome de abstinência)

Bebê com Síndrome Fetal pelo Álcool, nascido de mãe dependente de álcool. Fotografado no nascimento, aos 8 meses, 4 anos, 8 anos e adulto.

Fotos cedidas pela Prof. Ann P Streissguth, do Departamento de Psiquiatria e Ciências Comportamentais da Escola de Medicina da Universidade de Washington.

Dependência de álcool

A dependência de álcool pode ser definida poeticamente como a **"perda da liberdade de escolha"**, isto é, a pessoa não escolhe mais se vai beber e o quanto vai ingerir, perdeu o controle sobre essa decisão.

Em outras aulas você verá os critérios usados para diferenciar quem usa álcool em padrões de baixo risco de quem faz uso abusivo ou é dependente. Assim você poderá identificar precocemente as pessoas que possuem mais chances de apresentar ou já apresentam problemas relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas.

Lembrete

É importante perceber o mais cedo possível quais são as pessoas que apresentam SINAIS de problemas associados ao uso de álcool para que se possa ajudá-las a não se tornarem dependentes.

Existe uma forma de beber de baixo risco?

Existe, sim. O ideal é beber de modo a não afetar a saúde, as ocupações diárias (escola, relações familiares e trabalho) e a segurança de quem bebe ou a de outros.

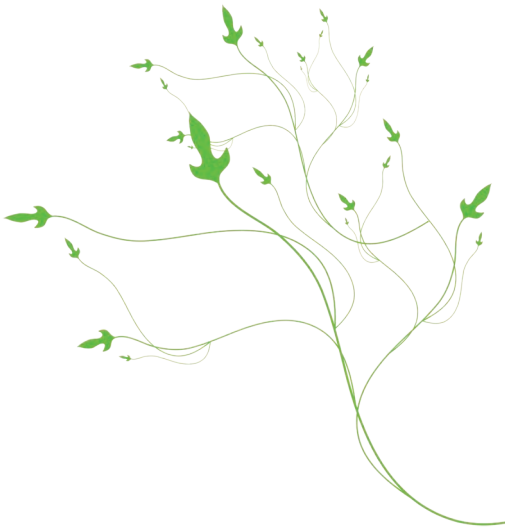
Respostas a algumas perguntas e mitos comuns sobre o uso de álcool:

1. **Bebidas energéticas reduzem os efeitos das bebidas alcoólicas?** Ao misturar bebidas energéticas com bebidas alcoólicas algumas pessoas sentem uma redução nos efeitos "depressores" do álcool e aumento do efeito estimulante. Mas cuidado – **essas bebidas NÃO diminuem os efeitos do álcool,** como problemas de coordenação motora. A pessoa pode achar que "está bem", quando, na verdade, está tão embriagada quanto estaria se tivesse tomado apenas a bebida alcoólica. **É importante alertar** os usuários sobre esses efeitos e mostrar que, pelo fato de os energéticos tornarem o sabor das bebidas alcoólicas mais agradável, as pessoas acabam bebendo mais do que poderiam, aumentando as chances de terem problemas devidos aos efeitos do álcool.

2. **Tomar café ou banho frio ajuda a ficar sóbrio?** Como o café contém cafeína, que é uma substância estimulante, ele pode reduzir os efeitos de sonolência do álcool, **mas NÃO reduz os problemas de coordenação motora**. Portanto, no máximo, a pessoa embriagada ficará mais acordada. O banho frio, da mesma forma, apenas ajuda a "acordar", devido à sensação desagradável que provoca.

3. **O álcool ajuda a dormir melhor?** Embora o álcool acelere o início do sono, ele pode causar muitos problemas por afetar os padrões de sono normal, fazendo com que a pessoa não descanse corretamente. Isso ocorre pois o álcool reduz algumas das etapas importantes do sono. A pessoa acorda cansada. Além disso, o álcool pode agravar problemas como o da apneia do sono (quando a pessoa tem momentos em que fica sem respirar enquanto dorme). Durante a síndrome de abstinência, no caso de pessoas que são dependentes de álcool, existem vários problemas de sono, principalmente a insônia. Portanto, o uso de álcool traz mais problemas de sono do que ajuda no seu início. Mesmo a pequena quantidade de álcool que pode passar pelo leite materno já é suficiente para prejudicar o padrão de sono do bebê.

4. **O que é "ressaca", e como tratá-la?** Entre oito e 12 horas depois de beber, pode ocorrer a "ressaca", que se caracteriza por: dor de cabeça, náusea, vômitos, sede intensa, cansaço, dor muscular, tontura, aumento da sensibilidade à luz e a sons, ansiedade, irritabilidade, tremores e sudorese. Para algumas pessoas, mesmo pequenas quantidades já causam ressaca. Ela pode ser resultado dos efeitos desidratantes do álcool e ser considerada uma "síndrome de abstinência leve". Seus sintomas estão relacionados ao acúmulo de acetaldeído. Poucos tratamentos ajudam. Bebidas mais "puras", como a vodca, por exemplo, com menor quantidade de outras substâncias, costumam causar menos ressaca do que bebidas com muitas outras substâncias além do álcool, como vinho tinto e uísque. Consumir líquidos, como sucos e água, também ajuda. Medicamentos usados para alívio de sintomas, como Aspirina® e outros anti-inflamatórios, podem ajudar a reduzir dores de cabeça ou dos músculos, mas outras medicações podem piorar os problemas de estômago.



5. **Bebidas alcoólicas melhoram o desempenho sexual?** Uma dose de álcool pode ajudar alguém a relaxar e a se sentir mais desinibido, mas não é um afrodisíaco ou uma poção mágica e pode piorar o desempenho sexual.

6. **Bebidas alcoólicas engordam?** O álcool é uma droga que quando metabolizada pelo organismo produz calorias. Portanto, engorda. Mas são calorias "vazias", ou seja, não fornecem ao organismo nenhum tipo de nutriente. Para você ter uma ideia: um copo de 130 ml de caipirinha com adoçante tem 250 calorias, ou seja, o mesmo que um pãozinho francês (135 cal.) mais um ovo frito (110 cal.). Uma dose de 50 ml de uísque tem 166 calorias, o mesmo que 180g de espaguete.

7. **A dependência de álcool é hereditária?** Os fatores genéticos desempenham um papel importante em todas as dependências de drogas, porque nós herdamos o modo como reagimos às drogas, mas isso **NÃO** quer dizer que somente por ser filho de um dependente de álcool alguém vá se tornar também um dependente. A chance de isso ocorrer é cerca de 25% maior do que a de uma pessoa cujos pais não sejam dependentes. Além disso, existe um fator importante relacionado ao ambiente familiar, que veremos em uma próxima aula.

Ansiolíticos (benzodiazepínicos)

São medicamentos de venda controlada, que diminuem a ansiedade, também conhecidos como tranquilizantes.

Os **benzodiazepínicos** podem ser classificados de acordo com o *tempo de meia-vida*, isto é, o tempo que a droga permanece no sangue até que metade dela tenha sido eliminada:

- longa duração (diazepam, flurazepam)
- média duração (lorazepam, alprazolam)
- curta duração (triazolam, flunitrazepam, temazepam, midazolam)

Os benzodiazepínicos de curta duração são os que apresentam o maior potencial de abuso

Atenção

Essas drogas também prejudicam as funções psicomotoras, dificultando atividades como dirigir automóveis e aumentando a probabilidade de acidentes.

Os **ansiolíticos/benzodiazepínicos** reduzem a atividade em determinadas regiões do cérebro, levando a:

- diminuição de ansiedade
- indução de sono
- relaxamento muscular
- redução do estado de alerta
- dificuldade nos processos de aprendizagem e memória

O uso regular de benzodiazepínicos e de outros sedativos pode produzir:

- sonolência, vertigem e confusão mental
- dificuldade de concentração e de memorizar as coisas
- náusea, dor de cabeça, alteração do andar (cambaleio)
- problemas de sono
- ansiedade e depressão
- tolerância e dependência, após poucos meses de uso
- sintomas significativos de abstinência (na retirada do medicamento)
- overdose e morte, principalmente se usados com álcool, opiáceos ou outras drogas depressoras

Efeitos tóxicos

São medicamentos relativamente seguros em termos de efeitos tóxicos, sendo que a dose prejudicial é cerca de 20 vezes maior que a terapêutica. Os principais efeitos tóxicos são:

- hipotonia muscular (dificuldade para ficar em pé e andar)
- diminuição da pressão sanguínea, com risco de morte

Porém, mesmo em pequenas quantidades (por exemplo, usadas para tratamento de ansiedade) podem provocar dependência. Assim, qualquer quantidade desse medicamento só deve ser utilizada com prescrição de um médico, nunca por conta própria.

Lembrete

Embora a compra desse tipo de medicamento seja controlada (só pode ser vendido com um receituário especial, chamado de Notificação B, que tem a cor azul), essas substâncias são bastante abusadas.

Os estudos mostram que em muitos casos essas drogas são prescritas indevidamente e que as mulheres abusam mais delas que os homens.

Teratogenicidade

Essa palavra significa **defeitos no feto**, produzidos ainda no útero das mães. Os benzodiazepínicos podem provocar esses defeitos, principalmente se usados durante o primeiro trimestre da gestação. Os mais comuns são defeitos nos lábios e no céu da boca, como "lábios leporinos", um espaço entre os lábios superiores da criança que requer cirurgia logo após o nascimento. Mais raramente, a criança pode nascer com problemas cardíacos.

Tolerância e dependência

A **Organização Mundial da Saúde** recomenda a prescrição dos benzodiazepínicos por períodos entre **duas a quatro semanas, no máximo**, e apenas nos quadros de ansiedade ou insônia intensa. É comum haver tolerância a esses medicamentos, isto é, a pessoa precisa aumentar a dose que foi inicialmente recomendada pelo médico para obter o mesmo efeito.

Solventes/inalantes

Solvente significa "uma substância que dissolve outras".

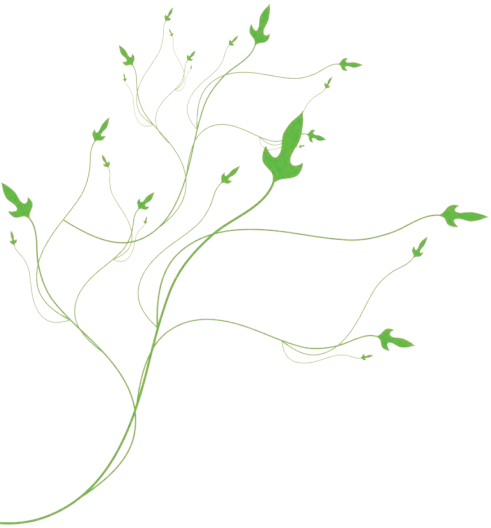
Alguns solventes, que têm a propriedade de se evaporar facilmente, são **inalados** (a pessoa respira esse produto) para obter sensações chamadas por alguns usuários de "barato".

Essas substâncias fazem parte da composição de vários produtos de uso doméstico ou industrial, como:

- colas (especialmente a cola de sapateiro)
- produtos de limpeza que contêm nitritos (limpador de couro, aromatizadores líquidos para carro)
- lança-perfume (cloreto de etila)
- combustíveis (tíner, aguarrás, removedores em geral, gasolina, gás de isqueiro, etc.)
- produtos de beleza (spray para cabelo, acetona, removedor de esmalte, esmalte)
- produtos de papelaria (corretivo líquido – "branquinho"), entre outros

Razões típicas para uso de inalantes:

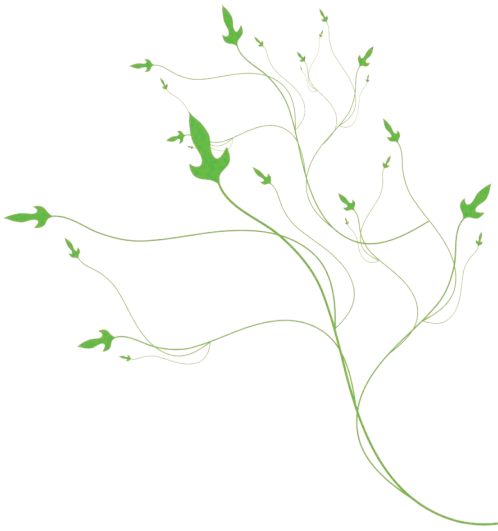
- **início do efeito rápido:** por ser inalado, chega rapidamente ao cérebro
- **tipo de efeitos:** as pessoas relatam inicialmente uma sensação de bem-estar e cabeça "leve"
- **baixo custo**
- **facilidade de aquisição:** muitos são vendidos legalmente e com grande disponibilidade de produtos, o que facilita o seu abuso
- **menores problemas legais** do que com outras substâncias



Efeitos agudos dos inalantes:

Assim como o álcool, os solventes são substâncias que têm efeito ***bifásico***, ou seja, causam uma **excitação inicial, seguida por depressão** do funcionamento cerebral, o que dependerá da dose inalada e do tempo.

PRIMEIRA FASE	**Excitação.** Sintomas de euforia, excitação, tonturas, perturbações auditivas e visuais. Efeitos indesejados: náuseas, espirros, tosse, salivação, vermelhidão na face e intolerância à luz (fotofobia).
SEGUNDA FASE	**Depressão inicial do SNC (Sistema Nervoso Central).** Confusão mental, desorientação, visão embaçada. Dor de cabeça e palidez.
TERCEIRA FASE	**Depressão média do SNC.** Redução acentuada do estado de alerta, incoordenação ocular (dos olhos) e motora (do corpo), fala pastosa e perda do reflexo.
QUARTA FASE	**Depressão profunda do SNC.** A pessoa pode ficar inconsciente, algumas vezes ocorrendo convulsões e mesmo morte súbita, por problemas cardíacos ou parada respiratória.



Efeitos crônicos (de longo prazo) do uso de inalantes:

- rinite crônica
- epistaxe (sangramento nasal) recorrente
- halitose (mau hálito)
- ulcerações (feridas) nasais e bucais
- conjuntivite (irritação dos olhos)
- bronquite

Sintomas decorrentes da ação no Sistema Nervoso Central:

- anorexia (perda do apetite e de peso)
- irritabilidade
- depressão
- agressividade
- paranoia
- neuropatia periférica (degeneração dos nervos, com perda de sensibilidade ou formigamentos)

Razões associadas a mortes provocadas por inalantes:

- arritmia cardíaca, com possível parada do coração
- sufocamento – acidentes com o uso de saco plástico, pois no momento da inalação a pessoa coloca o rosto em um saco plástico com o produto para inalar e pode se sufocar
- quedas, pois os solventes provocam vertigens e tonturas
- atropelamentos e outros acidentes de trânsito devidos à incoordenação motora e ao prejuízo de reflexos

O uso regular de inalantes está associado com:

- vertigem e alucinações, sonolência, desorientação, visão embaçada
- sintomas semelhantes a um resfriado, sinusite, sangramento nasal
- indigestão, úlceras estomacais
- acidentes e lesões
- perda de memória, confusão mental, depressão, agressão
- dificuldade de coordenação, reflexo diminuído, hipóxia (falta de oxigênio no cérebro)
- *delirium*, convulsões, coma, danos de órgãos (coração, pulmão, fígado, rins)
- morte por disfunção cardíaca

Como podemos reconhecer uma pessoa que usa inalantes?

Preste atenção aos sintomas apresentados anteriormente e fique atento para:

- fortes odores na roupa ou no hálito
- sinais de tinta e outros produtos escondidos sob a manga da roupa
- sinais de embriaguez ou desorientação
- alterações na fala
- perda de apetite ou relato de náuseas
- desatenção, irritabilidade ou depressão

Opiáceos ou opioides

- Os opiáceos são drogas com grande importância na Medicina, pois são poderosos analgésicos. Entretanto, também são usados como drogas de abuso, e sua dependência pode se instalar rapidamente.
- O **ópio** (substância natural obtida de uma flor chamada papoula) pode ser fumado, sendo esse hábito muito difundido no oriente, principalmente em séculos passados. A partir do ópio obtém-se a **morfina** (um potente analgésico) e a codeína (potente inibidor da tosse).

Tipos de opiáceos e opioides

A partir dos opiáceos naturais podem ser criados os **opiáceos semissintéticos**, como a **heroína**, que é obtida em laboratório pela modificação da morfina (substância natural).

Os **opiáceos sintéticos**, também chamados de opioides, são totalmente produzidos em laboratório.

Exemplos: meperidina e fentanila, usados na clínica médica como potentes analgésicos.

O organismo produz "suas próprias morfinas", isto é, substâncias que têm efeitos semelhantes aos da morfina e são chamadas de **opioides endógenos**:

- dinorfina
- encefalinas
- endorfinas

A **acupuntura** e os **exercícios físicos** liberam essas substâncias naturais, que agem estimulando estruturas celulares "receptoras" (receptores de opioides), que também são liberadas pelas ações das drogas opiáceas.

Na **intoxicação** aguda por opiáceos, no intuito de reverter o efeito da droga, pode ser usada uma substância **antagonista** (isto é, que bloqueia o efeito da droga), como a **naloxona** e a **naltrexona**.

Saiba mais...

Para se extrair o ópio da papoula a planta é cortada, o que faz com que ela elimine um líquido leitoso branco que, seco, tem uma cor escura e passa a ser chamado de ópio, daí o nome opiáceo.

Tratamento de dependência

Os dependentes de opiáceos são tratados, geralmente, pela chamada **terapia de substituição.** O usuário recebe diariamente uma dose de **metadona**, um agonista dos opiáceos (que tem efeito semelhante à droga opiácea que está sendo usada abusivamente), porém esse uso é controlado por médicos e vai lentamente sendo diminuído ao longo do tempo. A **metadona** tem efeito mais prolongado que a heroína, mas menos intenso (principalmente nos efeitos no SNC). Com isso ela gera menos aquela sensação de prazer característica das drogas de abuso.

Síndrome de abstinência

Acontece quando a pessoa para repentinamente o uso dos opiáceos, e pode ser muito intensa, com midríase (dilatação da pupila), dores generalizadas, náuseas e vômitos, diarreia, câimbras musculares, cólicas intestinais, lacrimejamento, corrimento nasal.

O uso regular de opiáceos está frequentemente associado com:

- coceira
- náusea e vômito
- sonolência
- constipação intestinal (dificuldades de evacuação)
- enfraquecimento dos dentes
- dificuldade de concentração e de memorização das coisas
- redução do desejo e do desempenho sexual
- dificuldades de relacionamento
- problemas profissionais e financeiros
- violações da lei
- tolerância e dependência
- sintomas de abstinência
- overdose e morte por insuficiência respiratória

DROGAS ESTIMULANTES

Como vimos no início desta aula, drogas estimulantes **aceleram** o funcionamento do Sistema Nervoso Central, provocando:

- agitação
- excitação
- insônia e outros efeitos comportamentais

As principais drogas estimulantes usadas no Brasil são:

- cocaína (em pó ou na forma de pedras – o crack)
- anfetaminas (inibidores do apetite usados para emagrecer)
- nicotina (encontrada no tabaco)

Cocaína

A **cocaína** é extraída das folhas de uma planta chamada ***Erythroxylon coca***, que existe naturalmente na Bolívia, no Peru e na Colômbia. Nesses países, as folhas são mascadas ou tomadas em forma de chá para melhorar a adaptação à alta altitude, diminuindo a fome, o cansaço e melhorando a disposição das pessoas.

Atenção

O êxtase pode ser considerado estimulante, mas como também pode produzir efeitos alucinógenos, será discutido juntamente com outras drogas perturbadoras.

Um pouco de história...

Os invasores espanhóis no século XVI levaram a planta para a Europa, e ela era usada para o tratamento de depressão, fadiga, fraqueza e para dependência dos derivados do ópio, sendo vendida em farmácias como medicamento. Também era usada na fabricação do *Vinho Mariani*, que era usado como um fortificante, para fadiga e melhora da digestão. Esse vinho era usado até pelo Papa Leão XIII e por escritores famosos, como Julio Verne, Émile Zola e Victor Hugo. Até na Coca-Cola® era usado o xarope de coca, que foi substituído a partir de 1903 por cafeína. No Brasil, a cocaína era comercializada e vendida para o tratamento de infecção na garganta e tosse. Em 1914, a venda e o uso de cocaína foram proibidos e o consumo quase desapareceu, retornando a partir da década de 1960.

Essa história é importante para sabermos que, conforme muda o conhecimento sobre as drogas, muda também a posição da sociedade

sobre elas. O que antes era usado normalmente pela população hoje é ilegal, mas o álcool, que é uma droga legalizada atualmente em nossa sociedade, é ilegal em outras culturas.

Algumas formas de apresentação da cocaína

A cocaína está presente em diferentes produtos derivados da folha de coca. Conheça as formas mais comuns no quadro a seguir:

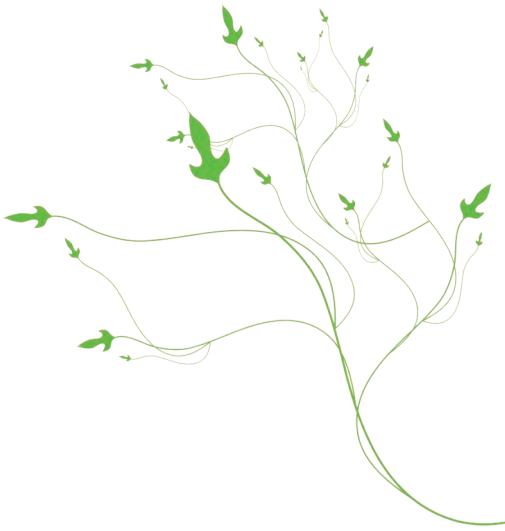
PASTA	macerado das folhas + cal + solvente (querosene ou gasolina) + ácido.
PÓ	a pasta é tratada com ácido hidroclorídrico, produzindo o cloridrato de cocaína (pó branco e sem cheiro).
CRACK	pasta de coca ou pó + bicarbonato de sódio ou amônia + água + aquecimento. Essa forma transforma a pasta em pedras que, ao se quebrarem, fazem um barulho característico (de onde veio o nome "crack"). Também conhecido como "pedra".
MERLA	pasta de coca + ácido sulfúrico + querosene ou gasolina.
ÓXI	pasta de coca ou pó + óxido de cálcio.
PITILO (OU MESCLADO)	pasta de coca + tabaco ou maconha.

As **folhas de coca** podem ser mascadas ou colocadas em água fervente para fazer chá.

A **cocaína na forma de pó** pode ser aspirada pelo nariz ou ser injetada por via venosa, misturada com água. As **pedras de crack**, a **pasta**, a **merla** e o **pitilo** são fumados em uma espécie de cachimbo. A intensidade dos efeitos e sua duração dependem da via de administração usada. Quanto mais forte e rápido o efeito, maior a chance de abuso.

A **cocaína aspirada** passa pela pele (mucosa) do nariz para o sangue. Ela contrai os vasos sanguíneos, dificultando a passagem do sangue e, por isso, pode levar à lesão da mucosa e do septo do nariz.

Quando a cocaína é aspirada ou injetada, o sangue passa pelo fígado (que elimina parte da droga) antes de chegar ao cérebro. Mas com o **crack** é diferente. A fumaça com cocaína é absorvida no pulmão e o sangue vai diretamente para o cérebro, sem que parte da cocaína possa ser eliminada pelo fígado. Por isso o efeito do crack é muito mais rápido e intenso do que o da cocaína aspirada ou injetada.
O início dos efeitos da cocaína no Sistema Nervoso Central pode levar de dois até três minutos, desaparecendo em cerca de 30 a 45 minutos, quando ela é aspirada. Entretanto, sob a forma de crack, os efeitos começam de oito a dez segundos e desaparecem após dez minutos. Por essa razão, o usuário de crack irá procurar mais rapidamente outra dose.



Anfetaminas

As anfetaminas são substâncias que **não existem na natureza**, são produzidas em laboratório, e foram sintetizadas pela primeira vez no início do século XX. Inicialmente, foram usadas para diminuir o cansaço e afastar o sono, depois passaram a ser usadas para diminuir o apetite e, mais recentemente, com a finalidade de obter prazer e euforia. Durante a Segunda Guerra Mundial, o seu uso pelos militares atingiu níveis epidêmicos. A partir da década de 1960, o uso de **anfetamina** e **metanfetamina** para fins abusivos voltou a aumentar.

No Brasil

As anfetaminas são usadas mais comumente por **via oral** (sob a forma de comprimidos), por pessoas que procuram o efeito de **redução do apetite** ou para ficarem **mais tempo acordadas**. Por isso, os principais usuários são:

- mulheres que querem emagrecer
- executivos, estudantes, motoristas e outras pessoas que querem ficar acordadas por mais tempo

Uso indicado

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o uso de anfetaminas como inibidor de apetite só é indicado no caso de obesidade, quando o índice de massa corporal (IMC) for maior do que 30.

Para calcular esse índice, basta dividir o peso (em quilogramas) da pessoa pela altura (em centímetros) elevada ao quadrado.
IMC = peso ÷ (altura)^2

Exemplo: Uma pessoa com 70 kg e 1,58m de altura tem

IMC = 70 ÷ (1,58 x 1,58) = 28,04

Nesse caso não há indicação para uso de anfetaminas

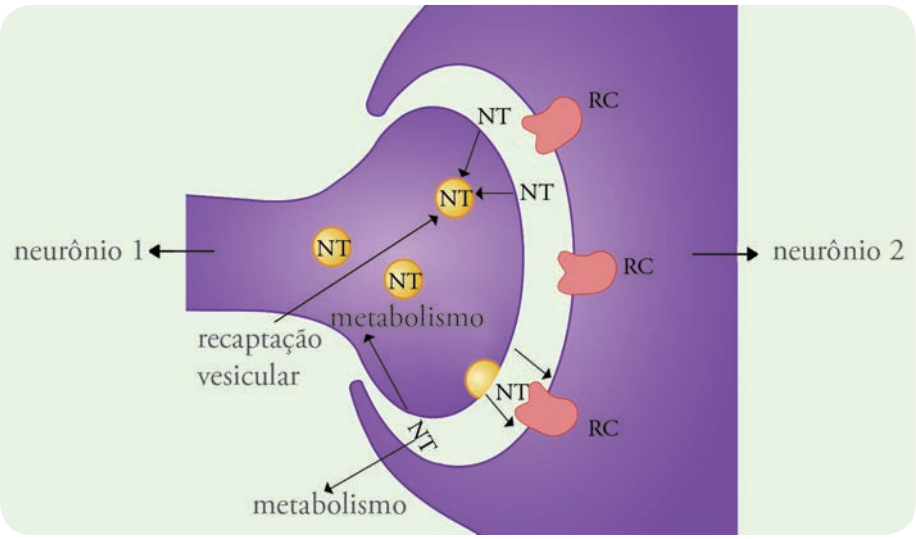
É comum o uso das anfetaminas entre motoristas de caminhão, que as utilizam para permanecer acordados enquanto dirigem por longas distâncias e por mais tempo do que seria prudente. "Rebites" ou "arrebites" são os nomes populares dessas drogas entre os motoristas, sendo comuns denúncias de vendas ilegais em postos de gasolina, farmácias e restaurantes de beira de estrada.

Quando ingeridas sob a forma de comprimidos, os efeitos demoram um pouco para aparecer e sua duração é de cerca de oito a 10 horas. Quando usadas por via injetável, elas têm um início de ação muito rápido. Isso também acontece quando as pedras de anfetamina são fumadas (ICE – nome em inglês dado a essas pedras nos Estados Unidos por serem semelhantes a "pedras de gelo").

Como a cocaína e as anfetaminas agem no cérebro e em outros órgãos do corpo?

No cérebro, essas substâncias alteram o raciocínio, as emoções e os sentidos (visão, audição e outros), modificando a comunicação entre as células cerebrais, chamadas de neurônios.

Comunicação entre os neurônios e a ação da cocaína e das anfetaminas:



Entenda a figura: *Esquema da comunicação entre neurônios. A célula da esquerda (neurônio 1) libera uma substância (denominada neurotransmissor – NT) que leva uma informação para a célula da direita (neurônio 2), através da ligação com uma parte do neurônio (chamada de receptor – RC). Depois, esse NT é retirado desse espaço entre as células (chamado de sinapse) para ser novamente utilizado (chamamos esse processo de recaptação). Quando o neurotransmissor é recaptado, seu efeito acaba. A* ***cocaína impede essa recaptação*** *do NT para dentro do neurônio da esquerda, e assim ele continua a agir. As* ***anfetaminas*** *também podem agir dessa forma, mas, além disso,* ***aumentam a liberação do NT*** *na sinapse e inibem a eliminação do NT. Todas essas ações causam acúmulo de NT na sinapse, aumentando a comunicação entre as células neuronais (aumento do efeito). Os NTs envolvidos nas ações dessas drogas são a* ***dopamina****, a* ***noradrenalina*** *e a* ***serotonina****.*

Assim como vimos em relação ao álcool, essas drogas também estimulam o **sistema de recompensa** (porque aumentam a **liberação de dopamina**), causando a sensação de prazer. Como a cocaína e as anfetaminas ativam rapidamente esse sistema, provocam uma sensação de euforia. Também é a ação nesse sistema que leva o indivíduo ao uso repetido, que pode levar à dependência.

Os efeitos no cérebro e as alterações no comportamento provocados pela cocaína e pelas anfetaminas são bastante semelhantes entre si, com diferenças principalmente no tempo de início e duração dos efeitos.

Efeitos do uso *agudo* (curto prazo) da cocaína e das anfetaminas:

- euforia (sensação de alegria e bem-estar), grandiosidade (sensação de ser poderoso, de ter muitas qualidades), hipervigilância (estado de alerta exagerado, tentando prestar atenção a tudo que está à volta), irritabilidade
- agitação, prejuízo do julgamento
- taquicardia (aumento da frequência dos batimentos do coração), aumento da pressão arterial e arritmias cardíacas (alteração da frequência de batimentos cardíacos)
- suor, calafrios, dilatação das pupilas
- alucinações ou ilusões visuais e táteis (em doses muito altas)
- ideias paranoides (sensação de estar sendo perseguido ou de que alguém quer prejudicá-lo ou atacá-lo)
- convulsões

Lembre-se de que nem todos esses efeitos acontecem sempre!

Efeitos do uso *crônico* (longo prazo) da cocaína e das anfetaminas:

- **No coração**
  - diminuição da quantidade de oxigênio, glicose e outros nutrientes transportados pelo sangue
  - aceleração dos batimentos, aumento da pressão arterial, podendo levar ao infarto agudo e a arritmias cardíacas que podem ser **fatais**
- **No cérebro**
  - acidentes vasculares cerebrais, os chamados **derrames**
  - convulsões semelhantes às da **epilepsia**
  - isquemia (chegada insuficiente de oxigênio, glicose e nutrientes aos órgãos)

» diminuição da atenção, concentração e memória entre usuários de cocaína

» alterações pulmonares, quando a cocaína é fumada (crack, merla), semelhantes a um quadro de **pneumonia grave**, que pode ser fatal

» inicialmente, aumento da excitação sexual, porém, após algum tempo de uso, observa-se **diminuição do impulso sexual e impotência**

» o uso da cocaína durante a gravidez pode provocar **retardo do desenvolvimento do feto e até sua morte**

» o uso injetável da cocaína ou das anfetaminas traz o risco de transmissão de doenças como a AIDS e as formas B e C da Hepatite

Outros transtornos:

Além dos danos relatados, **transtornos psiquiátricos** podem ser induzidos pelo uso dos estimulantes. Quadros como **ansiedade e depressão** podem ocorrer, mesmo com pouco tempo de uso moderado. Após o uso em maiores quantidades, durante mais tempo e principalmente sob a forma injetável ou fumada, quadros mais graves como as **psicoses** podem ocorrer. A maioria desses quadros pode desaparecer com a parada do uso.

O uso continuado da cocaína e das anfetaminas pode levar à **dependência**, ou seja, a perda do controle sobre o uso. Apesar dos prejuízos por ele produzidos, quando uma pessoa que faz uso dessas substâncias interrompe ou diminui muito o consumo, pode se manifestar uma **síndrome de abstinência**.

Sintomas observados durante a Síndrome de Abstinência de Estimulantes

- depressão, ansiedade, irritabilidade
- perda no interesse ou prazer nas coisas de que a pessoa costumava gostar
- fadiga, exaustão
- insônia ou sonolência diurna

- agitação
- aumento do apetite
- fissura (desejo e vontade muito intensos pela droga)

Assim como com qualquer droga, o início do consumo de estimulantes, em geral, ocorre em grupo. No caso de **adolescentes**, o grupo tem uma importância ainda maior em todas as experiências. A maioria das pessoas começa usando outras drogas legais ou de acesso mais fácil (como o álcool, tabaco e inalantes) e depois podem escolher usar a cocaína.

Saiba mais...

O uso conjunto de cocaína e álcool leva à formação de um composto chamado **cocaetileno**, que é uma substância mais ativa do que as duas substâncias separadamente. O **cocaetileno** permanece no organismo por período três vezes maior que a cocaína, sendo assim mais tóxico.

Nem sempre o consumo de uma droga leva a outro! Existem muitos casos de pessoas que começam usando alguma dessas drogas e não mudam para outras, assim como podem começar direto com a cocaína ou anfetaminas.

Algumas pessoas já têm problemas psíquicos antes mesmo de iniciar o uso de drogas, e o uso só piora esses problemas. É comum que pessoas que usam cocaína ou anfetaminas tenham depressão, ansiedade, timidez excessiva ou problemas psiquiátricos graves. Esses problemas que ocorrem ao mesmo tempo são chamados de **comorbidades**. Você verá mais sobre essas comorbidades na Aula 4.

Nicotina

A forma mais comum de consumo de nicotina é em cigarros de tabaco. As outras formas são o fumo de charutos e cachimbos. O consumo de tabaco é responsável por enorme quantidade de danos à saúde nas populações, constituindo **a principal causa de mortes evitáveis** no mundo. Além da **nicotina**, o tabaco contém mais de 4.000 substâncias, sendo algumas delas tóxicas ao organismo.

A nicotina produz alguns efeitos semelhantes aos dos demais estimulantes, como a sensação de bem-estar, apesar de ser uma forma muito mais branda de euforia do que a provocada pelos outros estimulantes. **A nicotina provoca dependência intensa**.

A **nicotina** também estimula o sistema de recompensa através do aumento da liberação de dopamina, provocando sensação de bem-estar.

Quando o indivíduo tenta parar de fumar, aparecem vários efeitos que são conhecidos como **Síndrome de Abstinência da Nicotina**:

- irritabilidade, ansiedade, hostilidade, humor depressivo
- diminuição da frequência cardíaca, aumento do apetite
- vontade intensa de fumar

Além de induzir a dependência, o uso crônico do tabaco causa um grande número de problemas:

- está relacionado a cerca de 30% dos casos de qualquer tipo de **câncer** e mais especificamente a 90% dos casos de **câncer de pulmão**
- também está relacionado ao **câncer da boca, laringe e faringe** (garganta), **esôfago, bexiga, rins, pâncreas e colo do útero**
- além do câncer, o tabaco também causa outras **doenças do pulmão**, como o **enfisema** e a **bronquite**
- o **coração e os vasos sanguíneos** também são fortemente atingidos pelo uso do tabaco. Os fumantes têm muito maior chance de sofrer **infartos e arritmias do coração, hipertensão e problemas da aorta e das artérias**, que levam o sangue para as pernas, cérebro e outros órgãos
- o consumo do fumo também provoca **gastrite, úlcera de estômago e duodeno, infecções respiratórias, alergias, infertilidade, impotência e alterações do feto** em mulheres que fumam durante a gravidez
- o **fumante passivo,** isto é, a pessoa que fica frequentemente ao lado de um fumante, também está sujeito a ter problemas, principalmente respiratórios, como bronquite, asma, enfisema e câncer de pulmão

O **alcatrão,** presente no tabaco, pode provocar câncer e causar alterações metabólicas importantes. O cigarro, ao ser fumado, também produz monóxido de carbono (CO), que diminui o transporte de oxigênio para as células, levando a muitos problemas, entre eles a **arteriosclerose (doença das artérias) e doenças cardíacas**.

Atenção

Os cigarros *light* e *ultralight* (que contêm menos nicotina) não diminuem os danos nem o risco de dependência. Os fumantes costumam aumentar o consumo desses cigarros ou tragam mais demoradamente e mais frequentemente para compensar a menor quantidade de nicotina.

DROGAS PERTURBADORAS OU ALUCINÓGENAS

Maconha, LSD, êxtase e outras

Algumas drogas, plantas e medicamentos podem alterar o modo de funcionamento de nosso cérebro, produzindo efeitos como **alucinações, delírio ou alteração da capacidade de avaliar distâncias** e **tempo** (por exemplo: passaram-se horas e a pessoa imagina que se passaram apenas alguns minutos). Essas substâncias são consideradas drogas **perturbadoras** do Sistema Nervoso Central.

Alguns usuários chamam esses efeitos de *viagem*, porque podem dar a sensação de estar em um mundo estranho. As drogas perturbadoras também são conhecidas como **alucinógenas, psicodislépticas ou psicodélicas**.

Alucinações: a pessoa pode ouvir ou ver coisas que não existem ou senti-las na pele como se estivesse sendo tocada. **Delírios:** a pessoa pode ter um julgamento errado da realidade como, por exemplo, achar que tem poderes sobrenaturais ou que está sendo perseguida, quando isso não está acontecendo.

Existem muitas plantas e substâncias que fazem parte desse grupo, entre elas:

- maconha
- êxtase (MDMA)
- LSD
- ketamina
- plantas como a *Datura* (conhecida como trombeteira ou lírio branco, com a qual é feito o "chá de lírio")
- ayahuasca (chá feito de plantas e utilizado em rituais religiosos)
- alguns cogumelos (como os que crescem no estrume de vaca)
- medicamentos como triexifenidila (nome comercial Artane®)

A **intensidade dos efeitos** varia muito entre as drogas desse grupo:

- o LSD e a *Datura* produzem delírios e alucinações fortes
- maconha e êxtase produzem efeitos mais fracos (exceto em altas doses)

O efeito também varia de acordo com a origem da droga (se ela é pura ou misturada com outras substâncias), com os motivos do uso, a personalidade de quem usa, o ambiente e as demais pessoas presentes.

