

Unidade 4:

Prevenção ao Uso Indevido de Drogas e Álcool



Conteudista: Prof.^a Dr.^a Eliane Ganev

Revisão Textual: Prof.^a M.^a Magnólia Gonçalves Mangolini

Objetivo da Unidade:

- Se tem disposição de ampliar sua qualificação para lidar adequadamente com situações desse tipo no ambiente profissional, encontrará nesta Unidade conteúdos básicos relacionados aos aspectos sócio-culturais, às políticas públicas e à prevenção do uso, abuso e dependência de drogas (e outras formas de dependência).



👉 Contextualização



🚫 Material Teórico



📚 Material Complementar



☕ Referências



Contextualização

Videoaula

Veja, no vídeo a seguir, os assuntos abordados nesta unidade. Atente-se, pois, ao longo dele, você terá algumas questões reflexivas.



Atenção, estudante! Aqui, reforçamos o acesso ao conteúdo online para que você assista à videoaula. Será muito importante para o entendimento do conteúdo.

Acreditamos que, de algum modo, você já refletiu sobre o grave problema das dependências de drogas e de certos hábitos no mundo atual. Sua reflexão pode ter sido provocada por um caso familiar, por algum hábito que você tenha, ligado ao uso de uma substância psicoativa, ou pelo que você lê, ouve e vê diariamente na mídia e nas redes sociais.

Agora, nós o(a) convidamos a se perguntar: como este problema incide no campo de atuação profissional ligado ao curso que você está fazendo? Quais conhecimentos teóricos e técnicos você consideraria importantes em sua própria formação, para qualificar sua atuação profissional

de modo a lhe conferir segurança para tratar adequadamente eventuais situações em que a dependência de drogas venha a afetar seu cotidiano de trabalho?

Na presente Unidade, tentaremos oferecer elementos que consideramos fundamentais para você formar uma base **inicial** de conhecimentos para além do senso comum — que neste assunto parece especialmente carregado de falsas crenças/opiniões, preconceitos, estereótipos e, conseqüentemente, ações inadequadas e não raro ainda mais danosas para os dependentes de drogas e para a sociedade como um todo.

Veja em detalhes os conteúdos de cada um dos três tópicos desta Unidade:

- **Aspectos socioculturais dos usos de álcool e outras drogas:** onde discutimos este conceito fundamental; procuramos resgatar a origem do fenômeno do uso de drogas e também do problema da dependência destas substâncias, contextualizando-os ao longo da própria história da humanidade; discutimos as implicações destes fenômenos relacionadas aos modos de vida e de produção social da vida, acrescentando informações importantes sobre os critérios diagnósticos que atualmente permitem caracterizar a dependência de drogas como um problema de saúde, que demanda tratamento e estratégias de reinserção social dos indivíduos que chegaram a desenvolvê-la;
- **Políticas Públicas sobre álcool e outras drogas no Brasil:** onde apresentamos os paradigmas filosóficos, teóricos e políticos que nortearam a implantação das políticas sobre drogas no país; discutimos a magnitude de algumas dependências de substâncias legais e ilegais em nossa sociedade, e também algumas das principais abordagens e propostas vigentes e em discussão atualmente, apreciando criticamente seus avanços e desafios; e indicamos os principais marcos legais que hoje norteiam as políticas públicas nesse campo;
- **Prevenção – novas formas de pensar e enfrentar o problema:** onde procuramos fundamentar, teórica e tecnicamente, o conceito de prevenção, tal como está atualmente configurado na legislação e nos serviços de atenção a usuários de drogas, existentes hoje em nosso país.

Então, você concorda que se trata de informações elementares, mas essenciais a qualquer área profissional (e também para a sua formação pessoal)?

Pois é, esperamos ter motivado você o suficiente para virar esta página e debruçar-se sobre a Unidade, apropriando-se criticamente do que lhe oferecemos, com base em sua bagagem prévia de conhecimentos e vivências, mas também nos demais elementos da postura investigativa: método, rigor, abertura, criatividade, aprofundamento e atualização permanentes.



Material Teórico

Aspectos Socioculturais dos Usos de Álcool e outras Drogas

Neste estudo, quando falarmos “drogas” estaremos nos referindo a substâncias psicoativas – aquelas que afetam as dimensões da nossa consciência, emoções, comportamento motor, pensamentos, percepções, memória, inteligências, juízos e *insights*. Em síntese, afetam o funcionamento do nosso Sistema Nervoso Central ou SNC. E também de substâncias psicotrópicas: aquelas com potencial de gerar dependência, por parte dos respectivos usuários. Ambos os conceitos parecem nos ajudar a esclarecer melhor nossas dúvidas, por exemplo:

- Uma vez que substâncias psicoativas afetam o funcionamento do SNC, isto significa que **afetam nosso ser em sua totalidade bio-psico-social-espiritual**; e como não vivemos isolados, mas em sociedade, os modos como usamos substâncias psicoativas ou desenvolvemos certos hábitos pessoais, podem afetar diretamente (às vezes, negativamente) a nossa rede de relações, vínculos e pertencimentos sociais, assim como nossos projetos de vida;
- Além disso, estes conceitos nos propiciam compreender que **diferentes substâncias psicoativas são potencialmente psicotrópicas em diferentes graus**: é sabido que o processo pelo qual um indivíduo se torna dependente de crack é, em geral, muito mais rápido do que o processo de instalação da dependência de álcool;
- Ainda, a partir destes conceitos, podemos pensar no problema da dependência não só em relação a substâncias, mas em termos de **hábitos** (com efeitos) **psicoativos e/ou psicotrópicos**; por exemplo, no caso das dependências de *Internet*, jogo, compras, sexo ou comida. Os quais não são propriamente substâncias, mas incluem objetos, produtos e práticas específicas, capazes de produzir, junto ao SNC dos

praticantes, efeitos bioquímicos similares àqueles dados pelas substâncias psicoativas e/ou psicotrópicas (levando eventualmente aos mesmos desdobramentos psíquicos, sociais, comportamentais e espirituais próprios daquelas dependências);

Saiba Mais

O termo substância é utilizado no campo da química, para designar produtos de origem vegetal ou mineral, e/ou sintéticos, que possuem princípios ativos dotados de propriedades específicas em relação a como interagem com o corpo humano. Distintos campos do saber se ocupam do estudo dos princípios ativos das substâncias existentes na natureza, assim como tentam reproduzi-los sinteticamente (em laboratório), visando a diferentes finalidades; eis outra dificuldade, pois, junto a cada finalidade socialmente legítima (cura de doenças, produção de prazeres sensoriais, desenvolvimento tecnológico) amiúde está imbricada, como finalidade genérica, a obtenção de lucro mediante acumulação privada de capital.

