

UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**O Consumo de Drogas no Brasil: Implicações Jurídicas e
Prevenção da Dependência**

Juliana da Silva Moreira

Belo Horizonte
2010

UFMG
Universidade Federal de Minas Gerais

O consumo de Drogas no Brasil: implicações jurídicas e prevenção da dependência

Monografia apresentada como requisito parcial para a conclusão do Curso de Pós Graduação lato senso em Medicina de Família e Comunidade oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Orientadora: Andréa Maria Silveira

Juliana da Silva Moreira

Belo Horizonte
2010

UFMG
Universidade Federal de Minas Gerais

O consumo de drogas no Brasil: implicações jurídicas e a prevenção da dependência

Juliana da Silva Moreira

Data de aprovação: ____ de _____ de 20____.

Prof.^a Andrea Maria Silveira

RESUMO

Trata o presente estudo de fazer uma abordagem crítica acerca do tratamento que a ordem jurídica confere ao usuário de drogas. Demonstra-se que o dependente não encontra nos serviços públicos de saúde tratamento adequado para se livrar do vício e nem o suporte por parte do Estado para se reinserir socialmente.

Tímida ainda se mostra também a atuação do Poder Judiciário na aplicação de sanções às indústrias do cigarro de maneira que a omissão estatal pode levar ao aumento do número de vítimas das drogas.

Palavras- chaves: descriminalizar, uso de drogas, adição, drogas.

ABSTRACT

The present study makes a critical analysis of the treatment that the law gives to the drug user. It is shown that the public health services does not gives appropriate treatment to the drug user in order to him to get rid of the addiction. Besides, the state does not act to reintegrate the addicted to the society.

The performance of the judiciary is also weak, for not imposing sanctions against the smoke industry. This default of the state may lead to an increase in the number of victims of the drugs.

Keywords: decriminalize, drug use, addiction, drugs.

LISTA DE ABREVIATURAS

Jan.	Janeiro
Fev.	Fevereiro
Abr.	Abril
Jun-	Junho
Jul.	Julho
Ago.	Agosto
Out.	Outubro
Dez.	Dezembro
Art.	Artigo
Ed.	Edição
V.	volume
N.	número
P.	página (s)
Cap.	capítulo
Ex:	Exemplo

LISTA DE SIGLAS

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUS- Sistema Único de Saúde

UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo

ONU- Organização das Nações Unidas

INCA- Instituto Nacional do Câncer

OMS- Organização Mundial de Saúde

CTBCódigo de Trânsito Brasileiro

COMADs- Conselhos Municipais antidrogas

ESF- Estratégia de Saúde da Família

Conteúdo

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
2.1 Contextualização do uso de drogas no Brasil	9
2.2 A descriminalização do uso de drogas no Brasil	11
2.3 O tratamento conferido pelo ordenamento jurídico à embriaguez	14
2.4 Fatores de risco para o uso de drogas no Brasil- Drogas na adolescência	15
2.5 O fumo e o álcool como as drogas mais consumidas entre os usuários	20
2.5.1 Abordagens acerca do uso fumo.....	20
2.5.2 O combate ao tabagismo passivo – Legislações que vedam o consumo do cigarro em locais públicos e fechados	22
2.5.3 Leis estaduais mais restritivas ao uso de fumo.....	25
2.5.4 Abordagem acerca do consumo de álcool no Brasil.....	26
2.6 O funcionamento dos serviços públicos de saúde e o atendimento aos dependentes de drogas	28
2.7 Bases fundantes do PSF no Brasil	29
2.8 Aplicação das políticas de tratamento e prevenção ao consumo de drogas	31
3. CONCLUSÃO.....	34
4. REFERÊNCIAS	36

1.0 INTRODUÇÃO

Trata o presente estudo de uma abordagem acerca do consumo de drogas lícitas no Brasil, as conseqüências sociais, físicas e psicológicas deste consumo e das políticas que devem ser adotadas pelo Sistema único de Saúde na prevenção da dependência.

A abordagem acerca do uso de drogas será permeada por meandros jurídicos ao longo de todo o desenvolvimento do tema.

Este atrelamento entre políticas de saúde pública e legislação no tocante ao consumo de drogas no Brasil é necessário, pois o debate atual está focado em discursos científicos que hora tendem a configurar o consumo de drogas como problema de segurança pública, hora como questão de saúde pública. É o próprio Estado mudando o seu discurso, ao longo dos anos, com relação ao uso de drogas.

Após as abordagens sob o ponto de vista legal, mais palpável se tornará a abordagem sob o ponto de vista médico, pois o profissional de saúde saberá estar tratando não de um problema a ser enfrentado pelos sistemas repressivos à criminalidade, mas a ser enfrentado no âmbito da saúde pública no Brasil.

O foco principal do estudo será, desta maneira, trazer à luz as questões atinentes ao consumo de drogas no Brasil e propor soluções a serem adotadas pelo Sistema Único de Saúde para evitar que os indivíduos busquem a droga para aliviarem seus sofrimentos e, uma vez já usuários, métodos para retornarem ao convívio em sociedade.

Drogas consideradas lícitas, tais como o álcool, cigarro e medicamentos de uso controlado vitimam anualmente milhares de pessoas que as consomem.

As drogas lícitas, por si só, não geram sanções legais ao usuário. A consequência recai principalmente sobre o organismo do usuário e interfere nas relações pessoais deste com a comunidade da qual faz parte.

No que diz respeito às drogas ilícitas, a questão ganha um vulto ainda maior uma vez que estas além dos aspectos físicos, psicológicos e sociais do usuário apresentam, de maneira ainda mais exacerbada, o componente da violência.

No aspecto relacionado à violência supramencionada, no tráfico de drogas, encontra-se um dos principais geradores de homicídios no Brasil, conforme dados que serão trazidos oportunamente.

Será discutido se é cabível a descriminalização da condição do usuário para que este seja tratado como um indivíduo doente e, por isso, passível de tratamento ou se deveria o uso de drogas ilícitas também ser enquadrado como crime e, por isso, passível das sanções legais. Esta será também uma reflexão que será trazida neste estudo.

Para discorrer sobre o assunto, será empreendida uma análise sobre a Lei nº 11.343/2006, conhecida como Lei de drogas.

Será verificada qual conduta, quando praticada, dará ensejo à punição pelo direito penal brasileiro.

Ainda no campo jurídico, é necessário conferir um enquadramento para condutas praticadas por indivíduos que se encontram em estado de embriaguez. Crimes praticados por eles teriam um tratamento legal diferenciado, uma vez que estes se encontram com o estado de discernimento reduzido pelo consumo da droga?

Será visto qual o tratamento legal dado a usuários de drogas, inclusive sob o ponto de vista de legislações específicas: a Lei de trânsito e as legislações estaduais que vedam o consumo de drogas em locais públicos.

Mais especificamente no campo médico, serão trazidas metodologias que podem ser aplicadas no aperfeiçoamento da abordagem profissional de saúde/dependente de drogas.

Em um terceiro momento será demonstrada a estruturação atual do SUS (Sistema Único de Saúde) no que diz respeito às bases existentes e às necessárias para se empreender a melhor política de prevenção e atendimento ao usuário de drogas.

Serão discutidas também estratégias que poderão ser utilizadas para se otimizar a prevenção ao uso de drogas no seio da comunidade atendida e oferecer tratamentos os mais eficazes possíveis ao usuário de drogas.

Para se abordar estes aspectos mencionados é necessário também demonstrar as principais dificuldades enfrentadas por profissionais da área de saúde

na implementação das políticas relacionadas ao uso de droga. O que demonstra a disparidade entre o discurso empregado pela administração pública e a realidade que de fato existe no trato com a questão do usuário de drogas.

2.0 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Contextualização do uso de drogas no Brasil

O consumo de drogas sejam elas lícitas ou não passou a ser enfrentado como questão de saúde pública não somente no Brasil, mas de forma espraiada por diversos países.

Tal perspectiva se faz presente não apenas pelo fato das drogas provocarem um abalo expressivo na esfera individual do usuário e em seu meio social, mas também porque ano a ano expressivas importâncias saem dos cofres públicos para custear o tratamento das consequências oriundas do consumo de drogas.

É inquestionável o fato de que o combate ao uso de drogas deve ser fruto de um esforço conjunto empreendido pelo consumidor de drogas, pela família e também pelo estado ofertando os meios para que o usuário possa se curar, seja através de tratamentos médicos, seja através de criação de oportunidades de trabalho, estudo para que o usuário recupere a autoconfiança.

Para que o Governo tivesse um direcionamento acerca do perfil dos usuários de drogas e dos locais onde eles estão presentes de forma mais preponderante, no ano de 2002, com o auxílio da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), foi feito um estudo acerca do tema.

