



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER
Trabalho de Conclusão de Curso

**CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE CONSUMO
DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DOS JURISDICIONADOS ENCAMINHADOS
PELO MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS
PARA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO SERVIÇO DE ESTUDO E ATENÇÃO
A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

MARINA CORRÊA DE FARIA

BRASÍLIA-DF

2013

MARINA CORRÊA DE FARIA

**CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE CONSUMO
DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DOS JURISDICIONADOS ENCAMINHADOS
PELO MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS
PARA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO SERVIÇO DE ESTUDO E ATENÇÃO
A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Andréia de Oliveira.

BRASÍLIA-DF

2013

Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER
Trabalho de Conclusão de Curso

MARINA CORRÊA DE FARIA

**CARACTERIZAÇÃO DO PADRÃO DE CONSUMO
DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DOS JURISDICIONADOS ENCAMINHADOS
PELO MINISTÉRIO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS
PARA INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO SERVIÇO DE ESTUDO E ATENÇÃO
A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dra. Andréia de Oliveira

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Andréia de Oliveira – Orientadora

Departamento de Serviço Social – Instituto de Ciências Humanas – SER/IH/UnB

Prof^a. Dr^a. Ângela Vieira Neves – Membro Interno

Departamento de Serviço Social – Instituto de Ciências Humanas – SER/IH/UnB

Prof^a. Ms^a. Cláudia Regina Merçon de Vargas – Membro Externo

Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas – Hospital Universitário de Brasília – SEAD/HUB/UnB

Aprovado em 07/03/2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente à Cláudia, responsável pela minha inserção no campo de estágio que possibilitou a construção do presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC); pela atenção dispensada nas supervisões, leituras dos relatórios, preocupação e carinho com a construção de uma concepção crítica acerca da temática abordada.

À minha orientadora, Andréia, em especial, que me acompanhou desde a supervisão acadêmica nos estágios; por ter aceitado o convite de estar presente durante todo o processo, iluminando os caminhos que foram trilhados.

À Gussi, que acompanhou os grupos de intervenção educativa, muito contribuindo nas análises críticas, instigando as discussões e incentivando na persistência da abordagem escolhida.

À Angela, que gentilmente aceitou a participar da banca examinadora; faz-se prazerosa a recordação das aulas ministradas, que sempre contribuíram nas discussões reflexivas sobre o exercício profissional do assistente social.

À toda equipe do Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas (SEAD), incluindo todos os estagiários e residentes que compartilharam aqueles saberes significativos na convivência.

Aos jurisdicionados, por estarem presentes na intervenção educativa, colaborando nas discussões e situando o debate sobre o contexto atual de drogas.

À família, pela paciência e compreensão dispensadas no decorrer da Graduação; aos incentivos motivacionais em persistir no objetivo a ser alcançado.

A todos com os quais tive a oportunidade de conviver no decorrer das disciplinas. Muito obrigada pela força, garotas SS: Jú, Van Van, Bárbara; e à Camila: a menina mais inteligente de Serviço Social na UnB, presente desde o início da Graduação e exemplo de persistência.

A Tayene, Carol, Arretado e Leninha, que me suportaram um bom tempo com desabafos, lamentações e conquistas do TCC.

Agradeço ainda à Bárbara Parente, amiga de estágio e companheira nos desesperos do TCC.

E a todos que, de qualquer forma, interferiram e apoiaram, mesmo que indiretamente, nas reflexões precedentes ao presente trabalho de conclusão de curso.

Nem sempre podemos abraçar a profissão para a qual acreditamos estar preparados; nossa posição na sociedade está em certa medida definida antes que tenhamos condições de determiná-la.

Karl Marx

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo adentrar no âmbito relacionado ao uso de substâncias psicoativas com a finalidade de caracterizar o padrão de consumo dos jurisdicionados encaminhados pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios para comparecimento na intervenção educativa realizada pelo Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas no Hospital Universitário de Brasília. Os jurisdicionados encontram-se em cumprimento da transação penal, em consonância com a Lei nº. 11.343/2006. Por meio de observação participante, foram traçadas e analisadas as linhas do padrão de consumo de substâncias psicoativas dos jurisdicionados equivalentes a cinco meses de intervenção educativa. Relacionou-se a faixa etária com o tipo de substância psicoativa consumida.

Palavras-chave: substância psicoativa, padrão de consumo, intervenção educativa.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C	-	Antes de Cristo
Art.	-	Artigo
BA	-	Bahia
CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial
CF	-	Constituição Federal
CNS	-	Conselho Nacional de Saúde
DF	-	Distrito Federal
DMT	-	Dimetilriptamina
EUA	-	Estados Unidos da América
HUB	-	Hospital Universitário de Brasília
LSD	-	Ácido Lisérgico Dietilamida
MDMA	-	Metilenedioximetanfetamina
MPDFT	-	Ministério Público do Distrito Federal e Territórios
MS	-	Ministério da Saúde
NAPSs	-	Núcleos de Atenção Psicossocial
OBID	-	Observatório Brasileiro sobre Drogas
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas
PDIJ	-	Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude
SEAD	-	Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas
SEC-DF	-	Secretaria de Estado da Criança do Distrito Federal
SENAD	-	Secretaria Nacional Antidrogas
SNC	-	Sistema Nervoso Central
SUBSIS	-	Subsecretaria do Sistema Socioeducativo
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TDAH	-	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
THC	-	Tetrahidrocannabinol
UnB	-	Universidade de Brasília
UNODC	-	Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Grupo 1.....	41
Tabela 2 – Grupo 2.....	44
Tabela 3 – Grupo 3.....	46
Tabela 4 – Grupo 4.....	48
Tabela 5 – Grupo 5.....	50
Tabela 6 – Padrão de consumo de substâncias psicoativas dos jurisdicionados.....	52
Tabela 7 – Gênero.....	54

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 ABORDAGENS SOCIAIS DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	12
1.1 SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: USOS, COSTUMES E AS PRÁTICAS PROIBICIONISTAS	12
1.2 SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: CLASSIFICAÇÃO E CONCEITOS BÁSICOS.....	20
<i>1.2.1 Drogas depressoras.....</i>	<i>21</i>
<i>1.2.2 Drogas perturbadoras.....</i>	<i>23</i>
<i>1.2.3 Drogas estimulantes</i>	<i>24</i>
2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DROGAS	26
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REFLEXÃO SOBRE O USO DE ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	26
2.2 LEGISLAÇÃO BRASILEIRA: SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ILÍCITAS	31
3 PADRÃO DE CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DOS JURISDICIONADOS: RESULTADOS E ANÁLISES	34
3.1 PERCURSO METODOLÓGICO	34
3.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA: O SERVIÇO DE ESTUDOS E ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	36
3.3 ASPECTOS GERAIS DA INTERVENÇÃO NO SERVIÇO DE ESTUDOS E ATENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	39
3.4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	41
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas está presente na história da humanidade em suas diferentes culturas. Na diversidade cultural estão inseridos os mais variados estilos de vida, tornando a questão do consumo de substâncias psicoativas algo complexo. No entanto, apesar do uso milenar, foi somente nos últimos anos que a compreensão como uma questão de saúde passou a ocupar um importante lugar nas discussões dos estudiosos sobre a referida temática. Devido à promulgação da Lei nº. 10.216/2001, a problemática do uso de drogas é reconhecida na saúde mental, proporcionando diferentes oportunidades de tratamento ao usuário de drogas. As novas perspectivas de compreensão do uso, abuso e dependência de drogas, vêm ampliando as possibilidades de abordagem dos usuários, permitindo, assim, a integração das questões de saúde com as demais áreas existentes no Poder Judiciário.

O Relatório Brasileiro sobre Drogas que apresenta as informações sobre o uso de substâncias psicoativas, consolidadas pelos sistemas e bases de dados nacionais:

Além do uso recreativo ou ritual, inserido na cultura e na economia dos países, em muitos casos o consumo de drogas se associa a problemas graves como a ocorrência de acidentes, violência, produção ou agravamento de doenças variadas, queda no desempenho escolar ou no trabalho, transtornos mentais e conflitos familiares, entre outros (SENAD, 2009, p. 17).

Tal informação permite inferir que o consumo de substâncias psicoativas pode gerar conflitos sociais e acidentes mesmo quando seu uso não é considerado abusivo. Os acidentes de trânsito provenientes da ingestão de determinada substância psicoativa, dão-se em razão das referidas substâncias serem capazes de alterar os reflexos, reduzindo a atenção dispensada para conduzir um veículo.

Segundo o Relatório sobre Drogas, a tentativa de inserir o debate sobre substâncias psicoativas em diversas áreas do conhecimento, sobretudo na saúde, ainda não permite que a temática seja amplamente discutida: “Até alguns anos atrás, a sociedade brasileira e mesmo as instituições que definiam as políticas de saúde negligenciavam a gravidade desses problemas. Quando os problemas com as drogas eram discutidos, o debate se restringia às drogas ilícitas” (SENAD, 2009, p. 356).

Fiore (2006) aborda o fenômeno das drogas como um problema social, onde destacam-se três elementos essenciais para a interpretação, a saber: a medicalização, a criminalização e o moralismo. Aquele autor expressa como demanda atual a necessidade de questionar o tratamento dispensando ao consumo de substâncias psicoativas.

Ao se tratar de substâncias ilícitas, quando a questão é centrada na Justiça, encontra-se um obstáculo para a inclusão de outras áreas. A temática deve ser trabalhada, haja vista sua complexidade, de forma multiprofissional e interdisciplinar, articulada nas diferentes áreas existentes, possibilitando diversos e diferentes olhares sobre a mesma. A troca dos saberes é importante para fins de avaliação do sujeito em sua totalidade, ressaltando que a substância psicoativa é apenas um elemento em meio às variadas vertentes que justificam a sua presença.

Diante da temática proposta, o presente estudo possui como campo de abordagem a intervenção educativa, com pessoas que são apreendidas portando substâncias ilícitas, ocorrida no Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas (SEAD), situado nas instalações do Hospital de Universitário Brasília (HUB). Os indivíduos apreendidos, chamados jurisdicionados, são encaminhados pelo Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT), para o comparecimento nas atividades referentes como intervenção educativa, executando, assim, a transação penal como medida mencionada na Lei nº. 11.343/2006.

O objetivo central da presente pesquisa é caracterizar o padrão de consumo de substâncias psicoativas dos jurisdicionados encaminhados pelo MPDFT, em cumprimento da Lei nº. 11.343/2006, para intervenção educativa realizada no SEAD/HUB. Assim, tem-se o seguinte problema de pesquisa: qual a caracterização do padrão de consumo de substâncias psicoativas dos jurisdicionados encaminhados pelo MPDFT, em cumprimento da Lei nº. 11.343/2006, para intervenção educativa realizada no SEAD/HUB?

Destacam-se, então, como objetivos específicos:

- apresentar a intervenção educativa realizada pelo SEAD junto aos jurisdicionados;
- traçar o padrão de consumo de substâncias psicoativas dos jurisdicionados; e
- analisar como os jurisdicionados são classificados, de acordo com suas próprias concepções, considerando o padrão de consumo de substâncias psicoativas.

Tal contexto aponta para a importância de estudos relacionados ao uso de substâncias psicoativas na atualidade, tendo em vista as consequências de seu consumo indiscriminado, e da necessidade de novas perspectivas de abordagem para com os usuários. Em tal direção, a presente proposta pretende contribuir e sinalizar subsídios para o debate em questão.

Em termos estruturais, o presente estudo fundamenta-se em três capítulos principais, a saber:

- Capítulo I – trata das abordagens sociais das substâncias psicoativas, de modo a percorrer brevemente a contextualização mundial, destacando as práticas, os costumes, além do modelo proibicionista; dispõe também de conceitos básicos, classificando os tipos de substâncias e suas formas de uso;
- Capítulo II – volta-se para o Sistema Único de Saúde (SUS) e a legislação brasileira sobre drogas, orientando o debate para as medidas estabelecidas nos últimos anos, como forma de respostas do Estado e da própria sociedade ao fenômeno do consumo de substâncias psicoativas; tem-se também a questão do trato da legislação brasileira referente às substâncias psicoativas ilícitas, expondo a Lei nº. 11.343/2006, suas diversas formas de interpretação e os avanços alcançados desde a sua implementação; e
- Capítulo III – trata do SEAD e sua intervenção educativa; contextualiza o serviço ambulatorial especializado em drogas, sua proposta de tratamento e os projetos vinculados; expõe-se o motivo em que se deu a inserção em tal campo. A intervenção educativa é descrita, perpassando os três encontros mensais inseridos na transação penal. Os dados coletados são apresentados e analisados, com o foco no segundo encontro das reuniões em grupo, cuja temática refere-se ao padrão de consumo de substâncias psicoativas dos jurisdicionados.

O encerramento da presente pesquisa dá-se com a apresentação das considerações finais acerca da temática abordada, contendo as impressões observadas no decorrer do estudo.

1 ABORDAGENS SOCIAIS DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

1.1 Substâncias psicoativas: usos, costumes e as práticas proibicionistas

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), entende-se por substância psicoativa como algo natural ou sintético que, utilizada por qualquer via do organismo, afete a estrutura ou função do mesmo (DIAS; PINTO, 2005). São capazes de alterar o humor, a consciência, as funções psicológicas e comportamentais.

As substâncias psicoativas dividem-se em: naturais (correspondem às plantas que contém princípios psicoativos), semissintéticas (produzidas em laboratório, mas utilizam matéria-prima animal ou vegetal para sua confecção e sintéticas) e sintéticas (produzidas somente por manipulações químicas em laboratórios).

Na sociedade brasileira, as substâncias psicoativas foram discutidas, conforme o Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas¹, como substâncias utilizadas para alterar o funcionamento cerebral, capazes de causar mudanças no estado mental. Estas se encontram divididas em três grupos, a saber: depressoras (comprometem a concentração, fazendo com que o cérebro funcione lentamente), estimulantes (aceleram os processos psíquicos e a atividade de determinados sistemas neuronais) e perturbadoras (produzem uma série de distorções qualitativas no funcionamento do cérebro). É preciso destacar que nem todas causam dependência; algumas são utilizadas como medicamentos no tratamento para algumas doenças.

