

KATIUSCIA VIEIRA DE ABREU

**PROJETOS SOCIAIS NA PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS ENTRE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

OURO BRANCO/ MINAS GERAIS

2012

KATIUSCIA VIEIRA DE ABREU

**PROJETOS SOCIAIS NA PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS ENTRE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Paula Cambraia de Mendonça Vianna

OURO BRANCO/ MINAS GERAIS

2012

KATIUSCIA VIEIRA DE ABREU

**PROJETOS SOCIAIS NA PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS ENTRE
CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Banca Examinadora

1. _____

2. _____

3. _____

Aprovada em Conselho Lafaiete ____/____/____

Dedico à minha família pelo apoio e incentivo em busca do conhecimento e crescimento profissional.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, o grande tutor da vida, amigo fiel, consolador.

À minha família, pelo incentivo e apoio na minha jornada.

Ao Célio, pelo amor e companheirismo nos momentos que mais precisei.

À minha amiga Érica, pelo carinho e amizade nas etapas que compartilhamos.

À Equipe de Saúde da Família Nova Serrana, pelo acolhimento que foi dado, confiança, respeito e por termos sido de fato uma equipe.

Aos tutores de todos os módulos desse curso, pela paciência e atenção nas atividades, principalmente à minha tutora do TCC, Paula Cambraia pelo apoio e colaboração na confecção desse trabalho

Ao NESCON/UFMG pela excelência do ensino e oportunidade dessa especialização.

Muito Obrigada!

*“De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser interrompidos antes de
terminar...
Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro”*

Fernando Sabino

Resumo

O presente estudo aborda o papel dos projetos sociais na prevenção do uso de drogas entre adolescentes. A partir de um diagnóstico de saúde realizado no município de Ouro Branco/MG e por meio de dados colhidos pela equipe da Estratégia de Saúde da Família Nova Serrana, observou-se o envolvimento dos adolescentes com substâncias lícitas e ilícitas na comunidade referida. Foi realizada uma revisão de literatura das políticas públicas e projetos sociais sobre drogas veiculados pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), pela Subsecretaria Estadual Sobre Drogas do Estado de MG, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) e por sites científicos como o Scielo. Acredita-se que o conhecimento de projetos e políticas sobre drogas voltados para o público adolescente possa estimular os profissionais de saúde e de educação a desenvolver ações intersetoriais de promoção, proteção e prevenção quanto ao uso de drogas no município de Ouro Branco/MG.

Palavras-chave: Adolescente. Projetos de investimento social. Drogas ilícitas. Promoção da saúde. Políticas públicas de saúde.

Abstract

The present study addresses the role of social projects in the prevention of drug use among adolescents. From a health diagnosis conducted at White Gold / MG and through data collected by the staff of the Family Health Strategy for Nova Serrana, we observed the involvement of adolescents with licit and illicit substances referred to in the community. We performed a literature review of public policies and social projects on drugs conveyed by the National Drug Policy (SENAD), the State Drug Secretariat of the State of Minas Gerais, the Brazilian Information Center on Psychotropic Drugs (CEBRID) and sites scientific as SciELO. It is believed that knowledge of drug policies and projects aimed at the teen audience may encourage health professionals and education to develop intersectoral promotion, protection and prevention and drug use in the city of Ouro Branco / MG.

Keywords: Adolescents. Social investment projects. Illicit drugs. Health promotion. Public health policies.

SUMÁRIO

1. Introdução	Erro! Indicador não definido.
2. Objetivo	Erro! Indicador não definido.
3. Percorso Metodológico.....	Erro! Indicador não definido.
3.1 Caracterização do Município de Ouro Branco.....	Erro! Indicador não definido.
3.2 Caracterização da Unidade Básica de Saúde Nova Serrana	Erro! Indicador não definido.
4. Revisão de Literatura.....	Erro! Indicador não definido.
4.1. Políticas Públicas de Prevenção ao Uso de Drogas	Erro! Indicador não definido.
4.2. Adolescência – O início de muitas mudanças	23
4.3 Um breve Histórico das Drogas e sua Classificação	25
4.4 Entendendo a Dependência Química	Erro! Indicador não definido.
4.5 - O Município de Ouro Branco: Comunidade Terapêutica Bom Pastor	Erro! Indicador não definido.
5. Considerações Finais	Erro! Indicador não definido.
6. Referências	Erro! Indicador não definido.

1 Introdução

Sabe-se que o abuso de drogas psicoativas é um fator preponderante nos casos de acidentes automobilísticos, mortes prematuras, provenientes de um maior índice da violência (homicídios, suicídios, agressões físicas e abuso sexual) e ainda, causa de acidentes de trabalho e absenteísmo.

O uso indiscriminado das mesmas sempre existiu na história da humanidade, variando somente a quantidade, tipo e a forma de seu uso. Se existe mais ênfase num ou noutro tipo de consumo em determinada época, isso se deve a fatores específicos e característicos do momento histórico em que se vive. Nesse sentido, o consumo abusivo de drogas psicoativas é mais um sintoma do que a causa de problemas em nossa sociedade e deve ser tratado, tendo em vista a complexidade e magnitude do assunto. A forma mais eficaz de minimizar o problema é o desenvolvimento de ações preventivas específicas para cada segmento e faixa etária, tendo como objetivo a valorização da saúde e o respeito à vida (NEAD, 2009). As primeiras experiências com drogas psicoativas aparecem frequentemente na adolescência. Nessa fase, o indivíduo é particularmente vulnerável do ponto de vista psicológico e social. O adolescente por estar inserido numa fase conflituosa da vida, devido às transformações biológicas e psicológicas vividas, se vê em meio às curiosidades, aos questionamentos, à vontade de conhecer, de experimentar o novo mesmo sabendo dos riscos. Ao mesmo tempo, existe um sentimento de ser capaz de tomar suas próprias decisões. É o momento da procura pela identidade, não mais se baseando apenas nas orientações dos pais, mas também, nas relações que o jovem constrói com o grupo social no qual está inserido, principalmente o grupo de amigos.

Sendo assim, os projetos sobre drogas psicoativas trabalhados com a escola têm importância fundamental por proporcionar condições que promovam o desenvolvimento da capacidade e a aprendizagem necessários à vida em sociedade, oferecendo instrumentos de compreensão da realidade e também favorecendo a participação dos jovens em relações sociais e políticas diversificadas e cada vez mais amplas.

A presente pesquisa foi realizada a partir do Diagnóstico Situacional realizado pela Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Nova Serrana, localizada no bairro Nova Serrana, no município de Ouro Branco-MG, que resultou em relatos da

equipe sobre a importância de ações de prevenção para os adolescentes em virtude do consumo e/ou tráfico de drogas na região.

Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre os projetos sociais e a sua influência no uso de drogas entre adolescentes.

Para nortear este trabalho optou-se pelo estudo de autores que fazem abordagens referentes aos problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas entre adolescentes e o estudo de projetos sociais já desenvolvidos pelo Estado e pela Política Nacional Sobre Drogas (SENAD), assim como pesquisa em sites científicos como Scielo, e outros autores que abordam essa temática.

O projeto social ao ser trabalhado enquanto ação preventiva juntamente com a escola cumpre papel destacado na formação do adolescente para uma vida mais saudável, preparando-o para o exercício da cidadania, e promovendo o protagonismo juvenil, estimulando atitudes de autocuidado em um contexto biopsicossocial, assim como, promovendo a conscientização da saúde como direito e responsabilidade pessoal e social.