Em função dessas características, várias plantas com efeitos alucinógenos têm sido utilizadas ao longo da história em contextos e rituais religiosos, de cura ou de feitiçaria.

No Brasil, atualmente, o uso religioso da ayahuasca (um chá feito com a mistura de duas plantas – caapi e chacrona) está presente nos rituais do Santo Daime**,** no culto da União do Vegetal e em algumas tribos indígenas presentes no Brasil e em países da América do Sul.

Vamos ver agora os principais efeitos dessas drogas:

Maconha (Cannabis sativa)

Maconha é o nome popular dado no Brasil para a planta *Cannabis sativa*, usada há mais de 12.000 anos, com finalidade medicinal, para fazer tecidos e, mais recentemente, para obtenção de prazer (ou "barato").

Saiba que:

- as flores e folhas de *Cannabis* produzem mais de 60 substâncias chamadas de canabinoides, entre as quais o tetrahidrocanabinol (THC), que é a principal substância responsável pelos efeitos no Sistema Nervoso Central
- *Skunk* é uma variedade de maconha mais forte, que possui maior concentração de THC
- *haxixe* é a droga extraída da resina da planta (geralmente com maior teor de THC)

Um baseado (cigarro de maconha) tem cerca de 0,5 g a 1 g da erva e contém 4,5% de THC. Quando fumado, o efeito se inicia rapidamente e atinge o máximo em cerca de 30 minutos. A redução de efeitos ocorre após 45 a 60 minutos.

Saiba mais...

Nomes populares:

maconha, diamba, ganja, marijuana, Maria Joana.

O cigarro de maconha pode ser chamado de baseado, beck, fininho ou bomba (cigarro mais grosso).

O cigarro de maconha misturado com crack é chamado de "mesclado".

Efeitos psíquicos mais importantes:

- leve estado de euforia e relaxamento
- vontade de rir sem motivo
- pensamentos confusos
- melhora da percepção para música e sabor dos alimentos
- prolonga a percepção de tempo (minutos viram horas)

Outros efeitos:

- olhos avermelhados
- boca seca
- aumento dos batimentos cardíacos
- fome (comumente referido como *larica*)

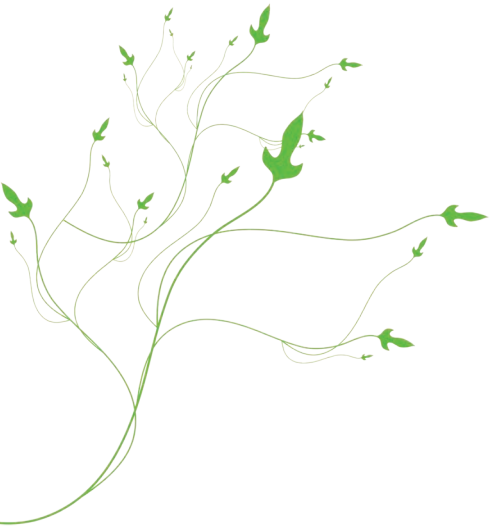
Intoxicação:

Não há registro de pessoas que morreram devido à intoxicação por maconha. Uma dose para matar por intoxicação teria que ser mil vezes maior do que a usada pela maioria dos usuários.

Uso frequente:

O uso frequente da maconha, por períodos grandes de tempo, pode ser responsável por uma série de problemas, como:

- redução da atenção e da motivação, prejuízo da memória e da habilidade de resolver problemas – o que diminui a capacidade de aprender. O usuário pode se sentir sem vontade para fazer qualquer coisa
- ansiedade, paranoia (sensação de perseguição), pânico, depressão - o usuário pode se sentir nervoso e perseguido ou ficar muito triste
- sintomas físicos: redução (passageira) da fertilidade masculina, asma e bronquite, pressão alta e problemas cardíacos, entre outros



Há evidências recentes de que o uso de maconha está relacionado a uma doença psiquiátrica grave, denominada esquizofrenia; esse fato parece estar relacionado ao uso de preparações contendo níveis mais elevados de THC e ao início de uso em idade mais precoce.

- **Tolerância:** a pessoa precisa de doses maiores para sentir o mesmo efeito.
- **Dependência:** a pessoa não consegue controlar seu uso da droga e passa a apresentar os sintomas gerais de dependência.
- **Síndrome de abstinência:** ocorre apenas para pessoas que usam maconha em altas doses e por períodos prolongados, mas não é tão clara como no caso de outras drogas, como álcool, opiáceos e cocaína.

Êxtase (metilenodioximetanfetamina – MDMA)

O MDMA (metilenodioximetanfetamina) é uma substância com efeitos mistos, tanto **estimulantes** como **perturbadores**, sendo usada na forma de comprimidos conhecidos popularmente como **êxtase**. Seu uso ocorre, em geral, em festas com muita dança e música eletrônica. Os comprimidos são produzidos em laboratórios ilegais e podem conter outras drogas misturadas ou impurezas.

O comprimido de êxtase, ao ser ingerido em jejum, leva cerca de 15 min. para alcançar o cérebro e atinge os efeitos máximos após uma hora do uso. Os efeitos duram cerca de duas a três horas. Geralmente são consumidos um ou dois comprimidos, com 60 mg a 120 mg cada.

Saiba mais...

Nomes populares: "E", Droga do amor, Adam, Bala.

Efeitos psíquicos mais importantes:

- alteração da percepção dos sentidos, principalmente audição, visão e tato
- sentimentos de harmonia e empatia em relação aos outros (por isso chamado também de droga do amor)
- melhora do humor (sensação de felicidade)
- efeitos estimulantes (agitação)

Efeitos que podem causar a morte:

- aumento da temperatura do corpo (pode chegar a 42 graus)
- retenção de urina
- alteração dos batimentos cardíacos

LSD (Dietilamida do Ácido Lisérgico)

O LSD é considerado **a mais potente (forte) droga alucinógena**. É um líquido claro, usado em gotas ou "selinhos" com figuras e desenhos (pedaços de papel impregnado com LSD). O LSD é rapidamente absorvido na boca. Os efeitos surgem em cerca de 30 minutos e podem durar de seis a oito horas.

Os efeitos dependem muito da situação de uso, das características da pessoa que usa e do estado de humor em que se encontra. Os usuários chamam de **"boa viagem"** quando têm alucinações coloridas, com visões de objetos que se movem e de figuras engraçadas, e de **"má viagem"** se as alucinações ou delírios são tristes ou dão medo.

Saiba mais...

Nomes populares: ácido, ponto, papel, gota ou doce.

Efeitos psíquicos mais importantes:

- alucinações visuais e auditivas intensas ("boa" ou "má" viagem)
- percepção de cores e formas alteradas
- sinestesia (ocorre uma mistura dos sentidos. Os sons podem ser percebidos como cores)
- perda da capacidade de calcular tempo e espaço (distância)
- delírios

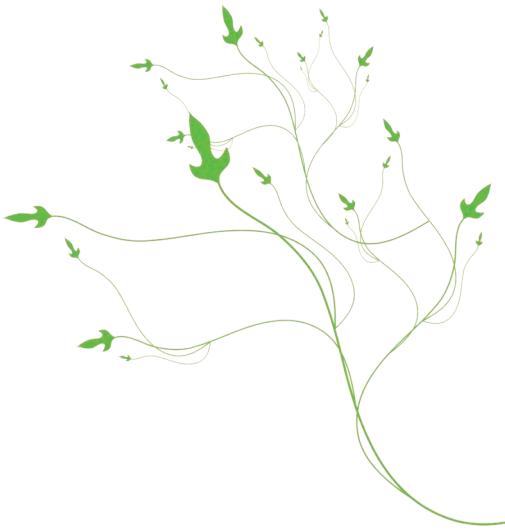
Principais riscos:

As alucinações e delírios (principalmente de grandeza e de perseguição) aumentam as chances de acidentes porque as pessoas não percebem corretamente os riscos. Por exemplo: alguém pode ter um delírio e pensar que pode voar e, de fato, se joga de uma janela.

Psilocibina (cogumelos)

O cogumelo *Psilocibe mexicana* era utilizado em cerimônias religiosas por antigas civilizações (Maias e Astecas) há pelo menos 3.000 anos. Existem várias espécies de *Psilocibe*, que possuem uma substância chamada **psilocibina**, responsável pelos efeitos alucinógenos desses cogumelos. Seu uso é comum entre jovens para ter "viagens". São usados na forma de chá (**"chá de cogumelo"**) ou **comidos em sua forma natural**. Devido à grande dificuldade em diferenciar os cogumelos alucinógenos dos tóxicos, **alguns quadros de intoxicação severa podem ocorrer**.

Ayahuasca



O uso da a**yahuasca** geralmente é restrito a rituais religiosos, principalmente os do Santo Daime e da União do Vegetal. O chá de ayahuasca é feito com duas plantas:

- cipó caapi (*Banisteriopsis caapi*, que contém **harmina** e **harmalina**)
- folhas de um arbusto conhecido como chacrona ou rainha (*Psichotria viridis*, que contém uma substância chamada **dimetiltriptamina – DMT**)

O uso religioso da ayahuasca, reconhecido pela sociedade brasileira como prática religiosa legítima, foi regulamentado pelo Conselho Nacional sobre Drogas – CONAD, através da resolução Nº 5 CONAD, de 4 de novembro de 2004, que dispõe sobre o uso **religioso** e sobre a **pesquisa** da ayahuasca. Dessa forma, para esses dois fins o uso da ayahuasca é permitido.

Anticolinérgicos

Entre os anticolinérgicos naturais, o **chá de *Datura*** (lírio branco, trombeteira ou saia branca) é o mais comum no Brasil. Mesmo sendo natural, seu uso pode causar intoxicações acidentais, não sendo seguro o uso. Também existem medicamentos como a **triexifenidila** (Artane®) que, quando usados em doses elevadas (vários comprimidos de uma vez, geralmente de forma proposital), podem provocar alucinações intensas.

São comuns **sensações de perseguição e alucinações** envolvendo bichos (aranhas, baratas, etc.) e imagens de pessoas mortas. Por possuir esse tipo de efeito, o Artane® é conhecido com o nome de "aranha".

Os anticolinérgicos também produzem muitos outros efeitos, como:

- aumento da pupila
- boca seca
- aumento dos batimentos cardíacos
- aumento da pressão arterial
- lentificação do intestino e dificuldade de urinar

CONCLUSÕES

Agora você já sabe que algumas drogas e plantas são usadas pelas pessoas para alterarem seu estado de consciência. É importante lembrar que essas substâncias modificam o modo como nossos neurônios se comunicam e podem fazer com que tenhamos falsas informações sobre o mundo que nos cerca. Elas podem nos fazer ver e ouvir coisas que não existem, porque "enganam" nossos sentidos (principalmente a visão e a audição).

Importante

Se uma pessoa estiver tendo "alucinações" e estiver assustada com a situação, o melhor a fazer é colocá-la em um ambiente tranquilo e com iluminação baixa.

Peça a ela que respire calma e profundamente. Tente acalmá-la, diga a ela quem ela é, quem é você, onde vocês estão e que ela tomou uma droga que está produzindo aqueles sintomas, mas que em algum tempo os efeitos irão passar.

Evite deixá-la sozinha e, caso ela tenha sintomas físicos importantes, procure um pronto-socorro.

BIBLIOGRAFIA

Battisti MC, Noto AR, Nappo SA, Carlini ELA. A profile of ecstasy (MDMA) use in São Paulo, Brazil: An ethnographic study. J Psychoactive Drugs, 2006;38(1):13-8.

Nappo SA, Noto AR. Anfetaminas e análogos. In: Seibel SD, Toscano JRA, editores. Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 10-119.

Rang HP, Dale MM, Ritter JM, Flower RJ. Farmacologial. Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. p. 830.

Rocha FCM. Tabagismo. In: Silveira DX, Moreira FG, organizadores. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 157-64.

World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 1997.

ATIVIDADES

1. Sobre as drogas estimulantes, assinale a alternativa CORRETA:

( ) a. As anfetaminas são drogas utilizadas para ganhar peso.

( ) b. Cocaína e crack são duas drogas completamente diferentes.

( ) c. São drogas que aumentam a atividade do Sistema Nervoso Central, causando euforia, agitação e aumento dos batimentos do coração.

( ) d. Todas as alternativas anteriores estão corretas.

2. Qual o perigo de se consumir álcool com benzodiazepínicos?

( ) a. As duas drogas são depressoras e podem ter seus efeitos aumentados quando utilizadas em conjunto.

( ) b. As duas drogas são estimulantes e podem aumentar muito os batimentos cardíacos.

( ) c. As duas drogas são alucinógenas ou perturbadoras, podendo causar fortes alucinações.

( ) d. As duas drogas possuem um efeito inicialmente estimulante e, depois, depressor.

3. Qual dos fatores abaixo pode desencadear uma Síndrome de Abstinência?

( ) a. Interrupção total do consumo.

( ) a. Aumento da quantidade consumida.

( ) b. Diminuição lenta da quantidade consumida.

( ) c. Mistura de duas ou mais drogas.

4. Algumas drogas, como o álcool e inalantes, podem causar o que chamamos de efeito bifásico. Marque a resposta CORRETA:

( ) a. Causam alucinações, inicialmente, e depois somente prazer.

( ) b. Causam depressão inicial do Sistema Nervoso Central e, depois, estimulação.

( ) c. Causam estimulação inicial do Sistema Nervoso Central e, depois, depressão.

( ) d. Nenhuma das alternativas anteriores.

Reflita a respeito...

- Do ponto de vista de alterações no Sistema Nervoso Central, as drogas de abuso possuem uma ação semelhante. Explique que ação é essa e o que acontece no cérebro de uma pessoa quando consome uma droga de abuso.

Aula 4

Aula 4

Problemas psiquiátricos e comportamentais associados ao uso de álcool e outras drogas

OS OBJETIVOS DESTA AULA SÃO:

- definir comorbidade
- compreender os diferentes tipos de comorbidade
- relacionar transtornos psiquiátricos e comorbidades com uso de álcool e outras drogas
- identificar a necessidade de encaminhamento médico integrado

TÓPICOS

- Comorbidade
- Comorbidades em usuários com problemas de álcool e outras drogas
- Conclusões
- Bibliografia
- Atividades

COMORBIDADE

Você já viu em aulas anteriores que o consumo repetido de álcool e outras drogas pode trazer muitos problemas físicos, psicológicos e sociais. Nesta aula, vamos falar um pouco sobre outras doenças que podem estar presentes em dependentes de álcool ou outras drogas – o que os médicos chamam de "**comorbidades**".

O que é comorbidade?
A palavra significa a existência de **duas ou mais doenças ocorrendo numa pessoa, ao mesmo tempo, e que interferem uma na outra.** Isso pode acontecer só em um determinado período, mas pode também durar a vida inteira.

Algumas doenças aparecem e depois desaparecem completamente, porque foram curadas. Elas podem até vir a ocorrer novamente, porém serão como que novas doenças para a pessoa, e desaparecerão novamente. Esse é o caso, por exemplo, de gripes ou resfriados, que vêm e passam.

Mas outras doenças não funcionam assim, podendo ser muito duradouras.

Algumas manifestam sintomas permanentemente e em outras os sintomas desaparecem, mas a pessoa continua tendo a doença. Essas são as chamadas **doenças crônicas**.

Por isso, quando uma doença existe numa pessoa, mas naquele momento não está dando sinais, mesmo assim, ela é diagnosticada como tendo essa doença. Por exemplo, uma pessoa com hipertensão arterial (pressão alta), que é uma doença crônica, mesmo que no momento esteja sem sintomas (tontura, mal-estar, dores de cabeça) ela é considerada hipertensa.

Quando uma pessoa possui uma doença crônica, torna-se mais comum a ocorrência de comorbidades, pois ela poderá ter outras doenças, passageiras ou não, que interferem entre si. Mas é preciso lembrar que o conceito de comorbidade é utilizado também para a coexistência de doenças que não são crônicas.

Em Psiquiatria, as doenças são chamadas de **transtornos**. Muitas vezes, os **transtornos psiquiátricos** são difíceis de serem entendidos pelas pessoas que não estão diretamente envolvidas com os pacientes e seu tratamento.

Saiba Mais...

Você sabia que a estigmatização das pessoas com transtornos psiquiátricos, como o uso de drogas, dificulta seu atendimento e que recebam o tratamento adequado? Muitas pessoas deixam de procurar ajuda para sua condição por medo dos estigmas!

A maioria dos transtornos psiquiátricos muda o comportamento das pessoas. Isso pode levar o familiar ou outras pessoas a acharem que não se trata de doença e confundirem isso com "má-vontade", "birra", "preguiça" ou outras coisas. Do ponto de vista social, as pessoas também sofrem com **estigmas** (rótulos ou marcas que damos a uma pessoa e que a caracterizam de maneira negativa) e preconceitos sobre alguma característica específica, como um transtorno psiquiátrico. No caso de pessoas com transtornos mentais, como a dependência de drogas, elas são chamadas de "vagabundos", "sem força de vontade", "fracos", entre outras coisas.

É muito importante saber que algumas **mudanças no comportamento** das pessoas com quem se convive podem ser sintomas de doenças. No caso de as pessoas apresentarem comportamentos que parecem estranhos o suficiente para se pensar que há algo errado com a saúde delas, **deve-se procurar a ajuda de médicos**.

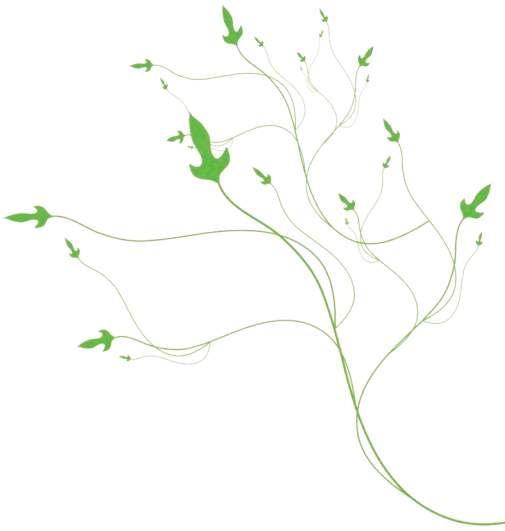
COMORBIDADES EM USUÁRIOS COM PROBLEMAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

As pessoas que fazem uso de substâncias, que pode estar associado a muitos problemas em suas vidas, quase nunca escolheram a complicada situação na qual vivem. Mesmo que uma pessoa tenha escolhido fazer um primeiro uso de droga, muitos fatores juntos podem levá-la ao uso continuado de uma substância:

- problemas sociais
- problemas psicológicos
- problemas biológicos

EXEMPLO: Um caso de uma pessoa que seja dependente de cocaína e que também tenha uma doença mental chamada esquizofrenia, deve-se pensar que provavelmente essa pessoa estava mais vulnerável ao uso de cocaína.
Deve ter sido mais difícil para ela recusar a cocaína que alguém lhe ofereceu. Além disso, ela teria um risco maior de se tornar um usuário frequente, ou mesmo dependente.

Então, se uma pessoa é dependente de cocaína e também tem esquizofrenia, isso se chama comorbidade entre o "transtorno de dependência de cocaína" e o "transtorno esquizofrênico". Em grande parte das vezes, nos transtornos psiquiátricos, as pessoas não conseguem se recuperar só "tendo força de vontade". Para melhorar elas precisam de tratamento com remédios, do apoio da família e da rede social à qual pertencem, incluindo comunidades religiosas.



As comorbidades entre abuso ou dependência de substâncias, como o álcool, tabaco e outras drogas, podem ocorrer com diversos transtornos psiquiátricos e também com outras doenças.

Vamos conhecer as principais comorbidades entre transtornos psiquiátricos e abuso/dependência de álcool e outras drogas?

Transtornos do humor

Os "transtornos do humor" estão entre as doenças mentais que muitas vezes ocorrem junto com transtornos do uso de álcool e outras drogas. Quando falamos em transtornos do humor, estamos falando tanto de **depressão** como de "**mania**".

Essas mudanças do humor podem levar a outros sintomas e podem mudar muito o modo de "funcionamento" de uma pessoa.

Sintomas de depressão:

- tristeza
- desânimo
- falta de esperança
- perda ou ganho de apetite
- ganho de peso
- excesso de sono ou falta dele
- falta de concentração
- pessimismo
- não sentir prazer com quase nada

Esses sintomas podem ser muito difíceis de suportar e a pessoa pode chegar a ter vontade de morrer, ou mesmo tentar se matar.

Sintomas de mania:

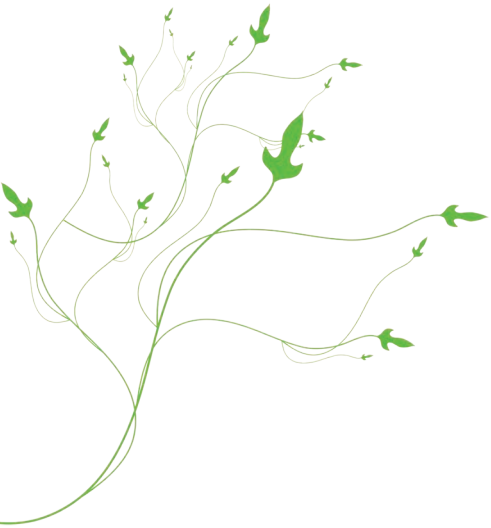
- falar exageradamente
- comportamentos ousados que não fazem parte de seus hábitos, como por exemplo aumento exagerado da vontade de ter relações sexuais ou comprar compulsivamente artigos dos quais não precisa (e que às vezes não tem condições de pagar)
- perda de sono e ausência de cansaço
- mudança de um estado de alegria extrema para uma irritação e agressividade, sem motivo aparente
- agitação exagerada

Tanto os sintomas depressivos quanto os de mania são muito influenciados pelo modo como o cérebro funciona e também são influenciados pela genética.

Algumas vezes os sintomas são tão fortes que as pessoas "saem da realidade".

Os sintomas depressivos podem aparecer em vários tipos de problemas de saúde mental e, algumas vezes, fazem parte de quadros graves chamados de "**depressão maior**".

Outras vezes a pessoa tem períodos de profunda tristeza e outros períodos de exagerada alegria, euforia ou irritabilidade. Nesses períodos a pessoa mostra-se diferente do seu modo de ser usual e geralmente não se consegue ver motivos razoáveis para tanta tristeza, alegria, euforia ou irritabilidade. Nesse caso, é possível que a pessoa tenha um "**transtorno bipolar**".



Algumas vezes, uma depressão que não é identificada e corretamente tratada pode funcionar como um fator de risco para uma pessoa começar a beber, consumir cocaína, maconha e/ou outras drogas, e até chegar à dependência.

Também encontramos casos em que, após o uso prolongado e pesado de substâncias, os usuários passam a apresentar sintomas depressivos importantes, mesmo depois de a desintoxicação e os sintomas da síndrome de abstinência terem passado. Nesse caso, é possível pensarmos em duas alternativas:

- as depressões são **fatores de risco** para o uso problemático de substâncias

- o uso de substâncias pode levar a **alterações graves do funcionamento mental**, causando transtornos do humor

O transtorno bipolar também é um importante fator de risco para os problemas de abuso/dependência de substâncias. Por exemplo, sabemos que bebidas alcoólicas e outras drogas como a cocaína deixam a pessoa agitada e alegre. Assim, uma pessoa muito deprimida, triste, que está se sentindo infeliz, pode escolher usar mais essas substâncias para "ficar alegre" e sentir-se aliviada de uma depressão.

Saiba Mais...

Embora as bebidas alcoólicas causem uma animação ou alegria inicialmente, como você viu na aula 3, seu principal efeito é depressor, e não estimulante.

Transtornos de ansiedade

Outros sintomas muito comuns em pessoas que abusam ou são dependentes de álcool e outras drogas são os de ansiedade. A ansiedade muitas vezes parece um tipo de medo, sem um motivo real que possa ser considerado suficientemente importante para causá-lo.

Lembrete

Não se esqueça de que as drogas, mesmo causando sensações de bem-estar e prazer durante seu uso, após o término de seu efeito é comum que a pessoa se sinta desanimada e triste.

Sintomas possíveis no transtorno de ansiedade:

- inquietação ou agitação (a pessoa fica o tempo inteiro se movimentando)
- perturbação e ausência de sensação de paz
- preocupações exageradas desproporcionais aos problemas
- suor excessivo
- aumento no número de batidas do coração

Como você já viu, as drogas modificam o funcionamento do cérebro e, de certa forma, a pessoa pode se sentir mais aliviada quando as consome. Por exemplo, sabemos que o uso de bebidas alcoólicas em baixas doses diminui a ansiedade. Então, uma pessoa muito ansiosa pode usar essas bebidas para "se acalmar" e relaxar.

Atenção

Quando alguém tem um transtorno de ansiedade que não foi devidamente diagnosticado e tratado estará sujeito a riscos importantes se beber ou usar outras drogas que podem causar abuso/dependência.

Vale lembrar que, embora as pessoas utilizem as drogas para "controlar" seus transtornos psiquiátricos, as drogas de abuso não são medicamentos. Elas agem escondendo temporariamente os sintomas dos transtornos psiquiátricos, mas não os eliminam.

Transtornos alimentares

Pode não parecer, mas quando as pessoas comem demais ou de menos isso pode ser sinal de um transtorno psiquiátrico – os chamados "**transtornos alimentares**".

Os mais conhecidos são a **bulimia** e a **anorexia nervosa**.

Na **bulimia**, a pessoa tem uma imagem errada, distorcida, do próprio corpo. Tem medo de engordar e acredita que tudo o que come a engorda muito. Ela age impulsivamente no consumo de certos alimentos e, por isso, mesmo sem querer, quando percebe já comeu. Em seguida, ela sente-se "culpada", podendo provocar o vômito ou ter outros comportamentos, como fazer exercícios físicos em excesso, para não engordar. Isso pode se repetir muitas vezes durante o dia e pode levar a sérios problemas de saúde.

A **bulimia**, especialmente, parece aumentar bastante a chance de uma pessoa abusar ou desenvolver uma dependência de drogas, principalmente de álcool.

Na **anorexia**, a pessoa também se acha muito gorda, embora seu peso esteja muito abaixo do normal para sua altura. Nesse caso, ela passa a alimentar-se muito pouco em relação às necessidades para a sua saúde, o que pode levá-la à morte por falta de alimento.

Esquizofrenia

A esquizofrenia ou transtorno esquizofrênico é uma **doença mental** grave e crônica.

A doença pode ter início com os chamados "surtos", que são períodos de **perda do contato com a realidade**, e fazem com que as pessoas ouçam vozes, vejam coisas que só existem em sua imaginação e que elas acreditam serem reais. Elas podem ter pensamentos estranhos e confusos, às vezes com grande agitação e agressividade, sendo difícil compreendê-las. Passada a fase inicial, podem ainda aparecer alguns sintomas que fazem com que as pessoas pareçam "esquisitas", diferentes de como eram antes de ficarem doentes. Isso mostra que elas não puderam voltar ao seu estado "normal".

Durante os "surtos esquizofrênicos" as pessoas não conseguem avaliar corretamente o que acontece consigo mesmas ou ao seu redor. Por isso, elas podem ter **atitudes estranhas,** que podem prejudicar a elas mesmas ou aos outros.

Nos períodos fora dos "surtos" as pessoas podem apresentar vários sintomas:

- evitar companhia de amigos ou outras pessoas
- preferir ficar sozinhas
- dificuldades para se envolver emocionalmente com outras pessoas

Em qualquer fase dessa doença é comum que essas pessoas façam abuso de álcool e outras drogas para lidar com os sintomas.

Atenção

Ainda hoje em dia existe muito preconceito das pessoas em relação às doenças mentais, principalmente as do tipo esquizofrênico, e elas usam palavras ofensivas como "louco", quando se referem a esses doentes.

Transtornos de personalidade

Alguns problemas mentais, que são chamados de "transtornos de personalidade", não chegam a impedir que as pessoas saibam diferenciar o que é realidade e o que é fantasia, mas podem atrapalhar muito sua vida familiar e social. Esses problemas são comuns em pessoas que têm problemas com consumo abusivo de substâncias.

Um dos tipos mais conhecidos é o chamado "**transtorno de personalidade antissocial**".

As pessoas que apresentam o transtorno de personalidade antissocial podem apresentar os seguintes sintomas:

- não se preocupam com as consequências de seus atos
- fazem as coisas sem pensar, podendo ser às vezes violentas
- sentem pouco remorso ou culpa pelo que fazem, mesmo quando se prejudicam ou a outras pessoas

Os transtornos de personalidade, em geral, ocorrem junto com transtornos de abuso e dependência de álcool e outras drogas, e às vezes também com o tráfico.

No entanto, **não se pode afirmar que uma pessoa com problemas com álcool e/ou outras drogas também tenha transtorno de personalidade antissocial.**

É importante que uma pessoa que tem um transtorno psiquiátrico e é dependente de álcool e/ou outras drogas seja encaminhada a um psiquiatra para o diagnóstico correto e tratamento adequado da doença que está coocorrendo com a dependência, pois, caso contrário, será quase impossível controlar a dependência.

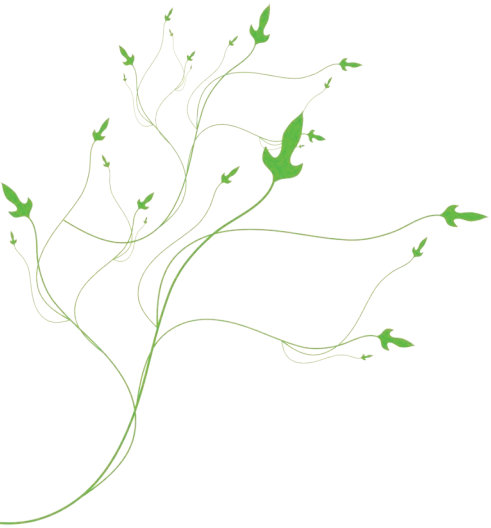
A melhor maneira para se tratar pessoas que façam abuso ou tenham dependência de álcool ou outras drogas é a **assistência integrada**, que vise cuidar do problema com a(s) substância(s) e também com a(s) comorbidade(s).

As intervenções integradas podem melhorar o funcionamento global das pessoas afetadas. Isso deverá envolver médicos (às vezes de mais de uma especialidade), psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais de saúde, que devem trocar informações entre si para oferecer um "**tratamento completo e integrado**", aumentando as chances de sucesso do tratamento.

CONCLUSÕES

Toda pessoa com problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas deve ser considerada como alguém que também pode ter outros problemas psiquiátricos, que estejam *causando* ou *agravando* o seu comportamento de consumo de drogas.

Nesse caso, para a melhora dessas pessoas, é necessário o tratamento especializado para ambos os problemas.



PENSE NISSO:
Muitas vezes, quem convive no dia a dia tem dificuldade de perceber diversos problemas que vimos nesta aula, porque se acostuma com o "jeito" da pessoa. Mas você, que conhece bem as pessoas de sua comunidade, pode perceber se além de consumir álcool ou outras drogas de modo problemático elas têm sintomas de alguns dos transtornos psiquiátricos que vimos.
Nesses casos, tratamentos voltados somente para a mudança do padrão de uso da droga podem não funcionar. Ajude-as a reconhecer o problema e aceitar ajuda de especialistas.

BIBLIOGRAFIA

Deas D. Adolescent substance abuse and psychiatric comorbidities. J Clin Psychiatry. 2006;67(suppl 7):18-23.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica, 7ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1997.

Palomo T, Archer T, Kostrzewa RM, Beninger RJ. Comorbidity of substance abuse with other psychiatric disorders. Neurotox Res. 2007;12(1):17-27.

Torrens M, Martins-Santos R, Samet S. Importance of clinical diagnoses for comorbidity studies in substance use disorders. Neurotox Res. 2006; 10(3-4):253-61.

ATIVIDADES

1. Assinale a alternativa CORRETA:

( ) a. Comorbidade é quando duas doenças que se interferem ocorrem em um mesmo tempo.

( ) b. Comorbidade é quando duas doenças que se interferem ocorrem em momentos diferentes.

( ) c. Comorbidade se refere somente a transtornos psiquiátricos.

( ) d. Comorbidade é quando existem duas doenças que não se interferem.

2. Quando uma pessoa apresenta transtorno de ansiedade e faz uso de drogas, é possível que ela tenha preferência por qual tipo de droga?

( ) a. Estimulantes.

( ) b. Depressoras.

( ) c. Perturbadoras.

( ) d. Pessoas com transtorno de ansiedade não consomem drogas.

3. Sobre as comorbidades entre consumo de drogas e transtornos psiquiátricos, assinale a alternativa CORRETA:

( ) a. O uso de drogas pode ser uma forma que o indivíduo encontra para lidar com os problemas gerados por um transtorno psiquiátrico.

( ) b. O consumo de drogas não se associa com outros transtornos psiquiátricos.

( ) c. O único transtorno psiquiátrico que se associa com o consumo de drogas é a ansiedade.

( ) d. Para ser considerada uma comorbidade ao uso de drogas, o outro transtorno não precisa ocorrer ao mesmo tempo.

4. Como um líder religioso poderia contribuir para a melhora de uma pessoa que apresenta um quadro de depressão e dependência de álcool?

( ) a. Criticando sua postura e apontando sua falta de "força de vontade" para superar o problema.

( ) b. Expondo a pessoa na frente de um grupo e apontando suas fraquezas e problemas.

( ) c. Não cabe ao líder religioso interferir nesse tipo de situação, devido à sua gravidade.

( ) d. Observando as atitudes do indivíduo e destacando a importância de procurar ajuda especializada.

Reflita a respeito...

- Muitas vezes, é necessário o uso de medicamentos para tratar a dependência de drogas e comorbidades presentes. Entretanto, existem outras maneiras que não somente as medicamentosas e que são importantes para o tratamento dessas doenças. Na sua comunidade, como você poderá ajudar uma pessoa que apresente dependência de drogas e comorbidades?

Aula 5

Aula 5

Crack.
Uma abordagem multidisciplinar

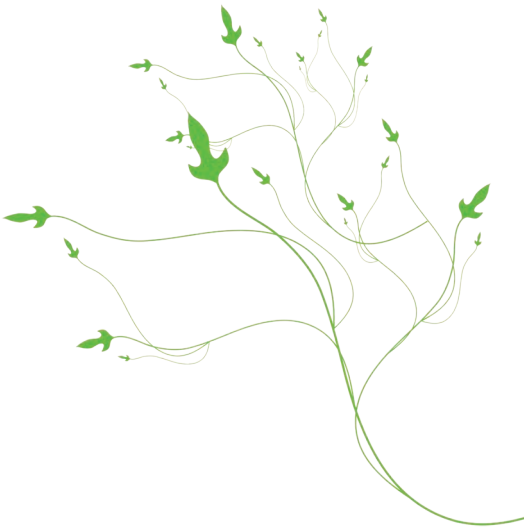
OS OBJETIVOS DESTA AULA SÃO:

- identificar aspectos específicos do uso do crack em relação a outras drogas
- conhecer os principais danos causados pelo uso da droga
- compreender as diferentes formas de tratamento

TÓPICOS

- Introdução
- O que é o crack?
- Epidemiologia
- A ação da droga no Sistema Nervoso Central
- Danos físicos
- Danos psíquicos
- Abordagens terapêuticas
- Conclusão
- Bibliografia
- Atividades

INTRODUÇÃO



O crescimento do consumo e dos problemas relacionados ao uso do crack constitui, atualmente, um grande desafio para a implementação de uma política de atenção aos problemas com drogas no Brasil. Esse desafio exige respostas eficazes do governo e da sociedade, na construção de um programa de intervenção integrada, que inclua ações relacionadas à promoção da saúde, de conscientização e informação sobre os riscos do uso do crack, disponibilização de serviços de atendimento, estudos clínicos sobre tratamento, dentre outros.

O consumo do álcool, tabaco e outras drogas agrava problemas sociais, traz sofrimento para indivíduos e famílias e tem consequências econômicas importantes. Nesse contexto, o surgimento e o aumento rápido do consumo do crack, desde a década de 1990, incrementam a gravidade desses problemas, ampliando e agravando condições de vulnerabilidade, especialmente para as parcelas carentes da população. No Brasil, o consumo cresceu, principalmente entre crianças, adolescentes e adultos que vivem na rua, motivando pressões diversas sobre a população pela necessidade de ações que deem aos usuários de crack oportunidades de viverem de forma digna e com saúde.

Em muitos aspectos, o uso e os problemas relacionados ao consumo de crack não são diferentes dos que acontecem com outras drogas. Mas há diferenças, e para que as ações empreendidas sejam efetivas há a necessidade de conhecer de forma mais profunda os problemas relacionados ao uso dessa droga. A necessidade de conhecimento se estende à importância de capacitar os profissionais que lidam no dia a dia com pessoas que usam crack e seus familiares. Sendo assim, o objetivo desta aula é resumir **informações sobre o crack**, seus efeitos sobre o Sistema Nervoso Central e o psiquismo e as consequências do seu uso sobre o corpo. Também abordaremos o contexto social do uso do crack e relataremos as abordagens terapêuticas consideradas mais efetivas. O enfoque descrito sustenta-se em uma compreensão de que o consumo e os problemas com o crack devem ser entendidos como determinados por múltiplos aspectos da existência humana, incluindo as **dimensões biológicas, psíquicas e socioculturais** tanto na origem dos problemas como nas propostas de abordagem.

O QUE É O CRACK?

