

Ministério Público do Estado do Paraná
Centro de Apoio Operacional das
Promotorias da Criança e do Adolescente

IGUALDADE

Temática

DROGADIÇÃO



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ
Centro de Apoio Operacional das Promotorias
da Criança e do Adolescente

IGUALDADE TEMÁTICA:
DROGADIÇÃO

Curitiba
Março / 2008

Revista Igualdade - Livro 41
Igualdade - Ano XIV - nº XLI - edição especial

PROCURADOR-GERAL DE JUSTIÇA
Milton Riquelme de Macedo

CORREGEDOR-GERAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO
Edison do Rêgo Monteiro Rocha

IGUALDADE TEMÁTICA: DROGADIÇÃO - Livro 41
*Publicação do Centro de Apoio Operacional das Promotorias da
Criança e do Adolescente*

COORDENAÇÃO EDITORIAL
*Luiz Francisco Fontoura
Cibele Cristina Freitas de Resende
Marcela Marinho Rodrigues
Fernando Luiz Menezes Guiraud*

COLABORAÇÃO
*Alberto Vellozo Machado - Promotor de Justiça - MPPR
Maiara Carla Ruon - Estagiária CAOPCA*

EDITORAÇÃO, CONVERSÃO E CRIAÇÃO DE E-BOOK (PDF)
Régis Sant'Ana Júnior - Informática MPPR

Os artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores. É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos desta publicação, desde que seja citada a fonte.

Ministério Público do Estado do Paraná
Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente
(Sub-sede Marechal)
Av. Marechal Floriano Peixoto, nº 1.251
Rebouças - Curitiba - Paraná
CEP 80230-110

Fones (41) 3250-4701 / 4702 / 4725
caopca@pr.gov.br

EDITORIAL

Nesta edição temática da Revista Igualdade¹, o Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente - CAOPCA, destaca a DROGADIÇÃO como relevante problema de saúde coletiva em nossos dias, convicto de que o enfrentamento da questão do uso de drogas na infanto-adolescência é, sem dúvida, um desafio extremamente presente na atuação dos integrantes do Sistema de Justiça, sendo a sua compreensão imprescindível ao desempenho da função do Promotor de Justiça da Infância e da Juventude, na defesa dos direitos das pessoas em desenvolvimento bio-psico-social.

A coletânea destaca artigos de profissionais de grande respeitabilidade em seu meio, seja acadêmico ou profissional, os quais foram elaborados especialmente para esta edição, com o objetivo de engrandecer o conhecimento sobre esta delicada problemática sob as luzes da concepção mais atualizada, quer sob o ponto de vista científico ou empírico, de forma a propiciar o substrato necessário para uma intervenção consciente e construtiva.

Esse trabalho também resulta das reflexões possibilitadas pela realização de um projeto que contou com muitos colaboradores, que trabalham diretamente com o atendimento de crianças e adolescentes usuários de drogas e, em especial, da equipe formada pela Promotora de Justiça Cibele Cristina Freitas de Resende, pelo Psicólogo Fernando Luiz Menezes Guiraud (ambos integrantes do CAOPCA) e pelo Promotor de Justiça Alberto Vellozo Machado, que

-
- 1 Esse número é também acompanhado de material eletrônico mais amplo, produzido em CD-ROM, a ser distribuído aos membros do Ministério Público do Paraná, contendo legislação, modelos, fotos, ilustrações e publicações de instituições de referência técnica, relatórios das visitas técnicas, enfim, toda ordem de referências que poderão auxiliar o desempenho funcional, o qual será também disponibilizado aos interessados na home-page do CAOPCA, no site do Ministério Público do Paraná:

www.mp.pr.gov.br/cpca/crianca.html.

contou, ainda, com a colaboração da estagiária voluntária Yasmine de Resende Abagge. A equipe mencionada realizou, ao longo de 2007, 11 (onze) visitas técnicas a entidades de atenção a usuários e dependentes químicos, presenciando o tratamento prático das questões ora tratadas, a partir dos relatos das vivências profissionais de cuidadores e usuários, da troca de conhecimentos e das impressões e lições colhidas por intermédio desse riquíssimo contato pessoal.

De forma inaugural, procurando seguir uma ordem de apresentação facilitadora da melhor compreensão da temática, vem o artigo **“As Drogas na sociedade”**, da lavra da Professora Roseli Boerngen de Lacerda (Professora Associada do Departamento de Farmacologia da UFPR, Professora do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Farmacologia da UFPR, Doutora em Psicobiologia pela Universidade Federal de São Paulo e Vice-presidente do Conselho Estadual Antidrogas do Paraná), que traz atualíssimas informações científicas sobre as drogas, seus mecanismos de ação e efeitos no organismo, a neurobiologia da adição e as bases do tratamento e prevenção.

O segundo artigo, **“Drogadição na Adolescência”**, traz uma abordagem extremamente especializada das autoras Cristiane Honório Venetikides (Psicóloga, Coordenadora Municipal do Programa de Saúde Mental de Curitiba, especialista em saúde mental comunitária) e Júlia Valéria Ferreira Cordellini (Médica Hebeatra, Coordenadora Municipal do Programa Adolescente Saudável, especialista em adolescência, violência doméstica e educação em saúde), que discorrem sobre o uso de drogas, os riscos, a rede de cuidados, ressaltando os fundamentos para a intersetorialidade, que deve nortear toda e qualquer ação de cuidado nesta área.

Na seqüência, vem o artigo **“Dispositivos de Intervenção aos Jovens na Questão das Substâncias Psicoativas”**, de Simone Marie Perotta (Enfermeira Sanitarista Especialista em Dependência Química e Gestão de Assuntos Públicos, Autoridade Sanitária do CAPSad da Regional do Cajuru, em Curitiba) apresenta um panorama atualíssimo da realidade encontrada e pontua objetivamente algumas sugestões concretas para a transformação de comportamentos e atitudes que podem reverter contextos comprometidos, com destaque para a atenção preventiva.

Finalizando com “chave de ouro” a série de textos de autores externos, sintetizando o que de melhor se pretendeu transmitir, ressalta-se a descrição do trabalho de Fernando Góes, no artigo **“A**

Experiência da Chácara Meninos de Quatro Pinheiros". Nele o autor, na condição de co-fundador da Fundação Educacional Meninos e Meninas de Rua Profeta Elias (premiada pelo Unicef como uma das 50 mais destacadas entidades de atendimento de crianças e adolescentes no Brasil), filósofo e especialista em psicopedagogia, relata a proposta pedagógica baseada na larga experiência com meninos moradores de rua, reafirmando, de forma absolutamente contundente, o que não podemos esquecer em nossas ações e opções: ***“Não precisa de drogas quem tem uma vida legal, com sonhos e objetivos”***.

Fechando a coletânea, estão os artigos **“Atuação do Conselho Tutelar e a Questão das Drogas”**, de autoria do Psicólogo Fernando Luiz Menezes Guiraud e **“Aspectos legais para a Internação de Crianças e Adolescentes Portadores de Transtornos Mentais”**, de autoria da Promotora de Justiça Cibele Cristina Freitas de Resende, os quais exemplificam o pensamento adotado pela equipe de trabalho, voltado à produção de um conhecimento que construa pontes e diálogos entre as disciplinas, capazes de lançar sementes e gerar ações transformadoras.

Como fruto direto do aprendizado auferido durante as visitas técnicas, destaca-se o artigo **“Reflexões para a intervenção legal quanto ao uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes”**, também da Promotora de Justiça Cibele Cristina Freitas de Resende, o qual, além de revelar os principais aspectos da experiência da equipe, apresenta o perfil de cada entidade pesquisada e suas principais concepções sobre a matéria, reproduzidas em interessantes relatos a serem revisitados no material anexo.

ÍNDICE

EDITORIAL

ÍNDICE

AS DROGAS NA SOCIEDADE

SUMÁRIO EXPLICATIVO

INTRODUÇÃO

História

Definições

Epidemiologia

AS PRINCIPAIS DROGAS DE ABUSO

NEUROBIOLOGIA DA ADIÇÃO

TRATAMENTO

PREVENÇÃO

Níveis de prevenção

A importância da prevenção

A importância da prevenção nos serviços de saúde

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DROGADIÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

INTRODUÇÃO

UM POUCO SOBRE ADOLESCÊNCIA...

RISCOS DO USO DE DROGAS

ESTÁGIOS DO USO

FATORES DE RISCO PARA O USO

ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA

REDE DE CUIDADOS

A EXPERIÊNCIA DE CURITIBA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DISPOSITIVOS DE INTERVENÇÃO AOS JOVENS NA QUESTÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A EXPERIÊNCIA DA CHÁCARA MENINOS DE QUATRO PINHEIROS

ATUAÇÃO DO CONSELHO TUTELAR E A QUESTÃO DAS DROGAS

INTRODUÇÃO

DEMOCRACIA E PROTAGONISMO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS

DA “SITUAÇÃO IRREGULAR” À “PROTEÇÃO INTEGRAL”

Tabela 1: Mudança de paradigma

DEFINIÇÃO, NATUREZA E ATRIBUIÇÕES DO CONSELHO TUTELAR

O CONSELHO TUTELAR COMO INOVAÇÃO ESTATUTÁRIA

Tabela 2: Comparativo entre o Conselho de Direitos e o Conselho Tutelar

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASPECTOS LEGAIS DA INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS

INTRODUÇÃO

NORMATIZAÇÃO

INTERNAÇÕES PSQUIÁTRICAS

INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA

INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

PACIENTES MENORES EM AMBIENTES COMUNS AOS ADULTOS

DROGADIÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

DO DIREITO AO ACOMPANHAMENTO

COMPETÊNCIAS E FLUXOS

CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFLEXÕES PARA A INTERVENÇÃO LEGAL QUANTO AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES

AS VISITAS TÉCNICAS

O NOSSO PAPEL

A AÇÃO DAS DROGAS

CRITÉRIOS PARA O ENCAMINHAMENTO

O MINISTÉRIO PÚBLICO NA PERSPECTIVA DA PROTEÇÃO

CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ABAI - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE AMPARO À INFÂNCIA

Centro de Prevenção
Casa de Recuperação
Agroecologia

DEPOIMENTOS DE JOVENS EM TRATAMENTO

J. (21 anos)

M. (24 anos)

CHÁCARA MENINOS DE 4 PINHEIROS

DIFERENCIAIS
CONVERSA COM FERNANDO GÓES
SONHOS X DROGAS
POR QUE A CHÁCARA?
A MISSÃO DO PROFESSOR
ABORDAGEM E ACOLHIMENTO
O PAPEL DA FAMÍLIA
APADRINHAMENTO
DEPOIS DOS 18 ANOS
ESPIRITUALIDADE
ATIVIDADES EXTRAS E CURSOS

CENTRO VIDA

AMBULATÓRIO CARA LIMPA

CT DIA – COMUNIDADE TERAPÊUTICA DIA

COMUNIDADE TERAPÊUTICA ROSA MÍSTICA

DEPOIMENTO DAS JOVENS EM TRATAMENTO:

1ª Adolescente (16 anos)

2ª Adolescente (17 anos)

3ª Adolescente (14 anos)

4ª Adolescente (13 anos)

5ª Adolescente (17 anos)

CLÍNICA DR. HELIO ROTENBERG

CERENE - CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ESPERANÇA

CAPSad CAJURU

HOSPITAL ESPÍRITA DE PSIQUIATRIA BOM RETIRO

AS DROGAS NA SOCIEDADE

INFORMAÇÕES SOBRE AS DROGAS PSICOTRÓPICAS:
ações e efeitos no organismo, neurobiologia da adição,
bases do tratamento e prevenção

*Roseli Boerngen de Lacerda**

SUMÁRIO EXPLICATIVO

Introdução: um pouco de história, epidemiologia, e algumas definições (uso/ abuso/ dependência e adição; tolerância e síndrome de abstinência; *craving* ou fissura).

As principais drogas de abuso: lícitas e ilícitas; drogas prescritas com potencial de abuso; principais efeitos agudos e crônicos no cérebro e em todo o organismo; principais padrões de uso.

Neurobiologia da adição: mecanismo neurobiológico comum entre as drogas; as fases do desenvolvimento da adição; teorias que explicam a adição.

Tratamento: Tratamento das diferentes fases do uso de drogas de abuso; as bases teóricas do tratamento da adição; modalidades de tratamento da adição.

Prevenção: Níveis de prevenção, instrumentos que auxiliam na detecção dos problemas decorrentes do uso de drogas; a importância da prevenção, a prevenção na e pela sociedade.

* A autora é Professora Associada do Departamento de Farmacologia da UFPR, Professora do Programa de Pós-Graduação do Departamento de Farmacologia da UFPR, Doutora em Psicobiologia pela Universidade Federal de São Paulo, Vice-presidente do Conselho Estadual Antidrogas do Paraná.

INTRODUÇÃO

História

O consumo de substâncias psicotrópicas¹ é bastante freqüente em nossa sociedade (GALDURÓZ et al., 2000; 2003) e a partir de uma revisão histórica da civilização humana, pode-se observar que a droga se fez presente no cotidiano do homem desde as primeiras notícias de sua existência. Tanto nas civilizações antigas quanto nas indígenas, as plantas psicotrópicas como o ópio, a coca e a maconha, eram bastante utilizadas para curar doenças, afastar espíritos maus, obter sucesso nas caçadas e nas conquistas e atenuar a fome e o rigor do clima de determinadas regiões. Essas plantas estavam ligadas a rituais religiosos, culturais, sociais, estratégico militares, entre outros (LESSA, 1998; SEIBEL; TOSCANO, 2001).

Pesquisas arqueológicas concluíram que determinadas pinturas deixadas pelos homens da Idade da Pedra teriam sido criadas sob efeito de transe que provavelmente incluíam o consumo de plantas psicotrópicas (LESSA, 1998).

A maconha é supostamente originária da Ásia central, pois cresce até hoje espontaneamente no Himalaia. Suas primeiras referências datam de 12.000 a.C. e o seu efeito euforizante já tinha sido descoberto na Índia em torno de 2.000 a 1.400 a.C. Essa droga era usada para estimular o apetite, curar doenças venéreas e induzir o sono (GONÇALVES, 2005). Na China, foram encontrados seus primeiros restos datados de aproximadamente 4.000 a.C. e seus usos terapêuticos estavam presentes num tratado de medicina chinesa do século I (SEIBEL; TOSCANO, 2001).

As bebidas alcoólicas estiveram presentes em quase todas as civilizações que se tem notícia. A Bíblia, no livro do Gênesis, relata a embriaguez de Noé após o dilúvio, assim como o uso do vinho nas

1 As substâncias psicotrópicas são substâncias que alteram o comportamento, o humor e a cognição, possuindo propriedade reforçadora, sendo, portanto, passíveis de auto-administração (WHO, 1981), conseqüentemente podem levar ao abuso e à dependência.

festas sagradas (SEIBEL; TOSCANO, 2001). Ainda hoje o vinho é parte integrante de cerimônias religiosas como da católica, judaica e do candomblé (LESSA, 1998).

O uso do ópio provavelmente iniciou-se na Mesopotâmia, 3.000 anos antes da era cristã. Ele era considerado como símbolo mitológico dos antigos gregos e era revestido de um significado divino. Seus efeitos eram vistos como uma dádiva dos deuses destinada a acalmar os enfermos ou aqueles que de algum mal padeciam. Na Odisséia, Homero relata que a bela Helena ofereceu a Telêmaco uma bebida que fazia esquecer a dor e a infelicidade. Na Europa do século XIX, observou-se o abuso do ópio sob a forma medicinal (SEIBEL; TOSCANO, 2001; LESSA, 1998).

Na modernidade, no cenário das grandes conquistas de terras através da navegação, a droga se apresenta como facilitadora para o domínio dos povos nativos e como fonte de enriquecimento para o conquistador (LESSA, 1998).

Com o advento da ciência e sua crescente modernidade, as drogas que a princípio se apresentavam na forma de produto advindo da natureza, quando levadas para o laboratório foram transformadas e passaram a produzir outras, artificialmente, as drogas sintéticas (LESSA, 1998).

As anfetaminas, ao serem lançadas em forma de comprimidos, em 1837, ficaram conhecidas como a nova maravilha capaz de revigorar as energias e elevar o estado de humor. Na segunda Grande Guerra foram largamente utilizadas pela população e pelos soldados para aplacar a fome, a fadiga e o sono.

A morfina, principal constituinte do ópio que é a resina retirada da papoula, é uma potente droga analgésica, e que serviu de base para a síntese de compostos sintéticos muito mais potentes, como a heroína. Esses analgésicos com propriedades psicotrópicas (reforçadoras) foram amplamente utilizados por via endovenosa a partir da descoberta da seringa, no início por razões terapêuticas e logo depois por dependência ao produto (LESSA, 1998).

Nas duas Grandes Guerras, as drogas fizeram-se presentes. Sua comercialização era fator estratégico, servindo ora para enfraquecer o inimigo, ora como amenizador da dor para os feridos, ora como revigorante de energia para os soldados (LESSA, 1998).

Em 1924, avaliava-se no mundo, em torno de 100 mil os usuários de drogas, entretanto, os trabalhos científicos eram

proporcionalmente escassos, a opinião pública mostrava-se alheia ao fato, por falta de informação, e as autoridades não se mostravam interessadas. O assunto era abordado por autores que faziam uso de drogas e descreviam de forma romântica, os efeitos e os rituais que cercavam seu uso. Esses autores criavam na realidade, um status em tomo de tal prática (LESSA, 1998).

Nos anos 50, a utilização de drogas sintéticas com efeito tranqüilizante, como os benzodiazepínicos, acentuou-se. Situações que eram consideradas mazelas existenciais começaram progressivamente a ser tratadas com esses calmantes, que ajudam a aliviar as tensões do dia e permitem um sono mais tranqüilo. Nos dias de hoje, o uso de calmante é prática costumeira em todas as classes sociais, faz parte da cultura da medicação (LESSA, 1998).

Nos anos 60, o movimento hippie floresce com uma proposta revolucionária, onde a juventude transforma-se em um grupo de contestação radical aos valores incorporados pela sociedade. Através de suas roupas, músicas e drogas, o movimento hippie pregava uma "ideologia libertatória", que buscava sair do sistema social e cultural convencional, buscando criar um mundo alternativo e novas formas de pensar, sentir e perceber a realidade. Os hippies utilizavam drogas psicodélicas e experiências místicas que proporcionavam efeitos prazerosos e alteravam o estado de consciência (LESSA, 1998).

O uso de solventes orgânicos torna-se prática nos EUA e no Brasil a partir dos anos 70 (LESSA, 1998).

A faixa etária dos usuários de droga começa a se alargar. O que até os anos 50 era prática do adulto, nos anos 70 amplia-se tanto para os adolescentes quanto para os idosos. Enquanto os jovens recorrem com maior freqüência às drogas ilícitas como a cola de sapateiro (solvente), a maconha e a cocaína, os idosos fazem uso das drogas lícitas como o tabaco, o álcool, a cafeína e os medicamentos (LESSA, 1998).

Observa-se que a utilização de substâncias psicotrópicas pelo homem apresenta, desde a pré-história, valores e simbolismos específicos, que variam de acordo com o contexto histórico cultural, em setores como o religioso/místico, social, econômico, medicinal, psicológico, climatológico, militar e na busca do prazer (LESSA, 1998). Atualmente, em muitas culturas, as drogas exercem um papel relevante no convívio social como, por exemplo, no seu uso em situações de celebração ou para promover a inserção do indivíduo no grupo, como se observa entre os adolescentes em relação ao álcool,

para os quais o uso dessa droga funciona como um ritual de passagem para a adolescência (SEIBEL; TOSCANO, 2001; GONÇALVES, 2005).

Definições

(Uso/ abuso/ dependência e adição; tolerância e síndrome de abstinência; *craving* ou fissura)

Muitas vezes o uso de substâncias psicotrópicas não desencadeia problemas, por fazer parte da cultura de um povo (SEIBEL; TOSCANO, 2001), mas o homem pode utilizar as drogas como forma de alcançar algo que lhe parece inacessível, ultrapassar seus próprios limites, para buscar o prazer, para diminuir as tensões e sofrimentos, inserir-se na sociedade e até mesmo obter sucesso (LESSA, 1998). Nesses casos, o uso de drogas pode evoluir para um quadro de intoxicação aguda ou para o uso contínuo com problemas (abuso) ou dependência (HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

Problemas relacionados com uma intoxicação aguda podem ocorrer como resultado de um único episódio e podem incluir ataxia, vômito, febre, confusão, superdosagem, perda da consciência, acidentes e lesões, problemas domésticos, agressão e violência, práticas sexuais inseguras e/ou não intencionadas e desempenho reduzido no trabalho. O uso regular de drogas e a dependência podem levar a problemas físicos, mentais e sociais, que demoram um tempo para se desenvolverem e podem incluir diminuição da imunidade a infecções, ansiedade, depressão, problemas com o sono, sintomas de abstinência quando o uso é diminuído ou interrompido, dificuldades financeiras e problemas legais, de relacionamento e no trabalho (HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

Um agravante é quando as drogas são prescritas pelo médico, como os anorexígenos, benzodiazepínicos, barbitúricos e opióides. Se bem orientado por esse, o paciente corre baixo risco de abuso ou dependência, porém, é mais uma fonte de acesso às drogas de abuso (SEIBEL; TOSCANO, 2001).

Os transtornos psiquiátricos causados pelo uso de drogas possuem critérios de diagnóstico específico, definido em dois sistemas de classificação: o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais 4ª edição (DSM-IV) da Associação de Psiquiatria Americana (APA) e a Classificação Internacional de Doenças 10ª edição (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS)

(STEWART; CONNORS, 2004/2005). Dentro dos transtornos pelo uso de substâncias estão classificadas a intoxicação, o abuso ou uso nocivo, a dependência e a síndrome de abstinência (GONÇALVES, 2005).

A intoxicação por substância é o desenvolvimento de uma síndrome reversível, que ocorre após a administração recente de grandes quantidades da substância psicoativa, produzindo alterações de comportamento ou psicológicas, como resultado dos efeitos fisiológicos diretos da substância sobre o sistema nervoso central e uma série de efeitos fisiológicos característico da droga em vários outros órgãos e sistemas. A característica essencial do abuso ou uso nocivo da substância é um padrão mal-adaptativo de uso manifestado por conseqüências adversas recorrentes e significativas relacionadas ao uso repetido da substância. A dependência da substância caracteriza-se pela presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando que o indivíduo continua utilizando a substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. Existe um padrão de auto-administração repetida que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga. A característica essencial da síndrome de abstinência da substância é o desenvolvimento de uma alteração comportamental mal-adaptativa e específica a essa, com prejuízos fisiológicos e cognitivos, devido à cessação ou redução do uso pesado e prolongado da substância (GONÇALVES, 2005).

O DSM-IV inclui critérios diagnósticos para o abuso e a dependência da substância. O **abuso** da substância é definido como um padrão mal-adaptativo de uso dessa substância levando ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um ou mais dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro de um período de 12 meses (APA, 2000):

- Uso recorrente da substância resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes relativas ao seu papel no trabalho, na escola ou em casa (por ex., repetidas ausências ou desempenho ocupacional fraco relacionados ao uso da substância; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas à substância; negligência quanto aos filhos ou afazeres domésticos);
- uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo físico (por ex., dirigir um veículo ou operar uma máquina quando prejudicado pelo uso da substância);

- problemas legais recorrentes relacionados à substância (por ex., detenções, conduta desordeira relacionada à substância);
- uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por ex., discussões com o cônjuge acerca das conseqüências da intoxicação, lutas corporais).

A **dependência** da substância é definida como um padrão mal-adaptativo de uso dessa substância levando ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado pela ocorrência de três (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo a qualquer momento, dentro de um período de 12 meses (APA, 2000):

- Tolerância, definida por uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado; ou redução acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade da substância;
- abstinência, manifestada por síndrome de abstinência característica para a substância; ou a mesma substância (ou outra substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar sintomas de abstinência;
- a substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;
- existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;
- muito tempo gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação dos seus efeitos;
- atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;
- o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por ex., uso de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela; ou

consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool).

A dependência da substância é fisiológica se houver evidência de tolerância ou abstinência. Se nenhuma dessas características estiver presente, a dependência da substância é classificada como “sem dependência fisiológica”.

A CID-10 faz a distinção entre o uso nocivo e a dependência da substância.

O **uso nocivo** é definido como um padrão de uso da substância que causa prejuízo à saúde. O prejuízo pode ser físico (por ex., hepatite) ou mental (por ex., crise de depressão). O uso nocivo pode ter conseqüências sociais adversas, mas apenas essas conseqüências não são suficientes para justificar um diagnóstico de uso nocivo da substância (WHO, 1993).

Os critérios da CID-10 para a **dependência** da substância são muito similares aos do DSM-IV. Um diagnóstico de dependência da substância é feito quando três ou mais das seguintes manifestações tenham ocorrido juntas no último mês ou persistindo por períodos menores que um mês, durante os últimos 12 meses (WHO, 1993):

- Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
- um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado pela síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância (ou de outra intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas (exemplos claros disso são encontrados em indivíduos dependentes de álcool e opiáceos, que podem tomar doses diárias suficientes para incapacitar ou matar

usuários não tolerantes);

- abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, assim como aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
- persistência no uso da substância, apesar de evidência clara de conseqüências nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estado de humor depressivo conseqüente a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga (deve-se fazer esforços para determinar se o usuário estava realmente, ou se poderia esperar que estivesse, consciente da natureza e extensão do dano).

Pode-se observar claramente que tanto no DSM-IV quanto na CID-10 foram incorporados como critérios diagnósticos um grande espectro de problemas físicos, psíquicos e sociais que estão em conformidade com a característica da manifestação desses transtornos. Essa forma de apresentar os critérios diagnósticos também permite a prevenção e a detecção precoce desses transtornos (GONÇALVES, 2005).

Pode-se notar também que pelos critérios diagnósticos não se diferencia dependência fisiológica de dependência psicológica, como se fazia no passado. A descrição da dependência fisiológica está presente uma vez que o quadro de síndrome de abstinência, que caracteriza o seu diagnóstico, é relevante do ponto de vista clínico pois muitas manifestações desta síndrome necessitam de intervenção médica, muitas vezes até com internamento do paciente, quando sua vida está em risco. Porém, dependência psicológica não recebe mais o *status* de diagnóstico de um tipo de transtorno, pois as manifestações psicológicas características da dependência (p.ex. compulsão, perda de interesse por outras atividades) estão normalmente presentes em todos os quadros de dependência. O termo adição normalmente muito usado na língua inglesa, está muito relacionado aos componentes psicológicos da dependência, mas não consiste em um tipo de diagnóstico diferenciado. Costuma-se considerar como central para a manifestação da adição, a presença da compulsão ou fissura (*craving*). O *National Institute of Health* (NIH) dos Estados Unidos define adição como “uma doença do cérebro crônica e recorrente caracterizada pelo uso e procura compulsivos da

droga apesar das conseqüências nocivas ao indivíduo” (NIH, 2007).

Epidemiologia

Estudos epidemiológicos têm detectado índices de uso de drogas cada vez maiores nos últimos anos, tanto no Brasil (GALDURÓZ et al., 1997; 2003), como em outras regiões do mundo (UNITED NATIONS INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAM, 1997; WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002).

O primeiro levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil, realizado em 2001 pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas da UNIFESP) em uma amostra aleatória e representativa com 8.589 entrevistados, entre 12 e 65 anos, das 107 cidades brasileiras com mais de 200.000 habitantes (o que abrange 41,3% da população total do Brasil), detectou índices de 11,2% para dependência de álcool, 9% para dependência de tabaco, 1% para dependência de maconha e 0,4% para dependência de estimulantes, sendo que as porcentagens de uso na vida destas substâncias foram de 68,7%, 41,1%, 7% e 1,5%, respectivamente. A porcentagem de uso na vida de cocaína foi de 2,3% e de qualquer droga (exceto álcool e tabaco) foi de 19,4%. Incluindo os benzodiazepínicos (3,3%) e solventes (5,8%), essas foram as substâncias com maior prevalência de uso na população. Os opiáceos obtiveram uma precisão de prevalência de uso muito baixa (0,1%) de acordo com o estudo (CARLINI et al., 2002).

Em 2005, o CEBRID realizou o segundo levantamento domiciliar seguindo a mesma metodologia, exceto que neste levantamento foram avaliadas 108 cidades, pois mais uma atingiu os 200 mil habitantes. A prevalência de uso na vida para qualquer droga (exceto tabaco e álcool) foi de 22,8%, sendo a maior porcentagem observada na região Nordeste, onde alcançou 27,6%, e a menor foi na região Norte com 14,4%. A média brasileira de prevalência de uso na vida de álcool foi de 74,6%, sendo a menor taxa observada na Região Norte (53,9%) e o maior na Sudeste (80,4%). São observados mais dependentes de álcool para sexo masculino. As tabelas 1 e 2, a seguir, mostram alguns dos resultados deste estudo (CARLINI et al., 2007).

Drogas	Tipos de Uso %		
	Na vida	No ano	No mês
Maconha	8,8	2,6	1,9
Solventes	6,1	1,2	0,4
Benzodiazepínicos	5,6	2,1	1,3
Orexígenos	4,1	3,8	0,1
Estimulantes	3,2	0,7	0,3
Cocaína	2,9	0,7	0,4
Xaropes (codeína)	1,9	0,4	0,2
Opiáceos	1,3	0,5	0,3
Alucinógenos	1,1	0,32	0,2
Esteróides	0,9	0,2	0,1
Crack	0,7	0,1	0,1
Barbitúricos	0,7	0,2	0,1
Anticolinérgicos	0,5	0	0
Merla	0,2	0	0
Heroína	0,1	0	0
Álcool	74,6	49,8	38,3
Tabaco	44,0	19,2	18,4

Tabela 1 - Distribuição dos 7.939 entrevistados, segundo uso na vida, uso no ano e uso no mês das drogas mais usadas nas 108 cidades com mais de 200 mil habitantes (CARLINI et al., 2007).

Dependência: (% de dependentes)	
Drogas	2005
Álcool	12,3
Tabaco	10,1
Maconha	1,2
Benzodiazepínicos	0,5
Solventes	0,2
Estimulantes	0,2

Tabela 2 - Distribuição dos 7.939 entrevistados, segundo dependência de drogas, nas 108 cidades com mais de 200 mil habitantes do Brasil (CARLINI et al., 2007).

Neste estudo domiciliar, entre os entrevistados que estavam na faixa de 12 a 17 anos de idade, 48,3% mencionaram ter consumido na vida bebidas alcoólicas, 15,7% tabaco, 3,4% solventes e 3,5% maconha. Considerando a prevalência de dependência nesta mesma faixa etária (12 a 17 anos), observou-se que 5,2% dos jovens foram considerados dependentes de álcool, 2,2% de tabaco e 0,6% de maconha. O mesmo CEBRID realizou a partir de 1987 cinco estudos epidemiológicos entre estudantes de 1º e 2º graus em capitais brasileiras. No último Levantamento, o quinto, realizado em 2004, foram pesquisadas as 27 capitais brasileiras atingindo um total de 48.155 estudantes entrevistados. O uso na vida de drogas psicotrópicas inicia muito cedo, em crianças na faixa etária de 10-12 anos, 0,6% usam maconha, 0,5% cocaína, 0,2% crack, 7,0% tabaco, 41,2% álcool. Para a faixa etária de 13-15 anos, 3,9% maconha, 1,4% cocaína, 0,6% crack, 24,7% tabaco, 69,5% álcool. Os estudantes com 16-18 apresentaram os seguintes dados: 11,2% maconha, cocaína 2,8%, crack 1,1%, tabaco 39,7% e álcool 80,8%. Nas três faixas etárias, os estudantes já experimentaram as demais drogas pesquisadas (anfetamínicos, solventes, ansiolíticos, anticolinérgicos, barbitúricos, opiáceos, xaropes, alucinógenos, orexígenos, energéticos, esteróides/anabolizantes, tabaco e álcool) e o grau de frequência no uso tende a aumentar com a idade. O álcool foi a droga que teve a menor média de idade do primeiro uso com média de 12,5 anos. Para ambos os sexos, o uso na vida de drogas reduziu em cinco capitais. O uso na vida de álcool diminuiu em ambos os sexos, em nove das dez capitais anteriormente estudadas, ao contrário do tabaco que não teve redução significativa, sendo que em Porto Alegre, houve até aumento no uso na vida desta droga entre as mulheres (7,2%). No entanto, o uso na vida do tabaco foi feito por 24,9% dos estudantes pesquisados, sendo este índice menor do que todos os países sul-americanos nos quais se realizou pesquisa análoga a este estudo. O uso na vida de algumas drogas como anabolizantes, maconha, energéticos, cocaína e esteróides têm maior incidência nos indivíduos do sexo masculino, ao passo que, drogas como anfetamínicos e ansiolíticos são mais usadas por indivíduos do sexo feminino, confirmando dados dos estudos anteriores. Em relação ao uso frequente (quando a pessoa utilizou droga psicotrópica seis ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa) a região sul está na frente dos demais estados e da média nacional, com 12,9%. Uso na vida de qualquer droga exceto álcool e tabaco foi de 22,6% considerando todo o Brasil. Outros dados relevantes foram que os alunos que já fizeram o uso na vida de drogas faltaram mais às aulas quando comparados aos que nunca experimentaram drogas;

que o uso de drogas, tanto na quantidade e frequência como no tipo da droga usada, não foi prerrogativa de uma classe socioeconômica em particular; que o bom relacionamento com os pais e entre os próprios estudantes parece ser um fator protetor ao não uso pesado de álcool; que os estudantes que seguem alguma religião tiveram menos uso pesado de álcool; que a prática do esporte não influenciou no uso e que estudantes que trabalhavam tiveram mais uso pesado de álcool. (GALDURÓZ, 2004).