-
- Por fim, podemos pensar que, como nem toda dependência é imediata ou visivelmente danosa ao indivíduo, aos seus círculos sociais e/ou à sociedade, **nem toda dependência é socialmente reconhecida como tal**, seja pela população, pelos seus protagonistas ou usuários, pelos governos e pelos cientistas de distintos

campos do saber. Em outras palavras, os modos como determinada sociedade concebe e concretiza os usos de tal ou qual substância (ou hábitos relacionados a objetos ou práticas sociais), afetam diretamente as possibilidades de reconhecimento público de tais usos como **dependências** – você diria, por exemplo, que vivemos em **sociedades dependentes de açúcar**? No entanto, adicionam-se açúcares (sob diferentes formas e nomes) aos mais diversos produtos destinados ao consumo humano (higiene e limpeza, perfumaria, alimentos industrializados em geral – inclusive salgados); paralelamente, a **indústria e o mercado de medicamentos e tratamentos para diabetes** estão se preparando, neste século XXI, para altas taxas de crescimento e lucro com a explosão de diabetes já prevista para ocorrer, a curto prazo, em território chinês — cuja população vem rapidamente abandonando seus hábitos culturais seculares, fundados no consumo de produtos naturais, auto-sustentáveis e saudáveis, em favor da adesão ao mundo açucarado do *fa(s)t-food*. Além disso, a eliminação completa e brusca da ingestão de açúcares pode eventualmente produzir, num indivíduo, sintomas físicos similares aos da chamada **síndrome de abstinência**, típica dos quadros de dependência de drogas. No entanto, mesmo tendo crescido o reconhecimento público quanto aos efeitos danosos da ingestão excessiva de açúcares, via de regra, não há menção ou trato deste fenômeno como **dependência de açúcar**.

Então, até aqui, apenas para melhor conceituar o termo “droga” e melhor entender o fenômeno da “dependência de drogas”, fomos levados a perceber que se trata de conceitos e fenômenos que vão muito além do problema da eventual autodestruição individual pelo uso abusivo de determinadas substâncias, ou pela prática abusiva de determinados hábitos. Tais conceitos e fenômenos nos obrigam considerar um leque imensamente amplo de hábitos e costumes, inscritos em certo modo de vida social historicamente produzido, induzido e reproduzido sem outro critério efetivo a não ser o desenvolvimento da acumulação privada de capital.

Em outras palavras, nosso esforço de estudar conceitos e fenômenos para além do senso comum, nos levou a **contextualizá-los**, a observá-los dentro de uma totalidade maior, na qual estabelecem relações e dinâmicas com outros fenômenos, cuja compreensão exige a consideração de outros conceitos. Ao contextualizar o fenômeno da dependência de drogas ou hábitos, vemos que ele representa mais do que um (real) problema de saúde pública que demanda a elaboração e implantação de políticas públicas (como veremos adiante): trata-se de um fenômeno com raízes, origens e implicações culturais, econômicas e políticas, cuja análise é imprescindível para superarmos as visões e soluções estreitas (que não consideram a totalidade

da vida social, portanto, são incapazes de apreender as perspectivas e tendências de evolução do mesmo fenômeno, e de resto nada solucionam).

Desse modo, vamos agora aprofundar nosso exercício de contextualização, buscando o fenômeno em seu nascedouro. Veremos que o uso de substâncias psicoativas e/ou psicotrópicas remonta à própria constituição do gênero humano!

Nunca existiram sociedades sem drogas, mas sim sociedades sem dependência de drogas.

Até onde os antropólogos, arqueólogos, historiadores e sociólogos conseguiram recuar no tempo humano, ou seja, nos processos de constituição do ser social, tal como ocorreram nas várias regiões do planeta, sempre se depararam – já – com diferentes formas de uso de substâncias psicoativas e/ou psicotrópicas.

Saiba Mais

Ser Social: conceito do campo das ciências sociais. Diz respeito à própria formação do gênero humano, através do trabalho enquanto atividade criadora que provoca, a um só tempo, a objetivação (materialização de novos de objetos e relações sociais), e a subjetivação (incorporação de novas habilidades e capacidades humanas), fazendo emergir um ser distinto dos seres naturais inorgânicos ou orgânicos: o

ser social. De fato, ao buscar coletivamente criar seus meios de subsistência (e posteriormente de realização), os sujeitos prefiguram idealmente a finalidade do que estão fazendo, as condições objetivas postas na realidade e as que consideram necessárias (ainda não existentes); e ainda, precisam transmitir a outrem suas representações mentais, por meio de sistemas de comunicação envolvendo distintas linguagens. Assim, o ser social é “dotado de uma complexidade de novo tipo e exponencialmente maior que a verificável na natureza” – para maior aprofundamento, ver Netto e Braz (2006, p. 30-43).

Nas sociedades tribais, os chamados usos primitivos de tais substâncias estiveram, contudo, integrados à vida social, configurados dentro de rituais significativos para seus protagonistas diretos e para as tribos ou comunidades como um todo. Tais usos não levavam à autodestruição dos usuários, nem à desestruturação de seus pertencimentos e vínculos, nem a consequências consideradas indesejáveis pelas respectivas sociedades. Isto é, os usos ancestrais estiveram desvinculados da produção de danos, típica do atual fenômeno da dependência de drogas. Podemos concluir então, que, se nunca tivemos sociedades sem drogas, tivemos sim sociedades livres do problema das dependências em geral.

Surge então outra pergunta fundamental: quando e como o fenômeno dos usos de psicoativos integrados à vida social se desenvolveu e se transformou no fenômeno dos usos desintegrativos da vida social, típicos do nosso tempo: viciosos, autodestrutivos, danosos de várias maneiras à coletividade humana?

Localizamos esta transformação no contexto dos desenvolvimentos dos meios de transporte/comunicação do mercantilismo pré-capitalista, visando à ampliação do comércio entre regiões longínquas, sobretudo por meio da navegação, que propiciou as “descobertas” e a colonização

de territórios (lugares e riquezas naturais, povos e riquezas culturais) até então inacessíveis. Resta observar os muitos protagonistas desta História, para verificar o papel ou lugar (de poder) que cada qual teve e tem na produção (e reprodução) do fenômeno das dependências de drogas.

De um lado estavam as sociedades tribais, entregues a seu modo de vida baseado num comunismo primitivo, no qual as necessidades básicas de todos eram providas, apesar da escassez predominante de bens de subsistência. Estratégias fundadas no bem comum e no usufruto coletivo dos recursos naturais e das criações, artefatos, processos e técnicas inventados/descobertos e desenvolvidos, permitiam um estilo de vida que privilegiava a celebração dos ciclos naturais e vitais. Nele, todas as etapas da vida humana – nascimento, infância, puberdade, juventude, fase adulta, maturidade e morte – recebiam os mais altos investimentos coletivos. É conhecida a diversidade destes povos nos continentes terrestres, no que se refere, por exemplo, ao grau de desenvolvimento técnico e cultural, ao acúmulo de conhecimentos empíricos e suas aplicações à vida social. Um aspecto comum, dentro do nosso foco de estudos, era dado pelos usos (integrados, como dissemos) de substâncias psicoativas (p. ex.: folhas de coca na América Latina, tabaco nas Américas).

De outro lado, os “descobridores” eram basicamente europeus comerciantes, exploradores, piratas e saqueadores, a serviço ou não das respectivas monarquias (posteriormente repúblicas). Marx descreveu o processo de acumulação primitiva do capital, feita à base da força bruta das armas, da colonização seguida de escravização (local e “importada”), do saque das riquezas naturais das colônias e da destruição das antigas sociedades locais (também pela propagação de pestes e doenças que já grassavam no nascente capitalismo europeu, lá erguido igualmente com sangue, rupturas, expropriações, tortura e execuções sumárias).

Livros

O Capital

Para aprofundar conhecimentos sobre o surgimento do capitalismo, leia o tópico sobre Acumulação Primitiva, na principal obra de Karl Marx. MARX, K. O Capital, Volume I. 1ª ed., 1867.

História da Riqueza do Homem do Feudalismo ao Século XXI

História da Riqueza dos EUA (Nós, o Povo)

Para aprofundar conhecimentos sobre o surgimento do capitalismo, leia o tópico sobre Acumulação Primitiva, na principal obra de Karl Marx. Ou, se preferir uma abordagem mais literária a científica, ver as obras de Leo Hubermman.