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

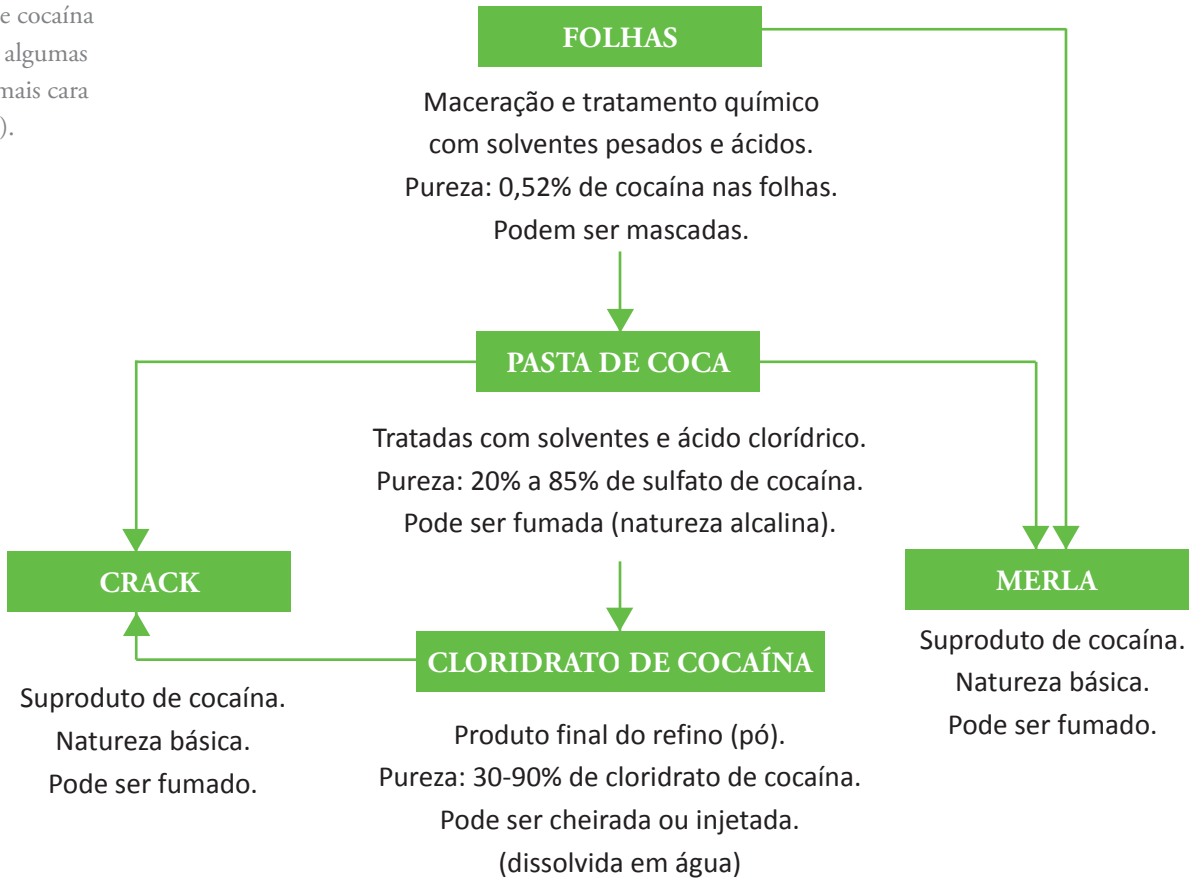
A partir daí, processos químicos passaram a ser utilizados para separar a cocaína da folha da coca, gerando um pó branco, o **cloridrato de cocaína**. Desde o século XIX esse pó branco é utilizado por meio de sua inalação nasal, ou dissolvido em água para ser injetado nas veias. Utilizando diferentes processos de fabricação, além do pó branco, podem ser produzidas outras formas da substância que podem ser fumadas. São elas **a merla, a pasta de coca e o crack, como mostrado na Figura a seguir**.

Assim, todas essas diferentes drogas correspondem, na realidade, a uma mesma substância (cocaína), que, como você já viu na Aula 3, causam efeitos muito semelhantes.

Lembrete

Lembra-se do óxi?

Há alguns anos ele foi anunciado na mídia como a "nova droga da morte", sendo uma versão mais barata que o crack por utilizar substâncias como óxido de cálcio, querosene ou gasolina. Porém, policiais federais fizeram análises químicas do óxi e perceberam que se tratava exatamente de versões já conhecidas da cocaína, como a pasta de coca (produto mais "cru" e bruto, que pode ser fumado) e cocaína-base (uma versão da pasta-base de cocaína tratada para se retirar algumas impurezas, portanto mais cara para o usuário).



Essas formas distintas de administração da molécula de cocaína (inalada, injetada ou fumada) têm diferentes efeitos no indivíduo. Quando a droga é **fumada**, uma grande quantidade de moléculas de cocaína atinge o cérebro quase imediatamente, produzindo um efeito explosivo, descrito pelas pessoas que a usam como uma sensação de prazer intenso. A droga é rapidamente eliminada do organismo, produzindo uma súbita interrupção da sensação de bem-estar, seguida, imediatamente, por imenso desprazer e enorme vontade de reutilizar a droga. Essa sequência é vivida pelos usuários com um comportamento compulsivo em que os indivíduos caem, com frequência, numa espiral em que os atos de usar a droga e procurar meios de usar novamente se alternam cada vez mais rapidamente. Outra diferença entre o **crack** e a **cocaína em pó** é que, para os produtores de drogas, o crack é muito mais barato.

EPIDEMIOLOGIA

O surgimento do uso do crack no Brasil foi detectado por redutores de danos que trabalhavam com usuários de drogas injetáveis no início da década de 90. Quando comparamos a distribuição do uso de vários tipos de drogas pelas parcelas da população brasileira, percebemos que, considerando a população como um todo, o uso do crack é muito raro. No entanto, quando se enfoca determinadas parcelas específicas da população, encontramos consumo cada vez maior. Por exemplo, de acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado nas 108 maiores cidades do país, **0,7% da população adulta relatavam já ter feito uso de crack pelo menos uma vez na vida**, o que significa um contingente de mais de 380 mil pessoas. A maior porcentagem de uso de crack na vida foi encontrada entre homens, na faixa etária de 25 a 34 anos, constituindo 3,2% da população adulta, ou cerca de 193 mil pessoas. Além disso, a comparação dos resultados do I Levantamento, realizado em 2001, com os do II, realizado em 2005, mostrou que houve aumento estatisticamente significativo daqueles que relataram uso de crack no mês da pesquisa. Por meio de um estudo recente (2012), realizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), estima-se que existam 370 mil usuários regulares (mais de 25 dias de uso nos últimos 6 meses) de crack e/ou similares nas capitais brasileiras, o que representaria 0,81% do

Saiba Mais

Estratégias de redução de danos são medidas que visam diminuir os prejuízos provocados pelo uso de drogas. Esta é uma alternativa para aqueles usuários que não querem ou não conseguem interromper o uso de drogas por completo.

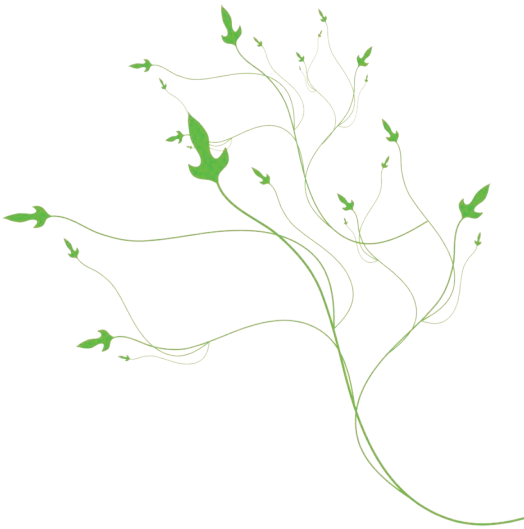
Você poderá conhecer mais sobre esta estratégia na Aula 9.

total da população residente nesses municípios. Aproximadamente 50 mil seriam crianças ou adolescentes. Embora usuários de crack se encontrem em todas as regiões, **as regiões Nordeste e Sul concentram a maior parte dos usuários identificados na pesquisa**.

Os estudos que enfocavam estudantes do ensino fundamental e médio, conduzidos entre 1987 e 2010, encontraram um crescimento do consumo de cocaína em nove das dez capitais em que se pode analisar a tendência de uso ao longo desses anos: Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Salvador e São Paulo. O VI Levantamento Nacional entre Estudantes, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em 2010, indicou que 0,6% dos estudantes das 27 capitais brasileiras relataram ter feito uso de crack pelo menos uma vez na vida. No entanto, essa taxa sobe quando se estuda o uso de crack entre universitários, sendo que 1,2% relataram ter feito uso de crack pelo menos uma vez na vida.

Quando a SENAD, por meio do CEBRID, foi estudar o uso de drogas por crianças e adolescentes em situação de rua, encontrou taxas bem maiores: o estudo encontrou uso de cocaína, no último mês, em 45% de crianças e adolescentes menores de 18 anos no Rio de Janeiro, 31% em São Paulo e 20% em Recife. O uso frequente de crack foi mencionado em quase todos os estados, sendo maior em São Paulo, Recife, Curitiba e Vitória (variando de 15% a 26%). O crescimento da procura de tratamento por usuários de crack observado na década de 1990 em outras capitais ocorre nos anos atuais no Rio de Janeiro. A SENAD, também em parceria com a FIOCRUZ, realizou estudo para conhecer o perfil do usuário de crack e/ou similares. Identificou-se que, em média, os usuários possuem 30 anos, cerca de 78% são homens. Outros dados relevantes desse estudo indicam que o usuário tem pouco acesso aos serviços de atenção e tratamento de dependência química (cerca de 6% relataram ter tido acesso a um CAPS-ad e 4%, a uma comunidade terapêutica nos 30 dias anteriores à pesquisa).

A AÇÃO DA DROGA NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL



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

Fumar o **crack** é a via mais **rápida** de fazer com que a droga chegue ao cérebro, e provavelmente esta é a razão que pode contribuir muito para a rápida progressão para a dependência.

Quando a cocaína é injetada nas veias há uma demora de 30 a 45 segundos para o início dos efeitos; quando aspirada ("cheirada"), demora de 3 a 5 minutos para atingir o mesmo efeito. Quando a droga é fumada na forma de crack, o vapor aspirado é rapidamente absorvido pelos pulmões, alcançando o cérebro depois de oito a dez segundos.

Comparando o uso de crack com outras formas de uso da cocaína, há uma proporção maior de uso intenso e de aumento da fissura entre aqueles que usam crack.

DANOS FÍSICOS

Intoxicação

Os efeitos do crack aparecem quase imediatamente depois de uma única dose. Esses efeitos incluem:

- Aceleração do coração
- Aumento da pressão arterial
- agitação psicomotora
- dilatação das pupilas
- aumento da temperatura do corpo
- sudorese

- tremor muscular
- sensação de euforia
- aumento da autoestima
- indiferença à dor e ao cansaço
- sensação de estar alerta, especialmente a estímulos visuais, auditivos e ao toque
- tonturas e ideias de perseguição (síndrome paranoide).

Abstinência

Os sintomas de abstinência começam a aparecer de cinco a 10 minutos após o uso. Os sintomas principais são: fadiga, desgaste físico, abatimento extremo, tristeza, depressão intensa, inquietação, ansiedade, irritabilidade, sonhos vívidos e desagradáveis e intensa vontade de usar a droga (fissura). **O auge da abstinência ocorre entre dois e quatro dias**. Já as alterações do humor podem durar meses.

Efeitos do crack no corpo

Os principais efeitos do uso do crack são decorrentes da ação local direta dos vapores em alta temperatura pela queima da droga (como queimaduras e olhos irritados) e dos efeitos farmacológicos da substância.

Vias aéreas

O pulmão é o principal órgão exposto aos produtos da queima do crack. Os sintomas respiratórios agudos mais comuns são: tosse com produção de escarro enegrecido, dor no peito com ou sem falta de ar, presença de sangue no escarro e piora de asma. Muitas vezes esses pacientes convivem em ambientes fechados, dividem os instrumentos de consumo da droga e apresentam baixa adesão ao tratamento, favorecendo, dessa forma, a disseminação do bacilo da tuberculose.

Coração

Como você viu, o uso do crack provoca o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial. Em longo prazo podem ocorrer problemas cardíacos, isquemias, arritmias, problemas no músculo cardíaco e infartos agudos do coração.

Sistema Nervoso Central

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

Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS

O consumo de crack e cocaína tem sido associado diretamente à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), como gonorreia e sífilis.

Os comportamentos de risco mais frequentemente observados são o número elevado de parceiros sexuais, o uso irregular de camisinha e troca de sexo por droga ou por dinheiro para a compra de droga. Deve ser levada em consideração a vulnerabilidade social a que estão expostas, especialmente, mulheres usuárias de crack, que trocam sexo pela droga ou por dinheiro para comprá-la. Um estudo de Nappo et al. (2004), possibilitou identificar o perfil do usuário confirmou que esta é uma população em situação de alta vulnerabilidade. Cerca de 30% das mulheres relataram recebimento de dinheiro ou do crack em troca de sexo, e mais de um terço do total relatou não ter usado preservativo nas relações vaginais nos 30 dias anteriores à pesquisa. Através de testagem, identificou-se que 5% são HIV positivo, índice bem superior ao encontrado na população geral (0,6%). Além disso, não devemos esquecer que há a possibilidade de transmissão de HIV por meio das lesões orais e labiais causadas pelos cachimbos.

Saiba mais...

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

Fome, sono e sexo

O uso de crack pode diminuir temporariamente a necessidade de comer e dormir. Muitas vezes os usuários saem em “jornadas” em que consomem a

droga durante dias seguidos. Podem ocorrer redução do apetite, náusea e dor abdominal. Frequentemente, a alimentação e o sono ficam prejudicados, ocorrendo processo de emagrecimento e esgotamento físico. Os hábitos básicos de higiene também podem ficar comprometidos. O crack pode aumentar o desejo sexual no início, porém com o uso continuado da droga o interesse e a potência sexual diminuem.

Gravidez (gestante e bebê)

O crack, quando consumido durante a gestação, chega à corrente sanguínea aumentando o risco de complicações tanto para a mãe quanto para o bebê. Para a gestante, aumenta o risco de descolamento prematuro de placenta, aborto espontâneo e redução da oxigenação uterina. Para o bebê, o crack pode reduzir a velocidade de crescimento fetal, o peso e o perímetro cefálico (diâmetro da cabeça) ao nascimento. Há ainda riscos de malformação congênita, maior risco de morte súbita na infância, alterações do comportamento e atraso do desenvolvimento.

O crack também passa pelo leite materno. Assim, mesmo depois do parto, a mãe não deve consumir a droga devido aos possíveis prejuízos a que expõe o recém-nascido.

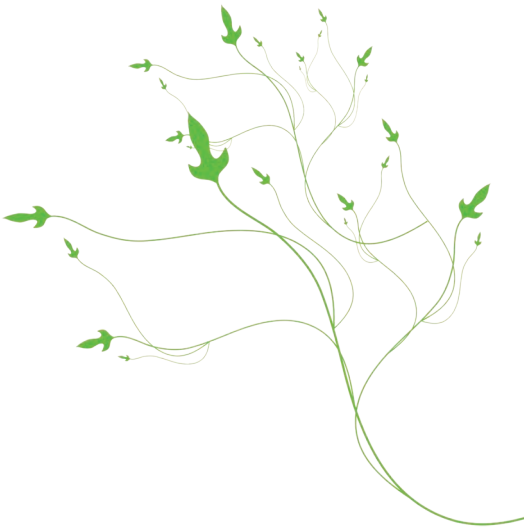
Associação com bebidas alcoólicas

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

Outros

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

DANOS PSÍQUICOS



Alterações cognitivas

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

Alguns efeitos do crack são revertidos rapidamente, e outros persistem por semanas, mesmo depois de a droga não ser mais detectável no cérebro. A reversibilidade desses efeitos com a abstinência prolongada ainda é incerta. As alterações devem ser levadas em conta no planejamento do tratamento desses pacientes.

Quadros psiquiátricos

A presença de problemas relacionados ao uso de outras substâncias psicoativas e a presença de outro(s) diagnóstico(s) psiquiátrico(s) são comuns entre usuários de cocaína e crack. Os quadros psiquiátricos mais relatados são transtornos de personalidade, quadros depressivos, quadros ansiosos, instabilidade do humor, ideias paranoides ou mesmo quadros psicóticos com delírios e alucinações. Sintomas agressivos estão mais relacionados ao uso de crack que a outras vias de uso da cocaína.

A presença de uma comorbidade (veja a Aula 4) aumenta a gravidade do quadro de uso de substâncias, e o uso do crack aumenta a gravidade da comorbidade. Do mesmo modo, o tratamento da condição associada (as duas doenças juntas) permite melhor prognóstico, ou seja, as expectativas de melhora no futuro são maiores em relação ao uso do crack.

Consequências sociais

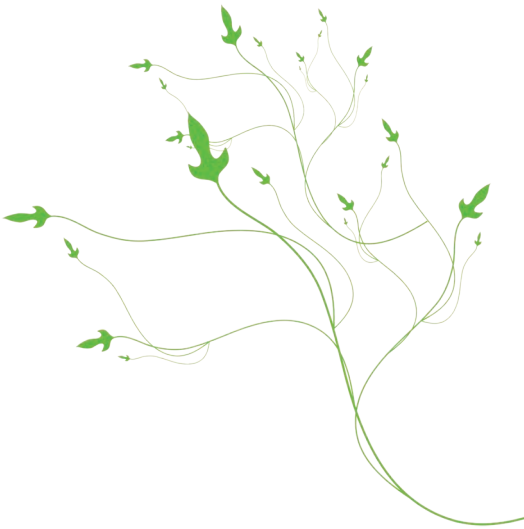
Em São Paulo, um estudo com profissionais do sexo que usavam crack mostrou que a maioria dessas mulheres é jovem, mãe, com baixa escolaridade, vive com familiares ou parceiros e são responsáveis por seu próprio sustento. A maioria trocava sexo por crack diariamente (com um a cinco parceiros por dia), não escolhia o parceiro, o tipo de sexo, nem exigia o uso da camisinha. Outro estudo sobre mulheres trabalhadoras do sexo, em Santos, mostrava a associação entre uso do crack, uso de cocaína injetável e positividade para o HIV.

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

ABORDAGENS TERAPÊUTICAS

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

Farmacoterapia



Os estudos existentes até o momento são para tratamento de cocaína, sem diferenciar suas formas de apresentação ou uso. Atualmente não existe qualquer medicação aprovada especificamente para o tratamento da dependência de cocaína.

Pacientes dependentes de cocaína mantêm o uso de forma compulsiva, mesmo sabendo que isso pode lhes trazer graves prejuízos. Tentando modificar esse quadro, diversas medicações têm sido estudadas para o tratamento da dependência de cocaína. Observou-se, por exemplo, que o uso de antipsicóticos (utilizados para tratar esquizofrenia) não traz benefícios, não produz controle de efeitos colaterais, não reduz a vontade (fissura) de usar a droga, nem diminui a quantidade consumida de cocaína durante o tratamento.

Da mesma forma, vários anticonvulsivantes (usados no tratamento da epilepsia) e diversos antidepressivos (usados tratamentos da depressão) já foram estudados e também não se mostraram eficazes. O estudo de psicoestimulantes (utilizados para tratar distúrbios do sono) mostrou resultados inconclusivos, sem resultados na redução do uso, mas com algumas substâncias mostrando tendência de aumento do período de abstinência.

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

Abordagem psicossocial

A revisão dos estudos científicos, realizada pela Agência Nacional para Tratamento do Uso Prejudicial de Substâncias da Grã-Bretanha, em 2002 (*National Treatment Agency* (NTA) *for Substance Misuse),* já enfatizava que há evidências de tratamentos eficientes para dependência do crack. De fato, os autores afirmam que "tratar dependência de crack não é nem difícil nem necessariamente implica em habilidades totalmente novas". O que é essencial compreender é que as **abordagens terapêuticas** incluem

não apenas os aspectos médicos ou biológicos, mas ações que privilegiem o contexto socioemocional dos indivíduos envolvidos.

Como já foi descrito, não há medicações que, por si só, tratem a dependência do crack. E tanto para o tratamento e reinserção social quanto para as atividades de prevenção é indispensável realizar atividades que aumentem a vinculação daqueles que usam a droga aos serviços e profissionais de saúde.

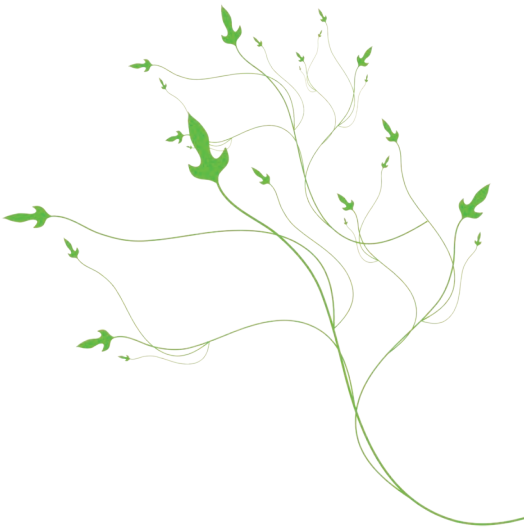
Há múltiplos serviços que os usuários podem acessar sem agendamento prévio, como os **Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad)**, redes de usuários, como os **Narcóticos Anônimos (NA)**, e linhas telefônicas 24h, como o serviço **VIVAVOZ (132)**. Esses dispositivos podem ser usados para aumentar o seu acesso ao tratamento.

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

Uma vez que uma parte dos pacientes chega encaminhada pela Justiça, é importante ampliar e aperfeiçoar a discussão sobre os problemas com drogas, juntamente com os profissionais do judiciário.

Como o uso de álcool associado é muito comum, assim como os problemas familiares, psicológicos e físicos, é importante que as instituições ofereçam tratamento para todos esses problemas adicionais. Esses problemas têm de ser considerados, pois são determinantes na evolução do tratamento do usuário. Por exemplo, uma pessoa que usa crack e após interromper o uso da droga mantém o uso de álcool, mesmo que socialmente, tem grande chance de recair com o crack, já que um dos efeitos do álcool é a diminuição do juízo crítico do usuário (a pessoa fica mais vulnerável a ceder à vontade de usar a droga), ou seja, ela deve também interromper o uso do álcool. Da mesma forma, existem pessoas que só usam crack após terem feito uso de bebidas alcoólicas – o que é chamado de “efeito gatilho”. A recuperação mantida permite a reconstrução de laços afetivos e sociais. Além disso, quando se consegue atingir a abstinência precocemente, existem boas chances de se manter essa abstinência.

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



Um exemplo de Abordagem Psicossocial: Embaixada da Liberdade – uma liberdade positiva.

A partir do diagnóstico da situação do uso de crack na cidade do Rio de Janeiro, efetuado pela realização de fóruns, os pontos de uso de drogas e exploração sexual foram mapeados e, como estratégia de política pública, foi implantado o serviço da **Embaixada da Liberdade** em bairro da Zona Norte da cidade. A localização deve-se ao fato de o uso de crack e exploração sexual estarem articulados, por haver grande concentração de crianças e adolescentes em espaço de uso chamado de "cracolândia" e pela percepção de que essa clientela não procurava tratamento espontaneamente.

Constituiu-se um **plano de ações** com a criação de **equipes de abordagem ampliada**, **Escola de Redutores de Danos** e **Consultório de Rua** (você conhecerá mais sobre essas abordagens nas próximas aulas do curso), no qual Saúde e Assistência Social pudessem trabalhar de forma integrada. Esse plano de ações teve como objetivo atuar diretamente no território, produzindo acesso aos serviços e aos programas socioassistenciais, como, por exemplo, o Bolsa Família.

A proposta da Embaixada da Liberdade é proporcionar um espaço de escuta e acolhimento para o fenômeno das drogas, desafiando o imperativo legal e moral advindo do seu uso. Oferecer um espaço público para crianças e adolescentes usuários de drogas sem impor abstinência e nem permanência no serviço já é, por si só, um grande desafio aos modelos hegemônicos de tratamento e de acolhimento institucional a crianças e adolescentes.

A embaixada da Liberdade fica situada em Manguinhos- RJ

CONCLUSÃO

Para concluirmos este capítulo sobre o crack dentro de uma perspectiva psicossocial, é importante reforçar que **a abordagem ao usuário deve considerar não somente os sintomas e os efeitos da droga no seu corpo e no campo psicológico, mas também os fatores sociais e culturais presentes em seu contexto**, que, em algumas situações, podem se configurar como fatores de risco e, em outras, como fatores de proteção para o uso de crack. O principal desafio se situa na capacidade de **olhar o usuário de forma integral**, compreendendo o seu contexto social e identificando as situações de vulnerabilidades às quais ele está exposto, para que, assim, seja possível otimizar as potencialidades e minimizar os riscos.

BIBLIOGRAFIA

Ackerman JP, Riggins T, Black MM. A review of the effects of prenatal cocaine exposure among school-aged children. Pediatrics. 2010;125(3):554-65.

Afonso L, Mohammad T, Thatai D. Crack whips the heart: a review of the cardiovascular toxicity of cocaine. Am J Cardiol. 2007; 100(6):1040-3.

Amato L, Minozzi S, Pani PP, Davoli M. Antipsychotic medications for cocaine dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2007;18;(3):CD006306.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. Brasília: SENAD/ GREA/IPq–HCFMUSP; 2010.

Carlini EA, Galduróz JC, coordenadores. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo: SENAD/CEBRID; 2002.

Carlini EA, Galduróz JC, coordenadores. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: SENAD/CEBRID; 2005.

Castel R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes; 1998.

Castel R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: Lancetti A, organizador. Saúde e Loucura 4: grupos e coletivos. São Paulo: Hucitec; 1994.

Castells X, Casas M, Pérez-Mañá C, Roncero C, Vidal X, Capellà D. Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence. Cochrane Database Syst Rev. Feb 17;2:CD007380, 2010.

Chen CY, Anthony JC. Epidemiological estimates of risk in the process of becoming dependent upon cocaine: cocaine hydrochloride powder versus crack cocaine. Psychopharmacology (Berl). 2004;172(1):78-86.

Costa JF. Violência e psicanálise. Rio de Janeiro: Graal; 1986.

Cruz MS. Cocaína. In: Egypto AC, Albertani H, Costa I, Cavasin S, Simonetti V, organizadores. Tá na roda: uma conversa sobre drogas. São Paulo: J. Sholna; 2003. p. 159-71.

Cruz MS. O crack e sua espiral compulsiva. Jornal O Estado de São Paulo. 2009 Julho 12; seção Aliás: J5.

Dackis CA, O'Brien CP. Cocaine dependence: a disease of the brain's reward centers. J Subst Abuse Treat. 2001;21(3):111-7.

Di Sclafani V, Tolou-Shams M, Price LJ, Fein G. Neuropsychological performance of individuals dependent on crack-cocaine, or crack-cocaine and alcohol, at 6 weeks and 6 months of abstinence. Drug Alcohol Depend. 2002;66(2):161-71.

Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. Cad Saúde Pública. 2008; 24 (Suppl 4):545-57.

Falck RS, Wang J, Siegal HA, Carlson RG. The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users: an exploratory study with practical implications. J Nerv Ment Dis. 2004; 192(7):503-7.

Fox HC, Axelrod SR, Paliwal P, Sleeper J, Sinha R. Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. Drug Alcohol Depend. 2007; 89(2-3):298-301.

Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras. 2004. São Paulo: SENAD/CEBRID; 2005.

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

Golder S, Logan TK. Correlates and predictors of women's sex trading over time among a sample of out-of-treatment drugs abusers. AIDS Behav. 2007;11(4):628-40.

Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes; 1986.

Haasen C, Prinzleve M, Gossop M, Fischer G, Casas M. Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample

of European cocaine powder or crack users. World Psychiatry. 2005;4(3):173-6.

Haim DY, Lippmann ML, Goldberg SK, Walkenstein MD. The pulmonary complications of crack cocaine: a comprehensive review. Chest. 1995;107(1):233-40.

Hoff AL, Riordan H, Morris L, Cestaro V, Wieneke M, Alpert R et al. Effects of crack cocaine on neurocognitive function. Psychiatry Res. 1996;60(2-3):167-76.

Kaez R. A instituição e as instituições. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1991.

Magalhães MP, Barros RS, Silva MTA. Uso de drogas entre universitários: a experiência da maconha como fator delimitante. Rev ABP-APAL. 1991; 13:97-104.

Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. Cad Saúde Pública. 1994;10(1):7-18.

Minozzi S, Amato L, Davoli M, Farrell M, Lima Reisser AA, Pani PP et al. Anticonvulsants for cocaine dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Abril 16;(2):CD006754.

Nappo SA, Sanchez ZM, Oliveira LG, Santos AS, Coradete Jr. J, Pacca JCB et. al. Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação a DST/AIDS. São Paulo: CEBRID; 2004.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). 2010. [acesso em: ?]. Disponível em: URL: http://www.drugabuse.gov/about-nida.

National Treatment Agency For Substance Misuse. Research into practice 1b. 2002. Disponível em: http://www.nta.nhs.uk/.

Nestler EJ. The neurobiology of cocaine addiction. Sci Pract Perspect. 2005;3(1):4-10.

Noto AR, Galduróz JC, Nappo AS, Fonseca AM, Carlini CMA, Moura YG et. al. Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras – 2003. São Paulo: SENAD/CEBRID; 2003.

Nunes CL, Andrade T, Galvão-Castro B, Bastos FI, Reingold A. Assessing risk behaviors and prevalence of sexually transmitted

and blood-borne infections among female crack cocaine users in Salvador, Bahia, Brazil. Braz J Infect Dis. 2007;11(6):561-6.

Oliveira LG, Barroso LP, Silveira CM, Sanchez ZV, Carvalho Ponce J, Vaz LJ et al. Neuropsychological assessment of current and past crack cocaine users. Subst Use Misuse. 2009;44(13):1941-57.

Pechansky F, Kessler FH, Diemen L, Bumaguin DB, Surratt HL, Inciardi JA. Brazilian female crack users show elevated serum aluminum levels. Rev Bras Psiquiatr. 2007;29(1):39-42.

Ramôa MA. Desinstitucionalização da clínica na reforma psiquiátrica: um estudo sobre o projeto CAPS-ad [tese]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica; 2005.

Ramôa MA. O grupo de autoajuda em dois contextos: alcoolismo e doença mental [dissertação]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica; 1999.

Sachs R, Zagelbaum BM, Hersh PS. Corneal complications associated with the use of crack cocaine. Ophthalmology. 1993;100(2):187- 91.

Saraceno B. Libertando identidades. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 1999.

Silva NG. Fatores associados à infecção por HIV entre trabalhadoras do sexo na cidade de Santos [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.

Silva de Lima M, Farrell M, Lima Reisser AA, Soares B. Withdrawn: antidepressants for cocaine dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Fev 17;2:CD002950. Review.

Slutsker L. Risks associated with cocaine use during pregnancy. Obstet Gynecol. 1992;79(5 (Pt 1)):778-89.

Wilson T, Dehovitz JA. STDs, HIV, and crack cocaine: a review. AIDS Patient Care STDS. 1997;11(2):62-6.

Zaluar A. Condomínio do diabo. Rio de Janeiro: Revan/UFRJ; 1994.

ATIVIDADES

1. **Considere as seguintes questões e assinale V (Verdadeiro) ou F (Falso):**

   ( ) a. O uso de crack produz alterações cognitivas que prejudicam o planejamento das atividades diárias e a solução de problemas.

   ( ) b. A presença de transtornos psiquiátricos (comorbidades) associados ao uso de crack é um fator que contribui para agravar a realidade do usuário.

   ( ) c. A prática de Redução de Danos contribui para a melhoria da inserção social do usuário na sua comunidade.

   ( ) d. Estratégias como evitar o compartilhamento de cachimbos não ajudam na diminuição dos danos associados ao consumo de crack.

2. **Considere estas questões e assinale a afirmação CORRETA:**

   ( ) a. Alguns autores afirmam que "tratar dependência de crack não é nem difícil nem necessariamente implica em habilidades totalmente novas". Por isso, construir vínculos com os serviços de saúde disponíveis contribui na abordagem aos usuários de crack.

   ( ) b. Os serviços de saúde podem auxiliar no tratamento dos usuários, mas as intervenções psicossociais e a empatia não apresentam boa relação custo-benefício.

   ( ) c. Muitas pessoas usuárias de crack chegam aos serviços de saúde encaminhadas pela Justiça. A abordagem estigmatizada contribui para a adesão do paciente ao tratamento.

   ( ) d. A associação do uso de crack com álcool não é comum, por isso, esses usuários não precisam da atenção dos serviços de saúde, pois não existe perigo de recaída.

3. Em relação ao tratamento da dependência do crack, é CORRETO afirmar que:

( ) a. Já existem medicações disponíveis aprovadas especificamente para o tratamento da dependência de crack e cocaína.

( ) b. Antidepressivos, anticonvulsivantes e calmantes não são indicados para tratar os sintomas de abstinência de crack e de comorbidades.

( ) c. A abordagem psicossocial é considerada como um tratamento eficaz na dependência de crack.

( ) d. A internação é necessária para todos os usuários de crack.

4. Assinale as alternativas CORRETAS:

1. O crack é uma substância derivada da cocaína.
2. A principal forma de uso do crack é a injetável.
3. O efeito do crack no cérebro ocorre de maneira muito mais rápida e intensa que a cocaína aspirada.
4. A merla, a pasta de coca e o crack são derivados da cocaína e podem ser fumados.

( ) a. A alternativa 1 está correta.

( ) b. Somente a alternativa 3 está correta.

( ) c. Somente as alternativas 1 e 3 estão corretas.

( ) d. As alternativas 1, 3 e 4 estão corretas.

Reflita a respeito...

- Descreva a abordagem psicossocial que é feita na sua comunidade para os usuários de crack e dê alternativas para a melhoria do tratamento, com base no conhecimento que você adquiriu neste capítulo.

Aula 6

Aula 6

Os diferentes padrões de consumo de álcool e outras drogas

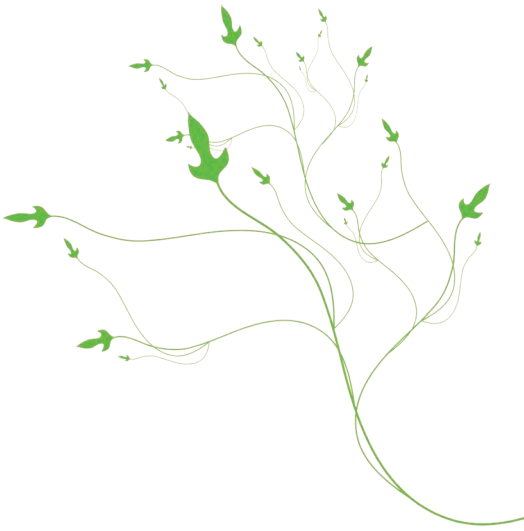
OS OBJETIVOS DESTA AULA SÃO:

- Identificar os padrões de uso de álcool e/ou outras drogas
- Reconhecer quando o consumo é prejudicial
- Saber como interpretar os instrumentos de triagem ASSIST e AUDIT
- Saber como interpretar o instrumento de triagem para adolescentes – DUSI

TÓPICOS

- Padrões de uso
- Instrumentos de triagem
- Identificação do uso de álcool e outras drogas – ASSIST
- Identificação do uso de álcool – AUDIT
- Identificação do uso de álcool e outras drogas em adolescentes – DUSI
- Bibliografia
- Atividades
- Anexos

PADRÕES DE USO



Quando falamos em uso de álcool e/ou outras drogas, em geral, pensamos em dois tipos de uso: o que chamamos de **"uso social"** e aquele feito por pessoas que já se tornaram **dependentes** de uma ou mais drogas.

Mas é sempre bom lembrar que entre esse "uso social" e a "dependência" há uma grande **variedade de formas de consumir essas substâncias**. Essas diferentes formas de consumo são chamadas de "**padrões de uso**", e é a partir do entendimento desses padrões que podemos saber se alguém faz uso prejudicial de drogas.

Nesta aula você vai aprender a identificar esses padrões de uso. Isso pode ser feito durante um bate-papo com o usuário, através de testes, que chamamos de **instrumentos de triagem**.

Então, vamos conhecer os diferentes padrões de uso?

As pessoas podem fazer uso:

- Experimental
- Recreativo ou social
- De risco
- Problemático:
  - Nocivo ou abusivo
  - Dependente de álcool e outra(s) droga(s)

Uso experimental

Muitas pessoas experimentam uma ou mais drogas algumas vezes na vida, porém não continuam o uso. As razões para deixar de usar podem ser muitas, entre elas:

- Perda do interesse (só queriam "matar a curiosidade" ou experimentar a droga)
- Medo de se tornarem dependentes
- Não terem gostado dos efeitos da droga consumida
- Por considerarem errado ou que faz mal a saúde.

Uso recreativo ou social

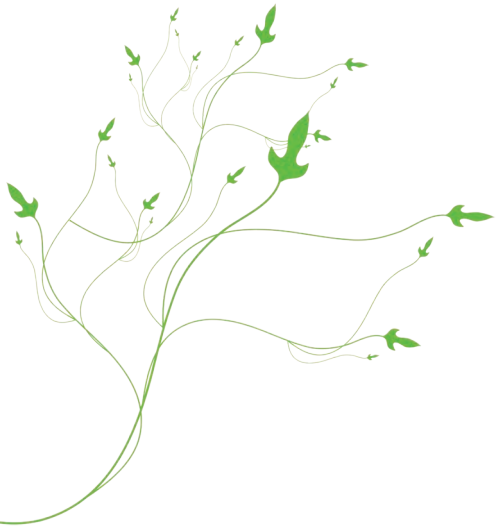
Algumas pessoas usam álcool e/ou outras drogas somente em certas situações, como festas, reuniões com amigos ou momentos de lazer. Nesse caso, esse padrão de uso chama-se **recreativo ou social** e, em geral, não afeta a vida da pessoa, seja no trabalho, no estudo, nos relacionamentos sociais ou familiares.