A pesquisa apresentada pela UNIFESP demonstra a gravidade do problema sobre o qual não se pode fechar os olhos. Os dados confirmam o que empiricamente já se sabia: o consumo de drogas lícitas supera o de drogas ilícitas. Ficou demonstrado que 11,2% da população são dependentes de álcool e 9% dependem de tabaco. Esses não são números a serem desconsiderados. Se levado em conta o contingente populacional no país, verifica-se que milhões de pessoas no Brasil

padecem com os males oriundos de um consumo que o próprio Estado permite que se dê conforme a vontade do usuário (Galduroz et AL, 2001).

A mesma pesquisa retrata que 6,9% da população brasileira já fizeram uso de maconha em algum momento.

Schenker (2003) atribui à família dos dependentes um papel de co-responsabilidade no vício de seu membro.

Segundo a autora, grande parte dos adolescentes que consomem drogas padece de baixa auto-estima, depressão e, na maior parte das vezes, tem como companheiros indivíduos que consomem drogas.

A autora também preceitua que a família é o núcleo responsável por elaborar as relações primárias de seus membros, ou seja, ela deve se esmerar em identificar possíveis distúrbios que afetam o potencial usuário, ou mesmo usuário, bem como buscar conhecer sobre a vida social do mesmo.

A família tem um papel importante na criação de condições que funcionam como um veículo facilitador para a instalação do vício naqueles que nele buscam refúgio. A família funciona como uma primeira “peneira” para selecionar e coibir condutas inapropriadas de seus membros.

É também no seio familiar que muitas vezes tem início o processo de marginalização ao usuário de drogas e este processo se estenderá para o restante da sociedade.

Neste contexto, o Estado atua de forma subsidiária criando condições para que principalmente os jovens, alvo principal das drogas, desenvolvam suas potencialidades e encontrem perspectivas para o futuro.

Uma vez que a família, por si, só não foi capaz de barrar esta entrada das drogas em seu seio e o Estado fracassou em oferecer os subsídios para desencorajar o consumo de drogas, tanto o poder público quanto a família devem empreender esforços conjuntos para resgatar o indivíduo usuário de drogas.

Este esforço, por parte da família, deve estar atrelado à compreensão com relação ao dependente, ao afeto e ao incentivo para que ele busque meios de se livrar do vício.

O Estado, por sua vez, deve participar oferecendo tratamento multidisciplinar ao usuário naquilo que for necessário.

Outros pontos importantes de atuação do poder público são desenvolver legislações que coíbam o consumo e a distribuição de drogas sejam elas lícitas ou não, bem como normatizar de forma repressiva as condutas ilegais relacionadas às drogas.

No que diz respeito às diversas abordagens legais relacionadas às drogas, passa-se a desenvolver o principal foco de análise.

2.2 A descriminalização do uso de drogas no Brasil

Antes de se adentrar nos meandros que envolvem a área médica no que diz respeito ao consumo de drogas, é necessário verificar, em linhas gerais, qual é o enquadramento legal adotado no Brasil com relação ao usuário de drogas.

Em um primeiro plano, será transcrito o texto da Lei número 11.343 de 2006 que disciplina a matéria:

Art.28 Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: I - advertência sobre os efeitos das drogas;
II - prestação de serviços à comunidade;
III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

Conforme se pode verificar com a leitura do artigo 28 mencionado, a Lei de Drogas retirou do uso de drogas a característica de tipo penal, ou seja, o caráter de crime, passível de punição por parte do Estado.

Na lição de Fidelis (2007 a), a pena maior atinente às drogas fica direcionada para o traficante de drogas propriamente dito.

A doutrinadora em questão não concorda com a descriminalização do uso de drogas, uma vez que a própria Lei de drogas considera crime o financiamento do tráfico de drogas, punido com pena de reclusão de 8 (oito) a 20 (vinte) anos o financiador.

A mesma Lei, no entanto retira do usuário de drogas a característica de financiador do tráfico de drogas para conferir ao mesmo uma roupagem de “doente” e, por isso, passível de tratamento e não de punição legal.

No entendimento de Fidelis (2007 b), houve complacência por parte do legislador com relação ao usuário de drogas.

A questão relacionada à descriminalização do uso de drogas é controversa.

Andrade (2009) sustenta que houve acerto por parte do legislador, com relação ao usuário de drogas.

Na lição deste doutrinador, ao usuário de drogas falta a característica da lesividade, ou seja, falta o principal componente que justifica a punição por parte do Estado com relação a quem comete determinados delitos.

Na mesma esteira, o uso de drogas não se alia a um princípio determinante na esfera penal para se aferir se determinada conduta pode ou não ser lançada no rol de crimes: a ofensividade. Por estes princípios entende-se que o comportamento humano que não ofenda bem jurídico de terceiros não pode ser considerado crime. Por este raciocínio, o uso de drogas não lesaria a terceiros, logo, não poderia ser criminalizado. Assim, não se necessitaria de uma interferência mais severa por parte do Estado.

Entendimento com o qual não concordamos, pois o usuário de drogas, conforme mencionado, pela via reflexa, encontra-se na base de um número substancial de crimes aliados ao tráfico de drogas, alimentando o porte ilegal de armas, homicídios e o tráfico de drogas propriamente dito.

Outro princípio que o Poder Legislativo usou para não penalizar a conduta do uso de drogas ilícitas é o princípio da igualdade. Este determina se outras drogas são de consumo permitido, como é o caso do álcool e do tabaco, esta permissão dever-se - ia ser estendida a todas as demais drogas.

Este entendimento tem sido inclusive acatado por alguns Tribunais brasileiros na condução de julgamentos de usuários de drogas, como é o caso do Tribunal de Justiça de São Paulo, como lecionou Gomes (2008).

Diante dos aspectos abordados, o legislador brasileiro preferiu conferir ao uso de drogas a característica de problema de saúde pública a ser enfrentado dentro de consultórios médicos e psicológicos e não dentro de penitenciárias.

Diante desta constatação, aumenta a carga de atribuições do profissional de saúde para interferir, no âmbito da profissão, nos mecanismos que levam o indivíduo a buscar refúgio nas drogas, bem como, nas práticas a serem adotadas no tratamento do usuário. Isso porque a população consumidora de drogas que muitas vezes encontrava-se concentrada nos presídios, compondo a população carcerária, agora está presente na sociedade de forma esparsa.

Tal perspectiva demanda uma atuação mais sistemática dos profissionais de saúde junto aos usuários para tratá-los e, com isso, evitar reflexamente que este usuário influencie outros indivíduos a também experimentarem a droga.

Almeida (2009 a) lecionou que se buscou com a Lei de Drogas o empreendimento de práticas para a redução de danos oriundos da conduta analisada de modo a provocar a diminuição do consumo e, por consequência, gerar a própria diminuição do tráfico de drogas.

Para simplificar o entendimento do autor: se não existir ou pelo menos se diminuir o número de usuários, a figura do traficante de drogas também tende a desaparecer.

Almeida (2009 b) entende que a punição legal com relação ao usuário em nada contribuiria para a sua reabilitação, uma vez que o sistema penitenciário brasileiro não dispõe de uma infra-estrutura razoável para tratar a saúde do dependente e, muito menos para realizar a reinserção social do mesmo.

Um problema a ser enfrentado diz respeito à conduta do poder público no tocante ao usuário de drogas e o fim que a administração pública pretende atingir que é senão o de erradicar o consumo de drogas, pelo menos, é reduzi-lo, bem como reduzir as consequências do seu consumo.

Se o Estado pretende reduzir os impactos causados no Brasil em decorrência do consumo de drogas, nada mais plausível do que retirar o sustentáculo de toda a estrutura que envolve o consumo de drogas: o usuário.

É o usuário quem, com o seu dinheiro financia a compra de armas de fogo pelos traficantes, é também o investimento financeiro do usuário que instiga as brigas entre traficantes pelo controle dos pontos de drogas, o que acaba por vitimar pessoas que sequer tem envolvimento com o esquema de comercialização ou uso de drogas.

Se o Estado pretende conferir ao usuário de drogas uma roupagem de doente que precisa ser tratado que ofereça os meios adequados para a promoção deste tratamento.

Como está após a entrada em vigor da nova Lei de Drogas, o usuário de drogas paira por cima da sociedade. Não é punido, logo, continua a consumir e a financiar o tráfico de drogas, mas também não é tratado, pois o Estado se omite no

seu dever legal de promoção ampla de saúde nas mais diversas demandas da sociedade.

2.3 O tratamento conferido pelo ordenamento jurídico à embriaguez

Para se adentrar especificamente nas questões de implicações médicas envolvendo o consumo de drogas no Brasil, é cabível fazer um breve adendo sobre o tópico anterior.