Civilizações antigas encaravam a cura ou um estado de melhora para um indivíduo enfermo fazendo uso de alguma substância psicoativa, por intermédio de práticas ocultas. Se a substância provocasse alteração no estado de consciência do enfermo, significava que a ação da magia teria sido eficaz. Os curandeiros eram os responsáveis por proporcionarem a cura; a substância psicoativa era utilizada pelos mesmos a fim de realizar o procedimento no enfermo, ora pelo próprio enfermo para obter comunicação com os deuses. A intencionalidade era situada na alteração da realidade. Tais práticas ocorriam nas civilizações amazônicas indígenas, onde o pajé era a figura do curandeiro e fazia uso de plantas alucinógenas, como a ayahuasca, que tardiamente se popularizou nas práticas religiosas do Santo Daime (ARAÚJO, 2005).

¹ Cf. BRASIL. Ministério da Justiça. **Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas**. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: 28 fev. 2013.

No século XVI, as grandes navegações conduzidas pelos europeus favoreceram o contato com substâncias psicoativas que eram consumidas por culturas indígenas. Assim, os europeus já habituados a fazerem uso das referidas substâncias de forma recreativa, inseriram em sua sociedade para fins medicinais, além dos momentos de lazer. A entrada destas nas sociedades europeias foi difundida ao ponto que, no século XVIII, diversos medicamentos eram produzidos com princípios retirados daquelas plantas (RIBEIRO, 2005). Já no século XIX, não só a Europa, mas também os Estados Unidos da América (EUA) estavam convivendo com as variadas substâncias conhecidas como “drogas”, que já não mencionavam os aspectos culturais daquelas civilizações antigas; o álcool já estava difundido, sendo possível associar seu consumo problemático à opressão frente a Revolução Industrial.

Uma descoberta que trouxe avanços para a Medicina, ainda no século XIX, foi a invenção da morfina – substância originada a partir de princípios ativos contidos no ópio. É preciso destacar que o ópio apresenta registros milenares de sua existência, cuja substância foi bastante consumida por civilizações gregas e romanas. A primeira metade do século XIX é marcada pela Guerra do Ópio, o que vai trazer elementos essenciais para compreender a origem do proibicionismo de substâncias psicoativas. A utilização do ópio na China é relatada desde o século XVII; sua importação expandiu-se no século através de países europeus. O comércio de ópio chinês atingiu grandes proporções, chegando a importar da Inglaterra dez mil toneladas (DUARTE, 2005). Acompanhando a lógica do mercado, o consumo do ópio foi estimulado para fortalecer o comércio. O governo chinês proibiu a importação de ópio, culminando a Guerra do Ópio, que impediu a comercialização com a Inglaterra. Tempos depois, o comércio foi legalmente admitido, porém, a sociedade chinesa já protestava quanto ao incentivo do uso de ópio por parte dos ingleses em relação aos efeitos maléficos decorrentes do consumo.

Neste mesmo período, ao direcionar o olhar para a sociedade ocidental, vigorava o Romantismo – movimento literário que contribuiu para exaltar o consumo de substâncias psicoativas, de forma a naturalizar sua prática, permitindo a criação de novos padrões de uso. Os resultados danosos do uso descontrolado levaram o Estado a criar mecanismos que impedissem e ainda impedem o consumo. O pensamento que está vinculado à ideia de proibicionismo das substâncias psicoativas remete ao imaginário cristão ocidental, que acreditava que o uso de substâncias psicoativas contribuía para demonizar o usuário (RIBEIRO, 2005).

A Revolução Científica traz elementos que abordam os princípios ativos isolados das substâncias psicoativas, refletindo nas complicações sofridas pelos usuários (RIBEIRO, 2005) – substâncias à base de ópio e cocaína que outrora eram legalizadas foram repensadas durante tal período, sendo permitidas somente com a autorização médica, o que interferia na quantidade de consumo. A permissão médica não controlava um consumo abusivo ou que outras pessoas das quais não foram receitadas obtivessem acesso ao uso. Assim, deu-se, como estratégia da saúde pública, a proibição do consumo de substâncias psicoativas (RIBEIRO, 2005). De fato, a mentalidade proibicionista possui a intenção de impedir o acesso às substâncias psicoativas, o que pode levar alguns usuários a repensarem o consumo, interrompendo o uso. No entanto, a referida decisão só pode ser sustentada se o grau de comprometimento do usuário com a substância não ocorrer de forma intensa.

O proibicionismo surgiu nos EUA com a interdição do álcool, desenvolvido por setores das Igrejas Católica e Protestante juntamente com movimentos sociais, que relatavam complicações ocasionadas pelo consumo abusivo de álcool. O comércio ilegal se difundiu de tal forma que os usuários daquela substância não eram impossibilitados de seu consumo. Assim, a mentalidade proibicionista foi estendida para outros países. No entanto, notou-se que mesmo com a proibição do álcool, os problemas sociais persistiam, sendo repensada a interdição e encerrada no início da década de 1930.

Decorrente do proibicionismo globalizado, o tráfico foi disseminado mundialmente na década de 1970, sobretudo, com o surgimento dos cartéis colombianos, movimentando lucrativas atividades com a comercialização de substâncias psicoativas ilícitas. Sobre tal questão, Araújo e Moreira (2005, p. 14) apontam a tensão relativa ao tráfico envolvendo os EUA e a Europa:

Enquanto o primeiro tem privilegiado a repressão ao tráfico e consumo, à custa da supressão de inúmeros direitos civis, a Europa tem adotado uma visão mais tolerante e flexível, respeitando mais o conceito de cidadania. Apesar disso, as Nações Unidas ainda corroboram a política repressiva, mesmo com todos os reveses sociais que este tem causado, tais como violência, fortalecimento do crime organizado e corrupção do Estado.

A Organização das Nações Unidas (ONU) adota a mentalidade proibicionista unida à idealização de acabar com a produção e o consumo de substâncias psicoativas ilícitas. Ribeiro (2005) traz o exemplo da França, que procurou lidar com a temática seguindo os preceitos da referida Organização. Entretanto, a comunidade científica francesa se opunha a tal afirmação, fazendo com que na década de 1980, as estratégias direcionadas a alterar os comportamentos de risco dos usuários fossem mudadas. Os resultados daquela experiência foram bem

recebidos, espalhando aquele tipo de abordagem – que se posiciona contrária à criminalização do consumo e a abstinência – para outros países.

Contudo, pode-se dizer que, historicamente, os indivíduos sempre se relacionaram com diversos tipos de drogas e sob diferentes maneiras, por meio de estimulantes, alucinógenos e/ou substâncias consideradas depressoras do Sistema Nervoso Central (SNC). No entanto, houve mudanças significativas na forma como a sociedade tem tratado a questão das drogas.

Na sociedade contemporânea, o uso de substâncias psicoativas é encarado como algo recente em relação à capacidade de proporcionar conflitos – tratar a droga como um problema social é algo recente. A sociedade passa a ter um olhar crítico sobre a questão à medida que é preciso trazer respostas para lidar com os sujeitos que possuem problemas devido ao consumo de drogas. O II Levantamento Domiciliar de 2005, que apresenta o consumo de drogas no Brasil, vem trazendo uma realidade preocupante ao afirmar que 12% dos habitantes apresentam-se em dependência do álcool (CARLINI, 2006). Tal informação causa desconforto para a sociedade quando estes usuários são interpretados como uma demanda para o sistema de saúde público, acompanhada da ideia de que os usuários de álcool são culpabilizados, ao invés de serem vistos como sujeitos com dificuldades decorrentes do uso indevido de álcool. Faz-se necessário compreender as causas que levam o indivíduo a inserir as drogas – lícitas ou ilícitas – em sua rotina.

A recorrência ao consumo de substâncias psicoativas na humanidade é um fenômeno que pode ser compreendido por meio de questões religiosas, culturais, sociais e econômicas. As exigências apresentadas diante de uma sociedade capitalista para obter sucesso levam a um frequente processo de competição, no qual nem todos alcançam o resultado desejado. A intensa dificuldade em lidar com as frustrações é colocada de forma que a depressão passa a ser uma doença comum nos dias atuais, proporcionando um importante risco para o consumo de drogas, principalmente do álcool. Além disso, as substâncias psicoativas são requisitadas pelo fato de proporcionarem prazer imediato ao indivíduo.

A busca pelo uso de tais substâncias ultrapassa o prazer quando é encontrada em ambientes religiosos. Civilizações antigas utilizavam plantas que ocasionavam efeitos alucinógenos, em rituais específicos, para alterar o estado de consciência e estabelecer comunicação com os deuses. Na atualidade, pode ser observada a presença do álcool em rituais da Igreja Católica. O significado do vinho nas missas católicas é expresso simbolicamente como sangue de Jesus Cristo. A substância psicoativa nas missas cristãs é concebida com outro significado por estar inserida em contexto religioso (SILVEIRA, 2005).

Em geral, o fato de a substância psicoativa ser descriminalizada direciona o olhar da sociedade sobre determinada(os) droga e/ou usuários, haja vista que o consumo do álcool tornou-se algo naturalizado na sociedade atual. É possível notar a existência do álcool em ocasiões festivas das mais variadas, tanto em eventos comerciais quanto em comemorações religiosas.

A concepção acerca do álcool é transformada ao interpretá-la em uma sociedade árabe, que se difere dos costumes culturais brasileiros – no Marrocos, onde a religião predominante é o Islamismo, o livro sagrado desta religião, o Alcorão, faz referência sobre o vinho representado por qualquer bebida alcoólica: “Ó vós que credes! O vinho e o jogo de azar e as pedras levantadas com nome dos ídolos e as varinhas da sorte não são senão abominação: ações de Satã. Então, evitai-as na esperança de serdes bem-aventurados” (ALCORÃO, p. 191, versículo 90).

O posicionamento islâmico em relação à ingestão de álcool é totalmente contrário, pois o enxerga como um obstáculo para a emancipação humana. O consumo de álcool no país marroquino é mal visto, enquanto o uso de maconha não causa espanto, cuja substância é descriminalizada. O país é movimentado economicamente com a alta produção e exportação de maconha e haxixe para a Europa.

A relevância em considerar o contexto sociocultural deve ser ressaltada, pois é bastante comum observar usuários de substâncias psicoativas em situações sociais desfavoráveis que levaram a um consumo como alternativa para suportar a realidade vivenciada. Assim, observa-se que o motivo que leva o indivíduo em busca do consumo problemático de substâncias psicoativas pode ser vinculado às condições econômicas do sujeito. O trabalho expressa um lugar de destaque na sociedade capitalista – estar empregado representa não somente uma ocupação, como também contribui para a construção dos projetos de vida de um indivíduo. Neste sentido, Cruz (2001, p. 97) aponta a razão do aumento de substâncias psicoativas:

E como não há empregos como tais, os projetos de vida na sociedade ocidental, fortemente ligados à vida profissional - tornam-se impossíveis, inviabilizando a constituição de identidades, num processo que, como discutiremos adiante, tem papel central na determinação social das escolhas individuais sobre as drogas.

Quando o sujeito encontra-se desempregado, é dispensada a obrigação diária que uma atividade laboral costuma exigir, estando mais propício para o consumo de drogas. Às vezes, apenas o dever de cumprir horários impede o uso de determinada substância psicoativa, bem como apresentar-se disposto e produtivo diante um ambiente de trabalho. Não existir um

motivo concreto para atrapalhar o uso de substâncias psicoativas é um fator que facilita a entrada da droga na rotina do indivíduo. Em geral, quando a droga passa a fazer parte do cotidiano de qualquer pessoa, seu consumo dá-se automaticamente, havendo uma banalização em relação ao uso. Vale ressaltar que, não possuindo uma ocupação, o sujeito apresenta-se sem perspectivas, comprometendo sua autoestima quando a droga preenche um espaço importante.

Dentre os componentes que levam o sujeito a um envolvimento com substâncias psicoativas, a fase da vida onde estas podem se fazer acentuada é na adolescência – onde a identidade encontra-se em formação, o que reflete na busca de modelos a serem seguidos, contribuindo nas influências familiares. Nem sempre os modelos expostos na família são seguidos. O ambiente familiar tanto pode proporcionar um espaço para o consumo das referidas substâncias – na convivência com familiares usuários – como pode motivar um uso decorrente de conflitos familiares. A falta de clareza quanto ao julgamento das ações reflete nas escolhas em meio às oportunidades oferecidas para o consumo de substâncias psicoativas, ocorrendo sem uma séria reflexão sobre o assunto.

Complementando o raciocínio, a “adolescência é um período do desenvolvimento humano em que acontecem importantes transformações de ordem física, emocional, cognitiva e social, e o uso de drogas pode comprometer esse processo” (SENAD, 2009, p. 12). O adolescente tem maior propensão em percorrer rapidamente os estágios de consumo de substâncias psicoativas e a capacidade de diversificar tais substâncias. Os reais efeitos e consequências das substâncias psicoativas no organismo são desprezados por não serem visíveis de forma imediata, sobretudo na adolescência. A vontade em adquirir novas experiências, vinculadas à busca pelo prazer causado por essas substâncias, mascara a possibilidade de prejudicar o desempenho escolar e afetar nas relações sociais.

Outro fator de risco referente ao consumo de substâncias psicoativas na adolescência é a facilidade no acesso aos ambientes onde o uso é exaltado, como, por exemplo, em casas noturnas ou eventos festivos de longa duração. A procura daquelas substâncias nos referidos locais dá-se como tentativa de desinibição ou resistência para permanecer durante todo o período do evento.

Um aspecto recorrente quanto aos fatores de risco inseridos no consumo de substâncias psicoativas aparece quando o uso está relacionado aos transtornos psiquiátricos. Pessoas diagnosticadas com transtornos mentais possuem maior disposição para desenvolver um consumo problemático de substâncias psicoativas.

Nery Filho (1989) relata o contexto histórico no Estado da Bahia (BA) na década de 1980, a respeito do tratamento dispensado aos usuários de substâncias psicoativas. Quando tal temática era discutida no âmbito da saúde, era vista apenas sob a perspectiva psiquiátrica, ou seja, não se observava o usuário de acordo com o contexto cultural no qual se encontrava inserido, suas condições econômicas ou como era representado na sociedade. A concepção que restringe o olhar para o usuário de drogas somente pelo viés da Psiquiatria foi compartilhada no Brasil até meados de 1990 – período em que a saúde mental é reestruturada, ampliando seu campo de ação profissional.

Outro pensamento equivocadamente difundido na BA, e que ainda persiste na atualidade, dá-se quando a discussão é voltada para as drogas ilícitas, colocando como menos preocupante as drogas lícitas. A visão acerca das drogas não pode ser direcionada apenas para uma área do conhecimento – o viés jurídico, responsável pelo debate da criminalização ou descriminalização de substâncias psicoativas. Tal temática possui um domínio amplo de abordagem que deve destacar, sobretudo, a área da saúde. Não existem definições capazes de expressar qual o tipo de droga mais prejudicial ou que causa menos danos ao indivíduo, sem antes analisar o contexto social no qual se encontra o usuário, e sua personalidade. São elementos que devem ser destacados ao avaliar os motivos pelos quais levam determinado usuário a consumir um tipo específico de substância psicoativa.