Estes estudos demonstram que o álcool é a substância psicoativa de maior uso no Brasil. Vários fatores influenciam esse uso, podendo-se destacar o fato dela ser uma droga lícita, socialmente aceita e muitas vezes ter seu uso incentivado pela sociedade (como por exemplo, os chamados “ritos de passagem” caracterizados pelo primeiro “porre” na adolescência); ser uma droga de fácil acesso e de baixo preço e ainda apresentar deficiência na fiscalização (venda para menores de idade, por exemplo). No entanto, família e instituições enfatizam, quase exclusivamente, o problema das drogas ilícitas, como a maconha e a cocaína. Isto porque o álcool, o tabaco e, em menor grau os solventes, estão inseridos nos diversos contextos, com os quais o adolescente se relaciona, incluindo a própria família e a instituição escolar. Mesmo conhecendo os efeitos dessas drogas, é possível o uso ocasional, isto é, o uso relacionado a eventos sociais, como festas, shows, etc, sem risco de desenvolver dependência para a grande maioria dos jovens. Antes, “são as coisas da idade” ou símbolos de passagem para o mundo adulto. Como consequência, o jovem recebe mais informações sobre as drogas ilícitas, e desconhece os riscos envolvidos no consumo das substâncias permitidas (TIBA, 1999; SEIBEL; TOSCANO, 2001).

Existem evidências de que o uso de drogas está associado a problemas de saúde pública. Tabaco, álcool e drogas ilícitas estão entre os 20 maiores fatores de risco de problemas de saúde identificados pela OMS. Estima-se que o tabaco seja responsável por 9% de todas as mortes e por 4,1% da carga global de doenças, esta medida pelos anos de vida ajustado por incapacidade (AVAI). O álcool é responsável por 3,2% de mortes e 4% de AVAIs e as drogas ilícitas por 0,4% de mortes e 0,8% de AVAIs. Além disso, existe uma tendência crescente das pessoas usarem múltiplas substâncias juntas ou em épocas diferentes, o que aumenta ainda mais os riscos (WHO, 2002).

AS PRINCIPAIS DROGAS DE ABUSO

(Lícitas e ilícitas; drogas prescritas com potencial de abuso; principais efeitos agudos e crônicos no cérebro e em todo o organismo; principais padrões de uso)

As drogas psicotrópicas são substâncias psicoativas que alteram o comportamento, o humor e a cognição, possuindo propriedade reforçadora, sendo, portanto, passíveis de auto-administração (WHO, 1981), conseqüentemente podem levar ao abuso e à dependência.

Reforço ou estímulo reforçador é a capacidade que a droga tem de criar e manter hábitos e comportamentos relacionados à droga. Essa característica é considerada fundamental para que a droga seja capaz de induzir dependência. O reforço pode ser positivo ou negativo. Reforço positivo é a capacidade da droga de produzir efeitos agradáveis e sensações prazerosas. Reforço negativo é a capacidade da droga de diminuir sensações desagradáveis. Em muitos casos é difícil separar qual o tipo de reforço predominante em determinada situação (ALMEIDA, 2006). Por exemplo, o etanol apresenta reforço positivo pela sua capacidade de produzir euforia e reforço negativo pelo seu efeito ansiolítico e por evitar a síndrome de abstinência.

A propriedade reforçadora da droga psicotrópica é a característica comum de todas as drogas de abuso e será discutida mais detalhadamente no tópico de “Neurobiologia da adição”.

As drogas psicotrópicas podem ser classificadas de várias maneiras, levando em conta sua estrutura química, seus efeitos farmacológicos ou sua origem natural ou sintética. A classificação mais utilizada é a proposta por CHALOUT em 1971 para os psicoativos, que considera o tipo de alteração principal que a droga produz no sistema nervoso central: estimulante, depressor ou alucinógeno. O quadro a seguir mostra esta classificação, citando apenas os psicotrópicos.

Classificação de Chalout (1971)

Depressores ou Psicolépticos: Álcool, hipnóticos, inalantes, opióides, ansiolíticos benzodiazepínicos.

Estimulantes ou Psicoanalépticos: Cocaína, anfetaminas, nicotina, xantinas, outros.

Perturbadores ou Psicodislépticos (Alucinógenos):

Naturais: maconha, mescalina, psilocibina, caapi + chacrona (Santo Daime), outros;

Sintéticos: LSD, anticolinérgicos, ecstasy, outros.

Também podemos citar as principais drogas pelas classes mais conhecidas, inclusive referenciando seus nomes populares ou “de rua”. Esta é a forma como as drogas são apresentadas aos pacientes quando são entrevistados usando-se o ASSIST² (ver adiante a apresentação do ASSIST com a sua aplicabilidade como instrumento de detecção de problemas relacionados às drogas). Normalmente os profissionais de saúde colocam os nomes dessas classes de drogas em um cartão plastificado para que os pacientes possam ler e se familiarizar com seus nomes. Esse cartão é apresentado a seguir:

2 ASSIST: *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* - Teste de detecção do envolvimento com substâncias, cigarro e álcool

Nomes populares ou comerciais das drogas

- a. **produtos do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda);
- b. **bebidas alcoólicas** (cerveja, vinho, champanhe, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gim);
- c. **maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc);
- d. **cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho);
- e. **estimulantes como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA);
- f. **inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tiner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló);
- g. **hipnóticos, sedativos** (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam);
- h. **alucinógenos** (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto);
- i. **opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona);
- j. **outras** – especificar.

A descrição do mecanismo de ação farmacológico de todas essas drogas, assim como de todos os seus efeitos, está fora do objetivo deste artigo e desta forma apenas serão apresentados quadros com os principais efeitos destas classes de drogas, exatamente como aparecem nos manuais que são entregues aos profissionais de saúde que são treinados a aplicar o ASSIST e a Intervenção Breve aos pacientes da Atenção Primária à Saúde. Esses quadros são simplificados para facilitar o uso pelo profissional no momento de orientar o paciente quanto ao seu nível de risco com a droga. Outra característica importante é a coluna à esquerda no quadro que possui uma coloração em gradiente de cinza para mostrar ao paciente o crescimento na intensidade dos problemas decorrentes do uso crônico da droga em questão.

Tabaco	<p>Seu risco de ter esses problemas é:.....Baixo-Moderado-Alto (marque um)</p> <p>O uso contínuo do cigarro está associado com:</p>
	<i>Envelhecimento precoce, enrugamento da pele</i>
	<i>Infecções respiratórias e asma</i>
	<i>Pressão arterial alta, diabetes</i>
	<i>Filhos de fumantes podem ter Infecções respiratórias, alergias e asma</i>
	<i>Mulheres grávidas fumantes podem ter aborto, parto prematuro e bebês de baixo peso</i>
	<i>Doenças dos rins</i>
	<i>Problemas crônicos de obstrução de vias aéreas</i>
	<i>Doenças do coração, derrame, doenças vasculares</i>
	<i>Cânceres</i>

Álcool	<p>Seu risco de ter esses problemas é:.....Baixo-Moderado-Alto (marque um)</p> <p>O uso regular e excessivo de álcool está associado com:</p>
	<i>Ressaca, comportamento agressivo, acidentes e lesões</i>
	<i>Redução do desempenho sexual, envelhecimento precoce</i>
	<i>Problemas digestivos, úlceras, inflamação do pâncreas, pressão arterial alta</i>
	<i>Ansiedade e depressão, dificuldades de relacionamento, problemas financeiros e no trabalho</i>
	<i>Dificuldade de se lembrar das coisas e de resolver problemas</i>
	<i>Bebês de mulheres grávidas que usam álcool podem nascer com lesões e danos no cérebro</i>
	<i>AVC's (derrame), lesões permanentes no cérebro, disfunções musculares e nervosas</i>
	<i>Doenças do fígado e pâncreas</i>
	<i>Cânceres, suicídio</i>

Maconha	Seu risco de ter esses problemas é:..... Baixo-Moderado-Alto (marque um)
	O uso regular de maconha está associado com:
	<i>Problemas com a atenção e motivação</i>
	<i>Ansiedade, paranóia, pânico, depressão</i>
	<i>Prejuízo da memória e da habilidade de resolver problemas</i>
	<i>Pressão arterial alta</i>
	<i>Asma, bronquite</i>
	<i>Psicose entre as pessoas com histórico familiar de esquizofrenia</i>
	<i>Doença do coração e doenças crônicas obstrutivas das vias aéreas</i>
<i>Cânceres</i>	

Cocaína / crack	Seu risco de ter esses problemas é:..... Baixo Moderado Alto (marque um)
	O uso regular de cocaína/crack está associado com:
	<i>Dificuldade de dormir, batimento do coração acelerado, dor de cabeça, perda de peso</i>
	<i>Entorpecimento, formigamento, viscosidade e erupções cutâneas</i>
	<i>Acidentes e lesões, problemas financeiros</i>
	<i>Pensamentos estranhos</i>
	<i>Alteração do humor - ansiedade, depressão, mania</i>
	<i>Agressão e paranóia</i>
	<i>Fissura intensa, estresse decorrente do estilo de vida</i>
<i>Psicose depois do uso repetido de altas doses</i>	
<i>Morte súbita por problemas do coração</i>	

Estimulante tipo anfetamina	Seu risco de ter esses problemas é:..... Baixo Moderado Alto (marque um) O uso regular destes estimulantes está associado com:
	<i>Dificuldade de dormir, perda do apetite e peso, desidratação</i>
	<i>Ranger os dentes, dor de cabeça, dor muscular</i>
	<i>Alteração de humor – ansiedade, depressão, agitação, mania, pânico, paranóia</i>
	<i>Tremores, batimento cardíaco irregular, falta de ar</i>
	<i>Comportamento agressivo e violento</i>
	<i>Psicose depois do uso repetido de altas doses</i>
	<i>Lesões permanentes das células cerebrais</i>
	<i>Lesão do fígado, hemorragia cerebral, morte súbita (éxtase) em situações raras</i>

Inalante	Seu risco de ter esses problemas é:..... Baixo Moderado Alto (marque um) O uso regular de inalantes está associado com:
	<i>Vertigem e alucinações, sonolência, desorientação, visão embaçada</i>
	<i>Sintomas semelhantes a de um resfriado, sinusite, sangramento nasal</i>
	<i>Indigestão, úlceras estomacais</i>
	<i>Acidentes e lesões</i>
	<i>Perda de memória, confusão, depressão, agressão</i>
	<i>Dificuldade de coordenação, reflexo diminuído, hipóxia (falta de oxigênio no cérebro)</i>
	<i>Delirium, convulsões, coma, danos de órgãos (coração, pulmão, fígado, rins)</i>
	<i>Morte por disfunção cardíaca</i>

Sedativo	<p>Seu risco de ter esses problemas é:..... Baixo Moderado Alto (marque um)</p> <p>O uso regular de sedativos está associado com:</p>
	<i>Sonolência, vertigem e confusão</i>
	<i>Dificuldade de concentração e de se lembrar das coisas</i>
	<i>Náusea, dor de cabeça, alteração da marcha</i>
	<i>Problemas de sono</i>
	<i>Ansiedade e depressão</i>
	<i>Tolerância e dependência após um curto período de uso.</i>
	<i>Sintomas de abstinência graves</i>
	<i>Overdose e morte se usado com álcool, opiáceo ou outras drogas depressoras.</i>

Alucinógeno	<p>Seu risco de ter esses problemas é:..... Baixo Moderado Alto (marque um)</p> <p>O uso regular de alucinógenos está associado com:</p>
	<i>Alucinações (agradáveis ou desagradáveis) – visuais, auditivas, táteis, olfativas</i>
	<i>Dificuldade de dormir</i>
	<i>Náusea e vômito</i>
	<i>Aumento do batimento cardíaco e da pressão arterial</i>
	<i>Alterações do humor</i>
	<i>Ansiedade, pânico, paranóia</i>
	<i>Flash-backs (sensação estranha ou alucinações na ausência da droga)</i>
	<i>Agravamento de doenças mentais, como por exemplo esquizofrenia</i>

Opiáceo	Seu risco de ter esses problemas é:..... Baixo Moderado Alto (marque um) O uso regular de opiáceos está associado com:
	<i>Coceira, náusea e vômito</i>
	<i>Sonolência</i>
	<i>Constipação, enfraquecimento dos dentes</i>
	<i>Dificuldade de concentração e de se lembrar das coisas</i>
	<i>Redução do desejo e do desempenho sexual</i>
	<i>Dificuldades de relacionamento</i>
	<i>Problemas no trabalho e financeiros, violações da lei</i>
	<i>Tolerância e dependência, sintomas de abstinência</i>
	<i>Overdose e morte por insuficiência respiratória</i>

A análise destes quadros com os efeitos das drogas deixa claro que todas as drogas causam muitos problemas orgânicos periféricos e centrais e problemas sociais e psicológicos, além das suas potencialidades de causar adição e dependência. Essa potencialidade das drogas em desenvolver adição ou dependência é conhecida como potencial de abuso, sendo calculada com base no percentual de uso na vida e no percentual de dependência/ adição. Esses valores estão mostrados na Tabela a seguir usando dados de estudos epidemiológicos norte americano. Vários fatores influenciam esse potencial de abuso, como a disponibilidade da droga, seu preço, sua aceitabilidade social e seu modo de uso, entre outros. Por exemplo, o potencial de abuso da cocaína depende da via de introdução utilizada, tendo a via respiratória, uso do crack, potencial de abuso comparável ao do uso endovenoso e estes menores do que pelo uso aspirado. Isto se deve ao tempo de acesso ao sistema nervoso central, que é em média 8 segundos. Também quando se compara o potencial de abuso do tabaco com o do crack (não mostrado na Tabela) eles são muito similares, pelo mesmo motivo exposto.

SUBSTÂNCIA	USO NAVIDA %	DEPENDÊNCIA / ADIÇÃO %	POTENCIAL DE ABUSO %
TABACO	75,6	24,1	31,9
ÁLCOOL	91,5	14,1	15,4
DROGAS ILÍCITAS	51,0	7,5	14,7
Maconha	46,3	4,2	9,1
Cocaína*	16,2	2,7	16,7
Estimulantes	15,3	1,7	11,2
Ansiolíticos	12,7	1,2	9,2
Alucinógenos	10,6	0,5	4,9
Heroína	1,5	0,4	23,1
Inalatórios	6,8	0,3	3,7

Tabela 3 – Potencial de abuso das drogas mais usadas nos Estados Unidos (Fonte: Goodman and Gilman, 2006).

* Estão consideradas todas as formas de uso da cocaína, injetável, fumada e aspirada.

O uso de drogas injetadas (apesar de sua prevalência de uso ser baixa no Brasil), além de todos os outros riscos, pode causar danos à pele e veias e ainda propicia o contágio do HIV e outros vírus adquiridos por via sanguínea, através do uso de seringas contaminadas ou pelo comportamento sexual de risco por parte dos usuários. Estes, infectados com o vírus do HIV podem aumentar a infecção da população geral através do contato sexual com não usuários de drogas, além disso, mães infectadas podem transmitir o vírus para o filho. A estreita relação entre o uso de drogas e a prostituição também pode contribuir para a transmissão do HIV (HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

NEUROBIOLOGIA DA ADIÇÃO

(Mecanismo neurobiológico comum entre as drogas; as fases do desenvolvimento da adição; teorias que explicam a adição)

A progressão do uso inicial à adição é influenciada por muitos fatores. Entre eles a droga em si, influências de outras pessoas e ambientais, e as características do usuário como sua personalidade, suas enzimas metabolizadoras ou sua predisposição geneticamente adquirida. A interação entre esses fatores é complexa e determina porque alguns indivíduos apresentam comportamentos aditivos e outros não. O uso inicial da droga pode ser voluntário, buscando o prazer e as suas propriedades reforçadoras, mas para a pessoa que apresenta adição, a escolha pelo uso da droga não é mais voluntária. Na adição, ocorrem neuroadaptações cerebrais semelhantes às que ocorrem no aprendizado de uma tarefa, e o indivíduo procura a droga mesmo na evidencia de conseqüências pessoais negativas e graves (CHOU; NARASIMNHAN, 2005). No entanto, os mecanismos neurobiológicos que determinam essa transição do uso controlado para o descontrolado ainda não estão totalmente esclarecidos. As recaídas no uso das drogas é o fator clínico mais difícil de ser controlado no tratamento da adição. Após longo período de abstinência o *craving* (compulsão pela droga) pela droga ou a recaída pode ser iniciado pela presença da droga em si, por pistas ambientais que estejam associadas à droga ou pelo estresse (SHAHAN; HOPE, 2005).

As drogas de abuso são substâncias com diversas estruturas químicas e mecanismos de ação. Na administração aguda cada droga se liga a um sítio de ação próprio e desencadeia uma série de comportamentos, sensações e efeitos fisiológicos e dependendo da quantidade usada pode causar um quadro de intoxicação típico da droga. Essas drogas são todas agudamente recompensadoras (o que leva a repetição do seu uso) e com o uso crônico, alguns efeitos são compartilhados entre elas, como produzir sintomas emocionais negativos na sua suspensão, produzir um longo período de sensibilização e desenvolver um aprendizado associativo droga – pistas ambientais relacionadas à droga. Acredita-se que esses efeitos crônicos são adaptações que contribuem para o *craving* (desejo, compulsão) pela droga e para as recaídas, mesmo após longos períodos de abstinência.

Existem várias evidências que todas as drogas de abuso convergem a um circuito comum no sistema límbico cerebral, o qual é responsável pelo controle das emoções. A principal via que vem

sendo investigada é a via dopaminérgica que se inicia na área tegmental ventral e vai em direção ao núcleo *accumbens*. Essa via é a mais importante para os efeitos recompensadores agudos de todas as drogas de abuso, e várias pesquisas têm mostrado como, apesar de seus diferentes mecanismos de ação, todas as drogas convergem a essa via, tendo assim efeitos agudos reforçadores comuns. Drogas estimulantes (cocaína, anfetaminas) são capazes de ativar diretamente essa via, principalmente por inibirem a recaptação de dopamina e no caso das anfetaminas, também por aumentarem a liberação deste neurotransmissor. Os opióides agem como agonistas (são semelhantes a opióides endógenos, assim “enganam” a célula) em receptores de opióides endógenos (encefalinas, endorfinas e dinorfina) atuando diretamente em neurônios do núcleo *accumbens* que promovem liberação de dopamina. Esses agentes também atuam inibindo interneurônios gabaérgicos na área tegmental ventral, levando a maior atividade dessa região. A nicotina parece ativar os neurônios da área tegmental ventral diretamente via receptores nicotínicos e indiretamente pela ativação de neurônios glutamatérgicos que inervam as células dopaminérgicas. O álcool pela potencialização de receptores gabaérgicos inibe a função deste neurotransmissor em terminais de outros neurotransmissores, aumentando a atividade dos neurônios dopaminérgicos e também inibe terminais glutamatérgicos que inervam o núcleo *accumbens*. O álcool tem vários mecanismos propostos para sua ação, e é a droga que tem o mecanismo de ação mais complexo e menos conhecido. O tetrahydrocannabinol, alcalóide presente na maconha, age em receptores para canabinóides endógenos (como a anandamida), atuando em terminais nervosos glutamatérgicos e gabaérgicos no núcleo *accumbens* e diretamente nos neurônios do núcleo *accumbens*. Fenciclidina, um potente alucinógeno sintético, inibe receptores glutamatérgicos pós sinápticos no núcleo *accumbens*. Além disso, álcool e nicotina parecem ativar vias opióides e essas duas drogas e as outras parecem ativar o sistema canabinóide endógeno (NESTLER, 2005).

Todas essas drogas causam uma liberação de dopamina cerca de 2 a 10 vezes maior do que reforçadores naturais e demoram mais para voltar ao normal. Em alguns casos, como quando as drogas são fumadas ou injetadas endovenosamente, essa inundação dopaminérgica ocorre quase imediatamente. Como a dopamina, além das sensações prazerosas, está relacionada com a motivação, cognição, movimento e emoção, a superestimulação destes sistemas ensina o indivíduo a repetir o comportamento de busca pela droga. O

sistema nervoso central possui conexões que garantem a repetição de atividades de manutenção da vida associando essas atividades com prazer ou reforço (como comer, fazer sexo, etc). Quando o circuito da motivação e recompensa é ativado, o cérebro nota que algo importante está acontecendo, que precisa ser lembrado e isso ensina a repeti-lo, muitas vezes sem pensar. Como as drogas de abuso ativam esse sistema, é como se elas estivessem “seqüestrando” esse sistema e “enganando” os circuitos cerebrais informando que algo importante para a manutenção da vida está acontecendo. Alguns cientistas dizem que o abuso de drogas é algo que aprendemos a fazer muito bem (NIH, 2007).

Essas ações agudas das drogas levam a alterações de membrana e citoplasmáticas que geralmente são locais e passageiras. Mas elas levam a ativação de fatores de transcrição da função gênica celular que possivelmente resultam em mudanças funcionais e morfológicas duradouras (KOOB; SANNA; BLOOM, 1998).

Um dos fatores de transcrição afetados pelo uso crônico de drogas é o CREB (*cAMP-response-element-binding protein*) o qual é expresso em todas as células do cérebro e é essencial em processos que se iniciam na membrana e levam à alteração na expressão gênica, ou seja, causa uma modificação no funcionamento das células cerebrais alvos da droga, podendo assim alterar a função de neurônios individualmente ou de circuitos neuronais como um todo (CARLEZON; DUMAN; NESTLER, 2005).

O uso crônico de cocaína, anfetaminas ou opióides induzem a atividade do CREB, enquanto álcool e nicotina diminuem sua atividade no núcleo *accumbens*, apesar de aumentá-la em outras regiões. O aumento de atividade do CREB no núcleo *accumbens* diminui as respostas comportamentais, enquanto a diminuição da sua atividade aumenta essas respostas. O CREB também é induzido por reforços naturais (como água com sacarose administrada a animais, e possivelmente na presença de outros reforçadores naturais) (CARLEZON; DUMAN; NESTLER, 2005).

Outro fator de transcrição que é afetado pelo uso crônico de drogas é o Δ FosB. É um fator de transcrição que tem um papel essencial em mudanças adaptativas de longa duração no cérebro, associadas a diversas condições como adição, aprendizado, doença de Parkinson, depressão e tratamento antidepressivo. Esse fator de transcrição induz a expressão de várias proteínas da família Fos e que aparecem em regiões específicas após a administração de várias

drogas de abuso, mas retornam aos níveis basais dentro de algumas horas. Com a administração crônica dessas drogas, algumas destas proteínas se acumulam nessas mesmas regiões cerebrais (McCLUNG et al, 2004; NESTLER; BARROT; SELF, 2001).

Além da via mesolímbica, que envolve o núcleo *accumbens*, outras regiões que interagem com ela também se mostram importantes, como amígdala, hipocampo, hipotálamo e várias áreas do córtex cerebral. Muitas dessas regiões estão associadas aos sistemas de memória e aprendizado. A via mesolímbica, assim como as outras regiões citadas, também estão envolvidas com as “adições naturais” como compulsão por sexo e por jogo (NESTLER, 2005).

Resumidamente, poderíamos dizer que as drogas têm uma ação aguda no sistema nervoso central da qual se destacam as suas propriedades reforçadoras e os efeitos observados na intoxicação aguda. Essas ações são passageiras e não determinam nem a adição nem a dependência, mas promovem a procura inicial pela droga. Com o uso crônico da droga, ocorrem neuroadaptações, que durante um período, que varia de droga para droga, de indivíduo para indivíduo e de situação para situação, ainda são reversíveis e constituem o que se chama de fase de transição para a adição. É nesta fase que o processo de aprendizado do uso da droga se desenvolve e todos os estímulos relacionados ao uso estão sendo associados à presença da droga. É também nesta fase que começam a aparecer os problemas associados ao uso e que são importantes para motivar o usuário a diminuir ou parar com o uso, pois nesse período as neuroadaptações ainda são relativamente fáceis de serem revertidas, desde que o usuário esteja motivado a realizar a mudança do seu padrão de uso. Uma das alterações que ocorre nesta fase, é a adaptação do sistema de recompensa. Como a liberação de dopamina está aumentada e outros neurotransmissores também estão alterados pela presença da droga, as células cerebrais se ajustam a esta nova situação, o que se chama de adaptação homeostática. Essas alterações fazem com que a droga seja menos prazerosa, o indivíduo se sente mal, deprimido, sem vida e fica incapaz de apreciar coisas que anteriormente lhe davam prazer. Agora, ele necessita de maiores doses da droga para produzir a ativação dos sistemas de recompensa, fenômeno conhecido como tolerância. Somado a isso, o sistema nervoso central dele promoveu o aprendizado do uso da droga e estímulos associados a esse uso adquirem a capacidade de estimular o circuito de aprendizado fazendo com que a presença de algum destes estímulos desencadeie a ativação do circuito levando o indivíduo à urgência de usar a droga (fissura, *craving*). Esses estímulos

associados podem ser internos e externos ao indivíduo. Estímulos internos que podem ser associados ao aprendizado de usar a droga são, por exemplo, certas emoções que o indivíduo experimentava durante ou previamente ao uso, como alegria, raiva, tristeza, depressão e outras. Estímulos externos associados ao uso podem ser de várias naturezas, como a presença constante de um amigo, alguma música ou som característico, luzes do ambiente de uso, local de uso da droga, entre outros, que dependem da “história” do indivíduo. Esses estímulos podem ser perceptíveis ao indivíduo ou não. Por exemplo, cita-se na literatura o caso de um jovem que estava sob tratamento de dependência de cocaína aspirada e que relatava que em certas ocasiões ele sentia uma forte fissura pela droga mas não conseguia identificar o estímulo desencadeante. Após algum tempo de terapia e de observação do ambiente ao qual estava sendo exposto no momento da fissura, ele percebeu que quando atravessava uma rua na faixa de segurança ocorria a fissura. A faixa de segurança é constituída de linhas brancas com fundo escuro, similarmente ao modo de uso da cocaína aspirada, no qual as “carreirinhas” são linhas brancas num fundo escuro. Para o cérebro esses estímulos eram generalizados e ativavam o circuito associado ao uso da droga, causando fissura, ou seja, necessidade urgente de consumir a droga.

Com o uso continuado da droga, a perda de controle se instala, se caracterizando a fase da adição. Nesta fase consolidam-se as mudanças adaptativas da fase de transição, ocorre um redirecionamento de circuitos cerebrais e um aumento da expressão gênica de proteínas que conferem a vulnerabilidade para a recaída. Nesta fase o indivíduo necessita de ajuda de profissionais especializados e habilitados para poder enfrentar as suas situações do dia a dia. Nesta fase, normalmente o indivíduo já obteve muitas perdas: físicas, financeiras, sociais e psicológicas. Muitas vezes transtornos psiquiátricos se instalam, ou já existiam antes do uso da droga, complicando muito o quadro do paciente e sua recuperação. Reestruturar os seus circuitos cerebrais dentro deste panorama bio-psico-social, readquirir motivação para a mudança de comportamento e ainda atingir sucesso pessoal tornam-se tarefas “inatingíveis”, e o indivíduo recai. Alguns medicamentos auxiliam no tratamento, mas não existe “remédio” para essa fase, ainda. Somente a psicoterapia e o forte apoio da rede social e familiar garantem o sucesso.

Muito se fala da baixa efetividade do tratamento de dependência/adicação. Acredita-se que cerca de 40 a 60% dos pacientes dependentes/adictos que procuram tratamento se

recuperam, quando se considera o primeiro ano de seguimento, mas estas taxas caem ainda mais quando se acompanha o paciente por um período mais longo. Pode-se dizer que são taxas baixas, mas quando se compara com outras taxas de recaída de outras doenças orgânicas crônicas, nota-se que o panorama é parecido. O jornal JAMA (*Journal of the American Medical Association*) publicou em 2000 uma comparação das taxas de recaída de alguns problemas crônicos médicos mais freqüentes. Enquanto para drogadição as taxas de recaída estão entre 40 e 60%, para diabetes tipo 1 estão entre 30 e 50% e para hipertensão e asma entre 50 e 70%. Isto demonstra que o tratamento da drogadição, um problema crônico e altamente estigmatizado, não é diferente de outros problemas crônicos que possuem baixa estigmatização e que possuem vários programas implantados nos sistemas de saúde do mundo todo.

TRATAMENTO

(Tratamento das diferentes fases do uso de drogas de abuso; as bases teóricas do tratamento da adição; modalidades de tratamento da adição)

As pesquisas mostram que combinar medicações que auxiliem na resposta terapêutica com psicoterapia é a melhor maneira de garantir sucesso para a maioria dos pacientes. As abordagens terapêuticas devem ser planejadas para cada paciente, considerando-se seu padrão de uso, seus problemas médicos relacionados à droga, tanto orgânicos como psiquiátricos, e seus problemas sociais. Como abordado anteriormente, a recaída deve ser sempre considerada, como em outros problemas médicos crônicos. Tratar problemas crônicos envolve mudar profundamente comportamentos que estão “cristalizados”, ou seja, difíceis de mudar. A recaída não significa que o tratamento falhou. Para pacientes adictos, deslizos ou recaídas ao uso da droga demonstram a necessidade de ajustes ou replanejamento das estratégias terapêuticas.

As medicações têm um papel importante como suporte terapêutico e podem ser úteis em diferentes estágios do tratamento, ajudando o paciente a parar de usar, permanecer em tratamento e evitar a recaída.

Tratamento da síndrome de abstinência – Quando os pacientes param de usar a droga, eles experimentam uma variedade de sintomas físicos e emocionais, incluindo depressão, ansiedade, outros transtornos do humor, inquietação e insônia. Alguns medicamentos atuam nestes sintomas, tornando mais fácil ficar sem a droga. Outros atuam substituindo os efeitos das drogas e assim evitando a manifestação da síndrome de abstinência, como por exemplo o uso de adesivos de nicotina para manter os níveis plasmáticos desta substância.

Permanecer em tratamento – Alguns medicamentos são usados para auxiliar o cérebro a se adaptar gradualmente à ausência da droga. Essas medicações agem diminuindo o *craving* ou diminuindo as propriedades reforçadoras das drogas. Elas podem ajudar os pacientes a acompanhar a psicoterapia minimizando os efeitos da urgência em usar a droga e a compreender as mudanças que ocorreram e as que devem ainda ocorrer no seu sistema nervoso central.

Prevenção da recaída – A ciência tem demonstrado que o

estresse, as pistas relacionadas à droga e a exposição às drogas acionam o gatilho da recaída. Alguns medicamentos ajudam a enfrentar essas situações e ajudam a remodelar o aprendizado sem a droga. Muitas substâncias estão sendo investigadas para esse propósito.

A psicoterapia da adição ajuda os pacientes a modificar seus comportamentos e atitudes em relação às drogas e promove o treinamento de habilidades para enfrentar situações estressantes e as pistas ou estímulos relacionados à droga que podem desencadear o *craving* ou compulsão pela droga levando à recaída. A psicoterapia também aumenta a aderência à medicação e ajuda os pacientes a permanecer em tratamento por períodos mais longos.

Os princípios das psicoterapias que funcionam incluem:

- Aumentar o valor da saliência de reforçadores naturais (inclusive suporte social);
- Fortalecer o controle inibitório e a função executora;
- Diminuir respostas condicionadas através de monitoramento e enfrentamento.

As principais modalidades de psicoterapia que funcionam baseadas em evidências científicas são:

Terapia cognitiva comportamental - objetiva ajudar o paciente a reconhecer, evitar e enfrentar as situações nas quais provavelmente ele usaria as drogas.

Terapia com incentivos motivacionais – utiliza reforços positivos, como fornecer recompensas (até em dinheiro) ou privilégios, para se manter sem droga, para frequentar e participar de sessões de aconselhamento ou para tomar os medicamentos como foram prescritos.

Entrevista motivacional - emprega estratégias para evocar rápidas mudanças de comportamento motivadas internamente para parar de usar a droga e para facilitar a entrada num tratamento mais prolongado.

Terapia de grupo - ajuda os pacientes a encarar seu abuso de droga de maneira realística, identificando-se com outros usuários e percebendo os problemas enfrentados por ele e pelos outros participantes. Os pacientes aprendem com a experiência dos outros, formas de resolver seus problemas emocionais e interpessoais.

Funciona como uma rede de apoio e para alguns pacientes promove a continuidade da abstinência.

Nenhuma destas modalidades psicoterapêuticas nem tampouco as medicações auxiliares funcionam para todos os indivíduos e de maneira totalmente eficiente. O importante é garantir diferentes abordagens terapêuticas para que os diferentes indivíduos se adaptem e usufruam delas. Além disso, o tema não está elucidado ainda, e assim novas abordagens devem ser investigadas e incentivadas para que o problema das drogas tenha resolutividade num futuro próximo.

Por enquanto, a melhor estratégia é a PREVENÇÃO.

PREVENÇÃO

Níveis de prevenção

Em geral, os usuários de substâncias psicotrópicas procuram, ou são encaminhados aos serviços especializados já em uma fase muito grave do distúrbio (FORMIGONI, 1992), assim a detecção precoce do uso dessas substâncias e suas conseqüências, tem sido de grande importância para se fazer uma intervenção nas fases iniciais do problema, melhorando muito o prognóstico (JEKEL et al., 1996; RUBIN, 1996; WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002).

Alguns pacientes também distorcem as informações referentes ao uso de drogas por terem vergonha e medo da estigmatização levando os usuários a evitar o tratamento formal com medo que as informações interfiram no emprego e no relacionamento familiar e com amigos, e, por esse motivo, nem todos os que precisam de tratamento realmente querem enfrentar isso (MCLELLAN; MEYERS, 2004). Isto pode levar a omissões de informações sobre condições médicas e/ou psiquiátricas, potencializando complicações cirúrgicas, sintomas de síndrome de abstinência, interações com outros medicamentos e a perda de oportunidades para prevenção, incluindo intervenções durante a gestação para prevenir efeitos danosos para o feto. É muito freqüente o paciente estar sendo tratado de um problema médico geral sem que tenha sido reconhecido ou detectado o problema real de base, ou seja, o uso inadequado de drogas, principalmente entre os pacientes mais velhos (ENOCH; GOLDMAN, 2002), e assim, muitas pessoas que necessitam de cuidado para os problemas com álcool e outras drogas acabariam por não receber o cuidado específico para o problema (HARWOOD et al., 2001; WOODWARD et al. 1997). Acrescenta-se a isso, o fato de muitos usuários de drogas apresentarem comorbidades psiquiátricas importantes, como a ocorrência de transtornos de ansiedade e do humor e de transtornos de personalidade, que complicam muito a abordagem terapêutica e o seu sucesso (KESSELER et al., 1997).