Nas explicações acima, foi visto que o legislador brasileiro entendeu por bem não considerar o uso de drogas como uma conduta passível de punição legal, mas sim como uma questão de saúde pública a ser enfrentada e cuidada pelos entes da administração pública.

Tal assertiva não deve ser compreendida além dos liames mencionados.

A despenalização do uso de drogas não se estende a crimes praticados quando o usuário encontra-se sob efeito das substâncias entorpecentes, inclusive, por usuários que se encontrem sob efeito de álcool.

A Lei número 9503/1997, conhecida como lei de trânsito, por meio do art.291, disciplina a matéria:

Art.297-Parágrafo único. Aplicam-se aos **crimes de trânsito** de lesão corporal culposa, de **embriaguez ao volante**, e de participação em competição não autorizada o disposto nos arts. 74, 76 e 88 da Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995. (grifos nossos).

Conforme bem lembra Camargo (2004 a), não se exclui a culpabilidade do sujeito que pratica um delito que se encontre sob o estado de drogas, especificamente, sob o efeito do álcool.

Uma ressalva a essa afirmação ocorre nas hipóteses em que o estado alcoólico não tenha sido provocado no indivíduo acidentalmente, por caso fortuito ou força maior.

Exemplos para aclararem situações fáticas são casos em que o indivíduo é obrigado por um terceiro a se drogar ou se embriagar ou o indivíduo, acidentalmente, embriaga-se por uso de medicamento que, por ventura, pode provocar este estado. Entenda-se como fenômenos sobre os quais a capacidade de autodeterminação do indivíduo estava suprimida ou reduzida.

Existem estas exceções à culpabilidade daquele que comete crimes sob o efeito do álcool, uma vez que, o efeito dopante não provocado intencionalmente pelo indivíduo, subtrai-lhe a consciência do caráter criminoso do ato que pratica e também lhe subtrai a capacidade de se autodeterminar repelindo o ato criminoso e suas consequências, como bem salientou Camargo (2004 b).

Importante lembrar que o estado de embriaguez, nas hipóteses determinadas, deve ser completo, a ponto de retirar completamente o entendimento daquele que pratica o crime.

Crimes cometidos nas hipóteses em que a embriaguez se deu por um dos casos mencionados no início deste tópico, se a embriaguez não foi completa, apenas a pena a ser aplicada ao indivíduo será minorada.

Tais abordagens podem ser estendidas aos crimes praticados na ótica da Lei número 9503/1997, a Lei de Trânsito do Brasil.

As causas que excluem a responsabilização penal do usuário de drogas, neste caso, também se aplicam na sistemática da Lei de trânsito.

Uma vez definidos os liames jurídicos que permeiam o consumo de drogas, pode-se passar para análise que mais interessa: as implicações físicas, psicológicas e sociais do consumo de drogas no Brasil.

2.4 Fatores de risco para o uso de drogas no Brasil- Drogas na adolescência

No Brasil, o uso de drogas constitui um grave problema de saúde pública que pode gerar repercussões na vida do indivíduo nas mais variadas esferas: social, psicológica, física.

O período da adolescência é uma fase em que o indivíduo encontra-se em plena formação de personalidade. Ele experimenta novas descobertas e conquistas.

Exatamente nesta fase conturbada na vida das pessoas que, normalmente, elas estão mais susceptíveis a experimentarem as drogas para nelas buscarem alguma sensação nova que ainda não conhecem.

É na fase da adolescência que normalmente tem início o consumo de drogas, tais como, álcool e tabaco bem como os problemas decorrentes deste contato, notadamente, a possibilidade de se viciar na droga consumida, como menciona a cartilha Supera (2009).

Os jovens por sofrerem com certa dubiedade de personalidade normalmente buscam mecanismos para se diferenciarem das crianças que não mais são e dos adultos que ainda também não são. Assim, eles desenvolvem códigos de conduta para criarem uma identidade própria. Neste panorama, o ingresso das drogas na vida destes jovens encontra um veículo facilitador.

Conforme dados apresentados por Marques (2000 a) na Revista Brasileira de Psiquiatria, levantamentos feitos pela Universidade Federal de São Paulo no final da década passada, entre estudantes do ensino médio em dez capitais brasileiras, demonstrou tendência ao aumento de consumo de substâncias inalantes, maconha, cocaína e cocaína processada sob a forma de crack.

A pesquisa demonstra que, de longe, o consumo de álcool e tabaco supera o das demais. Os dados apresentados pela pesquisa podem ser vistos no quadro abaixo.

Tabela 1- Consumo de drogas entre adolescentes estudantes das escolas públicas no Brasil no ano de 1987

	Álcool	Tabaco	Inalantes	Tranquilizantes	Maconha	Cocaína
Consumo recente	19,5%	4,6%	2,8%	1,6%	2,0%	0,6%
Consumo ao longo da vida	77,7%	34,9%	9,2%	7,1%	6,3%	1,9%

Fonte: Marques, (2000).

Os dados apresentados demonstram como é preocupante o número de adolescente que em algum momento de suas vidas já experimentaram drogas. De Micheli (2009) em recente artigo publicado na Cartilha Supera, desenvolvida pela Secretária Nacional de Políticas Sobre drogas, demonstrou preocupação com a idade, cada vez mais precoce, com que os jovens iniciam o consumo de drogas.

A autora alertou para o fato de que quanto mais cedo tem início o consumo de drogas, maior a probabilidade existe de se desenvolver dependência, o que leva a prejuízos cognitivos e de aprendizagem, além de maiores serem as chances de desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos.

No que diz respeito à atuação das drogas no organismo, na lição de Marques (2000 b), as drogas psicotrópicas estimulam a ação dopaminérgica no cérebro, o que tem papel fundamental na instalação da dependência.

No que concerne ao uso de drogas por adolescentes, existe um componente de risco ainda maior em razão da vulnerabilidade dos jovens. Dessa maneira, não raramente, jovens que se encontram sob efeito de drogas se envolvem em acidentes, como os de trânsito.

O diagnóstico da dependência em jovens deve levar em conta algumas peculiaridades relacionadas à própria condição do adolescente.

De Micheli (2009 b) sugere que a primeira abordagem para que o profissional da área de saúde possa descobrir qual é a realidade do jovem no que diz respeito ao uso de drogas deve ser feita através de um questionário a ser respondido pelo adolescente.

É notório o fato de que os jovens apresentam uma forma de se comunicarem particularizada com relação aos seus iguais. Com relação a este fato, a equipe de profissionais de saúde deve se preocupar em buscar a aproximação com estes jovens como meio de conquistar a confiança por parte dos mesmos.

Neste questionário muitas respostas que, provavelmente, o jovem não daria às indagações feitas pela equipe de profissionais da saúde ficarão melhor esclarecidas.

A autora propõe um modelo de questionário a ser aplicado ao jovem nesta primeira abordagem.

Questionário 1: Verificação do uso de drogas pelos adolescentes

Questões	SIM	NÃO
1- Alguma vez você sentiu “fissura” ou um forte desejo por álcool ou outras drogas?		
2. Alguma vez você precisou usar mais e mais álcool ou drogas para conseguir o efeito desejado?		
3. Alguma vez você sentiu que não poderia controlar o uso de álcool ou outras drogas?		
4. Alguma vez você sentiu que estava dependente ou muito envolvido pelo álcool ou pelas outras drogas?		
5. Alguma vez você deixou de realizar alguma atividade por ter gastado muito dinheiro com outras drogas ou álcool?		

6. Alguma vez você quebrou regras ou desobedeceu a leis por estar "alto" sob o efeito de álcool ou outras drogas?		
7. Você muda rapidamente de muito feliz para muito triste ou de muito triste para muito feliz, por causa das drogas?		
8. Você já sofreu algum acidente de carro depois de usar álcool ou outras drogas?		
9. Alguma vez você se machucou acidentalmente ou machucou alguém depois de usar álcool ou outras drogas?		
10. Alguma vez você teve uma discussão séria ou briga com um amigo ou membro da família por causa de seu uso de álcool ou outras drogas?		
11. Alguma vez você teve problemas de relacionamento com algum de seus amigos devido ao uso de álcool ou outras drogas?		
12. Alguma vez você teve sintomas de abstinência após o uso de álcool (Ex: tremores, náuseas, vômitos ou dor de cabeça)?		
13. Alguma vez você teve problemas para lembrar o que fez enquanto estava sob efeito de outras drogas ou álcool?		
14. Você gosta de "brincadeiras" que envolvem bebidas "quando vai a festas" (Ex: "vira-vira"; apostas para ver quem bebe mais rápido ou em maior quantidade; etc.)		
15. Você tem problemas para resistir ao uso de álcool ou outras drogas?		