2 Objetivo

- Realizar uma revisão de literatura sobre projetos e políticas sociais sobre drogas que objetivem a prevenção do uso de drogas entre adolescentes.

3 Percurso Metodológico

O presente trabalho foi desenvolvido por meio de um diagnóstico situacional realizado pela equipe de saúde da família da Unidade Básica de Saúde (UBS) Nova Serrana em Ouro Branco - Minas Gerais do qual foi apontado o uso de drogas lícitas e ilícitas pelos adolescentes na comunidade.

Em detrimento da escassez de ações de prevenção ao uso de drogas para esse público, realizou-se uma revisão de literatura que permitiu subsidiar o conhecimento da temática em questão. Sendo assim, realizou-se consulta ao acervo virtual da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), do Observatório Mineiro de Informações Sobre Drogas (OMID) e no site do Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) da Universidade Federal de São Paulo e ao site Terra da Sobriedade: Papo Legal vinculado à Subsecretaria Estadual Sobre Drogas de Minas Gerais (SEDS/MG). Foram realizadas também pesquisas em artigos e periódicos do SCIELO, LILACS. Foram utilizados os seguintes descritores: Adolescência, Projeto social, Drogas. Prevenção e Políticas Públicas Sobre Drogas.

3.1 Caracterização do Município de Ouro Branco

Ouro Branco é uma cidade localizada na região do Estado de Minas Gerais, com aproximadamente 35643 habitantes (DATASUS 2011), com 89,6% de sua população concentrada na área urbana e 1,4% na área rural. Apresenta uma área territorial de 258,726 Km, com densidade demográfica de 2136,131hb/Km² (IBGE,2010). Situa-se a 99 km da capital Belo Horizonte. Ouro Branco foi distrito de Ouro Preto, tornando-se município em 1953. A cidade ainda guarda bens históricos

como a capela Nossa Senhora Mãe dos homens e a Igreja de Santo Antônio de Itatiaia, que também são do século XVIII.

A Serra de Ouro Branco é uma importante área de recarga das bacias do Rio Paraopeba e Rio Doce. Apresenta uma grande quantidade de nascentes e cursos d'água, que, em sua maioria, formam o Lago Soledade. Além disso, fornece toda a água que é consumida pela cidade de Ouro Branco.

Em Ouro Branco também se encontra a casa de Tiradentes, situada à margem da Estrada Real. Houve vários ciclos econômicos em Ouro Branco, que se iniciaram com o ciclo do Ouro, no século XVII; depois o ciclo da uva; posteriormente, o ciclo da batata, e, atualmente, a atividade preponderante é a industrial, que se iniciou com a instalação da então empresa estatal Aço Minas Gerais S.A. em 1976, atual Gerdau Açominas, que inaugurou o ciclo do aço.

O município possui cinco escolas públicas, quatro escolas particulares, duas escolas de educação infantil e duas escolas técnicas e profissionalizantes, sendo inaugurada em 2010 uma sede da Universidade Federal de São João Del Rey, o campus Alto Paraopeba, localizado na estrada Congonhas/Ouro Branco. Conta ainda, com dez equipes de Estratégia de Saúde da Família e dois hospitais sendo 1 público e 1 particular.

3.2 Caracterização da Unidade Básica de Saúde Nova Serrana

A UBS Nova Serrana foi planejada após discussão com a UBS Luzia Augusta que abrangia também o bairro Nova Serrana e já estavam com aproximadamente 6 mil pessoas cadastradas.

Foi então dividida em duas equipes e passou a funcionar a Unidade Luzia Augusta, pré existente e a Unidade Nova Serrana desde outubro de 2007 passou a ter sede própria, independente com uma população cadastrada de 3469 pessoas segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2011).

A UBS Nova Serrana está localizada na Zona Urbana da cidade no atendendo uma pequena população rural (Fazenda do Melado). Fica distante do centro aproximadamente 1Km e abrange uma parte dos bairros: Centro, Luzia Augusta e totalmente o Nova Serrana. A equipe de saúde da família é composta por 9 profissionais

de saúde: 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem e 6 agentes comunitárias de saúde, sendo que duas vezes por semana, conta com o atendimento de duas médicas pediatras.

Quadro 01

Consolidado da população por faixa etária cadastrada no SUS - Ouro Branco/ MG

Sexo	<1ano	1 - 4	5 - 6	7 - 9	10- 14	15- 19	20-39	40-49	50- 59	>60	Total
Masculino	30	105	47	58	131	153	602	201	100	140	1519
Feminino	29	114	67	78	164	174	722	240	120	194	1639
Número de pessoas	59	219	114	136	295	327	1324	441	220	334	3469

Fonte: SIAB 2011

Notadamente há predominância da população cadastrada no SIAB de adultos entre 20 e 39 anos, representando 38,16% da população, sendo 17,93% entre crianças e adolescentes de 10 a 19 anos, destes 262 adolescentes na faixa etária de 12 a 18 anos, dado fornecido pelas Agentes Comunitárias de Saúde segundo a Ficha de Cadastro da Família (FICHA A, 2011).

O município de Ouro Branco não possui nenhum estudo sobre a prevalência de drogas. Os adolescentes da faixa etária até 15 anos são atendidos pelos pediatras da Equipe de Saúde da Família e, a partir dessa idade, o atendimento é realizado pelo médico clínico geral. O trabalho de prevenção em saúde é realizado sobretudo nas escolas, em datas comemorativas do Ministério da Saúde.

A equipe Nova Serrana apresenta uma microárea de abrangência de maior risco por ser uma área carente e afastada.

A Prefeitura Municipal de Ouro Branco criou e implantou o Projeto Esporte e Cidadania com a participação de 750 crianças e adolescentes de 06 até os 18 anos. Oito núcleos foram criados nos bairros Alto do Chalet; Belvedere; Nova Serrana; São Francisco;

Associação Comunitária do Bairro 1º de Maio (ACBPM); João Gote; Olaria e no bairro Siderurgia. O objetivo desse projeto é proporcionar a prática de atividades esportivas, recreativas e de lazer para crianças e adolescentes com risco pessoal e social por meio de atividades direcionadas a cada faixa etária, melhorando a qualidade de vida, além de:

- Realizar políticas públicas e sociais, com a participação da iniciativa privada, que atendam às crescentes necessidades e demandas da população por esportes e lazer, especialmente, aquelas em situação de vulnerabilidade social;
- Garantir e ampliar o acesso ao esporte, recreação e ao lazer;
- Proporcionar a prática de esportes e atividades recreativas e de lazer;
- Auxiliar o desenvolvimento humano através da prática esportiva e atividades de lazer;
- Democratizar e universalizar o acesso ao esporte e ao lazer;
- Promover a cidadania esportiva e de lazer.

4 Revisão de Literatura

4.1 Políticas Públicas de Prevenção ao Uso de Drogas

As políticas públicas no Brasil referentes aos usuários de álcool e drogas foram predominantemente desenvolvidas no campo da justiça e da segurança pública, sofrendo um atraso no que diz respeito à reinserção social e à saúde dos usuários.

Segundo MACHADO (2007), a tentativa de se estabelecer o controle do uso e do comércio de drogas e preservar a segurança e saúde pública no país, começou no início do século XX, com a criação de um aparato jurídico-institucional, que se destinava, sobretudo, ao controle do consumo de drogas ilícitas. Esse aparato, constituído por uma série de leis e decretos que proibiam e criminalizavam o uso e o comércio de drogas no país, previa penas que determinavam a exclusão dos usuários do convívio social, propondo sua permanência em prisões, sanatórios em hospitais psiquiátricos.