HUBERMMAN, L. História da Riqueza do Homem do Feudalismo ao Século XXI. Editora: LTC; 22ª ed., 1986.

_____. História da Riqueza dos EUA (Nós, o Povo). Editora: Genérico. 3ª ed., 1983.

No bojo destes colonialismos, os navegadores e suas comitivas conheceram substâncias psicoativas e seus usos locais, experimentaram-nas e sentiram seus efeitos (de forma já descontextualizada, pois vivenciada a partir de sua própria cultura, visão de mundo e finalidades pessoais e políticas); atribuíram a estas substâncias supostas propriedades curativas para seus próprios males e doenças; estes, por sua vez, eram já produtos de outro fenômeno: a pobreza, advinda não mais da escassez e do frio europeus em si mesmos, mas também e cada vez mais como um produto da exploração e expropriação da força de trabalho assalariada.

Ao mesmo tempo, os novos cientistas do Iluminismo dedicaram-se ao estudo daquelas substâncias, descobrindo e isolando seus princípios ativos, e manipulando-os em laboratório (posteriormente alterando os teores e concentrações de cada princípio ativo em novos

produtos). Isto, com o intuito de não mais depender apenas da natureza para a sua produção em escala, voltada ao lucro a ser obtido com o comércio de “miraculosos” remédios para as mais variadas doenças, como também produtos requintados para o deleite das aristocracias europeias. Os formadores de opinião da época – viajantes, comerciantes, médicos, cientistas – tratavam de alardear os fantásticos efeitos das novas drogas, ampliando o raio do comércio e lucros das novas mercadorias, mas assim ampliando também o espectro dos seus usos, agora recontextualizados e ressignificados.

Saiba Mais

Movimento filosófico do século XVIII, sintonizado com o desenvolvimento capitalista e caracterizado pela confiança no progresso e na razão, em busca de superação da visão mágica e divina do mundo, em favor do nascimento e desenvolvimento das ciências e do método científico para a explicação dos fenômenos do mundo e do cosmo.

Desse modo, os antigos usos integrados à vida social foram literalmente transplantados e afinal transformados para usos em escala, sustentados com propaganda –necessariamente enganosa, porquanto ainda ignorante acerca da totalidade dos efeitos de cada substância, mas, sobretudo, absolutamente ignorante acerca das consequências das novas formas de uso: disseminado, em massa, utilitário, continuado e virtualmente ilimitado.

Tais novas formas de uso passaram a apresentar efeitos e consequências adversos e indesejados também em escala: adoecimentos físicos e psíquicos vários, problemas de comportamento, danos ao indivíduo e ao seu círculo de relações, problemas laborais (absenteísmos, acidentes, queda da produtividade) e danos ao (neo-sagrado) patrimônio.

Em decorrência, as sociedades ocidentais, até então levadas a desejar ardentemente o consumo de tais iguarias e medicamentos supostamente eficazes, passaram a assistir ao aparecimento de proibições e sanções associadas à produção, comércio e uso de determinadas substâncias, enquanto outros psicoativos/psicotrópicos receberam as bênçãos da legalidade, sob critérios sempre hegemonicamente comerciais. Desde então, ocasionalmente uma substância até então aprovada pela cultura, pela ciência e pela lei, passa ao campo da ilegalidade e posteriormente é reabilitada nos campos social, médico e/ou jurídico.

Vamos a alguns exemplos. As folhas de coca eram mascaradas pelos povos habitantes dos Andes, na América Latina, há 1.500 anos. Seu uso era hierarquizado e visava (já) aumentar a produtividade do trabalho, em sociedades de um tipo distinto de outras então existentes no continente, visto que apresentavam avanços notáveis nos campos da agricultura e da produção de conhecimentos (matemática, astronomia). No século XVII ocorre o isolamento do alcaloide cocaína nos Estados Unidos, e suas supostas “virtudes” são exaltadas por cientistas e artistas. Esta passa a ser prescrita como medicamento, adicionada a vinhos e (a partir de 1886) à Coca-Cola (em cuja fórmula, mais tarde, foi substituída por cafeína); já no século XIX apareceram os relatos de dependência e de mortes por overdose ou circunstâncias associadas ao uso abusivo, levando ao declínio da sua aprovação social e jurídica, até chegar às legislações proibitivas e repressivas. O contexto proibicionista levou antigos e novos interessados à organização dos negócios ilegais (produção, tráfico, varejo clandestino), como também levou à criminalização e desqualificação social dos usuários, que passaram a ser vistos e tratados como marginais e depois bandidos. Nos anos 1970, todavia, a cocaína recuperou *status* como “droga de elite” e nos anos 1990 chegou ao mercado a sua versão “popular e barata”, o crack, com tal potencial destrutivo que os donos do negócio chegaram a proibir seu uso nos presídios, **por provocar muitas baixas no próprio corpo de trabalhadores do tráfico.**

Outro exemplo deste movimento cíclico de aprovação/reprovação pública, cultural e legal de uma mesma substância pode ser visualizado na história do tabaco. Também originário das Américas, teve seu nome associado à Ilha de Tobago, descoberta por Colombo em 1492 e cuja população nativa o utilizava ritualmente. Foi levado à Europa, considerado pelos colonizadores como “santo

remédio” para mais de 60 doenças e passou a ser fumado sob a forma de rolos de folhas secas, cachimbos, piteiras, aspirado como rapé e, já no século XIX, tragado como cigarro de papel (com adição posterior de centenas, depois milhares de outras substâncias químicas). Ainda em 1691 fez-se a descoberta de que duas gotas de nicotina pura provocam a morte humana. O tabaco passou então a ser alvo de crescentes proibições, seu uso chegou a ser penalizado com castigos físicos (amputações, torturas, castrações e decapitações). Todavia, no século XX, o *american way of life* levou à “ressurreição” do tabaco (disseminada principalmente pelo cinema hollywoodiano) e ao auge da indústria tabagista, com a decorrente explosão global de doenças cardiorrespiratórias associadas a altos índices de mortalidade e a gastos substanciais dos sistemas de saúde. No mesmo século, pesquisas acadêmicas associaram este adoecimento massivo ao uso continuado e dependente dos cigarros de papel. Desse modo, ainda no final do século XX o tabaco, sua publicidade e seus usos sofreram nova e vigorosa onda de restrições, proibições e sanções, com forte declínio da aceitação social.

E há o exemplo da Lei Seca que vigorou nos Estados Unidos, no início do século XX, proibindo a produção e comercialização de bebidas alcoólicas em face da generalização do alcoolismo num período de grave crise econômica. Derivou daí a modalidade mais “moderna” de crime organizado, que desafia o Estado de Direito impondo regras próprias para garantir, pela violência, a funcionalidade e rentabilidade do mercado ilícito; além da prática de adulterar produtos (além do seu manuseio sem qualquer critério de higiene e segurança) com a finalidade de barateamento de custos, com desdobramentos trágicos sobre a saúde e a própria vida dos usuários finais.

Verificamos então que, num plano macroeconômico e social, os ciclos de aceitação/repressão das substâncias psicoativas em contexto capitalista produzem sempre, de um lado, o tráfico, com a consequente demanda por incremento da produção e comércio (legal e ilegal) de armas, e por “mão de obra” para movimentar robustos mercados ilícitos; e, de outro lado, tais ciclos produziram os mercados de tratamentos das dependências e de enfrentamento de suas consequências sociais, envolvendo campos diversos das ciências e serviços de saúde, segurança, assistência, direito, comunicação etc. Fecha-se assim o ciclo da acumulação de riquezas do lado minoritário, e da acumulação de problemas e misérias do lado majoritário, ampliando e agravando as **expressões da questão social**.