Historicamente, ações preventivas foram praticadas através de métodos mágicos e empíricos em várias sociedades, tanto espontaneamente pela população em geral como através da

recomendação dos responsáveis pela saúde. Entretanto, o conceito científico de intervenção preventiva foi desenvolvido como resultado de avanços no conhecimento médico tendo-se por base a descoberta de agentes etiológicos específicos e de imunizadores (BUCHER, 1995).

A prevenção na área de drogas visa a adoção de uma atitude responsável fundamentada no conhecimento científico com relação aos psicotrópicos. O objetivo último da prevenção, no campo dos problemas relacionados ao consumo de drogas psicotrópicas, é procurar que pessoas de uma dada população não abusem de drogas e, conseqüentemente, não causem danos a si mesmas e à sociedade nas mais diferentes esferas de interação (CARLINI et al., 1990). Adotar medidas preventivas também pode encorajar o paciente a procurar um tratamento específico que normalmente é mais efetivo quando é mais precoce (BABOR et al., 2004).

A modificação de comportamentos alcançada com medidas de prevenção pode trazer benefícios não só para a saúde das pessoas, mas também economizar gastos para a sociedade (BERLINGUER, 1996), como por exemplo, no setor de saúde os custos decorrentes do uso indevido de substâncias no Brasil ocupam 7,9% do PIB por ano (28 bilhões de dólares). Somente entre 1995 e 1997 foram gastos mais de 310 milhões de reais em interações decorrentes do uso abusivo e da dependência de drogas (www.universoespirita.org.br/campanhas/Custos%20sociais.htm, acessado em 06/02/2006).

No Brasil, durante muitos anos, havia uma clara separação entre as ações preventivas e as ações curativas. A nova legislação é muito clara na definição: não deve mais haver essa separação; as ações de caráter individual e coletivo devem ser financiadas e estar articuladas no mesmo sistema, gerando atendimento da demanda espontânea da população, sem que sejam esquecidos os programas pré-estruturados para atender às necessidades epidemiologicamente definidas pelo gestor do serviço de saúde. O atendimento segundo a diretriz da integralidade também pressupõe acesso a serviços de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema, e considera o indivíduo na sua totalidade, respeitando as peculiaridades individuais e coletivas (RONZANI et al., 2005).

Segundo BABOR et al. (2004), há várias maneiras de promover comportamentos saudáveis e um dos direcionamentos é a implantação de serviços preventivos em locais de cuidado à saúde.

Aos pacientes que visitam os locais de atenção primária à saúde dever-se-iam oferecer oportunidades para identificação do uso de álcool e drogas e promover a cessação ou estabilização dos problemas decorrentes deste uso e direcionar para o tratamento especializado somente aqueles que necessitassem de cuidados mais intensivos (DUSZYNSKI et al., 1995). Assim, a detecção precoce do uso de substâncias e suas conseqüências, tem sido sugerida como de grande importância para se intervir nas fases iniciais do problema, melhorando muito o prognóstico (JEKEL et al., 1996; WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002; STEWART; CONNORS, 2004/2005).

Segundo RONZANI et al., 2005, as ações preventivas podem ocorrer em momentos diferentes na história da doença, o que permite sua classificação em prevenção primordial, primária, secundária e terciária.

A prevenção primordial objetiva evitar a instalação dos fatores de risco, que variam muito de acordo com a cultura de um povo ou de um grupo de indivíduos.

Prevenção primária visa evitar a instalação da doença (RONZANI et al., 2005;), no domínio das substâncias psicoativas, o objetivo é impedir que se produza um consumo problemático antes mesmo do primeiro uso. Pode-se incluir nesse nível de prevenção, a educação para a promoção da saúde, a informação sobre as drogas e as conseqüências do seu uso e as medidas sociais e legais para efetivar essas ações (LIMA; AZEVEDO, 2006).

A prevenção secundária visa detectar e intervir precocemente na doença, faz parte deste nível de intervenção uma variedade de técnicas: aquisição de conhecimento mais adequado a respeito das drogas que o indivíduo está usando e dos seus problemas decorrentes; conscientização da pessoa em relação ao seu comportamento de risco, às suas reações para as diversas circunstâncias e ao significado que a droga ocupa em sua vida (IMESC, 2006). Caracteriza-se por ser um prolongamento da prevenção primária, quando essa não atingiu os objetivos propostos. No âmbito da questão do uso indevido de drogas, trata-se, portanto, de intervenções que tem como objetivo principal reduzir danos e evitar que um quadro de dependência se estabeleça (SENAD, 2006).

Prevenção terciária, é a reabilitação e o tratamento das complicações no indivíduo já doente (IMESC, 2006). Consiste em quaisquer atos destinados a diminuir a prevalência das incapacidades crônicas numa população, reduzindo ao mínimo as deficiências

funcionais consecutivas à doença. Aplicada ao universo do uso indevido de drogas, seu objetivo principal é evitar a recaída e promover a reinserção social dos indivíduos que se encontram numa perspectiva de dependência. Isto é, atua no sentido de possibilitar ao indivíduo uma reintegração no contexto social, na família e no trabalho, contemplando todas as etapas do tratamento (antes, durante e depois) (SENAD, 2006).

A importância da prevenção: a prevenção na e pela sociedade

A prevenção é dividida em diferentes níveis de ação. Chamamos de prevenção primária o conjunto de ações que visam impedir a experimentação das drogas. A partir dessa etapa, deve-se tentar impedir que a mesma continue, ou se necessário que haja encaminhamento a um profissional - essa etapa é denominada prevenção secundária. A prevenção terciária se caracteriza quando são feitas intervenções que visam a melhora do paciente, já em caso avançado de uso (RAMOS; BERTOLOTTI 1997). Semelhantes a essa classificação têm os programas universais, ou seja, dirigidas à população em geral; os seletivos, ou seja, dirigidos a um grupo de alto risco ou a subgrupos da população em geral e os indicados, ou seja, planejados para indivíduos que já experimentaram drogas ou que exibem outros comportamentos de risco (NICASTRI, 2001). Exemplificando: se aplicarmos um programa na escola dirigido a todos os alunos, este se classificaria como universal. Se direcionarmos a um subgrupo seletivo (como filhos de pais usuários ou alunos com baixo rendimento), teremos um programa seletivo, mas se aplicarmos esse programa a alunos que se envolveram em acidentes relacionados ao uso de substâncias, teríamos então um programa indicado.

A prevenção ao uso indevido de drogas, dentro do contexto mais amplo da valorização da vida e da pessoa humana, se deixa conceber de várias maneiras. Sanitarista pensa em termos epidemiológicos ou de saúde pública, jurista em medidas legais ou punitivas, a economista em medidas visando à redução da oferta ou da demanda, a intelectual pensa na liberação dos costumes acompanhada pela responsabilização de cada um, a religiosa na renúncia em prol de valores “superiores”, a moralista na pregação da abstinência em benefício do “bem” coletivo, a educadora em informações integrando o *currículo* habitual de formação do aluno, a psicológica em mensagens capazes de induzir mudanças de atitudes,

etc. (SHINYASHIKI, 1992).

Para que um programa de prevenção seja bem sucedido é necessário que atenda aos valores humanos, levando em conta características psicológicas e sociais do público alvo, e se tenha definido o que se quer prevenir ou remediar. Também é necessário que esse programa não seja muito técnico – apenas operacional – mas que tenha maleabilidade. O referencial científico é importante, para que se possa ter credibilidade em relação ao público alvo, mas esse conhecimento não pode servir como instrumento para manipulação do executor do programa sobre o público-alvo. Atitudes de repressão e confinamento em manicômios demonstram falta de competência intelectual e não produzem efeitos desejados.

Efetuar projetos de prevenção às drogas requer muita habilidade, pois são muito complexos, é necessário levar em conta a relação entre o sujeito – personalidade, valores e crenças – a droga – efeitos no organismo e o contexto sócio cultural e não apenas os dados epidemiológicos – o que seria uma grande ingenuidade – (BUCHER, 1995; SHINYASHIKI, 1992).

A prevenção, segundo as novas tendências, deve focar a informação como um meio de resgatar, principalmente, a auto-estima, a auto-realização e a valorização da vida, formando jovens para construir atitudes e valores construtivos, encorajando o desenvolvimento de sua personalidade, da sua identidade sexual e social, de sua criatividade e valores filosóficos (APA, 1995).

A nova prevenção, para ser eficaz, deve utilizar estratégias integradas que harmonizam as diversas medidas de prevenção, que sejam atrativas e positivas.

É fundamental que ocorram mudanças no enfoque da prevenção e que o Brasil recupere o tempo desenvolvendo programas voltados ao adolescente e não às drogas (APA, 1995).

Na abordagem interacionista o enfoque central é o indivíduo, suas ações e seus aspectos genéticos. O indivíduo adquire sua personalidade constantemente, e ela não é imutável. Sua maneira de agir diante de situações é diferente de indivíduo para indivíduo, quanto maior a sua autonomia, maior a sua capacidade de agir diante de situações do seu dia-a-dia. A droga sozinha não causa danos, mas sim a relação entre ela, o indivíduo e o meio.

Princípios básicos de prevenção do uso de substâncias

1. Devem ser planejados para facilitar os fatores de proteção e reverter ou reduzir fatores de risco conhecidos;
2. Devem dirigir-se a todas as formas de drogas de abuso (incluindo álcool, tabaco, maconha e solventes);
3. Devem promover habilidades sociais, além de atitudes contrárias às drogas;
4. Quando dirigidos ao público adolescente, devem incluir métodos interativos (como discussões em grupo), ao invés de técnicas didáticas convencionais (como palestras) isoladamente;
5. Devem incluir os pais ou responsáveis;
6. Devem ser de longo prazo;
7. Quando dirigidos à família, tem maior impacto do que estratégias voltadas aos pais ou jovens isoladamente;
8. Devem fortalecer as normas sociais contra o uso de drogas em diversos contextos, tais como a família, a escola e a comunidade;
9. Devem ser adaptados para atender à natureza específica do problema com drogas da comunidade local;
10. Devem ser mais intensivos se os riscos para o uso de substâncias for mais elevados;
11. Devem ser específicos para as diferentes idades e culturas.

Fonte: (SLOBODA; DAVID, 1997)

Para a experimentação e dependência é necessário que o indivíduo esteja vulnerável, motivado ao uso e que fatores como baixa auto-estima, miséria, falta de habitação, entre outros colaborem. Não existe droga leve ou pesada, não existe faixa etária de segurança para o consumo, pois a droga em si, apenas colabora ou facilita a dependência. São necessários analisar quais as condições que favorecem o uso, quais as necessidades supridas pelo consumo e quais os fatores que motivam os seu uso (O MUNDO DA SAÚDE, 1999; SEIBEL;TOSCANO, 2001).

Segundo o modelo da Ecologia Humana, a valorização da vida mais ampla possível, deve ser o foco principal que norteia um programa de prevenção, independente da faixa etária a que se destina. E nesse processo podemos comparar o programa de prevenção às drogas com a ecologia, no caso humana. Assim como ocorre a poluição ambiental na natureza provocada pela ação destrutiva do homem, temos a poluição mental provocada pelo uso das drogas, portanto é necessário que as intervenções feitas ao usuário sejam conscientes e baseadas na reflexão ética sobre os valores humanos. Com a evolução tecnológica, depois da revolução industrial, o homem passou a produzir mais e melhorar cada vez mais sua obra, substituindo, sempre que possível, o trabalho braçal pelo mecânico e nesse processo esqueceu de pensar em si mesmo – deixou de querer e passou a executar suas tarefas e “obrigações”, tornando-se um escravo de seu próprio trabalho, sendo controlado por ele. Hoje podemos perceber o homem em crise, privado de sua intimidade e de seus valores secretos e sagrados, lutando pela sobrevivência, comprometendo sua saúde e a comunicação entre os homens, agredindo seu ecossistema e sua própria vida, um dos exemplos dessa agressão é a utilização das drogas. No entanto não adianta condenar a sociedade moderna ou mudar radicalmente sua posição em relação à vida, é necessário que ocorra um equilíbrio adquirido através de uma postura realista e construtiva. É necessário que se resgate a realização pessoal, abandonado pela luta pelo progresso (SWADI, 1999, 1996). A abordagem preventiva deve, no entanto, focar principalmente a valorização da vida, em parceria com a produtividade tecnológica e a criatividade artesanal ou ainda da valorização da verdade científica com a verdade existencial – para que a liberdade de opção de cada um (em particular do jovem) não seja manipulada pelo homem. Segundo Weber se fazem necessárias novas formas de encantamento pelo mundo e conseqüentemente pela vida, pela vida moderna, sustentada pelo tripé, proposto por Weber: ciência, arte e princípios éticos. Porém nesse processo a instrumentalização deve fazer parte da vida e não dominá-la (BUCHER, 1995; SHINYASHIKI, 1992; RAMOS; BERTOLOTE, 1997).

Utilizando o modelo de liberdade no processo educacional para a prevenção ao uso indevido de drogas, poderemos encontrar profissionais envolvidos e conscientes de seu papel, retomando, quem sabe, à educação afetiva, filosófica e valorativa, substituindo a mera transmissão de conteúdos (O MUNDO DA SAÚDE, 1999).

Os modelos de prevenção calçados nos modelos jurídicos,

moral, e de saúde pública foram utilizados no Brasil, por um longo período, e baseavam-se no “combate” às drogas, como uma luta contra a droga, como objeto; para isso utilizava técnicas de abordagem repressiva e calçada na pedagogia do terror, ou seja, quanto mais se puder assustar ou mostrar imagens de pessoas morrendo, se injetando ou deploradas pelo consumo, melhor. O combate só era feito às drogas ilícitas e as leis decorrentes do uso do tráfico eram bem exploradas. A marginalização vinha, muitas vezes, associada ao consumo e tráfico. A droga era mal falada, assim como os usuários e traficantes (BUCHER, 1995; SHINYASHIKI, 1992; O MUNDO DA SAÚDE, 1999).

A importância da prevenção nos serviços de saúde: instrumentos que auxiliam na detecção dos problemas decorrentes do uso de drogas

Detectar não é o mesmo que diagnosticar. O diagnóstico serve para estabelecer definitivamente a presença de uma doença, sendo que a detecção é usada para identificar os prováveis indivíduos com um problema. A detecção, também chamada de *screening*, refere-se à aplicação de um teste em indivíduos de uma população, para estimar a probabilidade de ele ter um problema específico. As pessoas identificadas são freqüentemente encaminhadas para uma avaliação diagnóstica mais detalhada para confirmar se possui ou não o problema (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001; STEWART; CONNORS, 2004/2005).

Durante os últimos 25 anos, a prática de *screening* e de intervenção precoce na saúde pública têm ganhado popularidade nos locais médicos, em parte por causa do sucesso das ações preventivas realizadas após a detecção precoce de doenças como hipertensão, diabete, câncer cervical e fenilcetonúria. Por isso, tem aumentado o interesse na detecção de pacientes com comportamentos de risco que levam a desenvolver doenças (BABOR et al., 2004; FLEMING, 2004).

A partir de tais constatações, tem-se observado um crescente número de pesquisas em relação ao desenvolvimento de instrumentos de detecção válidos, confiáveis e de baixo custo para a realização de ações preventivas ao uso de substâncias psicotrópicas (BABOR et al., 1989; BABOR et al., 2001; GORENSTEIN et al., 2000; RIBEIRO et al., 1998a; RIBEIRO et al., 1998b; RIBEIRO, 1999; RIBEIRO et al., 2000a; RIBEIRO et al., 2000b; RIBEIRO et al., 2002).

Existem alguns instrumentos já validados no Brasil para triagem da dependência de álcool, como o CAGE³ (MASUR; MONTEIRO, 1983) e para problemas relacionados ao álcool, como o AUDIT⁴ (MÉNDEZ, 1999; MENDOZA-SASSI; BÉRIA, 2003), entre outros.

O AUDIT é um instrumento que objetiva a detecção precoce de pessoas com padrões de uso excessivo de álcool e possibilita fazer intervenções preventivas. Foi desenvolvido por um grupo internacional de pesquisadores incentivados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BABOR et al., 2001).

Existe uma vasta literatura que utiliza o AUDIT como instrumento de detecção em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), demonstrando sua aplicabilidade (BABOR et al., 2001). Esse instrumento possui níveis de sensibilidade de 87,8% para o uso nocivo de álcool, apresentando desempenho satisfatório em serviços de APS, além disso, na validação brasileira, o AUDIT apresentou uma confiabilidade satisfatória e capacidade de responder às mudanças de consumo do álcool por parte dos usuários (MÉNDEZ, 1999).

Para detecção do uso de risco e abusivo e da dependência, além do álcool, mas também de outras substâncias, a OMS e um grupo internacional de pesquisadores desenvolveram em 1997 o ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*). Esse instrumento é um questionário de triagem breve, constituído por oito questões referindo-se ao uso do álcool, tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas, inalantes, hipnóticos e sedativos, alucinógenos, opiáceos e outras drogas, assim como seus derivados. É um instrumento de fácil administração e exige pouco tempo para

-
- 3 **CAGE**: vem das siglas “**C**ut down” (diminuir - Alguma vez o (a) sr. (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?), “**A**nnoyed” (aborrecer - As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?), “**G**uilty” (culpado - O (a) sr. (a) se sente culpado (a) pela maneira com que costuma beber?, “**E**ye opened” - O (a) sr. (a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?
 - 4 **AUDIT** (*Alcohol Use Disorders Identification Test*): Instrumento que avalia o padrão de consumo e suas conseqüências nos últimos 12 meses, através de 10 questões que incluem 3 itens sobre o uso de álcool, 4 itens sobre dependência e 3 itens sobre problemas decorrentes.

ser respondido, cerca de 7 a 9 minutos no máximo (WHO ASSIST WORKING GROUP, 2002, HENRIQUE et al., 2004).

O ASSIST foi desenvolvido principalmente para ser usado pelos profissionais que trabalham em locais de APS como, por exemplo, Unidades de Saúde e ambulatórios, em suas rotinas de trabalho. Nesses locais de APS é onde acontece o primeiro contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde, gerando um fluxo grande de pessoas e possibilitando maiores chances de detecção do uso abusivo de drogas. No entanto, pode ser útil também para outros profissionais que trabalham em outros ambientes nos quais pessoas que tenham problemas relacionados ao uso de drogas tenham acesso (p.ex. escolas, empresas, presídios e outros). Nesses outros ambientes o uso do ASSIST ainda não foi validado, mas se a sua aplicação for feita dentro de um contexto de promoção da saúde ele pode apresentar a mesma utilidade. O uso de substâncias pode ser muitas vezes a causa de uma doença e o ASSIST pode ajudar a identificar e alertar as pessoas que podem estar sob risco de desenvolver problemas relacionados ao seu uso no futuro e também propicia o início de uma discussão com o paciente sobre seu uso de drogas atual (HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

A detecção do beber problemático, um fenômeno de consumo que antecede a instalação de um transtorno propriamente dita, é essencial para ações de prevenção do alcoolismo. Estudos anteriores demonstram que uma situação de beber problemático pode ser detectada em 8 a 20% dos pacientes atendidos em serviços de Atenção Primária à Saúde (RIBEIRO et al., 2001). Outros estudos demonstram que 2 a 9% desses pacientes estão no nível de abuso ou de dependência de álcool (REID et al., 1999). Além disso, a maior parte da morbidade e da mortalidade relacionada ao álcool, na população geral, incide sobre sujeitos não-dependentes, que habitualmente não chegam a procurar serviços especializados em tratamento de alcoolistas (RIBEIRO et al., 2001).

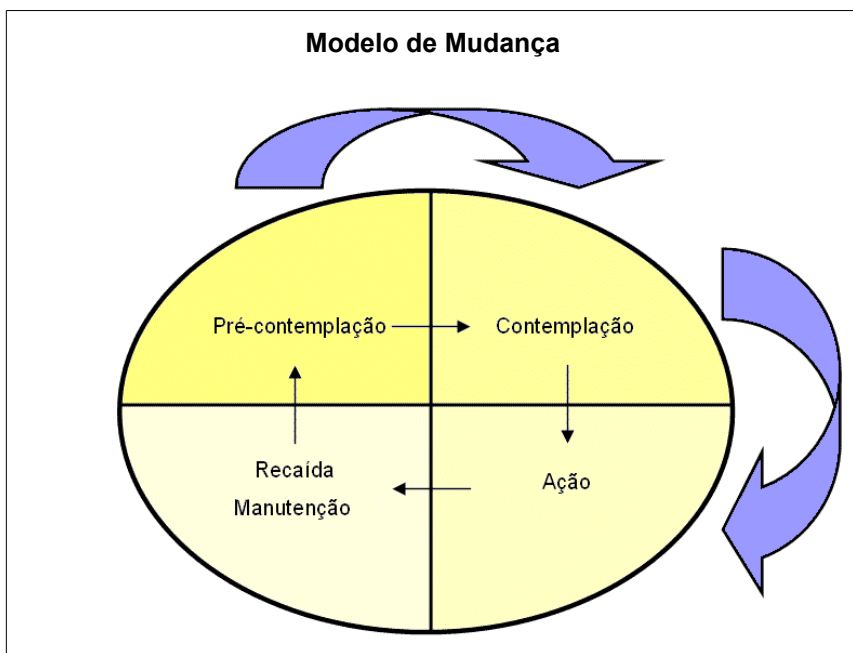
De acordo com o *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA), homens podem estar sob risco de desenvolverem problemas relacionados com o uso de álcool, se o consumo exceder 14 doses por semana ou quatro doses por dia e mulheres, sete doses por semana ou três doses por dia (NIAAA, 2003). Em um estudo, 20% dos pacientes de locais de APS reportaram níveis de consumo que excederam essas quantidades. Além disto, 35% dos homens e 16% das mulheres que participaram desse estudo reportaram intoxicação aguda (embriagues) durante os

90 dias antes da detecção (FLEMING et al., 1998).

Juntamente com instrumentos validados e adequados de detecção para álcool e outras drogas, procura-se desenvolver estratégias terapêuticas simples, acessíveis a profissionais de diversas formações. A Intervenção Breve (IB) surgiu como uma alternativa, podendo ser utilizada por diferentes profissionais, despendendo pouco tempo, tanto no atendimento quanto no número de sessões necessárias para finalizar o processo. Estudos anteriores sugerem que a efetividade da IB é superior a outras intervenções que demandam maior tempo, principalmente para o uso de álcool (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001; FORMIGONI, 1992).

O ASSIST pode ser associado a uma IB, que consiste em uma orientação baseada na entrevista motivacional, com duração de 5 a 30 minutos, para ajudar usuários de risco a diminuir ou parar seu uso de drogas e então evitar os danos conseqüentes deste uso. A IB objetiva convencer o indivíduo que seu uso da substância está colocando-o em risco de saúde, social e/ou financeiro e o encoraja a reduzir ou parar o uso da droga, imediatamente após a identificação dos seus problemas atuais ou potenciais decorrentes desse uso (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001). As IBs devem ser personalizadas e oferecidas na forma de apoio, sem pré-julgamento do usuário.

A entrevista motivacional, na qual a IB está baseada, é uma interação do tipo diretiva, centrada no indivíduo e que objetiva em primeiro lugar identificar o estágio de comportamento no qual ele se encontra, de acordo com o modelo de mudança proposto por Prochaska e DiClemente, para ajudá-lo a explorar e a resolver suas ambivalências sobre seu uso da substância e mover-se através dos estágios de comportamento. Estes estágios propostos no modelo são: pré-contemplanção, contemplanção, ação e manutenção, sendo que de acordo com as características específicas apresentadas pelo indivíduo ele será enquadrado em um dos estágios. Esse modelo é especialmente útil quando se trabalha com indivíduos nos estágios de pré-contemplanção e contemplanção, mas os princípios e as habilidades são importantes em todos os estágios (MILLER; ROLLNICK, 2002; MILLER; SANCHEZ, 1993; MILLER et al., 1992; PROCHASKA et al., 1992).



Modelo de mudança proposto por Prochaska e DiClemente (PROCHASKA e DICLEMENTE, 1992). Fonte: MILLER e ROLLNICK, 2002.

Existem evidências substanciais dos benefícios da utilização de instrumentos de detecção e IB em serviços de APS em países como os Estados Unidos, Inglaterra e Espanha (BIEN et al., 1993; HEATHER, 1996; WHO BRIEF INTERVENTION STUDY GROUP, 1996; SENFT et al., 1997; CORDOBA et al., 1998; MAISTO et al., 2001; MILLER; WILLBOURNE, 2002). Além disto, a eficácia das IBs, particularmente nos serviços de APS, tem sido sustentada por inúmeros estudos, revisões sistemáticas e meta-análises (BALLESTEROS et al., 2004; D'ONOFRIO; DEGUTIS, 2002; MOYER et al., 2001; WHITLOCK et al., 2004).

Senft et al. em 1997, observaram uma redução da frequência do consumo de álcool em um período de 6 a 12 meses em bebedores problemáticos, com idade média de 42 anos, que receberam a IB por quinze minutos e materiais explicativos em serviços de APS. O WHO *Brief Intervention Study Group* em 1996, demonstrou também que 5 minutos de simples aconselhamento foram tão efetivos quanto 20

minutos, com usuários de álcool. Além disso, a IB tem se mostrado uma forma efetiva em relação ao custo para a redução do consumo de álcool e problemas associados (FLEMING et al., 2000; WUTZKE et al., 2001).

Uma revisão reportou que a existência de intervenção fez com que o consumo de álcool fosse reduzido em 34% dos participantes do estudo (USPSTF, 2004). E ainda, uma recente meta-análise concluiu que intervenções breves podem reduzir taxas de mortalidade entre bebedores problemáticos numa estimativa de 23 a 26% (CUIJPERS et al., 2004).

Pesquisas sugerem que a IB pode ser efetiva em serviços de APS para a redução do uso de outras drogas que não o álcool, se uma intervenção culturalmente apropriada for desenvolvida. Embora haja uma escassez de estudos analisando a eficácia da IB para outras drogas que não o álcool ou tabaco (DUNN et al., 2001), alguns resultados sugerem que a IB pode ser útil para usuários de maconha (LANG et al., 2000; STEPHENS et al., 2000; COPELAND et al., 2001; DENNIS et al., 2004), benzodiazepínicos (BASHIR et al., 1994), anfetaminas (BAKER et al., 2001), opiáceos (SAUNDERS et al., 1995), heroína (BERNSTEIN et al., 2005) e cocaína (STOTTS et al., 2001; BERNSTEIN et al., 2005).

Lang et al., em 2000, estudaram pacientes com problemas decorrentes do uso de maconha, recrutados em centros de saúde, com idade média de 29 anos. Esses pacientes receberam IB e manual de auto-ajuda. Foi observado que metade dos participantes do estudo reduziu substancialmente a frequência, assim como a quantidade de uso de maconha, numa avaliação de seguimento por telefone após 1 a 3 meses. Stephens et al. em 2000, concluíram que o uso de maconha e os problemas decorrentes desse uso foram significativamente reduzidos após um, quatro, sete, 13 e 16 meses de seguimento em relação à época da detecção em que os pacientes receberam IB. Outro estudo realizado com usuários de maconha entre 15 e 16 anos, demonstrou efetividade das intervenções para manutenção da abstinência e recuperação de adolescentes que apresentavam problemas decorrentes desse uso (DENNIS et al., 2004). Babor et al. em 2004, também reportaram a eficácia das intervenções em adultos dependentes de maconha.

Bashir et al., em 1994, estudaram pacientes com problemas de uso crônico de benzodiazepínicos que passaram por poucos minutos de aconselhamento e receberam material educativo, como parte da visita de rotina médica. Eles concluíram que

aconselhamentos breves em grupo, reduziram significativamente o uso de benzodiazepínicos, além de ter melhorado o quadro de saúde geral entre 3 e 6 meses após o início da intervenção.

Baker et al., em 2001, estudaram usuários regulares de anfetaminas, entre os quais alguns usuários de várias drogas, com idade próxima a 30 anos. Estes autores demonstraram a efetividade da intervenção através da manutenção do período de abstinência e da redução do uso de anfetaminas em pacientes que receberam IB e material de auto-ajuda.

Bernstein et al., em 2005, fizeram um estudo de pacientes usuários de cocaína e heroína, detectados em clínicas médicas de Boston, durante as consultas. Eles demonstraram que, após terem recebido a intervenção breve, os pacientes diminuíram seu uso de cocaína em 22,3%, de heroína em 40,2% e ambas as drogas em 17,4%. Stotts et al., em 2001, que também aplicaram IB em usuários de cocaína, observaram que este tipo de intervenção incentiva não apenas os pacientes a procurar tratamento, mas incentiva também aqueles pacientes em desintoxicação e tratamento a não terem recaída.

Todas essas evidências fundamentaram o estudo da Fase III do Projeto ASSIST, no qual foi avaliada a eficácia da IB aplicada imediatamente após a detecção do problema pelo ASSIST em serviços de APS em vários países (Austrália, Brasil, Estados Unidos e Índia). Esse estudo corroborou essas evidências para as drogas focalizadas: cocaína/crack, anfetaminas e opióides, sendo que no Brasil também foi focalizado o álcool, para o qual também a mesma eficácia foi observada (WHO ASSIST WORKING GROUP, 2008).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, R. N. **Psicofarmacologia Fundamentos práticos**. Guanabara Koogan, 2006.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) - **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM – IV**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4. ed. Text Revision. Washington, DC: APA, 2000.
- BABOR, T. F.; DE LA FUENTE, J. R.; SAUNDERS, J.; GRANT, M. **AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in primary health care**. WHO/MNH/DAT/89.4, World Health Organization. Geneva, 1989.
- BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. **Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking: A Manual for use in Primary Care**. WHO/MSD/MSB/01.6b, World Health Organization, 2001.
- BABOR, T. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. C.; SAUNDERS, J.; MONTEIRO, M. **AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for use in Primary Care**. 2.ed. WHO/MSD/MSB/01.6, World Health Organization, Geneva, 2001.
- BABOR, T. F.; CARROLL, K.; CHRISTIANSEN, K.; DONALDSON, J.; HERRELL, J.; KADDEN, R.; LITT, M.; MCREE, B.; MILLER, M.; ROFFMAN, R.; SOLOWJI, N.; STEINBERG, K.; STEPHENS, R.; VENDETTI, J. Brief Treatments for Cannabis Dependence: Findings From a Randomized Multisite Trial. **Journal of Consulting and Clinical Psychology** 72, p. 455 – 466, 2004.
- BAKER, A.; BOGGS, T. G.; LEWIN, T. J. Randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions among regular users of amphetamine. **Addiction** 96, p. 1279 – 1287, 2001.
- BALLESTEROS, J.; DUFFY, J. C.; QUEREJETA, I.; ARINO, J.; GONZÁLEZ-PINTO, A. Efficacy of Brief Interventions for Hazardous Drinkers in Primary Care: Systematic Review and Meta-Analyses. **Alcohol Clinical and Experimental Research** 28, p. 608 – 618, 2004.
- BASHIR, K.; KING, M.; ASHWORTH, M. Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. **British Journal of General Practice** 44, p. 408 – 412, 1994.

BERLINGUER, G. Ética da prevenção. Em: **Ética da saúde**. 1.ed. São Paulo: Hucitec, 1996.

BERNSTEIN, J.; BERNSTEIN, E.; TASSIOPOULOS, K.; HEEREN, T.; LEVENSON, S.; HINGSON, R. Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. **Drug and Alcohol Dependence** 77, p. 49 – 59, 2005.

BIEN, T. H.; MILLER, W. R.; TONIGAN, S. Brief intervention for alcohol problems: A review. **Addiction** 88, p. 315 – 336, 1993.

BUCHER, R. **Prevenindo contra as drogas e DST/AIDS: populações em situação de risco**. Ministério da Saúde, Brasília, 1995.

CARLEZON Jr W.A.; DUMAN R.S.; NESTLER R.J. The many faces of CREB. **Trends in neurosciences** 8(4), p. 436-445, 2005

CARLINI EA, CARLINI-COTRIM BHRS, SILVA FILHO AR. **Sugestões para programas de prevenção ao abuso de drogas no Brasil**. EMP/CEBRID, São Paulo, 1990.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A. I **Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**. Centro Brasileiro de informações sobre drogas (CEBRID)/Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), 2002.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; et al. II **Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo** as 108 maiores cidades do país – 2005 / Supervisão E. A. Carlini; Coordenação Jose Carlos F. Galduroz; Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), 2007.

COPELAND, J.; SWIFT, W.; ROFFMAN, R.; STEPHENS, R. A randomised controlled trial of brief cognitive-behavioural interventions for cannabis use disorder. **Journal of Substance Abuse Treatment** 21, p. 55 – 64, 2001.

CORDOBA, R.; DELGADO, M. T.; PICO, V.; ALTISENT, R.; FORES, D.; MONREAL, A.; FRISAS, O.; LOPEZ DEL VAL, A. Effectiveness of brief intervention on non-dependent alcohol drinkers (EBIAL): a Spanish multi-centre study. **Family Practice** 15(6), p. 562 – 588, 1998.

CUIJPERS, P.; RIPER, H.; LEMMERS, L. The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: A meta-analysis. **Addiction** 99, p 839 – 845, 2004.

Custos sociais decorrentes do uso abusivo de drogas. Disponível em www.universoespirita.org.br/campanhas/Custos%20sociais.htm.

Acesso em 06/02/2006.

CHALOUT, L. The organic solvents. **Canadian Psychiatric Association Journal** 16(2): p.157-60, 1971.

CHOU, I.; NARASIMHAM, K. Neurobiology of addiction. **Nature neuroscience**. 8(11), p. 1427, 2005.

DENNIS, M.; GODLEY, S. H.; DIAMOND, G.; TIMS, F. M.; BABOR, T.; DONALDSON, J.; LIDDLE, H.; TITUS, J. C.; KAMINER, Y.; WEBB, C.; HAMILTON, N.; FUNK, R. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study: Main findings from two randomized trials. **Journal of Substance Abuse Treatment** 27, p. 197 – 213, 2004.