No texto da Lei n. 5726 de 1971, a medicina psiquiátrica passa a ser aliada dos mecanismos de controle e repressão ao uso de drogas no país. O usuário passou a ser identificado como doente e/ou criminoso. Para a condução do tratamento foram propostos diferentes dispositivos assistenciais: hospitais psiquiátricos e, posteriormente, centros especializados de tratamento, públicos ou filantrópicos. Esses dispositivos tinham como objetivos salvar, recuperar, tratar e punir. Tal imprecisão, ainda constatada nos dias atuais, evidencia as múltiplas motivações que atravessam as práticas de saúde nessa área. (MACHADO, 2007).

BITTENCOURT (1985) nos mostra bem esta realidade:

Primeiramente ao surgir no cenário jurídico-penal de 1971 como um complemento às ações de repressão e prevenção, servindo para o reaparelhamento do Judiciário através da absorção de sua tecnologia. Em segundo lugar, ao se apresentar como alternativa institucional ao destino dessa classe de excluídos, implicando a psiquiatrização dos procedimentos de controle do uso de drogas em nossa sociedade. (BITTENCOURT, 1985)

Ao longo da história no Brasil, vários órgãos foram criados com o intuito de controlar o uso de drogas como o Conselho Federal de Entorpecentes - CONFEN, criado em 1980,

período da ditadura militar. Dedicavam-se a princípio ao campo de ações de repressão ao uso e ao tráfico de drogas e, posteriormente com a redemocratização do país, investiram-se nas práticas de prevenção, tratamento e pesquisa. O CONFEN apresentou significativas contribuições, com o apoio às experiências dos centros de referências de tratamento, prevenção e pesquisa e projetos ligados à redução de danos e às comunidades terapêuticas.

Esses centros contribuíram para a produção técnico-científica relacionada ao tema e inauguraram no país a possibilidade de realização de práticas não moralistas nem repressivas. Muitos atores e práticas de atenção que influenciaram a política de saúde para usuários de álcool e outras drogas tiveram suas origens nesses centros. (MACHADO, p 801-821, 2007).

No ano de 1994, com o surgimento da necessidade de se implementar a prevenção da AIDS entre os usuários de drogas, o CONFEN emitiu parecer favorável ao desenvolvimento de projetos de redução de danos. Com esta atitude, foi resolvido o impasse com relação às ações de redução de danos, impostas por leis anteriores, principalmente aquelas que previam a troca de seringas e o fornecimento para os projetos de redução de danos, que começaram a influenciar a política sanitária. Isto fez com que no ano de 2003, o Ministério da Saúde propusesse que o consumo de álcool e outras drogas fossem considerados um problema de saúde pública e não médico-psiquiátrico ou jurídico, surgindo também uma política baseada em uma concepção ampliada de redução de danos.

Com a extinção do CONFEN e da Secretaria Nacional de Entorpecentes no ano de 1998, foi instituído pela Presidência da República o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD), composto pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD).

O SISNAD, então constituído, tinha como função integrar as atividades de repressão (ao uso indevido, ao tráfico ilícito e à produção de drogas) e de prevenção (tratamento, recuperação e reinserção social dos dependentes). O Ministério da Justiça passou a ser o órgão central e a Polícia Federal, o órgão executivo do primeiro grupo de atividades. A SENAD tornou-se o executivo do segundo grupo de atividades (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social). Embora o Ministério da Saúde integrasse o SISNAD, nenhuma das atividades do segundo grupo foi atribuída a ele. (MACHADO, p 801-821, 2007).

Um dos primeiros processos desencadeados pela SENAD foi a formulação da Política Nacional Antidrogas, produto do 1º Fórum Nacional Antidrogas realizado em 1998, com a presença dos segmentos mais organizados que atuavam na área de drogas: policiais, pessoas vinculadas às comunidades terapêuticas, profissionais ligados à área científica e pessoas ligadas aos projetos de redução de danos.

Especificamente com relação à assistência à saúde, a SENAD se preocupou com ações mais pontuais, apoiando a melhoria da qualidade de trabalho realizado pelas comunidades terapêuticas, inclusive auxiliando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no processo de estabelecimento das normas mínimas para funcionamento destes locais com a criação da RDC n. 101 de 2001. Por meio dessa resolução a Comunidade Terapêutica é definida como:

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo o modelo Psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas durante o período estabelecido de acordo com o programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica e de reinserção. (ANVISA, 2001)

Em Minas Gerais, a Subsecretaria de Políticas Antidrogas, a Secretaria de Estado de Saúde por meio da Coordenação Estadual de Saúde Mental/CESM, Vigilância sanitária/VISA, e a Secretaria de Estado de Defesa Social, em parceria com as organizações não governamentais como a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) e a Federação de Comunidades Terapêuticas Evangélicas do Brasil (FETEB), propõem a implementação da Rede Complementar de Suporte Social na Atenção ao Dependente Químico como parte integrante da Política Estadual de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas.

Em 2005 o Governador de Minas Gerais, Aécio Neves assina o Decreto 44.107/05 implantando no Estado o Programa da Rede Complementar de Suporte Social na Atenção ao Dependente Químico e, por meio da Resolução 50/05, cria o Grupo de Cooperação Técnica, com componentes das Secretarias de Governo

(SEDESE/Subsecretaria de Políticas Antidrogas, Secretaria de Saúde e Secretaria de Defesa Social) envolvidas no Programa.

A Rede Complementar de Suporte Social na Atenção ao Dependente Químico tem como objetivo estabelecer uma rede de cooperação com entidades e grupos da sociedade civil que desenvolvem projetos na área de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de álcool e outras drogas integrando ações no Estado de Minas Gerais.

A criação da Subsecretaria de Políticas Antidrogas, a efervescência das discussões sobre a temática álcool e drogas no âmbito das políticas públicas (ou da ausência delas) e as demandas provenientes das Comunidades Terapêuticas, foram delineando a necessidade de um serviço na Subsecretaria, que fosse um pólo de acolhimento ao usuário e/ou seu familiar e de articulação entre estes e os serviços de tratamento. Parecia emergente a criação de um espaço que possibilitasse o atendimento presencial¹, humanizado que privilegiasse a escuta destas pessoas em seu sofrimento e desamparo.

Em março de 2004 é inaugurado o Centro de Acolhimento SOS Drogas, com o objetivo de acolher orientando e encaminhando para tratamento os usuários de álcool e outras drogas e seus familiares.

Com a efetivação de seu trabalho o SOS Drogas foi tornando-se referência para a população marcada, de alguma forma, por esta problemática e outras atividades foram nascendo de sua prática fazendo parte hoje de seu cotidiano: estatísticas mensais e anuais que trazem indicadores importantes sobre o usuário (idade, sexo, início de uso etc.) e a droga (de eleição, inicial, mais usada, as combinações etc.). Passou também a realizar capacitações e orientações sobre prevenção do uso indevido de álcool e outras drogas para grupos diversos além de produção científica e pesquisa.