Uso de risco

Esse padrão de consumo é caracterizado pela exposição do usuário a riscos. Ele se diferencia do uso nocivo, pois geralmente a pessoa ainda não chegou a ter problemas, apesar de estar frequentemente correndo risco. O consumo é feito em maior quantidade, frequência e em situações que oferecem risco de brigas, de envolvimento em relação sexual sem proteção, de beber e dirigir ou de prejuízos menos graves (como esquecer o que aconteceu, discussão/briga entre casais ou amigos). Esse é o padrão de boa parcela da população jovem, especialmente entre 14 e 34 anos, mais comum em churrascos e festas mais longas.

Uso problemático

Quando a pessoa usa álcool e/ou outras drogas de modo a causar problemas para ela mesma ou para outras pessoas, dizemos que ela tem um padrão de uso problemático. Dependendo da quantidade de problemas que esse uso traz (ex.: problemas em casa ou no trabalho, problemas financeiros etc.), podemos dizer que essa pessoa faz um **uso abusivo (ou nocivo),** ou então que está **dependente** da droga.



Esses tipos de uso problemático são considerados problemas de saúde e chamados pelos médicos de **"transtornos devidos ao uso de substâncias"**, no sistema de classificação usado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo SUS (Sistema Único de Saúde) – Classificação Internacional das Doenças – 10ª edição (CID-10).

Existe também outro sistema de classificação das doenças mentais, usado pelos médicos psiquiatras, chamado de DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª revisão da Associação Psiquiátrica Americana), que tem sido utilizado em clínica e pesquisa. A sua 5ª versão

já foi lançada em maio de 2013 nos Estados Unidos, mas ainda não está disponível em português.

Dependendo do sistema utilizado, diferentes nomes são dados para esses padrões de uso problemático. Ao final desta aula você poderá ver a comparação desses dois sistemas (Anexos I e II).

Veja quais são os padrões de uso problemático:

De modo geral, o uso é considerado **nocivo** ou **abusivo** quando começa a causar **problemas importantes** em várias áreas da vida da pessoa.

- **Uso nocivo (CID 10):** a pessoa já tem algum prejuízo físico ou mental, por causa do uso da droga.
- **Uso abusivo ou abuso (DSM-IV):** inclui não só o prejuízo físico ou mental provocado pelo uso da droga, mas também os problemas sociais relacionados ao uso.
- **Dependência:** traz consequências graves à saúde da pessoa, afetando também as demais áreas de sua vida: profissional, familiar, social e psicológica.

Quando a pessoa se torna dependente, o álcool e/ou as outras drogas passam a ter um papel importante e central na sua vida.

O usuário é considerado **dependente** se apresentar **três ou mais** dos sintomas abaixo, nos últimos **12 meses**:

- Apresenta **Tolerância** - precisa usar a cada vez uma quantidade maior da droga para conseguir o mesmo efeito que tinha inicialmente.
- Apresenta **"Síndrome de Abstinência"** - quando a droga não é usada, a pessoa sente mal-estar físico (ex.: dores de cabeça, enjoos, tremedeiras, problemas no sono ou insônia, etc.) ou psicológico (ex.: nervosismo, agitação, ansiedade, etc.). A pessoa precisa usar a droga para aliviar esse mal-estar.
- Tenta diminuir ou **controlar** o uso da droga, porém não consegue.
- Usa a droga em **maiores quantidades e por um tempo maior** do que desejava ou tinha planejado.
- **Abandonou ou diminuiu atividades** sociais, profissionais e de lazer por causa do uso da droga.

Lembrete

Nenhum padrão de consumo é totalmente livre de riscos. Qualquer padrão de uso pode favorecer o risco de acidentes, quedas, brigas etc.

O uso de risco é bastante aceito socialmente e é motivo de muitos prejuízos, como brigas, acidentes e relação sexual sem proteção.

Além disso, se considerarmos as drogas ilícitas, o risco de ocorrerem problemas legais estará sempre presente.

- **Gasta muito tempo** tentando conseguir a droga, usando-a ou se recuperando de seus efeitos.
- **Continua usando**, mesmo sabendo que o consumo da droga é responsável pelos problemas físicos, psicológicos ou sociais apresentados.

Como identificar os diferentes padrões de uso de álcool e/ou outras drogas?

A seguir, vamos aprender a identificar os diferentes padrões de uso de álcool e/ou outras drogas e, assim, reconhecer quando esse consumo é prejudicial. Em geral, para fazer essa identificação, podemos utilizar alguns questionários ou **instrumentos de triagem**.

Esses questionários ou instrumentos de triagem possuem a vantagem de ter fácil e rápida aplicação e nos ajudam a entender a forma como a pessoa bebe ou consome drogas, indicando se é um caso de uso social, de risco, abusivo (nocivo) ou dependência, e qual deve ser a medida a ser tomada (ex.: Intervenção Breve, orientação, encaminhamento, etc.).

INSTRUMENTOS DE TRIAGEM

Existem vários instrumentos de triagem para o uso de álcool e/ou outras drogas utilizados no Brasil e em outros países.

Vamos falar sobre um que foi desenvolvido com o apoio da **Organização Mundial da Saúde (OMS)** e com a participação de pesquisadores brasileiros, **o ASSIST.**

IDENTIFICAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – ASSIST

O nome vem de uma sigla em inglês (***A**lcohol, **S**moking and **S**ubstance **I**nvolvement **S**creening* **T***est*), que em português significa: **Questionário para Triagem do Uso de Álcool, Tabaco e Outras Substâncias.**

O ASSIST fornece informações sobre:

- O uso de drogas na vida e nos últimos três meses
- Problemas relacionados ao uso de drogas
- Risco atual ou futuro de problemas devidos ao uso
- Se a pessoa se encontra na fase de dependência
- Se a pessoa já usou drogas injetáveis

Estrutura do instrumento

O **ASSIST** possui oito questões. As questões de um a sete referem-se ao padrão de uso e aos problemas causados pelo uso de diversas drogas, tais como o tabaco, bebidas alcoólicas, maconha, cocaína, anfetaminas, inalantes, hipnóticos/sedativos, alucinógenos e opioides. A oitava questão refere-se ao uso de drogas injetáveis.

As drogas que não fazem parte dessa lista devem ser consideradas "**outras drogas**".

ASSIST - Questionário para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias

Questão 1

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substância(s) você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. Derivados do tabaco	0	3
b. Bebidas alcoólicas	0	3
c. Maconha	0	3
d. Cocaína, crack	0	3
e. Anfetaminas ou êxtase	0	3
f. Inalantes	0	3
g. Hipnóticos/sedativos	0	3
h. Alucinógenos	0	3
i. Opioides	0	3
j. Outras, especificar.	0	3

Se a resposta for **"NÃO"** em todos os itens, investigue: nem mesmo quando estava na escola?
Se permanecer **"NÃO"** em todos os itens, encerre a entrevista.
Se a resposta for **"SIM"** para alguma droga, continue com as demais questões.

Importante

Para as Questões **1 a 7** mostre ao entrevistado o **Cartão de resposta 1 (veja na página 173)**, contendo os nomes populares ou comerciais das drogas.

Importante

Para as Questões **2 a 5** mostre ao entrevistado o **Cartão de resposta 2 (veja na página 174),** com as alternativas de frequência do uso das drogas (ex.: nunca, 1ou 2 vezes, mensalmente, diariamente, etc.).

Questão 2

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga etc.)	NUNCA	1 ou 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE ou QUASE todos os dias
a. Derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. Bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. Maconha	0	2	3	4	6
d. Cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. Anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. Inalantes	0	2	3	4	6
g. Hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. Alucinógenos	0	2	3	4	6
i. Opioides	0	2	3	4	6
j. Outras, especificar.	0	2	3	4	6

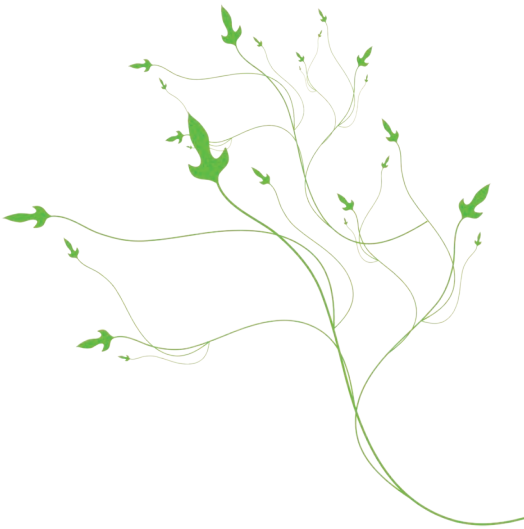
Se a resposta for **"NUNCA"** em todos os itens da Questão 2, pule para a Questão 6. Com outras respostas, continue com as demais questões.

Questão 3

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir (primeira droga, segunda droga etc.)?	NUNCA	1 ou 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE ou QUASE todos os dias
a. Derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. Bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. Maconha	0	3	4	5	6
d. Cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. Anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. Inalantes	0	3	4	5	6
g. Hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. Alucinógenos	0	3	4	5	6
i. Opioides	0	3	4	5	6
j. Outras, especificar.	0	3	4	5	6

Questão 4

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 ou 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE ou QUASE todos os dias
a. Derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. Bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. Maconha	0	4	5	6	7
d. Cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. Anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. Inalantes	0	4	5	6	7
g. Hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. Alucinógenos	0	4	5	6	7
i. Opioides	0	4	5	6	7
j. Outras, especificar.	0	4	5	6	7



Questão 5

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 ou 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE ou QUASE todos os dias
a. Derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. Bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. Maconha	0	5	6	7	8
d. Cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. Anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. Inalantes	0	5	6	7	8
g. Hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. Alucinógenos	0	5	6	7	8
i. Opioides	0	5	6	7	8
j. Outras, especificar.	0	5	6	7	8

Importante

Para as Questões **6 a 8** mostre ao entrevistado o **Cartão de resposta 3 (veja na página 174)**, com as alternativas de frequência do uso das drogas (ex.: nunca, 1ou 2 vezes, mensalmente, diariamente, etc.).

Questão 6

6. Há amigos, parentes ou outras pessoas que tenham demonstrado preocupação com seu uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.)?	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcoólicas	0	6	3
c. Maconha	0	6	3
d. Cocaína, crack	0	6	3
e. Anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. Inalantes	0	6	3
g. Hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opioides	0	6	3
j. Outras, especificar.	0	6	3

Questão 7

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (primeira droga, depois a segunda droga etc.) e não conseguiu?	NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. Derivados do tabaco	0	6	3
b. Bebidas alcoólicas	0	6	3
c. Maconha	0	6	3
d. Cocaína, crack	0	6	3
e. Anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. Inalantes	0	6	3
g. Hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. Alucinógenos	0	6	3
i. Opioides	0	6	3
j. Outras, especificar.	0	6	3

Questão 8

8. Alguma vez você já usou drogas por injeção ou drogas injetáveis (Apenas uso não médico)?	
NÃO, nunca.	0
SIM, nos últimos 3 meses.	2
SIM, mas não nos últimos 3 meses.	1

Atenção

Para pessoas que tenham usado drogas injetáveis nos últimos três meses, é importante que você pergunte sobre o padrão de uso dessas drogas durante esse período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção. Sempre encaminhe para um serviço especializado pessoas que fizeram uso de drogas injetáveis nos últimos 3 meses.

Cartões de resposta

A seguir são apresentados os cartões de resposta que devem ser mostrados aos entrevistados em algumas questões do ASSIST.

O Cartão de resposta 1 apresenta os **nomes populares ou comerciais das drogas** e deve ser mostrado aos entrevistados nas **Questões 1 a 7.**

Cartão de resposta 1 - Substâncias (Questões 1 a 7)
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...)
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodca, vermutes...)
c. Maconha (baseado, erva, haxixe...)
d. Cocaína, crack (pó, pedra, branquinha, nuvem, farinha...)
e. Estimulantes como anfetaminas ou êxtase (bolinhas, rebites...)
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...)
g. Hipnóticos, sedativos (remédios para dormir como Diazepam, Lorazepan, Lorax, Dienpax, Rohypnol...), **não** tomados conforme prescrição médica
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...)
i. Opioides (heroína, morfina, metadona, codeína...)
j. Outras (especificar)

Algumas outras drogas, que não fazem parte dessa lista, devem ser consideradas como "**outras drogas".**

O **Cartão de resposta 2** apresenta alternativas de resposta para as diferentes **frequências de uso das drogas** e deve ser mostrado aos entrevistados nas **Questões 2 a 5.**

Cartão de resposta 2 - Frequência (Questões 2 a 5)
Nunca: não usou nos últimos 3 meses.
1 a 2 vezes: usou 1 ou 2 vezes nos últimos 3 meses.
Mensalmente: usou entre 1 e 3 vezes em 1 mês.
Semanalmente: usou entre 1 e 4 vezes na semana.
Diariamente ou quase todos os dias: usou entre 5 e 7 dias por semana.

O **Cartão de resposta 3** apresenta alternativas de resposta para as diferentes **frequências de uso das drogas** e deve ser mostrado aos entrevistados nas **Questões 6 a 8.**

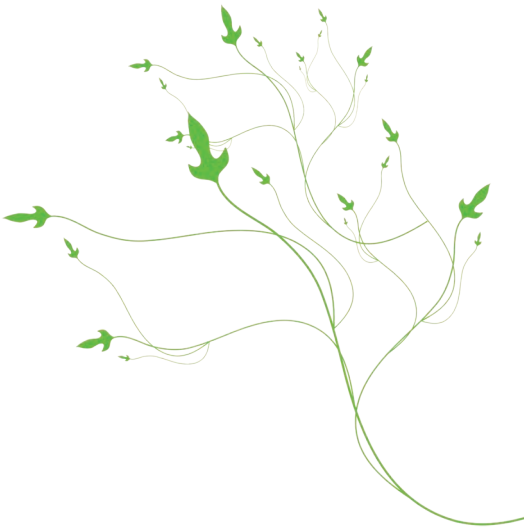
Cartão de resposta 3 - Frequência (Questões 6 a 8)
Não, nunca.
Sim, mas NÃO nos últimos 3 meses.
Sim, nos últimos 3 meses.

Pontuação do ASSIST para cada droga

	Questão 2	Questão 3	Questão 4	Questão 5	Questão 6	Questão 7	Total
Tabaco							
Bebidas alcoólicas							
Maconha							
Cocaína/crack							
Anfetaminas ou êxtase							
Inalantes							
Hipnóticos/sedativos							
Alucinógenos							
Opioides							
Outras drogas							

Cálculo da pontuação para cada uma das substâncias.

Para cada substância some os pontos obtidos nas Questões 2 a 7. Não inclua os pontos das Questões 1 e 8 aqui.



Por exemplo, a pontuação para maconha deverá ser calculada do seguinte modo:

Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c

Faça a mesma coisa para cada uma das seguintes drogas: álcool, maconha, cocaína, estimulantes tipo anfetamina, inalantes, sedativos/hipnóticos, alucinógenos, outros.

Não inclua no cálculo os resultados das Questões 1 e 8.

No caso do **TABACO**, a Questão 5 não deve ser considerada (não se aplica a essa substância). Por isso, no caso do tabaco, o resultado máximo possível do "Nível de Envolvimento com Cada Substância" no ASSIST é **31**. Para todas as outras substâncias, o resultado máximo possível é **39**.

Portanto, a pontuação para o **TABACO** será
Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a.

Aplicação do ASSIST

1. Inicialmente, explique para a pessoa que você fará algumas perguntas para conhecer melhor sobre o seu uso de álcool e/ou outras drogas, e que essas informações são importantes para que você possa ajudá-la.
2. Garanta que tudo que ela disser será guardado em segredo e deixe-a à vontade para responder ou não.
3. Para facilitar, utilize junto com o instrumento os cartões de respostas. Esses cartões ajudarão a pessoa a lembrar das alternativas de respostas lidas por você. Mas isso não é obrigatório – se preferir, aplique o instrumento sem usar esses cartões, lendo as alternativas a cada questão.

Veja como você deverá fazer as perguntas:

Comece sempre pela Questão 1 (uso na vida).

- **Questão 1:**

  1. Mostre o cartão com os nomes populares usados para as diferentes drogas e então pergunte sobre o uso de qualquer substância (álcool, outras drogas ou medicamentos, sem que tenham sido indicados pelo médico) em algum momento da vida.
  2. Se a pessoa responder **não**, pergunte: "Nem mesmo quando você estava na escola?". Caso a pessoa **NUNCA** tenha usado nenhuma delas, deve-se **encerrar a entrevista**. Se a pessoa responder **sim**, vá para a Questão 2.

- **Questão 2:**

  A Questão 2 deve ser feita para cada uma das substâncias que a pessoa mencionou ter usado alguma vez na vida, na Questão 1.

  1. Se a pessoa responder **nunca**, para todas as drogas que ela disse ter experimentado ao menos uma vez na vida, pule para a Questão 6 e faça também as Questões 7 e 8.
  2. Se a pessoa responder **sim** para alguma das drogas que ela disse ter experimentado ao menos uma vez na vida *(já fez uso uma ou duas vezes, mensalmente, semanalmente ou diariamente)*, faça **todas** as perguntas, até o final, **sobre aquela(s) droga(s)**.

  As **Questões 3, 4** e **5** devem ser feitas para cada substância mencionada na Questão 2, que tenha sido usada **nos últimos 3 meses.**

Atenção

Para todas as pessoas que relataram **uso na vida** de alguma substância na questão 1, você deve aplicar as **Questões 6,** 7 e **8.**

As **Questões 6** e **7** devem ser feitas em relação a cada substância mencionada como tendo sido usada alguma vez na vida (em resposta à Questão 1).

Pontuação e interpretação do ASSIST

Cada questão do ASSIST apresenta algumas opções de respostas, e você deve circular a resposta dada pela pessoa. Como você poderá ver no quadro abaixo, as respostas possíveis para a Questão 3 são "**NUNCA**", "**1 OU 2 VEZES**", "**MENSALMENTE**", etc.

Existe um número de pontos em cada uma delas para as diferentes drogas. Você deve fazer um círculo em volta do número correspondente à resposta que a pessoa der.

Veja o exemplo:

Na Questão 3, se a pessoa responder que nos últimos três meses usou bebidas alcoólicas **uma ou duas vezes por semana**, faça um círculo no número 5 (semanalmente), na linha "bebidas alcoólicas".
Assim deve ser feito para as demais substâncias.
Ao final da aplicação do questionário você irá somar todos os pontos, de todas as respostas, SEPARADAMENTE PARA CADA SUBSTÂNCIA. Assim, terá a pontuação final ou o resultado do ASSIST, para cada substância. Faça a soma como foi orientado no cálculo da pontuação para cada droga (página 178).

Como interpretar os resultados do ASSIST?

Após a aplicação do ASSIST e o cálculo da pontuação para cada substância, você verá pela tabela abaixo qual o nível de risco e qual deve ser a atitude tomada.

TIPO DE USO		BAIXO RISCO	RISCO	ALTO RISCO
O que fazer		Intervenção Preventiva	Intervenção Breve	Encaminhamento para serviço especializado
Tipos de drogas	Bebidas alcoólicas	0 - 10	11 - 26	27 ou mais
	Tabaco	0 - 3	4 - 26	27 ou mais
	Maconha			
	Cocaína, crack			
	Estimulantes/ anfetaminas			
	Inalantes			
	Hipnóticos/seda-tivos			
	Alucinógenos			
	Opioides			

Atenção

A Questão 8 do ASSIST não está incluída no cálculo dos resultados do Nível de Envolvimento com Cada Substância.

No entanto, vale lembrar que o uso injetável de substâncias nos últimos três meses (número 2, na Questão 8) é um fator de RISCO para as pessoas.

Por isso, todas as pessoas com uso por via injetável devem receber Intervenção e o uso nos últimos três meses requer encaminhamento para atendimento em um serviço especializado.

Em resumo:

Resultados menores do que 3 (ou menores do que 10, no caso do álcool):
Indicam que a pessoa apresenta **BAIXO RISCO**, ou seja, embora use a substância, ela ainda não apresenta problemas devido a esse uso. **Entretanto, você pode e deve fazer alguma coisa!** Você pode fazer uma **orientação** com o objetivo de prevenir riscos futuros de desenvolvimento de abuso ou dependência daquela substância. É importante que você estimule e encoraje a pessoa a continuar nesse comportamento de **BAIXO RISCO**.

Resultados entre 4 e 26 (ou 11 e 26 para o álcool):
Indicam que a pessoa apresenta um uso de **RISCO,** podendo ser um uso nocivo ou abuso. Nesse caso, **converse** sobre o quanto esse consumo pode estar associado a problemas pessoais, familiares, sociais, financeiros, entre outros, e proponha que diminua ou mesmo pare de usar. Esse aconselhamento é chamado de **Intervenção Breve** e será discutido com mais detalhes na Aula 7.

Resultados acima de 27:
Indicam que a pessoa provavelmente apresenta **ALTO RISCO DE DEPENDÊNCIA** da substância. Ela deve ser motivada para aceitar um encaminhamento a um serviço especializado para que inicie o tratamento.

IDENTIFICAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL - AUDIT

O **AUDIT** é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde e conhecido pelas iniciais de seu nome original em inglês AUDIT (***Alcohol Use Disorders Identification Test***), que em português significa: **"Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool"**. É um teste simples, de fácil utilização, e permite identificar diferentes padrões de uso de álcool, bem como diferentes níveis de problemas associados a esse uso.

Dica

Para utilizar o AUDIT é importante que você tenha claro o conceito de **dose-padrão.** Veja ao final do questionário o quadro denominado **DOSE-PADRÃO** para entender melhor esse conceito.

AUDIT - Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso Álcool

Leia as perguntas abaixo e anote as respostas com cuidado. Inicie a entrevista dizendo:

"Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses". E o que você quer dizer com "consumo de álcool", usando exemplos locais de cerveja, vinho, des etc. Marque as respostas relativas à quantidade em termos de "doses padrão". Veja o quadro

Marque a pontuação de cada resposta no quadradinho correspondente e some ao final.

01. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?
(0) Nunca [vá para as questões 9-10]
(1) Mensalmente ou menos
(2) De 2 a 4 vezes por mês
(3) De 2 a 3 vezes por semana
(4) 4 ou mais vezes por semana

02. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?
(0) 1 ou 2
(1) 3 ou 4
(2) 5 ou 6
(3) 7, 8 ou 9
(4) 10 ou mais

03. Com que frequência você toma "seis ou mais doses" de uma vez?
(0) Nunca
(1) Menos do que uma vez ao mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos ou quase todos os dias

Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10

04. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?
(0) Nunca
(1) Menos do que uma vez ao mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos ou quase todos os dias

05. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?
(0) Nunca
(1) Menos do que uma vez ao mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos ou quase todos os dias

06. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia, após bebido no dia anterior?
(0) Nunca
(1) Menos do que uma vez ao mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos ou quase todos os dias

07. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?
(0) Nunca
(1) Menos do que uma vez ao mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos ou quase todos os dias

08. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?
(0) Nunca
(1) Menos do que uma vez ao mês
(2) Mensalmente
(3) Semanalmente
(4) Todos ou quase todos os dias

09. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou outra pessoa após ter bebido?
(0) Não
(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
(4) Sim, nos últimos 12 meses

10. Alguma vez na vida algum parente, amigo médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber o sugeriu que você parasse?
(0) Não
(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
(4) Sim, nos últimos 12 meses

Anote aqui o resultado: ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____ + ____
Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10

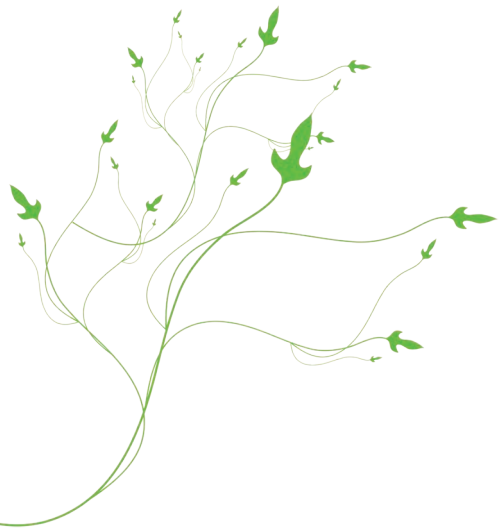
EQUIVALÊNCIAS DE DOSES DE DIVERSAS BEBIDAS PARA DOSES PADRÃO

(1 dose contém 14g de álcool puro)

- **CERVEJA:** 1 lata ou 1 copo de chope (340 ml) = 1 DOSE; 1 garrafa (600 ml)= 2 DOSES; 1 garrafa (1 litro)= 3 doses
- **VINHO:** 1 taça (140 ml) = 1 DOSE; 1 garrafa (750 ml) = 5 DOSES
- **CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE:** meio copo americano (60 ml) = 1,5 "DOSES"; 1 garrafa de 1 litro = 25 "DOSES"
- **UÍSQUE, RUM, LICOR, etc.:** 1 "dose de dosador"(40 ml) = 1 "DOSE"

Características do AUDIT:

- Pode ser utilizado na prevenção, pois identifica vários níveis de uso de álcool, desde o não uso até a dependência
- Avalia o uso de álcool nos últimos 12 meses
- Pode ser utilizado por toda a equipe de saúde e em vários serviços
- Pode ser utilizado em forma de entrevista ou ser autoaplicado(a própria pessoa pode responder sozinha ao questionário)
- O tempo de aplicação varia de dois a quatro minutos.



Dose-padrão

As bebidas alcoólicas podem conter diferentes concentrações de álcool (teor alcoólico). Por isso, dizemos que uma bebida é "mais forte" do que outra. Existe uma diferença entre as bebidas em relação à quantidade de álcool puro existente em cada tipo. Essa quantidade específica de álcool puro é denominada "dose-padrão" e equivale a cerca de 14 gramas (ou seja,17,5ml) de álcool puro. Dessa forma, uma dose-padrão de bebida alcoólica é a quantidade de bebida que contém 17,5 ml de álcool puro, e o volume de bebida é diferente para cada tipo, pois elas têm teores alcoólicos diferentes.

A equivalência de quantidades de bebida para a mesma quantidade de álcool que se ingere, medidas em termos de dose-padrão, são as seguintes:

A EQUIVALÊNCIA DE QUANTIDADES DE ÁLCOOL INGERIDAS EM DIFERENTES BEBIDAS, MEDIDAS EM TERMOS DE DOSE PADRÃO, SÃO AS SEGUINTES:				
Bebida destilada		**Cerveja**		**Taça de vinho**
1 dose de 40 ml de destilados (cachaça, conhaque, uísque, vodca)	=	1 lata de cerveja (340 ml) ou 1 copo de chope	=	1 copo de 140 ml de vinho

Isso quer dizer que uma pessoa, quando bebe uma dose de cachaça, por exemplo, está bebendo a mesma quantidade de álcool presente em uma lata de cerveja.

Quando uma pessoa bebe uma garrafa grande de cerveja (640 ml), está bebendo a mesma quantidade de álcool que existe em duas doses de conhaque ou em duas taças de vinho, ou seja, duas "doses-padrão".

Como utilizar o AUDIT?

- Durante a aplicação do questionário, coloque no quadro à direita de cada pergunta o número de pontos (que se encontra entre parênteses) correspondente à resposta da pessoa.
- Some os pontos de cada pergunta e anote no quadro ao final do questionário.

Com essa soma você terá, de forma rápida e fácil, a classificação em quatro níveis de risco (zonas) referentes ao padrão de uso de álcool do usuário e terá, também, a indicação do que deve ser feito, ou seja, do tipo de intervenção a ser realizada.

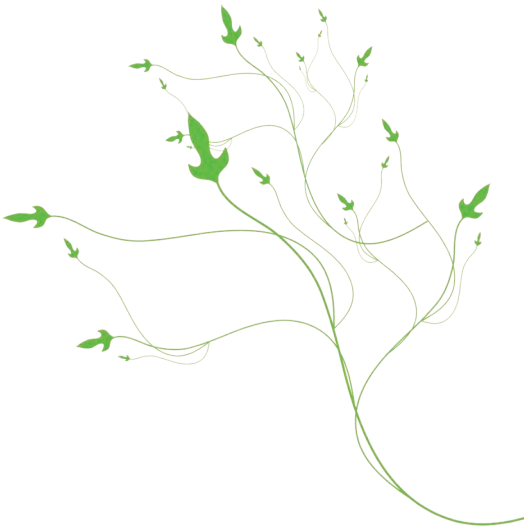
Classificação do nível de risco para uso de álcool de acordo com o AUDIT

NÍVEL DE RISCO	TIPO DE INTERVENÇÃO	ESCORES
Zona I	Prevenção Primária	0 - 7
Zona II	Orientação Básica (aconselhamento)	8 - 15
Zona III	Intervenção Breve e Monitoramento	16 - 19
Zona IV	Encaminhamento para serviço especializado	20 - 40

O que significa cada Zona de Risco?

- **ZONA I:** Pessoas com escores entre 0 e 7 encontram-se na Zona I, geralmente fazem **uso de baixo risco** de álcool, ou simplesmente não bebem. De qualquer forma, são pessoas que bebem menos que duas doses-padrão por dia ou não ultrapassam a quantidade de cinco doses-padrão quando bebem. A intervenção adequada aqui é a Prevenção Primária ou Educação em Saúde. Nesse caso, parabenize a pessoa por não beber, ou por beber pouco, e incentive-a a continuar nesse padrão de uso.
- **ZONA II:** Pessoas com escores entre 8 e 15 encontram-se na Zona II e podem ser identificadas como **usuários de risco**. Ou seja, são pessoas que bebem acima de duas doses-padrão quase todos os dias ou bebem mais de cinco doses-padrão numa única ocasião, porém não relatam problemas decorrentes desse uso. A intervenção adequada aqui é a **orientação básica sobre o uso de baixo risco e sobre os possíveis riscos** orgânicos, psicológicos ou sociais que a pessoa pode apresentar, se continuar nesse padrão de uso.
- **ZONA III:** Pessoas com escores entre 16 e 19 encontram-se na Zona III e apresentam um padrão **de uso nocivo ou abusivo**. Ou seja, pessoas que bebem álcool em grandes quantidades e com bastante frequência, e que já apresentam problemas devido ao uso de álcool. Por outro lado, essas pessoas ainda não apresentam sintomas de dependência. A intervenção adequada é a **Intervenção Breve. Esta é uma técnica de aconselhamento bastante simples e fácil de fazer, que você verá com mais detalhes na Aula 8.**

- **ZONA IV:** Pessoas com escores entre 20 e 40 encontram-se na Zona IV e apresentam grande chance de ter um **diagnóstico de dependência**. Nesse caso, é preciso fazer uma avaliação cuidadosa e, se confirmada a dependência, deve-se motivar a pessoa a procurar **atendimento especializado** para acompanhamento do caso. Encaminhe-a ao serviço de saúde da sua comunidade.



IDENTIFICAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM ADOLESCENTES - DUSI

Para identificar o uso de substâncias em adolescentes, você pode também utilizar alguns testes parecidos com o ASSIST. Um desses questionários é o **DUSI** (***Drug Use Screening Inventory***) - ou Inventário de Triagem do Uso de Drogas. Foi desenvolvido originalmente nos EUA, por um pesquisador da Universidade da Pensilvânia, Dr. Ralph Tarter, em resposta a uma necessidade prática e objetiva de um questionário que avaliasse de forma rápida e eficiente os problemas associados ao uso de álcool e/ou drogas pelos adolescentes (Tarter, 1990). Aqui no Brasil ele foi adaptado e validado por pesquisadoras da Universidade Federal de São Paulo (De Micheli e Formigoni, 2000), para ser utilizado com a população de adolescentes.

O instrumento contém uma tabela que investiga o consumo, no último mês, de 13 classes de substâncias e, em seguida, apresenta 10 áreas de avaliação:

Área 1: Uso de substâncias

Área 2: Comportamento

Área 3: Saúde

Área 4: Desordens psiquiátricas

Área 5: Competência social

Área 6: Sistema familiar

Área 7: Escola

Área 8: Trabalho

Área 9: Relacionamento com amigos

Área 10: Lazer e recreação

Apesar de o DUSI conter 10 áreas, pode ser aplicado de acordo com os objetivos do entrevistador, ou seja, é possível que você aplique somente as questões da 1ª área em separado das demais. Caso o objetivo seja somente avaliar (triar) o uso de drogas, pode-se utilizar a tabela e a área "Uso de substância". Nesse caso, ele se transforma em um rápido instrumento de triagem, não ultrapassando dois ou três minutos. Mas, caso o interesse seja avaliar o uso de drogas e aspectos familiares, por exemplo, pode-se aplicar a área "Uso de Substância" e a área de "Sistema Familiar". Ou seja, pode-se utilizar uma ou mais áreas juntas ou separadamente.

Utilidade:

- É um eficiente método para avaliar o uso de drogas em jovens
- Os resultados fornecidos podem auxiliar no planejamento do tratamento
- Caso o jovem esteja em tratamento, o DUSI pode ser aplicado várias vezes, o que permite acompanhar a sua melhora
- Pode ser aplicado no início e no final do tratamento, para comparar os dois resultados.

Vantagens:

- Sua aplicação é rápida
- Não requer longo treinamento por parte dos aplicadores
- O fato de ser dividido em áreas separadas permite o uso isolado da área 1- "Uso de substância". Nesse caso, sua aplicação é muito rápida, com cerca dois ou três minutos.

O questionário possui reserva de direitos autorais (*copyright*), mas, em geral, seu uso é autorizado sem custos para fins de pesquisa. Para outros usos deve-se pagar uma licença à empresa YourHealthCheck (http://www.yourhealthcheck.org/organization/dusi).

No Brasil podem ser obtidas informações com as autoras da versão em português (Denise De Micheli e Maria Lucia O. S. Formigoni – UNIFESP).

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Babor TF, Higgins-Biddle J, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT. Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool. Roteiro para uso na atenção primária. Tradução: Corradi CM. Ribeirão Preto: PAI-PAD; 2003.

De Micheli D, Formigoni MLOS. Psychometric properties of the brazilian version of the drug use screening inventory. Alcohol Clin Exp Res. 2002;26(10):1523–8.

De Micheli D. Uso de drogas por adolescentes: adaptação e validação de um instrumento de triagem (DUSI) e estudo das razões do uso inicial [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; 2000.

Henrique IA, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool e outras substâncias (ASSIST). Rev Assoc Méd Bras. 2004;50(2):199-206.

Humeniuk R, Poznyak V. ASSIST: Teste de triagem para álcool, tabaco e substâncias: guia para uso na atenção primária à saúde: Versão preliminar 1.1. Tradução: Ronzani TM, Formigoni MLOS, Lacerda RB (superv.). Revisão: Guirro UBP. Organização Mundial de Saúde, OMS; 2004.

Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Tarter RE. Evaluation and treatment of adolescent substance abuse: a decision treemethod. Am J Drug Alcohol Abuse.1990;16(1,2):1-46.

ANEXOS

Anexo I - Comparação entre os critérios de abuso (DSM-IV) e uso nocivo (CID10)

- **DSM-IV**
  - » **Abuso**

    O indivíduo recebe o diagnóstico de ABUSO se apresentou um ou mais dos sintomas abaixo, nos últimos 12 meses:

    1. Continua usando, mesmo apresentando problemas sociais, familiares ou profissionais causados pelo uso da substância. Ex.: continua bebendo e/ou usando outras drogas, mesmo tendo tido faltas constantes no trabalho por causa de ressaca ou brigas com o cônjuge.
    2. Usa em situações em que corre perigo físico. Ex.: dirigir, andar de bicicleta, trabalhar com máquinas, etc.
    3. O uso da substância tem levado ao não cumprimento das obrigações e compromissos, seja no trabalho, escola ou em casa. Ex.: perde o horário de chegar ao trabalho, esquece uma reunião, deixa de cuidar de crianças que estão sob sua responsabilidade, etc.
    4. Tem tido problemas com a justiça devido ao uso de substâncias. Ex.: se envolve em brigas ou discussões, é pego usando drogas, é pego dirigindo embriagado, etc.

- **CID-10**
  - » **Uso Nocivo**
    - a) Evidência clara de que o uso de substância foi responsável ou contribuiu consideravelmente com o prejuízo físico ou psicológico, incluindo capacidade de julgamento comprometida ou disfunção de comportamento.
    - b) A natureza do prejuízo é facilmente identificável.
    - c) Padrão de uso que persiste por pelo menos um mês ou tem ocorrido repetidamente num período de 12 meses.
    - d) Não preenche critérios para qualquer outro transtorno relacionado à mesma substância no mesmo período.

Anexo II - Comparação entre os critérios de dependência de acordo com o DSM-IV e CID-10:

- **DSM-IV**

O indivíduo recebe um diagnóstico de DEPENDÊNCIA se apresentou três ou mais dos sintomas abaixo, nos últimos 12 meses:

1. Tolerância – isto é:

   (a) sente necessidade de usar quantidade maior da substância para obter o mesmo efeito obtido inicialmente;

   (b) sente que o efeito diminui usando a mesma quantidade de substância. Ex.: se o indivíduo bebia uma lata de cerveja para se sentir alegre, após algum tempo, para sentir o mesmo efeito, necessitará beber quantidade maior.

2. Síndrome de abstinência – isto é:

   (a) quando a substância não é usada, o indivíduo sente mal-estar físico (ex.: dores de cabeça, enjoos, tremedeiras, falta de sono) ou psicológico (ex.: nervosismo, agitação, ansiedade);

   (b) a substância é usada para aliviar o mal-estar sentido pela falta do uso (ex.: acordar com tremedeira ou enjoo após ter bebido e, em seguida, beber para aliviar esses sintomas).

3. Tentar diminuir ou controlar o uso da substância, sem sucesso.

4. Usar a substância em maiores quantidades e por um tempo maior do que o desejado ou planejado.

5. Abandonar ou diminuir atividades sociais, profissionais e de lazer por causa do uso da substância.

6. Gastar muito tempo tentando conseguir a substância, usando, ou se recuperando de seus efeitos.

7. Continuar usando, mesmo sabendo que o consumo da substância é responsável pelos problemas físicos ou psicológicos apresentados.