D'ONOFRIO, G.; DEGUTIS, L. C. Preventive care in the emergency department: Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: A systematic review. **Academy of Emergency Medicine** 9, p. 627 – 638, 2002.

DUNN, C.; DEROO, L.; RIVARA, F. P. The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioural domains: a systematic review. **Addiction**, 96, p. 1725 – 1742, 2001.

DUSZYNSKI K, NIETO F, VALENTE C. Reported practices, attitudes and confidence levels of primary care physicians regarding patients who abuse alcohol and other drugs. **Maryland Medical Journal** 44, p. 193-202, 1995.

ENOCH MA, GOLDMAN D. Problem drinking and alcoholism: diagnosis and treatment. **American Family Physician** 65, p. 441- 448, 2004.

FLEMING, M. F.; MANWELL, L. B.; BARRY, K. L.; JOHNSON, K. At-risk drinking in an HMO primary care sample: Prevalence and health policy implications. **American Journal of Public Health** 88 (1), p. 90 – 93, 1998.

FLEMING, M. F.; MUNDT, M. P.; FRENCH, M. T.; MANWELL, L. B.; STAUFFACHER, E. A.; BARRY, K. L. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. **Medical Care**, 38(1), p. 7 – 18, 2000.

FLEMING, M. F. Screening and Brief Intervention in Primary Care Settings. **Alcohol Research & Health** 28, p. 57 – 62, 2004.

FORMIGONI, M. L. O. S. **A Intervenção Breve na Dependência de Drogas. A Experiência Brasileira**. Contexto, São Paulo, 1992.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. **IV Levantamento de uso de drogas psicotrópicas em estudantes brasileiros – 1997**. CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 1997.

GALDURÓZ, J. C. F.; CARLINI, E. A.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A. **I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do estado de São Paulo** – São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2000.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A.; CARLINI, E. A. First household survey on drug abuse in São Paulo, Brazil, 1999: principal findings. **São Paulo Medical Journal** 121(6), p. 231 – 237, 2003.

GALDURÓZ JCF, NOTO AR, FONSECA AM, CARLINI EA. **V levantamento sobre o uso de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2004**. CEBRID/Escola Paulista de Medicina; São Paulo. 2004.

GONÇALVES, P. S. **Avaliação das Barreiras para Implementação do Projeto Detecção Precoce e Intervenção Breve para o Uso de Risco de Drogas na Atenção Primária à Saúde em Curitiba – PR**. 74f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia) – Setor de Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2005.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. H. S. G.; ZUARDI, A. W. **Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Farmacologia**. São Paulo, Lemos, 2000.

HEATHER, N. The Public Health and Brief Intervention for excessive alcohol consumption: the British experience. **Addictive Behaviours** 21, p. 857 – 868, 1996.

HENRIQUE, I. F. S.; MICHELI, D.; LACERDA, R. B.; LACERDA, L. A.; FORMIGONI, M. L. O. S. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**. 50(2), p. 1-8, 2004.

HUMENIUK, R.; POZNYAK, V. **ASSIST Teste de triagem para álcool, tabaco e substâncias: guia para uso na atenção primária à saúde: Versão preliminar 1.1 / Rachel Humeniuk; Vladimir Poznyak; tradução Telmo Mota Ronzani; supervisão da tradução Maria Lucia O. Souza Formigoni, Roseli Boerngen de Lacerda; revisão Úrsula Bueno do Prado Guirro**. São Paulo: OMS, 60p, 2004.

IMESC. **Info Drogas**. Disponível em <http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/tipoprev.htm>. Acesso em 11/05/2006.

JEKEL, J. F.; ELMORE, J. G.; KATZ, D. L. **Epidemiology, Biostatistics and Preventive Medicine**. Philadelphia, Saunders, 1996.

KESSELER RC, CRUM RM, WARNER LA, NELSON CB, SCHULENBERG J, ANTHONY JC. Lifetime co- occurrence of DSM-III alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity y survey. **Archives General Psychiatry** 54, p. 313-321, 1997.

KOOB GF, SANNA PP, BLOOM FE. **Neuroscience of addiction. Neuron** 21(3): p. 467-76, 1998. Disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=Search&Term=%22Sanna%20PP%22%5BAuthor%5D&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVAbstractPlusDrug s1.

LANG, E.; ENGELANDER, M.; BROOK, T. Report of an integrated brief intervention with self-defined problem cannabis users. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 19, p. 111 – 116, 2000.

LESSA, M. B. M. F. **Os paradoxos da existência na história do uso das drogas**. 1998. Disponível em www.ifen.com.br/artigos.htm. Acesso em 31/01/2006.

LIMA E, AZEVEDO RCS. **Programa de prevenção ao uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas na Unicamp**. Disponível em www.prdu.unicamp.br/vivamais/Projeto.pdf. Acesso em 11/05/2006.

MAISTO, S. E.; CONIGLIARO, J.; MCNEIL, M.; KRAEMER, K.; CONIGLIARO, R. L.; KELLEY, M. E. Effects of two types of brief intervention and readiness to change on alcohol use in hazardous drinkers. **Journal of Studies on Alcohol**, 62(5), p. 605 – 614, 2001.

MASUR, J.; MONTEIRO, M. G. Validation of the CAGE, Alcoholism Screening Test in Brazilian Psychiatric Inpatient Setting. **Brazilian Journal Medical Biology**. 16, p. 215 – 218, 1983.

MCCLUNG C.A.; ULERY P.G.; PERROTTI L.I.; ZACHARIOU V.; BERTON O.; NESTLER E.J. Áfos-B: a molecular switch fot long-term adaptation in the brain. **Molecular Brain Research** 132, p. 146-154, 2004

MCLELLAN TA, MEYERS K. Contemporary addiction treatment: a review of systems problems for adults and adolescents. **Biological Psychiatry** 56, p. 22-36, 2004.

MCLELLAN..... **Journal of American Medical Association (JAMA)** 284, p. 1689-1695, 2000.

MÉNDEZ, E. B. **Uma Versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)**. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 1999.

MENDOZA-SASSI, R. A.; BÉRIA, J. U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. **Addiction** 98, p. 799 – 804, 2003.

MILLER, W.; ZWEBEN, A.; DI CLEMENTE, C.; RYCHTARIK, R. Motivational enhancement therapy manual: A clinical resource guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. (Project MATCH Monograph Series Vol 2). Rockville Maryland: National Institute on **Alcohol Abuse and Alcoholism**, 1992.

MILLER, W.; SANCHEZ, V. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In Howard G (Ed) **Issues in alcohol use and misuse by young adults**. Notre Dame IN. University of Notre Dame Press, 1993.

MILLER, W.; ROLLNICK, S. **Motivational Interviewing**. 2. ed. Guilford Press New York and London, 2002.

MILLER, W. R.; WILBOURNE, P. L. Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders (review). **Addiction** 97(3), p. 265 – 277, 2002.

MOYER, A.; FINNEY, J. W.; SWEARINGEN, C. E. Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. **Addiction**, 97, p. 279 – 292, 2001.

NESTLER E. J.; Is there a common molecular pathway for addiction?. **Nature neuroscience** 8(11), p. 1445 – 1449, 2005.

NESTLER E.J.; BARROT M.; SELF D.W. ÅfosB: a sustained molecular switch for addiction. **PNAS** 98(20), 2001.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (NIAAA). **Helping Patients With Alcohol Problems: A Health Practitioner's Guide**. NIH Pub. n° 03 – 3769. Bethesda, MD: NIAAA, 2003.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Drugs, Brain and Behavior: The science of Addiction**. NIH Pub. n° 07 – 5605. NIDA, 2007.

O MUNDO DA SAÚDE. **Dependência química**. São Paulo, 23(1), 1999.

PROCHASKA, J. A.; DI CLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change. Applications to addictive behaviour. **American Psychology** 47, p. 1102 – 1114, 1992.

RAMOS, S. P.; BERTOLETE, J. M. **Alcoolismo Hoje**. Porto alegre, Artes Médicas, 3ª ed, 1997.

REID, M. C.; FIELLIN, D. A.; O'CONNOR, P. G. Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care. **Archives of Internal Medicine** 159 (15), p 1681 – 1689, 1999.

RIBEIRO, M. S.; TEIXEIRA, L. S.; ALVES, M. J. M.; CASTRO, L. S. Alcoolismo e MMPI: Escala de MacAndrew e perfil de personalidade. **Rev bras Neurol**, 34(5), p. 181-192, 1998a.

RIBEIRO, M. S.; TEIXEIRA, L. S.; ALVES, M. J. M.; CASTRO, L. S. Aplicabilidade e motivos de invalidação do MMPI em abusadores e dependentes de etílicos. **Rev bras Neurol** 34(6), p. 209-218, 1998b.

RIBEIRO, M. S. Alcoolismo, Personalidade e Transtornos de Personalidade: possibilidades diagnósticas e tipológicas. **Medicina** 32(Supl 1), p. 17-25, 1999.

RIBEIRO, M. S.; TEIXEIRA, L. S.; ALVES, M. J. M.; RONZANI, T. M. Construção e validação de escalas para identificação de alcoolistas derivadas do MMPI. **Rev bras Neurol** 36(2), p. 57-66, 2000a.

RIBEIRO, M. S.; TEIXEIRA, L. S.; ALVES, M. J. M.; RONZANI, T. M. Desenvolvimento e validação de instrumentos de rastreamento de alcoolistas a partir de dados de personalidade: resultados preliminares. **Rev bras Neurol**, 36(4), p. 119-125, 2000b.

RIBEIRO, M. S.; ALVES, M. J. M.; FREITAS, P. S. C.; MARRA, A. C.; MENDONÇA, E. B.; LINHARES, F. F.; CRESPO, F. L. **Validação de Instrumentos de Rastreamento e Estudo da Prevalência do Alcoolismo no Hospital Geral**. Relatório final do Programa de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC/CNPq, 2001.

RIBEIRO, M. S.; TEIXEIRA, L. S.; ALVES, M. J. M.; RONZANI, T. M. A utilidade de escalas derivadas de instrumento de avaliação de personalidade na identificação do uso disfuncional de substâncias psicoativas. **HU-Rev**, 26(2/3), p. 253-258, 2002.

RONZANI, T.M.; RIBEIRO, M.S.; AMARAL, M.B.; FORMIGONI, M.L.O.S. Implementação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. **Cad Saúde Pública**, v.21, p.109-118, 2005.

RUBIN, R. H. **Medicine in Primary Care Approach**. Philadelphia, Saunders, 1996.

SAUNDERS, B.; WILKINSON, C.; PHILLIPS, M. The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a methadone programme. **Addiction** 90, p. 415 – 424, 1995.

SEIBEL, S. D.; TOSCANO, A. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SENAD. **Prevenção - Prioridades na área de prevenção**. Disponível em www.senad.gov.br/paginas/prevencao.htm. Acesso em 11/05/2006.

SENFT, R. A.; POLEN, M. R.; FREEBORN, D. K.; HOLLIS, J. F. Brief Intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. **American Journal of Preventive Medicine**. 13(6), p. 464 – 470, 1997.

SHAHAM Y.; HOPE B. T. The role of neuroadaptations in relapse to drug seeking. **Nature neuroscience** 8(11), p. 1437 – 1439, 2005.

SHINYASHIKI, R. **Pais e filhos, companheiros de viagem**. São Paulo: Gente, 1992.

SLOBODA Z; DAVID S. L. **Preventing drug use among children and adolescent: research- based guide**. National Institute on Drug Abuse – NIDA, National Institutes of Health , n. 99, 1997.

STEPHENS, R. S.; ROFFMAN, R. A.; CURTIN, L. Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 68(5), p. 898 – 908, 2000.

STEWART, S. H.; CONNORS, G. J. Screening for Alcohol Problems: What Makes a Test Effective? **Alcohol Research e Health**. vol. 28, nº 1, p. 5 – 16, 2004 / 2005.

STOTTS, A. L.; SCHMITZ, J. M.; RHOADES, H. M.; GRABOWSKI, J. Motivational Interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 69(5), p. 858 – 862, 2001.

SWADI, H. Individual risk factors for adolescent substance use. **Drug Alcohol Dependence** 55 (3): p 209-224, 1999.

TIBA, I. **Anjos Caídos: Como prevenir e eliminar as drogas na vida do adolescente**. São Paulo: Gente, 1999.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL DRUG CONTROL PROGRAM – 1997. **World Drug Report**. New York: Oxford University Press, 1997.

U. S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: Recommendation statement. **Annals of Internal Medicine**, 140 (7), 557 – 568, 2004.

WHITLOCK, E. P.; POLEN, M. R.; GREEN, C. A. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: A summary of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. **Annals of Internal Medicine**, 140, 557 – 568, 2004.

WHO BRIEF INTERVENTION STUDY GROUP. A randomised cross-national clinical trial of brief interventions with heavy drinkers. **American Journal of Public Health**, 86(7), p. 948 – 955, 1996.

WHO ASSIST WORKING GROUP - Ali, R.; Awwad, E.; Babor, T.; Bradley, F.; Butau, T.; Farrell, M.; Formigoni, M.L.S.O.; Isralowitz R.; Boerngen-Lacerda, R.; Marsden, B.M.; McRee, B.; Monteiro, M.; Pal, H.; Rubio-Stipec M. & Vendetti, J.. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. **Addiction** 97, p. 1183 – 1194, 2002.

WHO ASSIST WORKING GROUP - Humeniuk, R.; Ali, R.; Babor, T.; Farrell, M.; Formigoni, M.L.S.O.; Jittiwutikarn, J.; Boerngen-Lacerda, R.; Ling, W.; Marsden, J.M.; Monteiro, M.; Nhiwatiwa, S.; Pal, H.; Poznyak, V.; Simon, S. Validation of the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Addiction*, 2008 (in press).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Environmental Health Technology and Support**. Geneva, 280 p, 1981.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**. Tenth Revision. Geneva, Switzerland: WHO, 1993.

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). **The World Health Report 2002. Reducing Risks, promoting healthy life**. WHO. Geneva, 2002.

WOODDWARD A, EPSTEIN J, GFROERE J, MELNICK D, THORESON R, WILSON D. The drug abuse treatment gap: recent estimates. **Health Care Financial Review** 18(3), p. 5-17, 1997.

WUTZKE, S. E.; SHIELL, A.; GOMEL, M. K.; CONIGRAVE, K. M. Cost effectiveness of brief interventions for reducing alcohol consumption. **Social Science & Medicine**, 52(6), p. 863 – 870, 2001.

DROGADIÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

UM DESAFIO DE GESTÃO E DE ATENÇÃO INTEGRAL

*Cristiane Honório Venetikides
Júlia Valéria Ferreira Cordellini**

“Ao percorrermos a história da civilização, encontramos a presença de drogas desde os primórdios da humanidade, inseridas nos mais diversos contextos: social, econômico, medicinal, religioso, ritual, cultural, psicológico, estético, climatológico e mesmo militar. O consumo de drogas deve, portanto, ser considerado como um fenômeno especificamente humano, isto é, um fenômeno cultural: não há sociedade que não tenha as suas drogas, recorrendo a seu uso para finalidades diferentes, em conformidade com o campo de atividades no qual se insere.”

Richard Bucher

* Cristiane Honório Venetikides: Coordenadora Municipal do Programa de Saúde Mental de Curitiba; Psicóloga, especialista em saúde mental comunitária. Fone: (41) 3350-9325 - e-mail: cristiane@sms.curitiba.pr.gov.br

Júlia Valéria Ferreira Cordellini: Coordenadora Municipal do Programa Adolescente Saudável; Médica Pediatra, especialista em adolescência, violência doméstica e educação em saúde. Fone: (41) 3350-9436 - e-mail: adolescente@sms.curitiba.pr.gov.br

SMS - Secretaria Municipal da Saúde - Curitiba
Rua Francisco Torres, nº 830 - Ed. Laucas - Centro - Curitiba - PR
Cep 80060-130 - Fax: (41) 3350-9498

INTRODUÇÃO

Ressalta-se, ainda, que há três funções gerais, pelas quais as pessoas usam ou buscam no consumo de drogas, que vem perpassando as civilizações, quais sejam:

- 1 - Escapar à consciência de transitoriedade da existência e à angústia que isto provoca.
- 2 - Procuras de transcendência: contatos com forças sobrenaturais e experiências místicas, individuais ou coletivas.
- 3 - Busca de prazer: dominante na toxicomania moderna.

A sociedade moderna e a contemporânea vem demonstrando uma crescente preocupação, e por que não dizer uma certa sensação de pânico, em relação ao abuso de drogas ilícitas pelos jovens, e aos problemas decorrentes deste uso. Vale lembrar que o uso e abuso de drogas lícitas, como álcool, tabaco, anorexígenos, tranquilizantes, energéticos, inalantes e outras, também está carecendo de uma reflexão mais profunda, e mesmo de uma discussão mais ampliada, em vista de seu consumo inadequado em várias idades.

O comportamento dos adolescentes tem se modificado ao longo dos anos, e no cotidiano daqueles da sociedade atual, é cada vez mais freqüente a presença das drogas, lícitas e ilícitas, independente do nível sócio-econômico e educacional.

Em que pese o uso e abuso das drogas ilícitas ter íntima relação com a criminalidade, violência e o narcotráfico, o álcool é a substância mais usada entre os(as) adolescentes. Essa substância tem sido apontada como a porta de entrada para o uso das outras drogas. Apesar da legislação brasileira proibir a venda de bebidas alcoólicas para jovens menores de 18 anos, o consumo é muito freqüente em bares noturnos, festas de adolescentes, e até em ambientes domiciliares. Seu abuso tem sido apontado como a principal causa de acidentes de trânsito e brigas, tanto no ambiente familiar como social.

Atualmente observa-se que a idade de início do uso de substâncias psicoativas tem sido cada vez menor, aumentando o risco de dependência futura. Este comportamento vem demandando uma atenção preventiva e assistencial dos mais diferentes segmentos

da sociedade, governamentais ou não, incluindo a responsabilidade da família e do próprio adolescente.

UM POUCO SOBRE ADOLESCÊNCIA...

O conceito de adolescência engloba não só às transformações físicas, mas também o processo de mudança e adaptação psicológica, familiar e social a essas transformações.

Essas mudanças e adaptações acontecem de maneira diferenciada para cada pessoa, de acordo com a herança genética, sexo, condições alimentares, ambientais, educacionais e culturais.

Do ponto de vista cronológico, a Organização Mundial da Saúde define adolescência como sendo a faixa etária de 10 a 19 anos completo. Esta também é a faixa etária que o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria consideram como adolescentes. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente delimita entre 12 e 18 anos.

Enquanto o começo da adolescência é verificado principalmente pelo início da puberdade, a delimitação final da adolescência, tanto na teoria como na prática, não permite critérios rígidos.

Segundo Osório, há alguns indícios que assinalam o término da adolescência:

- Estabelecimento de uma identidade sexual e possibilidade de estabelecer relações afetivas estáveis;
- Capacidade de assumir compromissos profissionais e de se manter (“independência econômica”);
- Aquisição de um sistema de valores pessoais (“moral própria”);
- Relação de “reciprocidade com a geração precedente (sobre tudo com os pais)”. “Enfim a adolescência termina quando o indivíduo mostra-se capaz de assumir, no seu grupo social, os papéis reconhecidos como próprios dos adultos”.

Montemayor, ao responder à questão “o que é adolescência?”, já advertia que essa não é uma pergunta simples com uma resposta única. Ele elege cinco componentes que acredita

possibilitar uma visão mais abrangente da adolescência. São eles:

- A idade cronológica;
- O desenvolvimento biológico;
- O desenvolvimento cognitivo e psicológico (que inclui a construção de uma identidade e o desenvolvimento interpessoal);
- A mudança de status legal;
- A possibilidade de participação em eventos da vida adulta.

Contudo, estes componentes isoladamente não definem o que é adolescência.

Como bem destaca Montemayor, a idade cronológica é um componente socialmente importante na definição do período adolescente, mas não podemos reduzir a adolescência aos anos juvenis. Do mesmo modo, a puberdade marca biologicamente o início deste período, mas não há precisamente um referente biológico para determinar o fim dessa fase. No plano psicológico, muitas habilidades aparecem na adolescência, mas não é fácil estabelecer claramente o que indica a entrada na fase adulta. A adolescência é também um conceito jurídico. E, por último, o conceito sociológico de adolescência baseia-se na noção de que há parâmetros sociais que regulam quando determinados eventos sociais podem ser experimentados por um adulto, contudo, como destaca este autor, seu fim não é simplesmente estabelecido com a conclusão dos estudos, com o tempo integral no trabalho ou simplesmente com o casamento. Em linhas gerais, esses cinco componentes, embora nos auxiliem a delimitar o conceito de um modo mais abrangente, não são fixos e precisam considerar a dinâmica do contexto histórico e social em que se configuram.

Para a Sociologia, a adolescência estaria na dependência da inserção do homem em cada cultura, sendo, portanto, produto singular de cada uma; a Antropologia a percebe envolvida por ritos de iniciação e passagem, até que seja alcançada a idade adulta; o Direito se articula às questões da menoridade e maioridade e enxerga o adolescente conforme a legislação vigente; a Medicina vê a adolescência como um período do processo de crescimento e desenvolvimento caracterizada por grandes transformações biopsicossociais, iniciando-se com a puberdade e terminando no final da segunda década da vida.

Então, o que se pode, com segurança afirmar é que a adolescência é uma etapa da vida do ser humano, fundamental para a construção do sujeito individual e social, resultante de tudo que a precedeu, portanto da infância, e determinante de tudo que há de vir, ou seja, da idade adulta.

Assim, muitas são as definições para a adolescência, que surgem oriundas de diferentes territórios do saber humano, ora amplas, diversificadas, ora buscando exatidão, sem que tenha ocorrido o encontro de uma única definição, resultante do equilíbrio e da pertinência de todas as demais.

RISCOS DO USO DE DROGAS

O uso/abuso de drogas na adolescência está associado a vários comportamentos de risco tais como violências de várias ordens, interface com a criminalidade, sexo sem proteção, dirigir em alta velocidade, exploração sexual entre outros. As características emocionais dessa faixa etária tais como pensamento mágico, onipotência, impulsividade, rebeldia, trazem para o (a) jovem a sensação de que está protegido (a) dos perigos existentes na vida diária, e em função disto ele (a) se submete a uma maior exposição ou pratica mais transgressões em diferentes situações. Deve-se considerar inclusive o desenvolvimento neurológico, ainda em desenvolvimento, que proporciona um menor controle da impulsividade e baixo limiar às frustrações, levando a riscos maiores, comparativamente aos adultos que, teoricamente, já possuem a capacidade de controle estabelecida.

Estar intoxicado aumenta muito as chances de acidentes automobilísticos graves, o envolvimento com violências sexuais tanto na condição de agressor como de agredido, a exposição a doenças sexualmente transmissíveis e gravidez não planejada. Além disto, são observados queda no desempenho escolar, dificuldades de aprendizado, déficit de memória, prejuízo no desenvolvimento e estruturação das habilidades cognitivo-comportamentais e emocionais, bem como, dificuldades nas relações familiares e sociais.

ESTÁGIOS DO USO

O envolvimento do adolescente com as substâncias químicas pode ocorrer em vários estágios: a *abstinência*, onde não há uso de substâncias psicoativas; *uso experimental ou recreacional*, no qual o uso ocorre de maneira esporádica; *abuso inicial*, fase em que os prejuízos começam a emergir, *abuso*, onde ao longo de um ano ocorre o uso recorrente das substâncias psicoativas que levam a prejuízo sociais e legais mais importantes, e a *dependência*, fase em que aparecem a tolerância, que é usar mais tempo ou quantidade maior para alcançar os efeitos desejados, onde há prejuízos sociais e legais graves e sintomas físicos que aparecem com a interrupção do uso (síndrome de abstinência).

FATORES DE RISCO PARA O USO

O conceito de risco manteve-se confuso nas duas últimas décadas, pois havia duas idéias diferentes inseridas em uma única expressão. Confundia-se o adolescente em “situação de risco” com aquele que tinha “comportamento de risco.” Risco está relacionado a fatores que limitam a probabilidade de sucesso. Podem ser predisponentes, familiares e externos. Está relacionado mais a situações e não só a comportamentos. Paralelamente surge o conceito de fator protetor, utilizado como mecanismo basicamente de prevenção, mas que também pode visar qualidade de vida. De uma maneira geral, para crianças e adolescentes, os fatores de risco e proteção podem estar presentes:

- neles mesmos, através de mecanismos ainda não totalmente esclarecidos e vinculados à singularidade de cada fase da vida e de cada um;
- na família, considerada como ponto focal, capaz de diminuir o impacto de condições adversas através de múltiplos recursos;
- na sociedade como um todo, dentro dos variados grupos de referência, entre os quais se destacam escola, trabalho, grupo de amigos, áreas de saúde, justiça, nível sócio-econômico, inserção cultural e políticas públicas.

Existem inúmeros fatores considerados de risco para que um adolescente inicie o uso de drogas. A identificação destes fatores é de fundamental importância, a fim de que se possam realizar intervenções para inibir ou retardar o uso e abuso destas substâncias. A imitação que ocorre do comportamento de grupos de amigos ou de adultos de referência, que usam drogas pode levar, não só a iniciar o uso, como manter e até incrementá-lo.

Outros fatores importantes são a defasagem escolar, a ausência da figura paterna no ambiente familiar, brigas frequentes, separações conflituosas, agressões familiares, falta de suporte parental, atitudes permissivas quanto ao uso de drogas, incapacidade dos pais de controlar os comportamentos indisciplinados dos filhos, também são predisponentes para iniciação ou continuação do uso por adolescentes. Além disto, há fatores orgânicos que podem ser predisponentes, tais como a presença de comorbidades psiquiátrica (depressão, transtornos de humor, transtornos de ansiedade, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade entre outras) que podem também levar ao uso ou dependência de substâncias psicoativas.

São múltiplos e complexos os fatores que podem levar um (a) jovem ao uso de drogas, tais como os genéticos, psicológicos, familiares, socioeconômicos e culturais, portanto, não podem ser reduzidos a uma faceta da dimensão biológica, psicológica ou social, mas sim a uma combinação de vários deles. Desta forma, também são múltiplas e complexas as soluções para o enfrentamento tanto da prevenção quanto do abuso.

ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA

Durante muitos anos a atenção à dependência química era ofertada exclusivamente pela área da saúde, e estava centrada na ideia de retirar a pessoa do seu contexto social e familiar, buscando a sua recuperação dentro de uma instituição fechada. Uma vez em ambiente de reclusão, que geralmente eram os hospitais psiquiátricos, ele(a) poderia ficar abstinente da substância que usava e iniciar um tratamento que o(a) levaria a fazer uma reavaliação do seu “estilo de vida”, a fim de que pudesse prevenir futuras recaídas. A abstinência era a única meta a ser perseguida. Caso o(a) usuário(a) não se mostrasse colaborativo(a), o tempo do tratamento seria dedicado a motivá-lo(a) para tal, podendo ser, portanto, de longa

permanência, expondo o(a) paciente ao risco de perder seus laços familiares afetivos e sociais, bem como sua inserção no mercado de trabalho. Hoje se sabe que este modelo simplificado não dá respostas a uma problemática tão complexa.

O primeiro ponto a ser considerado acerca desta forma de atuação é o de que o setor saúde, sozinho, não consegue dar todas respostas a uma questão que, como já vimos, tem causas e conseqüências nas diversas esferas da vida do ser humano.

O tratamento da dependência química é competência dos profissionais da área da saúde, mas ele poderá não oferecer respostas positivas caso os contextos sociais, familiares, educacionais e culturais do cidadão(ã) não forem modificados. Para tanto, a interface com políticas públicas que atendam a todos estes setores é condição primordial e indispensável para quem deseje iniciar esta intervenção, ao mesmo que tempo que se deve comprometer a sociedade e rever o seu papel dentro deste contexto

Um segundo ponto a ser avaliado é o da prática do encarceramento ou reclusão dos usuários em serviços para tratamento. A sociedade enfrenta hoje as seqüelas deste modelo que foi praticado pela psiquiatria durante longos anos. Como já sabemos, esta prática gerou aos portadores de transtornos mentais, uma série de violações de direitos humanos, estigmatizações e marginalizações, as quais a reforma psiquiátrica vem tentando reparar.

No âmbito da dependência química, isto não é diferente. Tanto para os profissionais como para os usuários e familiares, aprender a lidar com a dependência química não é uma tarefa que se consegue no confinamento, mas sim, na sociedade, enfrentando todos os problemas que através dela poderão surgir. Hoje sabe-se que a eficácia do tratamento em hospitais psiquiátricos não é maior do que os feitos em ambientes ambulatoriais.

Cabe esclarecer que, com estas colocações, não estamos questionando o papel do hospital psiquiátrico, mas a sua utilização de maneira não indicada e indiscriminada, como única forma de atendimento. Como já foi dito anteriormente, a permanência do usuário no hospital por um tempo maior do que o necessário pode levá-lo a riscos de perda de laços afetivos, escolares e sociais, e até de sua inserção no mercado de trabalho, o que o(a) levará a um contexto extremamente desfavorável para recuperações futuras. Entendemos, portanto, que a indicação de tratamento em hospitais deverá ocorrer exclusivamente por indicação médica, para os casos

mais graves e quando houver riscos clínicos para o paciente. O hospital, portanto, não oferece respostas para situações como conflitos com a lei em função do uso, problemas de ordem social e familiar, problemas de segurança ou outros desta ordem.

Sabe-se, inclusive, que a condição mínima para que se inicie um tratamento de dependência química, seja para o adolescente ou para o adulto, é o próprio desejo do usuário em se tratar. Nesse sentido, o Ministério da Saúde vem apontando para modelos preferencialmente ambulatoriais, tendo o CAPS (centro de atenção psicossocial) como principal estratégia de tratamento, e a redução de danos como ferramenta fundamental, cujo foco primeiro não está na abstinência em si, mas sim na redução de danos ou prejuízos que o uso de substâncias psicoativas pode trazer. A redução de danos reconhece a abstinência como resultado ideal, mas também aceita alternativas que reduzam os prejuízos causados pelas drogas. Para muitos a alta exigência da abstinência pode se tornar um obstáculo para aqueles que procuram ajuda, ao passo que a abordagem de redução gradual estimula o indivíduo, com comportamento de alto risco, a reduzir as conseqüências prejudiciais do seu comportamento, onde a abstinência é incluída como o ponto final ao longo de um *continuum*.

Em relação aos casos de emergência a política nacional prevê que o atendimento seja feito em hospitais gerais de referência para os serviços ambulatoriais.

A fim de que o tratamento possa acontecer dentro desta lógica ambulatorial, com manutenção de vínculos afetivos, escolares e sociais, com redução gradativa dos danos que as substâncias psicoativas podem causar, é preciso também que sejam promovidas mudanças nos outros contextos da vida do indivíduo, que funcionarão com co-responsáveis e estruturantes no processo de recuperação e tratamento.

REDE DE CUIDADOS

Dentro da ótica acima descrita, introduzimos a idéia de rede de cuidados. Chama-se rede um sistema de organização de pessoas e/ou instituições que se reúnem em torno de um objetivo ou tema comum. Uma rede social deve ter como princípio uma postura democrática e participativa, de modo que as pessoas colaborem entre si sem competir por lideranças ou por poder. As redes se sustentam

pela vontade e afinidade de seus integrantes, caracterizando-se como um significativo recurso para a organização comunitária, tanto em termos das relações pessoais quanto para a transformação social. Estar em rede significa realizar conjuntamente ações concretas. Essa estratégia ajuda as instituições e as comunidades a chegarem mais rapidamente a seus objetivos.

A atenção atual ao adolescente que enfrenta problemas com o uso/abuso de drogas, está baseada na lógica da reforma psiquiátrica, que pressupõe tratamentos ambulatoriais, com modelos de redução de danos, e acima de tudo, garantindo seus direitos fundamentais previstos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Isso só poderá acontecer a partir do momento em que se estructure uma rede de cuidados intersetorial, que precisa trabalhar com a lógica da diminuição dos fatores de risco e ampliação dos fatores de proteção, respeitando a diversidade e complexidade, tanto da adolescência como da drogadição.

Esta rede, representada por atores implicados nas mais diversas esferas de direitos dos adolescentes, deverão, além de lançar mão da responsabilidade de ação que lhe compete, compartilhar a co-responsabilidade pelo cuidado desses jovens de modo a assegurar uma atenção integral. Atenção integral é a resposta que os vários grupos de referência devem dar aos indivíduos, considerando sua faixa etária, momento de vida e inserção sócio-cultural.

Na adolescência, isto se faz extremamente necessário, haja vista todas as mudanças biopsicosociais por que passam os adolescentes e seus familiares, trazendo necessidades de intervenções que vão além das questões biológicas e pontuais. Estas mudanças são vivenciadas de maneira diversa nos diferentes contextos e os fragilizam, tornando-os vulneráveis a muitas situações e agravos.

A atenção integral incorpora ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e assistência primária, secundária, terciária e de redução de danos, que devem ser realizadas em parceria entre organizações governamentais e não-governamentais. Resgata as diversas competências e responsabilidades, inclusive familiares e dos adolescentes. A intersetorialidade é, portanto, a articulação entre sujeitos de setores sociais diferentes, e portanto, com saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas ou situações complexas e/ou abrangentes (adaptado de FEUERWERKER E COSTA,2000).

Os diversos atores precisam ter claro que nenhum setor tem poder suficiente para dar conta das questões do adolescente e de seus familiares, e que a ação intersetorial pode possibilitar resposta mais potente e resolutiva, em vista das articulações possíveis de serem feitas ao se trabalhar em rede.

A integração e efetivação das políticas de saúde, de ação social, de educação, do esporte cultura e lazer, o apoio de legisladores, de profissionais da justiça, da família, dos próprios adolescentes é que garantirão uma mudança de paradigma em relação à prevenção e a assistência referente ao uso de drogas na infância e adolescência.

Cabe ressaltar a importância do envolvimento e responsabilidade da sociedade e da mídia em relação a essa mudança de paradigma e em relação ao enfrentamento dessa problemática, ao se ter o cuidado de realizar as ações preventivas e de tratamento de maneira ética, técnica e legal.