Considerando a pesquisa realizada em relação ao II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, desenvolvida entre novembro de 2011 e abril de 2012 (LARANJEIRA, 2012), o Brasil é apresentado como principal consumidor de crack a nível mundial, em números absolutos. No que diz respeito à cocaína, o Brasil é ultrapassado apenas pelos EUA. A cocaína possui diferentes formas de apresentação, podendo esta ser aspirada, injetada ou fumada. Quando a cocaína apresenta-se em pó, ela é utilizada via intranasal, podendo ser diluída em água e consumida injetada. Outra forma de consumo desta última é o seu fumo, cuja representação dá-se pelo crack – a forma que ganhou maior popularidade no cenário brasileiro, ocupando espaço em todas as classes sociais –, a merla ou o oxi.

Conforme a recente pesquisa relativa ao levantamento do consumo de substâncias psicoativas (LARANJEIRA, 2012), o uso de crack foi notado com maior intensidade no cenário brasileiro. Os referidos dados reforçam as notícias sensacionalistas da mídia concernentes aos usuários de crack. As informações dispostas sobre o uso de drogas dispostas pela mídia, normalmente vêm acompanhadas de preconceito, cuja veracidade é duvidosa. De maneira semelhante é orientada a concepção da sociedade acerca do usuário de crack. O

estigma apontado a tais indivíduos como pessoas descontroladas e sem limites é observado até mesmo entre os usuários de substâncias psicoativas. Em um contexto amplo, os usuários de drogas demandam respeito perante o olhar da sociedade, mas confirmam a discriminação pelos sujeitos que possuem problemas com o consumo de crack.

Um aspecto árduo de ser alcançado no tratamento é o posicionamento do sujeito sobre a substância psicoativa que faz uso vinculado aos problemas decorrentes do consumo, ações estas que antecedem o tratamento. Entretanto, o reconhecimento do usuário de crack diante a situação vivenciada vem ocorrendo tardiamente, tendo em vista a dificuldade de se posicionarem perante uma sociedade extremamente preconceituosa. Ao avaliar o padrão de consumo de substâncias psicoativas de um usuário, Silveira (2005) aponta que existem três elementos essenciais que devem compor a referida análise, a saber: o tipo de substância que é utilizada, as características biológicas e psicológicas do usuário e o contexto que o sujeito consome, determinando o tipo de substância.

Neste sentido, Escohotado (1998, p. 24, tradução nossa) destaca: “nós escolhemos nossos venenos de acordo com a tradição, sem dar-se conta da farmacologia: são as atitudes sociais que determinam quais são as drogas aceitáveis que atribuem qualidades éticas aos produtos químicos”. Assim, aplicando-se tal afirmação na sociedade brasileira contemporânea, nota-se que o consumo de crack é exaltado enquanto possui um número enorme de indivíduos em situação de abuso e dependência do álcool. Novamente, a condição de droga ilícita se faz ilusoriamente mais alarmante do que a droga lícita.

Afirmar que um indivíduo faz uso de qualquer substância psicoativa não significa dizer que esse fato implica em conseqüências negativas no seu cotidiano. Schwebel (2002 apud SODELLI, 2010) apresenta maneiras diversas em que a droga pode ser utilizada, fornecendo elementos capazes de definir o padrão de consumo de um usuário. Considerando uma escala gradual que mostra o envolvimento do sujeito com a substância, o uso experimental é o menos preocupante, no qual se dá em razão de alguma curiosidade, tentativa de inserção em algum grupo ou pela satisfação do prazer que foi idealizado em determinado tipo de substância. O uso ocasional ocorre em situações específicas vivenciadas pelo indivíduo. O referido uso se difere do uso experimental, pois, o sujeito já conhece os efeitos causados pela substância, não sendo o primeiro contato com a droga. Quando o consumo torna-se frequente, aí se tem o uso habitual. Qualquer ação rotineira pode transformar-se em motivo para consumir a substância, conquistando espaço no cotidiano do usuário. Assim, a dependência acontece quando o uso da substância vai além do prazer; a falta causa angústia e cumprimento das obrigações diárias torna-se inviável se não houver o consumo da substância

– o propósito da vida é reduzido em obter a substância para um uso que interfere severamente no ciclo de vida do indivíduo. De acordo com os distintos tipos de uso apresentados, é possível identificar se tal uso é controlado, de risco ou nocivo, tendo em vista a capacidade de controle que o indivíduo possui em face à quantidade que pretende utilizar.

1.2 Substâncias psicoativas: classificação e conceitos básicos

No que tange às classificações de substâncias psicoativas, estas são divididas em: depressoras, estimulantes e perturbadoras (SENAD, 2012), em detalhes:

- as drogas depressoras agem de forma a deixar o SNC mais lento, tendo a sonolência como um dos sintomas. Algumas são utilizadas como medicamentos: os benzodiazepínicos – substâncias capazes de induzir o sono. O álcool, substância bastante consumida na sociedade atual, é classificado como uma droga depressora.
- as drogas estimulantes aceleram o SNC, provocando agitação e excitação. Como exemplos destas, tem-se o crack, a cafeína e a nicotina.
- as drogas perturbadoras produzem alterações no cérebro provocando alucinações; dificultam a capacidade de compreensão do tempo e espaço.

Diante do exposto, é possível notar que, diferente das classificações apresentadas, a droga depressora não se caracteriza por acelerar ou tornar o SNC lento; o cérebro vai distorcer a realidade por passar a funcionar fora do normal. Na sociedade brasileira, com base na legislação vigente, não é possível identificar situações onde as drogas perturbadoras são utilizadas como medicamentos e nem comercializadas legalmente. Como exemplos deste último tipo de droga, tem-se a maconha, o êxtase, o *Lysergic Acid Diethylamide* (LSD).

As drogas depressoras da atividade do SNC são: o álcool, soníferos, ansiolíticos, opiáceos e inalantes. Aquelas que estimulam a atividade do SNC são: os anorexígenos e a cocaína. As perturbadoras de origem vegetal são: a mescalina, o tetrahydrocannabinol (THC), a psilocibina e o lírio. As perturbadoras de origem sintética são: os anticolinérgicos, o LSD-25 e o ecstasy (CEBRID, 2011).

Com a finalidade de se obter uma clara compreensão acerca das substâncias classificadas anteriormente, a seguir, apresentar-se-á a caracterização de cada tipo específico de substância, estabelecendo as tendências do usuário e seus fatores de risco (SENAD, 2012), destinado ao aperfeiçoamento de profissionais envolvidos na presente temática.

1.2.1 Drogas depressoras

Existem registros arqueológicos de 6.000 a. C. que mostram que o consumo de álcool já existia desde então. Inicialmente, a substância era utilizada por meio de bebidas fermentadas. Posteriormente, descobriu-se outra forma de consumo por meio da destilação, onde a bebida alcançava um teor alcoólico mais elevado (CEBRID, 2011). Assim, o álcool é apresentado à humanidade, cujo consumo não está isento de riscos. A dependência da referida substância é recorrente em pelo menos 10% da população mundial. O uso abusivo e a dependência são pouco diagnosticados. Os fatores que influenciam a desenvolver seu consumo são: gênero, etnia, idade, ocupação, grau de instrução e estado civil, sendo mais recorrente no sexo masculino. A faixa etária que apresenta mais problemas é entre 18 e 35 anos. Os riscos de seu consumo estão associados a acidentes de trânsito, comportamentos sexuais de risco, violência doméstica, suicídios e homicídios. O álcool se apresenta de forma destilada ou fermentada. Em razão de ser uma substância depressora do cérebro, age diretamente no fígado, coração, vasos e estômago (SENAD, 2012).

Outro tipo de droga depressora são os inalantes, classificados como qualquer substância volátil utilizada por meio da aspiração, que produz alterações mentais. Quando a inalação ocorre ao acaso, em razão do indivíduo estar exposto a determinado ambiente, como os trabalhadores da indústria de calçados, identifica-se um problema ocupacional. No contexto brasileiro, a substância é mais utilizada por adolescentes, destacando os desfavorecidos economicamente. Tem-se como exemplos de inalantes: adesivos, colas, aerossóis, anestésicos, produtos de limpeza, solventes. Dentre os inalantes que possuem tolueno, considerando um uso continuado, seus efeitos são identificados como perda da memória, morte dos neurônios e demência (SENAD, 2012). No consumo de inalantes, o principal órgão afetado é o cérebro, enquanto os efeitos sobre outros órgãos são pouco visíveis. A dependência é comum naqueles que possuem um consumo abusivo (CEBRID, 2011).

Os opioides são apresentados em três formas: natural, semissintética e sintética, a saber:

- natural: é extraída da papoula (como, por exemplo, o ópio, a morfina, a codeína e a tebaína;
- semissintética: é produzida em laboratório a partir da molécula natural da substância, sendo exemplificado pela heroína, oxicodona, hidroxidona, oximorfina e hidroximorfina.

- sintética: é criada exclusivamente em laboratórios (como, por exemplo, a metadona, a meperidina, a piridina, o fentanyl, e o Levometadil.

A diferença nos efeitos dos opioides ocorre no sentido quantitativo (CEBRID, 2011). Esta pode ser consumida fumada, cheirada ou injetada. Além do uso recreativo, é utilizada como medicamento para dores intensas ou anestésico geral. Os opioides produzem alterações mentais mesmo em doses medicadas, possuindo um alto potencial de dependência, provocando complicações psiquiátricas (SENAD, 2012).

Também os benzodiazepínicos são substâncias utilizadas clinicamente desde a década de 1960, para a ansiedade e insônia. Como principais exemplos, tem-se: o diazepam, o alprazolam, o lorazepam e o clonazepam. Podem ser consumidos por ingestão ou injetável. Apesar dos benefícios presentes em seus efeitos, possuem potencial de abuso, causando dependência. O seu consumo não deve ser combinado com outras substâncias depressoras, como alguns antigripais, anti-histamínicos e álcool, uma vez que pode acarretar em diminuição dos batimentos cardíacos e da respiração (SENAD, 2012). O clordizepóxido também é um benzodiazepínico, comercializados por laboratórios farmacêuticos com diferentes nomes, a saber: noan, valium, calmociteno, dienpax, psicosedin, frontal, frisium, kiatrium, lexotan, lorax, urbanil, somalium. No Brasil, são medicamentos controlados pelo Ministério da Saúde (MS), comercializados legalmente se receitados (CEBRID, 2011).

Os barbitúricos são substâncias utilizadas para acalmar ou sedar, consumidas como medicamentos, como, por exemplo: antiepilépticos, analgésicos, hipnóticos e ansiolíticos. O seu consumo deprime várias áreas do cérebro, afetando capacidades de raciocínio e concentração. É preciso destacar que as doses que produzem efeitos terapêuticos desejáveis estejam próximas da intoxicação. Tem-se ainda evidências de dependência e tolerância no organismo (CEBRID, 2011).

Por último, a codeína, encontrada nos xaropes – medicamentos com alto teor de açúcares, usado para combater a tosse – é uma substância capaz de inibir ou bloquear a área cerebral que faz com que o indivíduo tussa. A dependência é identificada no uso abusivo, causando tolerância rapidamente. Como exemplos, tem-se: o belacodid, o belpar, o codelasa, gotas binelli, pambenyl, setux e tussaveto. A codeína é originária do ópio, sendo um opiáceo natural (CEBRID, 2011).

1.2.2 Drogas perturbadoras

A maconha é uma substância conhecida há 5.000 anos, sendo utilizada para fins medicinais e recreativos. Durante muito tempo, inclusive no início do século XX, foi bastante consumida como medicamento. Seu uso exacerbado fora do âmbito da saúde derivou na proibição do consumo em países ocidentais. O uso continuado afeta vários órgãos, com intensidade nos pulmões, em razão do alto teor de alcatrão contido na fumaça, maior do que o alcatrão presente no tabaco. O consumo frequente pode ocasionar a síndrome amotivacional, onde o sujeito reduz suas perspectivas sobre a vida, sendo intensa a vontade de não fazer nada (CEBRID, 2011). A maconha é originada do continente asiático, sendo a substância psicoativa ilícita mais utilizada em escala mundial. Na década de 1930, o seu consumo foi banido legalmente. A teoria de ser receitada como medicamento não perdurou, pois os pesquisadores depararam-se com a dificuldade de isolar seus princípios ativos. Sua forma de consumo mais utilizada é fumada, podendo ser ingerida normalmente adicionada em alimentos. A dependência da maconha é considerada a mais comum situada nas substâncias ilícitas. O mecanismo de ação presente na planta é o Delta-9-THC, apresentado em diversas formas, a saber: maconha, haxixe, shunk. Seu consumo é capaz de desencadear quadros psiquiátricos temporários, agravando seus efeitos nos casos de esquizofrenia, havendo a possibilidade de desencadear tal enfermidade em indivíduos com antecedentes familiares para a doença. Os prejuízos apontados após poucos anos de consumo é a redução na capacidade de memória e cognitiva, afetando a concentração, bem como a forma de solucionar problemas ou lidar com situações complexas (SENAD, 2012).

O ecstasy, outro tipo de droga perturbadora, conhecido também como metilenedioximetanfetamina (MDMA), surgiu na Alemanha, em 1912, como um medicamento para inibir o apetite. Sua comercialização foi proibida na década de 1970, pelo evidente potencial abusivo. No final da década de 1980, tal substância propagou-se pela Europa em festas de músicas eletrônicas por ser um estimulante. Sua principal forma de consumo é por ingestão oral, podendo também ser inalada. Apesar de seu potencial aditivo, a dependência não é comum. O risco encontrado nos efeitos da substância é a hipertermia – temperatura corporal elevada, e a confusão mental (SENAD, 2012). O consumo do ecstasy pode provocar efeitos residuais, quer dizer, que prolongam dias após o uso, relatados por episódios depressivos. Além de problemas cognitivos e complicações no fígado, tem-se o desencadeamento de problemas psiquiátricos de correntes do uso abusivo (CEBRID, 2011).