Saiba Mais

Questão Social: conceito do campo do Serviço Social, utilizado para se referir à contradição fundamental do capitalismo, pela qual o processo de produção de riquezas é social (cooperativo e interdependente), enquanto o processo de apropriação de riquezas é privado (vinculado à propriedade dos meios de produção). Tal contradição fundamental – e insuperável dentro do próprio capitalismo – produz, por sua vez, infinitas expressões ou resultados: pobreza, desigualdade social, privações materiais e imateriais que geram ainda outras condições de risco e processos subsequentes de vulnerabilidade e exclusão social. Para maior aprofundamento, ver Behring e Santos (*in*: CFESS/ABEPSS, 2009).

Mas, e com respeito àquelas outras dependências, não relacionadas a substâncias? Neste terreno, é preciso ponderar que os desenvolvimentos do capitalismo agravaram um estilo de vida profundamente contraditório (além de insustentável), fundado no binômio individualismo/consumismo: ao mesmo tempo em que a publicidade bombardeia supostos resultados e efeitos inimagináveis de infinitos produtos e serviços (e sucessivas “novas versões”), a exploração e expropriação sistemáticas da força de trabalho proíbem o acesso a tais bens e serviços para a maior parte da população mundial; que, no entanto, aspira por respostas e soluções tão imediatas e mágicas quanto as que são prometidas pela publicidade.

As necessidades jamais atendidas, desde o útero até a morte, e desde as mais imprescindíveis – como água e alimentos – até as mais sofisticadas – como o desenvolvimento de talentos, a

satisfação de desejos ou a realização de projetos de vida, agravam uma condição intrinsecamente humana e prévia a qualquer estilo de vida: a busca de felicidade, de transcendência, prazer, realização, auto superação, desenvolvimento de potencialidades e de talentos, pois impõem, para todos quantos são assim privados, a perda de si mesmos como ponto de partida, a destruição de potenciais, o desvio de trajetórias, a tal ponto que nada (nem ninguém) pode prover tais satisfações – estas só poderiam resultar de um conjunto de condições e circunstâncias prévias jamais vivenciadas. É nesse contexto de insatisfações viscerais, crônicas e agudas (psíquicas e materiais), sequer identificadas precisamente, que a simples comida, o trabalho, o sexo, jogo, compras, Internet, redes sociais e outras práticas podem eventualmente funcionar como drogas, levando a situações de dependência tão ou mais danosas do que as decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas e/ou psicotrópicas.

Deste tópico, queremos ressaltar que nossos assuntos centrais: as dependências de drogas, ou de hábitos; as políticas públicas nesse campo e especificamente a prevenção — são temas que não podem ser corretamente compreendidos e equacionados sem que compreendamos – e questionemos – a natureza do modelo societário sob o qual vivemos na atualidade. A partir daqui, vamos ao próximo passo nesse estudo, que consiste em melhor conceituar a própria dependência de drogas – o que faremos a seguir.

Dependências & Modos de Vida

As referências de que dispomos para discutir o conceito de dependências (de drogas, de hábitos) vêm quase sempre do campo das ciências da saúde. Nesta área, convencionou-se entender que, em se tratando de substâncias psicoativas, o processo de instalação da dependência é um continuum de difícil visualização; mas que, via de regra, inicia com a experimentação ou uso episódico, que a partir de algum momento, e em função de variáveis diversas (biótipo, história e circunstâncias atuais da vida pessoal e familiar, facilidade de acesso à substância ou prática etc.), torna-se uso recreativo ou ocasional, comumente solitário. Daí, poderá se tornar (ou não, também a depender de variáveis culturais, sociais, legais etc.) uso social, em geral já coletivo e auto justificado, tendo forte apelo questões de afirmação de identidade e aceitação pelos grupos de pertencimento. Então, será talvez imperceptível para o usuário o fato de que seu uso ou prática já se tornou habitual, regular, impregnando seu cotidiano e, muito sutilmente, tornando-se mais importante em face de interesses e hábitos que anteriormente tinham mais significado e centralidade na vida pessoal do usuário.

A partir daí, as formas de uso podem ganhar o qualificativo de abusivas, sempre que trazem consequências adversas ao usuário; aqui já pisamos em areia movediça, pois os usuários contumazes de substâncias psicoativas e/ou psicotrópicas, tanto lícitas quanto ilícitas, tendem a pôr o foco nas vantagens do uso, negando ou minimizando eventuais desvantagens, especialmente quando estas últimas não se mostram explicitamente danosas; por exemplo, um crescente isolamento social, que poderá ser justificado como opcional ou como exercício da liberdade individual, mesmo nos casos em que, de fato, já está carregado com sentimentos de solidão, culpa, vergonha ou prejuízos de outras ordens. Por fim, o uso dependente pode ser definido como a perda da liberdade de escolha quanto a usar ou não determinada substância (ou quanto a praticar ou não tal ou qual hábito); por exemplo, quando o usuário insiste em que apenas deseja usar, mesmo sofrendo consequências extremamente danosas (acidentes, ruptura de vínculos familiares, perdas profissionais, queda geral da qualidade de vida e da saúde física e psíquica).

Em razão da complexidade de estabelecer clinicamente as situações de dependência, instituições de referência tais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Associação Médica Americana (AMAM) orientam os profissionais da área a adotar um rol de critérios diagnósticos da dependência de drogas.

Até recentemente, por exemplo, foi travada uma polêmica entre o que se chamava de dependência química (ou químico-física) e dependência psíquica (ou psicológica), sendo que cada vertente prescrevia estratégias bem distintas de tratamento; mais tarde, essa dicotomia foi relativamente superada, reconhecendo-se que ambas as dimensões (física e psíquica) estão presentes, ativas e interligadas nas situações de dependência de drogas. Além disso, ainda hoje não há consenso entre os estudiosos de diversas especialidades médicas (clínica geral, psiquiatria, psicologia) e também de outras áreas (antropologia, sociologia, serviço social) quanto à dependência de drogas/hábitos constituir ou não uma doença ou transtorno de saúde mental: algumas teorias sustentam que se trata sempre e apenas de um sintoma de outras doenças ou transtornos, como depressão ou ansiedade, os quais, se devidamente tratados, levariam a uma natural superação do uso ou prática abusivo; outras focalizam somente os aspectos éticos individuais do problema, sustentando que cada indivíduo é rigorosamente livre para, inclusive,

autodestruir-se, se assim entender que deve ou quer proceder. Trata-se de uma discussão problemática, quando lembramos que uma das características da dependência de drogas é precisamente a crescente perda dos pressupostos da liberdade para fazer escolhas, não só relativamente às drogas ou hábitos, mas em todos os assuntos da vida pessoal.

Desse modo, o Código Internacional de Doenças (CID, da OMS) e o DSM (espécie de Manual da Psiquiatria, da AMAM) consideram que está caracterizada a dependência de determinada substância quando ocorrem três ou mais dos fatores a seguir, num período de doze meses da vida do usuário:

- Compulsão (fissura, necessidade imperiosa de ingerir a substância, maior do que a vontade própria, força de vontade ou racionalidade);
- Dificuldade de controlar o consumo (sempre consome mais do que queria);
- Síndrome de abstinência (sintomas físicos de mal-estar pela falta de uso);
- Tolerância (precisa consumir cada vez mais para obter os mesmos efeitos);
- Abandono de interesses (a vida ficou centrada no uso da substância);
- Persistência do uso apesar dos danos (perda da liberdade de escolha);
- O tempo pessoal é quase que inteiramente ocupado para obtenção da substância, viabilização de condições para usá-la, ingestão e recuperação dos efeitos e consequências do uso (AMAM).