A EXPERIÊNCIA DE CURITIBA

O Programa Municipal de Saúde Mental e o Programa Municipal Adolescente Saudável da cidade de Curitiba vêm trabalhando há vários anos na implantação e implementação das políticas de saúde infanto-juvenis. Para isto, conta com uma diversidade de serviços estruturados na lógica de gestão em rede, na tentativa de responder à demanda crescente e complexa da sociedade contemporânea.

Esta rede de saúde tem como principal porta de entrada as Unidades Básicas de Saúde. Nas Unidades ocorre o diagnóstico e manejo referente à saúde integral (física e mental) do adolescente. Em relação à saúde física, dá-se ênfase em três eixos: crescimento e desenvolvimento, saúde sexual e reprodutiva e redução de morbimortalidade, onde as questões relativas à drogadição e violência encontram-se incluídas. No âmbito da saúde mental, é previsto a avaliação precoce de possíveis transtornos mentais, inclusive uso e abuso de substâncias psicoativas, sejam medicamentos ou drogas lícitas e ilícitas. Ao ser diagnosticado uso abusivo ou dependência química é feito o encaminhamento ao CAPSad Centro Vida (centro de atenção psicossocial, para álcool e outras drogas). Este serviço possui três modalidades de tratamento de acordo com a necessidade de cuidados do usuário.

- Modalidade intensiva, voltada para dependências severas e persistentes com frequência diária no serviço. Nesta modalidade é garantida a insenção tarifária do transporte coletivo.
- Modalidade semi-intensiva, voltada para usuários que já conseguem manter-se com redução do uso com frequência de três dias por semana, nesta modalidade, também é garantida a insenção tarifária do transporte coletivo.
- Modalidade não-intensiva voltada para usuários que já refizeram sua rede social com frequência de três vezes por mês.

O CAPSad realiza, além do tratamento da dependência química, a promoção dos direitos fundamentais dos usuários, buscando qualificar os contextos de vida destas pessoas auxiliando na articulação da rede de cuidados e na reinserção comunitária.

Na existência de problemas de conflito com a lei, encaminhamento dos conselhos tutelares, e da Fundação de Ação Social a rede conta com o ambulatório Cara Limpa, que tem equipe interdisciplinar com ações voltadas para o atendimento do adolescente e da família. Como resposta às situações de risco social grave, a Fundação de Ação Social possui convênio com duas comunidades terapêuticas de referência, uma para o sexo masculino e outra para o feminino, voltadas para o abrigo de adolescentes.

Nas emergências psiquiátricas e clínicas existem os CMUMs (Centros Municipais de Urgências Médicas) que funcionam 24 horas todos os dias da semana realizando o atendimento das urgências/emergências, bem como os internamentos de curta permanência. Nos casos onde há necessidade de uma internação por complicações clínicas, o leito de hospital geral poderá ser disponibilizado pela Central de Leitos. Ainda como recurso auxiliar para o atendimento de urgências/emergências existe o SAMU, serviço de atendimento médico de urgência, que através de ambulância presta os primeiros socorros e havendo necessidade, realiza o transporte do paciente para os serviços de saúde.

Em relação aos transtornos mentais graves como psicoses, esquizofrenias, autismo e outros, há dois CAPSi (centro de atenção psicossocial infantil), localizados um na região norte e outro no sul da cidade.

Direcionado às ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, as Unidades de Saúde realizam trabalhos educativos junto à adolescentes e familiares. A coordenação do Programa do Adolescente Saudável implementa ações voltadas ao protagonismo juvenil, à educação sexual nas escolas e através do Ônibus Adolescente Saudável, percorre diferentes comunidades levando informação em saúde e cidadania. Em 2007, a Secretaria Municipal da Saúde representada pelos Programas do Adolescente e o Programa de Saúde Mental, tendo como parceiros a Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Municipal de Esporte e Lazer, Fundação de Ação Social, Fundação Cultural de Curitiba, Setor de Prevenção da Universidade Federal do Paraná, Conselheiros Tutelares da Regional Matriz e o Jornalista José Carlos Fernandes, elaboraram guias de prevenção primária ao uso de drogas na adolescência, voltados ao adolescente e aos familiares a fim de instrumentalizar e despertar a responsabilidade de todos frente a este desafio de evitar ou retardar o contato do jovem com a droga. Além disto, realizou uma capacitação intersetorial e aberta à comunidade nas nove regionais da cidade para uso e debate dos guias.

Aos profissionais e familiares que lidam direta ou indiretamente com adolescentes, impõe-se a necessidade de considerar todos os aspectos citados, ampliando-os ética e tecnicamente, sem ficar reproduzindo atitudes e discursos moralistas, sem embasamentos científicos e legais, se realmente quiserem traçar estratégias preventivas e assistenciais, na questão da toxicomania entre os adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. Flavio Pechansky¹; Claudia Maciel Szobot¹; Sandra Scivoletto¹

Revista Brasileira de Psiquiatria. vol.26 suppl.1 São Paulo Maio 2004

Revista Adolescência Latinoamericana ano I – volume1 Abril/junho 1997

Cadernos Juventude Saúde Desenvolvimento – volume I - Ministério da Saúde 1999

O Processo de Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, organizadora Ana Maria Girotti Sperandio volume 2 IPES editorial 2004

Protocolo de Atenção à Saúde do adolescente –SMS – Curitiba 2005

Adolescência – Prevenção e Risco. Maria Ignez Saito e Luiz Eduardo Vargas da Silva São Paulo Editora Atheneu 2001

Redução de Danos – Marlatt, G. Alan. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

Protocolo Integrado do Programa de Saúde mental de Curitiba – SMS – Curitiba 2002.

Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e Mudança no modelo de Atenção – Relatório de Gestão – Coordenação Geral de Saúde Mental – 2003 –2006; Ministério da Saúde; Brasília 2006.

DISPOSITIVOS DE INTERVENÇÃO AOS JOVENS NA QUESTÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

*Simone Marie Perotta**

O uso de substâncias psicoativas na humanidade é milenar. Desde os mais remotos tempos há registros da inserção do uso de substâncias de forma cultural, religiosa, recreativa e social. Partindo da premissa de que o uso de substâncias interfere na área comportamental, vários fatores podem contribuir para o início da utilização das mesmas.

O ser humano por suas próprias características busca sensações e sentimentos diferentes, quando pretende gozar de prazer, pois suas atitudes estão baseadas em ter prazer ou fugir da dor. Não é fácil ter empatia com aquele que sofre e faz sofrer em nome do próprio prazer. Como pedir solidariedade para aquele que, deliberadamente, põe a si mesmo e aos outros em situações de risco, brincando e desafiando a morte? E pode ser que este alguém seja a mãe, pai, irmão, alguém a que amamos.

Aos estudiosos do assunto e técnicos, cabe estudar o fenômeno do uso das drogas nas comunidades, faixas etárias de maior prevalência e, a partir de mapeamentos, somar esforços com o intuito de apontar alternativas e possíveis soluções para o relevante problema de saúde coletiva num âmbito mundial e não apenas em países isoladamente.

A globalização da economia, a terceirização dos serviços e as

* A autora é Enfermeira Sanitarista, Especialista em Dependência Química e Gestão de Assuntos Públicos, Autoridade Sanitária do CAPSad Cajuru, Curitiba-PR. E-mail: enfsimo@yahoo.com.br

modificações comportamentais decorrentes deste processo contribuem para as mudanças de costumes e hábitos das populações. As referidas modificações trazem como ganho secundário a falsa ilusão que tudo pode ser superficial, urgente, descartável e com fórmulas mágicas na resolução das relações interpessoais. Os jovens, por sua vez, passam a acreditar que existe uma porção mágica e imediata para o amortecimento de seus problemas, como a ampliação do prazer em suas ações e da necessidade de satisfação dos instintos.

No início da nossa civilização não havia uma preocupação com a restrição do uso dos psicotrópicos, já então conhecidos. Os instintos tendiam a ser satisfeitos, respeitando-se as leis naturais. Gradativamente, ocorre a imposição de normas para determinados comportamentos através do controle social. No âmbito da religião, o controle ocorre através da ritualização e sacralização, como no caso do vinho nos cultos a Baco, e, posteriormente, com outra conotação, na tradição judaico-cristã, onde se chega ao ápice da repressão religiosa na Idade Média. Há, porém, uma diferença abissal entre os rituais de Baco e as missas cristãs. Se no primeiro caso buscava-se o êxtase e celebrava-se o espírito do vinho, no segundo caso celebra-se o sacrifício. Esta diferença simboliza de forma singular a transformação do lugar do prazer e da satisfação dos instintos ao longo da história. Cada vez mais as sociedades foram se moldando com base na lei, na ordem e na hierarquia. A civilização ocidental na Idade Média repudiava o prazer e a forma que tinha para lidar com os excessos da instintividade era a interdição religiosa.

Posteriormente, o iluminismo trouxe um declínio da influência religiosa no cotidiano das pessoas. Em contrapartida, os novos processos de produção exigiam trabalhadores mais disciplinados. A ebriedade era um obstáculo à produtividade. Progressivamente, o que era pecado foi se tornando crime e, mais recentemente, doença. No entanto, dentro deste contexto repressivo, manteve-se em proporções semelhantes a intolerância com aquilo que nas civilizações passadas era celebração: o uso de drogas. As leis proibicionistas que se disseminaram no início do Século XX culminaram nas chamadas “Três Convenções-Irmãs da Organização das Nações Unidas”: Convenção Única sobre Estupefacientes (1961), Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971) e a Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas (1988), que pretendia a extinção de todas as culturas de plantas com propriedades psicoativas do planeta. No campo da saúde, a proposta mais difundida de tratamento para a dependência química passou a

ser a sobriedade total. Estava declarada a guerra às drogas.

Dentro deste contexto, em relação ao uso de drogas, a civilização ocidental alternou-se entre o liberalismo exagerado e a interdição total, seja na forma de tabu religioso, de lei civil ou de proposta terapêutica. A existência de outras patologias psíquicas ligadas ao controle dos instintos, nos leva a perceber que se faz necessário buscar outros caminhos. Os estudos mais recentes apontam que uma parcela dos usuários de substâncias possui a dependência como diagnóstico único de 40 a 80%. Nesses, tratada e resolvida a questão, os pacientes retornam à saúde plena sem outros problemas subjacentes. No entanto, segundo esses mesmos autores, de 20% a 60% dos jovens envolvidos com drogas têm outro diagnóstico prévio ou concomitante, ou seja, apresentam comorbidades associadas. Sabe-se que para o diagnóstico destas comorbidades, será necessário, em média, de 03 (três) a 06 (seis) meses de comprovada abstinência do uso de drogas para realizar o diagnóstico diferencial. Muitos destes que utilizam drogas cometem atos ilícitos, são detidos, vão para tratamento e têm recidiva no uso, sem possibilidade de realização de diagnóstico diferencial por não haver o tempo necessário de abstinência. Portanto, o referido processo deve ser acompanhado pelos serviços de saúde e pelo judiciário, pois os mesmos têm que se haver com a lei, devido aos delitos cometidos.

Para enfrentar o desafio aqui colocado, o “bom senso” se mostrou insuficiente. O grande investimento orçamentário das instituições envolvidas com o problema possibilitou uma considerável produção do conhecimento sobre o assunto. Dada à natureza multidisciplinar do tema, diversas áreas do conhecimento, incluindo ciências da saúde, sociais, jurídicas, entre outras, foram envolvidas nas pesquisas. Tais estudos asseguraram a efetividade de medidas, tais como a disponibilização de preservativos para usuários de drogas e a discussão dos temas HIV/DST/AIDS como temas transversos e as ações conjuntas nestas duas áreas de atuação. Foram identificadas novas substâncias psicoativas e revelados novos padrões de uso, possibilitando o surgimento de novas populações de usuários. Intervenções preventivas largamente utilizadas, por sua vez, tiveram sua ineficácia reconhecida. Diante de todas estas transformações, a própria legislação em vigor necessitou ser questionada.

Portanto, independente do porte de cada município, a problemática continua sendo a mesma. Somente as concentrações de esforços com áreas diferentes poderão apontar alternativas

simples de intervenção a esta faixa populacional. Serão necessárias mudanças nas políticas públicas de abordagem do problema. Acompanhar a exposição destas questões junto aos meios de comunicação, habitualmente, gera intensa mobilização popular. Mobilização sem orientação gera desespero e a população fica desorientada diante de tantas informações. Atitudes extremas, originadas no medo, só fazem piorar a situação, minando fatores protetores como a qualidade da comunicação entre pais e filhos e o vínculo com instituições como a escola, aumentando o risco para o abuso de substâncias. Desta forma, fica clara a importância de intervenções junto às famílias, bem como da capacitação dos profissionais de saúde, de educação, assistência social, enfim, dos profissionais com maior possibilidade de proporcionar este atendimento à população.

Ao analisarmos experiências isoladas pelo país afora, pequenas ações simultâneas estão revertendo contextos comprometidos. Projetos de Prevenção nas Escolas – baseados no modelo socioeducativo e não no do amedrontamento – apresentam resultados significativos. Ampliações de áreas de lazer, com a construção de quadras poliesportivas, se refletem na adesão do jovem ao esporte, aproveitando o tempo de contraturno ocioso. Aulas vivenciais de música, com diferentes instrumentos musicais, resgatam a dignidade e proporcionam auto-estima. O resgate da cultura local favorece o conhecimento das raízes locais e estimula a participação. Os incentivos ao primeiro emprego e a difusão do conhecimento sobre as profissões propiciam o trabalho como honra e cidadania.

No entanto, será ingênuo pensar que o conhecimento, isoladamente, poderá transformar comportamentos e atitudes. Portanto, será necessário que áreas afins desenvolvam Projetos Matriciais que promovam melhoria na qualidade e estilo de vida dos jovens, como forma preventiva do uso de substância na vida e do possível desenvolvimento de dependência química. A afirmativa acima está baseada no V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio de 27 Capitais Brasileiras, realizadas pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), em 2004, com 48.155 estudantes, onde: 65,2% já haviam consumido álcool na vida; 24,9% tabaco; 22,6% outras drogas.

Desta forma, os estudos evidenciam a necessidade de ações preventivas, tratamento e reabilitação, pois a maior probabilidade para o desenvolvimento de dependência tem sido associada à

precocidade do início do uso de álcool e outras drogas encontradas em vários estudos. Observa-se que os adolescentes admitidos nos centros de tratamento especializados diferem dos adultos, tanto em relação ao tempo e intensidade do uso de drogas, quanto aos tipos de prejuízos causados pelo consumo. Este fato ilustra o aceleração dos problemas, passando rapidamente da experimentação para o abuso. No entanto, os estudos apontam para técnicas de intervenção e abordagem com resultados comprovadamente eficientes. Para tanto, será necessária a tomada de decisão das instituições envolvidas neste processo, com a intenção do enfrentamento do problema e encaminhamento de soluções. A produção de conhecimento nesta área nos permitirá um prognóstico positivo frente à problemática vivenciada até o presente momento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, D. M; CARVALHO, M.A. Desenvolvimento Normal e Patológico de Crianças e Adolescentes Usuários de Drogas. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba. 2002.

ANDRADE, A G. et al. Drogas, atualização em Prevenção e Tratamento. São Paulo: Lemos, 1993.

CONANDA (CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE) Diretrizes Nacionais para a Política de Atenção Integral à Infância e à Adolescência. Brasília, 1996.

DUARTE, P. C; CRUZ, D.Q. REDES SOCIAIS: uma nova forma de prevenir. Curitiba: 2002.

RAMOS, S P., PLASS, A M.; CARDOSO, N.A. Uso de Drogas na Adolescência: Prevenção e Tratamento. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1999.

SCIVOLETTO, S. Tratamento Psiquiátrico de Adolescentes Usuários de Drogas. IN: Dependência Química – novos modelos de tratamento. São Paulo: Roco, 2001.

SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. Panorama Atual de Drogas e Dependências. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

TIBA, I. Puberdade e Adolescência: desenvolvimento biopsicossocial. São Paulo: Agora, 1985.

A EXPERIÊNCIA DA CHÁCARA MENINOS DE QUATRO PINHEIROS

*Fernando Góes**

***“Não precisa de drogas quem tem
uma vida legal, com sonhos e objetivos”***

A Fundação Educacional Meninos e Meninas de Rua Profeta Elias tem a sua proposta pedagógica fundamentada pela crença no ser humano. Seu objetivo é construir uma comunidade *alternativa* e alterativa para acolher e transformar a vida de crianças e adolescentes de rua. Há catorze anos, a Fundação desenvolve um importante trabalho com esse público. Ela nasceu para atender uma demanda reprimida, ou seja, a falta de políticas públicas nesta área.

A Fundação tem sua filosofia focada na construção da cidadania, vendo a criança e o adolescente como sujeitos de direito. A Chácara Meninos de Quatro Pinheiros abriga uma população infanto-juvenil que tem sua história marcada por negligências e maus-tratos. Vítimas da violência e devido a uma série de fatores, muitas dessas crianças e adolescentes tornaram-se consumidores de drogas. Aliás, na maioria das vezes, a droga está presente na vida desse público antes do seu nascimento.

As entidades que militam no campo da criança e do adolescente de rua ou em situação de risco, precisam ter sua missão

* O autor do texto é Filósofo Especialista em Psicopedagogia - Co-fundador da Fundação Educacional Meninos (as) de Rua Projeta Elias - "Chácara Meninos de Quatro Pinheiros" (premiada pela Unicef como uma das 50 mais destacadas entidades de atendimento de crianças e adolescentes no Brasil), atuante desde 1993 em Curitiba e Região Metropolitana.

de trabalho pautada em uma filosofia acolhedora, solidária e transformadora.

A nossa sociedade está buscando novos caminhos para superar as drogas, que vêm destruindo famílias. Porém, o método que ela utiliza está deixando a desejar, pois são mecanismos que, muitas vezes, reforçam em vez de combater o uso de drogas.

A Chácara trabalha essa demanda de forma simples e objetiva, partindo do princípio de que não precisa de drogas quem tem uma vida legal, com sonhos e objetivos. Mas para quem tem uma vida vazia, sem limites, a vida torna-se uma droga e daí vem a drogadição.

Na Chácara, o abrigo de crianças e adolescentes em situação de risco ou de rua começa com uma abordagem firme, olho no olho. Esse encontro marca um momento de reflexão, conhecimento e construção de um projeto de vida. A história de vida é analisada para que, juntos, possamos buscar novas alternativas.

A chegada de uma criança ou adolescente para o abrigo na Fundação é marcada por acolhida e integração ao grupo. Eles são recebidos pelos moradores e a acolhida é um ato simbólico, uma espécie de batismo como novo morador e membro de um grupo. Esse acolhimento mostra, a todos, a necessidade de ter objetivos em comum e estabelecer combinados para regular essa caminhada.

No combate às drogas, outro fator importante na metodologia da Chácara é trabalhar os sonhos desse grupo. Afinal, eles já se tornaram pesadelos nas “ruas da amargura” das grandes, médias e pequenas cidades. Se uma criança ou jovem não tem sonhos, não tem objetivos. Como vai estudar, construir valores e um projeto de vida, se não almeja nada? Nessa situação é que as drogas vêm suprir, momentaneamente, suas necessidades.

Quando se trabalha a partir do sonho, a população começa a ver novos horizontes, novas possibilidades. Ela descobre que, para conseguir seu objetivo, é necessário lutar, “correr atrás” de uma boa educação, de novos valores e construir seu projeto de vida.

Para incluir crianças e adolescentes numa nova sociedade, a Chácara prioriza o combate às drogas, proposta que se alimenta de fatores importantes como o contato com a terra – através de horta, e floricultura, cultivo de feijão, milho e árvores frutíferas – e o convívio com os animais – como cães, pássaros ornamentais, cavalos,

galinhas, gansos e outros.

A relação com os bichos é horizontal: é “amor por amor” e foge da relação vertical estabelecida entre pessoas. Um cachorro, por exemplo, recebe seu dono em qualquer situação, esteja ou não bem vestido, lúcido ou drogado. Para ele, o dono é o mesmo; não muda nada. Vale a pena pensar se a recepção de um pai ou mãe a um filho drogado ou embriagado seria a mesma. Isso mostra que os animais “educam” para o afeto, de forma lúdica e objetiva.

Outro fator importante na metodologia é o convívio desse grupo com o meio ambiente, aprendendo a usar e conservar o que ele oferece. Faz muita diferença, por exemplo, ter a chance de usar o lago para descarregar a tensão, nadar, pescar e observar a natureza.

E existe ainda um outro componente essencial no tratamento do usuário de drogas: o esporte. A população da Chácara é fascinada pelo futebol e ser jogador profissional é o sonho da maioria. Nasce daí os limites: combinados em torno do futebol, para evitar o uso de álcool e drogas. Assim, o esporte entra na vida de crianças e adolescentes como um fator determinante de mudança, já que para ser um bom atleta, é preciso ter uma vida regrada e cuidar da saúde, ao invés de comprometê-la.

Na Chácara, a mudança de vida é trabalhada com regras bem definidas e claras, construídas em conjunto por seus moradores. É o início do aprendizado de limites. Afinal, quem tem mais dificuldade na vida é quem mais pede limites, mas não consegue encontrá-los na família, na escola, na sociedade. Na Chácara, trabalha-se os limites através de combinados. Tudo é discutido e analisado pelo grupo e quem constrói, ajuda a preservar e cumprir o que foi decidido.

A Fundação também aproxima a família da criança ou adolescente. Sua intenção é ajudar na “cura” da família, pela construção de vínculos, valores e tolerância fraterna. O objetivo é sempre a busca do melhor caminho para a família. Não é pedagógico puni-la ou julgá-la, mas sim, acolher e inserir essa família na sua própria comunidade, usufruindo dos equipamentos e benefícios sociais do bairro em que vive. Assim como as crianças e adolescentes, essa família precisa ser amada, acolhida e tratada. Precisa da oferta de oportunidades palpáveis para sua transformação.

ATUAÇÃO DO CONSELHO TUTELAR E A QUESTÃO DAS DROGAS

*Fernando Luiz Menezes Guiraud**

RESUMO: O objetivo da presente artigo é revisar e relacionar conceitos, princípios e informações históricas, de modo a permitir a visualização da abrangência, da importância e da complexidade da atuação do Conselho Tutelar, com destaque para as situações que envolvem o uso ou abuso de drogas. São também apresentadas sugestões que poderão resultar no aperfeiçoamento dessa atuação.

Palavras-chave: Conselho Tutelar. Drogas.

INTRODUÇÃO

O Conselho Tutelar é o órgão público municipal instituído pelo Estatuto da Criança e do Adolescente¹ que, dentre outras atribuições, recebe denúncias de ameaças ou violações dos direitos de crianças e adolescentes, sendo responsável pelo encaminhamento e acompanhamento dos atendimentos que se fizerem necessários.

Cotidianamente, chegam aos Conselhos Tutelares de todo Brasil situações emergenciais envolvendo crianças, adolescentes,

* O autor do texto é Psicólogo do Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, Curitiba-PR, e Especialista em Dependências Químicas pela PUC-PR.

E-mail: novoguiraud@yahoo.com.br.

1 Lei Federal nº 8069, promulgada em 13 de julho de 1990.

suas famílias e o uso ou abuso de drogas², as quais serão abordadas em função dos conhecimentos e da experiência de que dispõem. As decisões tomadas poderão implicar, até mesmo, na requisição de atendimento médico, psicológico e psiquiátrico, em regime hospitalar e ambulatorial, a crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social e, em determinados casos, também a pais ou responsável. Equívocos passíveis de resultar em prejuízos irreparáveis ou de difícil reparação poderão ocorrer, se o que for decidido tomar como base o senso comum – eivado de preconceitos, moralismos e noções pseudocientíficas divulgadas amplamente pela mídia – e não for fruto de reflexão cuidadosa, firmemente fundamentada na legislação vigente e no conhecimento científico atualizado.

DEMOCRACIA E PROTAGONISMO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS

Na história recente do Brasil, houve períodos em que as garantias constitucionais foram suspensas. Por exemplo, na ditadura getulista (de 1930 a 1945) e no regime militar (de 1964 a 1985). Existiu, ainda, o período conhecido como de “transição democrática” (de 1985 a 1988), no qual alguns dos direitos de participação política foram sendo aos poucos restabelecidos, porém não de maneira plena. Somente a Constituição Federal de 1988³, logo em seu artigo

-
- 2 Fica convencionado que o termo “drogas” se refere às “substâncias psicoativas”, isto é: aquelas que, quando introduzidas no organismo, afetam os processos mentais, quer sejam lícitas (tais como o álcool e o tabaco) ou ilícitas.
 - 3 A “Constituição-Cidadã” - assim denominada pelo presidente da Assembléia Nacional Constituinte, Ulisses Guimarães - contou com expressiva participação popular em sua elaboração e se orientou no rumo da realização plena da cidadania.

1º, funda e proclama o Brasil como Estado Democrático de Direito⁴, cujos objetivos estão claramente definidos em seu artigo 3º⁵.

Mas, afinal, o que é a democracia da qual tanto se fala e, aparentemente, tão pouco se pratica? Não há dúvida de que é um conceito que se modifica ao longo dos tempos. Sobretudo, porém, é um processo historicamente construído de afirmação do povo – em cuja vontade repousa o poder político – e das garantias dos direitos fundamentais do homem. Está assentada sobre dois pilares fundamentais: a soberania popular, segundo a qual o povo é a única fonte do poder, e a participação – direta ou indireta – do povo no poder, para que seja efetivamente expressa a vontade popular (SILVA, 1997).

Ainda segundo Silva (1997), renomado constitucionalista, a democracia pode ser encontrada no nível da convivência humana, através da concretização de valores como a igualdade, a liberdade e a dignidade pessoal. Ou seja: além de ser uma relação de poder político, é também um estilo de vida. Existe democracia se há respeito e tolerância entre os que convivem. Acerca dos primeiros artigos da Constituição de 1988, esse autor sustenta que:

A democracia que o Estado Democrático de Direito realiza há de ser um processo de convivência social numa sociedade livre, justa e solidária (art. 3º, I), em que o poder emana do povo, e deve ser exercido em proveito

4 A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos:

I - a soberania; II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana; IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V - o pluralismo político. Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição (BRASIL, 2000, p. 13).

5 Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; II - garantir o desenvolvimento nacional; III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 2000, p. 13).

do povo, diretamente ou por representantes eleitos (art. 1º, parágrafo único); participativa, porque envolve a participação crescente do povo no processo decisório e na formação dos atos de governo; pluralista, porque respeita a pluralidade de idéias, culturas e etnias e pressupõe assim o diálogo entre opiniões e pensamentos divergentes e a possibilidade de convivência de formas de organização e interesses diferentes na sociedade; há de ser um processo de liberação da pessoa humana das formas de opressão que não depende apenas do reconhecimento formal de certos direitos individuais, políticos e sociais, mas especialmente da vigência de condições econômicas suscetíveis de favorecer o seu pleno exercício (SILVA, 1997, p. 120).

Após a derrocada do regime militar, a partir da restauração (ainda incipiente) do regime democrático e da liberdade de expressão, bem como do avanço das telecomunicações, foram sendo reveladas as barbaridades do sistema de exclusão social instalado no período ditatorial, com todas as suas mazelas: fome, desemprego, doença, analfabetismo, violência, criminalidade, mortes. A opinião pública começou, então, a ficar sensibilizada pela situação das crianças e adolescentes, vítimas mais vulneráveis do caos sócio-econômico reinante, à mercê de uma anacrônica legislação “menorista” calcada na chamada “doutrina da situação irregular”.

Em particular, geraram pesada comoção as notícias de chacinas de crianças e adolescentes, executados por grupos de extermínio (não raro, formados por policiais). A indignação nacional e internacional em face de tais atrocidades fomentou um grande debate nacional, que se expandiu a partir da repercussão das denúncias apresentadas no “I Encontro Nacional de Meninos e Meninas de Rua”, promovido em Brasília, em 1986, pelo Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua. Destacavam-se, na ocasião, diversas entidades não governamentais mais progressistas, entre as quais a “Pastoral do Menor”, criada em 1979, por iniciativa de D. Paulo Evaristo Arns, arcebispo da cidade de São Paulo (GRACIANI, 1997, p. 262-263).

Enquanto isso, no cenário internacional, ocorria significativo avanço no campo normativo, na esteira da Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959), que culminou com a aprovação e

ratificação – inclusive pelo Brasil – de importantes documentos⁶, colocando em evidência a chamada “doutrina da proteção integral”, a qual, na opinião de Costa (1990):

[...] afirma o valor intrínseco da criança como ser humano; a necessidade de especial respeito à sua condição de pessoa em desenvolvimento; o valor prospectivo da infância e da juventude, como portadoras da continuidade do seu povo e da espécie e o reconhecimento da sua vulnerabilidade, o que torna as crianças e adolescentes merecedores de proteção integral por parte da família, da sociedade e do Estado, o qual deverá atuar através de políticas específicas para promoção e defesa de seus direitos (COSTA, 1990, p. 38).

Em consonância, organizações representativas da sociedade civil brasileira⁷ encaminharam à Assembléia Nacional Constituinte duas emendas populares⁸ defendendo a doutrina da proteção integral, ambas endossadas pelos constituintes. A redação final do artigo 227 (caput) da Constituição Federal⁹ (1988) condensou os

- 6 Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da Infância e Juventude (Regras de Beijing, 1985), Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (1989), Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade (1990) e Diretrizes das Nações Unidas para a Prevenção da Delinquência Juvenil (Diretrizes de Riad, 1990).
- 7 Estas entidades integravam o “Movimento Pró-Constituinte”, que coletava assinaturas para as emendas populares referentes aos direitos da criança e do adolescente.
- 8 “Criança e Constituinte” e “Criança Prioridade Nacional”, cuja fusão resultou nos artigos 204 e 227 da nova Constituição Brasileira. Ao todo, foram coletadas as assinaturas de mais de duzentos mil eleitores e de um milhão e quatrocentos mil crianças e adolescentes.
- 9 Estava sendo corrigida, assim, uma grave omissão histórica. Até então, no Brasil, o Direito das Crianças e dos Adolescentes ficava restrito aos limites do Direito de Família. Dizia-se que criança sem família não tinha direitos.

preceitos fundamentais da “Declaração Universal dos Direitos da Criança”, ao estabelecer que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2000, p. 126).

Após a promulgação da Constituição, ainda sob a bandeira da “prioridade absoluta”, segmentos da sociedade civil¹⁰ continuaram organizados e se aglutinaram no Fórum DCA – Fórum Nacional de Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes, gerando um forte “lobby” junto ao Congresso Nacional, visando agilizar a regulamentação dos dispositivos constitucionais referentes à criança e ao adolescente e revogar, o mais rapidamente possível, do famigerado Código de Menores, herança maldita da ditadura militar. Por fim, logrou-se a aprovação – por meio de votação unânime das lideranças dos partidos políticos – do Estatuto da Criança e do Adolescente¹¹, cujo artigo 1º anuncia que “*dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente*”.

Comentando as transformações que estavam em curso, em especial a que se processava em torno da representação social sobre a infância e a juventude, o pedagogo mineiro Costa (1990) afirma que:

O menino deixa de ser visto com feixe de carências e passa a ser percebido como sujeito de suas história e da história do seu povo, como um feixe de possibilidades abertas para o futuro. Agora, se pergunta quem ele é, o que ele sabe, o que ele traz, e do que é capaz (COSTA, 1990, p. 83).

10 Merecem destaque: o Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua - MNMMR, a Pastoral do Menor, a Frente Nacional de Defesa dos Direitos, a Articulação Nacional dos Centros de Defesa de Direitos, a Coordenação dos Núcleos de Estudo ligados às universidades, a Sociedade Brasileira de Pediatria, a Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência e a Ordem dos Advogados do Brasil - OAB (COSTA, 1990, p. 39).

11 A partir desse ponto, o termo “Estatuto” será usado como abreviatura.

DA “SITUAÇÃO IRREGULAR” À “PROTEÇÃO INTEGRAL”

No final dos anos 80, o cenário cultural e político era amplamente favorável a mudanças de paradigma¹². Em termos mundiais, as Convenções Internacionais ratificaram os direitos humanos universais. Ao ser humano não basta, simplesmente, viver. É preciso viver com liberdade e dignidade, a salvo de toda a forma de opressão e com acesso pleno aos bens materiais que asseguram a saúde física e mental e o pleno desenvolvimento de potencialidades.

Na contramão da história, o Código de Menores:

[...] não passava de um Código Penal do “menor”, disfarçado em sistema tutelar; suas medidas não passavam de verdadeiras sanções, ou seja, penas, disfarçadas em medidas de proteção. Não relacionava nenhum direito, a não ser aquele sobre assistência religiosa; não trazia nenhuma medida de apoio à família; tratava da situação irregular da criança e do jovem, que, na verdade, eram seres privados de seus direitos. Na verdade, em situação irregular está a família, que não tem estrutura e que abandona a criança; o pai, que descumprir os deveres do pátrio poder; o Estado, que não cumpre as suas políticas sociais básicas; nunca a criança ou o jovem (LIBERATI, 1991, p. 2).

A doutrina fundamental do Estatuto é a da proteção integral, em harmonia com o artigo 227 (“caput”) da Constituição Federal (1988), que preconiza a prioridade absoluta às questões atinentes à criança e ao adolescente, que se materializa, em especial, através das políticas públicas, dos planos e ações de governo e dos orçamentos públicos¹³.

12 Paradigmas são modelos ou representações mentais utilizados, individual e coletivamente, para dar sentido à complexidade do mundo e possibilitar a compreensão do seu funcionamento. São, portanto, generalizações úteis, enquanto não se tornam gastas e disfuncionais. Transcender os paradigmas cristalizados é uma tarefa evolutiva difícil, mas fundamental (BEUST, 2000, p. 30-44). A construção dos paradigmas é um processo sócio-cultural, que resulta em limites invisíveis que demarcam a chamada “realidade”, dentro dos quais tudo parece lógico e coerente (CAPRA, 2000, p. 25).