- **CID-10**

O indivíduo recebe um diagnóstico de DEPENDÊNCIA se apresentou três ou mais dos sintomas abaixo, nos últimos 12 meses:

a) Forte desejo ou senso de compulsão 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, evidenciado por síndrome de abstinência característica para a 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 necessária para obter ou ingerir a substância ou para se recuperar de seus efeitos.

f) Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como danos ao fígado, por consumo excessivo de bebidas alcoólicas; estados de humor depressivos, consequentes a períodos de consumo excessivo 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 poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano.

ATIVIDADES

1. Quanto ao uso abusivo de álcool e outras drogas, é CORRETO afirmar que:

( ) a. Envolve problemas físicos, mentais e sociais importantes.

( ) b. Não tem consequências graves para a saúde da pessoa.

( ) c. Não leva a prejuízos físicos e financeiros.

( ) d. Nenhuma das alternativas acima está correta.

2. Assinale a alternativa INCORRETA quanto aos padrões de uso de substâncias:

( ) a. Problemático.

( ) b. Recreativo.

( ) c. Exploratório.

( ) d. Experimental.

3. Quando o usuário desenvolve tolerância aos efeitos das drogas, ele:

( ) a. Sente dores de cabeça, problemas de sono e tremedeiras devido ao uso da droga.

( ) b. Abstém-se totalmente do uso da droga, ou seja, para de consumi-la imediatamente.

( ) c. Apresenta problemas sociais, familiares e financeiros devido ao uso da droga.

( ) d. recisa usar cada vez uma quantidade maior da droga para obter o mesmo efeito.

4. Os instrumentos de triagem (questionários) são importantes para avaliar o uso de álcool e/ou outras drogas. Qual instrumento abaixo avalia o uso de crack/cocaína e de maconha?

( ) a. AUDIT.

( ) b. ASSIST.

( ) c. CAGE.

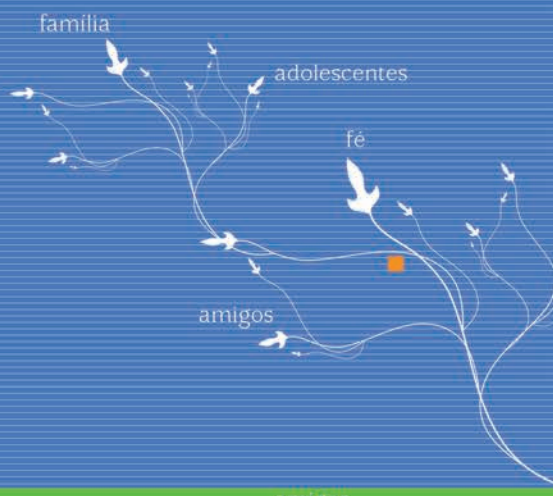
( ) d. Todos os instrumentos acima listados avaliam o uso dessas drogas.

Reflita a respeito...

- Aplique ao menos uma vez cada um dos instrumentos de triagem que você viu nesta aula. Você pode aplicar em pessoas conhecidas ou não, mas após a aplicação discuta com a pessoa sobre o seu padrão de uso de drogas, de acordo com os resultados ou com a pontuação obtida. Procure questioná-la quanto à percepção dela sobre o impacto do uso de drogas em sua vida e elabore com ela estratégias simples para redução do consumo.

Como intervir precocemente: Prevenção e Intervenção Breve

Módulo 3



família
amigos
família
cônjuges
fé
comunidade
adolescentes
fé

MÓDULO 3

Como intervir precocemente: Prevenção e Intervenção Breve

Objetivos

Após o estudo deste módulo, os alunos deverão ser capazes de:

- identificar as principais estratégias de prevenção e Promoção de Saúde
- reconhecer e identificar os principais fatores de risco e proteção associados ao uso de álcool e outras drogas
- conhecer o trabalho preventivo e de Promoção de Saúde na área de álcool e outras drogas
- conhecer a Intervenção Breve (IB) e aprender a utilizá-la para auxiliar pessoas, em fase inicial de problemas associados ao uso de álcool ou outras drogas, a parar ou diminuir o seu consumo
- identificar as etapas da IB e os tipos mais comuns de reações à primeira conversa

Aulas

A7 | Por que as pessoas usam ou evitam usar drogas? A importância da prevenção, Promoção de Saúde e dos fatores de riscos e proteção

A8 | Como orientar pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: semelhanças entre Aconselhamento e Intervenções Breves

Aula 7

Aula 7

Por que as pessoas usam ou evitam usar drogas? A importância da prevenção, Promoção de Saúde e dos fatores de risco e proteção

OS OBJETIVOS DESTA AULA SÃO:

- identificar as principais modalidades de prevenção e Promoção de Saúde
- reconhecer e identificar os principais fatores de risco e proteção associados ao uso de álcool e outras drogas
- conhecer o trabalho preventivo e de promoção de saúde na área de álcool e outras drogas
- identificar os principais fatores de risco e de proteção para adolescentes, idosos, mulheres e populações indígenas
- compreender a religiosidade como fator de proteção

TÓPICOS

- Introdução
- Fatores de risco e proteção para o uso de drogas
- Fatores de risco e proteção para o uso de drogas em grupos específicos
- A religiosidade como fator de proteção ao uso de drogas
- Bibliografia
- Atividades

INTRODUÇÃO

Como você sabe, o uso de álcool e outras drogas depende de outros fatores além da vontade do indivíduo. Há fatores (razões) que aumentam as chances de o indivíduo iniciar o uso de drogas ou, ainda, aumentam as chances de que esse uso inicial ou moderado se torne um uso que traga mais prejuízos para o usuário. Essas razões são conhecidas como **fatores de risco**.

Mas há também fatores que diminuem as chances de o consumo de drogas acontecer ou de se tornar prejudicial; esses são chamados **fatores de proteção.**

Nesta aula vamos falar sobre esses dois fatores (risco e proteção) e sobre sua importância no trabalho preventivo e de Promoção de Saúde na área de álcool e outras drogas. Primeiramente, vamos definir alguns conceitos:

Prevenção
Prevenir quer dizer: preparar; chegar antes de; reduzir riscos e danos; impedir que algo se realize.

A prevenção em saúde indica uma ação antecipada, baseada no conhecimento que temos sobre o desenvolvimento de uma doença. Ela tem por objetivo diminuir a chance de o problema aparecer ou, se ele já existe, evitar que piore.

Podemos falar de prevenção para diferentes situações e níveis de problemas. Por isso, existem vários **modelos de prevenção.** Antigamente, a prevenção era classificada em **primária**, **secundária** e **terciária**. Atualmente, usamos **prevenção universal, seletiva e indicada**.

Para que você entenda claramente a mudança de nomes, compare:

Classificação antiga

- **Prevenção Primária:** É principalmente a educação em saúde, ou seja, transmitir informações para que as pessoas possam EVITAR o aparecimento do problema.
- **Prevenção Secundária*:*** Identifica o problema precocemente e propõe ações para evitar que o problema se agrave.

Saiba Mais...

Prevenção em saúde mental:

Fazer prevenção sobre a dependência de drogas é um tipo de prevenção em saúde mental. Nesse caso, é importante saber que o desenvolvimento de uma doença mental é diferente de uma doença que pode ser transmitida por um vírus, como a dengue, por exemplo. O jeito de pensar o uso de álcool e outras drogas é semelhante ao de uma doença clínica crônica, como a diabetes, por exemplo, não há uma causa determinante e, sim, vários fatores envolvidos (como fatores genéticos, ambientais e biológicos). Nesse caso, podemos elaborar formas de prevenção para diabetes, como alimentação saudável e atividade física, por exemplo, que são ações preventivas que não vão "curar" a diabetes, e sim controlar. O mesmo raciocínio se aplica à prevenção da dependência de drogas. Apesar de conhecermos alguns fatores de risco e proteção relacionados à dependência de drogas, não podemos atuar diretamente em uma causa específica, pois não existe causa única. Esse é mais um motivo para trabalharmos com fatores de risco e proteção.

- **Prevenção Terciária:** Nesse nível, o problema já está instalado e os danos são claros, mas podemos falar de um tratamento precoce ou que diminua os danos já causados.

Classificação atual

- **Prevenção Universal:** Dirigida a toda a população. Os participantes não são selecionados. Quem faz esse tipo de prevenção não precisa ser especialista na área, basta um treinamento adequado. Nesse tipo de prevenção o objetivo é reforçar os fatores de proteção identificados (ex.: prevenção com crianças e adolescentes em escolas, população geral/ comunidades).
- **Prevenção Seletiva:** Voltada para uma parte específica da população, especialmente às pessoas com maior risco. Visa retardar ou evitar o abuso de drogas, detectando os fatores de risco, e combatê-los. Os participantes são escolhidos entre os mais vulneráveis. Quem faz esse tipo de prevenção precisa ter treinamento adequado, o que requer mais tempo e esforço dos participantes. Nesse tipo de prevenção o objetivo é diminuir os fatores de risco identificados (ex.: pacientes em ambulatórios, filhos de dependentes).
- **Prevenção Indicada:** Dirigida a pessoas que já apresentam os primeiros sinais de abuso de drogas. Visa evitar o aumento e a manutenção do consumo e suas complicações. Os participantes são escolhidos. São enfatizados os fatores de risco específicos para cada pessoa. Necessita de uma precisa avaliação individual. A equipe precisa ser altamente qualificada (ex.: pacientes de serviços especializados, com diagnóstico de abuso ou dependência).

Prevenção de Recaída

Além desses modelos principais, que se aplicam a qualquer doença ou condição que se queira evitar, na área de dependência de drogas muitos profissionais utilizam a técnica de **Prevenção de Recaída**, para prolongar o tempo que uma pessoa fica sem usar drogas ou evitar que o consumo volte a acontecer.

A **Prevenção de Recaída** faz parte do processo de reabilitação, ou seja, depois do tratamento, existem ações que buscam auxiliar o indivíduo a manter novos comportamentos mais saudáveis (por exemplo, quando alguém consegue deixar de fumar e tenta levar a vida sem o uso do cigarro).

Como você pode observar, a prevenção está ligada à identificação, controle e diminuição dos fatores de risco ou aumento dos fatores de proteção.

Há outro conceito muito importante que devemos lembrar - o da **Promoção de Saúde**.

Promoção de Saúde

A Promoção de Saúde refere-se a ações que não se dirigem a uma determinada doença, mas que servem para aumentar a saúde e o bem-estar do indivíduo e da comunidade. Para isso, devem ser considerados vários fatores individuais e coletivos, como:

- educação
- habitação
- alimentação
- renda
- meio ambiente equilibrado
- justiça social
- igualdade de direitos

É importante lembrar que as noções de bem-estar têm um significado cultural que pode variar de acordo com aspectos morais, políticos, culturais, econômicos, ambientais e interpessoais. É por conta disso que o uso de álcool e outras drogas foi, e continua sendo, visto de forma diferente em diversas sociedades.

Importante

Prevenção e Promoção de Saúde devem sempre "andar juntas"!!! Enquanto a prevenção traz a ideia de "ausência de doença", a Promoção de Saúde busca promover condições de vida mais satisfatórias, melhorando o nível de saúde, antes mesmo de qualquer problema aparecer.

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA O USO DE DROGAS

Agora que vimos algumas das principais modalidades de prevenção e Promoção de Saúde, vamos falar um pouco sobre alguns dos fatores de risco e proteção que influenciam as pessoas a usar ou não álcool e outras drogas:

- **fatores de risco:** são aqueles que favorecem o consumo de drogas
- **fatores de proteção:** são aqueles que diminuem a chance de alguém iniciar ou abusar do consumo de drogas.

Os programas de prevenção ao uso de drogas, em geral, são desenvolvidos de modo a aumentar os fatores de proteção e diminuir ao máximo os fatores de risco.

Atenção

Quando dizemos que alguém faz parte de um **grupo de risco** para o consumo de drogas, quer dizer que essa pessoa está exposta a fatores de risco que aumentam a chance de envolvimento com a substância. Isso não significa que ela irá, necessariamente, tornar-se um usuário.

Curiosamente, as pesquisas têm mostrado que grande parte dos **fatores de risco e proteção** relacionados ao uso de álcool e outras drogas são os mesmos observados em outros comportamentos de risco, tais como **delinquência e violência juvenil**, **evasão escolar**, **gravidez na adolescência** e **comportamento sexual de risco**.

A questão dos fatores de risco e proteção para o uso de drogas já está muito bem descrita na literatura científica mundial. Já existe consenso sobre quais são alguns desses fatores.

No entanto, ainda existe muita discussão sobre o peso ou a importância dos fatores de risco na decisão de uma pessoa usar ou não usar drogas. Por quê?

Devemos ter em mente que vários fatores contribuem para a decisão de alguém usar drogas, e não somente um fator isolado. Além disso, não é porque um indivíduo está envolvido em uma vida cheia de fatores de risco que, necessariamente, ele fará um uso problemático de álcool e/ou de outras drogas. É muito importante não interpretar os fatores de risco como causa do uso de drogas. Por exemplo, um dos maiores fatores de risco para o uso de drogas na adolescência é ter amigos que usem drogas. No entanto, não podemos conversar com um adolescente que tem amigos que usam drogas como se ele também usasse ou como se fatalmente fosse usar.

Outro cuidado a se tomar quando o assunto é fatores de risco e proteção é que, quando a presença de um fator indica proteção, não quer dizer que sua ausência indica risco, e vice-versa. Por exemplo, sabe-se que a baixa autoestima está associada a maior risco de uso de drogas; no entanto, ter alta autoestima não significa que o adolescente está protegido. Os jovens muito seguros e populares no grupo de amigos também estão em risco para o consumo de drogas.

Os estudos dos fatores de risco têm estado em evidência, pois fornecem informações sobre possíveis influências no início do consumo de drogas e na mudança dos tipos de drogas consumidas. Assim sendo, podem indicar o que torna as pessoas mais vulneráveis a iniciar o consumo, ou quais estão mais propensas a fazer um uso nocivo (abuso) ou desenvolver dependência.

Dica

Para definição de uso problemático e experimental, revise a Aula 6.

FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO AO USO DE DROGAS EM GRUPOS ESPECÍFICOS

LEMBRETE

As ações de Promoção da Saúde devem seguir a lógica da política de Redução de Danos, a qual procura não excluir nenhum grupo ou indivíduo, ou seja, todas as ações e orientações buscam diferentes maneiras de prevenir doenças. Procura promover a saúde, fornecendo informações a todos, desde os que querem até àqueles que não querem ou não conseguem abandonar o uso de álcool e outras drogas.

Além dos fatores já citados, existem alguns fatores de risco e proteção que são específicos de alguns grupos.

Vamos falar, aqui, brevemente de alguns deles.

- adolescentes
- idosos
- mulheres
- populações indígenas

Adolescentes

A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano em que ocorrem muitas mudanças, tanto emocionais quanto no convívio com as pessoas (família, amigos), sendo marcada, muitas vezes, por um comportamento de experimentação do jovem.

Para a grande maioria dos jovens, ter experiências novas (lugares, músicas, amigos e também drogas) não necessariamente trará algum problema, e muitos se tornarão adultos saudáveis.

A adolescência é um período marcado por novas experiências e, por conta disso, muitos estudiosos consideram a adolescência um período de risco para o envolvimento com drogas.

Ao menos em parte, os riscos podem ser atribuídos às próprias características da adolescência, tais como:

- necessidade de aceitação pelo grupo de amigos
- desejo de experimentar comportamentos vistos como "de adultos"
- sensação de onipotência: "comigo isso não acontece"
- grandes mudanças corporais que geram insegurança
- aumento da impulsividade

Curiosidade

A **curiosidade natural** dos adolescentes é um dos fatores de maior influência na experimentação de álcool e outras drogas, assim como a opinião dos amigos e a facilidade para conseguir drogas.

A curiosidade do adolescente o faz buscar novas sensações e prazeres. O adolescente vive o presente, busca realizações imediatas, e os efeitos das drogas vão ao encontro disso, proporcionando prazer imediato. Ao mesmo tempo, a curiosidade é um fator fundamental para o desenvolvimento saudável dos jovens. É o que os estimula a estudar, a buscar novos desafios e se superar.

Modismo

O modismo é outro aspecto importante relacionado ao uso de substâncias entre adolescentes, pois reflete a tendência do momento, e os adolescentes são particularmente vulneráveis a essas influências. Afinal, estão saindo da infância e começando a sentir o prazer da liberdade nas pequenas coisas, desde a escolha de suas próprias roupas e atividades de lazer até a definição de qual será o seu estilo. Para alguns jovens, a moda influenciará a escolha desse estilo, destacando-se a pressão da turma, os modelos dos ídolos e os exemplos que esses jovens tiveram dentro de casa (dos pais ou de outros familiares), ao longo de sua infância.

Medicalização dos problemas

Atualmente, o **uso abusivo de medicamentos**, como remédios para relaxar, medicamentos para melhorar o desempenho sexual, para emagrecer, medicações para dormir, dentre outros, dá ao jovem a impressão de que para qualquer problema há sempre uma solução "mágica" que não exige grandes esforços, tem ação rápida, enfim, oferece uma resposta que vai ao encontro do imediatismo característico da sociedade nos dias atuais.

Família

A família, por sua vez, pode atuar como um fator de risco ou proteção para o uso de substâncias psicoativas. Em primeiro lugar, temos o fator genético:

> Filhos de dependentes de álcool e/ou outras drogas apresentam risco quatro vezes maior de também se tornarem dependentes!

Mas o desenvolvimento da dependência irá depender da interação de:

- aspectos genéticos
- características de personalidade
- fatores ambientais, que poderão constituir proteção ou até mesmo risco para o uso de substâncias.

Papel familiar na formação do adolescente

Outro aspecto de fundamental importância é o papel familiar na formação do adolescente. A família pode contribuir para que a criança aprenda a lidar com limites e frustrações (situações nas quais as expectativas não são atendidas).

Crianças que crescem em um ambiente com limites e regras claras, geralmente, são mais seguras e sabem o que podem ou não fazer. Ter limites e regras claras contribui para prepará-las a lidar com situações frustrantes.

Crianças criadas sem regras claras podem testar os limites dentro de casa, adotando um comportamento desafiador com os pais. Posteriormente, ao entrar na adolescência, podem repetir o mesmo comportamento desafiador fora de casa, sem ponderar possíveis consequências para esse

comportamento, em situações de risco. Dessa forma, é fundamental que elas tenham a oportunidade de discutir sobre as regras, de modo que saibam os motivos da existência dessas regras. Essa é uma maneira de aproveitar o perfil desafiador dos adolescentes, e para que se tenha sucesso é importante que os pais estejam preparados com informação adequada e habilidade para expor seu ponto de vista, sem quebrar o diálogo. Ressaltamos que o diálogo franco e amistoso entre pais e filhos, em que existam trocas de experiências, respeito, confiança e segurança, contribui para que pais e filhos tenham uma boa relação e assim a família seja protetora do adolescente.

Somado a isso, o monitoramento por parte dos pais ou outros familiares sobre os filhos e o bom relacionamento entre eles é importante fator protetor em relação ao uso de drogas.

Atenção

Em alguns casos, o uso de álcool e outras drogas pode se tornar recurso para lidar com os sentimentos desagradáveis ou esquecer os problemas. No entanto, de forma geral, o consumo de álcool, especificamente, faz parte de confraternizações e momentos familiares do cotidiano. Assim, os motivos para consumo podem ser outros.

Fatores internos

Analisando-se os fatores internos do adolescente, que podem facilitar o uso de álcool e outras drogas, destacam-se:

- insatisfação
- insegurança
- sintomas depressivos
- timidez e extroversão.

Os jovens estão em fase de autoconhecimento e precisam conhecer seus potenciais, sendo que esse destaque representará sua identidade e sua função dentro do grupo. Por exemplo, o adolescente que não consegue se destacar, seja nos esportes, estudos, relacionamentos sociais, dentre outros, ou que se sente inseguro quanto ao seu desempenho, pode buscar no uso de drogas uma maneira de enfrentar essas dificuldades. Da mesma forma, adolescentes que são populares e se destacam em algumas atividades (físicas e escolares) também podem consumir drogas.

Anabolizantes

Em relação ao uso de anabolizantes, a **busca do corpo ideal**, associada à grande importância dada aos atributos físicos, acaba tendo um papel na autoestima e na forma como eles se veem e os outros os percebem, constituindo fatores de risco para o uso dessas substâncias.

Sintomas depressivos

A tristeza, desesperança, falta de ânimo para realizar atividades diárias, se permanecem por um período de no mínimo seis meses, são alguns sintomas depressivos que muitas vezes podem representar fatores de risco. O jovem que está triste, ansioso e/ou desanimado pode buscar atividades ou coisas que o ajudem a se sentir melhor. Nesse sentido, as drogas podem proporcionar, de forma imediata, uma melhora ou alívio desses sintomas.

Alguns estudos mostram que adolescentes que apresentam sintomas depressivos (ex.: se isolam da família e dos amigos, sentem-se infelizes, descontentes e incompreendidos, com baixa autoestima) passam mais rápido da fase de experimentação para o abuso.

Importante

O risco de um adolescente abusar de drogas envolve o balanço entre os fatores de risco e os fatores de proteção.

Outros aspectos importantes em relação ao uso de drogas na adolescência:

1. É no período entre a **adolescência e o início da idade adulta** que ocorrem os **maiores níveis de experimentação** e problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.
2. **Muitos jovens, apesar do pouco tempo de uso de substâncias, passam muito rapidamente de um estágio de consumo para outro** (especialmente quando se trata do uso de álcool), além de fazerem uso de várias substâncias ao mesmo tempo. Por outro lado, uma grande parcela deles diminui significativamente o consumo no início da idade adulta, para adequar-se às obrigações da maturidade, como trabalho, casamento e filhos.
3. Vários estudos demonstram que, **quanto mais cedo se inicia o uso de drogas, maior a chance de desenvolvimento de dependência.**

Principais fatores de risco no período da adolescência:

- grande disponibilidade de drogas
- maior tolerância social em relação ao consumo de algumas substâncias (ex.: álcool)
- uso de álcool e outras drogas pelos pais e outros familiares
- estresse gerado por conflitos familiares e falta de estrutura familiar, como pais distantes, dificuldade dos pais em colocar limites, mudanças significativas (de cidade, perda de um dos pais)
- características de personalidade: baixa autoestima, baixa autoconfiança, agressividade, impulsividade, dificuldade de aceitar ser contrariado
- transtornos psiquiátricos: transtorno de conduta, transtorno de hiperatividade e déficit de atenção (principalmente, se associado a transtorno de conduta), depressão, ansiedade e outros transtornos de personalidade

Fatores de PROTEÇÃO ao uso de drogas na adolescência

Área pessoal

- elevada autoestima
- religiosidade
- crenças nas regras sociais estabelecidas

Área familiar

- bom relacionamento familiar
- pais e/ou familiares presentes e participativos
- monitoramento das atividades dos jovens
- pais e/ou familiares que transmitem regras claras de comportamento para os jovens

Área social

- comprometimento com a escola
- amigos não usuários de drogas e não envolvidos em atividades ilícitas
- baixa disponibilidade ou oferta da droga
- forte vínculo com instituições (escola, igreja)
- oportunidade para trabalho e divertimento

Fatores de RISCO ao uso de drogas na adolescência

Área pessoal

- baixa autoestima
- isolamento social
- curiosidade
- não aceitação das regras sociais estabelecidas
- pouca informação sobre drogas
- comportamento agressivo
- fatores genéticos

Área familiar

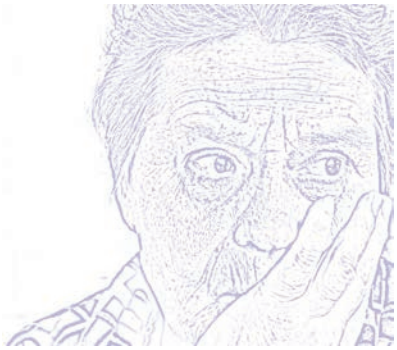
- falta de envolvimento afetivo familiar
- ambiente familiar problemático
- educação familiar frágil
- consumo de drogas pelos pais ou outros familiares

Área social

- baixo envolvimento com os estudos
- envolvimento em atividades ilícitas
- amigos usuários de drogas ou com comportamento inadequado
- propaganda de incentivo ao consumo
- preço social para o consumo
- falta de oportunidade de trabalho e divertimento

Idosos

Quando falamos de problemas com o uso de álcool e outras drogas pensamos primeiro nos jovens e adultos. É raro falar desses problemas entre idosos e por isso esse, em geral, é um grupo subidentificado.



Embora o álcool seja uma substância frequentemente utilizada pelos idosos, é mais comum encontrarmos o uso abusivo de medicamentos para tratamento de depressão, ansiedade e outras doenças, sendo raro o consumo de drogas ilícitas (exceto entre aqueles que as utilizam desde a juventude).

No caso do álcool, na terceira idade, esse uso pode ser classificado em dois tipos:

1. idosos que iniciaram um consumo problemático na juventude e o mantiveram ao longo da vida. Em geral possuem histórico familiar de alcoolismo, comorbidades associadas, baixo nível de escolaridade e história de múltiplos problemas físicos e de má nutrição.
2. idosos que iniciaram o consumo problemático na maturidade. Nesse caso, o histórico familiar de alcoolismo aparece em menos da metade dos casos, os idosos possuem bom ajuste social e moram com a família, tendo bom desempenho no trabalho

Nem sempre é fácil identificar o uso abusivo de álcool e outras drogas entre os idosos. Desse modo, devemos ficar atentos a alguns **sinais** e **sintomas** que podem estar relacionados a esse uso abusivo. Por exemplo:

- hálito alcoólico pela manhã
- uso diário de álcool
- períodos de amnésia (esquecimento)
- habilidades cognitivas alteradas
- anemia
- alterações nos exames do fígado
- fraturas e quedas frequentes
- convulsões.

Outros problemas específicos da terceira idade também podem ser considerados **fatores de risco** para o abuso de substâncias, como:

- **doenças crônicas:** como artrite, osteoporose e ataques de gota (inflamação nas articulações) (dor crônica), insônia, e câncer
- **problemas visuais e auditivos:** perdas funcionais comuns, tais como surdez e catarata, que produzem sentimentos de isolamento, solidão e tristeza.

Mulheres

As mulheres possuem algumas características biológicas especiais em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas, que as diferenciam dos homens.

Vejamos algumas diferenças quanto ao uso de álcool:

1. o corpo da mulher apresenta menor quantidade de água do que o do homem. Isso significa que há menos água no corpo para diluir o álcool ingerido. Essa é uma das razões que explicam o fato de a mulher ficar embriagada mais facilmente do que o homem, mesmo ingerindo quantidades iguais de álcool.
2. a mulher possui menor quantidade da enzima (álcool desidrogenase- ADH) responsável pela destruição do álcool no organismo. Assim, somente uma pequena parte do álcool ingerido será destruída pelo organismo. Isso faz com que a mulher atinja maiores concentrações de álcool no sangue do que o homem, mesmo bebendo quantidades iguais.
3. as alterações hormonais também são importantes nas mulheres. O período pré-menstrual está associado a um aumento do consumo de álcool, e aquelas que apresentam tensão pré-menstrual (TPM) têm maior probabilidade de desenvolver abuso ou dependência de álcool do que as que não apresentam esse problema, provavelmente em busca de alívio para a tensão e ansiedade.
4. Outros fatores de risco para o desenvolvimento de problemas relacionados ao uso de álcool entre as mulheres:
   - trabalhar em ambiente predominantemente masculino
   - ter um parceiro (namorado/marido) com problemas relacionados ao uso de álcool
   - ter sofrido abuso físico, emocional ou sexual na infância ou ter sido vítima de violência nos relacionamentos amorosos na idade adulta
   - problemas psiquiátricos: depressão, transtornos de ansiedade, bulimia, baixa autoestima e transtornos de personalidade
   - problemas de comportamento na infância relacionados ao controle de impulsos

De modo geral, observa-se que as mulheres apresentam mais problemas mentais do que os homens, como por exemplo ansiedade, depressão e transtornos alimentares, mas procuram tratamento mais rapidamente e com mais frequência do que eles. No entanto, isso não acontece para o uso abusivo ou dependência de drogas.

Entre as mulheres há maior prevalência de uso abusivo de algumas drogas, tais como calmantes e remédios para emagrecer, do que entre os homens. Sabe-se que o público feminino é o grande consumidor dessas substâncias, consumo esse que muitas vezes tem início por indicação médica. No entanto, muitas continuam usando sem prescrição.

E por último, porém não menos importante, destaca-se a influência dos fatores socioculturais no abuso de substâncias entre as mulheres. A pressão social, através da mídia em geral, para manter um corpo perfeito é muito grande entre as mulheres, e observa-se um elevado consumo de drogas associadas ao controle de peso, como anfetaminas, nicotina, cocaína e outros estimulantes.

Populações indígenas

Como você já deve saber, o uso de álcool, tabaco e outras plantas já estava presente entre as populações indígenas brasileiras muito antes da chegada dos portugueses no Brasil.

A bebida consumida por esses povos era, em geral, uma bebida forte, fermentada a partir de frutas, da mandioca e do milho, denominada cauim (ou caxiri). Ela era utilizada cotidianamente, ou em rituais e festas típicas desses povos, sempre com regras culturais e limites bem definidos sobre como o consumo dessa bebida deveria ser feito.

Com o passar dos anos e a aproximação com a cultura do “homem branco”, outros hábitos foram sendo incorporados por esses povos, como o consumo das bebidas alcoólicas destiladas (em especial a cachaça), com teores alcoólicos bem maiores do que aquelas normalmente consumidas.

Muitos problemas começaram a aparecer a partir desse contato, como questões territoriais (suas terras eram constantemente invadidas e desrespeitadas) e de aculturação (sua cultura não era respeitada e outros valores eram impostos como sendo “certos” e “melhores”).

Isso se reflete nas condições de vida que muitos desses povos têm hoje, como:

- pobreza
- falta de recursos mínimos para sua subsistência
- falta de perspectiva para o futuro
- uso de álcool em contextos fora dos rituais
- presença de muitas doenças infecciosas, desnutrição, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras.

Todos esses problemas podem ser considerados importantes fatores de risco para o consumo abusivo de álcool, pois essas populações se tornam cada vez mais frágeis e vulneráveis.

Há um número cada vez maior de casos de alcoolismo nas tribos atuais, sendo que o consumo do álcool agora é feito também fora da tribo, e muitos indivíduos o consomem sozinhos (fora do contexto coletivo).

Estudos mostram que aquelas aldeias que estão mais perto das cidades e, assim, mais expostas aos fatores de risco acima citados têm um número maior de casos de alcoolismo e outros problemas associados, como:

- violência interpessoal e doméstica
- suicídios
- abandono das funções sociais exercidas na tribo.

Apesar de a venda de bebidas alcoólicas aos indígenas ser proibida pela Lei Federal nº 6.001/73, são preocupantes tanto o consumo de álcool como os níveis de dependência entre a população indígena.

Intervenções para auxiliar na solução desses problemas devem ser cuidadosamente pensadas, sempre considerando o modo de vida desses povos, suas crenças e os significados que eles atribuem às substâncias que consomem (ex.: significado da função do álcool dentro e fora dos rituais).

Nesse sentido, estão sendo feitas avaliações para descrever e identificar possíveis problemas com uso de substâncias para dar suporte a projetos de prevenção nas comunidades indígenas, considerando as características socioculturais e especificidades de cada tribo. Essas ações estão em conformidade com o Decreto nº 6.117/07, que estabelece que sejam desenvolvidas ações específicas para populações vulneráveis, a exemplo das populações indígenas. O decreto também enfatiza a necessidade de

implementação de um "Projeto de Prevenção do Uso de Álcool entre Populações Indígenas", com o objetivo de capacitar os agentes de saúde e de educação, juntamente com as lideranças das comunidades indígenas, para a articulação e o fortalecimento das redes de assistência existentes nas comunidades e nos municípios vizinhos.

A RELIGIOSIDADE COMO FATOR DE PROTEÇÃO AO USO DE DROGAS

Diversos estudos têm demonstrado que pessoas que praticam alguma religião ou que creem em algo superior possuem:

- maior expectativa de vida
- melhores condições de enfrentamento do estresse e de eventos negativos da vida
- menores índices de doenças mentais como depressão, ansiedade, psicoses e dependências de álcool e outras drogas.

A religiosidade não auxilia apenas indivíduos que querem deixar de usar drogas, mas também jovens que passam pelo momento de decisão quanto ao início da experimentação.

Saiba mais...

Murakami R, Campos CJG. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2012; 65(2): 361-7. Disponível em: *http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a24.pdf*

Dalgalarrondo P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Revista de Psiquiatria Clínica.* 2007; 34, supl 1; 25-33. Disponível em: *http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a05v34s1.pdf*

Ciência e religiosidade

Existem estudos científicos mostrando que doentes crônicos terminais (com câncer, por exemplo) sobrevivem mais tempo à sua doença e com uma qualidade de vida melhor, quando vinculados a um grupo religioso ou quando declaram ter valores espirituais desenvolvidos.

Outros estudos têm indicado a religiosidade como um fator de proteção ao uso de drogas, em especial entre jovens expostos a um ou mais dos fatores de risco anteriormente citados.

Assim, fica clara a associação inversa entre a religiosidade do adolescente e o uso inicial de quaisquer drogas:

> Quanto mais religioso o adolescente, menor seu interesse pelo consumo de substâncias psicoativas, incluindo as drogas lícitas.

Claro que essa **não é a única medida preventiva** possível, e nem uma certeza do impedimento do início do consumo, uma vez que a motivação para o uso vem de diversos fatores. No entanto, poderíamos considerar uma primeira medida na educação sobre drogas.

Valores religiosos, em geral, preconizam o bom relacionamento com respeito e afeto, e isso, quando realmente aplicado ao convívio familiar, seria fator de estabilidade doméstica, permitindo aos jovens crescerem dentro de um ambiente emocionalmente saudável.

Lembrete

São muitos os fatores que podem influenciar a escolha de uma pessoa em usar ou não drogas, e mesmo a religiosidade não pode ser vista como um fator de proteção isolado dos demais.

BIBLIOGRAFIA

Baus J, Kupek E, Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. Rev Saúde Pública. 2002:36(1):40-6.

Czeresnia D, Freitas C, organizadores. Promoção de saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

Dalgalarrondo P, Soldera MA, Correa Filho HR, Silva CAM. Religião e uso de drogas por adolescentes. Rev Bras Psiquiatr. 2004;26(2):82-90.

De Micheli D, Formigoni MLOS. As razões para o primeiro uso de drogas e as circunstâncias familiares preveem os padrões de uso futuro? J Bras Depend Quím. 2001;2(1):20-30.

Pechansky F, Diemen LV, De Micheli D, Amaral MB. Fatores de risco e proteção em diferentes grupos de usuários: mulheres, adolescentes, idosos e indígenas. In: SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento: Módulo 1., Capítulo 4, p. 65-84. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2013.

Sanchez ZM, Nappo AS. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas psicotrópicas. Rev Psiquiatr Clín. 2007;34(supl.1):73-81.

Sanchez ZM, Oliveira LG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. Cienc Saude Coletiva. 2004;9(1):43-55.

Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e proteção para o uso de drogas na adolescência. Cienc Saude Coletiva. 2005;10(3):707-17.

Sztutman R. Comunicações alteradas: festa e xamanismo na Guiana. Campos Rev Antropol Soc. 2003;4:29-51. [acesso? 2011 Nov 30]. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/campos/article/view/1597/1345>.

ATIVIDADES

1. **Sobre fatores de risco e proteção, está INCORRETO afirmar que:**
   ( ) a. No planejamento de ações preventivas é importante fortalecer os fatores de proteção.
   ( ) b. Os fatores de risco explicam as causas do consumo de drogas dos indivíduos. Sendo assim, se eliminarmos as causas, eliminamos o consumo de drogas.
   ( ) c. A vulnerabilidade de uma pessoa ou população para usar drogas pode ser compreendida por meio de seus fatores de risco e proteção.
   ( ) d. Os fatores de risco e proteção são específicos e variam de acordo com faixa etária, gênero, condição social e cultura.

2. **No que se refere à prevenção, está INCORRETO dizer que:**
   ( ) a. Existe um modelo único de prevenção.
   ( ) b. Atualmente, a prevenção é classificada em universal, seletiva e indicada.
   ( ) c. A prevenção seletiva é voltada para uma parte específica da população, especialmente as pessoas com maior risco, e tem por objetivo identificar fatores de risco e combatê-los.
   ( ) d. Ao fazer prevenção, apenas passar informação não é suficiente para mudar o consumo de drogas das pessoas.

3. **Sobre o consumo de drogas por mulheres, é INCORRETO afirmar que:**
   ( ) a. Os homens e mulheres metabolizam as drogas da mesma forma e isso não influencia o uso e nem a quantidade de droga utilizada.
   ( ) b. As mulheres são mais vulneráveis ao consumo de medicamentos para dormir e para emagrecer.
   ( ) c. Apesar de as mulheres frequentarem mais os serviços de saúde, elas procuram menos tratamento para abuso e dependência de drogas.
   ( ) d. Mulheres que já têm problemas mentais (depressão, ansiedade) são mais propensas a ter problemas por uso de substâncias.

4. Assinale entre as alternativas abaixo qual indica indicam os principais fatores de risco para o uso problemático de álcool e outras drogas.

( ) a. Relações familiares complicadas, consumo de drogas pelos pais, amigos usuários de drogas.

( ) b. Elevada autoestima e envolvimento com atividades saudáveis.

( ) c. Vínculos sociais preservados, acesso aos espaços culturais e informação clara sobre uso de drogas..

( ) d. Presença de regras claras dentro de casa, monitoramento e supervisão dos pais.

Reflita a respeito...