A mensuração destes critérios é igualmente complexa, pois não se trata de aspectos matematicamente verificáveis. Seu levantamento depende, em grande parte, das percepções, crenças e pontos de vista do próprio usuário (os quais estão precisamente afetados pelo uso

regular e abusivo); como também dos conhecimentos específicos dos profissionais encarregados do diagnóstico – os quais têm também seus pontos de vista, crenças e eventualmente hábitos de uso, em relação à mesma ou a outras substâncias, sendo que este conjunto de circunstâncias acrescenta dificuldades para definir um diagnóstico do modo mais rigoroso e realista possível.

Ainda, trata-se de critérios que apresentam limites difíceis de contornar: por exemplo, sabemos que o ciclo da dependência alcoólica masculina leva eventualmente muitos anos para se instalar, enquanto os critérios para o diagnóstico observam apenas os doze meses mais recentes na vida do usuário – ora, se este for um jovem na casa dos vinte anos de idade, é bem possível que muitos itens acima não sejam observados; será preciso, então, deixar que os anos passem e os problemas se agravem para só então diagnosticar e tratar? Além disso, o questionário aplicado para observar os critérios diagnósticos teria respostas discrepantes e mesmo opostas, se o respondente fosse o próprio usuário ou um familiar, por exemplo – pois a percepção de quem convive cotidianamente com um indivíduo dependente de drogas (ou hábitos) costuma ser substancialmente distinta da percepção dos próprios usuários. Vale lembrar, por fim, que períodos de abstinência da substância ou hábito de escolha, com meses ou anos de duração, ocorrem com alguma frequência (inclusive para supostamente provar a si mesmo, à família ou a empregadores, que não se trata de dependência); assim, a estrita observação dos doze meses mais recentes pode mostrar-se insuficiente.

Isto porque sua vida, vagarosa ou repentinamente (no caso, por exemplo, do crack), torna-se muito diferente, de muitas formas: ocorrem alterações importantes ligadas à identidade pessoal, aos vínculos e pertencimentos (familiares, profissionais, comunitários e outros), às rotinas. Emergem características tais como inconstância, imediatismo, egocentrismo, excessiva sensibilidade em face de contrariedades ou imprevistos, perda do autocontrole, perda ou substituição de interesses, adesão a práticas ilícitas, apenas para citar alguns exemplos.

Tais alterações, por sua vez, afetam o cotidiano e os relacionamentos, desde os mais íntimos e próximos, até os mais indiretos, tal como a pedra jogada num lago, que emite ondas cuja intensidade volume e velocidade vão diminuindo à medida que ficam mais distantes do seu centro irradiador. Ainda, é comum que os usuários abusivos e/ou dependentes apresentem “desejo” de isolamento, confusão mental (torna-se difícil distinguir o real do imaginado, sustentar simulações, manipulações e mentiras de forma coerente e plausível ao longo do tempo). Decididamente, nada, na vida dos indivíduos dependentes de drogas ou hábitos, escapa ou fica fora das dinâmicas da própria dependência.

Podemos então pensar que as dependências impõem a suas vítimas, um modo de vida específico, como resposta de fato não desejada à sua ávida busca por um modo de vida mais significativo que por diferentes razões nunca foi assim reconhecido em seu universo cotidiano. Chega a ser irônico que, ao buscarem fugir da mesmice; do individualismo; da competição; do consumismo materialista (ou da privação material); de maus tratos em casa; do desemprego; da depressão, solidão, violência cotidiana; do tédio, da falta de oportunidades e/ou perspectivas, os indivíduos dependentes formem hoje um segmento duplamente penalizado, porque, além de não escapar a tudo isto, encontra-se de fato em piores condições que os demais mortais para fazer frente a tantas necessárias transformações em nosso modo de vida predominante.

De todo modo, diante do que estudamos até aqui, não há como negar a magnitude do problema das dependências em nossas sociedades. Assim, no próximo tópico vamos deter nosso olhar no campo das políticas públicas brasileiras de prevenção e tratamento das dependências de drogas, no nosso passado recente e nos dias atuais.

Políticas Públicas sobre Álcool e Outras Drogas no Brasil

Para discutir, mesmo que de forma restrita face ao que vimos até aqui, como a nossa sociedade atualmente concebe e enfrenta especificamente as dependências de substâncias psicoativas e/ou psicotrópicas, entendemos ser importante abordar aspectos históricos e epidemiológicos. Isto é, deveríamos voltar às origens das atuais políticas públicas por um lado, e verificar as dimensões atuais do consumo de cada uma das principais substâncias que circulam em nossos territórios e entre a nossa gente. Começemos pela história, ainda que apenas a história recente.

Velhos & Novos Paradigmas no Campo da Dependência de Drogas

No Brasil, a existência de legislações sobre drogas pode ser observada a partir dos anos 1940, no contexto de disciplinamento da força de trabalho que caracterizou o primeiro governo de Getúlio Vargas e já marcada, desse modo, por um viés moralista e repressivo, que foi essencialmente mantido até os anos finais da ditadura militar implantada em 1964. Na prática, cabia aos “bêbados inveterados” passar algumas horas ou dias numa cadeia pública, ou ainda, ser

confinados, juntamente com “outros loucos”, nos **manicômios e hospitais psiquiátricos** de longa existência no país.

Mais tarde, nos assim chamados anos de chumbo, a Doutrina de Segurança Nacional (então hegemônica em todos os campos da vida social) se fez presente na área da segurança pública interna, à luz dos interesses norte-americanos nas demais Américas; em torno de tais interesses, o conceito de “guerra às drogas” serviu como pretexto para o ataque a movimentos sociais explícita ou potencialmente contrários às finalidades do capitalismo .

Desse modo, na mesma época em que o mundo conheceu variados movimentos e transformações culturais, econômicas e políticas: feminismo, movimento negro, movimento *hippie*, *rock’n roll*, movimentos populistas de libertação nacional, revoluções de caráter socialista — os generais brasileiros de plantão importaram o espírito repressivo das políticas norte-americanas, através da antiga Lei 6.368, de 21/10/1976.

Dentre outras disposições, essa lei impunha penas de privação da liberdade para usuários de substâncias consideradas ilegais no país. Estes foram então e desde logo postos à margem da vida social; concebidos como marginais e tratados como tal. Isto porque, dentro do paradigma repressivo, a dependência de drogas não era (e não é) concebida como um problema de saúde, mas sim como problema moral cuja solução estaria limitada ao campo das escolhas pessoais: bastaria “bom senso” e “força de vontade” para “voltar à razão” e, para tal, nada melhor do que o “castigo”.

Vídeo

Em Nome da Razão

A psiquiatria tradicional, aqui como no mundo, incluía: internações involuntárias, inoculação maciça e compulsória de medicamentos,

aplicação de castigos físicos e choques elétricos, e realização de lobotomias (intervenções cirúrgicas no cérebro), terminando invariavelmente na destruição da individualidade e no confinamento até a morte. Mereceu amplo questionamento a partir dos anos 1980, por suas práticas abusivas, autoritárias, segregacionistas, discriminatórias e desumanizante. Para uma visão do seu *modus operandi*, ver, dentre outros, o documentário intitulado a seguir.

Clique no botão para conferir o vídeo indicado.