A partir da promulgação do Estatuto, as criança e os adolescentes brasileiros são “sujeitos de direitos” e não mais objetos de suposta proteção¹⁴. Ou seja: foram libertos do rótulo de “menores”¹⁵ e reconhecidos como pessoas em pleno gozo de todos os direitos fundamentais que lhes são inerentes¹⁶, somados a todos os outros que a legislação lhes vier a acrescentar, levando-se em consideração a sua condição peculiar de desenvolvimento¹⁷.

13 Estatuto, art. 4º, parágrafo único.

14 Essa “proteção” não passava de tutela assistencialista ou repressora, substancializada nos centros de triagem (onde se tentava separar “abandonados” e “delinqüentes”) e nas instituições totais de abrigo.

15 O Código de Menores de 1979 utilizava a categoria “menores em situação irregular” para designar todo o menor de 18 anos que estivesse, entre outros motivos, “privado de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória”; ou sendo “vítima de maus tratos ou castigos imoderados impostos pelos pais ou responsável”; ou “em perigo moral devido a encontrar-se, de modo habitual, em ambiente contrário aos bons costumes”; ou “com desvio de conduta, em virtude de grave inadaptação familiar ou comunitária”; ou fosse “autor de infração penal” (BRASIL, 1979, p. 4).

16 Constituição Federal (1988), art. 227 (caput).

17 Estatuto, artigos 1º ao 6º.

A tabela a seguir (Tabela 1) sintetiza as mais importantes inovações introduzidas pelo Estatuto, comparativamente à legislação anterior:

Tabela 1: Mudança de paradigma

ASPECTO	CÓDIGO DE MENORES	ESTATUTO
Doutrinário	Situação irregular	Proteção integral
Caráter	Filantropico	Política pública
Fundamento	Assistencialista	Direito subjetivo
Centralidade local	Judiciário	Município
Executivo	União/estados	Município
Decisório	Centralizador	Participativo
Institucional	Estatual	Co-gestão
Organizacional	Piramidal	Rede
Gestão	Monocrática	Democrática

Fonte: BRANCHER (2000, p. 126)

DEFINIÇÃO, NATUREZA E ATRIBUIÇÕES DO CONSELHO TUTELAR

O Conselho Tutelar é um órgão público colegiado da esfera municipal, de caráter deliberativo, executivo e fiscalizador. É permanente (não pode ser dissolvido), autônomo (não pode sofrer qualquer ingerência no cumprimento de suas atribuições), não jurisdicional (não integra o Poder Judiciário e nem a ele está subordinado), sendo encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente¹⁸. As tarefas concretas derivadas desta incumbência estão especificadas nos artigos 95 e 136 (principalmente), combinados com os artigos 191 e

¹⁸ Estatuto, art. 131.

194 do Estatuto.

O processo de escolha de seus cinco membros pela comunidade local deve ser estabelecido em Lei Municipal e realizado sob a responsabilidade do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, sob fiscalização do Ministério Público. Em suas atribuições figuram o atendimento: às crianças e adolescentes cujos direitos tenham sido ameaçados ou violados; à criança a quem tenha sido atribuída prática de ato infracional¹⁹; aos pais ou responsável por crianças e adolescentes em risco pessoal e social²⁰.

Não se trata de atendimento direto, no sentido estrito, pois o Conselho Tutelar não é um “programa de atendimento”. Antes, via de regra, investiga e avalia situações que foram objeto de denúncia ou de fiscalização e, se for o caso, providencia os devidos encaminhamentos junto aos competentes órgãos públicos. Não é atribuição do Conselho Tutelar servir de “curativo social” ou de instância caritativa para suprir a ausência de políticas e serviços públicos. Assim, se não há, por exemplo, hospital público que trate adequadamente um adolescente que apresenta síndrome de abstinência²¹, não lhe cabe acolhê-lo na casa de algum dos conselheiros.

Cabe ressaltar que a atuação do Conselho Tutelar não se limita ao importantíssimo atendimento de casos individuais, pois também abrange questões “macro”, referentes à fiscalização e articulação da rede de atendimentos, ao estabelecimento de políticas públicas e mesmo à destinação de recursos públicos. Quando, por exemplo, identifica a ocorrência de falta de vagas nos programas e serviços públicos que atendem à criança, ao adolescente e às suas famílias, além de imediato requisitá-las²², deve comunicar oficialmente o fato às autoridades competentes para que sejam tomadas providências, no sentido de ampliar adequadamente o número de

19 Toda conduta descrita como crime ou contravenção penal (Estatuto, art. 103).

20 Estatuto, art. 136; 101, I a VI e 129.

21 Conjunto de sintomas que ocorrem após a cessação ou redução do uso de uma substância psicoativa que vinha sendo usada repetidamente e, geralmente, após um longo período e/ou em altas doses.

22 Estatuto, art. 136, inciso III, alínea a.

vagas oferecidas. Não basta ao administrador público atender à demanda que o Conselho Tutelar está trazendo, em detrimento do restante da população²³. O somatório das informações sobre as lacunas (quantitativas e qualitativas) da rede de atendimento será útil para assessorar²⁴ o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária para planos e programas de atendimento aos direitos da criança e do adolescente.

O mandato do conselheiro tutelar é de três anos, permitida uma recondução. Para a candidatura são exigidos requisitos mínimos²⁵: reconhecida idoneidade moral, idade superior a vinte e um anos, residência no município. É facultado aos municípios estabelecer requisitos adicionais.²⁶

A instituição do Conselho Tutelar modificou profundamente a maneira como são tratadas as questões da infante-adolescência pelos organismos oficiais. Esse é o ponto de vista esposado por Konzen (2000), ao diferenciar as competências do Poder Judiciário e do Conselho Tutelar:

As instâncias do poder público, investidas em autoridade para determinar providências no caso concreto são, nas suas respectivas esferas de competência, o Poder Judiciário, pelo juiz da infância e da juventude e, a mais importante inovação do Estatuto, o Conselho Tutelar, entes legitimados a emprestar à ordem pública o necessário sentido de co-gerência. A atuação do primeiro, do juiz, situa-se no campo estrito da prestação jurisdicional. Para o segundo, o Conselho Tutelar, resulta a investidura para determinar providências de natureza administrativa (KONZEN, 2000, p. 163).

23 A força do Conselho Tutelar não deve ser usada como expediente para “furar” filas de espera.

24 Estatuto, art. 136, inciso IX.

25 Estatuto, art. 133.

26 Por exemplo, a lei de Curitiba, dentre outros critérios, estabelece o ensino médio completo como escolaridade mínima, além de três anos de comprovada experiência na área de defesa e atendimento dos direitos da criança e do adolescente (Lei Municipal Nº 11831/06, art. 7º).

A compreensão da importância e da verdadeira dimensão social, jurídica e institucional do Conselho Tutelar depende do entendimento do alcance social das tarefas que lhe cabem, bem como dos poderes e responsabilidades que lhe são delegadas para cumpri-las. A respeito disso, destaca Konzen (2000):

Em nenhum outro momento e em nenhuma outra área, o legislador federal delegou tanta autoridade a agentes do município como fez o Estatuto da Criança e do Adolescente ao criar o Conselho Tutelar, investindo os conselheiros em atribuições e, especialmente, em prerrogativas de função até então inimagináveis a outros órgãos ou agentes das municipalidades (KONZEN, 2000, p. 172).

O CONSELHO TUTELAR COMO INOVAÇÃO ESTATUTÁRIA

O Estatuto regulamentou as conquistas constitucionais²⁷ no sentido da participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação de políticas públicas e no controle das ações implementadas em todos os níveis, consagrando o princípio constitucional da democracia participativa²⁸.

No que se refere à política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente, o Estatuto determina que será feita através de um “conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”²⁹. Quando apresenta as diretrizes da política de atendimento³⁰ – entre as quais a municipalização é a primeira³¹ – assinala a obrigatoriedade da criação dos Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente e, vinculados a esses, dos Fundos dos Direitos da Criança e do Adolescente (municipais, estaduais e nacional).

27 Constituição Federal (1988), art. 204, inciso II.

28 Idem, art. 1º, parágrafo único.

29 Estatuto (1990), art. 86.

30 Idem, art. 88.

31 Idem, art. 88, inciso I.

Os Conselhos de Direitos são órgãos deliberativos e controladores de ações³², criados por lei (municipal, estadual ou federal, conforme o caso) e paritários, pois metade dos membros é indicada pelo poder público e a outra é eleita pela sociedade civil organizada, geralmente através de assembléias ou fóruns constituídos por dirigentes de entidades não governamentais que executam o atendimento ou defesa dos direitos da criança e do adolescente. O número de conselheiros de direitos é também determinado em lei, sendo a atividade considerada de interesse público relevante³³.

A tabela a seguir (Tabela 2) compara os conselhos instituídos pelo Estatuto:

Tabela 2: Comparativo entre o Conselho de Direitos e o Conselho Tutelar

ÓRGÃO	CONSELHO DE DIREITOS	CONSELHO TUTELAR
Âmbito	Municipal Estadual Federal	Municipal
Mandato	Definido em lei municipal (Pode ou não haver recondução)	3 anos 1 recondução
Composição	Variável Paritária (Poder Público e sociedade civil)	5 membros
Remuneração	NÃO	SIM OU NÃO
Atuação	Órgão deliberativo (formulação de políticas públicas e fiscalização)	Órgão de aplicação de medidas de proteção e de fiscalização

Fonte: SILVESTRE e CUSTÓDIO (2004, p. 42)

32 Idem, art. 88, inciso II.

33 Idem, art. 89.

Os Fundos dos Direitos da Criança e do Adolescente (FIA), por sua vez, também são criados por lei e têm a finalidade específica de financiar programas, projetos e ações voltados à promoção e a defesa dos direitos da criança e do adolescente, atendendo às deliberações dos Conselhos de Direitos. Os recursos do FIA são provenientes de várias fontes, inclusive doações, dedutíveis do imposto de renda devido³⁴ até o limite legal de 1% para pessoa jurídica e 6% para a pessoa física.

A definição de “política pública” auxilia na compreensão das atribuições dos Conselhos de Direitos. Esta pode ser entendida como a sistematização de diretrizes (ideológicas, estratégicas, metodológicas e logísticas) que visam assegurar o funcionamento do estado em benefício do povo. Sua função precípua é nortear o planejamento e a execução de um conjunto bem articulado de programas e serviços públicos voltados à concretização de direitos. Funciona, enfim, como um instrumento de aglutinação de vontades, interesses, conhecimentos e recursos voltados à consecução de objetivos públicos. Para este mister, é essencial a realização prévia não somente de em um diagnóstico de realidade criterioso, abrangente e aprofundado, mas também de um pacto entre os responsáveis pela formulação das políticas públicas, no sentido da abdicção de interesses particulares em favor da conjugação dos esforços de todos na direção da pretendida transformação social (GUIRAUD, 2003).

O foco exclusivo da atuação dos Conselhos de Direitos reside na formulação e no controle das políticas públicas. As suas atribuições – que devem estar bem definidas na lei de criação e no regimento interno – são concretizadas através de deliberações (posto que não são meramente órgãos consultivos) e do exercício sistemático da fiscalização (neste caso, funcionando como um dos mecanismos de controle social).

Aos Conselhos de Direitos não cabe, em hipótese alguma, a execução de programas e serviços públicos, que é de competência exclusiva do poder executivo (seja através da administração direta ou da indireta, através de autarquias e fundações). Contudo, lhes cabe zelar pela correta aplicação dos recursos públicos (inclusive, mas não somente, aqueles provenientes do FIA) e pela adequação técnica e administrativa dos programas e serviços públicos que foram objeto de deliberação.

34 Estatuto (1990), art. 260.

Liberati e Cyrino (1997, p. 96-97), quando discorrem a respeito da natureza jurídica dos Conselhos de Direitos, enfatizam que são órgãos autônomos e independentes, pertencentes à administração descentralizada, posto que não estão subordinados hierarquicamente ao governo e são dotados da “*capacidade pública para decidir as questões que lhes são afetas, com a peculiaridade de que as suas deliberações se tornam vontade estatal e não vontade do órgão, sujeitando o próprio Estado ao seu cumprimento*”.

Ainda hoje, há incompreensão e resistências com relação às três grandes inovações introduzidas pelo Estatuto. As mais duras críticas costumam partir dos setores há mais tempo estabelecidos, quando práticas equivocadas e interesses corporativistas são questionados. Por outro lado, a revolução legislativa, “per si”, mostrou-se, mais uma vez, insuficiente para modificar a realidade. O necessário aparato político-administrativo continua em vias de redefinição. Quase dezoito anos se passaram e nem tudo que o Estatuto preconizou foi, até o momento, adequadamente implementado³⁵. É certo que, para que as crianças e os adolescentes ganhem, as antigas instituições precisam sofrer algumas perdas:

[...] o Judiciário perde suas atribuições sócio-assistenciais, o Legislativo perde o seu monopólio de representação da comunidade, o Executivo perde o seu papel de único formulador e fiscalizador das políticas públicas, e os organismos filantrópicos perdem a autonomia de suas iniciativas assistenciais voltadas para a infância e adolescência (VOGEL, 1995, p. 330).

35 Por exemplo, as equipes interprofissionais destinadas a assessorar a Justiça da Infância e da Juventude (Estatuto, artigos 150 e 151).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sem dúvida, a previsão da criação e funcionamento, em todos os municípios brasileiros, de pelo menos um Conselho Tutelar, se constitui em importante inovação introduzida pelo Estatuto. Atendendo ao princípio constitucional da Democracia Participativa, insculpido no artigo 1º, parágrafo único, da Constituição Federal³⁶, a própria sociedade³⁷ não apenas delega poderes (como se dá na Democracia Representativa), mas pode participar ativa e diretamente da solução dos problemas envolvendo crianças e adolescentes.

Anteriormente, toda a responsabilidade e todo o poder decisório estavam centralizados na figura do “Juiz de Menores”³⁸, autoridade monocrática que submetia questões de cunho eminentemente social à burocracia e morosidade da máquina judiciária. Com o advento do Estatuto, o Conselho Tutelar pode “desburocratizar”, agilizando a solução dos casos onde fica caracterizado o descumprimento (por ameaça ou violação) dos direitos da criança e do adolescente, servindo como uma espécie de instância administrativa com poderes para mais rapidamente concretizar a proteção integral, ficando para a instância judicial apenas os casos contenciosos.

Entretanto, para que o Conselho Tutelar exerça o nobre papel social que lhe foi legalmente atribuído, será preciso satisfazer a uma série de condições de ordem objetiva e subjetiva, ambas indispensáveis e complementares.

As condições objetivas compreendem, entre outras: a existência, no município, de uma rede de programas de atendimento e serviços públicos que dê conta das demandas existentes; o

36 “Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.”

37 Entenda-se por “sociedade” a sociedade civil, diferenciada do Estado.

38 Ainda hoje, talvez como resquício anacrônico de um passado não muito distante, alguns Juizes da Infância e da Juventude acreditam que a “salvação” de todo adolescente usuário de drogas é a sua internação compulsória em Hospitais Psiquiátricos, mesmo quando não há laudo médico circunstanciado que a justifique.

estabelecimento de fluxos e protocolos integrados de atendimento; a abertura e manutenção de canais de interlocução com o Poder Executivo local, com o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, com os demais conselhos setoriais, com o Conselho Municipal Antidrogas, com a Câmara Municipal, com o Poder Judiciário e o Ministério Público.

Quanto às condições subjetivas, essas dizem respeito à posse de um conjunto de requisitos indispensáveis ao exercício pleno das atribuições de conselheiro tutelar (complementando as exigências mínimas previstas no Estatuto), partindo do entendimento de se trata de atuação profissional (embora de duração limitada), de caráter eminentemente técnico³⁹, e não de mero diletantismo.

Para o correto estabelecimento destes requisitos, será útil contar com a colaboração de profissionais de recursos humanos, que poderão traçar o “perfil profissiográfico” adequado, indicando o grau de escolaridade e os conhecimentos prévios necessários, compatíveis com a complexidade das atribuições, bem como as características de personalidade mais desejáveis (além das contraindicadas). Somando-se a isso, será necessário investir seriamente no processo de formação profissional sistemática e continuada⁴⁰ dos conselheiros tutelares, acompanhado de supervisão qualificada.

Tendo-se em mente a necessidade de qualificar e aperfeiçoar os conselheiros tutelares para a atuação nas questões relacionadas

39 No sentido de, freqüentemente, implicar em decisões de complexidade variável que precisam ser tomadas em função de conhecimentos técnicos. Por exemplo, não basta apenas saber noções sobre a legislação, mas também a sua aplicação em situações práticas. E nas questões que envolvem drogas, é necessário se dispor de certo grau de conhecimento científico atualizado, que se contraponha e supere o senso comum.

40 Propositamente, foi evitado o uso do termo “capacitação”, por dois motivos principais: induz a pensar, erroneamente, que há, de um lado, pessoas capazes que, com o poder de sua fala, capacitam às demais e, do outro, há pessoas incapazes que poderão se tornar capazes pela mediação dos primeiros. Usualmente, os investimentos de suposta capacitação se concentram em eventos fragmentados - estrelados por especialistas de razoável retórica - sem conexão e compromisso com a prática cotidiana local.

ao uso e abuso de drogas, como etapa específica do processo de formação profissional, serão úteis as seguintes perguntas norteadoras:

- 1ª) O que os conselheiros tutelares, em razão de suas atribuições, precisam saber a respeito?
- 2ª) Como tem sido a atuação dos conselheiros tutelares nas situações reais que envolvem o uso e o abuso de drogas?
- 3ª) Quais as crenças e preconceitos que os conselheiros tutelares possuem com relação ao tema?
- 4ª) O que os conselheiros tutelares efetivamente já sabem? Quanto desse conhecimento prévio está baseado no senso comum? Quanto desse conhecimento prévio está baseado no conhecimento científico?
- 5ª) Quais são os conhecimentos científicos a serem adquiridos e as competências a serem desenvolvidas, visando otimizar a atuação dos conselheiros tutelares nas questões relacionadas ao uso e abuso de drogas?
- 6ª) Quais as intervenções pedagógicas mais adequadas para que os conhecimentos necessários sejam construídos e as competências requeridas sejam desenvolvidas?

Por fim, é preciso lembrar que o Conselho Tutelar continua sendo uma novidade, que precisará de tempo e de trabalho árduo para se fortalecer, se impor e se firmar no cenário institucional brasileiro.

Além do mais, a revolução legislativa irrompida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, embora extremamente significativa, não foi suficiente para garantir a plena concretização dos direitos de todas as crianças e adolescentes brasileiros. Paradigmas cristalizados ainda precisam ser quebrados. Práticas arraigadas precisam ser transformadas, à luz dos conhecimentos científicos mais atualizados. Há resistências a serem rompidas, instituições arcaicas precisam ser demolidas e novas instituições precisam ser construídas.

É certo que mentalidades não mudam por decreto e a mais perfeita das leis não pode, “per si”, modificar as mazelas da realidade social. Porém, para assombro das elites, na história recente do País, há evidências convincentes de que os movimentos sociais organizados possuem enorme potencial transformador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEUST, Luiz Henrique. *Ética, valores humanos e proteção à infância e juventude*. In: KONZEN, Afonso Armando (coord.) *et al. Pela Justiça na Educação*. Brasília: FUNDESCOLA/MEC, 2000.

BRANCHER, Leoberto Narciso. Organização e gestão do sistema de garantia de direitos da infância e da juventude. In: KONZEN, Afonso Armando (coord.) *et al. Pela Justiça na Educação*. Brasília: FUNDESCOLA/MEC, 2000.

BRASIL. *Constituição (1988)*. Texto Constitucional de 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a nº 28/2000 e Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a nº 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2000.

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Índice elaborado por Edson Seda. Curitiba: Governo do Estado do Paraná, 1994.

BRASIL. Código de Menores. Lei Federal nº 6.697, de 10 de outubro de 1979. Entrou em vigor em 08 de fevereiro de 1980. Edição especialmente impressa para o Dr. Alyrio Cavallieri.

CAPRA, Fritjof. *A teia da vida. Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos*. São Paulo: Cultrix, 2000.

COSTA, Antonio Carlos Gomes da. *Infância, juventude e política social no Brasil*. In: *Brasil, criança urgente – a Lei 8069/90*. Rio de Janeiro: Columbus Cultural Editora, 1990.

GRACIANI, Maria Stela Santos. *Pedagogia social de rua*. São Paulo: Cortez / Instituto Paulo Freire, 1997.

GUIRAUD, Fernando Luiz Menezes. *Considerações sobre políticas públicas e conselhos de direitos*. Documento do Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente. Curitiba: 2003.

KONZEN, Afonso Armando. *Conselho Tutelar, escola e família – parcerias em defesa do direito à educação*. In: KONZEN, Afonso Armando (coord.) *et al. Pela Justiça na Educação*. Brasília: FUNDESCOLA/MEC, 2000.

LIBERATI, Wilson Donizeti. *O Estatuto da Criança e do Adolescente. Comentários*. Rio de Janeiro: IBPS, 1991.

LIBERATI, Wilson Donizeti; CYRINO, Púlio Caio Bessa. *Conselhos e Fundos no Estatuto da Criança e do Adolescente*. 2ª edição. São Paulo: Malheiros Editores, 1997.

SILVA, José Afonso da. *Curso de direito constitucional positivo*. 14ª ed. São Paulo: Malheiros, 1997.

SILVESTRE, Eliana; CUSTÓDIO, Sueli Sampaio Damin (coordenadoras). *Os direitos infanto-juvenis: pressupostos políticos e jurídicos para a sua concretização*. Maringá: Clichetec, 2004.

UNICEF BRASIL. *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Disponível em: www.unicef.org.br Acessado em: 22/02/2008.

VOGEL, Arno. *Do Estado ao Estatuto: propostas e vicissitudes da política de atendimento à infância e adolescência no Brasil contemporâneo*. In: PILOTTI, Francisco; RIZZINI, Irene (organizadores). *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Niño, Editora Universitária Santa Ursula, Amais Livraria e Editora, 1995.

ASPECTOS LEGAIS DA INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE TRANSTORNOS MENTAIS

*Cibele Cristina Freitas de Resende**

INTRODUÇÃO

Segundo registros do Ministério da Saúde: **“Estima-se que de 10 a 20% da população de crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais. Desse total, de 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo. Entre os males mais freqüentes estão a deficiência mental, o autismo, a psicose infantil, os transtornos de ansiedade. Observamos, também, aumento da ocorrência do uso de substâncias psicoativas e do suicídio entre adolescentes”**.¹

Contemporaneamente ao levantamento desses dados estatísticos, o **Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil**, instituído pela Portaria GM 1608 de 03/08/2004, ao traçar as diretrizes para o processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes em território nacional, editou a **Recomendação nº 01/2005**², para

* A autora é Promotora de Justiça do Ministério Público do Estado do Paraná, atuando no Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente.

1 Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil - Editora MS - Brasília DF - 2005.

2 Reunido em 17/12/04 no Rio de Janeiro. Tema: Diretrizes para

que, além da adoção de ações voltadas a reverter a tendência de recolhimento de crianças e adolescentes, seja no campo da saúde mental, da assistência social, da educação e da justiça, aconselhou que fossem criados, em contrapartida, os necessários serviços de base territorial para o atendimento em saúde mental deste público (Caps i, ambulatórios ampliados, residências terapêuticas, moradias assistidas, casas-lares e demais equipamentos compatíveis com a lógica territorial), assim como houvesse a reestruturação de toda rede de atendimento existente no sentido de afiná-la às atuais diretrizes da política pública de saúde mental, medidas estas — dentre outras importantíssimas —, que são imprescindíveis para garantir os direitos fundamentais desse público de maior vulnerabilidade.

Foi nessa perspectiva também, que o mesmo Fórum Nacional, reunido na capital paranaense em 24 de maio de 2005, emitiu a **Recomendação nº 002/05** (CARTA DE CURITIBA), ressaltando a necessidade de um diálogo permanente e conseqüente com os Operadores do Direito, no intuito de que sua ação se coadune com os princípios que norteiam as ações do cuidado em saúde mental, que, pela importância de que se reveste tal diretriz, vale a transcrição desse posicionamento, assim justificado:

“Este tema se revela crucial por convocar o entendimento e a convergência de ações entre dois campos heterogêneos em suas respectivas constelações conceituais, históricas, éticas e metodológicas, mas que para além das importantes e recíprocas contribuições tem em comum o compromisso público de assegurar à infância e à juventude seus direitos fundamentais, rompendo, assim, não só histórica, mas, também, culturalmente, com os desmandos políticos a que esses segmentos da população brasileira se vêm entregues no nosso País, particularmente, no que diz respeito à saúde, educação, vida familiar, recursos materiais, direitos e deveres cidadãos, de modo a garantir-lhes as condições exigíveis a toda e qualquer forma de dignidade da pessoa humana, consoante com o art. 1º, inc. III, da Constituição da República de 1988.”

É, portanto, nessa perspectiva, de mútua reflexão e troca de

processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes em território nacional.

conhecimentos, que, enquanto integrantes do Sistema de Justiça, elegemos o tema das **condições legais para internação psiquiátrica de crianças e adolescentes** como tema central do presente estudo, posto que, embora seja a internação a mais excepcional das modalidades de assistência psiquiátrica, é, de longe, aquela que, no ideário comum, parece usufruir de maior prestígio quanto à perspectiva de eficácia, e cujo equívoco, apesar de justificável pela extrema novidade de que se revestem as novas concepções de tratamento e recursos de atendimento para os integrantes da própria área da saúde, não pode subsistir quando em jogo o destino de vidas humanas, podendo comprometer, muitas das vezes, a única possibilidade de um real acerto.

Assim, considerando que o cuidado mental de crianças e adolescentes constitui-se em **direito à saúde de natureza fundamental** dessa população em condição peculiar de desenvolvimento e que a sua proteção envolve diuturnamente a atuação dos integrantes do Sistema de Garantias de Direitos, sobressai a importância de tecermos algumas considerações acerca das condições em que a **internação psiquiátrica** é juridicamente possível, como também sobre as competências dos órgãos envolvidos neste atendimento, como estratégia de relevante valor social no âmbito da proteção às crianças e aos adolescentes e diante do flagrante interesse difuso da população referida, ao ser exposta aos riscos do não atendimento adequado em saúde mental.

Neste viés, e para que adentremos ao centro da temática prevenidos do enfoque adotado na análise das disposições visitadas, cabe salientar, desde logo, o entendimento de que os fenômenos humanos - no caso, a questão da saúde mental - possuem sempre o caráter bio-psico-socio-espiritual. Portanto, o enfoque multidisciplinar é o único capaz de abarcá-la adequadamente, posto que, nenhuma área do saber profissional, isoladamente - nem mesmo a medicina, a psicologia, a sociologia e o direito - é suficiente para tal.

Posto isto, a primeira abordagem a ser feita é a contextualização legal do atendimento em saúde mental de crianças e adolescentes na **Rede de Assistência à Saúde Mental**, cabendo esclarecer, nesse preâmbulo, que a concepção de **saúde mental**, na atualidade, segundo os critérios da **Organização Mundial de Saúde (OMS)**, é *pautada na integração do indivíduo sob o aspecto corporal (físico/biológico), mental, emocional e espiritual, e suas relações de troca com o meio em que vive (familiar e social), de forma a sentir-se adaptado e bem relacionado com a comunidade, e possuir*

autodominio sobre a sua vida.

Importa consignar ainda que, coerentemente com o espírito da Doutrina da Proteção Integral, a **diretriz de cuidado em saúde mental** modernamente preconizada pelo Ministério da Saúde pauta-se em uma **concepção ampliada**, conforme esclarece **Luciano Elia**³:

“Na verdade, podemos conceber o ato de cuidado em saúde mental como um ato certamente clínico, mas não no sentido do tratamento de um mal, doença ou transtorno, mas de um ato que se dirige ao sujeito (psíquico, social e histórico), sujeito seja de um sofrimento psíquico específico, seja de um ato anti-social, seja de um ato toxicômano, entendendo todos esses atos como multi-determinados e não redutíveis a um processo mórbido. Nesse sentido, sustentamos que a proposta de uma saúde mental ampliada, dirigida a todos os casos (neste sentido, respeitando a universalidade da intervenção em saúde mental) em que haja um sujeito: em sofrimento, em risco social, em delito e privação de liberdade. Trata-se, assim, de uma ação em saúde mental que se pauta pela não-*psicopatologilização* dos atos e dos estados humanos, sobretudo, quando eles são relacionados com situações de determinação complexa e multifatorial.”

NORMATIZAÇÃO

As normas que tratam do cuidado em saúde mental da infanto-adolescência, especialmente no que diz respeito à **internação psiquiátrica**, diante da sua excepcionalidade, exige do intérprete a

- 3 Consultor em Saúde Mental do Ministério da Saúde. “Diretrizes Norteadoras da Ação de Saúde Mental Envolvendo Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade e em Regime de Internação sob Medidas Sócio-Educativas” - Texto contido no Anexo 7.1 do Relatório Executivo da “*Oficina de Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à saúde de Adolescentes e Jovens: caminhos para a atenção aos adolescentes com transtornos mentais em medidas de internação e internação provisória*”, realizada em Curitiba, junho de 2007 - publicado na página do Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, disponível no site do Ministério Público do Paraná:

http://www.mp.pr.gov.br/cpca/dwnld/ca_relat_oficina.doc.

melhor compreensão possível das bases jurídicas que alicerçam a concepção e a assistência da saúde mental em face do indivíduo em sofrimento psíquico. Outro fator a ser entendido pelo tradutor da lei, sobre o **cuidado em saúde mental**, é que este tem tido ao longo do tempo uma discreta evolução legislativa e também das próprias práticas terapêuticas, mas que, nos últimos anos, foi alvo de um enorme salto de qualidade, sobretudo sob a perspectiva *da boa prática e do cumprimento dos direitos humanos*, mudança esta, no entanto, que encontra ainda forte resistência por parte de muitos profissionais de saúde e mesmo dos próprios familiares de muitos pacientes, até pela falta, na prática, de alternativas ao modelo hospitalocêntrico que se pretende substituir, sem olvidar da grande carga de preconceito que sempre envolveu e envolve o campo da saúde mental de uma maneira geral.

Pois bem, adentrando aos diplomas legais que regem a matéria, propriamente ditos, temos que **Constituição Federal de 1988**, em seu **artigo 196**, assegura ser “**a saúde direito de todos e dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao **acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação**”.

A **Lei nº 8080/90**, que dispõe *sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes* e também sobre a **organização do SUS**, por sua vez, estabelece (art. 2º) que “**a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício**” e que (art. 8º) as ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

A **Lei nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001**⁴, em seu **artigo 3º**, define ser “**responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais**, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições

4 Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais”.

A **Lei Estadual 11.189/95**, a seu turno, disciplina as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais no âmbito do Estado do Paraná.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (**Lei 8.069/90**), por intermédio dos artigos **3º, 4º e 7º, §1º**, assegura a crianças e adolescentes a **prioridade de atendimento em saúde**, incluído aí, o **tratamento em saúde mental**, garantindo-o entre os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana.

Outrossim, além dos aspectos que envolvem o direito à saúde abordados pela legislação em geral, o Estatuto da Criança e do Adolescente, de forma particularizada, prevê, ainda, que, diante de um quadro de desequilíbrio entre os fatores que constituem a saúde do indivíduo infante-juvenil, quer seja ele diagnosticado como transtorno mental, quer seja este decorrente e/ou associado ou não ao uso de substâncias psicoativas, tal situação de desarmonia poderá constituir, além de um possível comprometimento psicopatológico, clinicamente considerado, também uma situação caracterizada pelo diploma especial protetivo como de risco pessoal e/ou social.

Nesses moldes, é correto concluir, com maior especificidade sobre o tema da saúde mental, que também o uso **abusivo de substâncias psicoativas** (lícitas ou ilícitas) **ou** o estado de **dependência** causado por estas, podem caracterizar, em tese, esta **situação de risco pessoal ou social** prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente, na medida em que **interferem na saúde física e mental, no desenvolvimento psicológico, no funcionamento familiar, no desempenho escolar, na participação social, na habilitação para o exercício profissional**, ao lado dos demais **comportamentos de risco** associados a essa prática prejudicial.

Essa chamada **situação de risco** (pessoal/social), a qual supõe a ameaça ou a violação de direitos de crianças e jovens, adquire relevância jurídica e passa então a ser objeto da atenção legal para fins de **proteção jurídica**, tendo em vista envolver seres humanos que estão em **peculiar fase desenvolvimento**, razão pela

qual o Estatuto da Criança e do Adolescente antevê alguns indicadores dessa condição de maior vulnerabilidade e as correspondentes medidas que deverão ser adotadas, dando margem à intervenção judiciária ou tutelar, conforme o caso, para salvaguardar a pessoa em formação.

Com efeito, conforme estabelece o **artigo 98 do Estatuto da Criança e do Adolescente**, o chamado **risco pessoal e/ou social** do indivíduo em desenvolvimento, pode ser ocasionado tanto pela ação (ou sua falta) por parte do Estado (*por ex: inexistência ou negativa de acesso ao serviço público de atendimento especializado e adequado ao caso*); por ausência, omissão ou abuso dos cuidadores (*por ex: por abandono ou incúria quanto à saúde do filho*); ou ainda, em razão da própria conduta da criança ou adolescente (*por ex: o comportamento de abusar de substâncias psicoativas, de drogas lícitas (álcool e cigarro) e/ou praticar atos infracionais*).

Diante dessas circunstâncias, origina-se para os integrantes do Sistema de Garantias (Conselho Tutelar, Ministério Público e Juízo da Infância e Juventude, Advocacia e Defensoria Pública), a responsabilidade de aplicar a essas crianças ou adolescentes considerados em **situação de risco pessoal e/ou social** alguma(s) das **medidas de proteção** pertinentes, previstas no artigo 101, do ECA, tanto as de caráter geral⁵, como as direcionadas a assegurar-lhes, de forma direta, o **direito à saúde**, posto tratem-se de indivíduos em formação, os quais não têm ainda o discernimento suficiente a respeito das conseqüências dos atos em questão. E são medidas protetivas de caráter específico: *a inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos (inciso VI, art. 98,*

-
- 5 Encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade (I); orientação, apoio e acompanhamento temporários (II); matrícula e freqüência obrigatórias em estabelecimento de ensino fundamental (III); inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente (IV); abrigo em entidade (VI); colocação em família substituta (VII).