Em 23 de Julho de 2008, entrou em vigor a nova Lei nº 11.754, que altera a denominação de Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) para Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). A nova nomenclatura deve-se às ações de cunho social que desenvolve e não somente de repressão às drogas, sendo que os objetivos básicos são voltados para a prevenção, o tratamento, a recuperação e a reinserção social, a redução dos danos sociais e à saúde, a redução da oferta e estudos, pesquisas e

¹ O Conselho Estadual de Entorpecentes (atual Conselho Estadual Antidrogas) desde 1991 oferecia, por telefone, orientações aos usuários e seus familiares sobre formas de tratamento.

avaliações para maior conhecimento das práticas de intervenções públicas e privadas para se concretizar os objetivos elencados.

Por meio da Lei Delegada nº 180 de 20 de janeiro de 2011, o atual Governo de Minas transfere a Subsecretaria Antidrogas da Secretaria de Estado de Esportes e da Juventude para a estrutura orgânica da Secretaria de Estado da Defesa Social, com a nova nomenclatura de Subsecretaria de Políticas Sobre Drogas.

Em agosto de 2011, o Governo de Minas Gerais lançou o programa Aliança Pela Vida constituindo-se em uma iniciativa do Governo, ao lado da sociedade e instituições, para o enfrentamento da dependência química, principalmente do crack e do alcoolismo. O programa tem como objetivo atuar diretamente na repressão do tráfico de drogas e dar apoio ao dependente químico, além de capacitar profissionais da área da saúde, assistência social e do sistema de defesa estadual para o acolhimento e atendimento do usuário de substâncias psicoativas e seus familiares. De acordo com o OMID, numa primeira etapa, os recursos estão sendo destinados a cinco ações principais:

- **Rua Livre:** O objetivo desta ação é transformar locais de consumo e de venda de drogas em espaços para a prática de atividades culturais, esportivas e de lazer.

As intervenções são realizadas em espaços públicos de maior vulnerabilidade, associando estratégias de acolhimento social, repressão ao tráfico e melhorias urbanísticas. Nesses locais é realizado simultaneamente o atendimento ao usuário por uma unidade móvel, que conta com profissionais qualificados que orientam, alimentam e fazem o encaminhamento ao serviço adequado, além de buscar referências familiares da pessoa acolhida;

- **Canal Minas Saúde:** O Canal Saúde, do Governo de Minas - uma das maiores redes de TV corporativa do país, formada por 12 mil pontos de recepção em escolas, postos de saúde, Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e presídios, também integra a Aliança pela Vida. Por meio do Canal Saúde serão capacitados 150 mil profissionais do Estado e dos municípios nas áreas de saúde, educação, assistência social e sistema de defesa social para atuar nas ações de prevenção e combate à droga. O curso iniciou em setembro de 2011, na modalidade à distância com 80 horas duração;

- **Mobilização Social:** O Governo de Minas lançou dia 03 de agosto de 2011, edital para seleção de 100 projetos de entidades sociais parceiras em todo o Estado. Elas receberão recursos de até R\$ 70 mil do Governo para desenvolver ações de mobilização

social voltadas para a prevenção e o combate às drogas. Os projetos são dirigidos para a área da educação: juventude que queira abandonar o tráfico, para profissionais do sexo, famílias, entre outros;

- **Acolhimento Familiar** – Através de equipes formadas por psicólogo e assistente social estão sendo atendidos familiares de usuários de drogas em casa. A proposta é fazer o primeiro acolhimento, orientar e, quando necessário, encaminhar membros da família ou o próprio usuário para assistência em serviços especializados, tendo como prioridade os casos de internação encaminhados juridicamente;

- **Ligue Minas 155 / SOS Drogas** – Constitui-se em informações sobre a localização e acesso a serviços de atendimento ao dependente químico. O atendimento à população é feito via telefone no número 155. Para os casos de urgência a equipe de atendentes conta com suporte de psicólogo e assistente social

Os projetos em destaque da Subsecretaria Sobre Drogas do Estado de Minas Gerais para a prevenção do uso de drogas são o Projeto Papo Legal e o Concurso de Redação, frases e desenhos, onde principalmente o segundo é trabalhado em parceria com as Secretarias Municipais de Educação junto ao público adolescente. .

O Papo Legal: “Diálogos Comunitários para a Prevenção do Uso e Abuso de Drogas” é um Programa do Governo de Minas, vinculado à Subsecretaria de Políticas Sobre Drogas, em parceria com a Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) Terra da Sobriedade. Pretende-se, para a integração e fortalecimento de uma rede social de prevenção ao uso e abuso de drogas, a articulação de representantes de instituições governamentais e de organizações da sociedade civil. (Terra Sobriedade, 2011).

A Terra da Sobriedade foi constituída oficialmente em agosto de 2002, na cidade de Belo Horizonte. Idealizada por um grupo de familiares e amigos de dependentes químicos, sensibilizados com a causa, a Terra da Sobriedade é uma associação de promoção da vida e da sobriedade, através da prevenção do uso e abuso de drogas, e da recuperação e reinserção de dependentes químicos e de seus familiares na sociedade.

A perspectiva de ação do Programa Papo Legal é essencialmente comunitária e preventiva, tendo como principio a abordagem do problema do uso de drogas a partir da identificação dos fatores de risco, que favorecem o uso de drogas e do reconhecimento, valorização e articulação dos fatores de proteção, que evitam ou dificultam este uso;

vislumbrando-se a abordagem do problema, a partir das possibilidades locais de se constituírem intervenções protetivas (OMID, 2011).

O programa Papo Legal foi firmado entre o Governo de Minas e a Terra da Sobriedade por meio de um Termo de Parceria (TP nº 24/2009) sendo apreciado e aprovado, por unanimidade, pela Câmara Técnica de Prevenção e Pesquisa, do Conselho Estadual Antidrogas de Minas Gerais (CONEAD/MG), em 10 de junho de 2008, conforme Parecer nº 001/20008 e, também por seu Colegiado de Conselheiros, na 5ª Reunião Ordinária, realizada em 17 de junho de 2008 (Terra da Sobriedade, 2011).

Acreditando que o diálogo e a participação são o melhor caminho para a construção de alternativas que tragam bem estar para todos, o Papo Legal mobiliza as comunidades para a criação e articulação da Rede Estadual de Prevenção, que vem fortalecendo a Política Estadual Sobre Drogas (Terra da Sobriedade, 2011).

A partir da construção de um diagnóstico sobre os principais fatores de risco e de proteção, relacionados com o uso e o abuso de drogas, existentes em suas localidades de atuação, propõe a mobilização e a articulação de todos os setores da sociedade – organizações governamentais, empresas e organizações não governamentais - para a elaboração e implantação de planos locais de prevenção. (OMID, 2011).

Por meio de visitas, o Programa identifica as dificuldades e potencialidades existentes em cada localidade, discute estas realidades com as comunidades em oficinas e seminários, analisa as sugestões da população, auxilia na formação e capacitação de comissões voluntárias e acompanha a elaboração e a execução dos projetos e a construção dos planos de ação local. (OSCIP- Terra da Sobriedade, 2011).

Outro projeto promovido pela Subsecretaria de Políticas Sobre Drogas são os concursos envolvendo alunos de escolas estaduais, municipais e particulares, de todo o Estado. Os concursos têm por objetivo colaborar na formação de aluno cidadão consciente, focando a prevenção ao uso e abuso de álcool e outras drogas, levando-o a refletir sobre o espaço local e principalmente sobre as suas escolhas. O aluno, o professor e a escola são premiados ao mesmo tempo em que discutem sobre as drogas e suas implicações por meio do tema: **Concurso de redação, frases e desenhos ‘Viva feliz sem drogas’**.