- Comente a frase: A adolescência é um período marcado por novas experiências e, por conta disso, muitos estudiosos consideram a adolescência um período de risco para o envolvimento com drogas.

Aula 8

Aula 8

Como orientar pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: semelhanças entre Aconselhamento e Intervenções Breves

OS OBJETIVOS DESTA AULA SÃO:

- conhecer a Intervenção Breve (IB) e aprender a utilizá-la para auxiliar pessoas em fase inicial de problemas relacionados ao uso de álcool e/ou outras drogas
- identificar as etapas da IB e as reações mais comumente observadas frente a essa intervenção

TÓPICOS

- Introdução
- Intervenção Breve
- Fundamentos da Intervenção Breve
- Dicas para a realização de uma boa Intervenção Breve
- Semelhanças entre Intervenções Breves e Aconselhamento
- Bibliografia
- Atividades

INTRODUÇÃO

Você já deve ter sido procurado por alguém que tenha problemas com o uso de álcool ou outras drogas. Muitas vezes, quem procura ajuda é um familiar ou amigo da pessoa com problemas, outras vezes é a própria pessoa.

Embora os problemas causados pelo uso de álcool ou outras drogas sejam bastante comuns, as pessoas só costumam procurar ajuda quando eles já são graves. Isso acontece, em parte, porque **muitas pessoas têm dificuldade para perceber quando o uso deixa de ser "social" e passa a ser excessivo**.

Além disso, existe muito preconceito da sociedade em relação aos dependentes de álcool ou aos usuários de outras drogas, que são muitas vezes considerados pessoas com "problemas de caráter".

Importante

A dependência de álcool ou outras drogas é um problema de saúde, e quanto mais cedo se iniciar um tratamento ou intervenção maior será a chance de sucesso.

Em casos graves, é importante encaminhar o usuário para um tratamento especializado. Em casos menos graves, você pode ajudar, não só com a sua experiência pessoal, mas usando algumas técnicas simples e úteis, como você verá a seguir.

INTERVENÇÃO BREVE

Faz parte do senso comum que uma boa conversa pode ajudar muito alguém que está enfrentando uma situação difícil. Isso vale também para pessoas com problemas devido ao abuso ou dependência de álcool ou outras drogas. Estudando "o que funciona" nesse tipo de conversa, profissionais de saúde desenvolveram uma técnica simples, mas muito útil, conhecida como **Intervenção Breve** (IB).

A Intervenção Breve tem o objetivo de ajudar pessoas que estão em uma fase inicial de problemas com o uso de álcool ou outras drogas a parar ou diminuir o seu consumo.

A IB tem despertado cada vez mais o interesse de profissionais de diferentes formações. Veja as razões:

- os resultados dos tratamentos mais intensivos (por exemplo:

longas internações) não são necessariamente melhores do que os obtidos com essas técnicas breves, principalmente nos casos menos graves;

- a aplicação da técnica é de baixo custo, porque pode ser utilizada por profissionais com diferentes tipos de formação (médicos, psicólogos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, agentes comunitários e outras pessoas interessadas no atendimento ou suporte dos usuários de álcool e outras drogas), bastando que recebam um rápido treinamento para isso.

Lembrete

O uso é considerado nocivo ou abusivo quando começa a causar problemas importantes em diferentes áreas da vida do indivíduo. O termo "nocivo" é utilizado pela CID-10 como aquele que resulta em dano físico ou mental. No DSM-IV, utiliza-se o termo "abuso", considerando não só o prejuízo físico ou mental, mas também as consequências sociais relacionadas ao uso. Caso você não se lembre desses conceitos, é importante revisar a **Aula 6.**

Intervenção Breve é um atendimento com tempo limitado e com o objetivo de mudar o comportamento do usuário.

De modo geral, as Intervenções Breves não são indicadas para pessoas com problemas graves relacionados à dependência de substâncias. Como essas pessoas costumam ter diversos problemas relacionados ao uso de drogas, somente uma Intervenção Breve pode não ser suficiente. Entretanto, essas intervenções podem ser úteis para fazer com que pessoas que não estão conscientes de seus problemas possam percebê-los e aceitar ou procurar o tratamento.

A Intervenção Breve é adequada para pessoas que fazem uso nocivo ou abusivo de substâncias.

O primeiro objetivo da Intervenção Breve é:

1. Mostrar ao usuário que seu uso de álcool ou de outras drogas o coloca em situações de risco.

Após identificar a presença do problema e mostrar os efeitos e consequências do consumo abusivo, o passo seguinte é:

2. Motivar o usuário a mudar seu hábito de uso.

A IB pode ajudar a iniciar o processo de mudança e fazer com que a pessoa aceite a responsabilidade por suas escolhas.

Dicas para quem aplica a IB:

- Você pode sugerir estratégias que o usuário poderá usar para que essa mudança aconteça;
- A proposta é que essa orientação seja bastante objetiva e dirigida para a mudança da forma como a pessoa usa a droga, ou seja, como ela pode diminuir o seu consumo;
- A IB é uma orientação curta, podendo ser feita entre 5 minutos e 30 minutos, dependendo do tempo disponível. Por essa razão, ela deve ser FOCAL (focando no problema principal e de preferência em uma só droga) e OBJETIVA.

Mas, afinal, como ajudar alguém a mudar seu comportamento usando uma Intervenção Breve?

Primeiramente, é importante que você saiba **identificar se a pessoa com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas está disposta** a receber ajuda e a mudar seu uso de drogas ou seu estilo de vida.

Essa identificação pode ser feita durante uma simples conversa com o usuário. Nessa conversa:

1. Procure, inicialmente, deixá-lo à vontade para falar sobre si mesmo;
2. Pergunte sobre o seu uso de drogas, sobre possíveis problemas que ele possa estar vivendo;
3. Verifique se ele acha que a(s) droga(s) pode(m) ser a(s) causadora(s) de seus problemas.

Nessa conversa, você poderá notar que muitos usuários não acham que o uso que fazem de álcool e/ou outras drogas lhes traga problemas (talvez a maioria dos usuários pense assim!!).

Infelizmente....

Essas pessoas não se preocupam quanto ao uso que fazem de álcool ou outras drogas e não aceitam que esse padrão de consumo possa trazer algum prejuízo ou problema. Dessa forma, não aceitam e nem querem mudar seu comportamento.

O que fazer em casos de usuários que não querem ajuda?

As pessoas com um comportamento resistente, em geral, não estão muito dispostas a receber conselhos e orientações. No entanto, podem aceitar receber algumas informações sobre os riscos envolvidos em seu uso de drogas. Assim, ao fornecer informações, você poderá encorajá-las a pensar sobre os riscos envolvidos em seu uso de drogas e, quem sabe, começar a considerar a possibilidade de diminuir ou mesmo parar o uso.

Usuários em dúvida

Você poderá também encontrar pessoas que sentem **dúvidas** sobre continuar ou parar de usar drogas. Ou seja, ora querem continuar a usar, ora querem parar o uso. Em geral, essas pessoas percebem tanto as vantagens quanto as desvantagens de seu uso, além de perceberem alguma relação entre os seus problemas (de saúde ou de relacionamento) e o uso que fazem de substâncias.

O que fazer em casos de usuários em dúvidas?

As intervenções para uma pessoa que apresente dúvidas sobre continuar ou parar o uso de drogas incluem, além do fornecimento de informações sobre os riscos relacionados ao uso, um aconselhamento sobre como diminuir ou parar.

Peça para que ela fale sobre as vantagens e desvantagens que percebe no uso de drogas. O objetivo é encorajá-la a pensar e falar sobre suas próprias razões para diminuir ou parar com o uso de drogas. Utilize as desvantagens mencionadas como razões para diminuir ou parar com o uso.

Uma estratégia que pode ser utilizada para ajudar o usuário a pensar sobre as vantagens e desvantagens de seu uso de substâncias é ajudá-lo a fazer um quadro, como no exemplo a seguir:

	ASPECTOS POSITIVOS EM USAR (VANTAGENS)	ASPECTOS NEGATIVOS EM USAR (DESVANTAGENS)
NO MOMENTO PRESENTE		
NO FUTURO		

Peça ao usuário que pense nas coisas boas (vantagens) e ruins (desvantagens) de usar drogas. Oriente-o a falar primeiro sobre as vantagens e, depois,

então, a pensar nas desvantagens relacionadas ao seu uso de substâncias, tanto no momento presente quanto no futuro.

Exemplo: Luis, me diga quais as vantagens para você, HOJE, em usar drogas. Se pensarmos no futuro, me fale quais as vantagens que você vê para continuar a usar drogas...

Importante

Toda mudança gera algum grau de sofrimento. No caso de usuários de drogas, as mudanças envolvem uma reorganização de seu estilo de vida e, na maior parte das vezes, mudança dos círculos de amigos. E nem sempre isso é fácil!

Usuários conscientes

Em algum momento você poderá também encontrar pessoas ou usuários que já estão mais conscientes sobre a relação entre o uso que fazem de drogas e os problemas apresentados. Essas pessoas, em geral, estão dispostas a mudar seu comportamento de uso.

O que fazer em casos como esses?

Com relação à pessoa que já percebe que o uso de álcool ou outras drogas pode estar relacionado aos seus problemas, é importante ajudá-la a desenvolver planos e estratégias para a sua mudança de comportamento.

Ajude essa pessoa a identificar as situações de risco, ou seja, aquelas situações que aumentam a chance de usar (ex.: encontrar um amigo que usa a droga, ir a determinado local onde sabe que terá droga ou no qual costuma usar a droga) e oriente sobre como enfrentar as possíveis dificuldades.

Em sua prática, você poderá observar que muitos usuários, apesar de motivados a mudar seu comportamento, sentem dúvidas sobre se conseguirão ou não realizar a mudança.

Para essas pessoas, é importante o **incentivo!** Encoraje-as a não desistir e mostre que confia nelas! **Fortaleça a autoestima do usuário!**

Tenha em mente que *mais difícil do que mudar de comportamento é manter-se firme nessa mudança.* O usuário deve aprender a enfrentar as dificuldades e procurar participar de outras atividades sociais e de lazer que não envolvam o uso de álcool ou outras drogas. Isso pode ser bastante difícil. Como já foi dito, muitas vezes é preciso que o usuário mude seu círculo de amigos e seu modo de vida. Dessa forma, ele necessitará ser continuamente reforçado e encorajado. O desafio é manter a mudança alcançada e evitar a recaída.

Dicas e sugestões:

- Pessoas que estão tentando manter o comportamento mudado necessitam ser encorajadas, ouvir que estão "no caminho certo" e que devem continuar com o novo modo de vida, mais saudável;
- Fortaleça e encoraje o usuário, elogiando o sucesso da mudança de comportamento. Converse com ele sobre como evitar as situações de risco de recaída. Caso haja uma recaída, aproveite a situação para discutir as possíveis falhas nos planos (por exemplo, qual a estratégia que não funcionou). Muitas vezes, a recaída acontece porque a pessoa está confiante e acha que já pode "controlar" o uso;
- Ao tentar fazer esse "uso controlado", é comum o usuário perder o controle e voltar ao uso inicial. Ajude-o a pensar em novas estratégias e evitar as situações de risco. Mostre a ele que foi "apenas um tropeção" – que ele pode aprender com essa situação para evitar cair em novas "armadilhas".

Importante

Alguns deslizes e recaídas são normais, e até esperados, quando o usuário está tentando mudar seu padrão de comportamento.

Recaídas

Ao trabalhar com aconselhamento e orientação a usuários de drogas, é importante que você saiba que **recaídas** podem acontecer.

Recaída significa **retorno ao comportamento de consumo**. As recaídas, em geral, são influenciadas por:

- Emoções;
- Conflitos com outras pessoas;
- Pressão dos amigos;
- Outros estímulos, como, por exemplo, voltar a um lugar no qual a pessoa costumava usar a droga ou encontrar alguém com quem costumava usar a droga.

Pronto, disposto e capaz!

Para que as pessoas mudem seu comportamento, elas precisam estar prontas, dispostas e sentir-se capazes para a realização dessa mudança. Estar pronto e disposto a diminuir ou parar o uso depende muito da importância dada pelo usuário à necessidade de mudar.

Pensar em mudar é importante, mas nem sempre é suficiente para que uma pessoa coloque essa mudança em prática.
Algumas vezes, uma pessoa está disposta a mudar, mas não acredita ser capaz. Por isso, mostre ao usuário a importância e os ganhos com essa mudança e demonstre a ele o quanto acredita em sua capacidade de mudar.

Agora que você já sabe como identificar o quanto o indivíduo está disposto e motivado a mudar seu comportamento de uso de drogas, e que tipo de ajuda você pode dar, vamos ver COMO você pode fazer uma Intervenção Breve – adequada para as pessoas que estão em fases iniciais de consumo, apresentando problemas de menor gravidade.

FUNDAMENTOS DA INTERVENÇÃO BREVE

Triagem

Inicialmente, para fazer uma Intervenção Breve para o uso de álcool e/ou outras drogas é preciso fazer uma **triagem ou avaliação inicial desse consumo.** Com essa avaliação, você poderá identificar os diferentes níveis de consumo, bem como os possíveis problemas associados.

Essa avaliação ou triagem do uso de drogas pode ser feita com o auxílio de **instrumentos de triagem** (alguns deles foram apresentados e discutidos na Aula 5) ou através de uma **conversa informal** com o usuário.

Depois de ter identificado quais as drogas usadas e os possíveis problemas relacionados ao uso delas, é hora de iniciar a Intervenção Breve.

A primeira coisa a fazer, após a avaliação do consumo, é conversar com o usuário sobre os riscos que ele está correndo (e também as pessoas que estão ao seu redor, devido ao modo como usa bebidas alcoólicas e/ou outras drogas). Esse será seu ponto de partida para convidar a pessoa a aceitar sua intervenção. Por exemplo, você pode dizer: *"Pelo que você está me falando..."* ou *"Pelo que pude observar no seu teste... parece que você está bebendo (ou cheirando, ou fumando) de uma maneira que pode já estar causando problemas de saúde, no trabalho e na sua casa, não é? Vamos conversar um pouco sobre isso?"*.

Durante a conversa:

1. Mostre ao usuário o quanto ele é o **responsável** por seu comportamento e por suas escolhas sobre usar ou não drogas. A mensagem a ser transmitida pode ser algo do tipo:

   "O seu uso de drogas é uma escolha sua e ninguém pode fazer você mudar seu comportamento ou decidir por você. Se você perceber que isso está prejudicando sua vida, sua saúde ou seus relacionamentos e quiser mudar, posso tentar ajudá-lo, mas a decisão e a escolha são suas".

Isso faz com que a pessoa sinta que pode ter o controle do seu comportamento e das suas consequências. Essa percepção de "responsabilidade" e "controle da situação" por parte do usuário pode ser importante para motivá-lo a mudar de comportamento.

2. Ajude-o a refletir sobre **a relação entre seu uso de drogas e os problemas** que apresenta, pois algumas vezes o usuário não percebe que é o uso de álcool e/ou outras drogas que está interferindo na sua saúde, na sua vida familiar ou profissional. Procure mostrar que, se ele diminuir ou parar com o uso de drogas, suas chances de problemas futuros, relacionados ao uso, também diminuirão. Isso pode ajudá-lo a perceber os riscos que envolvem seu uso de drogas e servir como um motivo para considerar a mudança de comportamento.

Nesse momento, você pode usar a tabela de vantagens e desvantagens do uso de drogas, que vimos anteriormente. Lembre-se de sempre fornecer orientações claras, **livres de qualquer preconceito** e, sempre que possível, tenha em mãos materiais informativos sobre drogas para dar às pessoas.

3. Pergunte ao usuário **onde ocorria o uso e em companhia de quem**. Evite perguntar os nomes das pessoas que faziam uso com ele – pergunte apenas pelo tipo de relacionamento que ele tem (ou tinha) com essas pessoas: se eram amigos, namorados, primos etc. Em seguida, peça que ele conte em que situações usava (onde ele estava, e o que estava sentindo antes de usar). Procure entender se as situações de maior risco eram situações sociais (ex.: estar com amigos no bar, em festas, na saída do

trabalho, entre outros) ou se eram situações em que ele se sentia triste, aborrecido, deprimido, contrariado (sentimentos pessoais).

Desse modo, será possível identificar algumas das situações de risco que o levam a usar drogas e, então, você poderá orientá-lo sobre o que fazer para evitar essas situações. Lembre-se de que fornecer alternativas de estratégias e escolhas pode ajudá-lo a sentir que tem o controle e a responsabilidade de realizar a mudança, aumentando sua motivação. *É importante tentar fazer com que o próprio usuário pense nas estratégias, mas caso ele tenha dificuldades você pode sugerir algumas.*

Exemplos de opções e estratégias que podem ser utilizados na Intervenção Breve:

- Sugira que o usuário faça um **diário** sobre seu uso da substância, registrando, por exemplo, onde ele costuma (ou costumava) usar, em que quantidade, em companhia de quem, por qual razão, etc. Isso ajudará a identificar as possíveis situações de risco;
- Identifique, junto com o usuário, algumas **atividades que possam lhe trazer algum prazer,** por exemplo, alguma atividade física, tocar um instrumento, ler um livro, sair com pessoas não usuárias etc. Após essa identificação, proponha a ele que substitua o uso de drogas por essas atividades;
- Forneça informações sobre **onde buscar ajuda especializada**, se for o caso, ou tente fazê-lo refletir sobre coisas de que ele gosta, além do uso da substância. Se ele não souber, use isso para estimulá-lo a se conhecer melhor, descobrir coisas novas, novos interesses. Procure ter sempre à mão diferentes opções gratuitas de lazer (ex.: atividades esportivas, apresentações de música ou teatro, oficinas de artesanato, etc.) para sugerir a ele;
- Pergunte ao usuário sobre **algo que ele gostaria de ter** e sugira que economize o dinheiro normalmente usado na compra de drogas para adquirir aquele bem. Faça as contas com ele sobre o quanto ele gasta. Por exemplo, um fumante que gaste R$ 7,50 por dia com cigarros, em um mês economizaria R$ 225,00 e, em seis meses, R$ 1350,00 – o que daria para ele comprar uma TV nova ou pagar mais da metade de um computador completo. Contas simples como essa podem ajudá-lo a perceber o prejuízo financeiro, além dos problemas sociais e de saúde.

4. Demonstre ao usuário que você está disposto a **ouvi-lo** e que entende seus problemas, até mesmo sua dificuldade de mudar.
5. Incentive-o a confiar em sua **capacidade de mudar** seu comportamento de uso de drogas.

Quando a pessoa acredita que pode verdadeiramente realizar a mudança, esta acontece com mais facilidade. Elogie cada dificuldade vencida!

Dicas para a realização de uma boa Intervenção Breve

- Evite ameaçar ou amedrontar e não use **rótulos**, como por exemplo: alcoólatra, maconheiro, drogado, etc. Isso só intimida e envergonha o usuário.
- Procure fazer perguntas abertas, como por exemplo: "Me fale mais sobre seu consumo de maconha...". **No início, ouça mais do que fale.**
- **Certifique-se de que você está entendendo o que o usuário está dizendo.** Por exemplo: "Você está querendo me dizer que o seu consumo está causando problemas em seu trabalho?" ou "Se eu entendi bem, você disse que costuma beber grandes quantidades quando está com seus amigos de trabalho...". Isso evita que o usuário negue alguma afirmação já feita, mencionando que não foi isso o que ele quis dizer, ou que você entendeu errado.
- Procure demonstrar **sensibilidade**, mas **seja firme**. Mostre que as coisas podem melhorar, mas que depende principalmente de um posicionamento dele (responsabilidade). Reforce a ele sua liberdade de escolha.
- Sempre **encoraje** o usuário e **reforce sua autoconfiança** em relação aos comportamentos que ele gostaria de mudar. Diga que você confia nele, que acredita na sua capacidade de mudar.
- Preste atenção ao comportamento do usuário: se ele está agitado, inquieto ou nervoso, e tente acalmá-lo, para a conversa fluir melhor.

SEMELHANÇAS ENTRE INTERVENÇÕES BREVES E ACONSELHAMENTO

Como você deve ter percebido, há muitas semelhanças entre as técnicas usadas nas Intervenções Breves e o Aconselhamento que líderes religiosos e de movimentos afins estão acostumados a fazer. Sendo assim, **aproveite tudo o que você conhece sobre como conversar e aconselhar pessoas** e use as técnicas de Intervenção Breve para orientar as pessoas de sua comunidade.

Por exemplo, se um familiar procurar você, preocupado com um filho que começou a usar drogas, mostre que é preciso fazer alguma coisa, mas que provavelmente não é um caso de desespero e que um tratamento por internação pode não ser aconselhável para esse tipo de caso.

Oriente a pessoa, usando os vários materiais que a **SENAD** oferece, em linguagem adequada para pessoas de diferentes idades, e mostre a ela que há vários recursos na comunidade a que ela pode ter acesso.

Se o caso for grave, recomende que ela procure a ajuda de um profissional de saúde. Procure motivá-la sempre e passe as informações que você tem sobre o assunto. Faça você mesmo o encaminhamento.

Importante

Tenha uma atitude de acolhimento e compreensão, sem preconceitos. Ouça o usuário e procure ajudá-lo a perceber a real gravidade do problema.

BIBLIOGRAFIA

Babor TF, Biddle JCH. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. Addiction. 2000;95:677-86.

De Micheli D, Formigoni MLOS. Screening of drug use in a teenage Brazilian sample using the Drug Use Screening Inventory (DUSI). Addict Behav. 2000;25(5):683-91.

Fleming M, Manwell LB. Brief intervention in primary care settings: A primary treatment method for at-risk, problem and dependent drinkers. Alc Res Health. 1999;23(2):128-37.

Kahan M, Wilson L, Becker L. Effectiveness of physician based interventions with problem drinkers: a review. CAMJ. 1995;152(6):851-9.

Miller WR. Motivation for treatment: a review with special emphasis on alcoholism. Psychol Bull. 1985;98(1):84-107.

Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press; 1991.

Miller WR, Sanches VC. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard G, editor. Issues in alcohol use and misuse in young adults. Notre Dame: University of Notre Dame Press; 1993.

Moyer A, Finney J, Swearingen C, Vergub P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations. Addiction. 1993;97:279-92.

Neumann GBR. Intervenção breve. In: Formigoni MLOS, coordenação. A intervenção breve na dependência de drogas: a experiência brasileira. São Paulo: Contexto; 1992.

World Health Organization. Brief intervention study group. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. Am J Publ Health. 1996;86:948-55.

ATIVIDADES

1. **Assinale a resposta CORRETA sobre como deve ser a técnica de Intervenção Breve:**
   ( ) a. Objetiva e focada.
   ( ) b. Simples, mas firme, determinando o que o paciente deve fazer.
   ( ) c. Complicada, já que é preciso conversar sobre todos os tipos de drogas.
   ( ) d. Chamando atenção para problemas morais.

2. **Para que haja mudança de comportamento por parte do usuário, é necessário que:**
   ( ) a. A pessoa tenha compaixão para com os seus amigos e a sua família.
   ( ) b. O usuário esteja preparado para a internação.
   ( ) c. O usuário esteja disposto e se sinta capaz de realizar essa mudança.
   ( ) d. Todas as alternativas estão incorretas.

3. **Quanto à técnica de Intervenção Breve, marque a alternativa INCORRETA:**
   ( ) a. A Intervenção Breve é uma internação de poucos dias usada como tratamento para a dependência de drogas.
   ( ) b. A Intervenção Breve pode ajudar o dependente de drogas a repensar o seu consumo e buscar ajuda especializada.
   ( ) c. A Intervenção Breve deve provocar autorreflexão.
   ( ) d. Durante a Intervenção Breve, deve ficar claro para o usuário que a responsabilidade de mudança é também dele.

4. **Apesar de motivado a mudar de comportamento, muitas vezes o usuário pode manifestar dúvidas sobre se conseguirá ou não realizar a mudança. Se isso acontecer, você deve:**
   ( ) a. Falar para ele retornar somente quando tiver certeza do que deseja fazer.
   ( ) b. Encaminhá-lo à psicoterapia.
   ( ) c. Encorajá-lo e fortalecê-lo, ajudando-o a manter sua decisão.
   ( ) d. Chamar a família para verificar se ele se encontra abstinente.

Reflita a respeito...

1. Agora que você já conhece os passos da técnica de Intervenção Breve e está familiarizado com os padrões de uso das drogas e com a forma de abordagem dos usuários, aproveite para aplicar um instrumento de triagem (que você viu na aula seis), seguido de uma Intervenção Breve. Você pode aplicar em pessoas conhecidas ou não, mas após a aplicação reflita sobre essa experiência e o que você pode melhorar para as próximas vezes.
2. Tente também pensar em formas de utilizar essas técnicas no contexto comunitário ou religioso, a fim de ter uma ferramenta a mais para auxiliar os usuários de drogas.

Como intervir em casos de abuso ou dependência de álcool e outras drogas: modalidades de tratamento e encaminhamento

Módulo 4

MÓDULO 4

Como intervir em casos de abuso ou dependência de álcool e outras drogas: modalidades de tratamento e encaminhamento

Objetivos

Após o estudo deste módulo, os alunos deverão ser capazes de:

- identificar as principais modalidades de tratamento e formas de redução de danos
- conhecer a história e a importância das Comunidades Terapêuticas
- compreender a importância das Redes Sociais na prevenção do uso de drogas

Aulas

A9 | Modelos de tratamentos para pessoas com dependência de álcool e outras drogas

A10 | Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em Comunidades Terapêuticas

A11 | A importância das redes sociais na recuperação e reinserção social de usuários e dependentes de álcool e outras drogas

A12 | Como as lideranças religiosas e lideranças de movimentos afins podem intervir em situações de uso e dependência de álcool e outras drogas

Aula 9

Aula 9

Modelos de tratamentos para pessoas com dependência de álcool e outras drogas

OS OBJETIVOS DESTA AULA SÃO:

- conhecer as principais modalidades de tratamento
- conhecer a Redução de Danos

TÓPICOS

- Introdução
- Tratamentos formais
- Tratamentos informais
- Redução de Danos decorrentes do uso de drogas
- Conclusão
- Bibliografia
- Atividades

INTRODUÇÃO

Embora um grande número de pesquisas seja realizado sobre o tema de abuso/dependência de drogas, não existe uma conclusão sobre qual é o melhor tratamento. Ao que parece, os bons resultados de um tratamento vão muito além do modelo de tratamento em si e incluem o perfil psicológico do dependente, o tipo de droga, o grau da dependência, doenças associadas, estrutura familiar, vontade de parar o uso da droga, entre outros fatores.

Portanto, há tratamentos diferentes para um mesmo tipo de dependência.

Sabe-se que entre 30% e 40% dos usuários conseguem parar o uso de drogas, quase que independentemente do tratamento ao qual se submeteram. Entretanto, algumas abordagens têm se mostrado um pouco mais eficazes, de acordo com o perfil do paciente.

Nesta e nas próximas aula, serão apresentadas as principais modalidades de tratamento:

- Tratamentos formais (farmacoterapia e psicoterapia)
- Tratamentos informais (alcoólicos anônimos, narcóticos anônimos, Comunidades Terapêuticas, terapia comunitária)

Abordaremos, também, a questão da comorbidade, ou seja, quando há outras doenças associadas à dependência. Falaremos também de Redução de Danos, isto é, ações para diminuir os efeitos negativos das drogas enquanto a pessoa não consegue parar totalmente de usar.

Tratamentos formais x tratamentos informais

Os tratamentos formais são aqueles estruturados com base em pesquisas científicas. Assim, o modo como determinado medicamento ou técnica de psicoterapia são utilizados deve seguir padrões avaliados em pesquisas e sua efetividade deve ser comprovada.

Por outro lado, os tratamentos informais não se baseiam em métodos científicos para avaliação de seus resultados. Entretanto, isso não significa que são ineficazes; apenas que ainda não foram testados cientificamente.

TRATAMENTOS FORMAIS

Atendimento no Sistema Único de Saúde – SUS

Desde 2002, o Ministério da Saúde vem aperfeiçoando o modelo de assistência oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) às pessoas que sofrem de transtornos mentais e aos usuários de álcool e outras drogas.

Através da Coordenação de Saúde Mental, são implementadas iniciativas de prevenção, promoção e tratamento. Para tal, foram criadas unidades de tratamento chamadas de **Centros de Atenção Psicossocial – CAPS** e também os chamados **CAPS-ad**, que são centros especializados na atenção às questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas. O objetivo desses centros é a formação de uma rede de cuidados voltada para a reabilitação e a reinserção social das pessoas de uma forma aberta e territorializada, tendo em vista que os CAPS-ad se localizam na própria comunidade em que o usuário vive, permitindo que o cuidado ocorra perto da família.

O tratamento nos CAPS-ad tem por objetivo melhorar a qualidade de vida do usuário, através da atenção integral. Para isso, é necessário trabalhar outras questões que vão além da saúde, através de parcerias que incluam o usuário em outros espaços de cidadania. O objetivo geral dessa abordagem é a ampliação do acesso ao tratamento, modificando o antigo modelo assistencial que se centrava apenas na hospitalização, reduzindo, assim, a exclusão e evitando internações desnecessárias.

Através de uma equipe multiprofissional, os CAPS-ad oferecem atenção ambulatorial diária aos dependentes químicos, desenvolvendo atividades que englobam desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação etc.), até atendimentos em grupo, oficinas terapêuticas e visitas domiciliares.

Nos últimos anos, o crescimento dos problemas e a preocupação com o uso de drogas por pessoas que vivem na rua motivaram o Governo Federal a inserir nas políticas sobre drogas novos equipamentos de cuidado, como as Unidades de Acolhimento e o dispositivo Consultórios na Rua.

A Unidade de Acolhimento é um serviço residencial para usuários de álcool e outras drogas em situação de fragilidade social e rompimento dos vínculos familiares e/ ou comunitários. Tem por objetivo intensificar o cuidado, aumentar a autonomia, ampliar a convivência, resgatar os laços sociais, o trabalho, o lazer e diminuir o preconceito.

O Consultório na Rua é um serviço que oferece cuidado para as pessoas em seus próprios contextos de vida. A equipe de saúde procura abordar de maneira cuidadosa a pessoa em situação de vulnerabilidade (situação de rua) com o objetivo de aproximação, acolhimento, vinculação e encaminhamento aos demais serviços da rede, como saúde, educação e serviços sociais. Essa abordagem respeita o momento de cada um, não limita o cuidado à saúde a simplesmente a pessoa parar de usar drogas, e sim oferece possibilidades flexíveis de cuidado, visando prevenir e mesmo cuidar de doenças associadas ou não ao uso de drogas, como tuberculose, diabetes, pressão alta, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras. Assim, essa forma de cuidar possibilita melhorias na qualidade de vida dessas pessoas.

Para fortalecer a Rede Social como um todo, a rede do SUS para atendimento de álcool e outras drogas deve estar integrada com os outros serviços de saúde existentes, permitindo, assim, a construção de redes de suporte social, bem como ações intersetoriais que envolvam também educação, trabalho, promoção social, cultura, esporte e lazer e todas as áreas importantes para a promoção da saúde, prevenção e tratamento do uso de álcool e outras drogas.

Tanto a rede de CAPS e CAPS-ad como outros equipamentos que fazem parte do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas vêm sendo ampliados a cada ano, através de investimentos maciços do Governo Federal nos estados e municípios, com o objetivo de implantar, fortalecer e manter o funcionamento dessa rede.

Farmacoterapia

Os medicamentos utilizados no tratamento da dependência de drogas incluem três grandes grupos:

- Medicamentos que tratam da síndrome de abstinência (sinais e sintomas que aparecem quando o uso da droga é repentinamente interrompido ou diminuído).
- Medicamentos oferecidos em tratamentos aversivos (tratamentos que fazem com que o indivíduo sinta algum mal-estar ao usar a substância).
- Aqueles que tratam da compulsão (desejo incontrolável) ao uso da droga.

Vale ressaltar que existem tratamentos específicos somente para alguns tipos de dependência de drogas. Veja a seguir:

Álcool

Tratando a síndrome de abstinência

Uma característica comum na síndrome de abstinência é a ansiedade (nervosismo, inquietação). Em geral, para aliviar essa ansiedade, utiliza-se, como o próprio nome diz, um ansiolítico (medicamento para diminuição da ansiedade). Esses medicamentos são chamados de benzodiazepínicos (vide Módulo 2). Por exemplo, na síndrome de abstinência do álcool, a ansiedade é muito forte e, muitas vezes, o indivíduo sente-se agitado, com falta de sono, tremores e aumento na transpiração.

Os benzodiazepínicos, além de aliviarem a ansiedade, evitam também o aparecimento de outros sintomas da síndrome de abstinência alcoólica, inclusive as convulsões, que podem levar à morte.

Um termo comum quando se fala de tratamento da dependência é a **desintoxicação**.

Tratamentos farmacológicos aversivos

Existe um tratamento desse tipo para o alcoolismo. Trata-se de um medicamento chamado dissulfiram que provoca grande desconforto quando associado ao uso de bebidas alcoólicas. Assim, se a pessoa beber enquanto estiver usando o dissulfiram, terá os **seguintes sintomas:** vermelhidão no rosto, sudorese, mal-estar, aceleração dos batimentos do coração, náuseas/vômitos. O objetivo é fazer com que o paciente não beba por saber que, se o fizer, irá sentir-se mal.

ATENÇÃO

O paciente sempre deve ser informado sobre as reações provocadas pela medicação (dissulfiram) e deve ser orientado a não consumir álcool em hipótese alguma (para alguns pacientes, vinagre, perfume e desodorante podem ocasionar reações leves), pois uma reação grave pode levar à morte do paciente.

Tratando a compulsão

Existem alguns estudos de tratamento específicos para compulsão do uso de álcool. Uma droga chamada naltrexone diminui a vontade de beber e atua melhor nos casos em que o paciente apresenta um desejo incontrolável (compulsão) pela bebida. Porém, diversas outras substâncias

estão sendo estudadas e já estão sendo muito utilizadas pelos pacientes, principalmente em outros países. Um dos exemplos é a carbamazepina, que também é muito utilizada na rede pública brasileira.

Tabaco

Nos últimos anos, desenvolveram-se alguns tratamentos específicos para a dependência de nicotina (tabaco). Eles diminuem o desejo pelo cigarro e, além disso, diminuem o desconforto que a pessoa sente quando para de fumar, tais como nervosismo, perda de sono, aumento exagerado do apetite, dores de cabeça. Um deles é a reposição de nicotina (sob a forma de adesivos ou chicletes). Algumas substâncias também podem ser úteis, como bupropiona, que diminui tanto o desejo de usar nicotina como a síndrome de abstinência provocada pela interrupção repentina do tabaco. A vareniclina atua bloqueando diretamente os receptores de nicotina no cérebro, fazendo com que o cigarro não cause prazer. É importante saber que essas medicações só devem ser usadas sob prescrição médica e com supervisão de profissionais especializados.

Opiáceos (vide Módulo 2)

Utiliza-se com frequência a terapia de substituição para os indivíduos dependentes de heroína e morfina. Substitui-se lentamente a droga por outra substância do mesmo tipo, que tem menor efeito no cérebro e cujo uso é monitorado por profissionais habilitados. Aos poucos, retira-se a heroína e aumenta-se a administração da droga de substituição (a metadona). Uma vez que o dependente já esteja usando apenas a metadona, retira-se esta aos poucos, um procedimento mais simples do que retirar heroína ou morfina.

Internação hospitalar

Muitas famílias veem a internação hospitalar para o usuário de drogas como a solução ideal que, muitas vezes, vem acompanhada da falsa esperança de que assim o usuário ficará "curado". Porém, não é isso o que acontece. A internação deve ser destinada apenas àqueles usuários que estão muito envolvidos com a droga e afetados por suas consequências.

Importante

A internação pode ajudar a romper o "vínculo" estabelecido com a droga e com o ambiente de uso.

Em poucos casos, admite-se a internação contra a vontade do usuário quando, por exemplo, ele perde totalmente a capacidade de julgamento, fica agressivo, colocando em risco a própria segurança ou a de outros.

Todavia devemos ressaltar que, sempre que o usuário estiver com sua capacidade de julgamento razoavelmente preservada, a internação deverá ser permitida por ele. Se, por alguma razão, o usuário não for capaz de se responsabilizar por sua internação, essa responsabilidade deverá ser de algum familiar.

Psicoterapias

Existem várias modalidades psicoterápicas e muitas definições para psicoterapia.

Importante

A psicoterapia para dependentes deve ser iniciada com o paciente já desintoxicado. Algumas vezes, é necessária também uma abordagem farmacológica.

As sessões de psicoterapia podem ser realizadas:

- Individualmente (psicoterapia individual)
- Em grupos (psicoterapia de grupo)
- Em casais (psicoterapia de casal)
- Em famílias (psicoterapia familiar)

De modo geral, psicoterapia é um tratamento psicológico cujo objetivo é mudar pensamentos, sentimentos e comportamentos problemáticos, criando um novo modo de enfrentar as situações do dia a dia.

Há várias linhas de psicoterapia: a psicanálise, a cognitiva, a corporal, entre outras.

Para o bom andamento da psicoterapia, dois aspectos são essenciais: o vínculo estabelecido com o psicoterapeuta, que se dá pela empatia entre paciente-terapeuta, e o desejo do paciente de se submeter ao tratamento.

É fato comum no tratamento das dependências de drogas a recaída, ou seja, a volta ao uso das drogas após um período de abstinência. Esse

processo (abstinência/recaída/abstinência) deve auxiliar o terapeuta no conhecimento dos fenômenos psicológicos envolvidos na dependência de drogas e não deve ser visto como um desestímulo ao tratamento.

A dependência de drogas pode ser vista como uma *perda da liberdade de escolha* do indivíduo frente a uma determinada substância. Em outras palavras, o dependente não escolhe se vai ou não usar drogas, ou a quantidade que usará – ele se sente "obrigado" a usar, seja para diminuir os efeitos desagradáveis que a falta da droga está provocando ou mesmo para tentar buscar o efeito que vai se perdendo ao longo do tempo pelo uso continuado.