Uma análise do questionário demonstra que a sua aplicação pode ser de grande valia na prevenção e no tratamento do consumo de drogas entre os usuários, uma vez, que ele apresenta uma adequação de linguagem ao vocabulário usado pelos jovens, bem como consegue abarcar um amplo espectro de drogas e não somente o álcool e o tabaco. Outra aplicação do referido questionário é no contexto escolar entre os estudantes.

Um segundo questionário também é aplicado para trazer detalhes que na primeira avaliação não puderam ser identificados.

Questionário 2 : Verificação do uso de drogas pelos adolescentes

Áreas do T-ASI	O que avalia
Uso de Substâncias	Frequência do uso atual e passado de 10 substâncias, tratamentos já realizados, períodos de abstinência, overdose, dinheiro gasto com drogas, etc.
Situação escolar	Faltas, atrasos, punição, atividades extracurriculares, notas.
Emprego/sustento	Padrão de emprego, faltas, atrasos, demissão, desemprego, satisfação com desempenho, etc.
Relações familiares	Situação de moradia, conflitos, apoio familiar, regras, agressão, etc.

Relacionamento com Pares/Sociabilidade	Nº de amigos usuários ou não, namoro, conflitos, satisfação com os relacionamentos, tempo de lazer.
Situação legal	Liberdade condicional, condenações, prisões etc.
Situação psiquiátrica	Presença de problemas psiquiátricos/emocionais e tratamentos.

De posse das informações levantadas através das respostas dadas pelo jovem, pode-se determinar quais as melhores estratégias para prevenir ou, se for o caso, tratar o usuário estando ou não a dependência às drogas instalada.

Com a análise do questionário aplicado, pode-se verificar que questões atinentes a fatores que podem servir de estímulo ao uso de drogas ficam bem delimitadas, tais como, dificuldade do analisado em resistir aos apelos pelo consumo de drogas, tal como o álcool, alterações comportamentais após o uso da substância, ocupações diárias do usuário e relações com as pessoas de seu convívio social.

Conforme o grau da necessidade do analisado em se saciar com a droga, pode-se compreender a gravidade da dependência. Além disso, famílias que passam por desajustes de ordem financeira, afetiva, presença de violência dentro deste núcleo, podem, em alguma medida contribuir para a instalação do vício em seu seio.

A partir da identificação do usuário de drogas é possível direcionar o melhor tratamento conforme a particularidade de cada usuário de drogas.

Esta identificação, via de regra, é feita pelos núcleos de atenção primária de saúde. Nesta esfera de atuação, o profissional de saúde que atua neste segmento, como é o caso das equipes de saúde da família, tem a incumbência de providenciar o encaminhamento do dependente para o tratamento especializado no núcleo de atenção secundária.

Uma vez encaminhado para o núcleo de atenção secundária, o dependente será submetido a um tratamento multidisciplinar pela equipe de saúde mental. Ela é formada por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, dentre outro.

O tratamento, a partir daí, busca envolver a família do dependente no processo, e, este inclui, notadamente, o apoio medicamentoso.

Ao longo da condução do trabalho de resgate do usuário, muitas vezes o profissional de saúde se esbarra com dificuldades no tocante à carência de centros

especializados de boa qualidade para realizar o encaminhamento do dependente para o tratamento de internação que envolve a desintoxicação do mesmo.

Da mesma forma, o trato cotidiano com o usuário de drogas deixa claro a limitação e o veículo facilitador para o fracasso do trabalho empreendido pelas equipes de saúde: a pouca atuação do Estado no sentido de ofertar perspectivas futuras ao dependente, no tocante à recolocação no mercado de trabalho e ensino profissionalizante de qualidade.

Nesse ponto mencionado, é possível verificar que mais uma vez a administração pública oferece apenas parte da solução para o problema. Pode-se imaginar que uma vez identificados os grupos de risco para o consumo de drogas, por meio da aplicação do questionário, passa-se a uma segunda etapa que seria a implementação dos meios de resgate do usuário.

Outro problema que dificulta a atuação dos profissionais de saúde é o fato de que o SUS não é adequadamente estruturado no que tange à suficiência de mão de obra. As equipes de saúde não contam com número adequado de profissionais destas áreas para atenderem às demandas.

Um grande vácuo existente nos estudos apresentados pelo Gabinete de segurança institucional da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas é como operacionalizar as estratégias ali definidas.

Assim como as normatizações atinentes ao consumo de drogas, nos treinamentos oferecidos aos profissionais de saúde na área pública, transparece o vício da inefetividade.

É o entendimento de que não basta a existência de um regramento no trato de determinada matéria. Devem existir também os meios para se implementar o que está disciplinado pelo Estado.

2.5 O fumo e o álcool como as drogas mais consumidas entre os usuários

2.5.1 Abordagens acerca do uso fumo

O tabagismo é um tipo de droga de grande penetração na sociedade e o seu consumo é socialmente aceito.

Conforme apontam dados apresentados pelo Ministério da Saúde (2002), o Brasil registrou 200.000 mortes decorrentes do consumo de cigarro entre a população acima dos 15 (quinze) anos de idade.

A pesquisa apontou que o número de óbitos foi maior entre os usuários do sexo masculino e residentes no município de Porto Alegre.

A mesma pesquisa demonstrou que quanto menor o grau de escolaridade, maior o percentual de fumantes.

O hábito do tabagismo, estando o tabaco em todas as suas formas, inquestionavelmente, aumenta o risco de ocorrência de doenças prematuras e limitações físicas decorrentes de doenças coronarianas, hipertensão arterial, enfisema pulmonar e câncer.

A pesquisa trouxe dados apresentados pela ONU de que 70% das mortes ocorridas em virtude do consumo do álcool ocorrem em países menos desenvolvidos.

Uma reflexão que se deve fazer acerca destes dados é por qual motivo o indivíduo busca saciar o prazer através do consumo do fumo e por que pessoas de mais baixa escolaridade e menor poder aquisitivo formam o maior público que consome este tipo de droga.

Em um primeiro plano, pode-se atribuir, em parte, o perfil prevalente de usuário de fumo à menor carga de informação sobre os males decorrentes do cigarro.

O Estado, por via do Ministério de Saúde e das Secretárias possivelmente, não tem cumprido o papel de informar maciçamente a população acerca dos riscos do uso de cigarro.

Aliando a pouca informação, somam-se as menores perspectivas para o futuro que estão presentes na vida daqueles que não possuem alta renda per capita e bom nível escolar.

Estas podem ser algumas pistas que podem indicar as razões de ser a população de baixa renda e escolaridade a que mais gasta dinheiro para adquirir os cigarros.

Cabe aqui também uma reflexão acerca da indústria do cigarro que ano a ano investe vultosas quantias em dinheiro na promoção do produto que comercializa.

Isso pode ser comprovado pela verificação do elevado número de informativos publicitários acerca de cigarro, bem como na disseminação do produto nas mais diversas localidades, o que, indubitavelmente, requer alto investimento financeiro.

A indústria de tabaco precisa formar um repositório constante de novos usuários para substituírem aqueles que abandonaram o vício ou que vieram a óbito.

Além do mais, as indústrias do tabaco fazem uma ponderação entre os valores que terão que gastar no pagamento das indenizações para as vítimas do cigarro e os lucros vultosos que auferem com as vendas. Sai mais em conta para elas o pagamento das indenizações, desta forma, compensa o risco de comercializar os cigarros.

Nesta gama de pessoas que são ano a ano vítimas do cigarro também se incluem os fumantes passivos, ou seja, aqueles que sofrem indiretamente os efeitos do cigarro, sem ao menos consumi-lo.

Na definição apresentada pelo Ministério da Saúde (2002 b), o tabagismo passivo é representado por aqueles indivíduos que inalam fumaça que contem os derivados do tabaco por conviverem com fumantes em ambientes fechados.

Esta fumaça possui nada menos do que 4.720 substâncias tóxicas ao organismo humano. Esta informação, por si só, já representa um estímulo para que aqueles que não fumam não deem início ao consumo e, para aqueles que já são usuários, abandonem o vício de vez.

É exatamente em atenção a estes fumantes passivos que foram criadas as leis que vedam o uso de cigarros em locais fechados e públicos, conforme será visto adiante.

2.5.2 O combate ao tabagismo passivo – Legislações que vedam o consumo do cigarro em locais públicos e fechados

A Lei Federal número 9294/1996 representou um importante passo no combate ao uso de fumo bem como restrição ao hábito de fumar em locais públicos.