ASSISTA

Este paradigma só começou a ser questionado no decorrer dos anos 1980, no contexto da Reforma Psiquiátrica que correu mundo e chegou ao nosso país, questionando as práticas da psiquiatria tradicional e trazendo, no campo específico da dependência de drogas, a disseminação e a incorporação de novos paradigmas: o paradigma médico, advindo em especial da Europa, a partir dos acúmulos de estudos centralizados junto à OMS e que concebe a dependência de drogas como doença ou transtorno bio-psico-social. E também o paradigma relacionado ao respeito aos direitos humanos, o qual inclui a valorização do respeito às liberdades individuais e ao protagonismo dos usuários na condução das estratégias de superação das dependências; a adoção de abordagens de redução de danos e de descriminalização, despenalização e/ou legalização do uso de drogas (detalhados mais à frente).

Ou seja, apenas no final do século XX ocorre em nosso país o chamado realinhamento das políticas sobre drogas, que alcançou uma revisão (parcial e problemática, mas significativa) dos marcos legais brasileiros sobre o tema: a concepção genérica anti-drogas começou a ser

substituída por políticas “sobre” drogas; além disso, atualmente não se recomenda mais a aplicação de penas de prisão para usuários de substâncias ilícitas, mas ainda, penas de prestação de serviços comunitários e/ou frequência compulsória em programas de tratamento e reinserção social.

Assim, dos novos paradigmas decorreu o desenvolvimento de novas abordagens em saúde (geral e mental) e posteriormente em assistência social, passando-se a considerar os indivíduos dependentes de drogas como demandantes de atenções variadas e específicas: desintoxicação, técnicas de substituição de substâncias, ressocialização, oferecimento de condições materiais e imateriais de reinserção social (emprego, moradia, estudo, relações familiares), construção de redes de apoio e serviços de atenção.

Assim, nos últimos 15 anos tem havido um esforço multidirecional (junto aos poderes legislativo, executivo e judiciário nos três níveis de governo: federal, estadual e municipal) e multidisciplinar (envolvendo não só as ciências e serviços de saúde, mas também do direito, da educação, da comunicação social e outros campos), visando a desenvolver e aprimorar os conceitos e as práticas, como também as próprias políticas e marcos regulatórios sintonizados com as novas compreensões.

A ideia de despenalização se refere basicamente ao objetivo de minimizar a intensidade das penalizações aos usuários (eliminando-se gradativamente as penas de prisão e substituindo-as por penas alternativas e educativas). Já o conceito de descriminalização é mais amplo, visto que tende para não considerar como crime o uso de drogas. A ideia de legalização é ainda mais ampla e problemática, remetendo à possibilidade de tornar legal a produção, o comércio e o uso indiscriminado de substâncias psicoativas/psicotrópicas, com base em argumentos relacionados a uma possível redução da criminalidade e da violência urbanas associadas ao tráfico.

Restam aqui desafios jurídicos e culturais, por exemplo, como tratar o uso abusivo com rebatimentos criminais, o cometimento de infrações dolosas ou culposas (com ou sem intenção); ou ainda, o problema da posse de drogas, que tem originado tratos judiciais eventualmente diferenciados à luz de um recorte classista: indivíduos apanhados com pequenas quantidades de

drogas são enquadrados, ora como “traficantes” que recebem penas de prisão (amiúde, oriundos de famílias de baixa renda), ora como “usuários” que recebem penas alternativas (inclusos os advindos de famílias de renda alta ou média).

Por fim, a ideia de redução de danos (RD) se refere a um conjunto de práticas isoladas e pontuais, que vem sendo adotadas para tentar reduzir ou evitar eventuais resultados negativos do uso de drogas, sem a necessidade de interromper tal uso. Alguns exemplos destas práticas incluem: a indicação de não fumar tabaco com “baixos teores” porque isto levaria a fumar um maior número de cigarros; a criação de serviços comerciais de transporte de pessoas que ingeriram álcool e não podem dirigir veículos automotivos; o fornecimento de seringas descartáveis para usuários de drogas injetáveis; a oferta de locais supostamente mais seguros para concretizar o uso de drogas. O conceito de RD foi comprovadamente bem sucedido no combate à epidemia de AIDS nos anos 80, reduzindo significativamente a contaminação através do compartilhamento de seringas, nas situações de uso coletivo de drogas injetáveis. Porém, quando aplicadas mecanicamente ao problema das dependências de drogas, algumas práticas de RD acabam resgatando o paradigma moral, embora na direção contrária: enquanto o velho moralismo conservador apela à força de vontade dos sujeitos para não usar drogas, a ética emancipatória da RD apela à liberdade de escolha dos sujeitos para usar drogas (ou não); ambas as vertentes ignoram as dimensões bio-psico-sociais que fazem das dependências, transtornos de saúde marcados pela perda crescente da liberdade de escolha.

Outro dos muitos questionamentos feitos às práticas de RD é até que ponto, a título de reduzir danos para alguns indivíduos, não servem efetivamente como mecanismos de facilitação e estímulo ao uso de drogas pela população em geral.

Vemos então que, juntamente com o reconhecimento da necessidade imperiosa de respeito aos direitos humanos (dos usuários de drogas, como de resto de toda a população), faz-se urgente o aprofundamento da discussão e da pesquisa em torno das novas concepções e práticas.

E aqui concluímos nossa breve viagem à história das políticas sobre drogas no Brasil. Antes de conhecer as principais normas vigentes em nosso país, resta apenas apresentar alguns dados

epidemiológicos que nos ajudarão a dimensionar a realidade do consumo e da incidência de dependência das substâncias mais utilizadas pela população.

Saiba Mais

Para um aprofundamento em torno destes novos conceitos e práticas, ver Laranjeira e outros (2011).

Para um estudo mais detalhado, ver Garcia, Leal e Abreu (2008) .

Dados epidemiológicos e um pouco de matemática, vamos direto à apreciação da Tabela 1 a seguir:

TABELA 1 | Percentual de usuários e de dependentes por substância, no Brasil

| Substância | % Uso na vida* | % Dependência* | Nº Dependentes** |
|------------|----------------|----------------|------------------|
| Álcool | 74,6% | 12,3% | 24,6 milhões |
| Tabaco | 44% | 10,1% | 20,2 milhões |
| Maconha | 8,8% | 1,2% | 2,4 milhões |

| Substância | % Uso na vida* | % Dependência* | Nº Dependentes** |
|--|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| Cocaína | 2,9% | NC | – |
| Crack | 0,7% | NC | – |
| <p>(*) CEBRID (2005, p. 33): o uso na vida refere-se a pelo menos uma utilização, em qualquer fase da vida; (**) Cálculo com base na estimativa de 200 milhões de brasileiros (IBGE, 2013***).</p> <p>(***) 201 milhões é o número total de habitantes no Brasil, segundo a projeção oficial do IBGE, divulgada na quinta-feira 29. Pela primeira vez a marca de 200 milhões foi superada.” (Nota publicada na Revista Carta Capital nº 764 de 04/09/2013, p. 24).</p> | | | |

Para o campo da saúde pública, mas, principalmente, para as decisões norteadoras das políticas públicas em saúde e prevenção da dependência de drogas, os números mais impactantes mostrados acima (encontrados no II Levantamento Domiciliar Nacional realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas – CEBRID, em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, e projetados para a população brasileira em 2013) se referem, precisamente, às duas principais substâncias lícitas no Brasil: tabaco e álcool, com uma prevalência dez vezes maior que a estimativa de dependentes de maconha e ainda maior em relação ao uso na vida de cocaína e crack. O número bruto de indivíduos alcoolistas mostra-se particularmente grave se pensarmos que, para cada dependente ativo, em média quatro pessoas não-alcoolistas sofrem danos associados, impactando os sistemas de saúde, penal e laboral, dentre outros.