A terapia pode ajudar o paciente a perceber o papel que a droga desempenha em sua vida, suas consequências e ajudá-lo a redesenhar seu projeto de vida, sem a necessidade do uso da droga.

Intervenção Breve motivacional

A Intervenção Breve motivacional é uma forma de Intervenção Breve que leva a consideração a vontade e motivação que a pessoa tem para fazer o tratamento.

Essa intervenção é estruturada dependendo do "estágio de prontidão" ou de motivação do usuário para mudança do comportamento de consumo de substâncias, no momento em que é avaliado.

- O **primeiro estágio** é chamado de **Pré-contemplação** e refere-se àquele usuário que ainda não está pensando em mudar seu comportamento de uso de drogas. A intervenção, nesse caso, consiste em dar informações e orientações sobre os problemas associados ao uso da substância e encorajar a pessoa a refletir sobre o assunto, no sentido de procurar despertar sua motivação para mudar.
- O **segundo estágio** é denominado **Contemplação** e refere-se àquele usuário que já pensa na possibilidade de mudar seus hábitos de uso de drogas, mas ainda não tem determinação suficiente para isso, ou seja, ora quer parar de usar, ora quer continuar o uso. Nesse caso, deve-se fornecer informações à pessoa e tentar ajudá-la a refletir sobre as vantagens e desvantagens relativas ao consumo da substância.

- O **terceiro estágio** é denominado **Preparação para a ação** e corresponde ao momento em que a pessoa reconhece claramente que o uso da droga a está prejudicando e deseja mudar seu comportamento. Nesse caso, deve-se desenvolver um planejamento de atitudes que possam modificar seu comportamento, a partir do reconhecimento dos fatores de risco e estratégias para enfrentá-los.
- O **quarto estágio** é denominado **Ação** e refere-se à atitude do usuário que começa a colocar em prática o que foi planejado, mudando seus hábitos e o comportamento de uso.
- O **quinto estágio** é denominado **Manutenção** e relaciona-se com as intervenções dirigidas para a manutenção de comportamentos que evitem a recaída para o consumo, que já tinha sido interrompido. Nesse estágio, é importante o incentivo e o estímulo ao usuário, no sentido de ele continuar a não usar drogas.

Abordagem familiar sistêmica

Na abordagem familiar sistêmica, o problema do consumo de substâncias não é focalizado só no usuário, mas sim visto como um problema a ser considerado dentro de suas relações afetivas mais importantes (que normalmente é o grupo familiar).

Assim, o tratamento deve incluir o usuário e todos aqueles que, de alguma forma, são próximos ou ligados a ele e que podem ser considerados como sua família. Nessa abordagem, o comportamento de consumo prejudicial de drogas não é considerado um problema individual, mas sim familiar, o que implica em tratar a família como um todo.

TRATAMENTOS INFORMAIS

Grupos de autoajuda

Em 1931, **Roland Hazard,** um banqueiro americano, procurou o famoso psicanalista **Carl Gustav Jung** para se tratar da sua dependência de álcool. Os resultados não tiveram efeito e o próprio Jung recomendou que Roland procurasse uma ***"experiência espiritual ou religiosa"***. Roland buscou um movimento evangélico, o ***Oxford Group***, e conseguiu parar de beber.

A partir daí se formou um grupo de alcoolistas dentro do *Oxford Group,* fundando-se, então, os **Alcoólicos Anônimos (AA)**, em 1935, em Akron, Ohio (Estados Unidos). As raízes religiosas do movimento são mantidas até os dias de hoje.

Os AA cresceram rapidamente e estima-se que hoje existem 98.710 grupos com 1.989.124 membros em 150 países diferentes. No Brasil, a estimativa é de 6.000 grupos com 121.000 membros. A experiência do AA expandiu-se e hoje existem centenas de tipos de grupos de autoajuda dedicados a problemas como tabagismo, sexo, jogo e alimentação. O grupo que mais cresce é o de Narcóticos Anônimos (NA), com mais de 25.000 reuniões semanais no mundo inteiro.

Todas essas organizações de autoajuda têm grupos paralelos e semelhantes para os amigos e familiares do dependente e utilizam, para identificar o tipo de grupo, nomes como Al-Anon para AA e Nar-Anon para NA.

Os membros desses grupos denominam-se "adictos em recuperação", reúnem-se regularmente com o propósito de manter a abstinência e levar o conhecimento do programa aos usuários que ainda sofrem com o problema.

A base do programa de recuperação desses grupos consiste em uma série de atividades conhecidas como **"Doze Passos"**. Nas reuniões, cada membro partilha experiências pessoais com os outros, buscando ajuda não como profissionais, mas simplesmente como pessoas que tiveram problemas semelhantes e encontraram uma solução. Entretanto, existe a figura de um **"conselheiro"**, que é o padrinho ou madrinha, um membro experiente que oferece ajuda informal aos membros mais recentes.

Os programas de AA e NA usam o conceito de dependência química como doença, baseado na própria experiência, acreditando que a aceitação da dependência como doença é algo eficaz para ajudá-los. A única exigência para se tornar membro é **um desejo de parar de usar** álcool ou outras drogas.

Doze Passos são sugeridos aos membros dos grupos de autoajuda como um processo útil para atingir e manter a abstinência. Foram escritos no plural e no passado, como sugestões dos primeiros alcoolistas que tiveram sucesso na aplicação do programa.

Segundo a filosofia dos grupos de autoajuda, o passo fundamental é o primeiro, em que a pessoa admite que haja algo (droga, jogo, sexo etc.) mais forte que ela e que não tem controle sobre o mesmo.

Você encontrará, abaixo, todos os doze passos preconizados pelos AA e que deram origem aos movimentos semelhantes.

Saiba Mais...

Você pode encontrar mais informações sobre o AA e o NA nos sites:

<http://www.alcoolicosanonimos.org.br/>;

<http://www.na.org.br/>.

Os Doze Passos dos Alcoólicos Anônimos (AA)

1. Admitimos que éramos impotentes perante o "álcool" (ou qualquer outra droga, sexo, jogo etc.), que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas
2. Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus na forma em que O concebíamos
4. Fizemos um minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos
5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano a natureza exata de nossas falhas
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter
7. Humildemente pedimos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições
8. Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas,

sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem

10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente
11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, pedindo apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade
12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades

Terapia comunitária

Adalberto Barreto, médico psiquiatra, teólogo, antropólogo, terapeuta familiar, criou em Fortaleza, no ano de 1988, a terapia comunitária.

Terapia comunitária *"é um espaço aberto a todas as pessoas, de todas as idades, credos, raças, onde se desenvolve a capacidade de ouvir atentamente o outro e de falar de si com simplicidade"*.

A terapia comunitária é um espaço comunitário que procura dividir experiências de vida entre os participantes do grupo. É um instrumento que possibilita a prevenção do uso de drogas, a identificação, o acolhimento e o encaminhamento de usuários e dependentes, no qual vários aspectos da vida do indivíduo e do grupo social podem ser trabalhados, como a família, o trabalho, a cultura, a comunidade, entre outros.

É um espaço de promoção de encontros interpessoais e intercomunitários, objetivando a valorização das histórias dos participantes, o fortalecimento das relações sociais, a restauração da autoestima, a ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução. Tem como base de sustentação o estímulo para o desenvolvimento ou a criação de uma rede de apoio social e de solidariedade.

A Terapia Comunitária contribui para realizar as ações envolvendo a comunidade propostas nas políticas públicas destinadas à redução da demanda do uso de drogas. Nesse sentido, a Terapia Comunitária (TC)

coloca-se como um serviço à comunidade que possibilita intervir em vários níveis:

1. Antecipar-se ao uso indevido de drogas, trabalhando possíveis motivadores para o consumo, analisando riscos e fortalecendo fatores de proteção;
2. Para aqueles que já são usuários e suas famílias, visa oferecer um espaço de acolhimento, amparo e auxílio na mudança da compreensão quanto ao uso ou abuso de drogas e contribuir para a redução dos riscos e danos associados ao uso;
3. Facilitar a identificação da necessidade e dos meios para o tratamento de dependentes ou usuários e suas famílias, contribuir para a adesão e permanência no atendimento;
4. Favorecer a criação ou o resgate da Rede Social do usuário.

Esse contexto de possibilidades de expressão dos conflitos, medos e dúvidas, em um ambiente livre de julgamentos, onde se valorizam as diferenças individuais e as experiências de vida de cada um, favorece a prevenção, o tratamento e a reinserção social de usuários e famílias.

Saiba mais...

Mais informações sobre a Terapia Comunitária na prevenção do uso de drogas podem ser obtidas por meio do portal do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), através do endereço eletrônico: <http://www.obid.senad.gov.br/>, na cartilha "A prevenção do uso de drogas e a terapia comunitária", disponível no item Publicações.

REDUÇÃO DE DANOS DECORRENTES DO USO DE DROGAS

A Redução de Danos é um conjunto de ações e estratégias específicas, voltadas para o campo da saúde pública e dos direitos humanos, que tem como objetivo a diminuição do impacto dos problemas socioeconômicos, culturais e dos agravos à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas.

Desde a década de 1980, no Brasil e em vários países do mundo, a Redução de Danos (RD) deixou de ser apenas um conjunto de ações isoladas de determinados grupos sociais para se tornar uma estratégia das políticas de saúde pública.

De acordo com a Política Nacional sobre Drogas, as intervenções e ações de Redução de Danos devem ser embasadas em conhecimento técnico-científico, considerando a qualidade de vida, o bem-estar individual e comunitário, as características locais, o contexto de vulnerabilidade e o risco social existente.

Importante

O Governo Brasileiro reconhece "a estratégia de Redução de Danos, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos" (Diretrizes, 3.2.1 da PNAD).

As bases para as ações dos programas de Redução de Danos são:

- Reduzir o risco de os usuários de drogas contraírem doenças infecciosas como AIDS, hepatite B ou C e tuberculose, ou de sofrer overdose.
- Reduzir a possibilidade de os usuários de drogas se envolverem em atividades criminosas ou indesejáveis, que causam danos a si mesmos e aos outros.
- Aumentar as chances de que os usuários de drogas ajam responsavelmente em relação aos outros, cuidem de suas famílias, estudem e consigam emprego.
- Aumentar a possibilidade de reinserção social dos usuários de drogas que optaram em resgatar sua cidadania, valorizando o que lhe é vital e construtivo, evitando que venham a sofrer exclusão social e cultural em decorrência do uso.

CONCLUSÃO

Não existe "o melhor tratamento" para a dependência de drogas. Vale muito, para o bom resultado, a vontade do indivíduo em livrar-se da dependência. Não há caminhos simples ou mágicos; é um processo que leva tempo e requer muitos esforços.

A identificação do paciente com determinado tratamento parece contribuir para melhores resultados.

As recaídas durante o tratamento podem ser frequentes e não devem ser vistas com pessimismo, nem diminuir o entusiasmo com o tratamento.

Todas as ações para que os danos provocados pelas drogas sejam amenizados são bem-vindas.

É de fundamental importância para o bom tratamento médico identificar outros fatores associados à dependência, que muitas vezes impedem a recuperação do dependente. A identificação desses fatores (chamados de comorbidades) deve ser feita por profissionais capacitados em identificá-los e tratá-los.

BIBLIOGRAFIA

Alcoólicos Anônimos. Os doze passos. Disponível em: <http://www.alcoolicosanonimos.org.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Coordenação Nacional de DST e AIDS; 2003. p. 1-54.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Duarte PAV, Formigoni MLOS, coordenadores. SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Psicobiologia, Departamento de Informática em Saúde. Brasília: SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2006. Disponível em: <http://www.supera.org.br/senad/index>.

Delgado PG, Cordeiro FA. Rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil. In: Supera: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substancias psicoativas. Brasília: SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2008.

MISMEC - Movimento Integral de Saúde Mental Comunitária. Disponível em: <http://www.4varas.com.br/historico.htm>.

Nadelmann E, Mcneely J, Drucker E. International perspectives. In: Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod LG, editores. Substance abuse: a comprehensive textbook, 3ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997. p. 22-39.

NEMGE, USP. Disponível em: <http://www.usp.br/nemge/tecendo.htm>.

Sapienza BT. Conversa sobre terapia. São Paulo: EDUC/Paulus; 2004.

SENAD. Fórum Nacional sobre Drogas. Secretaria Nacional Antidrogas. Mimeo; 2004.

ATIVIDADES

1. **Em relação às estratégias de Redução de Danos (RD), é CORRETO afirmar que:**
   ( ) a. São estratégias que têm por objetivo alcançar a interrupção do uso de drogas.
   ( ) b. Desenvolvem ações, exclusivamente, com grupos de maior risco, como os portadores de HIV.
   ( ) c. As intervenções têm por objetivo diminuir os danos decorrentes do uso de droga e garantir o direto à saúde.
   ( ) d. O contexto de vulnerabilidade, o risco social e o conhecimento científico não interferem no desenvolvimento dessas estratégias.

2. **A terapia pode ajudar o paciente a perceber o papel que a droga está desempenhando em sua vida e como redesenhar o seu projeto de vida, sem a necessidade do uso. Pensando nessa estratégia de tratamento, qual o tipo de psicoterapia pode ser utilizado com o usuário de drogas?**
   ( ) a. Psicoterapia Individual e de Casal.
   ( ) b. Psicoterapia de Grupo.
   ( ) c. Psicoterapia Familiar.
   ( ) d. Todas as alternativas acima.

3. **Em relação à utilização da Terapia Comunitária para pessoas com problemas decorrentes ao uso de álcool e outras drogas, assinale a alternativa INCORRETA:**
   ( ) a. É uma técnica utilizada no tratamento, e não na prevenção, pois favorece a identificação dos elementos motivadores para o consumo.
   ( ) b. É uma técnica que facilita a identificação da necessidade e dos meios para o tratamento.
   ( ) c. Favorece a criação ou o resgate da rede social do usuário.
   ( ) d. Contribui para qualidade das relações afetivas e sociais junto aos diferentes grupos aos quais o usuário pertence.

4. Temos 3 grandes grupos de medicamentos utilizados no tratamento da dependência de drogas. Assinale a alternativa CORRETA:

I. Medicamentos que tratam de sinais e sintomas que aparecem quando o uso da droga é interrompido ou diminuído tratam de forma abrupta, tratam da.....

II. Medicamentos que fazem com que o indivíduo sinta algum mal-estar ao usar a substância são chamados de.....

III. Medicamentos utilizados para reduzir o desejo incontrolável de usar a droga tratam da.....

( ) a. I – Síndrome de abstinência; II – aversivos e III- compulsão.

( ) b. I- aversão; II- compulsão e III- tolerância.

( ) c. I- tolerância; II- aversivos e III– tolerância.

( ) d. I- síndrome de abstinência; II- tolerância e III- compulsão.

Reflita a respeito...

- Em sua região, quais são as possibilidades de tratamento para usuários de álcool e outras drogas? Como estão estruturados?

Aula 10

Aula 10

Tratamento de pessoas dependentes de substâncias em Comunidades Terapêuticas

OS OBJETIVOS DESTA AULA SÃO:

- conhecer a história das Comunidades Terapêuticas
- conhecer a importância das Comunidades Terapêuticas

TÓPICOS

- Histórico
- Synanon: a primeira Comunidade Terapêutica
- Abordagem da Comunidade Terapêutica
- Perspectiva da Comunidade Terapêutica
- Comunidade Terapêutica como família
- Comunidade Terapêutica como microssociedade
- Papel da equipe na Comunidade Terapêutica
- "CT saudável" e "CT doente"
- Bibliografia
- Atividades

HISTÓRICO

O **Grupo de Oxford** (por vezes chamado de "movimento") foi uma organização religiosa fundada na segunda década do século XX por Frank Buchman, ministro evangélico luterano. Seu primeiro nome, **First Century Christian Fellowship**, transmitia sua mensagem essencial – um retorno à pureza e à inocência dos primórdios da Igreja Cristã.

A missão de Oxford para o renascimento espiritual dos cristãos acomodava de modo amplo todas as formas de sofrimento humano. Embora não fosse o foco principal, os transtornos mentais e o alcoolismo, na qualidade de erosão espiritual, segundo a visão do grupo de Oxford, eram contemplados pelas preocupações do movimento.

Parte das ideias e práticas comumente sustentadas incluía a ética do trabalho, o cuidado mútuo, a orientação partilhada e os valores evangélicos da honestidade, da pureza, do altruísmo e do amor, o autoexame, a reparação por danos causados e o trabalho conjunto.

A influência do Grupo de Oxford sobre a Irmandade de Alcoólicos Anônimos (AA) se associa a pessoas específicas. Rowland H., um dependente de álcool cuja recuperação teve como base a conversão religiosa no Grupo de Oxford (abrigado na Igreja episcopal do reverendo doutor Sam Shoemaker, em Nova York), fez da salvação de outros dependentes sua missão pessoal. Um dos convertidos foi Ebby T., que tentou ajudar Bill W., um antigo compatriota dado a beber (final de 1934), falando de religião e das ideias do Grupo de Oxford. Mas foi durante uma subsequente hospitalização por desidratação que Bill W. passou por um despertar espiritual para manter a sobriedade, ao que parece influenciado pelo livro de William James, *Variedades da Experiência Religiosa*.

Durante uma viagem de negócios a Akron, Bill W. sentiu forte desejo de beber. Henrietta Sieberling, associada ao Grupo de Oxford em Akron, indicou a Bill W. o nome de Bob S., outro dependente de álcool. A conversa entre os dois homens foi o momento fundador dos AA. A experiência de troca mútua desencadeou sua própria missão de ajudar outros alcoolistas.

Os Doze Passos e as Doze Tradições do **AA** são os princípios que guiam o indivíduo no processo de recuperação.

Esses passos e tradições enfatizam a perda de controle da pessoa com relação à substância e a entrega a um "poder superior", o autoexame, a busca de ajuda do poder superior de cada um para a mudança do próprio eu, reparação de males que se tenham causado aos outros, a oração na luta pessoal e o oferecimento de ajuda a outras pessoas para que se empenhem num processo semelhante.

A experiência do Hospital Belmont, para pacientes com problemas psiquiátricos e idealizada por Maxwell Jones e seus colegas, foi de grande importância para fundamentar o conceito de comunidade (conceitos da natureza terapêutica do ambiente) como método para as CTs de tratamento de substâncias psicoativas.

As principais características da CT psiquiátrica são:

- a organização como um todo é responsável pelo resultado terapêutico;
- a organização social é útil para aumentar os resultados terapêuticos;
- estimulo à participação ativa de todos nos assuntos da CT;
- todos os relacionamentos são potencialmente terapêuticos;
- a qualidade do ambiente social e sua harmonia ajudam muito no processo terapêutico; as pessoas aprendem na convivência em comunidade a aceitação, o controle, a tolerância com respeito aos comportamentos inadequados;
- estímulo ao diálogo amistoso;
- estímulo e organização do grupo para o trabalho;
- uso de estratégias educativas e estabelecimento de objetivos a serem alcançados.

(Kennard, 2003)

SYNANON: A PRIMEIRA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

No dia 18 de setembro de 1958, **Chuck Dederich** e um pequeno grupo de dependentes de álcool em recuperação decidiram viver juntos para, além de ficar em abstinência, buscar um estilo alternativo de vida. Assim, eles fundaram, em Santa Mônica, na Califórnia, a primeira Comunidade Terapêutica (CT), que se chamou **Synanon**. O grupo adotava um sistema de relacionamento direcionado, em uma atmosfera quase carismática, o que, naquelas circunstâncias, foi muito terapêutico.

O começo foi despretensioso e tinha as características clássicas de autoajuda. Dederich, ao lado de vários companheiros de AA, iniciou em seu apartamento grupos semanais de "associação livre".

Os participantes consideravam o grupo um novo tipo de terapia. Um ano mais tarde, as reuniões semanais deram origem à Comunidade Terapêutica residencial, e em agosto de 1959 a organização foi, oficialmente, fundada para tratar todos os usuários abusivos, independentemente da substância de escolha.

A **Synanon** definiu como requisito para participar do programa a interrupção do uso de drogas. Assim, ao contrário das reuniões do AA, que contavam com a presença de pessoas que não tinham parado de beber, os residentes da **Synanon** tinham de ficar livres de substâncias como condição à participação no programa. As CTs contemporâneas mantêm essa regra fundamental de não uso de drogas, embora ao longo dos anos sua reação a violações tenha adquirido maior flexibilidade.

Embora os conceitos básicos de autoexame e de ajuda mútua dos AA tenham sido incorporados pela **Synanon**, a ênfase dos AA a um "poder superior" espiritual foi substituída por ideias não religiosas, focando na autodeterminação e na responsabilidade individual. Para a CT, o poder de mudança está na pessoa, sendo ativado por sua participação na comunidade de pessoas com problemas semelhantes.

Em resumo, a CT **Synanon** deu nova forma a várias influências, pois herdou elementos morais e espirituais do Grupo de Oxford e dos AA e parte dos 12 princípios e das 12 tradições deste último. Integraram a esses elementos outras influências sociais, psicológicas e filosóficas, todas com o objetivo não só de manter a sobriedade, como também de mudar o estilo

de vida. O mais importante é que, num ambiente residencial de 24 horas, os indivíduos ficavam afastados dos elementos sociais, circunstanciais e interpessoais da comunidade mais ampla, que poderiam influenciar seu uso de substâncias.

Nesses ambientes, a CT desenvolveu uma tecnologia de aprendizagem social que usava a totalidade da vida comunitária para alcançar metas complexas. Assim, a CT **Synanon** representou um passo evolutivo com relação a seus precursores, mas também foi revolucionária ao introduzir uma abordagem basicamente inovadora para o tratamento de dependência de drogas lícitas e ilícitas.

Esse tipo de abordagem terapêutica se firmou e deu origem a outras CTs, que, conservando os conceitos básicos, aperfeiçoaram o modelo proposto pela **Synanon.**

A CT Daytop Village é o exemplo mais significativo desse tipo de abordagem. Foi fundada em 1963, pelo Monsenhor William O'Brien e David Deitch, tornando-se um programa terapêutico muito articulado em todo o mundo.

O ex-psicanalista americano Hobart O. Mowrey, impressionado positivamente pela capacidade de recuperação através da abordagem de CTs, confirmou que a espiritualidade é um elemento importante, pois todos esses grupos são capazes de resgatar e mobilizar a energia espiritual de seus componentes, para que encontrem a coragem necessária para enfrentar e buscar os objetivos propostos. A energia espiritual pode reintegrar a pessoa consigo mesma, com o grupo, com a comunidade, com a sociedade, com seu poder superior. A CT tem a capacidade de criar um ambiente ecumênico e oferece os instrumentos para que o indivíduo tenha a oportunidade e a liberdade necessárias para procurar sua própria origem e responder de maneira adequada à sua própria dimensão espiritual.

Comunidades Terapêuticas no Brasil

No Brasil o marco da expansão das CTs foi a partir de 1978, com a fundação da Fazenda do Senhor Jesus, em Campinas – SP, pelo Padre Haroldo J. Rahm. Observando que somente os recursos terapêuticos da CT, para alguns dependentes de drogas, eram insuficientes, o padre inseriu na

equipe da CT profissionais que puderam contribuir com outras abordagens psicossociais. Porém, cabe ressaltar que há locais que se denominam CT, porém não possuem conhecimento e treinamento adequados nesse modelo, sendo, segundo o próprio Pe. Haroldo, "simples centros de acolhimento". Essa indistinção pode ser considerada como uma das dificuldades de reconhecimento das CTs, relacionadas principalmente pelo baixo índice de recuperação demonstrado por alguns estudos.

Em 2001, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) adotou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC)-101/01, que regulamentou o funcionamento das CTs, com o objetivo de normatizar o funcionamento dos serviços públicos e privados que oferecem tratamento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de Substâncias Psicoativas (SPA), de acordo com o modelo da atenção psicossocial. Em 2011, foi criada a RDC-29 para regulamentar o funcionamento técnico das CTs em relação à organização do serviço (gestão pessoal e infraestrutura) e no processo assistencial à pessoa usuária de substâncias psicoativas (desde admissão até sua alta, englobando normas de conduta claras para as situações de desistência, desligamento administrativo, desligamento administrativo em caso judicial e fugas). Esta resolução revogou a RDC-101/01.

ABORDAGEM DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Segundo Elena Goti (1997), a abordagem da Comunidade Terapêutica:

- Deve ser aceita voluntariamente;
- Não se destina a todo tipo de dependente. Isso ressalta a importância fundamental da triagem, como início do processo terapêutico. Muitas vezes, algumas CTs, por meio de suas equipes, se sentem "todo-poderosas" e "adoecem", acreditando que se o residente não quer ficar na CT é porque não quer recuperação. Não consideram que o residente tem o direito de escolher como e onde quer se tratar;
- Deve reproduzir, o melhor possível, a realidade exterior para facilitar a volta à sociedade;
- Deve fornecer modelo de tratamento residencial altamente estruturado;

- Deve estimular a explicação da patologia do residente, frente a seus pares;
- Deve ver os residentes como um espelho da consequência social de seus atos;
- Deve abranger um clima de tensão afetiva;
- Deve ver o residente como o principal ator de seu tratamento. A equipe oferece apenas apoio e ajuda.

PERSPECTIVA DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

Da perspectiva da CT, o abuso de substâncias é um transtorno que afeta a vida da pessoa como um todo e também das pessoas que estão ao seu redor. Estão tipicamente envolvidos problemas do funcionamento geral da pessoa, que implicam alterações de comportamentos, bem como perturbações do humor, como manifestações de irritabilidade, agressividade, entre outras. O pensamento pode mostrar-se irrealista ou desorganizado; há confusão ou inexistência de valores, podendo ocorrer demonstração de descaso com os sentimentos de outros . Além disso, a pessoa pode não assumir a responsabilidade por situações desencadeadas por seus comportamentos relacionados à obtenção e consumo de álcool e outras drogas. São frequentes as dificuldades na comunicação de sentimentos e pensamentos, podendo, até mesmo, comprometer a capacidade de ler, escrever e até de realizar tarefas do dia a dia. É evidente a "falência" espiritual, descrita em termos psicológicos ou existenciais.

Costuma-se perguntar a pessoas recém-admitidas em CTs: "***Qual o seu problema?***".
Sua resposta usual: "***Drogas, eu uso drogas***".
Recebe invariavelmente a seguinte réplica: "***Isso é o seu sintoma, não o seu problema***".

Quem busca admissão em CTs residenciais de longo prazo apresenta um quadro de transtorno que vai além do simples uso de substâncias.

De modo geral, o quadro que os indivíduos apresentam ao entrar em CTs é de risco para a saúde e associada crises sociais.

- O uso de drogas está ou esteve há pouco tempo fora de controle;
- O indivíduo revela pouca ou nenhuma capacidade de manter a abstinência sozinho;
- Há um prejuízo no funcionamento social e interpessoal;
- O uso que faz de drogas é parte de um estilo socialmente excludente ou se transformou em tal estilo.

Ainda que a gravidade, o grau ou a duração dos problemas em cada uma dessas áreas estejam sujeitos a variações, para estabilizar sua vida psicológica, social e familiar e iniciar um processo de longo prazo de mudança pessoal e de estilo de vida, todos esses indivíduos precisam da CT residencial para interromper um estilo de vida que promove a autodestruição ou leva a comportamentos derrotistas.

Importante

Os termos "família" e "comunidade" se tornam intercambiáveis nas CTs

COMUNIDADE TERAPÊUTICA COMO FAMÍLIA

Os programas de CT também se autodefinem como famílias, ou melhor, famílias substitutas, que corrigem danos históricos causados pelas famílias disfuncionais dos clientes a quem servem. Assim, a CT se empenha em manter as principais características da família saudável: estrutura para proporcionar ordem à vida cotidiana; atenção amorosa e acolhedora, por meio de segurança física e psicológica; aceitação da pessoa e estímulo a ela, com a única condição da participação honesta na luta pela mudança; e transmissão de valores por meio de uma rotina diária de atividades voltadas para a aprendizagem social.

Termos vinculados à família são muito usados entre participantes para se designar mutuamente – como é o caso de família, irmão e irmã. São atribuídas com menor frequência as referências mãe e pai (substituto/a) a membros do corpo funcional. A própria experiência de tratamento é vista em termos maturacionais. Por exemplo, ex-residentes de CTs costumam referir-se a seus programas como o lugar em que "cresceram", não como aquele em que se recuperaram da dependência de substâncias lícitas e ilícitas.

COMUNIDADE TERAPÊUTICA COMO MICROSSOCIEDADE

Com a total proibição do uso de substâncias e do comportamento antissocial, a CT contém grande parte dos elementos da macrossociedade mais ampla – uma rotina diária de trabalho e educação, relações sociais e, de modo particular, uma estrutura ocupacional.

A progressão individual pela hierarquia de funções de trabalho se assemelha bastante à passagem ascendente pelos degraus ocupacionais do "mundo real". Mas há uma diferença fundamental: a CT promove a aprendizagem por tentativa e erro, proporcionando um ambiente no qual se pode errar com segurança.

Isso contrasta com o mundo exterior, que envolve um maior risco de perdas, humilhações e punições decorrentes de fracasso na realização de tarefas. Assim, a CT é considerada uma microssociedade que prepara o indivíduo para uma nova vida na macrossociedade do mundo real.

PAPEL DA EQUIPE NA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

O programa terapêutico-educativo, a ser desenvolvido no período de tratamento da CT, tem como objetivo ajudar o dependente a se tornar uma pessoa livre pela mudança de seu estilo de vida. A proposta da CT deve considerar que o dependente pode se desenvolver nas diversas dimensões de um ser humano integral por meio de uma comunicação livre entre a equipe e os residentes, em uma organização solidária, democrática e igualitária.

A equipe deve oferecer ajuda eficaz para quem tem necessidade de liberar as próprias energias vitais, para poder tornar-se um **SER HUMANO** em seu sentido pleno, adulto e independente, capaz de realizar um projeto de vida construtivo, de aprender a estar bem consigo mesmo e com os outros, sem o uso de substâncias psicoativas.

Podemos utilizar a definição de CT de Maxwell Jones para o termo **comunidade**:

> *"...grupo de pessoas que se unem com um objetivo comum; na maioria das vezes, surge em um momento de crise em que o indivíduo apresenta uma desestruturação na sua vida em todas as áreas: física, mental, espiritual, social, familiar e profissional."*

É nesse momento que as pessoas diminuem as defesas, as resistências e demonstram maior disponibilidade e abertura a mudanças, porque não têm nada a perder. O objetivo da CT é o crescimento das pessoas por um processo individual e social; e o papel da equipe é ajudá-las a desenvolver seu potencial.

Para que a equipe seja eficaz, é muito importante acreditar, independentemente de qualquer comportamento que o residente tenha tido, que se pode mudar. Se não houver essa credibilidade por parte da equipe, porque alguns residentes estão mais comprometidos e com maiores dificuldades para mudar, existe o risco de abandono desses residentes. Ou seja, se a equipe acreditar que todos podem mudar, dedicará a atenção de que cada um precisa para que a mudança de fato ocorra.

Outro aspecto importante a ser ressaltado a respeito da equipe é a **interdisciplinaridade.** Esse conceito interliga todos os setores e as responsabilidades tornam-se transferíveis. Por exemplo: o psicólogo pode assumir a responsabilidade da enfermeira, em uma situação de primeiros socorros, assim como orientar o residente responsável pelo setor de limpeza sobre como deve ser feita a faxina geral da CT.

Nenhum elemento da equipe fica restrito, limitado ao seu cargo, pois em termos de funções existe um leque de responsabilidades. É evidente que essa interdisciplinaridade deve estar clara para todos da equipe para que não aconteçam melindres ou atropelamentos nas funções específicas de cada cargo, como o atendimento psicológico, que é de responsabilidade exclusiva do psicólogo.

Os residentes são apoiados e atendidos pela equipe interdisciplinar. Existe uma divisão de trabalho e um investimento real na CT, sendo que, algumas vezes, esse investimento visa à própria sobrevivência da CT. O enfoque deve ser sobre o processo e, se for correto, há grandes chances de obter um resultado positivo como consequência.

Importante

Antes de serem os profissionais da CT, eles são participantes e devem conhecer e respeitar as regras para que as relações aconteçam em um ambiente familiar, lembrando que em uma família as pessoas se relacionam como pessoas, e não na qualidade de cargos ou de profissões.

Importante

As fronteiras da CT devem ser protegidas, mas as informações devem entrar e sair.

O programa, para ser eficaz, deve ser aberto tanto internamente entre os membros que fazem parte do ambiente social, quanto externamente com os devidos cuidados e respeito às regras fundamentais.

É claro que, como diz **Harold Bridges**, uma organização aberta é:

> *"... mais exposta às transformações e, justamente por isso, mais vulnerável. O processo é positivo, mas apresenta riscos, pois existem pessoas que querem alcançar resultados sem ter experiência para tal".*

Na CT é preciso considerar tudo o que possibilita a criação de um ambiente terapêutico e educativo, já que ela é um grupo de autoajuda permanente, em que os componentes interagem a todo o momento.

É necessário considerar:

- Número de residentes
- Suas experiências
- Idade
- Classe socioeconômica e cultural
- Organização e regras
- Valores
- Divisão do trabalho e respectivas funções
- Administração da autoridade
- Instrumentos terapêuticos
- Estímulos educativos
- Número e qualificação da equipe interdisciplinar

"CT SAUDÁVEL" E "CT DOENTE"

Conheça a seguir alguns exemplos de "Comunidades Terapêuticas saudáveis" e "Comunidades Terapêuticas doentes".

"CT saudável"

- Propõe uma experiência educativa - a equipe considera o indivíduo que praticou o ato e procura, pela experiência, fazer com que ele reflita sobre seu comportamento. Exemplo: um residente que se atrasa para acordar deverá, por uma semana, ser o "despertador" de toda a CT
- Sempre que possível, as experiências educativas devem ser individualizadas
- A equipe, quando comete erros ou injustiças, pratica os 12 passos de Alcoólicos Anônimos e oferece exemplo de humildade concreta aos residentes. Na prática, essa postura faz com que o residente respeite ainda mais o trabalho da equipe
- Postura da equipe com autoridade e não autoritarismo
- Uma residente que não sabia nem fritar um ovo, ao ser escalada para laborterapia e receber o apoio da equipe para uma aprendizagem social, não só aprendeu a fazer muito bem o seu trabalho na cozinha, como deixou para outras pessoas como ela um livro especial de receitas: com todas as dicas que não são encontradas nos livros
- Quando algum familiar insiste, por gratidão, em dar um presente, é orientado a presentear a CT e não alguém em especial
- A equipe trata os residentes de maneira igualitária, sem distinção de raça, credo religioso, condição social, econômica e cultural
- A equipe fala a mesma linguagem e demonstra postura em harmonia com os princípios da CT. Princípios acima das personalidades
- A equipe tem uma carga horária compatível (40 h), assim como folgas

"CT doente"

- Diante de um comportamento inadequado, o residente fica o dia todo na enxada. Muitas vezes, há residentes que se escondem no trabalho, e deixá-lo o dia todo na enxada só reforça esse mecanismo
- A equipe, "por preguiça", não observa quem está com comportamento inadequado, aplicando a experiência educativa a todos. Exemplo: Perda de atividades de lazer e até de direitos básicos, como a "carne" da refeição
- Cobrar valor extra para trabalhar a sexualidade dos residentes. Como? Levando-os a casas de prostituição
- Residente não tem direito a questionamentos, pois a palavra-chave é aceitação. Algumas equipes produzem situações para testar a aceitação do residente. Esquecem que "Animal a gente adestra, ser humano a gente educa" (Paulo Freire). Consideram que a equipe jamais comete erros
- Posturas autoritárias da equipe, por medo de perder o controle
- Exploração de uma determinada habilidade do residente pela equipe, prejudicando o tratamento como um todo
- O residente é utilizado para trabalhos particulares para a equipe (infração ao Código de Ética da Federação Brasileira de CTs)
- A equipe faz distinção entre os residentes, principalmente na questão econômica. Se a família do residente paga um valor alto, ele terá direitos especiais (outra infração)
- A equipe recebe presentes dos residentes e de familiares e, muitas vezes, privilegia esses residentes (outra infração ao Código de Ética)
- A equipe tem pessoas inseguras que, para demonstrar poder, desautorizam orientações dadas por outros, deixando os residentes confusos
- A equipe trabalha 21 dias e folga sete. Isso prejudica a saúde mental da equipe e a relação com os residentes

Considerações Finais

As Comunidades Terapêuticas oferecem um tipo de tratamento para pessoas com dependência química grave que não tiveram sucesso com outros tipos de tratamento.

As Comunidades Terapêuticas contemporâneas usam da espiritualidade e também dos 12 Passos, além de profissionais com experiência na área.

Não omita e não seja cúmplice de trabalhos realizados inadequadamente. Procure ter muita habilidade para propor mudanças e acredite que elas são possíveis. Vamos finalizar com a história do beija-flor:

> "Uma floresta estava em chamas e todos os animais correndo do fogo, quando um beija-flor foi visto jogando uma gotinha de água no incêndio. O elefante, vendo aquilo, ficou perplexo e disse:
> — Beija flor, por que você, que pode voar, não vai para bem longe deste fogo, ao invés de tentar apagá-lo com essas gotinhas insignificantes?
> O beija-flor respondeu:
> — Se todos os animais, ao invés de correrem, começassem a me ajudar, principalmente você, elefante, com essa tromba, talvez pudéssemos salvar a floresta, salvar a nossa casa".

Isso pode nos lembrar de que as Comunidades Terapêuticas precisam de muitos beija-flores que fiscalizem o trabalho das próprias Comunidades Terapêuticas, assim como dos serviços que se propõem a tratar pessoas com dependência de drogas, para que propostas de trabalho sérias sejam valorizadas e que iniciativas inadequadas sejam coibidas.

BIBLIOGRAFIA

Cueva RN. NANA Comunidad terapéutica peruana. Lima: Cedro; 1997.

FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. Drogas e Álcool - Prevenção e Tratamento. Ed. Komedi; 2001

I Encontro latino-americano de Comunidades Terapêuticas. Brasília; 1996. Disponível em: <http://www.febract.org.br/historico.htm>.

FEBRACT - Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. Drogas: prevenção. Manual da FEBRACT. Campinas: FEBRACT; 1998.

Goti E. La comunidade terapêutica: un desafío a la droga. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 2000.

Kalina E, Kovadloff S. Drogadição. 11ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1988

Knap P, Bertolote JM. Prevenção da recaída. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.

Leon GA. A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método. São Paulo: Edições Loyola; 2003.

Linn M. Cura da dor mais profunda. Campinas: Versus; 2000.

Federação de Comunidades Terapêuticas. Manual do curso de formação de operadores de Comunidades Terapêuticas italianas (s/d).

WFTC – World Federation of Therapeutic Communities. Manual do curso de formação de operadores de Comunidades Terapêuticas do Daytop Village (s/d).

Marlatt GA & Gordon J.R. Prevenção da recaída. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Martínez E. Logoterapia: una alternativa ante la frustración existencial y las adicciones. Colômbia: Ediciones Colectivo Aqui y Ahora; 1999.

Miller WR & Rollnick S. Entrevista motivacional. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.

Osório LC. Grupoterapia hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.

Rahm H. Doze passos para os cristãos. São Paulo: Edições Loyola; 2002.

ATIVIDADES

1. **Quanto às características importantes para o bom funcionamento das Comunidades Terapêuticas contemporâneas, assinale a afirmação INCORRETA:**

   ( ) a. Contribuir para o crescimento das pessoas por um processo individual e social.

   ( ) b. Utilizar dos exemplos dos pares para a noção de consequências sociais dos próprios atos.

   ( ) c. O tratamento residencial não apresenta nenhuma divisão de trabalho e as tarefas são realizadas ao acaso, por qualquer pessoa.

   ( ) d. O papel da equipe interdisciplinar é ajudar os residentes a desenvolver o seu potencial.

2. **Quanto ao papel das equipes da CT, assinale a alternativa INCORRETA:**

   ( ) a. Decidem o que é melhor para todos os residentes.

   ( ) b. Oferecem ajuda na construção de um plano de vida.

   ( ) c. Ajudam o dependente a mudar seu estilo de vida.

   ( ) d. Ajudam e apoiam na construção de valores e habilidades sociais.

3. **Em relação às características da CT Doente, podemos afirmar que:**

   I. A postura da equipe deve ser com autoridade e não autoritarismo.

   II. A equipe recebe presentes dos residentes e de familiares e, muitas vezes, privilegia esses residentes.

   III. Um residente tem uma determinada habilidade e a equipe explora isso.

   IV. A equipe fala a mesma linguagem e demonstra postura em harmonia com os princípios da CT.

   ( ) a. Todas as alternativas são corretas;

   ( ) b. Todas as alternativas são incorretas.

   ( ) c. As alternativas I e II são corretas.

   ( ) d. As alternativas II e III são corretas.

4. Com relação à abordagem das Comunidades Terapêuticas e ao perfil dos seus residentes, marque a alternativa CORRETA:

( ) a. O usuário deve ir de forma voluntária para tratamento nas CTs.

( ) b. A equipe preparada e empática é o principal fator do sucesso do tratamento do usuário.

( ) c. Destinam-se a qualquer tipo de dependente, não sendo necessária triagem dos residentes.

( ) d. Não é necessário que um único profissional responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, uma vez que a equipe tem um trabalho interdisciplinar.

Reflita a respeito...

- Indique como poderia ser o serviço de uma Comunidade Terapêutica, considerando as necessidades dos residentes como seres sociais e psicológicos, a complexidade do transtorno, o funcionamento e a forma do tratamento abordados pelas CTs.

Aula 11

Aula 11

A importância das Redes Sociais na recuperação e reinserção social de usuários e dependentes de álcool e outras drogas

OS OBJETIVOS DESTA AULA SÃO:

- conhecer os objetivos das Redes Sociais
- conhecer o funcionamento das Redes Sociais
- saber como utilizar as Redes Sociais na prevenção do uso de drogas e a importância da participação coletiva

TÓPICOS

- Rede Social
- Objetivos das Redes Sociais
- Características a serem identificadas e desenvolvidas no trabalho em rede
- Participação comunitária e a construção de Redes Sociais
- As Redes Sociais e a prevenção do uso de drogas
- Desafios no trabalho preventivo nas comunidades de baixa renda
- Importância da participação de todos
- Bibliografia
- Atividades

REDE SOCIAL

O conceito de **Rede Social**, como um conjunto de **relações que vinculam indivíduos a outros indivíduos**, vem se ampliando dia a dia, à medida que se percebe o poder da cooperação como uma atitude que enfatiza pontos comuns em um grupo, gerando solidariedade e parceria.

O homem começa a estabelecer sua rede de relações desde o momento em que nasce. A convivência com a família fornece os primeiros aprendizados e a aquisição dos hábitos da cultura – a socialização, que depois se estende para outros pontos da Rede Social. É pela convivência com pessoas e grupos que se moldarão muitas características pessoais e valores determinantes para sua **identidade socia**l.

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

Surge, assim, o reconhecimento da influência dos grupos como elemento decisivo para a manutenção do sentimento de valorização pessoal e de pertencimento a uma comunidade. Todo indivíduo precisa de aceitação, e é nos relacionamentos, na amizade e na vida em grupo que ele irá expressar e suprir essa necessidade. Os vínculos estabelecidos entre as pessoas são definidos por afinidades e interesses comuns. O grupo, então, passa a influenciar o comportamento, funcionando como um ponto em uma rede de referência, que é composta também por outros grupos, pessoas ou instituições, cada qual com uma função específica na vida da pessoa.

É o equilíbrio dessas interações que vai determinar a qualidade das relações sociais e afetivas do indivíduo com os pontos de sua rede, que são: a **família**, a **escola**, os **amigos**, os **colegas de trabalho**, a **inserção comunitária**, entre outros.

OBJETIVOS DAS REDES SOCIAIS

- Favorecer o estabelecimento de vínculos positivos por meio da interação entre os indivíduos;
- Gerar oportunidades de um espaço para reflexão, troca de experiências e busca de soluções para problemas comuns;
- Estimular o exercício da solidariedade e da cidadania;
- Mobilizar pessoas, grupos e instituições para a utilização de recursos existentes na própria comunidade;
- Estabelecer parcerias entre setores governamentais e não governamentais, para colocar em prática os programas de orientação e prevenção, relacionados a problemas específicos apresentados pelo grupo.

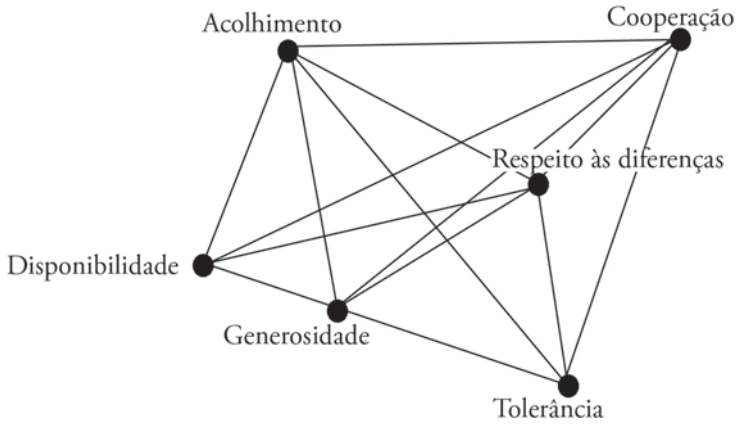
Pensar em rede traz a possibilidade de desenvolver capacidades e potencialidades, seja de pessoas, instituições ou comunidades. A rede promove um aumento da integração, modificando as condições de vida, não apenas em relação à satisfação das necessidades básicas, mas melhorando o relacionamento entre todos e suas responsabilidades para com o grupo.

Uma Rede Social se estabelece e se consolida à medida que se associam os princípios da responsabilidade pela busca de soluções com os princípios da solidariedade.
É preciso que cada indivíduo busque, dentro de si, o verdadeiro sentido da gratificação pessoal através da participação, potencializando ações para o fortalecimento das redes sociais.

CARACTERÍSTICAS A SEREM IDENTIFICADAS E DESENVOLVIDAS NO TRABALHO EM REDE

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

A figura abaixo ilustra um exemplo da articulação das características de rede:



Importante

A rede é, ao mesmo tempo, uma proposta de ação e um modo espontâneo de organização, através do qual se torna possível criar novas formas de convivência entre as pessoas.

PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA E A CONSTRUÇÃO DE REDES SOCIAIS

A força da participação em um projeto social ou em uma comunidade vai além do suprimento de carências econômicas, pois a vivência comunitária é um dos veículos para a ampliação da visão de mundo das pessoas e geração de conhecimentos.

Na ação comunitária, o importante é a **cooperação**, cuja força se dá no estabelecimento de uma **corrente solidária** em que cada pessoa é importante tanto quanto à sua necessidade como em relação à sua disponibilidade para ajudar, participando ativamente da formação da rede.

A ação comunitária constitui também um exercício para a cidadania e transformação social, a partir dos valores que fazem parte da realidade do grupo. Por exemplo, pessoas que pertencem a uma comunidade religiosa podem se sentir mais fortalecidas por compartilharem valores e crenças. Assim, a instituição fortalece no indivíduo o sentimento de **pertencer** e se torna para ele um espaço de acolhimento espiritual e suporte afetivo.

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

- A **participação**, que gera mudanças na maneira de as pessoas se posicionarem diante do problema. Esse trabalho adquire, assim, mais força, porque se fundamenta na contribuição e no compromisso de todos.
- As **parcerias múltiplas**, que permitem a identificação dos recursos presentes na comunidade, sejam eles materiais, culturais ou espirituais, evitando que a intervenção seja restrita à ação de especialistas. O trabalho exige a utilização de recursos existentes na comunidade, que muitas vezes são desconhecidos.

AS REDES SOCIAIS E A PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS

O uso de drogas é um importante problema de saúde pública, com enorme repercussão social e econômica para nossa sociedade. Apesar dos esforços do poder público e da sociedade civil na busca de alternativas, o aumento do consumo e o fato de as pessoas experimentarem vários tipos de drogas cada vez mais cedo deixam um alerta em uma direção comum:

É preciso prevenir!
Prevenir no sentido de educar o indivíduo para assumir atitudes responsáveis frente às situações de risco que possam ameaçar a opção pela vida.

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

A articulação de diferentes pontos da Rede Social pode melhorar os espaços de convivência positiva entre as pessoas, favorecendo a troca de experiências para a identificação de situações de risco pessoal e possíveis fragilidades sociais que possam levar ao uso de drogas.

É importante observar que, segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS, são fatores de risco ao uso de drogas:

- Ausência de informações adequadas sobre as drogas;
- Insatisfação com a qualidade de vida;
- Pouca integração com a família e a sociedade;
- Facilidade de acesso às drogas.

Há um caráter transformador nessa nova forma de pensar e prevenir o uso de drogas a partir do trabalho comunitário e de construção de Redes Sociais, tendo em vista que este deixa de focalizar exclusivamente os profissionais e inclui a participação de toda a comunidade.

É impossível a proteção de todos os riscos, mas é preciso criar condições para enfrentá-los. Por exemplo, ao fornecer valores e referenciais sólidos aos indivíduos, as instituições religiosas ajudam as pessoas a fazerem escolhas saudáveis para suas vidas.

No trabalho de prevenção, um **líder religioso** exerce um importante papel ao estabelecer um vínculo de confiança e escutar as pessoas da comunidade. Dessa forma, ajuda a reforçar as Redes Sociais e auxilia o grupo também na prevenção do uso de drogas e na construção de novos fatores de proteção.

Lembrete

e-se de que a prevenção ao uso de drogas:

olve a todos os membros le uma comunidade

deve ser monopólio dos especialistas

• Resulta de ações npartilhadas por toda a sociedade

Para a prevenção, é preciso mobilizar todos os grupos de uma determinada comunidade. Por exemplo, pode-se falar de saúde comunitária quando as pessoas pertencem a um mesmo grupo, refletem em conjunto sobre os seus problemas de saúde, expressam suas necessidades prioritárias (pessoais, familiares, sociais e espirituais) e participam ativamente na construção e avaliação de ações para suprir suas carências e problemas.

O trabalho comunitário e de construção de Redes Sociais confere à prevenção do uso de drogas um caráter transformador, tendo em vista que dá ênfase ao encontro dos saberes e das crenças da comunidade na construção do saber coletivo. O movimento permanente de integração entre os diferentes indivíduos abre caminho para a transformação da realidade local.

Um novo olhar sobre o uso de drogas

O modelo tradicional, baseado na repressão que estigmatiza o usuário e promove o amedrontamento das pessoas, vêm sendo superado. Sabemos que, quando o medo toma conta, a Rede Social fica fragilizada, perde-se a solidariedade, a vontade de aprender, a curiosidade e a criatividade, restando apenas:

- O isolamento
- A violência
- O esquecimento da própria história
- A indiferença
- A desconfiança

Esses fatores debilitam a Rede Social e impedem que os usuários identifiquem as pessoas e os serviços que lhe oferecem suporte e ajuda para a solução dos problemas.

DESAFIOS NO TRABALHO PREVENTIVO NAS COMUNIDADES DE BAIXA RENDA

É possível que alguns moradores de comunidades de baixa renda encontrem no tráfico de drogas e no crime organizado uma referência de poder, autoridade, controle e até mesmo de proteção como um suporte para as dificuldades vividas em comunidades excluídas.

Nesse caso, algumas questões precisam ser discutidas antes de qualquer intervenção:

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

Essas questões devem ser debatidas pelos grupos envolvidos em ações de prevenção ao uso de drogas, inclusive igrejas e grupos religiosos, e avaliadas de acordo com a realidade de cada comunidade, para estabelecer uma proposta de participação conjunta.

O trabalho comunitário desenvolvido a partir de diferentes atividades planejadas pela própria comunidade pode melhorar a qualidade de vida das pessoas e agir sobre as carências que levam as pessoas a buscar a melhora através do consumo de drogas.

Nesse contexto, além de aspectos como a curiosidade, a busca de prazer, baixa autoestima, baixo rendimento escolar ou no trabalho, diversos

fracassos nas tentativas de melhoria social, conflitos nas relações familiares, falta de apoio e de compreensão, o consumo de drogas representa também uma busca de alívio imediato para diversas privações sociais, afetivas e dificuldades envolvendo precárias condições de vida, resultando em sofrimento.

As diversas carências vividas agravam as angústias naturais em relação às tarefas sociais e às responsabilidades como membros de uma comunidade. Nesse sentido, a droga pode ser eleita como uma verdadeira estratégia de sobrevivência, pois permite que a pessoa fique indiferente a uma realidade deprimente, dando-lhe algum prazer, mesmo que momentâneo.

Muitas vezes, nessas comunidades, uma forma encontrada para sair do envolvimento com as drogas é a aproximação com alguma instituição de caráter religioso. A espiritualidade e a crença numa força maior podem permitir a mudança de hábitos e modos de vida. Essa ideia de transformação através da fé é encontrada na maioria das crenças religiosas e, por isso, essas instituições funcionam como grandes e importantes ferramentas no auxílio a usuários e dependentes de drogas.

Importante

Enquanto houver vida, há esperança de mudança, e é preciso sempre recriar os laços de solidariedade e fraternidade.

O envolvimento com uma crença, uma fé ou uma religião podem trazer novamente a dimensão da ***esperança***. Os problemas enfrentados passam a ser vistos como oportunidades para um novo começo, pois a **mudança** faz parte da vida de qualquer ser humano. É preciso confiar no potencial positivo de mudança, principalmente quando este é ancorado nas relações comunitárias e nas redes sociais.

IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DE TODOS

As ações preventivas no trabalho comunitário assumem uma natureza abrangente e, por essa razão, os líderes religiosos e espirituais precisam estar preparados e integrados junto às redes profissionais para realizar um trabalho solidário, cooperativo e de ajuda efetiva. É importante que se incentive a troca de experiências, para que visões diferentes do problema se complementem e promovam a solidariedade diante das dificuldades. Ao mesmo tempo em que a prevenção ao uso abusivo de drogas exige conhecimentos, o trabalho comunitário de construção das Redes Sociais mostra que, quanto maior a participação de todos, mais consistentes e satisfatórias serão as ações.

As parcerias construídas devem ser complementares e as instituições e os profissionais se constituem não apenas como parceiros, mas em pessoas comprometidas com os movimentos da rede em construção.

Cada pessoa tem um papel a desempenhar e uma competência a oferecer para o objetivo comum de fortalecer a Rede Social.

A união de esforços dá início a um processo de construção de um novo saber, o **"saber comunitário"**. No saber comunitário, o saber espiritual e o popular juntam-se ao saber acadêmico e ao saber político para construir o conhecimento de todos.

A diversidade de experiências e visões sobre o problema, graças à participação dos diferentes profissionais, líderes religiosos ou das pessoas interessadas em querer solucioná-lo, enriquece a comunidade, pois todos têm alguma contribuição a dar, independentemente do papel social desempenhado. Religiosos, pais, filhos, amigos, empresários, educadores, enfim, todos podem e devem ser envolvidos no trabalho de prevenção.

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

Nas comunidades nas quais os habitantes estão próximos uns dos outros e costumam unir-se na busca de soluções coletivas há uma maior proteção à entrada das drogas. O potencial dos vínculos afetivos e das relações de solidariedade é ainda uma das melhores formas de lidar com o aumento da violência, do tráfico e do consumo de drogas. Por isso mesmo é preciso investir mais nas pessoas, no potencial de cada comunidade para construir novas vias de solução para os conflitos.

Pertencer a uma Rede Social promove o resgate de valores da convivência positiva entre jovens e adultos, diálogo entre pais e filhos, respeito ao outro e, sobretudo, cuidado consigo próprio, com o corpo e com as emoções.

É preciso que as ações preventivas sejam inseridas no contexto de vida das pessoas, em seu dia a dia, através de programas preventivos dirigidos não apenas a indivíduos isolados, mas aos sistemas sociais, humanos e religiosos dos quais também fazem parte.

O trabalho comunitário em Redes Sociais incentiva o desenvolvimento do potencial humano da família, da comunidade e dos profissionais envolvidos nos projetos de prevenção.

Destaques desta aula

- Os grupos são elementos decisivos para a manutenção do sentimento de pertinência e valorização pessoal, influenciando comportamentos e atitudes e funcionando como ponto em uma rede de referência;
- Os pontos de uma Rede Social de referência são: a família, a escola, os amigos e os colegas de trabalho, a comunidade de inserção, entre outros;
- A articulação de diferentes pontos da Rede Social pode otimizar espaços de convivência positiva que reforçam a troca de experiências na identificação de situações de risco pessoal e possíveis vulnerabilidades sociais;
- Ao articular redes de prevenção, é importante considerar alguns fatores de risco e proteção ao uso de drogas nos diferentes domínios da vida;
- Na ação comunitária, a ideia principal é a cooperação, cuja força se dá no estabelecimento de uma corrente solidária, na qual cada pessoa é importante na sua necessidade de ajuda ou na disponibilidade para ajudar.

BIBLIOGRAFIA

Aratangy LR. Desafios da convivência: pais e filhos. São Paulo: Gente; 1998.

Barnes JA. Redes sociais e processo político: antropologia das sociedades contemporâneas. São Paulo: Global; 1987. p. 159-94.

Cinnanti CJJ. Prevenção do uso de drogas por adolescentes no contexto sociofamiliar de baixa renda: contribuições teórico-metodológicas na perspectiva da complexidade [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 1997.

Costa LF. Reuniões multifamiliares: uma proposta de intervenção em psicologia na comunidade [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.

Dabas E. A intervenção em rede: Novas perspectivas, IV (6). Rio de Janeiro: Instituto de Terapia Familiar do Rio de Janeiro; 1995.

Dabas E, Najmanovich D. Redes: El lenguaje de los vínculos – hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Buenos Aires: Paidos; 1995.

Deslandes SF, Mendonça EA. Estudo qualitativo: as redes sociais e as representações de risco entre usuários de drogas injetáveis. In: Série Avaliação – Projeto Ajude Brasil. [acesso em:]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/51projeto_ajudeBrasil.pdf>.

Duarte PCAV. Redes sociais. In: SENAD/SESI/UFSC. Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho. Conhecer para ajudar. Curso à distância. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas/ Serviço Social da Indústria e Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.

Duarte PCAV. Reinserção social. In: SENAD/USP. Tratamento das dependências químicas: aspectos básicos. Curso à distância. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas/ Universidade de São Paulo; 2002.

Faleiros VP. Estratégias em serviço social. São Paulo: Cortez; 2001.

Miranda CF, Miranda ML. Construindo a relação de ajuda. Belo Horizonte: Crescer; 1983.

OPAS. Redes locales frente à la violencia familiar. Série: Violência Intrafamiliar y salud. Documento de Análise nº 2. La asociación de solidariedad para países emergentes. Lima, jun. de 1999.

Sluzki C. Redes sociais: alternativa na prática terapêutica. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

Stanton MD, Todd TC, organizadores. Terapia familiar del abuso y adiccion a las drogas. Barcelona: Gedisa; 1985.

Sudbrack MFO. Construindo redes sociais: metodologia de prevenção da drogadição em adolescentes de famílias de baixa renda do Distrito Federal, cap. In: Macedo RM. Família e comunidade. São Paulo: Cadernos da ANPPEP; 1997.

Sudbrack MFO. Da falta do pai à busca da lei: o significado da passagem ao ato delinquente no contexto familiar e institucional. Psicol Teoria Pesquisa. 1992;8(Supl):447-57.

Sudbrack MFO, Conceição MIG, Silva MT. O adolescente e as drogas no contexto da justiça. Brasília: Plano editora; 2003.

ATIVIDADES

1. São algumas características importantes no trabalho em rede:

( ) a. Acolhimento e Cooperação.

( ) b. Intolerância e Generosidade.

( ) c. Julgamentos e Aconselhamento.

( ) d. Cooperação e Julgamento.

2. Assinale a alternativa INCORRETA - No trabalho de prevenção do uso de drogas, um líder religioso exerce um importante papel quando:

( ) a. Estabelece vínculo de confiança e escuta.

( ) b. Ajuda a reforçar as redes sociais e auxilia o grupo.

( ) c. Ajuda na construção de novos fatores de proteção.

( ) d. Quando impõe o seu modo de ver a vida como a única alternativa.

3. Considere a seguinte afirmação: "O conjunto de características individuais reconhecidas pela comunidade da qual a pessoa faz parte". Esse conceito corresponde a:

( ) a. Identidade social.

( ) b. Grupos comunitários.

( ) c. Redes de Atenção à Saúde.

( ) d. Cooperação social.

4. Na ação comunitária, a ideia principal é:

( ) a. Tratar individualmente o uso de drogas e as consequências sociais e familiares.

( ) b. A cooperação, em que cada pessoa é importante, tanto ao falar de suas necessidades quanto na disposição em ajudar aos outros.

( ) c. Desenvolver ações individuais, fortalecendo a inserção na comunidade.

( ) d. Estabelecer vínculo terapêutico, religioso e social.

Reflita a respeito...

- Você conhece algum exemplo de prevenção de drogas desenvolvido através de ações comunitárias? Quais são os principais desafios?

Aula 12

Aula 12

Como as lideranças religiosas e lideranças de movimentos afins podem intervir em situações de uso e dependência de álcool e outras drogas

OS OBJETIVOS DESTA AULA SÃO:

- compreender como a contribuição dos diferentes segmentos sociais pode ampliar e fortalecer as ações voltadas à prevenção, ao tratamento ou à reinserção social de usuários de álcool e outras drogas e de seus familiares
- traçar um paralelo entre a atuação das lideranças religiosas e dos movimentos afins com as técnicas de Intervenção Breve

TÓPICOS

- Introdução
- Responsabilidade Compartilhada
- Intervenção Breve
- Bibliografia
- Atividades

INTRODUÇÃO

Prevenir e dar a devida atenção ao uso de álcool e outras drogas. De quem é essa responsabilidade? A quem cabe esse papel?

Muitas são as respostas possíveis e, de imediato, pode se pensar em:

- Educadores
- Profissionais de saúde
- Pais

De fato, em suas comunidades, muitas pessoas e organizações vêm dando atenção a esse assunto, assim como aos problemas associados.

Isso pode ser muito bom dentro de uma perspectiva de **saúde**, **educação** e **inclusão social.** Mas também pode ser "perigoso", se a "ajuda" for baseada somente na "boa vontade".

Para ajudar não basta querer, é necessário ter um mínimo de conhecimento técnico-científico sobre o assunto, aliado a uma boa dose de solidariedade.

A ajuda baseada somente na boa vontade pode, por falta de conhecimento, cair na armadilha de uma atuação preconceituosa e fundamentada em julgamentos morais.

RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA

Já diz o ditado que "a união faz a força". E quando o assunto é o uso de drogas, esse ditado pode ser traduzido pelo princípio da *responsabilidade compartilhada*, que orienta a Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Dessa forma, as ações voltadas à prevenção, ao tratamento ou à reinserção social de usuários de álcool e outras drogas e de seus familiares podem ser ampliadas e fortalecidas, se realizadas com a contribuição dos mais diferentes segmentos sociais.

As lideranças religiosas, assim como as lideranças dos movimentos afins, são, muitas vezes, uma das primeiras e mais acessíveis fontes de apoio e acolhimento dos problemas vivenciados pelas comunidades no que diz respeito ao uso de álcool e outras drogas.

Diante de um assunto tão delicado como esse é comum aflorar, tanto nas pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas quanto em seus familiares, sentimentos de raiva, culpa, medo, vergonha e impotência. São esses sentimentos que, muitas vezes, impedem ou retardam o pedido de ajuda e se contrapõem ao reconhecimento do problema e ao desejo sincero de encontrar alternativas para melhor lidar com a situação.

Certamente, os líderes religiosos ou dos movimentos afins já vivenciaram situações de serem procurados por uma esposa que está sofrendo pela forma com que o marido vem usando bebidas alcoólicas; um pai, mãe ou responsável preocupado pela suspeita de que um membro de sua família possa estar usando algum tipo de droga; ou um membro da comunidade, assustado com o comportamento estranho de um amigo. Muitas são as situações desencadeadoras de sofrimentos individuais e coletivos que envolvem esse tema.

Como lidar com essas situações, se elas aparentemente fogem ao caráter espiritual?
O que fazer?
Como ajudar?
Onde buscar mais ajuda?
Qual o melhor caminho?

De fato, os questionamentos são muitos. Porém, o mais importante é o reconhecimento por parte das lideranças de que, embora não precisem se tornar especialistas, é necessário o domínio dos conceitos básicos sobre drogas, a sua ação no organismo humano, algumas técnicas de abordagem e modalidades de tratamento e de encaminhamento. Com a experiência do próprio trabalho e o acesso a materiais de leitura, esses conceitos são passíveis de serem aprendidos, como mostra um estudo brasileiro de 2008 acerca das intervenções religiosas na recuperação de dependentes químicos. Os entrevistados (ex-usuários de substâncias e abstinentes havia pelo menos seis meses) relataram que além da fé, o suporte, a pressão positiva e o acolhimento recebido no grupo, bem como a oferta de reestruturação da vida com o apoio incondicional dos líderes religiosos, os ajudaram a manter a abstinência (Sanchez & Nappo, 2008). Assim, destacam-se alguns desafios presentes na prática dos líderes religiosos e de movimentos afins.

Alguns dos desafios enfrentados pelos líderes religiosos e de movimentos afins:

- Compreender a razão pela qual as pessoas que já têm problemas continuam a fazer uso do álcool e de outras drogas;
- Identificar a diferença entre um usuário de bebidas alcoólicas, que bebe eventualmente sem causar problemas a si ou a outros, daquele usuário que costuma usar a bebida para lidar com seus problemas, e que pode causar problemas ou sofrer danos relacionados ao seu consumo;
- Ajudar as pessoas a identificar os motivos que as levam a usar drogas.

A existência de diferentes padrões de consumo de álcool e outras drogas requer o cuidado por parte das lideranças para que as pessoas sejam abordadas de acordo com a sua condição. Saber distinguir **uso**, **abuso** e **dependência** facilita a identificação precoce dos problemas e a escolha da melhor forma de encaminhamento da situação. Como já demonstrado acima, existem estudos que apontam que a religiosidade e a espiritualidade vêm sendo claramente identificadas como fatores protetores ao consumo de drogas em diversos níveis. Dentre eles, outro estudo de Sanchez e Nappo (2007) demonstra que pessoas que praticam e valorizam alguma crença religiosa apresentam menores índices de consumo de drogas lícitas e ilícitas, e acrescenta ainda que os dependentes de drogas apresentam uma melhor recuperação quando seu tratamento é realizado também com uma abordagem espiritual, de qualquer origem, quando comparados a dependentes que são tratados exclusivamente por meio médico. Deve-se estar atento, no entanto, a se essa abordagem espiritual ou religiosa acontece de forma natural, sem ser uma obrigação e de acordo com a vontade e com as crenças do usuário de drogas.

INTERVENÇÃO BREVE

Como abordado em aulas anteriores, os líderes podem se utilizar das técnicas de **Intervenção Breve**, estratégia que tem por objetivo identificar a existência do problema e motivar o indivíduo para a mudança de comportamento, sugerindo alternativas.

Estas intervenções precoces, que podem ser realizadas na comunidade, são de grande importância, pois permitem que as pessoas recebam orientação na fase inicial dos seus problemas, momento em que, dificilmente, iriam procurar ajuda em serviços de saúde, devido ao mecanismo de negação e aos preconceitos e estigmas que existem em relação aos usuários de álcool e outras drogas. A relação de confiança, de identificação espiritual e a garantia de sigilo das informações trocadas entre as lideranças e as pessoas que buscam ajudam facilitam esse tipo de contato.

Se refletirmos sobre a atuação das lideranças religiosas e dos movimentos afins, podemos traçar um paralelo com as técnicas de Intervenção Breve. Os próprios líderes irão perceber muitos pontos em comum com suas práticas de pregação e orientação. Por exemplo:

1. Ao identificar que a pessoa atendida apresenta algum problema decorrente da forma como vem usando determinado tipo de droga e abordar o assunto, o líder estará fazendo algo equivalente ao ***primeiro passo*** da Intervenção Breve: a devolutiva do resultado de um teste de triagem. É muito importante lembrar que essa devolutiva tem o objetivo de mostrar ao usuário como está seu uso e as consequências que podem surgir com esse padrão de uso, mas deve ser feita de forma amistosa e encorajadora, jamais ameaçando ou julgando o usuário;
2. Ao discutir com a pessoa a necessidade de assumir a responsabilidade pelos seus atos, estará colocando em prática o ***segundo passo*** da Intervenção Breve;
3. O aconselhamento, ***terceiro passo*** da Intervenção Breve, é algo que faz parte do trabalho rotineiro dos líderes religiosos e dos movimentos afins;
4. A discussão de alternativas para a mudança do comportamento, o ***quarto passo*** da Intervenção Breve, é prática corrente no dia a dia das lideranças. Essas alternativas precisam ser definidas juntamente com o usuário, para garantir que ele será capaz de realizar as mudanças e que essas mudanças façam sentido para ele;
5. Colocar-se no lugar do outro, procurar entendê-lo – o princípio da empatia – é a aplicação do ***quinto passo*** da Intervenção Breve;

6. **O *sexto e último passo*** – o princípio da autoconfiança, vai fortalecer na pessoa a crença em sua própria capacidade de mudar.

E está realizada uma Intervenção Breve!

O trabalho das lideranças não se esgota no atendimento de quem já tem algum tipo de problema decorrente do uso do álcool ou outras drogas. Conhecer a legislação e as políticas nacionais sobre o álcool e outras drogas do Brasil pode fazer a grande diferença na hora de identificar os recursos existentes na comunidade.

Importante

Além do apoio ao usuário, é preciso intervir na situação familiar. Daí a necessidade de articulação das organizações religiosas e dos movimentos afins com as redes de saúde e de assistência social.

Durante o curso vimos que são muito importantes o estabelecimento e o fortalecimento de laços positivos e a reaproximação do usuário com sua família e com a comunidade. Ajudá-los, sem condenar ou emitir julgamento moral, aconselhando-os sobre diferentes formas de enfrentar o problema, pode representar a fonte de energia necessária para a modificação de um comportamento, de um estilo de vida e, principalmente, o restabelecimento de sua rede de relacionamentos, comprometida pelo consumo de álcool e outras drogas.

Por último, as lideranças religiosas ou de movimentos afins devem ter em mente que algumas situações vão requerer o encaminhamento do usuário a um serviço especializado. Isso não significa, porém, que a sua abordagem não tenha sido importante. Muitas vezes, é nessa abordagem que a pessoa se sente motivada a seguir adiante com o pedido de ajuda. Se esse for o caso, é importante que as lideranças religiosas tomem conhecimento dos serviços disponíveis em sua comunidade e ajudem o usuário a encontrar esse serviço especializado. Muitas vezes, por vergonha ou medo, se os usuários não têm uma ajuda na procura desses serviços, eles podem acabar desistindo, não por falta de força de vontade, mas por já estarem muito fragilizados para continuarem sozinhos.

Esperamos que o curso Fé na Prevenção tenha contribuído para aumentar seu conhecimento sobre o assunto e possibilitado momentos de reflexão sobre seu papel e o da sua comunidade na prevenção e recuperação de pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas.

Desejamos muito sucesso nas suas intervenções!

Equipe do projeto Fé na Prevenção

BIBLIOGRAFIA

Sanchez ZM, Nappo SA. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. Rev. Sd. Pública. 2008;42(2):265-72.

Sanchez ZM, Nappo SA. A religiosidade, a espiritualidade e o uso de drogas. Rev. Psiq. Clín. 34, supl 1.2007;73-81.

ATIVIDADES

1. Assinale a alternativa CORRETA:

( ) a. Os líderes religiosos conseguem resolver todos os casos relacionados ao uso de drogas, se o usuário tiver fé.

( ) b. É importante contar com outros segmentos sociais, como serviços de saúde, escola, família, dentre outros, na recuperação dos dependentes de drogas.

( ) c. O dependente de drogas conseguirá sair dessa situação se tiver "força de vontade".

( ) d. As lideranças religiosas não devem fazer a triagem do uso de drogas, pois esse é o papel dos serviços de saúde.

2. Assinale a alternativa INCORRETA:

( ) a. Ao discutir com a pessoa a necessidade de assumir a responsabilidade pelos seus atos, quem aborda o assunto estará colocando em prática o segundo passo da Intervenção Breve.

( ) b. O aconselhamento, terceiro passo da Intervenção Breve, é algo que faz parte do trabalho rotineiro dos líderes religiosos e dos movimentos afins.

( ) c. A discussão de alternativas para a mudança do comportamento, o quarto passo da Intervenção Breve, deve ser realizado somente por profissionais da área da saúde.

( ) d. Colocar-se no lugar do outro, procurar entendê-lo – o princípio da empatia – é a aplicação do quinto passo da Intervenção Breve.

3. Quanto à família do dependente de drogas, é CORRETO afirmar que:

( ) a. A família deve se distanciar de assuntos relacionados ao uso de drogas do dependente, pois assim sofre-se menos.

( ) b. A família deve tentar resolver a questão através do "controle das atividades" do dependente de drogas (locais e horários devem ser sempre investigados, bem como se usou drogas/álcool e qual a quantidade que foi usada).

( ) c. Os familiares devem esconder o problema dos vizinhos ou pessoas próximas, para manter um "bom ambiente familiar".

( ) d. A família precisa receber apoio e orientação para saber como lidar com as questões cotidianas de uso de drogas do dependente, bem como possíveis encaminhamentos de tratamentos.

4. Sobre a abordagem dos líderes religiosos, é CORRETO afirmar que:

( ) a. Eles precisam convencer os usuários de que eles são dependentes e precisam ficar abstinentes para conseguirem se livrar dos problemas.

( ) b. Eles devem considerar estratégias para capacitarem a família dos usuários a ajudá-los em sua recuperação.

( ) c. Devem estar cientes de que, mais do que o conhecimento sobre drogas, o que vale é a boa vontade e a atenção aos usuários, que na maioria das vezes estão muito carentes.

( ) d. Não é importante reconhecer o padrão de uso de drogas que a pessoa faz, porque é sempre indicado trabalhar somente a abstinência.

Reflita a respeito...

- Descreva três principais dificuldades que você enfrenta ao lidar com pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e para cada uma das dificuldades elabore duas possíveis soluções (maneiras diferentes de lidar com o problema).

132 VIVAVOZ

Orientações e informações sobre prevenção do uso de drogas

O QUE É O VIVAVOZ?

O VIVAVOZ é uma central telefônica de orientações e informaçõe sobre a prevenção do uso indevido de drogas. O telefonema é gratuit e o atendimento é sigiloso. A pessoa não precisa se identificar.

É BOM FALAR COM QUEM ENTENDE

- ✓ O atendimento é realizado por consultores capacitados e supervisionado por profissionais, mestres e doutores, da área da saúde;
- ✓ Os profissionais indicam locais para tratamento;
- ✓ Os profissionais oferecem aconselhamento por meio de Intervenção Breve para pessoas que usam drogas e seus familiares;
- ✓ Os profissionais prestam informações científicas sobre drogas.

O VIVAVOZ é resultado de uma parceria entre a Secretaria Nacion de Políticas sobre Drogas – SENAD, a Universidade Federal de Ciênci da Saúde de Porto Alegre e o Programa Crack, é Possível Vencer, d Governo Federal.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-85820-91-6
9 788585 820916

Distribuição Gratuita - Venda Proibida

UNIFESP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Secretaria Nacional de **Políticas sobre Drogas**

Ministério da **Justiça**

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

fé

amizad

família

comunidade

fé

amizade