O concurso já está na sua 14ª edição, iniciou-se no ano de 1998, sob a responsabilidade do Conselho de Entorpecentes (CONEM), hoje Conselho Estadual Antidrogas (CONEAD). No ano de 2004, ele passou a ser realizado pela Subsecretaria de Políticas

Sobre Drogas. O Concurso de Redação, Frases e Desenhos visa a uma prática educacional voltada para a compreensão da realidade social e dos direitos e responsabilidades em relação à vida pessoal e coletiva, especialmente quanto ao uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas.

Podem participar do concurso alunos das escolas dos ensinos fundamental (1º ao 9º ano), médio (1ª à 3ª série) e do ensino especial das redes pública e particular de Minas Gerais, nas categorias redação, desenho, desenho especial, grafitismo, frase e desenho com frase.

4.2 Adolescência: O início de muitas mudanças

Considera-se adolescente aquela pessoa que se encontra na faixa etária entre doze e dezoito anos de idade, conforme a definição encontrada no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 2006).

Pereira (2000) lembra que a palavra adolescência surgiu no dicionário por volta de 1865 com o significado de passagem, momento. O termo adolescente vem do latim “adolescere”, que significa crescer, brotar, fazer-se grande.

A adolescência é um processo por meio do qual o sujeito vivencia diversos lutos: luto pelo corpo infantil, pelo papel e identidade infantil e pelos pais da infância, (CORRÊA, 2000).

Partindo da mesma linha de raciocínio, Alberti (2008) traz questões acerca do processo de separação e perdas típicas da adolescência e explica que isso ocorre devido à descoberta da falha na imagem ideal que o sujeito tinha de seus pais e do afastamento destes, de forma voluntária, como explica a autora: “Digo que a própria adolescência é uma escolha do sujeito. Ele pode escolher atravessá-la, mas pode também não escolhê-la. Entendo que entrar na adolescência já é, *per se*, uma escolha – o sujeito escolhe assumir o desligamento dos pais” (ALBERTI, 2008).

Pereira (2006), ao se referir aos estudos da mesma autora, pontua que uma das formas de se definir a adolescência é encará-la como o tempo de queda dos ideais familiares para a ascensão dos ideais grupais.

Além da vivência dos lutos citados, a fase da adolescência é acompanhada por transformações corporais e o despertar sexual. Tais vivências produzem um impacto na vida do sujeito, provocando angústia e conduzindo-o à escolhas e referências. “Nesse contexto, surge a adolescência com a característica fundamental do despertar para o sexo, para o outro, para a vida adulta – cheia de escolhas, responsabilidades, frustrações, ilusões, amores e desamores” (PEREIRA, 2000).

Enquanto a adolescência inicial coincide com as primeiras modificações corporais da puberdade, a adolescência final, tanto na teoria como na prática, não estabelece critérios rígidos. Essa transição está relacionada à aquisição de uma maior autonomia e independência em diversos campos da vida, expressa na possibilidade de manter-se profissionalmente, na aquisição e na sedimentação de valores pessoais, no estabelecimento de uma identidade sexual, de relações afetivas estáveis e de relações de reciprocidade com as gerações precedentes, familiares e membros da sociedade (SES MG, 2006).

Em suma, a adolescência é um período de conturbação e descompasso que demanda recursos para enfrentá-la. Um dos recursos pode ser o uso de drogas. O sujeito lança mão das substâncias para aliviar a angústia e para lidar com os impasses desta etapa da vida. “A saída pela via do tóxico permite aos adolescentes uma suspensão daqueles conflitos associados à demanda de uma nova posição” (TOROSSIAN, 2007).

Nesse caso, o uso de drogas terá funções específicas para o adolescente que Bittencourt (1997) classifica como quatro: 1) o adolescente se droga para esquecer o corpo, para amenizar a angústia causada pelas mudanças corporais; 2) se droga a fim de aliviar os impasses advindos do encontro com a sexualidade; 3) o ato de o adolescente se drogar proporciona à assunção de atributos fálicos, de poder, pois fortalece as identificações e o reconhecimento; 4) por fim, no recurso às drogas, o adolescente promove uma separação da autoridade parental.

De toda forma, cada sujeito estabelece um tipo de relação com a droga. Existem adolescentes que experimentam a droga, mas conseguem direcionar seu prazer para outros fins, como esporte, música, amor, trabalho, religião, etc. Já outros, se fixam neste uso e buscam a droga repetitivamente. A forma de usar é diferente e pode ser classificada como uso recreativo e uso compulsivo (levando à dependência). Sciovoletto

(2001) alerta para o cuidado ao diferenciar abuso de drogas e dependência principalmente quando se trata de adolescentes.

[...] alguns níveis de consumo de álcool, e até mesmo de algumas drogas, são muitas vezes considerados normais durante a adolescência. A distinção entre abuso e dependência é fundamental para o planejamento e desenvolvimento de intervenções médicas e psicológicas apropriadas. (SCIOVOLETTO, 2001).

No Brasil, estudo realizado pelo CEBRID sobre o uso indevido de drogas por estudantes (n = 2.730) dos antigos 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras (Galduróz et al., 1997) revelou percentual altíssimo de adolescentes que já haviam feito uso de álcool na vida: 74,1%. Quanto a uso freqüente, e para a mesma amostra, chegou-se a 14,7%. Ficou constatado que 19,5% dos estudantes faltaram à escola, após beber, e que 11,5% brigaram, sob o efeito do álcool (BRASIL, 2003).

Os adolescentes que fazem uso considerado abusivo de álcool e outras drogas e apresentam problemas como perda de vínculo, comprometimento físico entre outros, são aqueles que buscam tratamento. Em geral, eles não têm uma demanda espontânea e, muitas vezes, são encaminhados pela família, escola, Conselho Tutelar, etc.

Essa forma de encaminhamento, não espontânea e não baseada em sua necessidade ou desejo, bloqueia o adolescente que precisa ser convidado a falar. A melhor maneira de fazê-lo é por meio de alguma atividade como oficinas e grupos específicos, para que as experiências subjetivas sejam expressas e outras formas de prazer sejam descobertas.

4.3 Um breve Histórico sobre as Drogas e sua Classificação

Segundo dados do Observatório Mineiro de Informações sobre Drogas (OMID), o termo droga tem origem na palavra “drogg”, proveniente do holandês antigo e cujo significado é folha seca. Esta denominação é devido ao fato de, antigamente, quase todos os medicamentos utilizarem vegetais em sua composição. A Organização Mundial

da Saúde (OMS) possui uma definição do termo droga que abrange qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento.

As drogas podem ser caracterizadas segundo a alteração que provocam no organismo em: psicotrópicas, estimulantes e perturbadoras do sistema nervoso central.

As drogas utilizadas para alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental são chamadas de drogas psicotrópicas, que atuam sobre o cérebro alternando de alguma forma o psiquismo. Por essa razão, são também conhecidas como substâncias psicoativas (OMID,2011). As drogas psicotrópicas dividem-se em três grupos: depressoras, estimulantes e perturbadoras. As drogas depressoras do sistema nervoso central – álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, inalantes e opiáceos - fazem com que o cérebro funcione lentamente, reduzindo a atividade motora, a ansiedade, a atenção, a concentração, a capacidade de memorização e a capacidade intelectual.