O LSD foi descoberto na Europa, em 1930, durante estudos sobre o tratamento para cefaléia, sendo sintetizada ao acaso no laboratório. Seu consumo foi disseminado na década de 1960, com a influência do movimento psicodélico, sendo banido no final da década, visto o consumo abusivo. Os efeitos residuais causados pelo LSD são chamados de *flashbacks*, identificados no consumo recorrente, podendo persistir por anos. É uma substância com a capacidade de desencadear psicoses e alterações no humor (SENAD, 2012). A dependência física é dificilmente encontrada no consumo da substância, entretanto, pode provocar dependência psíquica ou psicológica (CEBRID, 2011).

Os cogumelos e as plantas alucinógenas foram inicialmente consumidos por ancestrais antigos com fins religiosos. São representados como alucinógenos que atingem o cérebro, provocando alucinações auditivas e visuais, e não desenvolvem tolerância, não havendo relatos de dependência. As mais utilizadas no Brasil são os cogumelos, a jurema que sintetizada produz a dimetilriptamina (DMT), a mescalina – que não é encontrada no bioma brasileiro, caapi e chacrona, onde a junção da origem a bebida ayahuasca, consumida no ritual do Santo Daime (CEBRID, 2011)

Os anticolinérgicos são plantas capazes de provocar alterações mentais, sendo também sintetizado como medicamento. Como exemplos, tem-se: dautura, círio, trombeta, trombeteira, cartucho, saia-branca, zabumba, artane, akineton, bentyl. Apesar de não desenvolverem tolerância, o consumo abusivo é bastante identificado no Brasil (CEBRID, 2011).

Os esteróides anabolizantes são substitutos sintéticos do hormônio masculino, testosterona, utilizado para a reposição desse hormônio. Também é consumido para finalidades estéticas por levar ao aumento da musculatura. As formas de uso são via oral ou injetável. O seu uso abusivo pode desenvolver problemas sexuais e cardiovasculares, além da diminuição da imunidade. (CEBRID, 2011).

1.2.3 Drogas estimulantes

A cocaína é um alcalóide extraído das folhas de coca. Em suas formas de apresentação, constituem-se: o crack, a pasta de coca, a merla e o cloridrato de cocaína. As formas de utilização variam em fumar, aspirar ou injetar. As complicações mais comuns para a demanda de serviço de saúde são as psiquiátricas, podendo ser causadas tanto por sintomas de abstinência como por intoxicação aguda (SENAD, 2012). Por ser uma substância que age no organismo rapidamente após o consumo e seus efeitos serem de curta duração, a tendência

do usuário é aumentar o consumo e, conseqüentemente, a tolerância. As complicações físicas são mais intensas no sistema cardiovascular (CEBRID, 2011).

O tabaco é uma planta da qual é extraída a nicotina, fabricando-se o cigarro, que é consumido fumado. Seu consumo inicial é relatado em sociedades indígenas localizadas na América Central em 1.000 a.C., utilizado em rituais religiosos com o propósito de purificar e fortalecer. Foi inserido na Europa somente no século XVI, difundindo-se mundialmente no século seguinte, apoiado pela publicidade. Tardiamente, na década de 1960, foram apresentados relatórios científicos acerca das complicações para a saúde. A nicotina ali existente é absorvida pelos pulmões, afetando o órgão e chegando rapidamente ao cérebro. As principais substâncias tóxicas encontradas no cigarro são: a nicotina, o alcatrão e o monóxido de carbono (CEBRID, 2011). Seu consumo é responsável por aproximadamente seis milhões de mortes anualmente em todo o mundo. A substância pode causar dependência física, psicológica e comportamental. A dependência psicológica está vinculada aos espaços ocupados pelo tabaco na vida do usuário; a comportamental é associada a situações ambientais (SENAD, 2012).

As anfetaminas surgiram na Alemanha, em 1887, sintetizadas para o tratamento de asma e descongestionante nasal. Em 1930, suas indicações foram repensadas para o consumo, sendo voltadas para o tratamento de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), obesidade, narcolepsia e depressões. O consumo é comum entre mulheres, para perda de peso, e entre os motoristas de caminhões, para suportar longos períodos acordados. Como exemplos de anfetaminas comercializadas como medicamentos, tem-se: fenproporex, mazindol, metilfenidato, anfepramona e dietilpropiona. A metanfetamina possui estrutura semelhante à anfetamina, conhecida como *speed*, cristal, *ice* e outras denominações. É diferenciada da anfetamina, pois a metanfetamina atinge o SNC com mais facilidade, chegando em maiores concentrações. Ambas as substâncias podem causar dependência em seu consumo prolongado e desencadear problemas psiquiátricos (SENAD, 2012). Outra substância advinda da anfetamina é a MDMA, cujo consumo é crescente nos EUA. O consumo abusivo leva à degeneração de determinadas células do cérebro (CEBRID, 2011).

2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DROGAS

2.1 Sistema Único de Saúde: reflexão sobre o uso de álcool e outras substâncias psicoativas

Antes da questão do consumo abusivo de álcool e outras substâncias ser reconhecido como uma problemática que concerne a saúde pública, a saúde mental percorreu árduos obstáculos para conquistar um espaço de destaque inserido no Sistema Único de Saúde (SUS).

O tratamento destinado aos pacientes da saúde mental foi alvo de críticas, em razão das denúncias relacionadas às violências ocorridas em hospitais psiquiátricos, às longas internações em tais hospitais e, sobretudo, à falta de alternativas no serviço de saúde pública que levou a uma mercantilização da saúde mental. Neste sentido, a década de 1970, no Brasil, é marcada como o início dos questionamentos referentes aos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, orientados por um movimento social que reivindicava os direitos dos pacientes da saúde mental. Os atores envolvidos em tal processo eram profissionais da saúde mental, sindicalistas, usuários do serviço de saúde mental e seus familiares. O objetivo a ser conquistado era romper com a lógica hospitalocêntrica, investindo em outra perspectiva de tratamento, contrária a ideia de segregar indivíduos com transtornos mentais.

No decorrer da década de 1980, o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental recebeu respostas resultantes da luta frente à Reforma Psiquiátrica, com a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na cidade de São Paulo, em 1987, e, posteriormente, a implantação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPSs) (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005).

Com as conquistas legais a partir da Constituição Federal (CF) de 1988, e com a criação do SUS, por meio das Leis n^{os}. 8080/1990² e 8142/1990³, o movimento de luta antimanicomial vai gradativamente conquistando espaços.

² Cf. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 28 fev. 2013.

³ Cf. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 28 fev. 2013.

Conseqüentemente criou-se o Conselho Nacional de Saúde (CNS), responsável por construir estratégias e controlar a execução da Política Nacional de Saúde, além de formular o cronograma dos recursos financeiros para os Municípios, Estados e o Distrito Federal (DF). Passam a ser realizadas, então, as Conferências Nacionais de Saúde, com o intuito de avaliar o andamento do SUS (SENAD, 2012).

As regulamentações pelos ditames que regem a saúde pública permitem ampliar a concepção de saúde, oportunizando outras perspectivas referentes aos modelos de atenção à saúde mental. Por conseguinte, são aprovadas, a partir de 1992, leis que substituem os leitos psiquiátricos por uma rede de atenção integrada à saúde mental.

No entanto, cabe ressaltar que foi somente em 2001, que se deu a promulgação da Lei nº. 10.216⁴, onde a saúde mental ganha visibilidade e são reformulados seus serviços. Tal ditame vem acompanhado pela Política Nacional de Saúde Mental. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a referida Política garante serviços acessíveis às pessoas com transtornos mentais e proporciona cuidados fundamentados nos recursos que a comunidade proporciona. Este modelo é formado por uma rede de serviços e equipamentos variados, como os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III), e o Programa de Volta para Casa⁵ que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos.

A Organização das Nações Unidas (ONU) convocou em 1998, uma sessão especial (XX Assembleia Geral) dirigida pelo Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC), que possui como objetivo central o enfrentamento das drogas ilícitas e do crime organizado, gerindo as ações da comunidade internacional. Para debater a temática das substâncias psicoativas ilícitas em contexto mundial, a Assembleia apoiou-se em um plano chamado Declaração Política, propondo que em um período de dez anos houvesse uma redução ou eliminação do tráfico e do consumo de drogas.

Vale destacar a compreensão reduzida que o UNODC apresenta sobre drogas ao delimitar a questão somente para as substâncias ilícitas, inferindo-se que não existem problemas significativos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas lícitas – concepção esta que não é capaz de perceber o fenômeno das drogas em sua totalidade ao

⁴ Cf. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 28 fev. 2013.

⁵ Cf. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 28 fev. 2013.

colocar uma proposta utópica de eliminar o consumo de substâncias psicoativas ilícitas que é milenar, destacando que as complicações decorrentes desse consumo já estão presentes na sociedade. Entretanto, a realização dessa Assembleia motivou as discussões brasileiras sobre a meta a ser alcançada, criando a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), para encarregar-se de articular setores da sociedade e do governo capazes de construir uma Política acerca da temática. Assim, em 26 de agosto de 2002, pelo Decreto Presidencial nº. 4.345, foi instituída a Política Nacional Antidrogas (SENAD, 2012).

Um ano depois de instituída a referida Política, identificou-se a necessidade de criar uma agenda para diminuir a oferta e a demanda de drogas no país. Assim, traçaram-se três objetivos, a saber: a integração das políticas públicas, a descentralização das ações e o estreitamento das relações da sociedade com a comunidade científica. De acordo com as transformações sociais, políticas e econômicas brasileiras, após dois anos da Política, houve a necessidade de uma reformulação e atualização da mesma, que passou a ser denominada Política Nacional sobre Drogas.

Entretanto, a discussão sobre as problemáticas oriundas pelo consumo de substâncias psicoativas era direcionada à Justiça e a segurança pública, complementando o distanciamento da saúde em relação à questão das drogas:

A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado, e possibilitou a disseminação em todo o país de "alternativas de atenção" de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência. Esta rede de instituições – em sua maioria filantrópicas – cumprem um papel relevante, e apontam a necessidade de assunção pela saúde pública de uma política mais clara e incisiva para o problema (BRASIL. Ministério da Saúde, 2005, p. 40).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental contribuiu para que em 2002, fosse implementado o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, devido à proporção que a problemática das substâncias psicoativas foi alcançando.

Recentemente, o Decreto nº. 7508/2011⁶, que regulamenta a Lei nº. 8080/1990, no que se refere à organização do SUS, principalmente com relação ao planejamento e a assistência à

⁶ Decreto que visa garantir o cuidado integral à saúde, regionalizado e hierarquizado, com base no mapa de situação de saúde e em determinantes sociais. Cf. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº. 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, com a finalidade de dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 28 fev. 2013.

saúde, estabelece como uma das portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas redes de atenção à saúde os serviços de atenção psicossocial. Tal ditame vem reforçar a importância da criação e do fortalecimento das redes de atenção psicossocial.

Criada por meio da Portaria nº. 3.088⁷, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, tem como objetivos mais extensos: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Outras Portarias e Decretos vêm sendo estabelecidos nos últimos anos como forma de respostas do Estado e da própria sociedade em relação à problemática das drogas. No entanto, muitas destas respostas, ainda respaldadas no interesse econômico, reforçam uma visão criminalizadora e, por vezes, higienista. Em alguns aspectos, apesar do discurso médico hegemônico, ainda prevalece a visão moral religiosa, inclusive, nas abordagens terapêuticas. Para ilustrar tal situação, tem-se, a seguir, uma relação – em ordem decrescente – de algumas Portarias⁸ que se relacionam com a presente temática:

- Portaria MS/GM nº. 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e custeio.
- Portaria MS/GM nº. 132, De 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio para desenvolvimento do componente Reabilitação Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria MS/GM nº. 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades

⁷ Cf. BRASILSUS. **Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <<http://www.brasilssus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 27 fev. 2013.

⁸ Cf. BRASILSUS. **Legislações.** Disponível em: <<http://www.brasilssus.com.br/legislacoes.html>>. Acesso em: 08 fev. 2013.

Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

- Portaria MS/GM nº. 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.
- Portaria MS/GM nº. 123, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.
- Portaria MS/GM nº. 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.
- Portaria MS/GM nº. 3.089, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
- Portaria MS/GM nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- Portaria MS/GM nº. 1.190, de 04 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas.
- Portaria MS/GM nº. 1.876, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
- Portaria MS/GM nº. 1.608, de 03 de agosto de 2004. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes.
- Portaria nº. 52, de 20 de janeiro de 2004. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004.

É possível observar a atenção destacada ao perceber que das doze Portarias disponibilizadas pelo Ministério da Saúde de 2004 até 2012, seis ditames, ou seja, a metade foi instituída em 2012, sendo a maioria sobre o uso do Crack. A disseminação da ideia do consumo do crack como algo aterrorizante é associada às intervenções clínicas com fundamentos policiares e higienistas, remetendo à reflexões do século passado e tendendo a retroceder nas abordagens sociais. Assim, não pretende-se aqui aprofundar tal reflexão, mas apenas chamar a atenção para tal fato que, de alguma forma, relaciona-se com a temática abordada.

2.2 Legislação brasileira: substâncias psicoativas ilícitas

No que concerne o debate equivalente às substâncias psicoativas ilícitas, as discussões permeiam a legalização, a descriminalização, o uso autorizado e a criminalização. Ao se tratar do uso autorizado, o usuário possui permissão judicial para consumir determinada substância psicoativa. Normalmente tal autorização vem acompanhada de uma avaliação médica que justifica o motivo do consumo. A criminalização vai julgar as condutas morais do usuário, com a compreensão de que o indivíduo trouxe riscos para a sociedade; assim, haverá uma punição por considerar inadequado o comportamento do usuário. A descriminalização vai tornar possível o consumo de substâncias ilícitas, sendo permitido fazer uso, mas não faz referência à comercialização. Na legalização, é exposto um mercado que envolve as substâncias psicoativas que eram consideradas ilícitas, abrindo espaço para a produção e a comercialização de tais substâncias, além de permitir o consumo.

Durante muitos anos, a Justiça equiparou o usuário de drogas com a pessoa que comercializa substâncias ilícitas, por compreenderem que ambos praticavam delitos da mesma natureza. A Lei nº. 6.368⁹, de 21 de outubro de 1976, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências, estabelece em seu art. 16, que o indivíduo que adquirir ou guardar substâncias ilícitas, mesmo sendo para o consumo próprio, determinando dependência física ou psíquica, poderá ser sentenciado de seis meses a dois anos de detenção e pagamento de vinte a cinquenta dias de multa. Em 2002, houve a

⁹ Revogada pela Lei nº. 11.343/2006. Cf. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm>. Acesso em: 28 fev. 2013.

necessidade de atualizar a antiga lei sobre drogas, instituindo a Lei nº. 10.409/2002¹⁰, onde discorre de pequenas modificações sobre as medidas penais do usuário, que o mesmo teria que aguardar em até trinta dias para o interrogatório ou cinco dias se estiver preso. Tal ditame trouxe apenas pequenas mudanças que não foram capazes de modificar o tipo de abordagem com o usuário de substâncias ilícitas.