Por fim, cabe pontuar que o estudo pormenorizado do referido Levantamento do CEBRID, assim como outros (poucos) realizados nos últimos anos, traz informações imprescindíveis, não só para tratar os já dependentes, mas principalmente para prevenir (evitar) as dependências. Por exemplo, estudando-se o perfil dos usuários de cada substância (idade, renda, traços culturais e outros), para orientar adequadamente campanhas de educação, definir medidas restritivas de publicidade ou diretrizes de formação profissional de todos quantos possam vir a estar, de algum

modo, envolvidos nos campos da prevenção, tratamento e/ou reinserção social de indivíduos dependentes de drogas.

A partir destas rápidas indicações em torno da história das políticas sobre drogas no Brasil e também das dimensões atuais da prevalência de algumas dependências de drogas em nosso país, apresentamos a seguir, uma listagem parcial de Leis, Resoluções e outros instrumentos jurídicos, os quais fornecem um panorama das atuais políticas sobre álcool e outras drogas no Brasil. Sugerimos que, na medida do seu interesse, você aprofunde seus conhecimentos e análise crítica. Acreditamos que um bom exercício será refletir sobre os conteúdos de cada regulamentação tendo como referência os paradigmas, heranças históricas e problemas contemporâneos discutidos anteriormente.

- **Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas** (2004);
- **Política Nacional sobre Drogas** (PNAD, 2005);
- **Lei Federal 11.343/2006** e complementos, que criaram o Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas (SISNAD);
- **Política Nacional sobre o Álcool** (PNA, 2007);
- **MP nº 415/2008 e Decretos 6.488 e 89/2008, Lei Federal 11.705/2008**, com alterações no Código Nacional de Trânsito, relativas ao beber-e-dirigir;
- **Decreto 7.179/2010**, contendo o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas;
- **Resolução RDC/ANVISA nº 29/2011**, que atualiza a RRDC nº 101/2001 quanto aos requisitos de segurança sanitária e demais condições de funcionamento das chamadas Comunidades Terapêuticas.

A título de comentário geral em torno desse conjunto de **marcos regulatórios** tão recente em termos históricos, podemos dizer que procuram normatizar o funcionamento de aspectos estruturais interligados, tais como: reordenamentos institucionais, construção da rede intersetorial de serviços de atenção, institucionalização de fontes de financiamento e custeio. Além do fato de serem ainda pouco articulados entre si, pontuamos algumas outras características que se colocam como desafios a serem enfrentados no aprimoramento das políticas brasileiras sobre drogas:

- Fragmentação, inconsistências e inadequações teóricas, perceptíveis no trato confuso dado às estratégias de redução de danos, as quais ganham *status* incompatível com o (parco) acúmulo de evidências de efetividade;
- Insuficiências materiais (de orçamentos, de recursos humanos devidamente qualificados; de instalações, equipamentos e redes de serviços);
- Refletem até certo ponto, como também se voltam a interesses conflitantes ou mesmo antagônicos no campo das dependências de drogas e hábitos, visto que envolvem a existência de mercados (lícitos e ilícitos) e relações cujo trato ou enfrentamento demandam políticas em outros campos;
- Tendem a minimizar a responsabilidade e a presença do Estado na oferta de serviços de atenção públicos, universais e gratuitos, em razão da orientação neoliberal que afetou a maior parte dos novos marcos regulatórios recentes no Brasil. Tal orientação tende a transformar os próprios eixos da prevenção, tratamento e reinserção social dos dependentes de drogas em novos **nichos de mercado**, em detrimento do bem-estar social.

Site

Para uma apreciação mais completa e atualizada das regulamentações

no âmbito das políticas sobre drogas e, especificamente, dos eixos da prevenção, tratamento e reinserção social de indivíduos dependentes de drogas.

Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID)

ACESSE

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)

ACESSE

Independentemente dos desafios em torno dos marcos regulatórios e das políticas atuais até aqui pontuados, percebe-se que a prevenção da dependência de drogas é, ao mesmo tempo, um objetivo e um elemento constitutivo de tais políticas. Falta dizer que é também um conceito da mais alta relevância, cuja adequada compreensão pede algum aprofundamento. É o que faremos no próximo tópico.

Políticas Públicas sobre Álcool e Outras Drogas no Brasil

Prevenir significa, essencialmente, **antecipar-se** a algo, no sentido de **evitar algo**; acautelar-se, precaver-se face a uma ocorrência futura, eventual ou provável. Em nível do senso comum, dizemos frequentemente que “prevenir é melhor que remediar”, com isto querendo enfatizar que evitar um problema é uma estratégia mais eficiente, eficaz e efetiva do que lidar com as consequências da sua ocorrência. Assim, em cada área da vida social, a prevenção estará sempre

referida a problemas próprios desta área, por exemplo: a segurança pública (mas não apenas esta área específica) deveria prevenir a violência e a criminalidade; a saúde (e igualmente, não apenas esta área) deveria prevenir a ocorrência de doenças, e assim por diante. O mesmo se pode dizer da prevenção da dependência de drogas.

Contudo, e em face da questão social e suas expressões em nossas sociedades, sabemos que os problemas sociais já estão presentes e em proporções crescentes. Por conta dessa realidade, no campo específico das políticas sobre drogas (como da saúde em geral), o eixo da prevenção se desdobra em níveis:

- Pode-se prevenir o consumo de drogas (com políticas que incidam sobre a produção, taxação, comércio, circulação, preços, enfim, sobre a oferta de substâncias psicoativas, e/ou políticas dirigidas à contenção da demanda por drogas: diretrizes educacionais, recreativas, esportivas, de oferta de trabalho e renda, dentre outras). Neste caso, fala-se em **prevenção primária**, no sentido de evitar os **pressupostos da dependência** de drogas: reduzindo-se o consumo global, reduz-se necessariamente o percentual de incidência das dependências. Fala-se também em prevenção universal, pois neste nível, as políticas tendem a ser dirigidas à população em geral;
- Por outro lado, sabemos que estes manejos macroeconômicos e políticos, dado o caráter capitalista das relações sociais, provocam desdobramentos e redirecionamentos no sentido de recriar/multiplicar dependências, seja sob outras formas de uso ou outras substâncias. Assim, diante do fato do consumo de drogas, fala-se em políticas de prevenção secundária: dirigida para evitar consequências adversas dos usos existentes. Também se fala em prevenção seletiva, visto que neste nível as políticas, tendem a ser direcionadas para os segmentos de usuários de drogas, visando a evitar que os usos se tornem abusivos e se configurem como dependências;
- Por fim, dado que já temos dependências **endêmicas e epidêmicas**, um nível ainda mais específico da prevenção é o terciário, que busca alcançar algum grau de redução de danos decorrentes da(s) dependência(s) de drogas (e hábitos); neste nível, fala-se também em prevenção indicada, isto é, restrita ao segmento de indivíduos dependentes, buscando alertá-los quanto a riscos, manejos mais seguros

e atitudes mais saudáveis, em substituição às práticas reconhecidamente mais perigosas e danosas.