O referido diploma legal também colocou algumas limitações à veiculação de propagandas que incentivem o consumo de cigarros, conforme pode ser verificado nos artigos 2º e 3º da lei a seguir.

Art. 2º É proibido o uso de cigarros, cigarrilhas, charutos, cachimbos ou de qualquer outro produto fumífero, derivado ou não do tabaco, em recinto

coletivo, privado ou público, salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente.

§ 1º Incluem-se nas disposições deste artigo as repartições públicas, os hospitais e postos de saúde, as salas de aula, as bibliotecas, os recintos de trabalho coletivo e as salas de teatro e cinema.

Art. 3º A propaganda comercial dos produtos referidos no artigo anterior só poderá ser efetuada através de pôsteres, painéis e cartazes, na parte interna dos locais de venda.

§ 1º A propaganda comercial dos produtos referidos neste artigo deverá ajustar-se aos seguintes princípios:

I - não sugerir o consumo exagerado ou irresponsável, nem a indução ao bem-estar ou saúde, ou fazer associação a celebrações cívicas ou religiosas;

II - não induzir as pessoas ao consumo, atribuindo aos produtos propriedades calmantes ou estimulantes, que reduzam a fadiga ou a tensão, ou qualquer efeito similar;

III - não associar idéias ou imagens de maior êxito na sexualidade das pessoas, insinuando o aumento de virilidade ou feminilidade de pessoas fumantes;

IV - não associar o uso do produto à prática de atividades esportivas, olímpicas ou não, nem sugerir ou induzir seu consumo em locais ou situações perigosas, abusivas ou ilegais;

V - não empregar imperativos que induzam diretamente ao consumo;

VI - não incluir a participação de crianças ou adolescentes

§ 2º A propaganda conterá, nos meios de comunicação e em função de suas características, advertência, sempre que possível falada e escrita, sobre os malefícios do fumo, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, segundo frases estabelecidas pelo Ministério da Saúde, usadas seqüencialmente, de forma simultânea ou rotativa

Neste momento do estudo, torna-se conveniente transcrever os dois artigos que trouxeram inovação ao tratamento dado ao consumo e propaganda do cigarro no Brasil.

O art.2º da Lei número 9294/1996 apresenta restrições ao uso de cigarros em locais fechados, sejam eles estabelecimentos públicos ou privados exceto em áreas destinadas para este fim e devidamente adaptadas a esta função.

Aqui se denota a intenção do legislador de atuar não em benefício da coletividade a qual representa, mas atender a interesses outros que divergem da promoção da saúde, em atendimento ao interesse de uma indústria do cigarro e do seu poderio em gerar riqueza para o Estado através do pagamento de tributos.

A possibilidade de se criar recintos especiais para fumantes no interior de locais freqüentados pela coletividade afronta o art.196 da Constituição Federal de 1998 que determina ser dever do Estado garantir políticas que reduzam o risco de doenças. O que ficou relegado no art.2º da Lei 9294/96.

Significativos questionamentos a esta lei ocorrem exatamente pela inserção da palavra “exceto” na sua redação. Exatamente por esse motivo, diversos Estados brasileiros também criaram leis específicas para endurecerem ainda mais as proibições já determinadas pela Lei Federal, conforme será estudado a seguir.

Já o art.3º foi inserido na redação da lei em estudo principalmente para vedar uma prática que era muito corriqueira nos comerciais de cigarros: a veiculação da imagem do cigarro a pessoas bonitas, de aparência saudável e, normalmente, praticantes de esportes.

Conforme mencionado anteriormente, a sociedade não adepta ao hábito de fumar critica a redação do art.2º da lei antifumo por entender que a proibição ao consumo de cigarros deveria ser irrestrita em ambientes coletivos, não permitindo, sequer a reserva de locais adaptados para se fumar em ambientes públicos.

Em atendimento a estes questionamentos à lei antifumo, tramita no Congresso Nacional o projeto de Lei número 315 de 2008.

O argumento principal inserido no corpo do Projeto de Lei para a mudança é o de que em 2007, a OMS (Organização Mundial de Saúde) recomendou que ambientes livres de tabaco devem ser obrigados por lei e não por políticas voluntárias.

Esta tendência refletiu o reconhecimento dos males causados pelo uso do cigarro bem como representou uma pressão das autoridades sanitárias no sentido de vedar irrestritamente o consumo de cigarros em locais coletivos, exceto no âmbito das residências, obviamente.

Enquanto o projeto de lei proposto pelo Senador Tião Viana tramita a passos lentos na casa legislativa, os Estados da federação estão se adiantando para inserir nas legislações locais as proibições que em âmbito federal ainda se encontram na fase de projeto de lei.

Parece que a indústria do cigarro que movimenta expressivas somas de dinheiro ano ao ano possui sustentáculo para desenvolver a sua imperiosidade nos

diversos setores da sociedade e conta com certa complacência por parte do poder público.

Não só por parte do Executivo, mas também o Poder Judiciário apresenta decisões em seus julgamentos que em muito contribuem para a manutenção do domínio das empresas fabricantes de cigarro.

Para se ter uma mostra disso, em recente decisão, no ano de 2010, o Superior Tribunal de Justiça, STJ, proferiu decisão isentando a Empresa Souza Cruz, uma das mais importantes fabricantes de cigarros do mundo, de ter que indenizar a família de usuário de cigarros que faleceu em decorrência do vício.

Em sede de primeira instância foi dado provimento ao pedido concedendo indenização à família, porém em Recurso Especial para o STJ, a decisão foi reformada.

O fundamento para a reforma da decisão foi o de que não há como estabelecer nexo de causalidade entre o óbito da vítima e o consumo de cigarro. Detalhe importante: a vítima morreu vítima de câncer de pulmão e enfisema pulmonar, conforme pode ser visto no julgamento do Recurso Especial de número 1.113.804 do mencionado Tribunal.

Decisões lamentáveis como esta infelizmente vez ou outra são proferidas no cenário jurídico e estarrecem a população, uma vez que trata todos como tolos ao desvincular o óbito por doenças sabidamente atreladas ao consumo de cigarros.

O que é ainda pior em decisões como esta é o fato de que julgamentos proferidos em sede de Tribunais superiores com é o caso do STJ têm o condão de formar jurisprudências, ou seja, funcionam como uma orientação para que em casos semelhantes o entendimento também seja parecido com o que é dado em Tribunal Superior.

Por isso, a partir deste julgamento, provavelmente casos que também estejam relacionados a problemas relacionados ao consumo de fumo terão o mesmo tratamento por parte do Poder Judiciário.

2.5.3 Leis estaduais mais restritivas ao uso de fumo

Conforme mencionado, a legislação federal apresentou um relativo abrandamento com relação ao uso de cigarros em locais públicos, ou seja, permitiu

a criação de espaços, nos locais de uso coletivos, que fossem adaptados para fumantes.

Exatamente esta brecha legal, permitiu que os demais entes da federação, no exercício da competência concorrente entre a união e os Estados legislassem no tocante à matéria, conforme determina o art.24, XII da constituição Federal de 1988.

No Estado de São Paulo, no ano de 2009, o governo de Estado sancionou a lei número 13.541/2009 que veda o consumo de cigarro irrestritamente em locais públicos independente de haver ou não reserva de locais conhecidos como “fumódromos”, adaptados para usuários de cigarro.

Seguindo a mesma tendência adotada pelo Estado de São Paulo, o Município de Belo Horizonte também se aproveitou do vácuo deixando pela legislação federal.

Em Belo Horizonte tramita na Câmara de Vereadores, segundo informação veiculada pelo Ministério de Saúde, Projeto de Lei que proíbe a utilização de cigarros tanto em locais fechados quanto abertos, coletivos.

O texto do projeto determina que bares e restaurantes não podem permitir o consumo de cigarro nem mesmo em varandas e sacadas e prevê multa para o caso de descumprimento por parte desses estabelecimentos comerciais. Em Minas Gerais, por enquanto, prevalece a lei 18.552/2009, popularmente conhecida como lei antifumo, que passou a vigorar no dia 4 de abril de 2010. Esta lei permite o fumo em “recintos com áreas isoladas por barreira física, que tenham arejamento suficiente ou sejam equipadas com aparelhos que garantam a exaustão do ar para o ambiente externo” A falta de regulamentação da lei prejudica a fiscalização e aplicação de multas aos locais. (Referência; <http://www.saude.mg.gov.br/legislacoes%20em%20saude/tabagismo/Lei%20n%C2%BA%2018.552,%20de%2005-12-2009.pdf>).

2.5.4 Abordagem acerca do consumo de álcool no Brasil

Atribui-se ao consumo do álcool no Brasil a responsabilidade por grande número de crimes cometidos, dentre eles, os atinentes aos acidentes de trânsito e a violência doméstica.