No ano de 2006, é implementada a Lei nº. 11.343¹¹, com importantes alterações, porém, a posse e o uso de drogas, não foram descriminalizados. Conforme consta no Projeto – Experiência piloto: intervenção psicossocial junto aos jurisdicionados do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT) (SEAD, 2008), “as alterações ampliaram de forma significativa o panorama para aplicação das alternativas penais no Brasil no que diz respeito ao consumo de drogas e estimula as competências dos serviços especializados quanto ao enfrentamento dessa questão”.

É preciso destacar o art. 28 da Lei nº. 11.343/2006, que propõe tratar o usuário de drogas de forma diferenciada, passando a considerar a sua relação de dependência com a substância ilícita, caso ocorra, além de proporcionar meios do sujeito repensar o seu consumo de drogas. O referido artigo expressa que quem adquirir, guardar, transportar, para o consumo pessoal, drogas sem autorização legal será submetido à: advertência sobre efeitos das drogas, prestação de serviços à comunidade, medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. Neste sentido, vale destacar que o artigo não define a quantidade precisa de drogas que o sujeito tem que estar portando para ser considerado tráfico. Sendo assim, o Juiz vai atentar-se ao local cujo indivíduo foi apreendido, às condições em que ele se encontrava, às circunstâncias sociais e pessoais e ao exame toxicológico. É possível notar a presença da inovação no referido ditame quanto à descriminalização da obtenção da substância ilícita para o consumo pessoal, viabilizando a aplicação da transação penal. Logo, transportar drogas para uso pessoal não é considerado crime, cujo indivíduo é encaminhado às medidas alternativas. É interessante analisar que já ocorre uma aproximação inicial com o usuário de substâncias

¹⁰ Revogada pela Lei nº. 11.343/2006. Cf. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10409.htm>. Acesso em: 28 fev. 2013.

¹¹ BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 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_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm>. Acesso em: 28 fev. 2013.

psicoativas com o contexto da saúde. Assim, o artigo analisado atenta à medida educativa como forma de prevenção – a finalidade é disponibilizar atividades que possam orientar quanto ao consumo de substâncias psicoativas, de forma que o sujeito adquira informações sobre tal temática. Apesar do cumprimento da transação penal ser obrigatório, aquele artigo posiciona-se contrário à ideia de punição.

A temática concernente ao consumo de substâncias psicoativas passa a ser percebida como um problema de saúde quando alcança maiores proporções na sociedade, sendo necessário repensar o modo como tem sido tratada e a maneira de lidar com a população prejudicada devido ao uso prolongado de substâncias psicoativas.

Diante do exposto, tem-se um novo desafio para o campo da saúde, ou seja, diante do proibicionismo, da intervenção judicial, abre-se uma nova demanda para a assistência à saúde, agora, vinculada a uma transação penal relacionada à Lei nº. 11.343/2006. Tal aproximação do usuário tanto pode significar uma oportunidade de tratamento, de estabelecimento de abertura para com a equipe de saúde, mas também pode vir a caracterizar e reforçar os estigmas do preconceito. São inquietações sem respostas, mas que apenas expõe os desafios existentes em trabalhos que envolvem temáticas, assim, tão complexas. O desafio presente no cotidiano de um serviço especializado em drogas está em transformar a demanda obrigatória em uma demanda espontânea. Para fins do presente estudo, o olhar empregado aqui voltou-se significativamente para o padrão de consumo de substâncias psicoativas dos jurisdicionados encaminhados pelo MPDFT, conforme análise em capítulo posterior.

3 PADRÃO DE CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DOS JURISDICIONADOS: RESULTADOS E ANÁLISES

3.1 Percurso metodológico

A escolha pela temática em questão adveio do processo de estágio em Serviço Social I e II, vivenciado no Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas (SEAD), do Hospital Universitário de Brasília (HUB), ocorridos no período de outubro de 2010 a julho de 2011. A experiência de estágio possibilitou a construção de uma leitura sob perspectiva crítica ao universo de substâncias psicoativas e as problemáticas circundantes, oportunizando aprofundar conhecimentos acerca do exercício profissional do assistente social, de modo a contribuir significativamente para o processo de formação acadêmica, bem como no aprendizado de habilidades e estratégias para intervenções nas práticas de Saúde.

Sendo o estágio um importante momento para estabelecer vínculos na prática profissional e despertar interesses sobre determinada temática, Yamamoto (2006) reforça a questão da formação profissional, afirmando ser relevante a construção de estratégias técnicas e formação de habilidades, onde a centralidade é situada em “como fazer”, pois o Serviço Social é uma profissão voltada à intervenção no social. Considerando que a prática não está reduzida ao fazer, ela é pensada e reconstruída com base no conhecimento.

Neste sentido, foi possível desconstruir pensamentos carregados do senso comum, sobretudo, por ser uma temática vulnerável a falsas informações, sendo também positivo a notoriedade da relação do assistente social com profissionais de áreas distintas, compreendendo os meios que estabelecem uma melhor comunicação que vai impactar nos resultados das intervenções realizadas nos usuários do sistema de saúde pública.

A participação da autora do presente estudo nas intervenções educativas com os jurisdicionados suscitou um interesse particular, por haver obrigatoriedade judicial na presença dos sujeitos de tais grupos. Apesar de ter acompanhado outros atendimentos encaminhados judicialmente por motivos diversos, atentou-se ao aspecto peculiar inserido no grupo em que todos os participantes compartilham uma semelhança: terem sido apreendidos com substância considerada ilícita em nossa sociedade – situação que modifica a abordagem na dinâmica do grupo quando comparada às demandas espontâneas do SEAD.

Diante das impressões expostas, optou-se pela abordagem quanti-qualitativa para ser aplicada na presente pesquisa. Foram utilizados dados quantitativos ao fazer uma análise qualitativa. Para tal finalidade, utilizaram-se observações junto às reuniões grupais da

intervenção educativa, analisando os registros contidos no diário de campo e documentos elaborados no processo de estágio. Minayo (2010) aponta que a pesquisa qualitativa consegue responder questões bem particulares, sendo importante para compreender o conjunto de fenômenos inseridos em uma determinada realidade social.

A abordagem quanti-qualitativa foi relevante para a pesquisa, pois:

A integração da pesquisa quantitativa e qualitativa permite que o pesquisador faça um cruzamento de suas conclusões de modo a ter maior confiança que seus dados não são produto de um procedimento específico ou de alguma situação particular. (Goldenberg, 2009, p.62)

Na observação participante, o pesquisador recorre aos instrumentos que possui para coletar as informações que poderão ser utilizadas. Foi imprescindível a utilização do diário de campo, capaz de armazenar de modo informal, captando as impressões acerca dos grupos realizados, das relações entre os jurisdicionados, profissionais e estudantes, entre outros aspectos relacionados à inserção do jurisdicionado naquele meio.

A autora discorre acerca de observação participante, definindo como sendo:

Um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto de pesquisa. Por isso, o observador faz parte do contexto sob sua observação e, sem dúvida, modifica esse contexto, pois interfere nele, assim como é modificado pessoalmente. (Minayo, 2010, p.70)

O termo “pesquisa social”, o qual discorre Minayo, (1994), possui uma carga histórica que reflete posições frente à realidade, momentos do desenvolvimento inseridos na dinâmica social, implicações e preocupações de determinados grupos, além dos interesses de classes, interpretando os sujeitos a partir da realidade vivenciada e compartilhada entre eles, possibilitando adentrar na lógica peculiar e interna existente nos grupos de intervenção educativa.

Os dados foram coletados na segunda reunião de cinco grupos distintos, selecionados aleatoriamente entre os grupos em que se obteve plena participação. Apenas a segunda reunião de cada mês não é capaz de aprofundar no padrão de consumo de substâncias psicoativas de cada jurisdicionado, tendo em vista o contexto de uso que coincide com a apreensão relatada no primeiro encontro, então, para a análise dos dados considerou-se os três encontros que equivalem a cada mês¹². O foco da segunda reunião da intervenção educativa é

¹² Toda reunião possui um tema definido. Para uma compreensão inicial, as reuniões resumidamente são assim organizadas: 1º. Reunião – os participantes expõem como ocorreu a apreensão; 2º. Reunião – o tema central é o padrão de consumo de substâncias psicoativas de cada jurisdicionado, que reflete ainda sobre os motivos que

construir a linha do padrão de consumo de substâncias psicoativas de cada jurisdicionado, relacionando a faixa etária com o tipo de substância utilizada. É relatado, caso o participante se sinta à vontade, o contexto no qual foi consumida determinada substância. Depois de traçada a linha do padrão de consumo, cada sujeito vai classificar, de acordo com concepções próprias, o tipo de uso. Os jurisdicionados vão optar entre duas denominações, a saber: usuário de uma substância específica ou dependente daquela substância, podendo existir mais de uma substância no uso atual.

A finalidade de tal processo é conhecer o padrão de uso das substâncias psicoativas dos sujeitos que foram encaminhados para cumprimento da transação penal. Assim, foram armazenados dados decorrentes do consumo durante a vida e o uso atual. O uso na vida é representado pelo primeiro contato do sujeito com a substância, não implicando necessariamente na continuidade do uso daquela substância, sendo relevante a classificação manifestada por cada jurisdicionado acerca do seu próprio consumo.

3.2 Contextualização do campo de pesquisa: o Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas

O SEAD, localizado no ambulatório do HUB¹³, é um serviço destinado a pessoas maiores de 18 anos de idade, de ambos os sexos, que possuem problemas quanto ao consumo de álcool e/ou outras substâncias psicoativas. O referido Serviço teve seu início em 1990¹⁴, como Programa de Atendimento ao Alcoolismo, em razão da recorrência nos casos de

levaram o uso e o contexto no qual estava inserido (é traçada em um quadro a linha de consumo de cada participantes, onde é disposta a idade que foi feito o consumo de determinada substância em sua vida até os dias atuais; 3º. Reunião – os jurisdicionados são convidados a discutir sobre os novos aspectos de suas vidas depois da apreensão, abordando as consequências do uso e ressaltando os fatores de risco e proteção. Ao final, a intervenção educativa é avaliada por cada participante, ressaltando suas impressões e sugestões, sobretudo pondo o impacto da transação penal em suas vidas. Na mesma reunião, agenda-se a entrevista individual.

¹³ O HUB é um dos órgãos complementares da Universidade de Brasília (UnB) disponibilizado para o desenvolvimento de trabalhos em pesquisa, ensino e extensão. Seu surgimento ocorreu durante o período militar, mediante o Decreto nº. 70.178, de 21 de fevereiro de 1972. Na década de 1990, o HUB recebeu a nomeação existente atual, quando passa a ser exclusivamente administrado pela UnB; conquista alcançada com o apoio de professores e estudantes por meio de manifestações públicas. Assinado o Termo de Compromisso com o gestor local do SUS, o HUB transferiu sua administração e financiamento inserido nas diretrizes da Portaria Interministerial MEC/MS nº. 1.000, de 15 de abril de 2004, sendo certificado, então, como um Hospital de Ensino. Atualmente, há um andamento para a mudança das atividades hospitalares serem responsabilizadas por uma empresa. Cf. UNIVERSIDADE de Brasília. Hospital Universitário de Brasília. **Institucional**. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/institucional.html>>. Acesso em: 08 fev. 2013.

¹⁴ Cf. UNIVERSIDADE de Brasília. **Protocolo do Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e/ou outras Drogas**. Brasília: UnB/HUB, 2009.

alcooolismo no Distrito Federal (DF). Posteriormente, estendeu-se para outras substâncias psicoativas, conforme a incidência das demandas que foram sendo identificadas.

O trabalho desenvolvido no SEAD é realizado em equipe multi e interdisciplinar, nas quais são realizadas estratégias de intervenção prática na reorganização da vida do usuário. A equipe é composta por médicos – um especializado em gastroenterologia e o outro em psiquiatria –, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, uma atendente que marca as consultas e auxilia na obtenção do prontuário, uma secretária responsável por atividades que envolvem os documentos no referido Serviço, além de estagiários, residentes e bolsistas.

As atividades clínicas existentes são: acolhimento, avaliação e acompanhamento em clínica médica, sensibilização e acompanhamento durante a internação hospitalar, avaliação e acompanhamento-psiquiatria, psicoterapia, atendimento familiar, ateliê de convivência e reuniões clínicas. A demanda ocorre espontaneamente ou por meio de encaminhamentos, podendo ser de empresas públicas ou privadas.

A rotina do usuário naquele Serviço geralmente inicia-se quando o atendimento é agendado. O indivíduo é encaminhado ao acolhimento, abrindo-se um prontuário, onde são anexados os relatórios dos atendimentos. É analisada a demanda do sujeito, durante o acolhimento, podendo o mesmo ser encaminhado para avaliações clínica e/ou psiquiátrica. O acolhimento é uma entrevista exercida pelo assistente social. É fundamental que o assistente social recorra à escuta qualificada – principal instrumento de trabalho. É por meio da escuta qualificada que o assistente social será capaz de compreender as características dos usuários inseridas na totalidade para fazer uma leitura crítica da realidade, identificando as demandas para o Serviço. Os familiares também podem optar pelo tratamento no SEAD, independente da adesão do usuário. Cada grupo ou atendimento individual realizado possui seu propósito de intervenção, ou seja, um plano de tratamento – uma periodicidade definida: semanal, quinzenal ou mensal.

No acolhimento, trabalha-se a motivação para a adesão do usuário e da família no tratamento. Ali, o assistente social fornece explicações sobre a dinâmica da equipe e funcionamento do referido Serviço. O profissional irá identificar os aspectos que dizem respeito à relação que o indivíduo estabelece com as substâncias psicoativas e o tipo de consumo, principalmente reconhecendo os fatores de risco e proteção do usuário e/ou sua família. Se houver necessidade de melhor compreensão da situação exposta, pode-se realizar visita domiciliar e/ou institucional a fim de elaborar estratégias que viabilizem a intervenção. O acolhimento também pode ser realizado enquanto o paciente está internado em uma das enfermarias do HUB.