As estimulantes do sistema nervoso central - anfetaminas, cocaína e tabaco-, por outro lado, aceleram a atividade de determinados sistemas neuronais, trazendo como conseqüências um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos.

Por fim, as drogas perturbadoras do sistema nervoso central – maconha, alucinógenos, dietilamina do ácido lisérgico (LSD), êxtase e anticolinérgicos- produzem uma série de distorções qualitativas no funcionamento do cérebro, como delírios, alucinações e alteração na senso-percepção. Por essa razão, são também chamadas de alucinógenos.

Uma terceira denominação para esse tipo de droga é psicomiméticos, devido ao fato de serem conhecidas como psicoses as doenças mentais nas quais esses fenômenos ocorrem de modo espontâneo.

É importante ressaltar que nem todas as substâncias psicoativas têm a capacidade de provocar dependência. Muitas são usadas com a finalidade de produzir efeitos benéficos, como no tratamento de doenças, sendo consideradas, assim, medicamentos (CEBRID,2012).

4.4 Entendendo a Dependência Química

As drogas foram utilizadas, através dos tempos, por grupos variados com fins religiosos, culturais, medicinais, de prazer, místicos, psicológicos e climatológicos, e até mesmo, como forma de buscar a transcendência, as alterações do estado de ânimo e da própria consciência (RIBEIRO et al, 1997).

Palha e Bueno (2001) ressaltam também que as drogas eram utilizadas com o propósito de obter força e coragem nas lutas do trabalho, ou até mesmo, nas lutas da honra pessoal ou coletiva. Isso, porque o homem sempre buscou, ao longo das épocas, maneiras de aumentar o seu prazer e diminuir o seu sofrimento. Pode-se dizer, então, de uma forma geral que a história da dependência química se confunde com a própria história da humanidade, ou seja, o consumo de drogas sempre existiu, desde as épocas mais antigas e em todas as culturas e religiões.

A questão do uso abusivo de drogas na atualidade corresponde a um problema proeminente e abrangente, em nível mundial, envolvendo diversas instâncias, uma vez que este não diz respeito apenas ao usuário de substâncias psicoativas, caracterizando-se, portanto, como um grave problema social e de saúde pública. Neste sentido, segundo Laranjeira (2004), poucos fenômenos sociais acarretam mais custos com justiça e saúde, dificuldades familiares, e notícias na mídia do que o consumo abusivo de álcool e drogas.

Segundo a OMS, uso nocivo é "um padrão de uso de substâncias psicoativas que está causando dano à saúde", podendo ser esse de natureza física ou mental. A intoxicação aguda ou 'ressaca', dependendo de sua intensidade, por si só, não é considerada dano à saúde. A presença da síndrome de abstinência ou de transtornos mentais relacionados ao consumo exclui esse diagnóstico.

A dependência possui sinais e sintomas específicos. Portanto, não se fala em intuição, tampouco em abismos quando se identifica alguém com problemas de dependência. De modo geral, há alguma perda do controle sobre o uso, associado com sintomas de abstinência e tolerância. Para evitar o surgimento de tais sintomas, os usuários passam a consumir a substância constantemente e a privilegiar o consumo a outras coisas que antes valorizava.

Baseada nos critérios da dependência química, a OMS (2007) elaborou suas diretrizes diagnósticas para a síndrome de dependência de substâncias psicoativas. Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento do ano anterior:

- Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;
- Um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;
- Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas. Devem-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.

Apesar de existir uma enorme variedade de explicações teóricas para as causas da dependência de álcool, nicotina e outras drogas, há um conceito unânime: dependência é uma relação alterada entre um indivíduo e seu modo de consumir uma substância. Essa relação alterada é capaz de trazer problemas para o seu usuário. Muitos indivíduos, porém, não apresentam problemas relacionados ao seu consumo. Outros apresentam problemas, mas não podem ser considerados dependentes. Por último, mesmo entre os dependentes, há diferentes níveis de gravidade (SOLDEIRA, 2004).

De acordo ainda com o autor, buscar um conceito sobre dependência a substâncias psicoativas não se completa pela constatação de sua presença ou ausência. Mais do que saber se ela está lá, é preciso identificar e determinar seu grau de desenvolvimento. Além disso, é preciso entender como os sintomas observados são moldados pela personalidade dos indivíduos e pelas influências sócio-culturais.

O conceito atual dos transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas rejeitou a idéia da existência apenas do dependente e do não-dependente. Existem, ao invés disso, padrões individuais de consumo que variam de intensidade e gravidade ao longo de uma linha contínua. Não existe um consumo absolutamente isento de riscos. Quando este é comedido e cercado de precauções preventivas, é denominado consumo de baixo risco. (CEBRID, 2012)

Os fatores de risco e de proteção ao uso de drogas podem ser identificados em todos os domínios da vida: nos próprios indivíduos, em suas famílias, em seus pares, em suas escolas e nas comunidades, e em qualquer outro nível de convivência sócio-ambiental. É importante notar que tais fatores não se apresentam de forma estanque, havendo entre eles considerável transversalidade, e conseqüente variabilidade de influência. Ainda assim, podemos dizer que a vulnerabilidade é maior em indivíduos que estão insatisfeitos com a sua qualidade de vida, possuem saúde deficiente, não detêm informações minimamente adequadas sobre a questão de álcool e drogas, possuem fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente (BRASIL, 2003).

A efetiva prevenção é fruto do comprometimento, da cooperação e da parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira e dos órgãos governamentais, federal, estadual e municipal, fundamentada na filosofia da “Responsabilidade Compartilhada”, com a construção de redes sociais que visem à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde (BRASIL, 2002).

Para implementar a Política Estadual sobre Drogas em Minas Gerais foi criado o CREAD, que é o Centro de Referência Estadual em Álcool e Drogas. O CREAD é um pólo de implementação da política estadual que visa integrar as ações de atendimento ao dependente químico em todo o Estado de Minas Gerais. Neste, há o Centro de Acolhimento SOS Drogas, um serviço público que oferece orientação aos dependentes químicos e seus familiares.

A literatura aponta fatores de risco para esta população (KLAJNER, 2005). São eles:

- Uso de drogas pelos pais e amigos;
- Desempenho escolar insatisfatório;
- Relacionamento deficitário com os pais e baixa auto-estima;
- Sintomas depressivos;
- Ausência de normas e regras claras;

- Necessidade de novas experiências e emoções;
- Baixo senso de responsabilidade;
- Pouca religiosidade;
- Antecedentes de eventos estressantes;
- Uso precoce de álcool;
- Mensagens a favor do uso por pais, amigos e meios de comunicação (na fase de experimentação).

Vale ressaltar que todos estes fatores citados acima são considerados de risco, mas não são determinantes do uso. O que é importante destacar é que é no ambiente que a criança aprenderá (ou não) a lidar com cada um destes pontos ressaltados, assim como é o meio que irá disponibilizar recursos, ou não, para que ela desenvolva seu próprio repertório de ação.

Ajudar o adolescente a desenvolver as suas habilidades para lidar com as situações de sua vida é responsabilidade dos cuidadores e educadores, mas não podemos esquecer que mesmo num meio extremamente favorável a criança pode não percebê-lo como tal (ZAGURY, 2009).

Primeiramente é importante ressaltar que programas de prevenção ao uso de drogas precisam diferenciar o uso de substâncias do abuso e da dependência. Cada intervenção feita deverá ser calibrada de acordo com o público a que se direciona.