Na lição de Flores (2008a), segundo dados da Organização Mundial de Saúde, cerca de 33% da população mundial consomem álcool com habitualidade.

O mesmo relatório da OMS demonstrou que 25% da população brasileira ingerem álcool com frequência (entre uma vez ao dia e uma vez por semana).

A legislação brasileira, conforme mencionado no Código de Trânsito brasileiro, considera-se crime valores de 0,6 gramas de álcool por litro de sangue Flores (2008b) também mencionou que nestas doses, o risco de acidente automobilístico por quem está sob efeito de álcool aumenta em 50%.

Morais, médico legista no instituto Médico Legal de Minas gerais, citado por Flores (2008c), afirmou que 79,8% dos corpos submetidos a exame cadavérico em decorrência de morte violenta, apresentavam algum teor alcoólico no sangue.

Diante de dados tão alarmantes como estes, o Poder Legislativo, na tentativa de regular condutas, no ano de 2008 efetuou diversas alterações no Código de Trânsito Brasileiro (CTB), Lei nº 9503 de 1997 para ampliar a punição a motoristas que dirigem sob efeito de álcool

O CTB passou a considerar, no âmbito administrativo, a condução de veículos automotores como infração gravíssima, passível de multa e de suspensão do direito de dirigir pelo período de 12 (doze) meses. É o que dispõe o art. 165 da referida lei.

Tal alteração foi propiciada pela alteração ao CTB feita pela Lei nº 11.705/08, mais conhecida como “Lei Seca”.

A “Lei Seca” também criminalizou, por meio do art.306, a conduta de dirigir ao volante apresentando teor de alcoolemia igual ou maior a 6 decigramas/litro de sangue.

A questão que vem à tona neste momento é saber em que medidas o Estado atua não através de seu aparelho repressivo, mas através de medidas preventivas e curativas ao consumo abusivo de álcool.

Brandão, citado por Flores (2008c), mencionou que seja lá qual for a política adotada no tratamento e prevenção ao consumo de drogas, incluindo-se aí o álcool, resultados tanto mais eficientes serão obtidos principalmente no âmbito municipal, conforme pode ser visto abaixo:

A estratégia da municipalização constitui-se num dos meios pelo qual se poderá vir a alcançar a mais plena organização e integração das forças vivas nacionais, sejam públicas ou privadas, no combate a tão insólito flagelo que aflige significativa parcela da sociedade brasileira com reflexos negativos para ela, como um todo. Em sendo o município a célula básica do organismo político administrativo do Estado Brasileiro, torna-se capital o

papel que este momento histórico lhe reserva, pois que aí vem a ser onde os fundamentos da Constituição Federal - Cidadania, dignidade da pessoa humana, valores sociais de trabalho e livre iniciativa- , podem ser aplicados à máxima eficácia. Aí reside a juventude, para com a qual há de se buscar o resgate ético da dívida criada pelas gerações que a antecederam, ao terem permitido a sua vulnerabilidade às drogas. Por conseguinte, a melhor forma de chegar-se com a mensagem antidrogas ao jovem, é através da municipalização das ações de prevenção contra as mesmas. Isso significa reconhecer, nos Municípios, o ambiente onde ocorre a conversa “face a face”, o aconselhamento “olho no olho”, o que faz avultar, em importância, a oportunidade impar de organização nos mesmos, dos chamados Conselhos de Municípios Antidrogas (COMADs), ferramentas fundamentais para a implementação da estratégia de municipalização.

O texto acima é elucidativo no tocante ao papel dos municípios na implementação e aplicação das políticas de saúde pública no âmbito regional.

A efetividade destas intervenções será tanto mais vultosa quanto se adequar as realidades locais às metodologias a serem implantadas na abordagem aos usuários de álcool.

2.6 O funcionamento dos serviços públicos de saúde e o atendimento aos dependentes de drogas

Até a fase anterior o presente estudo tratou de questões atinentes ao uso das drogas no que diz respeito ao tratamento jurídico conferido ao usuário bem como abordou as diversas tentativas do Poder Legislativo, no que concerne à regulamentação ao uso de drogas no Brasil.

Através desta abordagem compreendeu-se que o dependente de drogas é visto pelo Estado como um indivíduo que necessita de tratamento e não de encarceramento. A partir disso, é necessário, então, tratar da outra vertente deste fato.

Se o dependente de drogas deve ser tratado, como deve transcorrer este tratamento? O Sistema Único de Saúde no Brasil apresenta o aparato estrutural capaz de atuar na prevenção e do consumo de drogas? Perguntas como estas serão respondidas a seguir.

Em um primeiro ponto, cabe salientar que qualquer política de tratamento de enfermidades na esfera pública, terá mais eficácia se desenvolvida de maneira regionalizada.

Tal assertiva pode ser comprovada se forem verificadas as dimensões territoriais do Brasil. País marcado por grandes contrastes econômicos e nas necessidades das comunidades.

Desta maneira, diante de particularidades tão diversas, não pode um sistema público de saúde pretender implantar políticas de saúde de maneira homogênea por todo o território.

É principalmente no âmbito dos Municípios que se consegue desenvolver estratégias eficientes para o atendimento das demandas da comunidade atendida pelas equipes de saúde.

Desta maneira, será buscando, quando possível, trazer para a esfera dos Municípios, especificamente, para a estratégia de saúde da família, o veículo condutor das políticas para a prevenção e tratamento dos usuários de drogas.

Para que se compreenda qual o tipo de tratamento e, até mesmo de política de prevenção ao consumo de drogas a ser implementada, deve-se oferecer uma pequena explanação que seja acerca da ESF no Brasil e, por conseqüência, o modelo adotado em Belo Horizonte por ser a realidade municipal com a qual se tem maior contato.

Estas explicações serão necessárias, pois na medida em que se compreende a estrutura de funcionamento de determinado setor que presta serviço à comunidade, via de regra, também se compreende o que se pode esperar do serviço prestado por este órgão.

2.7 Bases fundantes da ESF no Brasil

Não é interesse, neste estudo, fazer uma cronologia detalhada acerca da saúde pública no Brasil desde os seus primórdios. É necessário, no entanto estabelecer algumas inferências para que se compreendam os fatores que levaram à implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no país e, por conseqüência, em Belo Horizonte. .

Merhy (1993), no estudo que apresentou na Cartilha de Saúde Pública traçou um panorama acerca das bases que fundaram o PSF no Brasil.

O período de maior interesse para que se compreenda a origem do PSF no Brasil, remonta os anos subseqüentes a 1940 até os dias atuais, o começo do século XXI.

No período de 1940 já se mostrava evidente a tendência de inversão dos gastos públicos com a saúde privilegiando uma política assistencialista e curativa em detrimento da medicina de prevenção.

Ações pontuais e desordenadas não se mostravam, neste período, capazes de fazer frente à miséria da população, à baixa qualidade de saneamento público e ao sem número de doenças que se disseminavam no seio da sociedade.

Os gestores da saúde pública no Brasil foram, cada vez mais, adquirindo a consciência de que se deveria buscar um modelo que fosse capaz de fazer frente aos enormes gastos e ao déficit público na área de saúde.

Optou-se por um paradigma técnicoassistencial, focado na coletividade e desejoso de atuar na medicina enquanto prevenção de doenças.

Ficou evidente ao longo da segunda metade do século XX, a necessidade de se imprimir maior racionalidade ao sistema de saúde pública no Brasil.

Era imperiosa a necessidade de se municipalizar o sistema de saúde pública no país.

O gestor do sistema que antes se concentrava no ente Federal deslocou seu eixo de atuação, em sua maior parte, para o âmbito municipal.

Cada município apresenta maior capacidade de conhecer os problemas locais e, com isso, atuar com maior eficiência no controle de epidemias, prevenção de patologias e cura de enfermidades de forma mais regionalizada.

Estavam assim estruturados os pilares que dariam origem ao Programa de Saúde da Família.

A transição definitiva do modelo hospitalocêntrico com ênfase no tratamento curativo para um modelo preventivo ocorreu em sua integralidade em 1997, através da regulamentação pela portaria 1186 editada, no mesmo ano, pelo Ministério da Saúde.

A base legal para a criação e consolidação do Programa de Saúde da Família no Brasil ocorreu anteriormente através da promulgação do texto Constitucional em 1988.

Os artigos 196 e 198 da Constituição Federal de 1988 trouxeram o arcabouço que serviu de base para a criação do PSF no Brasil.