Após a conclusão das entrevistas, o assistente social agenda a continuidade do acompanhamento do paciente e da família. Caso haja demanda para atendimento psicológico, o indivíduo é encaminhado para psicoterapia individual ou de grupo. É necessário que o assistente social registre no relatório os aspectos significativos da história de vida, da relação familiar, do consumo de substâncias psicoativas, da situação funcional e das estratégias para manutenção e organização da vida do indivíduo. Um dos instrumentos utilizados para facilitar a visualização da dinâmica familiar do paciente é o genograma¹⁵.

No SEAD, desenvolvem-se também os seguintes projetos:

- Projeto da Semiliberdade: a saúde integral de adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de semiliberdade – fortalecimento e avaliação das ações intersetoriais no Distrito Federal por meio de uma parceria formalizada entre o SEAD, a Promotoria de Justiça de Defesa da Infância e da Juventude (PDIJ) e a Subsecretaria do Sistema Socioeducativo (SUBSIS), da Secretaria de Estado da Criança do Distrito Federal (SEC-DF).
- Projeto de Intervenção Educativa: intervenção educativa junto aos jurisdicionados, em cumprimento da transação penal, por meio de parceria estabelecida entre o SEAD/HUB/UnB e o Ministério Público do Distrito Federal (MPDFT), por intermédio da 2ª Promotoria de Justiça Especial Criminal de Brasília e o Setor de Medidas Alternativas de Brasília.

As ações desenvolvidas no SEAD fundamentam-se na perspectiva da redução de danos, conforme preconiza a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004). Em geral, a redução de danos consiste em diminuir as consequências causadas pelas substâncias psicoativas. Tal proposta não se contrapõe à ideia da abstinência e, além disso, possibilita

[...] reconhecer cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos se oferece como um método (no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela

¹⁵ O genograma possibilita analisar o contexto psicossocial do paciente, sua família e sua situação de saúde. Cf. MUNIZ, José Roberto. EISENSTEIN, Evelyn. **Genograma**: informações sobre família na(in)formação médica. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008.

vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL. Ministério da Saúde, 2004).

O aspecto essencial na compreensão da temática que estará evidente em qualquer atendimento realizado no SEAD é a interação dinâmica que relacionam três fatores, a saber: a substância consumida, o sujeito e o contexto familiar e social.

3.3 Aspectos gerais da intervenção no Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas

A intervenção educativa do SEAD, em parceria com o MPDFT, objetiva a busca da promoção de saúde, por intermédio das atividades criativas de cunho socioeducativas, com os usuários de substâncias psicoativas. A proposta encontra-se em consonância, portanto, com a Lei nº. 11.343/2006 e com a Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006¹⁶, mais precisamente com uma de suas diretrizes, a saber: “Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde”.

Diante do exposto, é possível notar uma relação de intersetorialidade que se dá no âmbito da Justiça com a Saúde. De acordo com Miotto e Nogueira (2006), a intersetorialidade atende a necessidade de uma visão integrada dos problemas sociais, que demanda da ideia de qualidade de vida incorporada à concepção de promoção à saúde. A ação intersetorial é voltada para as políticas públicas saudáveis.

Os atendimentos realizados em grupo oportunizam aos jurisdicionados compartilharem histórias acerca do consumo, podendo o sujeito se reconhecer diante dos outros e obter informações sobre o padrão de uso. A intervenção educativa é dirigida por uma assistente social e uma enfermeira. Pode haver também a presença de outro profissional, além de estagiários e residentes. A abordagem utilizada se difere da lógica de um atendimento individual, pois neste, o indivíduo expõe sua história de vida, relacionando-a com o uso de substâncias psicoativas, onde serão propostas estratégias para a diminuição do consumo e reorganização de sua vida. Habitualmente, os participantes são dirigidos ao referido Serviço contrários à sua vontade. A intenção do grupo é direcionar o olhar do sujeito sob uma perspectiva ainda não alcançada referente ao seu consumo de substâncias psicoativas.

¹⁶ Cf. SÃO PAULO. **Portaria nº. 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção de Saúde.** Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/formas-de-gestao-dos/portarias/portaria_n_687_gm_de_30_de_marco_de_2006.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2013.

Toda reunião possui um tema definido. A cada reunião é realizada uma pergunta reflexiva de acordo com o tema, que se desenvolve a partir da interação dos jurisdicionados, considerando seus levantamentos colocados.

Na primeira reunião, os participantes expõem como ocorreu a apreensão. Na segunda, o tema refere-se ao padrão de consumo das substâncias psicoativas de cada jurisdicionado. A linha de consumo de cada participante é traçada em um quadro, onde é disposta a idade que foi feito o consumo de determinada substância em sua vida até os dias atuais. Construída a linha de consumo, o sujeito é convidado a refletir sobre o seu uso e a se classificar como usuário ou dependente. Logo, é explicada a diferença entre as classificações e feita uma contextualização do uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas no Brasil, recorrendo à compreensão adotada pelo SEAD e as políticas atuais sobre o tema.

Na terceira reunião, os jurisdicionados são convidados a discutir sobre os novos aspectos de suas vidas depois da apreensão, abordando as consequências do uso e ressaltando os fatores de risco e proteção. Nesta mesma reunião, é agendada a entrevista individual, com o objetivo de retomar os aspectos abordados durante as três reuniões e faz-se uma análise junto ao indivíduo sobre a possibilidade de adesão ao tratamento no SEAD. Quando o indivíduo opta por dar continuidade ao tratamento no referido Serviço, não haverá obrigatoriedade judicial, pois o certificado do cumprimento da transação penal é entregue na entrevista individual.

Segundo Miotto (2009), as ações profissionais são carregadas de caráter educativo, sendo mediatizadas pelas políticas sociais que garantem o acesso aos serviços, programas e benefícios sociais. Considera-se que a orientação e o acompanhamento de tais ações de natureza socioeducativa interferem de forma direta na vida dos indivíduos, grupos e famílias. Assim, observou-se junto aos grupos de intervenção educativa que os indivíduos acessam o serviço de saúde por meio dos encaminhamentos do MPDFT – medida que deveria ser tomada pela saúde é promovida para a Justiça.

Apesar dos encaminhamentos da Justiça, a intervenção educativa desenvolvida com os jurisdicionados não é de cunho punitivo, mas um espaço de reflexão e discussão sobre o consumo de substâncias psicoativas. Considerando Miotto e Nogueira (2009), as ações sócio educativas consistem em um movimento de reflexão entre profissionais e usuários que, através da informação e do diálogo, buscam alternativas e resolutividade para a demanda/necessidade do usuário.

A promoção da saúde é o elemento central que se encontra ligado à questão da abordagem de usuários de substâncias psicoativas. O conceito de promoção da saúde

fortaleceu-se por meio da Carta de Ottawa, documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, na cidade de Ottawa, Canadá. O documento propõe uma reorientação do sistema de saúde, criando ambientes favoráveis, a implementação de políticas públicas, fortalecendo a participação popular das decisões estratégicas e o desenvolvimento de habilidades pessoais (CZERESNIA, 2003).

Destrinchando a lógica interna da promoção de saúde que está vinculada aos grupos de intervenção educativa, infere-se que “a promoção da saúde contribui para que os indivíduos possam desenvolver habilidades para alcançarem seu potencial e responderem positivamente aos desafios (CZERESNIA, 2003, p. 149).

Os usuários precisam ser alertados, de forma que possam tomar consciência da situação vivenciada. Considera-se que devem se mobilizar para que a situação seja transformada. A proposta do atendimento em grupo possibilita que as pessoas busquem e compartilhem informações que façam sentido individual e coletivamente.

3.4 Apresentação e análise dos dados

A seguir, tem-se a apresentação dos dados resgatados, a partir da observação participante, nos grupos de intervenção educativa. Não foi delimitado o período em que ocorreu a coleta de dados. A seleção dos grupos escolhidos ocorreu de forma aleatória. As linhas do padrão de consumo de substâncias psicoativas dos jurisdicionados foram compiladas em tabelas equivalentes a cinco meses. Em relação ao uso atual, os jurisdicionados classificam-se como dependente ou usuário. Para aqueles que se classificaram como dependente apenas de uma substância no uso atual, tem-se um asterisco acima da substância selecionada. Após a apresentação das tabelas do histórico de consumo dos jurisdicionados, segue uma tabela com os tipos de substâncias psicoativas relatadas nos grupos recorrentes ao número de participantes que fizeram o uso na vida e atual; depois, tem-se a apresentação de uma tabela para visualização da questão de gênero nos cinco grupos analisados.

Tabela 1 – Grupo 1.

GRUPO 1			
Usuário/Dependente	Sexo	Uso na vida	Uso atual
Usuário 1	Feminino	14 - álcool 15 - tabaco 18 - maconha 19 - LSD	21 - álcool/maconha
Usuário 2	Masculino	14 - 17 - maconha/lança- perfume/cocaína 17 - 36 - álcool/merla/tabaco 36 - crack	36 - 41 - álcool/maconha/crack

Fonte: Segunda reunião da intervenção educativa realizada no SEAD/HUB.

Conforme o exposto em tabela anterior, no Grupo 1 compareceu a intervenção educativa dois participantes. A intervenção educativa em um grupo com número reduzido de pessoas dispõe de dois pontos que valem ser ressaltados. Como observado em grupos anteriores – não mencionados no presente estudo –, os jurisdicionados lamentaram-se sobre a pouca quantidade de participantes, por não haver o compartilhamento de novas experiências afetando o debate proposto. A outra impressão exposta pelos jurisdicionados é que um grupo com poucas pessoas facilita a comunicação, com a capacidade de abordar aspectos individuais na vida de cada participante. Pode-se inferir que o número reduzido de jurisdicionados para a atividade esteja relacionado ao compromisso estabelecido entre os indivíduos no cumprimento da transação penal. Ambos relataram compreenderem os prejuízos implicados caso a transação penal não fosse cumprida.

Ao construir a linha do consumo de substâncias psicoativas, foram relatados contextos em que se deu o uso, aspectos familiares envolvidos e a motivação da busca para consumir determinada substância. Ambos participantes deram início ao consumo na adolescência, aos 14 anos de idade. O II Levantamento Domiciliar (CARLINI, 2005) apresenta o dado de que 11,4% dos homens iniciam o consumo aos 12 anos de idade e, para as mulheres, mantendo a faixa etária, é respectivo a 8,9%. De fato, a adolescência é o período mais vulnerável a experimentação de substâncias psicoativas.

Sabe-se que os jovens podem passar muito rapidamente de um estágio de consumo para outro, ou mesmo vir a fazer uso de diversas drogas ao mesmo tempo. Por outro lado, uma grande parcela deles diminui significativamente o consumo no início da idade adulta, para adequar-se às expectativas e obrigações da maturidade, como trabalho, casamento e filhos (SENAD, p. 12, 2012).

Depois de construída a linha do consumo – finalizada no uso atual –, faz-se uma reflexão das razões pelas quais determinadas substâncias persistiram na vida do indivíduo. É conhecida a compreensão de que se a substância está presente na rotina do indivíduo e, logo, foi ocupado um espaço para tal. Ou seja, a inserção daquela substância vai depender da disponibilidade para o consumo, cujos efeitos causados pelo uso influenciam nas responsabilidades diárias, determinando a forma de execução das mesmas.

Na primeira reunião, o Usuário 1 relatou que seu consumo não era preocupante por ser esporádico, mas que o mesmo interferia nas relações familiares – motivo pelo qual a família não soube da apreensão. O mesmo Usuário discorre sobre a dinâmica familiar ao relatar que a mãe sabe sobre o consumo de maconha e não concorda com o uso. A presença da hierarquia familiar poderia ser utilizada como um fator de proteção para o Usuário 1. Se houvesse diálogos acerca do uso de maconha, o Usuário 1 teria a oportunidade de reavaliar seu padrão de consumo considerando o posicionamento da mãe. Quando traçada a linha do padrão de consumo, tal indivíduo expressou que fazia uso diário de maconha. Foram discutidos os contextos em que o uso ocorria, alertando aos riscos de ser apreendido novamente.

O contexto de uso atual de maconha do Usuário 1 foi descrito geralmente em ambiente recreativo na companhia de amigos – mesmo local em que ocorreu a apreensão. Apesar de todos estarem fazendo uso da substância, no momento da abordagem policial, a mesma foi encontrada com o Usuário 1. Expôs-se ali uma situação de constrangimento, por ser a única mulher entre os amigos, causando curiosidade das autoridades ao permanecer na viatura policial.

O Usuário 2, desde a primeira reunião, demonstrou desconforto em relação ao seu consumo de substâncias psicoativas, expressando que depois que ingeria álcool, perdia o controle sobre a substância, passando a fazer uso de crack e maconha. Ainda informou o motivo de sua ausência na reunião do mês anterior por ter consumido álcool em excesso, sendo impossibilitado de participar da intervenção educativa por chegar atrasado. Aqui vale destacar um ponto relevante equivalente a estabelecer horário de início dos grupos. Ao compreender a necessidade do cumprimento da transação penal, o Usuário 2 percebeu que é preciso programar-se para comparecer a atividade, evitando o consumo de álcool nos dias de grupo da intervenção educativa – aspecto que contribui para estabelecer um vínculo do jurisdicionado com o referido Serviço (ou seja, os dias que forem necessários ir ao SEAD, o participante atentou-se sobre não consumir as substâncias destacadas no uso atual). De fato, o

referido local pode ser interpretado como um ambiente de proteção, que receberá o jurisdicionado para discutir a relação conflituosa com a substância consumida.

Na classificação do seu padrão de consumo atual, o Usuário 2 escolheu denominar-se usuário por informar que fazia intervalo mensal de um consumo para outro. Entretanto, apresenta um consumo problemático que perdura há anos, sendo que no último ano referido, tal indivíduo havia ficado cinco meses sem usar as substâncias entre intervalos mensais. Assim, este optou em aderir ao tratamento expressando que era necessário interromper o consumo de álcool, o qual não possui controle e trouxe diversos prejuízos desde o início do consumo de crack.

O Usuário 2 apresentou as problemáticas familiares em razão do seu consumo atual, afetando nas responsabilidades. Entretanto, em relação ao emprego, o consumo interfere, mas de modo a não causar sérios danos por haver flexibilidade nos horários de trabalho. Outro incômodo verificado foi que o uso das substâncias consumidas atrapalha nas atividades religiosas, causando constrangimento e críticas dos membros no contexto religioso.

Conforme interpretação da tabela do padrão de consumo do Grupo 1, foram discutidos os cuidados a serem atentados quando o consumo torna-se parte da rotina e a quantidade da substância consumida não é precisa por acontecer de forma automática.