É chamada de **Intervenção Global** aquela destinada à população geral, supostamente sem qualquer fator associado ao risco. Estas intervenções são aquelas desenvolvidas na comunidade, em ambiente escolar e em meios de comunicação em geral. As intervenções globais devem visar principalmente à população jovem, que ainda não deu início ao consumo, ou que ainda não apresenta uso abusivo. Dificilmente um adulto inicia um consumo de álcool e/ou drogas, principalmente de forma abusiva, depois dos 25 anos de idade. A escola é sim, portanto, um espaço privilegiado para reflexão e formação, já que é onde eles vivem boa parte de suas vidas. Porém, pensar em campanhas educativas sobre drogas, como foi dito acima, tem se mostrado pouco (ou nada) eficaz, segundo a literatura internacional. (BRASIL, 2008).

A **Intervenção Específica** é direcionada para populações com um ou mais fatores associados ao risco de uso de substâncias ou que já sejam usuários iniciais. Por exemplo, ações voltadas para filhos de dependentes de substâncias (BRASIL, 2008).

A chamada **Intervenção Indicada** é voltada para pessoas identificadas como usuárias ou com comportamentos relacionados direta ou indiretamente ao uso de substâncias, como por exemplo, ações voltadas aos usuários de crack, na chamada crackolândia, em São Paulo (BRASIL, 2008).

As ações preventivas devem facilitar a promoção da atenção global aos indivíduos, melhorando o seu acesso a dispositivos de cuidados e à rede de suporte social existente em seu território; devem também facilitar a sua inserção e integração comunitárias, encontrando o seu campo legítimo de atuação na comunidade. Devem, enfim, ajudar a proporcionar ganhos de qualidade de vida para as pessoas, com a facilitação de condições básicas à reconstrução não somente de vivências em que a participação do álcool e das drogas seja nenhuma, mínima ou menos danosa, mas de projetos de vida individualizados que comportem opções mais produtivas e alternativas ao uso de álcool e outras drogas enquanto fonte de prazer, e que detenham uma perspectiva evolutiva real para o futuro destas pessoas (BRASIL, 2003).

A Política Estadual sobre Drogas preconiza a diferenciação entre usuários e traficantes e está voltada para estratégias de prevenção e promoção que viabilizem a conscientização dos problemas associados ao abuso de drogas.

Segundo a OMS (2001), considerando pessoas de todas as idades e todos os locais do mundo, o uso de álcool está associado a 1,3% da carga geral de anos de vida perdidos por incapacidade ou morte, relacionadas ao uso abusivo de drogas. Para homens, a taxa quase dobra. Se considerarmos apenas a incapacidade para pessoas entre 15 e 44 anos de idade, de ambos os sexos, o álcool é responsável por 5,5% de perda de anos por incapacidade, sendo esta a segunda causa de perda mais importante.

Para nortear este trabalho optou-se pelo estudo de autores que fazem abordagens referentes aos problemas relacionados ao abuso de drogas e álcool entre crianças e jovens e o papel do projetos sociais na problemática. A formação do adolescente para o exercício da cidadania, deve compreender a motivação e a capacitação para o

autocuidado, assim como compreensão da saúde como direito e responsabilidade pessoal e social.

A preocupação com o tema surgiu do fato de ainda não existir pesquisa sobre os fatores determinantes do uso nocivo de drogas lícitas e ilícitas entre os estudantes do referido município, o que torna necessário um maior conhecimento da real situação desse contingente ainda pouco estudado, para se tentar perceber até que ponto as diferentes condições de vida levam os jovens a fazer uso de drogas cada vez mais cedo.

4.5 O Município de Ouro Branco: Comunidade Terapêutica Bom Pastor

Em Ouro Branco temos um serviço de saúde mental cadastrado com duas frentes de trabalho: uma é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) I e a outra é um ambulatório de saúde mental especializado.

A Comunidade Terapêutica Bom Pastor está localizada no município de Ouro Branco é uma entidade filantrópica destinada a tratar dependentes de álcool e outra drogas, do sexo masculino, maiores de dezoito anos, em regime de internação de até 6 meses. A Comunidade Terapêutica tem como objetivo ajudar o dependente químico a se tornar uma pessoa livre por meio da mudança do estilo de vida, capaz de realizar um projeto de vida construtivo, de aprender a estar bem consigo mesmo e com os outros.

O programa terapêutico-educativo é baseado na participação efetiva dos internos, na colaboração mútua, partilhando informações, estabelecendo um sistema de normas e valores definidos, além de uma comunicação aberta nos relacionamentos individuais e grupais.

A manutenção dos custos da entidade se dá por meio de: 15% por contribuições de familiares de pessoas em tratamento, 50% por parceiros de responsabilidade social (empresas privadas, entidades, prefeituras) e 30% parceiros (pessoas de boa vontade).

A Organização Funcional é composta por: 1 Diretor administrativo, 1 Diretor financeiro, 1 Coordenador administrativo, 1 Coordenador técnico (psicóloga) – especialista em dependência química, 2 Psicólogos (sendo 1 especialista em dependência química), 1 Psiquiatra, 1 Assistente Social – especialista em dependência

química, 1 Terapeuta Ocupacional – especialista em dependência química, 1 Nutricionista, 1 Artesã, 1 Secretária, 6 Monitores (educador social, com capacitação oferecida pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas), 1 Auxiliar de fazenda, 1 Motorista, 22 Voluntários (espiritualidade, grupos de apoio, transporte, manutenção elétrica e hidráulica, compras, eventos e captação de recursos).

A triagem avalia o grau de comprometimento biológico, psíquico, familiar, social e jurídico do candidato, bem como o nível de motivação para o tratamento. É conduzida pela psicóloga, assistente social ou terapeuta ocupacional, juntamente com seus familiares e responsáveis.

O processo de triagem poderá ajudar o candidato a se conscientizar de sua problemática e avaliar se a abordagem de comunidades terapêuticas é adequada para o caso. O processo se divide em três etapas:

- 1º entrevista: avalia o desejo do candidato; colhe informações gerais sobre o consumo de substâncias; oferece orientações sobre o programa, sobre as próximas etapas do processo e contrato de abstinência.
- 2º entrevista: avalia o comprometimento do candidato, avalia exames e relatórios médicos, define a contribuição mensal, restabelece contrato de abstinência e encaminha para grupos de ajuda mútua.
- 3º entrevista: refere-se à internação do candidato no centro de triagem; nesta etapa se trabalha o regimento interno com a família e o candidato; acerta-se a contribuição mensal e a assinatura do termo de ajuste entre as partes.

A entidade estabelece algumas condições para internar-se como: Abster-se do consumo de qualquer substância química, inclusive o tabaco; expressar aceitação voluntária; idade acima de 18 anos, segundo o Regimento; aceitar as normas e regras da Comunidade; aceitar o programa terapêutico proposto pela Comunidade com suas diversas fases e escala de visitas de reinserção social; aceitar a obrigatoriedade de participação nas atividades programadas.

A Comunidade Terapêutica Bom Pastor atende às exigências mínimas para funcionamento, determinadas pela Resolução 29 /2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa – Ministério da Saúde. Atendendo às diretrizes das Políticas Nacional e Estadual Sobre Drogas. É filiada à FEBRACT (Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas.). Integrante da rede complementar de suporte

de atenção ao usuário de álcool e outras drogas da Subsecretaria de Políticas Antidrogas, do governo de Minas Gerais.