ECA); a requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial (inciso V, art. 101, ECA).

Por sua vez, o abuso ou a dependência de substâncias psicoativas por adolescentes (ou mesmo por crianças), como fator de risco pessoal e/ou social, tem ocasionado, também, o crescimento alarmante de comportamentos ligados, direta ou indiretamente, a prática de atos infracionais,

Esse panorama, embora ainda não organizado estatisticamente pelo sistema socioeducativo, é, sem dúvida, um fato admitido e reconhecido por aqueles que militam nesta e noutras áreas afins, causando grande preocupação a todos os incumbidos de sobretudo de fiscalizar as políticas públicas, num país em que os direitos da infanto-adolescência necessitam de afirmação cotidiana, dada a pouca percepção sócio-cultural (e também política) dessa singular e determinante fase do desenvolvimento humano, como também pela indiferença social quanto ao fato de que a onda de marginalização dos jovens de baixa-renda é fruto do histórico processo de exclusão social das várias gerações que os precederam, e que este processo continua lhes empurrando para a margem, na medida em que, ainda, não lhes é oportunizado um projeto de vida.

Oportuno também registrar sobre as características da adolescência “que esse processo de transição inclui conflitos de ambivalência que raramente se revelam de modo direto, mas que devem ser responsabilizados pelas incongruências que constam da conduta do adolescente. Assim, a violência, a formação de grupos e gangues, o uso de drogas, podem se revelar em fundamentos de pedidos individuais que vão buscar eco no âmbito da sociedade.”⁶

Desse modo, a corriqueira conjugação desses dois fatores de risco, ou seja, o uso de substâncias psicoativas e o comportamento conflitante com a lei, acarretam, a seu turno, um problema ainda mais complexo a ser objeto de especial atenção das políticas públicas que deverão interagir com o Sistema de Justiça para construir ações de enfrentamento e soluções conjuntas, de caráter multidisciplinar e intersetorial, sob a estratégia socioeducativa, pedagógica e inclusiva, e não meramente punitiva.

6 BUCHER, R. Prevenção ao uso de drogas, volume 1. Brasília - Editora Universidade de Brasília, 1989.

A essa altura, sobressai pontuar que a atuação do Sistema de Justiça deveria ser a última fronteira para assegurar o direito à saúde de nossos meninos e meninas, e até mesmo o direito à própria vida, diante do que se constata diariamente das trágicas estatísticas brasileiras de mortes violentas. Porém, a sua intervenção tem sido verdadeira regra para possibilitar o acesso ao atendimento dessa população, especialmente os mais pobres, por ausência de políticas públicas suficientes ou eficazes que realmente os formem, cuidem e promovam.

Outrossim, contrariando o que se poderia esperar, o Judiciário e o Ministério Público têm sido convocados a agir, predominantemente, quando nossa juventude passa a despertar a atenção da sociedade por “incomodar” a idealizada “paz social”, ao invés de merecerem as iniciativas voltadas a assegurar-lhes o tratamento e o respeito de que são titulares como sujeitos de direitos, que são, à vida e ao desenvolvimento sadio e digno.

Por sua vez, o Sistema de Justiça, ao responder a essa provocação social, age, muitas vezes, em sentido diametralmente oposto à inclusão e ao resgate do projeto de vida desses meninos, movimentando-se, com maciça prevalência e imbuído de um gigantesco engano, no sentido de buscar as formas julgadas mais “eficazes” e “instantâneas” de “recuperação”, e que repetem, não por acaso, o mesmo modelo segregacionista e excludente de que sempre foram vítimas aqueles que se pretende, agora pela caneta do Estado-Juiz, “tratar” ou “recuperar”.

Portanto, a partir dessa necessária reflexão sobre o papel que estamos exercendo (ou não) para uma verdadeira transformação social e voltando ao tema dos mecanismos legais de garantia ao *direito à saúde mental da população infanto-juvenil*, verificamos que o seu atendimento se encontra inserido na lógica da *Rede de Assistência à Saúde Mental*, a qual, todavia, deve interagir com outras redes sociais de atenção (educação, cultura, esporte, lazer, assistência social, etc.).

Conforme registra o Promotor de Justiça Ângelo Mazzuchi Santana Ferreira:

“A CF/88, em seu art. 196, determinou que a saúde fosse prestada pelo Estado, por meio de políticas públicas que organizariam um conjunto de ações e serviços de saúde nos termos do art. 4º da lei 8080/90.”

Assim, a previsão para a saúde mental é o fornecimento dos

serviços de saúde mental em forma de “rede de assistência”, que significa diversos serviços interligados a partir do serviço básico de saúde nos termos da Portaria/SNAS nº 224/92, tendo como ingresso as Unidades Básicas de Saúde, que distribuem os pacientes de acordo com suas necessidades pelos demais serviços - NAPS, CAPS, hospitais-dia e, leitos ou alas de psiquiatria em hospitais gerais.”⁷ (*grifos nossos*)

Num segundo prisma dessa temática, ou seja, do cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes, constata-se que seja qual for a natureza do transtorno mental (adotando-se inclusive a concepção ampla de sofrimento psíquico), ou seja, decorra ou não, associe-se ou não ao uso de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) – a sua atenção está hoje prevista na mesma rede de assistência disponível a pacientes adultos, com algumas poucas exceções, como a que diz respeito à modalidade de atendimento efetuada pelos **Centros de Atendimento Psicossocial - CAPs**, os quais contam com a previsão legal de alguns serviços especializados, como o **CAPs AD**⁸ - Álcool e Drogas (que muitas vezes não atendem a clientela infanto-juvenil) e o **CAPs I**⁹ - **Infantil** (recurso especializado, porém, muito mais raro que todos os outros).

-
- 7 Texto extraído da petição inicial da Ação Civil Pública nº 273/06 proposta na Comarca de Cascavel/PR.
 - 8 **CAPS AD - Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas**, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características: a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local; (...).
 - 9 **CAPS i - Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes**, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características: a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais; (...).

Ocorre que a criança ou o adolescente, seja usuário abusivo ou dependente de substâncias psicoativas, assim como a criança ou o adolescente que padeça de sofrimento psíquico derivado de outras causas, é, no âmbito dos serviços de saúde mental infanto-juvenis, **sujeito de direito de cuidados médicos especializados** através do *sistema público de saúde*, a quem devem ser garantidos todos os princípios aplicáveis ao SUS¹⁰ e também todos aqueles princípios específicos consagrados à população infanto-adolescente, os quais se encontram respaldados pela Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente, especialmente, os princípios da

10 Isto é, o **acolhimento universal**, pelo qual toda a demanda que chega deve ser acolhida (recebida, ouvida e respondida); o **encaminhamento implicado**, promovendo-se o encaminhamento do caso, de forma responsável, com o seu acompanhamento até o seu novo destino, caso não tenha o primeiro serviço a competência técnica para o atendimento da demanda; a **construção permanente da rede**, ou seja, as ações e intervenções meramente técnicas (ações terapêuticas, medicações, etc.) devem interligar-se com outros equipamentos do território; o **território**, como sendo o campo em que as experiências do sujeito se incluem (lugar psicossocial); e a **intersetorialidade** da ação de cuidado, que vai além do trabalho clínico, mas que interliga-se com outras políticas e serviços, buscando ações emancipatórias, a qualidade plena de vida e a inclusão e participação comunitária. **Fonte:** *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil - Ministério da Saúde, Publicação editora MS, Brasília-DF -2005.*

Prioridade Absoluta¹¹ e da Proteção Integral¹².

Assim, embora a **internação psiquiátrica** seja apenas *uma das formas* de tratamento, e a mais *excepcional* delas, para os fins almejados neste estudo, interessa-nos a abordagem legal específica sobre esta modalidade de assistência, na medida em que se buscará definir aos parâmetros jurídicos que cercam a questão da hospitalização de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais, fazendo-se necessário, nesse intuito, repassar, preambularmente, os aspectos legais de caráter geral que norteiam os internamentos em saúde mental, para, na seqüência, adentrar às condições específicas, e mais restritivas, que se aplicam ao público infanto-juvenil.

-
- 11 Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com **absoluta prioridade**, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende: a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude (ECA).

- 12 Segundo a Convenção dos Direitos da Criança, aprovada em novembro de 1989 pela Resolução nº 44 da Organização das Nações Unidas, e subscrita pelo governo brasileiro em 26 de janeiro de 1990, a **Doutrina da Proteção Integral** é alicerçada em três pilares:
1. O reconhecimento da peculiar condição da criança e do jovem como pessoa em desenvolvimento, titular de proteção especial.
 2. Crianças e jovens têm direitos à convivência familiar.
 3. As Nações subscritoras obrigam-se a assegurar os direitos insculpidos na Convenção, com absoluta prioridade.

II - INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS – CONDIÇÕES LEGAIS DE SUA INCIDÊNCIA AOS PACIENTES EM GERAL

Historicamente, consoante esclarece ANA MARIA GALDINI ODA, em sua dissertação de mestrado *“Aspectos Históricos da Internação Psiquiátrica no Brasil”*, a internação psiquiátrica em nosso país e também no mundo era considerada a única forma de tratar os doentes mentais. Muitos indivíduos, doentes ou não, eram recolhidos às cadeias públicas por apresentarem comportamentos “inadequados” ou perigosos, enquanto que, generalizadamente, costumavam ser denominados como loucos, alienados, insanos ou doidos, entendendo-se que aqueles comportamentos refletiam um “desarranjo mental”.¹³

Essa concepção foi aos poucos dando lugar ao reconhecimento de que aqueles que eram considerados *doentes mentais* deveriam ser encaminhados aos *hospícios*, ao passo em que com a evolução da assistência psiquiátrica surgiram os primeiros estabelecimentos dessa natureza (segunda metade do século XIX), sendo que *“à época do nascimento da assistência psiquiátrica brasileira, a internação era vista como única forma possível de tratar os alienados, sendo o isolamento considerado essencial, “(...) contribuindo ao mesmo tempo para a paz e bem estar das famílias dos mesmos, e para a ordem e tranqüilidade da sociedade em geral” (administrador Frederico de Alvarenga, 1880).”*¹⁴

Observa a autora, ainda, que cada texto legislativo federal reflete o contexto histórico em que é vista a doença mental no Brasil e seus recursos terapêuticos, sendo que, de forma notadamente evolutiva, pode se ver que a **Lei nº 1.132 de 1903** procurou

13 Medeiros, T. Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, UFRJ, 1977, *apud* “Aspectos Históricos da Internação Psiquiátrica no Brasil”- Ana Maria Galdini Raimundo Oda, UNICAMP, <http://www.sppc.med.br/mesas/anamariagaldini.html>

14 Província de São Paulo, Relatórios dos Presidentes: 1883, 1887 e 1889, Disponível em: <http://www.crijukebox.uchicago.edu/bsd/bsd/hartness/menthosp.html>, *apud* “Aspectos Históricos da Internação Psiquiátrica no Brasil”- Ana Maria Galdini Raimundo Oda, UNICAMP.

reorganizar a assistência a alienados, buscando a medicalização dos hospícios, refletindo a consolidação da psiquiatria como especialidade médica.

Alguns anos mais tarde, o **Decreto nº 24.559 de 1934** passa a dispor sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos, etc., sendo que, segundo este decreto – é interessante destacar - *os psicopatas, os toxicômanos e os intoxicados habituais, além dos suspeitos de doença mental eram passíveis de internação sempre que apresentassem comportamento inconveniente às famílias e a reinserção social era apenas destinada aos doentes tranqüilos.*

Em **1989**, surge o **Projeto de lei nº 3.657**, que pretendia a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, regulamentando, também, a internação psiquiátrica compulsória.

Somente em **2001**, no entanto, é que entra em vigor a **Lei nº 10.216**, que disciplina na atualidade as internações psiquiátricas no Brasil, marcando a chamada **Reforma Psiquiátrica**, baseada na concepção de que a internação hospitalar deve ser considerada apenas como mais um dos recursos terapêuticos existentes, garantindo ao doente mental seus direitos básicos, inclusive, de ter acesso, numa rede de assistência múltipla, aos melhores recursos terapêuticos disponíveis a serem indicados de acordo com o melhor diagnóstico.

Consoante a normativa federal em vigor, a internação para tratamento mental, em qualquer de suas modalidades (**voluntária, involuntária e compulsória**)¹⁵, só **será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes**; terá

15 Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e,
- III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

como objetivo a reinserção do paciente em seu meio social; e exigirá estrutura capaz de oferecer-lhe assistência integral, tais como **serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros** (artigos 3º e 4º), razão pela qual é expressa e totalmente proibida a internação de pacientes com transtornos mentais em instituições asilares, as quais não possuam condições de resguardar-lhes todos os direitos enunciados na lei.

Além do caráter excepcional da medida em questão, impõe ressaltar que, **em qualquer modalidade, a internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado** que caracterize os seus motivos, *ex vi* da exigência contida no **artigo 6º** da Lei nº 10.210/01.

Nesse ponto, abre-se um importante parêntese para asseverar que, segundo a interpretação possibilitada pela especificidade desta norma jurídica (de caráter condicionante e restritivo às internações psiquiátricas), a previsão do **laudo médico circunstanciado**, consiste numa **exigência mínima**, sendo, ao nosso ver, de todo desejável que a indicação prévia dessa espécie de atenção seja buscada, *sempre que possível*, na **perspectiva multidisciplinar**, posto que é na concepção de uma **assistência integral** (do indivíduo como um todo) que o modelo hospitalar de atenção psiquiátrica foi delineado pela chamada Reforma.¹⁶

É preciso ter em mente, ainda, que, diante da concepção ampliada da saúde mental mencionada no início deste estudo, a idéia de denominações, rótulos e diagnósticos fechados, não interessa, concretamente, a esse **sujeito de direito ao cuidado integral**, mas sim, a ele aproveita muito mais a realização de **ações em saúde mental** que tenham por lógica ultrapassar a visão restrita a uma nosologia psiquiátrica específica e que venha a considerar seu comportamento exterior (seja de sofrimento, de vício, de risco social, de comportamento infracional, etc.) sob a perspectiva do seu histórico de vida, das condições sócio-familiares que o cercam, fatores esses, dentre outros, que de forma multideterminante o levaram ao estado em que se encontra, possibilitando que, também de forma

16 Ilustrativamente, é o que claramente pode ser compreendido da intenção contida no inciso II do parágrafo único do artigo 2º da Lei nº 10.216/01º, segundo a qual o paciente deve ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua **recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.**

multidisciplinar, seja olhado e atendido em suas necessidades.

Posto isto e voltando às disposições legais aplicáveis, anota-se que o artigo 6º, parágrafo único, da Lei nº 21.216/01, define como **modalidades de internação psiquiátrica**: a **internação voluntária**: que é aquela que se dá *a pedido* ou *com o consentimento* do usuário (mediante declaração assinada no momento da internação); a **internação involuntária**: que é a que se dá *sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro* (a ser comunicada ao Ministério Público em 72 horas); e a **internação compulsória**: determinada por *ordem judicial*.

Especialmente em relação à **internação compulsória**, isto é, ordenada judicialmente, o artigo 9º prevê, ainda, que esta é determinada segundo a legislação vigente, pelo juiz competente, que deverá examinar, também, as condições de segurança do estabelecimento quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Não é demasiado enfatizar, novamente, que qualquer internação psiquiátrica, inclusive a imposta judicialmente, é condicionada à presença de um laudo médico circunstanciado que caracterize seus motivos, segundo a textual exigência do artigo 6º da Lei nº 10.216/01.

Em resumo, a elementar conclusão cabível a partir da comparação dos dispositivos legais aplicáveis a esta última modalidade, da **internação compulsória** (artigo 6º e 9º da Lei nº 10.216/01), é a de que, diante de uma avaliação médica que indique ser a internação psiquiátrica absolutamente necessária para assegurar a saúde do paciente naquele momento, e não se tratando das hipóteses de internação voluntária ou involuntária, além do laudo médico, esta somente deverá ser ordenada após a verificação, pelo Juízo, das condições de segurança quanto ao paciente, demais internos e funcionários, o que pressupõe uma prévia avaliação nesse sentido, por meio de diligências julgadas úteis e necessárias em cada caso, diante da grande responsabilidade que enseja tal decisão.

Posto isto, cabe adentrarmos às considerações sobre a aplicabilidade da predita legislação em relação ao *público infanto-juvenil* quanto às três modalidades de internação: **voluntária, involuntária e compulsória**, objetivando estabelecer quais são as condições legais específicas para a internação de pacientes menores de idade, na medida em que se distinguem dos adultos quanto à capacidade jurídica, à compleição física (em regra, mais frágil), e às

necessidades relacionadas à imaturidade física e psíquica.

Para tanto, o primeiro registro normativo a ser efetuado em caráter geral é de que o referido Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934, já mencionado ao tratarmos da evolução legislativa, estatua que os “*menores somente poderiam ser recebidos em estabelecimentos psiquiátricos a eles destinados ou em seções especiais dos demais estabelecimentos desse gênero*”.

Este decreto, que tratava diretamente em seu artigo 3º, §2º, do assunto em pauta, se encontra hoje integralmente **revogado**, muito embora nenhuma lei posterior tenha, de modo expresse, suprido a lacuna por ele antes especificamente disciplinada, o que poderia gerar, em tese, alguma discussão acadêmica sobre eventual subsistência da predita disposição.

Fato é que, olhando todo o arcabouço constitucional e infra-constitucional vigente, **não** há como defender a **obrigatoriedade de hospitais especializados em psiquiatria infanto-juvenis**, visto que além de posicionados na contramão da histórica **Reforma Psiquiátrica** brasileira — construída sobre os pilares da desospitalização e da inclusão social—, estar-se-ia, a pretexto de uma atenção terapêutica especializada, reforçando a ultrapassada idéia segregacionista, reservada àqueles que destoam dos padrões sociais de “normalidade”, em grave desconsideração à condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento e o seu direito de crescer e desenvolver-se em condições de liberdade e dignidade, junto ao convívio familiar e comunitário. Enfim, contrariando toda a doutrina da Proteção Integral consagrada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

Com efeito, o Estatuto da Criança e do Adolescente preconiza que a interpretação desta lei levará em conta os **fins sociais** a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e a **condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento**.

Em conseqüência, predomina na escolha dos valores em evidência o Princípio do MELHOR INTERESSE, entendido *como*:

“(...) princípio orientador tanto para o legislador como

para o aplicador, determinando a primazia das necessidades da criança e do adolescente como critério de interpretação da lei, deslinde de conflitos, ou mesmo para elaboração de futuras regras.

(..)

“Princípio do melhor interesse é, pois, o norte que orienta todos aqueles que se defrontam com as exigências naturais da infância e juventude, materializá-lo é dever de todos.”¹⁷ (grifamos)

E vem ao encontro às *exigências naturais* da infanto-adolescência, os precisos comentários do Promotor de Justiça *Ângelo Mazzuchi Santana Ferreira*¹⁸, erigidos para reforçar o caráter de excepcionalidade da internação psiquiátrica, quanto aos malefícios da política antiga do isolamento prolongado de pacientes portadores de transtorno mental, impregnados de preconceito, baixa resolutividade, porém, sem descurar que essa medida, quando estritamente necessária (tais como em casos de surtos e crises agudas), deve procurar miscigenar *intervenção terapêutica com integração social*. É de se ver:

“Assim a Lei 10.216/2001, em seu art. 2º antevê que todo tratamento a padecentes de doenças mentais, deve se dar pelos meios menos invasivos possíveis e, preferencialmente, em regime extra-hospitalar.

Esta lei corou um movimento que ‘não luta contra leitos psiquiátricos’, mas sim contra leitos em hospital fechado, o chamado ‘hospital integral’, dantes denominado de hospício ou manicômio”.

17 Amin, Rodrigues Andréa e outros, in “Curso de Direito da Criança e do Adolescente - Aspectos Teóricos e Práticos”, 2ª edição, Lúmen Júris Editora, IMDFAM - Coordenado por Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade Maciel.

18 Texto extraído da petição inicial da Ação Civil Pública nº 273/06 - proposta pelo Promotor de Justiça Ângelo Mazzuchi Santana Ferreira - Comarca de Cascavel- Pr.

A lei citada recepcionou a lei estadual 11.189/95, e ambas vedam qualquer tratamento que exclua o paciente do meio social em que deve viver, daí a busca de uma alternativa ao sistema de segregação dos hospitais especializados em psiquiatria e, este modelo foi o atendimento essencialmente em rede extra-hospitalar, com aporte de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, restritos, porém, aos casos excepcionais, com indicação médica que laudatoriamente, demonstre a indispensabilidade desta medida.”¹⁹ (destacamos)

Em suma, a internação em regime hospitalar é, segundo a legislação em vigor, marcada pelas características da excepcionalidade e transitoriedade, do ponto de vista da sua incidência e forma de tratamento, razões pelas quais outras formas de tratamento **devem ser tentadas antes e somente adotada a internação quando tais tentativas foram frustradas (artigo 4º, Lei nº 10.216/01)**, assim como sua duração deve ser considerada, apenas, quanto à necessidade terapêutica de permanência em ambiente hospitalar, de preferência, de caráter geral. Além disso, deve objetivar a progressão para outra modalidade menos invasiva e a reinserção do paciente em seu meio social e familiar no menor tempo possível, de modo a permitir que este mantenha a vividos seus vínculos, tanto na esfera dos relacionamentos pessoais, como aqueles de natureza profissional ou escolar.

INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS – ASPECTOS LEGAIS ESPECÍFICOS DA INFANTO-ADOLESCÊNCIA

Dentro dessa mesma lógica jurídica já perscrutada quanto aos adultos, a internação psiquiátrica de crianças e adolescentes, quando for absolutamente imprescindível e justificada sob o ponto de vista de sua saúde e relacionada a necessidade de seu cuidado em ambiente hospitalar, poderá ocorrer, preferencialmente, em leitos psiquiátricos de curta permanência em hospitais gerais, especialmente quando se tratarem de intervenções mais breves — v.g. como aquelas para conter surtos e realizar a desintoxicação

19 Texto extraído da inicial da Ação Civil Pública nº 273/06, proposta na Comarca de Cascavel-PR.

quando não seja indicada a permanência no próprio meio —, de forma a diminuir os “efeitos colaterais” da estigmatização do paciente, sobretudo do jovem, por se encontrar numa fase especial, curta e essencial, da formação de sua personalidade.

E nessa mesma linha restritiva, que norteia as internações como modelo assistencial, a **Lei Paranaense nº 11.189/95**, recepcionada pela **Lei Federal nº 10.216/01**, posiciona-se igualmente pelo caráter excepcional das internações psiquiátricas, contemplando, inclusive, norma restritiva à expansão dos hospitais psiquiátricos, ao condicionar, à prévia aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde, a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, com também para a contratação e financiamento pelo setor público de novos leitos nesses hospitais²⁰.

De forma mais específica e particularmente interessante a este estudo, frisa-se o nosso entendimento de que lei estadual referida, de modo implícito, admite a possibilidade de **internação voluntária apenas aos maiores de idade**, vez que esta é condicionada à expressa manifestação do paciente, de acordo com o seu entendimento sobre a natureza do procedimento médico restritivo de sua liberdade. Confira-se:

Art. 1.º Com fundamento em transtorno da saúde mental, ninguém sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direitos, internações de qualquer natureza ou outras formas de privação de liberdade sem o devido processo legal nos termos do Artigo 5º, inciso LIV, da Constituição Federal.

Parágrafo único. A internação voluntária de maiores de idade em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares exigirá laudo médico que fundamente o procedimento, bem como informações que assegurem ao internado formar opinião, manifestar vontade e compreender a natureza de sua decisão. (destacamos)

Diante do exposto, salienta-se que a análise sobre as condições legais de internação de crianças e adolescentes segue, num primeiro momento, o que dispõem as leis sobre a saúde mental incidentes aos pacientes em geral, e, no que é

20 Artigo 3º da Lei Estadual nº 11.189/95.

específico a esse público, atende o que estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente e o próprio Código Civil, num exercício de integração sistêmica, considerando o tratamento protetivo dado aos menores de idade e suas causas de diferenciação, sob o manto da Doutrina da Proteção Integral e os fundamentais princípios orientadores do Direito da Criança e do Adolescente: a prioridade absoluta, o princípio do melhor interesse e o princípio da municipalização do atendimento.

Porém, antes da abordagem particularizada sobre cada modalidade de internação, há que se pontuar, ainda, algumas noções introdutórias e de caráter geral sobre a questão da **capacidade e da incapacidade jurídica em razão da idade**, lembrando que, segundo o que dispõe o artigo 1º do Código Civil, a noção de capacidade jurídica é dada quanto à maior ou menor extensão dos direitos e das obrigações de uma pessoa, sendo a capacidade a regra e a incapacidade, sua exceção.

Como preleciona a professora *Maria Helena Diniz*²¹ “O instituto da incapacidade visa proteger os que são portadores de alguma deficiência jurídica apreciável, graduando a forma de proteção que para os absolutamente incapazes (CC, art. 3º) assume a feição de representação, uma vez que estão completamente privados de agir juridicamente, e para os relativamente incapazes (CC, art. 4º) o aspecto de assistência, já que têm o poder de atuar na vida civil, desde que autorizados.”

E explica a autora:

“Os artigos 3º e 4º do Código Civil são de imperatividade absoluta ou impositiva, pois determinam o estado das pessoas com a convicção de que certas relações e determinados estados da vida social não podem ser deixados ao arbítrio individual, o que acarretaria graves prejuízos para a ordem social.”

Já quanto aos **relativamente incapazes** — menores de 18 e maiores de 16 anos — entende-se que “a sua pouca experiência ou insuficiente desenvolvimento intelectual não possibilitam sua plena participação na vida civil, de modo que os atos jurídicos que praticarem só serão reputados válidos se assistidos pelo seu

21 Curso de Direito Civil Brasileiro - Teoria Geral do Direito Civil - 1º Volume - Editora Saraiva, 20ª edição, pág. 141.

representante.”²²

Assim, a incapacidade jurídica é pautada na presunção da incapacidade psíquica para assumir obrigações e exercer direitos, sem a representação ou assistência do adulto responsável, sendo que no caso dos relativamente incapazes, esta presunção é apenas diminuída em relação ao indivíduo adulto (maior de idade).

Quanto aos menores de 16 anos, considerados pela lei como absolutamente incapazes, “(...) devido à idade não atingiram o discernimento para distinguir o que podem ou não fazer, o que lhes é conveniente ou prejudicial. Dado seu desenvolvimento mental incompleto carecem de auto-orientação, sendo facilmente influenciáveis por outrem.”²³

INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA

De maneira simples e direta, decorrente da própria definição sobre *capacidade civil*, pode-se concluir que o paciente menor de 16 (dezesseis) anos idade, não é passível de internação sob a modalidade voluntária, visto que este, *por presunção legal prevista em norma de ordem pública*²⁴, — inafastável pela vontade das partes — é totalmente incapaz de compreender a natureza de sua decisão e com base nisso, de *per se*, aderir ao tratamento sob esta forma terapêutica.

Admite-se, no entanto, a manifestação de vontade pessoal do indivíduo considerado pela lei como **relativamente incapaz**²⁵ em razão da idade, ou seja, do maior de 16 anos e menor de 18 anos de idade, desde que assistido por seus pais ou responsável legal, na medida em que, se presume legalmente, possui *certa ou alguma* condição para discernir e aceitar a forma de tratamento que lhe é indicada.

Por outro lado, a vontade derivada do poder familiar ou de tutela, não pode substituir a decisão própria do paciente menor de

22 Op. citada, pág. 154.

23 Op. citada, pág. 142.

24 Artigo 3º, inciso I, do Código Civil.

25 Artigo 4º, inciso I, do Código Civil.

idade, posto que envolve aspectos personalíssimos da pessoa humana, como a liberdade e a saúde, não suscetíveis de disposição por outrem, ainda que seja seu parente próximo ou responsável legal.

Em síntese:

- a) A modalidade de **internação voluntária** é **inaplicável** aos menores de 16 anos de idade (absolutamente incapazes, art. 3º, I, Código Civil), diante da presunção legal da ausência de discernimento para formar opinião, manifestar sua vontade e compreender a natureza de sua decisão, quanto à esta excepcional forma de cuidado em saúde mental em ambiente hospitalar. Assim, menores de 16 anos de idade não poderão (voluntariamente) internar-se para tratamento por não possuírem capacidade jurídica para manifestarem, *per se*, a vontade de aderir ao tratamento médico sob o modelo assistencial da internação psiquiátrica, pois esta afeta direitos personalíssimos, como a saúde e a liberdade, os quais são indisponíveis pela vontade de um representante.
- b) Menores de 18 anos e maiores de 16 anos de idade (relativamente incapazes), podem internar-se voluntariamente, desde que se manifestem neste sentido e haja, também, a concordância e a assistência de seu responsável legal, nos termos da lei civil.
- c) Quando houver discordância do menor de 18 e maior de 16 anos (relativamente incapaz), não poderá haver a internação sob a forma de internação **voluntária**, já que, como visto, a vontade dos seus responsáveis não pode ser considerada como substitutiva da sua própria vontade, para fins de anuência ao tratamento.
- d) Se houver a manifestação de vontade de internar-se, por parte do menor de 18 e maior de 16 anos (relativamente incapaz), porém, haja a discordância dos seus pais ou responsável legal — havendo um laudo médico a recomendando —, a internação deverá ser

buscada por meio da via **compulsória**, ou seja, requerida em juízo, visto que o paciente, neste caso, não pode, sozinho, manifestar validamente o seu desejo, sem a assistência do responsável legal, cuja negativa ou omissão quanto à providência, deverá ser analisada judicialmente para eventual suprimimento da autorização.

INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA

Como retro mencionado, a internação **in**voluntária é a que se dá a pedido de terceiro, porém, sem o concurso de vontade do paciente, quer porque não queira o tratamento ou porque não tenha condições de expressar tal consentimento, e sempre mediante prévio laudo médico circunstanciado.

Para a análise dessa modalidade de internação, é oportuno distinguir entre a internação psiquiátrica involuntária em situação comum de tratamento e a internação psiquiátrica involuntária em caráter emergencial, sendo que iniciaremos pela primeira situação.

Para ambas as situações, se preenchidos os requisitos previstos na Lei nº 10.216/01 (aos pacientes em geral) e somarem-se a estes, outras condicionantes de caráter específico fundadas na Doutrina da Proteção Integral, tanto o menor de 18 e maior de 16 anos (relativamente incapaz) como o menor de 16 anos (absolutamente incapaz), mesmo que discordem da medida de internação, poderão, em tese e a princípio, ser **internados involuntária ou compulsoriamente**, desde que respeitados os requisitos a seguir explicitados.

A primeira dessas particularidades diz respeito ao fato de que, tanto na internação **involuntária** como na **compulsória** de crianças e adolescentes, em face do *direito de manifestarem sua OPINIÃO*, que lhes é assegurado pela “**Convenção sobre os Direitos da Criança**”, e também diante do *direito ao ACESSO À JUSTIÇA*, resguardado pelo **artigo 141** do Estatuto da Criança e do Adolescente, é preciso

considerar — juridicamente — esta *insurgência* manifestada quanto ao ato de internação, visto que, por força de lei, a *opinião* do indivíduo infantil ou juvenil pode produzir o *efeito jurídico* de garantir-lhe o direito à representação ou à assistência legal, conforme o caso, para fins de defesa de seus interesses ou ponto de vista.

Dispõe o **artigo 12 da Convenção sobre os Direitos da Criança**²⁶, *in verbis*:

1. Os Estados Partes assegurarão à criança que estiver capacitada a formular seus próprios juízos o direito de expressar suas opiniões livremente sobre todos os assuntos relacionados com a criança, levando-se devidamente em consideração essas opiniões, em função da idade e da maturidade da criança.
2. Com tal propósito, se proporcionará à criança, em particular, a oportunidade de ser ouvida em todo processo judicial ou administrativo que afete a mesma, quer diretamente quer por intermédio de um representante ou órgão apropriado, em conformidade com as regras processuais da legislação nacional. (grifos nossos)

Outrossim, em face do que prevêm os **artigos 9º, inciso II, do Código de Processo Civil e 142, parágrafo único, do Estatuto da Criança e do Adolescente**, é legalmente resguardada a possibilidade de que os menores de idade tenham *curadores* nomeados judicialmente para a defesa de seus interesses, quando houver *colidência entre os seus interesses e os interesses de seus pais (ou representante legal)*, ou, ainda, *quando carecerem de representação ou assistência legal*, mesmo que de forma eventual.

Isso quer dizer que, se houver manifesta discordância em submeter-se ao tratamento psiquiátrico hospitalar por parte do paciente menor de 18 anos de idade (ainda que contando com o auxílio de terceiros para tal), e tendo este garantido o

26 Decreto nº 99.710 de 21 de novembro de 1990 que promulga a Convenção adotada pela Assembléia Geral da ONU em 20.11.1989.

acesso à Justiça (Defensoria Pública, Ministério Público e Poder Judiciário), consoante as normativas acima mencionadas e também o princípio constitucional da *ampla defesa*, terá ele o **direito de questionar o tratamento que lhe está sendo impingido mediante a representação de um advogado, se necessário, nomeado para a defesa de seu ponto de vista ou interesse, deslocando para o Judiciário a responsabilidade da decisão sobre a sua internação.**

Ainda, nessa mesma linha de raciocínio, outra hipótese a ser considerada é a possível colidência de interesses quando houver a intenção do adolescente (ou, hipoteticamente, da criança) de ser internado para tratamento e a (eventual) discordância ou ausência de seus pais ou representantes, caso em que, também, é indicada a nomeação de um curador para a defesa da sua vontade.

Nestas duas hipóteses, a criança ou o adolescente poderiam vir a ser beneficiados com o suprimento judicial da autorização, possibilitando-lhes a internação (compulsória), mas sempre respeitada a ouvida da criança ou adolescente (não, necessariamente, claro, seguida sua opinião).