Tabela 2 – Grupo 2.

GRUPO 2			
Usuário/Dependente	Sexo	Uso na vida	Uso atual
Usuário 1	Masculino	16 – maconha 17 – álcool 19 - tabaco	21 – álcool/tabaco
Dependente 2	Masculino	16 - maconha/álcool 17 - cocaína	32 – maconha
Usuário 3	Masculino	16 – maconha 17 – 19 - álcool/cocaína/tabaco	19 – maconha
Usuário 4	Masculino	14 – maconha 15 - álcool/tabaco 17 – LSD 19 - cocaína	20 – maconha/álcool/tabaco/LSD

Fonte: Segunda reunião da intervenção educativa realizada no SEAD/HUB.

O Grupo 2 se manifestou com a compreensão de que a intervenção educativa tinha como objetivo convencê-los a interromper o consumo de substâncias psicoativas. A temática se desenvolveu com a explicação de que a atividade representa um espaço de discussão sobre substâncias psicoativas, motivando-os a refletirem sobre o próprio consumo. Portanto, para melhor visualização do referido consumo, é traçado o histórico do uso de substâncias psicoativas de cada jurisdicionado presente.

Neste Grupo, é percebida a semelhança no início do consumo e da apreensão, por uma substância psicoativa ilícita: a maconha, na adolescência. Apenas um participante, o Dependente 2, expressou desconforto em relação ao consumo de maconha, expondo que seu uso era naturalizado na mesma faixa etária dos demais jurisdicionados – o que significa que o consumo de maconha não era enxergado como algo com capacidade de proporcionar danos após anos decorrentes do uso.

O Usuário 3 declarou que antes de realizar o consumo diário de maconha, foca nas atividades diárias que precisa executar. Se o contrário acontece, sua produtividade é comprometida. Tal indivíduo foi capaz de relacionar as mudanças após a intervenção educativa, relatando não consumir maconha em espaços públicos, contrapondo o Usuário 4, que não notou diferenças, mencionando que obterá uma compreensão clara dos riscos à medida que as apreensões tornarem-se reincidentes.

O Usuário 4 desconhece os danos acerca de seu consumo diário de maconha, relatando persistir no uso por ser isento de prejuízos. É interessante destacar que o último usuário citado, não possui nenhuma responsabilidade que demanda compromissos na rotina, ou seja, recordando-se o fato de que o uso abusivo de maconha pode ocasionar a síndrome amotivacional, proporcionando ao usuário a vontade recorrente de não executar atividade alguma. Sabendo que o Usuário 4 não possui responsabilidades diárias, seu uso de maconha é preocupante, pois influencia na capacidade de estabelecer metas.

Foi discutida a questão que o Grupo 2 levantou da banalização acerca do uso de maconha. Os jurisdicionados que se classificaram usuários apresentaram dificuldades em perceber pontos negativos do consumo, a exemplo da própria apreensão ocorrida. Se houve a apreensão, percebe-se que o uso de maconha não é isento de riscos.

Sugeriu-se repensar a relação de cada indivíduo com a substância utilizada, levantando o aspecto de que o consumo abusivo leva a perda da liberdade de escolha do sujeito. De fato, havendo uma relação de dependência, utilizar a substância não será uma opção, pois o organismo vai demandar aquela substância para qualquer finalidade na rotina. Discutiu-se

também, a motivação que cada sujeito possui para viver, observando a ocupação do tempo como estratégia para não consumir determinada substância.

Tabela 3 – Grupo 3 (continua).

GRUPO 3			
Usuário/Dependente	Sexo	Uso na vida	Uso atual
Dependente 1	Masculino	11 – tabaco 13 – álcool/maconha/lança-perfume 17 – 18 – gás butano/cola/cocaína/mesclado (maconha + crack) 18 - LSD / ecstasy 21 - chá de cogumelo 23 – <i>Salvia divinorum</i>	27 – maconha/álcool
Usuário 2	Masculino	16 – álcool 18 – maconha 25 – LSD/ <i>Salvia divinorum</i>	37 – maconha
Dependente 3	Masculino	09 – álcool 12 – tabaco 13 – maconha 18 – 26 – chá de cogumelo/LSD/lança-perfume/chá de beladona/anfetamina/ecstasy 26 – crack 28 – rivotril/haxixe/diazepam	32 – tabaco*/haxixe
Usuário 4	Masculino	10 – maconha 15 – álcool/tabaco 18 – 20 – LSD/ecstasy/ <i>Salvia divinorum</i> /cocaína/quetamina 20 – 24 – chá de beladona/crack/desodorante rexona/thinner/mescalina/gás butano	24 – álcool/maconha/tabaco
Usuário 5	Masculino	16 – álcool 17 – tabaco 23 – maconha 33 – mesclado/crack 34 – maconha	36 – mesclado/álcool

Tabela 3 – Grupo 3 (conclusão).

GRUPO 3			
Usuário/Dependente	Sexo	Uso na vida	Uso atual
Dependente 6	Masculino	09 – álcool 13 – maconha 14 – tabaco 15 – 21 – éter/benzina/lança- perfume/LSD/cocaína	21 – ecstasy/maconha*/tabaco
Dependente 7	Masculino	14 – álcool/lança-perfume 15 – cocaína 18 – lança- perfume/haxixe/merla/maconha	38 – cocaína*/álcool/maconha/tabaco
Usuário 8	Masculino	11 – tabaco/álcool 15 – lança-perfume 16 – maconha 22 – haxixe 23 – <i>Salvia divinorum</i>	25 – álcool/maconha
Usuário 9	Masculino	15 – tabaco/álcool 16 – haxixe/maconha 17 – LSD/ecstasy 20 – ayahuasca	21 – LSD/ecstasy/haxixe/maconha
Usuário 10	Feminino	14 – álcool/tabaco 22 – lança-perfume/cocaína 31 – rivotril/mesclado/rohypnol	32 – tabaco/cocaína/álcool/lança- perfume

Fonte: Segunda reunião da intervenção educativa realizada no SEAD/HUB.

O Grupo 3 contou com a presença de dez pessoas, dentre as quais, somente uma mulher. Classificaram-se como dependentes quatro participantes. A amplitude do grupo trouxe variadas substâncias psicoativas. Dentre as substâncias não mencionadas nos grupos analisados anteriormente, verificou-se a inclusão de medicamentos. O consumo destes dá-se mediante a falta de orientação médica, com finalidades abusivas.

A partir da tabela do Grupo 3, exposta anteriormente, é possível notar que metade dos jurisdicionados deram início ao consumo de substâncias psicoativas enquanto crianças, entre 09 a 11 anos de idade. Faz-se importante destacar que fazer uso de tais substâncias quando o organismo está em processo inicial de desenvolvimento ocasiona sérios danos ao indivíduo. Ressalta-se ainda a importância da participação da família, comunidade, escola e da sociedade

em geral nessa fase de desenvolvimento, no sentido de proteger e assegurar uma vida saudável. Dentre os cinco participantes que começaram o consumo na infância, três se definiram como dependentes.

A facilidade no acesso do consumo de álcool e tabaco é dada devido a sua comercialização – dado que justifica o fato de que a maioria dos participantes iniciou o consumo das substâncias. Apenas o Usuário 4 iniciou o consumo com uma substância ilícita: maconha. Não apenas o fator publicitário está envolvido, mas a facilidade na forma de consumir a substância. Percebe-se que o álcool é mais simples de ingerir do que a utilização do tabaco – motivo latente para o fato de a substância encontrar-se no uso inicial de oito jurisdicionados.

Em seguida, discutiram-se os contextos do consumo em que se fez o uso das substâncias, com destaque para o ambiente religioso, no caso da ayahuasca – bebida utilizada como prática de ritual, com propósito a ser alcançado com fins religiosos –, em divergência, com a utilização de plantas alucinógenas de alguns jurisdicionados, como, por exemplo, o chá de cogumelo, em ambientes recreativos. Foi informado o cuidado a ser atentado na utilização de plantas alucinógenas, em função do seu potencial de desencadear surtos psicóticos.

No Grupo 3, tem-se a presença de inalantes na adolescência associadas a ocasiões festivas. Dados do II Levantamento Domiciliar refere o uso de solventes no decorrer da vida em 6,1% da população brasileira (CARLINI, 2005).

Tabela 4 – Grupo 4 (continua).

GRUPO 4			
Usuário/Dependente	Sexo	Uso na vida	Uso atual
Usuário 1	Masculino	13 – maconha/tabaco/álcool 15 – LSD/ecstasy 20 – cocaína/ <i>Salvia divinorum</i> /DMT	25 – maconha/álcool/tabaco
Usuário 2	Masculino	12 – tabaco/maconha 13 – álcool 14 – lança-perfume 15 – 17 – cocaína/LSD/ecstasy/MDMA/mescalina	23 – álcool
Usuário 3	Masculino	(optou por não traçar a linha do padrão de consumo)	29 – nada consta

Tabela 4 – Grupo 4 (conclusão).

GRUPO 4			
Usuário/Dependente	Sexo	Uso na vida	Uso atual
Dependente 4	Masculino	12 – maconha/tabaco 14 – álcool 19 – cocaína 25 – rohypnol	29 – maconha/tabaco*
Usuário 5	Masculino	18-29 - álcool	álcool
Usuário 6	Masculino	13 – álcool 14 – tabaco/maconha/lança-perfume 22 – cocaína 25 – ecstasy/LSD	29 – alçool/tabaco/maconha/e cstasy
Dependente 7	Masculino	15-33 – alçool/cola/rohypnol/thinner/haxixe/merla/t abaco/maconha/cocaína/crack	33 – maconha/tabaco
Dependente 8	Masculino	10 – álcool 12 – tabaco/lança-perfume 13 – maconha 16 – cocaína 17 – LSD/ecstasy 20 – chá de cogumelo/ayahuasca/mescalina	21 – LSD/cocaína/álcool/mac onha*/tabaco*

Fonte: Segunda reunião da intervenção educativa realizada no SEAD/HUB.

No Grupo 4 encontravam-se presentes oito pessoas, sendo que três se classificaram como dependentes; e ainda, um participante se posicionou contrário a descrição do próprio consumo, contestando razões étnicas. Foi respeitada sua escolha de não construir o histórico do consumo, porém, o participante solicitou que acrescentasse na tabela do Grupo 4, seu posicionamento como usuário, de acordo com seu padrão de consumo – que não foi relatado.

Na primeira reunião, ao discutir a apreensão, a quantidade e o tipo de substância com que os participantes foram apreendidos, percebeu-se desconforto por parte de alguns jurisdicionados. O Usuário 1 se manifestou com inquietações acerca da possibilidade dos relatos serem discutidos com autoridades policiais e comprometer sua transação penal. No mesmo momento, outros participantes interferiram colocando estar clara a explicação esclarecida na audiência que os jurisdicionados seriam encaminhados para o espaço na saúde e, portanto, não haveria implicações legais das discussões da intervenção educativa respaldadas na Justiça.

Foi bastante interessante a presença de um jurisdicionado que nunca fez uso de substância psicoativa ilícita, mas estava em cumprimento da transação penal por ser apreendido em situação que havia substâncias ilícitas. O debate orientou-se na perspectiva de que mesmo sem fazer uso de substâncias ilícitas, o contexto vivenciado representa riscos quanto à apreensão.

Tabela 5 – Grupo 5 (continua).

GRUPO 5			
Usuário/Dependente	Sexo	Uso na vida	Uso atual
Usuário 1	Masculino	09 – álcool 11 – tabaco 15 – 18 - maconha/benzina/ lança-perfume 18 – cocaína	21 – tabaco/álcool/maconha/cocaína
Usuário 2	Masculino	13 – maconha/álcool 17 – cocaína/LSD/ecstasy 18 – tabaco/haxixe	19 – álcool/maconha
Usuário 3	Masculino	13 – tabaco/álcool/clorofórmio/benflogin 16 – 18 – cocaína/microponto/maconha/haxixe/LSD/MDMA/ecstasy/ DMT/ <i>Salvia divinorum</i>	18 – maconha/haxixe
Usuário 4	Masculino	15 – 24 – álcool/tabaco/maconha/rivotril/cocaína	24 – maconha
Usuário 5	Masculino	09 – álcool 13 – tabaco 14 – cocaína/crack 15 – maconha/ecstasy/haxixe/rivotril 18 - LSD/microponto	22 – maconha/LSD/cocaína/álcool/tabaco
Usuário 6	Masculino	10 – álcool 15 – 17 – desodorante rexona/maconha/haxixe/lança-perfume/clorofórmio 17 – 20 – ecstasy/LSD/MDMA/skunk	20 – maconha/haxixe/LSD/álcool
Dependente 7	Masculino	17 – 25 – cola/álcool/tabaco/maconha/cocaína 25 – crack	36 – álcool/cocaína
Dependente 8	Masculino	12 – tabaco/maconha/álcool 15 – cocaína/lança-perfume 20 – rivotril/haxixe	22 – cocaína/maconha/álcool/tabaco*

Tabela 5 – Grupo 5 (conclusão).

GRUPO 5			
Usuário/Dependente	Sexo	Uso na vida	Uso atual
Usuário 9	Masculino	11 – álcool/tabaco 14 – maconha/haxixe 18 – cocaína/clorofórmio/desodorante Rexona 22 – LSD/ecstasy	27 – maconha/álcool
Usuário 10	Masculino	08 – tabaco 09 – álcool 10 – maconha 20 – cocaína 22 – crack 23 – LSD	24 - maconha/álcool
Usuário 11	Masculino	15 – tabaco/ álcool 20 – cocaína 30 – maconha/chá de cogumelo/haxixe/ ayahuasca	33 – álcool/maconha
Usuário 12	Masculino	11 – tabaco/maconha/álcool 13 – cocaína/rohypnol/LSD 15 – haxixe	18 – maconha/haxixe/álcool/tab aco
Dependente 13	Masculino	11 – álcool/tabaco 13 – 17 – maconha/chá de cogumelo/lança- perfume/cocaína/LSD/merla/crack/mod erador de apetite/benflogin/desbutal/artane	52 – maconha

Fonte: Segunda reunião da intervenção educativa realizada no SEAD/HUB.

Dos grupos apresentados até aqui, o Grupo 5 foi aquele onde constatou-se o maior número de indivíduos, dos quais três entre treze se denominaram dependentes. Os jurisdicionados do Grupo 5 tiveram resistência para se declararem dependentes.