Art.196- “A saúde é **direito de todos** e dever do Estado, garantido mediante **políticas sociais e econômicas** que visem a **redução do risco** de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua **promoção, proteção e recuperação**”. (grifos nossos)

Através do comando expresso pelo dispositivo em comento, o Estado assegura a todos, independentemente de serem segurados da Previdência Social, o direito ao acesso aos meios de se prevenir doenças e também aos métodos curativos, caso o aparato preventivo não tenha sido suficiente para evitar a instalação de patologias.

Art.198 “ As ações e serviços públicos de saúde integram uma **rede regionalizada e hierarquizada** e constituem um **sistema único** de acordo com as seguintes diretrizes:

- I- **Descentralização**, com direção única em cada esfera de governo;
- II- **Atendimento integral**, com **prioridade** para as **atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais**;
- III- Participação da comunidade. (grifos nossos)

O art. 198 da Constituição Federal de 1988, por sua vez, reforçou o comando determinado pelo art.196 no tocante à preferência pela medicina preventiva e acrescentou a necessidade de se regionalizar os serviços públicos, ou seja, deslocar, o atendimento das necessidades básicas de saúde para o âmbito municipal, constituindo, no entanto um sistema único de saúde formado por união, Estados, Municípios e Distrito Federal.

2.8 Aplicação das políticas de tratamento e prevenção ao consumo de drogas

Em uma primeira etapa dos estudos, foi apresentado o entendimento que o Estado, na figura de seus gestores, pretende imprimir com relação ao usuário de drogas.

A legislação pátria pretendeu dar ao usuário de drogas ilícitas um tratamento equiparado ao que é dado ao usuário de drogas lícitas.

A primeira providência para se empreender esta equiparação foi descriminalizar ou pelo menos despenalizar o consumo de drogas no país.

Viu-se que com relação às drogas de venda e consumo livre, um dos principais desafios a ser enfrentado é a criação de um aparato de leis para desestimular a venda, a propaganda e o consumo de drogas.

A grande questão envolvendo o combate ao consumo de drogas no Brasil diz respeito não propriamente à criação de normas disciplinando a matéria, mas preponderantemente, a fazer com que as normas não tenham apenas existência fática, mas sobremaneira eficácia, conforme leciona Silva (2000).

Por eficácia entende não apenas ter existência fática, eficácia jurídica, mas, acima de tudo, eficácia material. Desta maneira, deve o Estado oferecer os instrumentos aptos para que as políticas de implementação de combate às drogas sejam de fato desenvolvidas e apresentem resultados de fato satisfatórios.

Em item anterior, o presente estudo apresentou um questionário de grande utilidade para se detectar os grupos de risco (em consonância para o modelo preventivo do SUS) e tratar os usuários, uma vez instalados os vícios.

Após esta detecção feita pelos profissionais de saúde, qual tipo de tratamento pode ser ofertado pelo Estado para atender as necessidades identificadas a partir do uso do questionário junto aos grupos de risco para o uso de drogas?

A atenção primária ofertada pelo SUS se dá notadamente no âmbito da família.

Parte-se da premissa de que os modos de viver influenciam fortemente os estados de saúde bem como de doença, sem desconsiderar outros fatores que atuam diretamente nos processos relacionados ao consumo de drogas.

O poder público, conforme dito anteriormente, dota o Estado de uma quantidade razoável de diplomas legais que disciplinam a matéria em discussão. Falta, no entanto uma infraestrutura básica para atuar na prevenção e tratamento de usuários de drogas.

Os trabalhos que podem os centros de saúde realizar com os potenciais usuários ou usuários de drogas está ligado notadamente à formação de grupos de auto-ajuda e orientação ao público sobre os riscos do consumo das diversas modalidades de drogas.

A abordagem ao público alvo pelos profissionais de saúde que atuam nos centros de saúde pauta seus trabalhos, normalmente, na abordagem comunitária e orientação familiar.

Com frequência, os centros de saúde promovem reuniões para envolver a comunidade atendida em um processo de tomada de consciência acerca das desvantagens em se consumir drogas.

Estas reuniões, conforme demonstra a prática cotidiana no trato com as comunidades carentes surtem um efeito positivo junto às famílias dos usuários.

Muitas vezes, o grupo familiar apresenta dificuldades para cuidar de questões que envolvam problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Frequentemente as famílias se sentem desautorizadas ou desatualizadas em relação aos próprios problemas quando solicitam um conhecimento teórico sobre o uso e abuso de drogas, esse conhecer é positivo, pois permite refletir sobre a função que o uso de álcool, fumo e outras drogas têm na relação familiar.

Estes encontros promovidos pelos centros de saúde apresentam uma proposta até mesmo dotada de boas intenções de trabalho.

A promoção da saúde ocorre pelo estabelecimento de vínculos de solidariedade, valorização das experiências de vida dos participantes e tentativa de resgatar a auto-estima dos mesmos.

Um problema atinente às estratégias adotadas pelos Centros de saúde é o fato de estas estratégias mostrarem-se eficazes na ajuda que oferecem às famílias dos usuários de drogas, mas débeis em relação às reais necessidades do dependente.

Não raramente, nestes encontros promovidos entre usuários de álcool ou outras drogas, escuta-se a indagação por parte do usuário de que se ele não se drogar qual outra atividade ele desempenhará na vida.

Fica este vácuo e o profissional de saúde percebe a limitação de seu trabalho, uma vez que, apenas ofertar a orientação faz parte de um conjunto de outras necessidades para a promoção e recuperação da saúde desses pacientes que também deve contar com boas ofertas de lazer, possibilidades de acesso a uma educação de qualidade e outras possibilidades para que os indivíduos desenvolvam as suas potencialidades.

Esta obrigação do Estado se negligenciada, tornará inútil a promoção de meios motivacionais como forma isolada de resgatar o usuário de drogas.

Deve ser possível, o indivíduo que se encontra em tratamento para o uso de drogas ter acesso à internação em clínicas de recuperação de qualidade quando este for o tratamento mais adequado.

Deve ser possível o encaminhamento do usuário a locais especializados em ofertar empregos, cursos capacitantes aos usuários como etapa do tratamento.

Sem esta contrapartida a ser ofertada pelo ente público, tanto mais árduo se torna o trabalho dos profissionais que atuam no tratamento de usuários e tanto mais frustrante também serão os resultados desenvolvidos, uma vez que de fato não está ocorrendo a reinserção social do usuário e nem tão pouco o abandono do vício.

3.0 CONCLUSÃO

Conforme foi demonstrado pelo presente estudo, a problemática que envolve o consumo de drogas atinge a população em uma dimensão global.

No Brasil, verificamos que as drogas proliferam de forma considerável entre a população jovem, por isso, nesta faixa etária deve haver um esforço conjunto entre a família e o Estado na busca de criar condições para que os jovens desenvolvam suas aptidões seja através do trabalho ou da educação.

Uma vez que o vício de consumir drogas já se instalou no indivíduo, novamente o grupo familiar deve estar atento para contribuir com a recuperação do afetado, da mesma forma, O Estado deve ofertar os meios de tratamento os mais eficazes possíveis.

Deve o Estado ser capaz de individualizar o usuário por meio de abordagens nos centros de saúde pública, mas principalmente ser capaz de ofertar tratamentos que apresentem resultados satisfatórios bem como oferecer oportunidade para que os usuários em tratamento possam ter emprego e educação de qualidade.

Em outro giro, o estudo apontou que o Estado tem agido mais no tocante a desenvolver legislações para tratar da matéria relacionada ao consumo de drogas do que garantir efetividade ao combate de drogas.

O poder público descriminalizou o consumo de drogas para igualar o usuário de drogas ilícitas ao usuário de drogas ilícitas no que tange ao tratamento jurídico dispensado aos dois tipos de usuários.

Esta atitude ampliou o campo de atuação na área médica, visto que o usuário de drogas não mais será encarcerado por ter praticado o crime de consumir drogas ilícitas, como era antes do advento da Lei número 11.343/06, mas será tratado para se livrar de sua dependência.

Manifestamos nossa discordância com relação à descriminalização do uso de drogas ilícitas, uma vez que entendemos que o usuário de drogas está na base que sustenta uma infinidade de outros crimes.

Ao mesmo tempo em que o Estado passou a ter este entendimento acerca do dependente, ele não se aparelhou para tratar este enorme contingente de usuários de drogas que precisam de auxílio.

Vimos que o poder público apresenta consideráveis contradições entre as leis que edita e o comportamento que adota. Ao mesmo tempo em que foi retirada a característica de crime do consumo de drogas ilícitas, endureceu o tratamento com relação ao consumo de drogas lícitas criminalizando a conduta de dirigir embriagado ao volante.

Neste ponto, entendemos pelo acerto do legislador, uma vez este tipo de direção coloca em risco a vida de pessoas indistintamente.