Saiba Mais

Expressões próprias do campo da saúde (eventualmente utilizadas em sentido figurado para referir-se à abrangência de problemas em outras áreas da vida social): considera-se endêmica uma doença que incide de forma localizada e peculiar a uma região e/ou segmento de população; o caráter epidêmico corresponde ao seu agravamento, sob a forma de generalização para outras localidades e populações

Cabe indicar ainda que, atualmente, fala-se em domínios de prevenção, isto é, em políticas e programas preventivos relacionados a certos domínios da vida social: o individual, o familiar, o escolar, comunitário, empresarial, político, de saúde e outros. Em cada um destes domínios, procura-se identificar **fatores de risco e fatores de proteção** capazes de prevenir, seja o uso, seja o abuso e/ou a dependência de substâncias ou hábitos. De todo modo, tem sido evidenciado que, assim como no âmbito do tratamento e da reinserção social, também no da prevenção se faz necessária à ação articulada e multifatorial entre os diversos domínios, visto que a atuação limitada a um campo mostra-se em geral ineficaz, ou mesmo inviável.

Saiba Mais

Fatores de risco e fatores de proteção: São características ou combinações delas, existentes em pessoas, grupos, comunidades, territórios ou instituições, capazes de fortalecer de diversos modos as pessoas e prevenir o uso, o abuso, a dependência de drogas; ou, pelo contrário, são fatores capazes de aumentar as probabilidades do envolvimento com drogas (para maior detalhamento, ver CAMPOS; FIGLIE, *in*: LARANJEIRA e orgs., 2011, p. 483).

Por fim, a partir de um estudo específico, a OMS compôs uma lista de dez melhores práticas preventivas com “evidência de efetividade, existência de suporte científico, possibilidade de transposição para diferentes culturas, custos de implementação e sustentação”, relacionadas ao álcool: definição e fiscalização de idade mínima legal para compra; monopólio governamental das vendas no varejo; restrição de horários ou dias de venda; restrições de densidade e localização dos pontos de venda; criação de impostos; redução dos limites de concentração alcoólica no sangue permitida para dirigir; suspensão administrativa da licença de motoristas que dirigem alcoolizados; definição de postos de fiscalização de sobriedade; política de “tolerância zero” quanto a dirigir alcoolizado, por vários anos, no licenciamento para motoristas novatos; e implementar processos terapêuticos do tipo intervenção breve para bebedores pesados (DUAILIBI; VIEIRA; LARANJEIRA, *in*: LARANJEIRA e orgs., 2011, p. 500-501).

Em Síntese

Nos últimos anos, como decorrência positiva do processo de realinhamento e mudança de paradigmas no campo das políticas sobre drogas no Brasil, tem havido intensas discussões – pontuais e momentâneas – sobre aspectos tais como: as abordagens de rua nas “cracolândias” de todo o país; a pertinência ou não das internações involuntárias e compulsórias como recursos possíveis no campo do tratamento; a possibilidade de legalizar formas específicas de uso de determinadas substâncias, com base na experiência recente de outros países (por exemplo, o uso medicinal de maconha por pacientes com câncer; ou seu uso na indústria têxtil); a urgência de descriminalizar (e não só despenalizar) o uso de drogas.

Entendemos que as discussões pontuais são legítimas e necessárias, porém, em face do que refletimos nesta Unidade, acreditamos que um enfrentamento efetivo do problema das dependências de drogas e hábitos, na perspectiva da sua superação, exige que o nosso olhar e a nossa atenção se voltem à totalidade das políticas que regem a vida social em nosso país: precisamos repensar nossas políticas econômicas; nossos conceitos sobre propriedade, acesso e usufruto de bens, equipamentos, recursos, conhecimentos e tecnologias fundamentais ao desenvolvimento social e humano; nossas políticas relativas a como organizar os serviços de educação, habitação, cultura, esporte, lazer, alimentação e saúde; nossas políticas relacionadas à oferta de trabalho e renda; precisamos, enfim, **revisar em totalidade este**

modelo societário que produz privações e dependências em abundância, em favor de outro modelo, no qual a abundância de riquezas materiais e imateriais seja organizada e distribuída de um modo tal, que a necessária interdependência de todos(as) implique a garantia da emancipação e do melhor desenvolvimento de cada um(a).

E assim chegamos ao final desse estudo – o que você diz? Considera que as informações e reflexões aqui contidas serão úteis quando você estiver trabalhando na profissão ou ofício propiciados por este curso? Considera-as úteis em sua vida, como cidadão ou cidadã com vínculos familiares, de amizade, afetivos, sociais? De nossa parte, esperamos que você se sinta motivado(a) não só a seguir ampliando e aprofundando seus conhecimentos, mas se disponha a multiplicá-los em seus círculos e pertencimentos, fortalecendo uma corrente de pensamento crítico, de ação coletiva e participação em movimentos e processos de mudança e transformação, seja no campo específico da dependência de drogas, seja na vida em sociedade.



Material Complementar

Indicações para saber mais sobre os assuntos abordados nesta Unidade:

Leitura

Álcool, drogas e crime

Clique no botão para conferir o conteúdo.

ACESSE

Efeitos do uso do álcool e das drogas ilícitas no comportamento de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007

Clique no botão para conferir o conteúdo.

ACESSE

A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica

Clique no botão para conferir o conteúdo.

ACESSE



Referências

BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. M. Questão social e direitos. *In*: ABEPSS/CFESS. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF, 2009, pp. 267-284.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Cap. 20, pp. 415-434.

CATARDO, L. A. M. **O olhar de alunos de 8ª série sobre prevenção do uso de drogas numa escola de São Paulo/SP**. 2009. 191 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais) – Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, 2009.

CEBRID/UNIFESP/SEAD. **I e II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**. SP, 2001, 2005.

DIEHL, A., CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. (orgs.) **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. São Paulo, Artmed, 2011.

GANEV, E. **Dize-me como andas e saberei quem és**. O método de Alcoólicos Anônimos à luz da comunicação social no contexto latino americano. Brasil e Uruguai. SP, Tese de Doutorado, mimeo, 2002.

_____. **Regulações Institucionais e Integração Cultural: um binômio viável**. *In*: Cadernos PROLAM/ USP, São Paulo, ano 2, vol. 2, 2003, pp. 45-77.

GANEV, E.; LIMA, W. L. Reinserção Social: processo que implica continuidade e cooperação. *In*: **Revista Serviço Social & Saúde**, ano 10, n° 11, p. 113-129. Campinas, UNICAMP, julho de 2011.

GARCIA, M. L. T., LEAL F. X.; ABREU, C.C. **A Política Antidrogas Brasileira**: velhos dilemas. *In: Revista Psicologia & Sociedade* nº 20, 2008, p. 267-276. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a14v20n2.pdf>. Acesso em: 04/09/2013.

MASCARENHAS, E. **Alcoolismo, drogas e grupos anônimos de mútua ajuda**. SP, Siciliano, 1990.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política**: uma introdução crítica. São Paulo, Cortez, 2006, Coleção Biblioteca Básica do Serviço Social, Volume I.

NICHOLS, M. P.; SCHWARTZ, R. C. **Terapia Familiar**. Conceitos e Métodos. Porto Alegre, Artmed, 1998.

SANCHEZ, Z. M. **Razões que levam determinados jovens, mesmo opostos a fatores de risco, a não usarem drogas psicotrópicas**. 2004. 164 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

SEIBEL, D. S.; TOSCANO JR., A. **Dependência de Drogas**. SP, Atheneu, 2000.

SENAD. **Glossário de Álcool e Drogas**. Brasília, DF, 2010, 2ª edição.

_____. **Integração de Competências no Desempenho da Atividade Judiciária com Usuários e Dependentes de Drogas**. Brasília, DF, 2011 .

VAILLANT, G. E. **A história natural do alcoolismo revisitada**. Porto Alegre, Artmed, 1999.