Em relação à idade de início no consumo, sete participantes iniciaram com o uso de álcool na infância, dentre os quais, apenas um se declarou dependente. No uso atual, somente o Dependente 13 utiliza uma substância, que não é o álcool. Nos demais jurisdicionados, o álcool está presente no consumo atual acrescentado à outra substância. O Usuário 9 consome atualmente álcool e maconha, enquanto os demais fazem uso de álcool somado a pelo menos três outras substâncias.

O Dependente 13, que apresentou a maior faixa etária no grupo, relatou seu histórico de consumo alertando aos outros participantes os cuidados a serem notados antes de fazer uso de determinada substância. Este expressou a justificativa da falta de conhecimento sobre o organismo e a resistência que possui para tal consumo, ao ingerir doses altas. Declarou-se dependente, expondo perceber as diferenças no organismo e comportamentais após longo consumo de maconha; também aponta ser dependente, uma vez que seu organismo possui tolerância sobre a substância e que, mesmo estando nos horários de trabalho, consome grande quantidade de maconha. Apesar de ter experimentado diversos tipos de substância, seu consumo de maconha persistiu, ocupando um espaço importante em sua vida.

A tabela a seguir expressa o padrão de consumo visualizado nos cinco grupos apresentados, destacando cada tipo de substância psicoativa expressada nos mesmos, relacionando-as ao uso atual e consumo na vida.

Tabela 6 – Padrão de consumo de substâncias psicoativas dos jurisdicionados (continua).

Substância	PADRÃO DE CONSUMO			
	Uso na vida		Uso atual	
	N	%	N	%
Álcool	36	100	25	69,4
Tabaco	31	86,1	15	41,6
Maconha	34	94,4	30	83,3
LSD	20	55,5	5	13,8
Lança-perfume	16	44,4	1	2,7
Cocaína	28	77,7	7	19,4
Merla	4	11,1	0	0
Crack	9	25	1	2,7
Gás butano	2	5,5	0	0
Cola	3	8,3	0	0
Mesclado	3	8,3	1	2,7
Ecstasy	13	36,1	3	8,3
Chá de cogumelo	5	13,5	0	0
<i>Salvia divinorum</i>	6	16,2	0	0
Chá de beladona	2	5,4	0	0
Rivotril	5	13,8	0	0
Haxixe	13	36,1	5	13,8
Diazepam	1	2,7	0	0
Quetamina	1	2,7	0	0

PADRÃO DE CONSUMO				
Substância	Uso na vida		Uso atual	
	N	%	N	%
Desodorante rexona	3	8,3	0	0
Thinner	2	5,5	0	0
Mescalina	3	8,3	0	0
Éter	1	2,7	0	0
Benzina	2	5,5	0	0
Ayahuasca	3	8,3	0	0
Rohypnol	4	11,1	0	0
DMT	2	5,5	0	0
MDMA	3	8,3	0	0
Clorofórmio	3	8,3	0	0
Benflogin	2	5,5	0	0
Micropono	2	5,5	0	0
Skunk	1	2,7	0	0
Moderador de apetite	1	2,7	0	0
Desbutal	1	2,7	0	0
Artane	1	2,7	0	0

Tabela 6 – Padrão de consumo de substâncias psicoativas dos jurisdicionados (conclusão).

Fonte: Resultado de cinco meses de intervenção educativa realizada no SEAD/HUB.

O II Levantamento Domiciliar de 2005 aponta que 1,2% da população brasileira encontra-se em dependência da maconha, enquanto 8% relataram uso na vida. Observou-se um crescimento no uso na vida da referida substância de na sociedade brasileira no período entre 2001 a 2005. Em 2001, havia 6,9% e, em 2005, houve um aumento para 8,8% (CARLINI, 2005)

A razão que leva os jurisdicionados à intervenção educativa é a apreensão com substância ilícita, o que infere um possível consumo – fato que justifica que a substância mais utilizada no consumo atual dos jurisdicionados é a maconha, presente no uso de 83% dos participantes. Este é um dado preocupante, uma vez que tal consumo aumenta a probabilidade de serem apreendidos novamente.

De acordo com os dados do II Levantamento Domiciliar, os usuários relataram a facilidade na obtenção de maconha. Em 2001, 60,9% informou a acessibilidade da substância e, em 2005, foram 65,1% dos usuários entrevistados – estas são informações superiores à facilidade de aquisição de maconha na Colômbia (28,8%) e no Chile (51%) (CARLINI, 2005).

A maconha foi considerada como risco grave no uso na vida por 43,2% dos entrevistados em 2001, e 48,1% em 2005. Seu consumo diário foi relacionado ao risco grave em 95,8% em 2001, e em 94,6% em 2005 (CARLINI, 2005).

É frequente nos grupos a banalização do consumo, sobretudo, da maconha, e ainda recorrente a falsa concepção de que a maconha não causa dependência por ser uma substância natural.

A tabela a seguir permite a visualização da questão de gênero nos cinco grupos analisados, relacionando com a classificação dos jurisdicionados quanto a usuário e dependente de alguma substância.

Tabela 7 – Gênero.

	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
Usuário	2	100	24	31,42
Dependente	0	0	11	68,75

Fonte: Resultado de cinco meses de intervenção educativa realizada no SEAD/HUB.

Conforme os dados apresentados em tabela anterior, a maioria dos jurisdicionados são do sexo masculino: de trinta e sete indivíduos que participaram da intervenção socioeducativa, apenas dois eram do sexo feminino. A faixa etária oscilou de 18 a 52 anos. O fato de haver uma apreensão que antecede a transação penal mostra, segundo os jurisdicionados, que ainda há uma abordagem violenta em relação aos policiais. A compreensão acerca dos usuários de substâncias psicoativas, por parte dos policiais, é superficial. A questão de gênero não foi notada como um fator que influenciou na abordagem da apreensão.

Os dados expressos até aqui apontam que o consumo de maconha varia de 5,1% nas mulheres e 14,3% nos homens. Ao tratar do álcool, o uso aumenta para os percentuais de 6,9% nas mulheres e 19,5% nos homens (CARLINI, 2005).

Apenas onze indivíduos declararam-se como dependentes, não significando que os participantes que se classificaram como usuários não estejam comprometidos com o consumo de substâncias psicoativas. Notou-se ainda a resistência que os jurisdicionados possuem em

apresentarem-se como dependentes. Tal fato é percebido por haver medo do tratamento, ou seja, posicionar-se como dependente de uma substância psicoativa, pressupõe que o sujeito reconhece as problemáticas vivenciadas consequentes do uso e encontra-se em conflito com as mesmas. A alternativa sugerida é a escolha pelo tratamento a fim de enfrentar os obstáculos decorrentes do consumo. Porém, ainda existe no senso comum a ideia de que o tratamento vai implicar necessariamente na internação. A proposta de tratamento para os jurisdicionados é feita durante a entrevista individual, onde os aspectos relacionados ao consumo são ressaltados e discutidos de forma a debater com o sujeito se sua inserção no SEAD trará benefícios para o momento vivenciado.

A participação das mulheres no grupo, por ora, foi identificada uma situação de desconforto por ser um grupo predominantemente masculino, o que comprometeu no engajamento das discussões, sobretudo, ao relatar o tipo de substância consumida. De acordo com o tipo de substância e a frequência do seu uso relatado pelas mulheres, às vezes, causava determinadas reações dos jurisdicionados do sexo masculino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo alcançado com a conclusão do presente estudo reflete no exercício de estágio que contribuiu intensamente para a formação profissional, reforçando o agir do assistente social na sua relação com o usuário, em se tratando de qualquer contexto profissional. Foram, então, representados como elementos da intervenção profissional, os seguintes aspectos: a construção de vínculos, a valorização da autonomia, o respeito às escolhas individuais, a socialização das informações, fornecer meios de instigar o processo reflexivo, respaldados na emancipação do sujeito.

Mioto (2009, p. 501) resume a finalidade das práticas socioeducativas inseridas no contexto atual, discorrendo:

Por outro lado, exige enfrentar o desafio de dar materialidade ao papel transformador que as ações socioeducativas podem ter no cenário da sociedade capitalista atual; um cenário adverso à medida que induz à refuncionalização e a à mistificação das relações pedagógicas mediante estratégias de reorganização da cultura dominante.

Conforme o exposto no capítulo 1, em relação ao contexto em que se discute o fenômeno das drogas, faz-se necessário considerar os elementos envolvidos, como, por exemplo, as relações sociais, econômicas e políticas. De fato, tal fenômeno não pode ser analisado de forma isolada.

São reconhecidos os avanços da legislação atual sobre drogas, mas é preciso uma interpretação inicial à situação que exige continuação na temática, pois, conforme observação dos grupos de intervenção socioeducativa, os jurisdicionados acolhem positivamente tal mudança. Porém, antes da transação penal, não havia conhecimento acerca da Lei nº. 11.343/2006.

A pesquisa aqui apresentada procurou traçar o padrão de consumo de substâncias psicoativas dos jurisdicionados, equivalentes a cinco meses de reuniões grupais, da intervenção educativa realizada no Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas (SEAD), do Hospital Universitário de Brasília (HUB), com a pretensão de alcançar os contextos que envolvem o consumo das substâncias, a faixa etária referente ao uso na vida e atual, os tipos de substâncias psicoativas relatadas e a classificação dos jurisdicionados como usuário ou dependente.

No decorrer da observação participante, desde o período de estágio, perceberam-se nos relatos expressos pelos jurisdicionados ao encerramento dos grupos, a necessidade de exposição da intervenção educativa. Muitos jurisdicionados não conhecem a mudança sobre a legislação de drogas, tampouco a existência da transação penal como alternativa – o comparecimento nos grupos desenvolvidos no SEAD. Portanto, infere-se que a escolha pelo tema e a apresentação do mesmo seja uma demanda surgida no próprio grupo de intervenção educativa.

A apresentação da atividade educativa desenvolvida no SEAD, reforça os aspectos benéficos contidos na Lei nº. 11.343/2006. A relevância da referida atividade ser conhecida amplamente, evidencia a necessidade de práticas na saúde para o tratamento de usuários de substâncias psicoativas.

Os dados resgatados proporcionam uma noção sobre o padrão de consumo dos jurisdicionados, com destaque para a maconha. De acordo com os dados analisados, infere-se que alguns usuários implicam problemas decorrentes do uso da maconha, e nota-se a necessidade dos serviços de saúde em estarem preparados para responder tal demanda.

O olhar da sociedade perante os usuários de substâncias psicoativas reforça a criação de paradigmas para contribuir com mudanças na perspectiva da temática. É fundamental a criação de novos espaços para os próprios usuários discutirem a questão e planejarem ações para seu reconhecimento – ação que possibilita uma nova perspectiva perante o fenômeno aqui analisado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M. R.; MOREIRA, F. G. História das Drogas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2005.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas**. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acesso em: 28 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde – SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. 5. ed. Brasília: Cebrid, 2011.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais da saúde e da assistência social**. Supervisão técnica e científica de Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte - SENAD. Responsáveis Técnicos: Lísia Von Diemen, Silvia Chwartzmann Halpern e Flavio Pechansky – UFRGS. Brasília: SENAD, 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº. 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, com a finalidade de dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 28 fev. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm>. Acesso em: 28 fev. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 28 fev. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em 28 fev. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm. Acesso em 28 fev. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10409.htm. Acesso em: 28 fev. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm. Acesso em 28 fev. 2013.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº. 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_03/_ato2004-2006/2006/lei/11343.htm. Acesso em: 28 fev. 2013.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. **Relatório Brasileiro sobre Drogas.** Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. IME USP; Organizadores: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso. Brasília: SENAD, 2009.

BRASILSUS. **Legislações**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes.html>>. Acesso em: 08 fev. 2013.

_____. **Portaria nº. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 27 fev. 2013.

CARLINI, E. A. (Super.) *et al.* **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. 2005. Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID. Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. São Paulo, 2006.

CRUZ, M. S.; FERREIRA, S. M. (Orgs.). **Determinantes socioculturais do uso abusivo de álcool e outras drogas**: uma visão panorâmica. Álcool e drogas: usos, dependência e tratamentos. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.

CZERESNIA, D. (Org). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

DIAS, J. C.; PINTO, I. Substâncias psicoativas: classificações, mecanismos de ação e efeito sobre o organismo. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2005.

DUARTE, D. F. Uma breve história do ópio e dos opióides. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Campinas, v. 55, n. 1, Jan./Fev. 2005.

ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas**. Madrid: Espasa Calpe, 1998.

FOIRE, M. **Uso de “drogas”. Controvérsias médicas e debate público**. São Paulo: Mercado de Letras/FAPESP, 2006.

GOLDENBERG, Mirian. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 11ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2009.

IAMAMOTO, M. V. Projeto ético-político e teórico-metodológicos no Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, 2006.

LARANJEIRA, R. (Org.). O Uso de Cocaína e Crack no Brasil. **II LENAD Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. In: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas – INPAD. São Paulo: UNIFESP, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994.

_____. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINISTÉRIO Público do Distrito Federal e Territórios – MPDFT. **Experiência piloto: intervenção psicossocial junto aos jurisdicionados do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios**. Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas. Hospital Universitário de Brasília. Universidade de Brasília. Brasília. 2008.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, Vera M. R. **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **Orientação e acompanhamento social a indivíduos, grupos e famílias**. Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

MUNIZ, José Roberto. EISENSTEIN, Evelyn. **Genograma: informações sobre família na(in)formação médica**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2008.

NASR, H. **Tradução do sentido do Nobre Alcorão para a língua portuguesa**. Sûratu Al-Mai'dah (5:90) . K.S.A, Complexo do Rei Fahd, s.d.

NERY FILHO, A. **A experiência da Bahia – 1985/1988**. Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD. Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas. São Paulo: Superintendência da Campanha Nacional de Saúde Mental – DINSAM – Ministério da Saúde, 1989.

RIBEIRO, M. M.; ARAÚJO, M. R. Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2005.

SÃO PAULO. **Portaria nº. 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção de Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/formas-de-gestao-do-sus/portarias/portaria_n_687_gm_de_30_de_marco_de_2006.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2013.

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. Reflexões preliminares sobre a questão das substâncias psicoativas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.). **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2005.

SODELLI, M. **Uso de drogas e prevenção**: da desconstrução da postura proibicionista às ações redutoras de vulnerabilidade. São Paulo: Iglu, 2010.

UNIVERSIDADE de Brasília. Hospital Universitário de Brasília. **Institucional**. Disponível em: <<http://www.hub.unb.br/institucional.html>>. Acesso em: 08 fev. 2013.

_____. **Protocolo do Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e/ou outras Drogas**. Brasília: UnB/HUB, 2009.