Enorme contradição também apresenta o comportamento do ente estatal no que diz respeito ao consumo de cigarro.

A lei Federal 9294/96 criou mecanismos para desestimular o consumo de cigarro dando mostras que estava declarando guerra às grandes empresas fabricantes de cigarros.

A mencionada lei criou entraves para a veiculação de comerciais sobre cigarro e obrigou as empresas a trazerem estampados nas embalagens do produto os riscos de se consumir cigarro.

O mesmo diploma legal que pretendeu dificultar a atuação do “monopólio do cigarro” também contribuiu em sentido contrário ao permitir a instalação de locais destinados ao consumo de cigarro em ambientes públicos de uso coletivo.

Essa tolice cometida pelo Poder Legislativo deu margem para que os Estados da Federação criassem suas próprias leis vedando peremptoriamente o consumo de cigarro nestes ambientes de uso coletivo, tais como bares e restaurantes.

Ciente do erro que cometeu, tramita no na Câmara dos Deputados um projeto de Lei para jogar uma pá de cal definitivamente nesta questão e proibir de vez o tabagismo nos mencionados recintos.

Na esfera judiciária, a celeuma também é constante.

É notório que as empresas de cigarro arrecadam milhões de Reais anualmente, às custas da perda de saúde ou mesmo da vida de milhares de

usuários, mas parece que o Poder Judiciário não se atenta para este fato e nega de forma tendencial os pedidos de indenização feitos por vítimas ou familiares de dependentes de cigarros.

Entendemos que deve o Estado deixar de lado o comportamento dúbio que vem apresentando com relação à tratativa dada ao uso e ao usuário de drogas e partir para o enfrentamento da questão.

Os centros de saúde precisam ser mais bem aparelhados para tratar os dependentes, os profissionais devem receber treinamento adequado, o número de profissionais de saúde nas equipes de saúde devem ser ampliadas e deve haver centros de referência públicos e de qualidade para se realizar o encaminhamento dos dependentes.

Enquanto estas práticas não forem adotadas, o número de vítimas de suas próprias dependências não vai reduzir, mesmo existido um regramento legal mais do que suficiente para coibir o uso de drogas.

4.0 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Paulo Henrique Silva de. O usuário na ótica da novíssima Lei de Drogas. **Jus Navigandi**, Teresina, n. 2219, 29 jul. 2009. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=13244>>. Acesso em: 31 mai. 2010.

ANDRADE, Renato Faloni de. Estado Democrático de Direito e posse de droga para consumo próprio. **Jus Navigandi**, Teresina, n. 2276, 24 set. 2009. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=13563>>. Acesso em: 07 jan. 2010.

BELO HORIZONTE (MG). Critérios de divisão de funções nos centros de saúde de Belo Horizonte. Disponível em <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTax>

onomiaMenuPortal&app=saude&tax=15378&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&>.
Acesso em 15 jan. 2010.

BELO HORIZONTE. A saúde pública em, Disponível em:
<<http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/pbh/arquivos/mod10.pdf>> Acesso em 26
jan.2010.

BRASIL.**Código Penal.** Disponível em <[http://www.
planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)>. Acesso em 02 dez.2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, promulgada em 05
out.1988. Disponível em <<https://www.planalto.gov.br/legisla.htm>>.Acesso em 05
dez.2010.

BRASIL. Lei número 9503 de 23 de setembro de 1997. Código de trânsito Brasileiro.
Disponível em <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L9503.htm>>. Acesso em 23
fev.2010.

BRASIL. Lei número 9294 de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso
e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos terapias e
defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art.220 da Constituição Federal.

BRASIL. Lei número 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de
Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso
indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de
drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em <
http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2004-2006/2006/lei/L11343.htm> acesso em 20
jan. 2010.

BRASIL. Lei número 11.705 de 19 de junho de 2008. Altera a Lei no 9.503, de 23 de
setembro de 1997, que 'institui o Código de Trânsito Brasileiro', e a Lei no 9.294, de
15 de julho de 1996, que dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de

produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para inibir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11705.htm>. Acesso em 18 jan. 2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Cartilha que dispõe acerca da política do Ministério da Saúde para intenção integral ao usuário de álcool e outras drogas. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em 08 jan. 2010.

BRASIL, **Ministério da Saúde**, INCA. Estudos sobre os hábitos tabagistas no Brasil, combate ao tabagismo passivo e legislação brasileira de combate ao fumo. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/tabagismo>> .Acesso em 04 jan.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O uso do Crack no Brasil**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33683&janela=2. Acesso em 08 jan. 2010.

BRASIL. Senado Federal. Projeto de Lei número 315 que altera a lei n. 9294 de julho de 1996 para proibir o uso de produtos de tabaco em ambientes fechados. Disponível em < <http://legis.senado.gov.br/mate-pdf/13872.pdf>>. Acesso em 20 jan.2010.:BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. Tribunal nega indenização a família de usuário de cigarro. REsp.1.113.804. Rel. Ministro Luis Felipe Salomão. Disponível em <<http://www.stj.jus.br/webstj/processo/Justica/detalhe.asp?numreg=200900438817&pv=010000000000&tp=51>>. Acesso em mai. 2010.

CAMARGO, Marcelo Ferreira de. Embriaguez e responsabilidade penal. **Jus Navigandi**, Teresina, n. 344, 16 jun. 2004. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=5342>>. Acesso em: 07 jan. 2010.

FIDELIS, Thalitah Regina de Melo. A descriminalização do usuário de substância entorpecente em contraposição ao seu status de financiador do tráfico e gerador de violência. **Jus Navigandi**, Teresina, n.1480, disponível em <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=10172>>. Acesso em 10 jan.2010.

FLORES, Victor Wojcicki. Medidas de restrição à comercialização do álcool no Brasil: Constitucionalidade e eficácia. Disponível em <http://www.pucrs.br/direito/graduacao/tc/tccll/trabalhos2008_2/victor_wojcicki.pdf>. Acesso em 18 jan.2010.

GALDUROZ, José Carlos et. al. **Primeiro levantamento domiciliar sobre o uso de psicotrópicas no Brasil, estudo coordenado pela Universidade do Estado de São Paulo**. Disponível em <http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil/parte_1.pdf>. Acesso em 18 mai. 2010.

GALUPPO, Marcelo Campos. **Da idéia à defesa**. Belo Horizonte: mandamentos, 2003.

GOMES, Luiz Flávio. Porte de drogas para uso próprio: é crime? . **Jus Navigandi**, Teresina, n. 1815, 20 jun. 2008. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=11412>>. Acesso em: 01 fev. 2010.

LACERDA, Roseli Boergen de. **EAD Supera**. Efeitos de substâncias psicoativas no organismo. 3 ed. Brasília: Unifesp, v.2,2009. 78p.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli. O adolescente e o uso de drogas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 3. ed. São Paulo:v.22, p.24-28, dez.2000.

MERHY Emerson, QUEIROZ, Marcos. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro:v.9, n.02, abr 1993.

MICHELI, Denise de. **EAD Supera**. Intervenção breve para casos de uso de risco de substâncias psicoativas. 3 ed. Brasília:Unifesp, v.4, 2009. 78p.

MINOZZO, Fabiane. **EAD Supera**. A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede de atenção primária à saúde. 3.ed. Brasília: Unifesp, v.7, 2009,76 p.

PECHANSKY, Flávio. **EAD Supera**. Encaminhamento das pessoas dependentes de substâncias psicoativas. 3 ed. Brasília:Unifesp, v.5,2009. p.66.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. Pró-reitoria de graduação. Sistema de bibliotecas. **Padrão PUC Minas de normalização: normas da ABNT para apresentação de artigos de periódicos científicos/elaboração** Helenice Rego dos Santos Cunha. Belo Horizonte: PUC Minas, ago. 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE. **Critérios de divisão de funções nos centros de saúde de Belo Horizonte**. Disponível em <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=15378&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&>. Acesso em 15 jan. 2010.

SÃO PAULO. Assembléia legislativa do Estado de São Paulo. **Legislação anti - fumo do Estado de São Paulo**. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/portal/site/Internet/menuitem.f737045a72a1eec53700aa5cf20041ca/?vgnnextoid=82ea0b9198067110VgnVCM100000590014acRCD>>. Acesso em 18 jan. 2010.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A implicação da família no uso abusivo: uma revisão crítica**. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100022&script=sci_arttext&tlng=in>. Acesso em 20 mai. 2010.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional**. 23 ed. São Paulo: 2003.

TABACO, Jovens e mulheres na Mira da Indústria do. Disponível em: <
<http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=jovem&link=namira.htm>>.

Acesso em 23 dez.2009.