Apresenta enquanto metodologia o modelo de tratamento de aprendizado social através da auto ajuda, modelo cognitivo comportamental e filosofia do AA e do NA. A Comunidade tem como enfoque o gerenciamento do comportamento, nos aspectos psicológicos e emocionais, nos aspectos intelectuais e espirituais, bem como nas habilidades vocacionais e de sobrevivência.

A Programação semanal dos residentes internados na Comunidade Terapêutica Bom Pastor possui várias atividades diárias diferentes e segue a rotina abaixo:

- 06h00min / 06h25min - Despertar
- 06h30min / 06h55min - Café
- 07h00min / 08h00min - Reunião Espiritual
- 08h05min / 08h55min - Reunião Matinal
- 09h00min / 11h45min – Laborterapia/Oficinas Terapêuticas/Atendimento Individual
- 12h30min / 13h55min - Almoço
- 14h00min / 16h00min - Grupos terapêuticos e de conscientização/atendimento Individual
- 16h15min / 16h30min - Lanche
- 16h35min / 17h55min - Horário Livre
- 18h00min / 19h00min - Espiritualidade
- 19h05min / 20h00min - Jantar
- 20h05min / 21h00min - Grupos de ajuda Mútua e Seminários

- 22h00min - Recolher

A Comunidade Terapêutica Bom Pastor possui um regulamento interno, de acordo com a Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas, que normaliza o atendimento e a permanência dos residentes (internos) dentro do programa.

O vínculo maior da Comunidade é com a ESF Pioneiros, em atendimentos que demandam parte clínica e encaminhamentos especializados dos internos. Nas demais UBS os médicos clínicos solicitam exames de patologia clínica com encaminhamento da comunidade. Os serviços de saúde mental não trabalham em parceria com a Atenção Básica em trabalhos de prevenção do uso de drogas, podendo sua concretização ser muito benéfica para a população do município.

5 Considerações Finais

O grande desafio na redução de consumo e do tráfico de entorpecentes é conseguir chegar precocemente ao adolescente antes que ele venha a ter contato com as drogas, tanto com sua oferta diária direta como pela curiosidade despertada pela própria vulnerabilidade da adolescência.

A prevenção voltada para o uso e/ou dependência de álcool e outras drogas é um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a diminuição da redução dos fatores de risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção. Implica necessariamente em inserção comunitária, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis, criando-se uma cultura de promoção à saúde entre os adolescentes e suas famílias.

Entende-se que a promoção da saúde seja instrumento de articulação de transversalidade que confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco. A ampliação do comprometimento e da co-responsabilidade entres os diversos setores sociais poderá possibilitar troca na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas na luta contra as drogas.

6 Referências

ALBERTI, Sônia. **O adolescente e o Outro**. 2 Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2008. 75p.

BITTENCOURT, Ligia Maria. **Do discurso jurídico à ordem médica: os descaminhos do uso de drogas no Brasil**. Rio de Janeiro: PUC, 1986

BRASIL, **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Lei nº8. 069 13 de Julho de 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. 106p.

BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: SENAD, 2002b. 8p.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. IBGE Cidades. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>?Acesso em 12 fev. 2012.

BRASIL. **Lei Federal nº 11.343**. De 23 de agosto de 2006. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. SENAD. **Políticas Sobre Drogas**. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/senad/data/Pages/MJD0D73EAFPTBRNN.htm>. Acesso em 14 de nov. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. ANVISA. Disponível em: www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm. Acesso em 03 de abril 2012.

CARLINI-CONTRIM, B. **Pesquisas epidemiológicas Sobre o uso de drogas entre estudantes: Um manual de orientações gerais**, São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. 1993.

Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. CEBRID. Departamento de Psicobiologia - Universidade Federal de São Paulo, 2006 Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/index.php> . Acesso em 08 de dez. 2011

CORRÊA, Vicente Júnior. A adolescência e a toxicomania. In: GROSSI, Fernando. T.; BAHIA, Idálio V. e OSCAR, Cirino. (orgs). **Psicóticos e adolescentes: por que se drogam tanto?** Belo Horizonte: Centro Mineiro de Toxicomania, 2000. 121-126p.

Departamento de Informática do SUS. DATASUS. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em 05 jan. 2012.

Diálogos Comunitários Sobre o Uso e Abuso de Drogas. <http://www.terradasobriedade.org.br/papolegal/>. Acesso em: 03 de nov. 2011

KLAJNER, Henrique. **Auto Estimulação e Adolescentes**. Marco Zero Ed, São Paulo, 2005. 311p.

LARANJEIRA, R. (2004). Prefácio. In I. Pinsky & M. A. Bessa (2004). **Adolescência e drogas** São Paulo: Contexto.9-10 p.

MACHADO, Ana Regina e Carneiro, P.S. **Fragmentos da História da Atenção à Saúde para Usuários de Álcool e Outras Drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública**. Hist. Cienc. Saúde – Mangueiras, set. 2007, vol. 14, nº3, p. 801-821..

MEDEIROS, R. **Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. 137-143p.

MINAS GERAIS. **Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do adolescente**: Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein- NEAD. Disponível em: <http://www.einstein.br/alcooledrogas>. Acesso em 12 dez. 2011.

Observatório Mineiro de Informações Sobre Drogas OMID. Disponível em: <http://www.omid.mg.gov.br>. Acesso em: 14 de nov. 2011.

Organização de sociedade civil de interesse público (OSCIP) Terra da Sobriedade. 2002. Disponível em: <http://www.terradasobriedade.org.br>. Acesso em 15 de dez. 2011.

Organização Mundial da Saúde 2004 - Neurociência de consumo e dependência a substâncias psicoativas: resumo. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data ISBN 92 4 859124 8 Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf. Acesso em 19 nov.2011.

Organização Mundial de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2001.

PALHA, A. P., & Bueno, J. R. (2001). Prefácio. In S. D. Seibel & A. Toscano Jr. (Orgs.), **Dependência de drogas** (pp. IX) São Paulo: Atheneu.

PEREIRA, Luiz, FLORACCHI, M. **Educação e Sociedade: leituras de sociologia da educação**: 10ª Ed. São Paulo: Moraes, 2000.

PEREIRA, Sandra Mara. Toxicomania: uma saída possível para os impasses da adolescência? In: GROSSI, Fernando. T.; BAHIA, Idálio V. e OSCAR, Cirino. (orgs). **Psicóticos e adolescentes: por que se drogam tanto?** Belo Horizonte: Centro Mineiro de Toxicomania, 2000. 117-121p.

PEREIRA, Sandra Mara. O uso e o abuso de drogas na adolescência. In: CIRINO, O. e MEDEIROS, R. **Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. 137-143p.

RIBEIRO, M., Vargas, E., Alves, M., Guimarães, L., & Moreira, G. (1999). O consumo de substâncias psicoativas em Juiz de Fora-MG. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 48(9), 405-413.

SCIOVOLETTO, S. Tratamento psiquiátrico de adolescentes usuários de drogas. In: FOCCHI, G. et al (orgs). **Dependência química: novos modelos de tratamento**. São Paulo: Roca, 2001. 65-83 p.

SOLDEIRA, Meire, *et al*: Uso pesado de álcool por estudantes, prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo. 2004

TOROSSIAN, Sandra Djamboladjian. Trajetos Adolescentes na construção de toxicomanias. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v.13, n.1, jun. 2007.123-136p

ZAGURY, Tânia. **Encurtando a Adolescência**. 11ed, Rio de Janeiro, 2008. 311p.