Ressalta-se que segundo o **Código de Ética Médica** é vedado ao médico “Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em iminente perigo de vida”. Essa previsão, com certeza, reforça a idéia de que sempre deva ser analisado o contexto dessa insurgência, inclusive a liberdade e a capacidade do paciente para decidir, bem assim, a gravidade do seu estado de saúde e as opções de tratamento, recomendando-se, em caso de dúvida, a autorização judicial para a intervenção julgada necessária, fora dos casos de iminente perigo de vida.

Em síntese, na **internação involuntária**, ou seja, sem a concordância do paciente e a pedido de terceiros (havendo recomendação médica laudatória), **no caso de crianças e adolescentes, esta somente é recomendável em situações emergenciais**, como em surtos ou em crises agudas, ou em casos de risco iminente à vida ou à integridade física própria ou de terceiros, e sempre em caráter transitório (pelo período

correspondente ao tratamento da situação excepcional). Deve, também, ser obrigatoriamente comunicada ao Promotor de Justiça da Infância e Juventude no prazo de 72 horas, com cópia ao Promotor de Justiça de Proteção à Saúde.

Excetuado os casos emergenciais, como visto no início, havendo clara discordância do paciente menor de idade, mas a intenção dos pais ou responsável quanto à internação (laudatoriamente prescrita), e após esgotadas as alternativas de explicações e orientações, caberá buscar-se a **internação pela via compulsória**, com o objetivo de garantir à criança ou ao adolescente o direito de manifestar sua opinião e de acesso à justiça, possibilitando, também, a manifestação prévia do Ministério Público.

Volta-se a frisar, no entanto, que em situações emergenciais, mostrando-se necessária a internação e presentes seus motivos autorizadores – disciplinados na Lei nº 10.216/01 -, dispensável torna-se ordem judicial para efetuar tratamento hospitalar, segundo a orientação já contida na Recomendação Administrativa nº 01/07 do Ministério Público do Paraná.

Por outro lado, a **internação involuntária de criança ou adolescente**, mediante laudo médico circunstanciado, é também possível na hipótese de **proteção ao nascituro**, nos casos em que a jovem que esteja grávida e em decorrência do transtorno mental ou dos efeitos causados pelo uso abusivo de drogas, esteja pondo em risco iminente a vida do feto ou a sua própria vida.

Porém, fora dos casos de risco iminente à vida do feto ou da mãe, o procedimento recomendável nesta hipótese é também o da internação **compulsória**.

Isto posto, em casos de internações de crianças e adolescentes, excetuando-se as situações emergenciais acima ressaltadas, as cautelas devem ser redobradas quando se tratar de paciente que, embora menor de idade, tenha condições de expressar o motivo de sua contrariedade, e não estiver em situação de risco iminente, visto que, não é fato estranho aos que militam nesta área, que as novas diretrizes da assistência em saúde mental é

extremamente recente no país e, muitas vezes, constatamos que as suas novas concepções não estão ainda totalmente assimiladas por todos os profissionais da área médica, e menos ainda, por pessoas leigas, ainda que bem intencionadas, porém, mal informadas.

Tais cautelas são também justificadas, sobretudo, em vista dos riscos de possíveis internamentos precoces, inadequados e deletérios da população infanto-juvenil, diante da notória ausência, em todas as regiões do Brasil, de uma rede de assistência em saúde mental múltipla e especializada.

Outra razão para que essas internações psiquiátricas sejam vistas ainda com maior cautela é também a reconhecida insuficiência de políticas públicas intersetoriais e das redes de apoio de que tanto necessita esse segmento, em especial, para o atendimento dos mais carentes, cuja ausência de suporte à Saúde, acaba por suprimir fases e oportunidades de tratamento junto ao meio social em que o paciente vive.

É digna de nota, também, a própria escassez de referências técnicas quanto à especialidade do tratamento em saúde mental de crianças e adolescentes (incluindo pesquisas, bibliografia e farmacologia), sobretudo no que diz respeito ao uso abusivo de substâncias psicoativas, cumprindo chamar a atenção, ainda, para as deficiências, em geral, na formação de profissionais da área da Saúde e do Direito, neste particular aspecto.

Pois bem, sendo a **internação involuntária** aquela que se realiza a partir de um **laudo médico circunstanciado** indicando a necessidade deste tipo de tratamento e **sem contar com concordância do paciente** (diante da sua própria recusa ou pela incapacidade de natureza física ou mental de aceitar validamente a medida), é de se ver, também, que a própria lei procura incluir alguns mecanismos de controle desta medida, tal como a previsão de que seja feita à comunicação ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta (artigo 8º, 1º, Lei nº 10.216/01).

Assim, estabelece a normatização citada que, no prazo de 72 horas, seja dado conhecimento ao Ministério Público sobre a internação, em razão do perfil constitucional desta Instituição, como guardiã dos *interesses individuais indisponíveis*.

Dentro dessa mesma lógica da *necessidade* desse tipo de *cuidado em caráter emergencial*, assim como aos adultos, a

modalidade da **internação involuntária** também é possível aos menores de idade, porém, desde que preenchidas todas as condições legais específicas para a sua ocorrência, sendo que, ao Ministério Público caberá tomar as providências em favor do internado, se vier a perceber qualquer distorção, realizando, inspeções “in loco”, requisitando diligências elucidatórias e perícias, se for o caso, bem como providenciar requerimento judicial para a nomeação de curador especial ao paciente menor de idade, quando necessário.

Portanto, *fora dos casos emergenciais*, percebendo o responsável pela instituição de saúde, ou o médico do paciente, que há **manifesta insurgência do menor de idade a ser internado, é recomendável que** a internação seja buscada por meio da modalidade **compulsória (judicial)**, posto que a lei prevê — *de forma diferente dos adultos e sob a égide da proteção especial do ECA* — o direito à nomeação de *curador especial* em casos de *conflito de interesses*, e tais interesses poderão estar, em tese, embutidos na particular decisão dos pais ou responsáveis quanto à modalidade de tratamento (privativa ou restritiva de sua liberdade), sem que o médico ou o estabelecimento hospitalar tenham conhecimento.

Volta-se aqui a esclarecer a aplicação do princípio do **Melhor Interesse** que, como dito, deve se pautar pelas **exigências naturais** de crianças e adolescentes, os quais poderão colidir com o interesse até da sua própria família, sobretudo quando esta possa ter a (equivocada) concepção e a (ilusória) expectativa, de que a internação psiquiátrica possa trazer “respostas mais imediatas, completas e definitivas”, ou ainda, em casos em que os laudos médicos não possuam consistência suficiente.

Com maior razão, diante da peculiar condição de imaturidade psíquica e de maior dependência e vulnerabilidade da população infanto-juvenil dos cuidados e da vigilância dos adultos, e, em contrapartida, da sua maior exposição aos riscos que por eles também possam ser causados, a **internação involuntária** desse segmento deve ser vista de forma ainda mais excepcional que a internação involuntária de pacientes adultos, eis que se posiciona no pólo antagônico ao direito à convivência familiar e comunitária, e também por ser na breve e passageira fase da infanto-adolescência, que se formam, com maior ênfase e rapidez, a personalidade e o caráter do ser humano.

Em resumo:

- a) Quando o paciente estiver pondo em risco a si ou a terceiro, além de outras situações emergenciais verificadas sob o exclusivo ponto de vista de sua saúde ou vida, circunstâncias essas sempre laudatoriamente justificadas, a **internação involuntária** de pacientes menores de 18 anos de idade é permitida pelo prazo que essa situação anômala perdurar, comunicando-se o fato em 72 horas ao Ministério Público (Promotoria da Infância e Juventude, com cópia para a Promotoria de Justiça da Saúde). Neste caso é dispensável a prévia ordem judicial, devendo a internação ser providenciada de pronto.

- b) **Fora dos casos emergenciais**, havendo avaliação para o internamento de natureza psiquiátrica, porém, presente a manifesta contrariedade do paciente menor de idade, a ser avaliada de acordo com o grau de maturidade que este já possuir, recomenda-se que a internação seja precedida de pedido de **autorização judicial** (internação compulsória), de forma a garantir-lhe o direito à opinião e ao acesso a justiça; a prévia manifestação do Ministério Público a respeito da medida; e, se for o caso, a nomeação de um curador especial para resguardar-lhe a defesa dos seus interesses e ponto de vista.

- c) Na perspectiva de proteção ao nascituro, mediante laudo médico circunstanciado, também é cabível a **internação involuntária de criança ou adolescente**, quando a jovem gestante esteja pondo em risco iminente à vida do feto ou à sua própria, em decorrência do transtorno mental ou dos efeitos causados pelo uso abusivo de drogas. Fora dos casos de risco iminente à vida do feto ou da mãe, o procedimento recomendável é o da internação **compulsória**.

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

A **internação compulsória** de crianças e adolescentes, além dos requisitos gerais previstos na Lei nº 10.216/01, enseja também algumas reflexões específicas decorrentes da aplicação do estatuto especial protetivo.

Anota-se que a internação compulsória dá-se do ponto de vista da forma como vem a ser autorizada a medida, ou seja, mediante ordem judicial, e somente deverá ocorrer naquelas hipóteses em que houver a necessidade da intervenção do Judiciário para assegurar a execução da medida terapêutica recomendada em laudo médico, sob a perspectiva exclusiva do direito à saúde do paciente, quando tal direito, por alguma razão, não estiver sendo respeitado.

A primeira dessas particularidades ligadas à área infanto-juvenil, conforme já esboçado neste estudo, é, sem dúvida, a **indispensável e prévia manifestação do Ministério Público**, senão pelo que já textualmente estabelece o **artigo 82, inciso I, do Código de Processo Civil**, mas, sobretudo, porque a **Constituição Federal**, por intermédio do seu **artigo 227**, e o próprio Estatuto da Criança e do Adolescente, incumbem este Órgão da defesa dos direitos das crianças e adolescentes, razão pela qual a ausência de participação do agente ministerial inquina o feito de nulidade.

Consoante o disposto no artigo 201 do ECA, ao enumerar exemplificativamente as atribuições judiciais e extrajudiciais deste Órgão, está dentro da atuação funcional do Promotor de Justiça a intervenção nos procedimentos que digam respeito ao direito indisponível à saúde de crianças e adolescentes, incluindo as possíveis restrições de sua liberdade para fins de tratamento.

Vale registrar, também, a salutar previsão da inspeção, pelo Promotor de Justiça, das entidades de atendimento às crianças e

adolescentes (artigo 210, XI, ECA)²⁷, não ficando cingido somente aos abrigos, mas sim, este deverá ter acesso a todo e qualquer local onde se encontrem crianças e adolescentes, portanto, também às instituições de saúde, visto que a razão legal da providência é a mesma, ou seja, zelar pelo efetivo respeito aos direitos e garantias legais assegurados às crianças e adolescentes (artigo 201, VIII, ECA).

Com efeito, a saúde da infância e juventude é “*um direito fundamental homogêneo, mas com certo grau de especificidade em relação à saúde adulta. Por esse motivo, Martha de Toledo Machado*²⁸ afirma que constitui direito fundamental especial de crianças e adolescentes.”²⁹

Nessa perspectiva, a fiscalização do Ministério Público quanto às internações psiquiátricas de crianças e adolescentes assume especial importância no escopo de garantir a efetividade dos direitos assegurados a esse público, na medida em que esta modalidade de tratamento, por se tratar de recurso terapêutico excepcional, deve, quanto aos mesmos, ser fiscalizada sob o prisma da legislação especial (Estatuto da Criança e Adolescente), predominando sobre as leis de caráter geral.

[Havendo mais de um Promotor de Justiça na Comarca e remanescendo dúvidas quanto à Promotoria Especializada a](#)

27 “As inspeções têm também como finalidade, a verificação das condições físicas das instituições, a quantidade e qualidade dos alimentos que serão destinados aos abrigados, o exame das pastas obrigatórias com a documentação dos abrigados, a composição da equipe técnica, educadores e demais funcionários do abrigo. O Promotor de Justiça deve ser fazer acompanhar de equipe interprofissional para que lhe auxilie na inspeção, da qual deve ser elaborado termo circunstanciado. (Curso de Direito da Criança e do Adolescente” - Galdino Augusto Coelho Bordallo, Ministério Público - 4. Inspeção às Entidades de Atendimento (art. 201, XI), pág. 383).

28 “A Proteção Constitucional de Crianças e Adolescentes e os Direitos Humanos”. São Paulo: Manole, 2003, p. 183.

29 AMIN, Andréa Rodrigues Amin. “Curso de Direito da Criança e do Adolescente”.- 2ª edição, Lúmen Júris Editora - Capítulo “Dos Direitos Fundamentais - 3 - Direto à Saúde, pg. 32.

efetuar essa fiscalização (de Proteção à Saúde ou da Infância e Juventude), recomenda-se em tal situação, que a comunicação seja feita à Promotoria de Justiça da Infância e Juventude, seguindo também o critério da especialização da matéria, encaminhando-se cópia, também, à Promotoria de Proteção à Saúde.

Além da participação do Ministério Público, e como consequência do *princípio constitucional da ampla defesa*, há que se destacar também a necessidade da nomeação de *curador especial* (artigo 9º, II, CPC e artigo 142, ECA), quando houver conflito de interesses entre o do paciente menor de idade (absoluta ou relativamente incapaz) e de seus pais ou representante legal, ou quando estes estiverem ausentes.

Esta providência (nomeação de curador especial), por certo, não será exigível fora das situações de colidência de interesses e de ausência de representação, na medida em que cabe ao Ministério Público essa fiscalização geral, como fiscal da lei, em relação a todas as hipóteses de apreciação de pedidos de internação compulsória (quando não for ele próprio o autor do requerimento em prol da criança ou do adolescente). Porém, estando ausentes o pai, a mãe ou pessoa que figure como responsável legal, ainda que transitoriamente, ou havendo indícios de conflito de interesses, a providência será obrigatória, visto que o paciente (criança/adolescente) não é, sob o ponto de vista jurídico, **objeto** de intervenção terapêutica, mas sim **sujeito de direito** à saúde, o que implica em ser tratado pelo melhor recurso terapêutico existente, o menos invasivo possível, sob o prisma da excepcionalidade e da transitoriedade da medida de internação e o seu atendimento integral (multidisciplinar) (Lei nº 10.216/0), visando o retorno ao convívio familiar, sempre observada a sua peculiar fase de desenvolvimento (ECA).

Por fim, destaca-se que a internação compulsória da clientela infantil e juvenil, como ocorre com as demais modalidades, só terá lugar quando os recursos extra-hospitalares tiverem se mostrado insuficientes, segundo impõe o artigo 4º da Lei nº 10.216/01, e que é inarredável neste procedimento, a aplicação do disposto no artigo 9º da predita lei, ou seja, levar-se-á em conta pela autoridade judicial as

condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários, sob o prisma da condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento, vez que são mais vulneráveis e dependentes em relação aos adultos.

PACIENTES MENORES EM AMBIENTES COMUNS AOS ADULTOS

No que diz respeito ao questionamento quanto à permanência para tratamento de crianças e adolescentes no mesmo ambiente hospitalar que o de pacientes adultos, conforme a diretriz do **melhor interesse**, cumpre sejam sopesados todos os aspectos que levem ao *menor gravame possível na situação concretamente considerada*, vez que de um lado da balança, está a peculiaridade da fase de desenvolvimento da criança e a necessidade de sua prioritária proteção, e do outro, o direito a uma intervenção terapêutica não excludente, em contrapartida ao modelo isolador.

Estas questões, de regra e em tese, resolvem-se a favor da **especialização do atendimento** que se deve dar a crianças e adolescentes, respeitada a sua própria etapa de desenvolvimento físico e psíquico, individualmente considerada.

Assim, em relação às questões que inauguram este estudo, ou seja, sobre a possibilidade da convivência no mesmo ambiente hospitalar de menores de idade com adultos para fins de tratamento, a resposta converge, a princípio, para a impossibilidade dessa permanência em um mesmo *quarto, enfermaria ou ala psiquiátrica hospitalar*, visto que, no silêncio da legislação a respeito, aplicar-se-á o *princípio da Proteção Integral*.

Com efeito, dentro desse espírito protetivo sobre o qual se alicerça o Estatuto da Criança e do Adolescente, a presunção é a da existência de maior risco à população infanto-juvenil, diante de possíveis situações de conflitos e de conseqüências de surtos violentos, considerada, em tese, a superior força física e o maior poder de influência psicológica dos mais velhos.

Esta distinção também deve ser feita dentro da mesma classe, ou seja, crianças e adolescentes devem estar separadas de acordo com a sua faixa etária, o seu grau de desenvolvimento físico e a maturidade psíquica de cada um, além, é claro, do critério do

gênero (masculino/feminino).

Assim, essa diretriz genérica, serve tanto para as internações para tratamento de transtornos mentais em hospitais integrais, como para aquelas internações em leitos psiquiátricos de curta duração, em casos de crises ou intervenções passageiras.

Ocorre que, **a critério médico, devidamente fundamentado e exposto**, conforme a **situação concreta**, poderá haver exceções a serem consideradas e **autorizadas** pelo responsável legal do paciente (na hipótese de internação involuntária) ou do próprio juízo (no caso de internação compulsória), exceções essas contempladas, sempre e unicamente, no interesse da criança ou do adolescente em questão, e jamais, do ponto de vista do interesse do estabelecimento de saúde ou de outrem, visto que o interesse prevalente é da criança ou adolescente, como decorrência dos princípios da Proteção Integral, da Prioridade Absoluta e do Melhor Interesse.

Essa orientação, aliás, é a que deve nortear também a separação interna a ser feita entre os diversos tipos de enfermidades, quanto à possibilidade ou não da permanência no mesmo ambiente terapêutico de pacientes com transtornos mentais em suas diversas graduações médicas, e também, sempre que possível, entre aqueles internamentos que derivam de casos de drogadição e outros transtornos, os quais devem, preferencialmente, receber atenção em local diferenciado.

Em resumo, é vedada, a permanência em leitos hospitalares psiquiátricos situados na mesma área de abrigamento (quarto, enfermaria ou ala), e mesmo a convivência em atividades recreativas ou terapêuticas em ambientes comuns. Porém, *quando forem indicadas laudatoriamente pelo médico como providências úteis ao tratamento em si*, sob o ponto de vista do estrito interesse da saúde do paciente (criança e do adolescente), e desde que haja a prévia autorização de quem de direito (do responsável, na internação involuntária ou do Juiz de Direito, na internação compulsória), poderá haver exceções a essa regra.

Como exemplo de uma possível situação de exceção, mediante os requisitos acima citados, poder-se-ia citar a hipótese de que jovens com idades aproximadas usufríssem do mesmo ambiente terapêutico em atividades de grupo, quando as

enfermidades não os coloquem, uns aos outros, em risco, e desde que não haja incompatibilidade física ou psíquica acentuadas.

Portanto, no que diz respeito a toda e qualquer exceção à regra, de que menores de idade portadores de transtornos mentais devem ficar em ambiente terapêutico diferenciado, concluímos que estas somente poderão vir a ser admitidas, após a avaliação e a recomendação médica quanto à conveniência e segurança da permanência de menores de idade no mesmo ambiente que outros pacientes, mediante autorização do responsável legal (internação voluntária) e judicial (internação involuntária e compulsória).

DROGADIÇÃO - O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR ADOLESCENTES

Sob a categoria diagnóstica do Código Internacional de Doenças - CID 10 "*Transtornos mentais e comportamentais associados com o uso de substâncias psicoativas*", estão compreendidas as situações de intoxicação aguda, uso prejudicial, síndrome de dependência, síndrome de abstinência e síndrome de abstinência com *delirium*, os quais são definidos como de *relevância clínica*, sendo que a expressão "*problemas associados ao uso de substâncias psicoativas*" é mais ampla, e inclui eventos e condições que não apresentam necessariamente uma relevância clínica".³⁰

Segundo o *Protocolo de critérios para tratamento de crianças e adolescentes com problemas devido ao uso de substâncias psicoativas* da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, "o abuso de substâncias psicoativas é mais prevalente em jovens do que em adultos, porém ao contrário dos adultos, dificilmente apresentam sintomas físicos de dependência, como tolerância e sintomas de abstinência. Adolescentes que chegam aos centros de tratamento diferem dos adultos quanto ao tempo e intensidade do uso de substâncias, bem como dos tipos de prejuízos causados pelo consumo. Com menos tempo de uso, tanto os problemas físicos e psicológicos quanto a deterioração das funções sociais, são menores do que nos adultos."

30 Glossário de Álcool e Drogas, Secretária Nacional Antidrogas, 2004, pág. 125.

Apesar disso, é importante lembrar que adolescentes apresentam uma progressão mais rápida da fase da experimentação até o abuso de drogas³¹ e que, segundo levantamento do CEBRID³², 2002, na faixa de 12 à 17 anos, a dependência atinge 6,9% dos garotos e 3,5% das meninas, estando o uso abusivo e a dependência associados a muitos comportamentos de risco (como homicídios, acidentes de trânsito, suicídios, exposição às DST e Aids) e às comorbidades, como causa ou consequência de psicopatologias.

A respeito desta última conjugação, vale registrar o alerta de SÉRGIO PAULO RAMOS e ANGELA MYNARSKI PLASS³³:

“Sobre a questão da comorbidade em dependência química, apenas sublinhamos a necessidade de cautela uma vez que o consumo crônico de drogas pode, em si, gerar qualquer quadro psiquiátrico. Por isso, recomenda-se, ao longo do tratamento, um período de observação de três a seis meses de comprovada abstinência, antes de poder-se fechar um diagnóstico de transtorno de humor, de ansiedade, ou mesmo de personalidade.”³⁴
(*sic*) (*destacamos*)

Pois bem, tratando-se de indivíduos em fase peculiar de desenvolvimento, também os tratamentos voltados para adolescentes devem considerar as particularidades e reconhecer as características singulares dessa faixa etária, sem o que as intervenções terapêuticas tendem ao inevitável fracasso.

31 Stewart e Brown,1995 e Semlitz e Gold,1986, *apud* “Tratamento Psiquiátrico de Adolescentes Usuários de Drogas”, Sandra Scivoletto, capítulo IV, São Paulo Rocco, 2001, página 67.

32 Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas - Obid - Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - site: www.obid.senad.gov.br

33 SCIVOLETTO, Sandra “Tratamento Psiquiátrico de Adolescentes Usuários de Drogas”, *in* Dependência Química - novos modelos de tratamento - São Paulo, Rocco, 2001, página 70.

34 SCIVOLETTO,, Sandra “Tratamento Psiquiátrico de Adolescentes Usuários de Drogas”, *in* Dependência Química - novos modelos de tratamento - São Paulo, Rocco, 2001, página 70.

Como precisamente pontua SANDRA SCIVOLETTO³⁵, “é indiscutível a necessidade de programas de tratamento especialmente desenvolvidos para faixas etárias mais jovens, uma vez que as necessidades desta população são diferentes das dos adultos. Eles parecem estar mais preocupados com fatos presentes, como vida familiar, escola ou amigos, do que com possíveis comprometimentos físicos ou psíquicos que as drogas possam vir a acarretar”. (*destacamos*)

De grande importância também para trabalhar com adolescentes, é a constatação de que, para eles, a percepção do tempo é extremamente relativa e diferente dos adultos, sabemos, todos nós, até por experiência própria, que, na adolescência, um acontecimento ocorrido há um mês atrás é visto como um passado longínquo (“já era”), e a semana seguinte pode representar para ele um futuro tão longínquo quanto a própria “eternidade”. Essa característica, pode explicar a sensação perceptível nos jovens de que o risco da morte é ilusório, pois sua ocorrência natural (velhice) se encontra extremamente fora e afastada do tempo em que vivem.

Assim, segundo a citada autora, uma criteriosa **avaliação inicial médica e psicossocial**, o **exame clínico completo**, juntamente com o **neurológico**, **exames laboratoriais** e uma **avaliação da família e seu contexto social**, são fundamentais para que se identifique qual o tratamento mais adequado em cada caso e se elabore um **projeto terapêutico individual** capaz de, comprometendo o paciente e sua família, tornar o mais claro possível os objetivos a serem alcançados, a forma de atingi-los e o papel de cada um.

Ao lado dessa **avaliação inicial**, o tratamento deve contemplar **revisões periódicas**, necessárias à correta identificação de possíveis co-morbidades, visto que a regra é a coexistência de outros transtornos mentais associados ao abuso ou dependência de drogas na população adolescente, até porque, conforme esclarece, “estima-se que 89% dos adolescentes com problemas com drogas tenham pelo menos outro diagnóstico psiquiátrico associado (Kaminer, 1994).”³⁶

35 SCIVOLETTO, Sandra “Tratamento Psiquiátrico de Adolescentes Usuários de Drogas”, *in* Dependência Química - novos modelos de tratamento - São Paulo, Rocco, 2001.

36 SCIVOLETTO, Sandra “Tratamento Psiquiátrico de Adolescentes

Em sendo cada indivíduo um ser único, assim como ímpar é sua família e a realidade por ele vivenciada, embora sejam variados os ambientes sócio-econômicos que coexistam até dentro de uma mesma cidade, é preciso termos em mente que deverão ser múltiplas as opções de tratamento, devendo-se buscar, sempre, aquela alternativa que possa melhor atender o ser humano envolvido, razão pela qual os **programas de atendimento deverão ser sempre multidisciplinares.**

A multidisciplinariedade, cabe anotar, nada mais é que o diálogo entre as disciplinas, ou seja, a comunicação e a conjugação dos saberes de diferentes áreas em prol de um objetivo comum.

Outrossim, diante das percepções da autora já citada, é preciso “ganhar” o adolescente, procurando estabelecer, através da forma preparada de “**acolhida** especializada e sensibilizada com a problemática”, um **vínculo** de confiança com a equipe, que permitirá enfrentar as *mentiras* muitas vezes criadas, as resistências e as **comuns recaídas**.

Concluindo, tratando-se de uma questão essencialmente de saúde, o abuso ou dependência de substâncias químicas devem receber encaminhamentos apropriados na perspectiva do **direito à saúde**, não podendo o operador do direito eleger sozinho, sem critérios técnicos, o encaminhamento mais adequado, sob pena de, mesmo a título de proteção, romper com toda a lógica de cuidado e atenção integral e ferir princípios a que deveria ferrenhamente defender, quando tiver sob sua responsabilidade, justamente, decidir sobre o destino desses jovens. Insista-se: Apesar da incapacidade civil, crianças e adolescente são sujeitos de direito à vida, à liberdade, à igualdade, à saúde, etc., isto é, são sujeitos à DIGNIDADE.

Como vasos comunicantes, o profissional da saúde não poderá também desconsiderar os aspectos jurídicos diferenciados que ensejam a terapêutica dos adolescentes, sobretudo no que se refere ao uso abusivo de substâncias psicoativas, na medida em que a garantia ao direito à saúde

Usuários de Drogas”, in Dependência Química - novos modelos de tratamento - São Paulo, Rocco, 2001.

não se esgota apenas no conhecimento técnico sobre a “doença” e o tratamento de saúde do paciente, mas deve ser olhada também como um fato que produz efeitos no mundo jurídico, daí porque qualquer tratamento deverá seguir, inarredavelmente, as **diretrizes da Doutrina da Proteção Integral**, a ser mensurada em todas as circunstâncias a serem consideradas para cada indivíduo, e, para tanto, deverá buscar o constante auxílio de equipe multidisciplinar.

Assim, para nortear esse conhecimento básico e especializado que entrelaça o direito e as outras ciências envolvidas, passa-se a identificar dois grandes campos de incidência de situações de crianças e adolescentes usuários abusivos ou dependentes de substâncias (lícitas ou ilícitas), a gerar análises jurídicas diferenciadas: **a) o abuso ou dependência de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) como fator de risco pessoal e/ou social por crianças e adolescentes em geral; b) o abuso ou dependência de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas) como fator de risco pessoal e/ou social por crianças e adolescentes em conflito com a lei** (ou seja, que praticaram algum tipo de ato infracional, diretamente ligado ou não ao uso de substâncias).

a) *O abuso ou dependência de substâncias psicoativas como fator de risco pessoal e/ou social por crianças e adolescentes em geral:*

No primeiro caso, dos adolescentes que não possuam qualquer procedimento para apuração de ato infracional, a intervenção em saúde mental, quando necessária, em relação ao abuso ou dependência de substâncias terá, exclusivamente, **natureza protetiva**, ou seja, poderá ensejar a aplicação das medidas de proteção previstas no ECA a crianças e adolescentes e/ou à sua família (artigos 101 e 129), sob a perspectiva, exclusiva, da garantia ao **direito à saúde**.

b) *o abuso ou dependência de substâncias psicoativas como fator de risco pessoal e/ou social por adolescentes em conflito com a lei, ou seja, que praticaram algum tipo de ato infracional, diretamente ligado ou não ao uso de substâncias.*³⁷

37 Quanto ao ato infracional praticado por criança (menor até 12

É possível que a conduta conflitante com a lei praticada pelo adolescente usuário ou dependente de droga (lícita ou ilícita) esteja relacionada ao abuso ou vício (como, por exemplo, o envolvimento com o tráfico, um furto ou roubo para comprar drogas, homicídios ou lesões corporais praticadas em estado de embriaguez, etc.), ou, ainda, se dê em razão de comportamentos infracionais dissociados totalmente desse contexto (por ex: infrações não relacionadas diretamente ao contexto da droga ou do álcool).

A prática de ato infracional pode caracterizar, por si só, a situação de risco da criança ou do adolescente na grande maioria dos casos, visto que se portar em conflito com a lei, revela, essencialmente, uma situação de risco pessoal e social.

Essa conduta infracional poderá ensejar, por parte da autoridade competente, a aplicação de *medidas protetivas e/ou medidas socioeducativas*, de forma isolada ou cumulativa, conforme o exame de cada caso concreto (artigo 99 e 113 do ECA).

No que diz respeito às medidas de proteção aplicáveis a crianças ou adolescentes que praticaram atos ditos infracionais, conforme anteriormente comentado neste estudo, podem ser tanto as de caráter geral, como as de cunho específico, ou seja, visando o tratamento de saúde propriamente dito (artigo 101, IV e V, do ECA).

Quanto às medidas socioeducativas aplicáveis aos adolescentes em conflito com a lei, há que se distinguir aquelas que estabelecem o seu cumprimento em *meio aberto*, daquelas que ensejam o seu cumprimento em *meio fechado*.

Ao adolescente em conflito com a lei, a que foram aplicadas **medidas socioeducativas em meio aberto, independente da gravidade da infração cometida**, se houver necessidade de aplicação de **medidas de proteção** (artigo 101, IV e V), indicadas em razão do abuso ou dependência de substâncias psicoativas (lícitas ou ilícitas), o encaminhamento

anos incompletos), as medidas que poderão ser aplicadas serão apenas as de cunho protetivo, previstas no artigo 101 do ECA, vedada a aplicação de medidas socioeducativas privativas de liberdade, motivo pelo qual, com maior razão, também o internamento terapêutico deverá ser a última opção, em casos extremos e devidamente fundamentados, sempre, sob o aspecto da necessidade de saúde.

jurídico e o atendimento do adolescente quanto a esta específica questão de saúde, não difere, **em nada**, de todo aquele aplicável ao adolescente que não praticou qualquer ato infracional.³⁸

Observa-se que, de acordo com a legislação de saúde mental já citada, a internação somente será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, portanto, já efetivamente tentados.

Em decorrência direta do que foi exposto, como não há nenhuma medida socioeducativa restritiva de liberdade aplicada, não se poderá, sob o fundamento da prática de ato infracional e/ou do uso abusivo/dependência de substância psicoativa, restringir a liberdade do adolescente, ainda que visando a recuperação de sua saúde, **exceto**, se este for o único e melhor recurso terapêutico indicado em laudo médico circunstanciado.

Fora dessa hipótese, mesmo sendo o adolescente infrator usuário/dependente de substâncias psicoativas, o **tratamento, assim como a medida socioeducativa**, deverão ser executados em **meio aberto**, em equipamentos que não restrinjam, involuntariamente, a sua liberdade de ir e vir (**ambulatórios, CAPs, comunidades terapêuticas, hospital-dia, etc.**) e que pressupõem à sua livre adesão.

Porém, é possível que seja aplicado ao **adolescente em conflito com a lei a medida socioeducativa de internação, ou seja, privativa de liberdade**, e que este tenha, também, comprometimento relacionado ao abuso/dependência de substâncias psicoativas, o que deve ser apreciado de forma específica, na seqüência, até porque, é esta a hipótese que vem ocorrendo com maior incidência, já que o uso abusivo de drogas, sobretudo para a manutenção do vício, está muito relacionado a prática de infrações graves ou reiteradas por

38 Exceto que, quando da sua execução, o comportamento infracional deverá ser levado em conta pela equipe de terapêutica para fins de um melhor planejamento do seu **plano individual terapêutico**.

parte dos adolescentes que são atendidos pelo sistema socioeducativo.

Neste caso, da **internação socioeducativa**, o tratamento deve ser assegurado ao interno de acordo com a sua necessidade de saúde e não em relação à sua condição de privação de liberdade ou o seu comportamento infracional. Isto porque, a internação socioeducativa e a internação como recurso terapêutico, embora possuam a mesma característica da contenção física em um ambiente fechado, não possuem os mesmos pressupostos jurídicos, nem iguais objetivos.

Assim, ainda que esteja privado de liberdade em um estabelecimento de internação socioeducativa, poderá o adolescente infrator receber a atenção terapêutica de que necessite diferenciada da assistência terapêutica do internamento (psiquiátrico), como por exemplo, poderá freqüentar programas terapêuticos existentes na própria unidade ou na rede de assistência externa, como CAPs, ambulatórios, grupos terapêuticos, enfim, recursos existentes na comunidade, desde que devidamente abalizada a sua participação no meio externo pelo médico e demais integrantes da equipe multidisciplinar.

Por outro lado, é possível que o recurso terapêutico indicado seja o da própria internação em leito psiquiátrico, quando, neste caso, poderá o atendimento se dar em local próprio existente na mesma unidade socioeducativa ou em leito psiquiátrico em hospital integral ou geral, fora do sistema socioeducativo.

Ambas as internações (socioeducativa e psiquiátrica), por terem causas legais e objetivos diferentes, poderão também ser diferenciadas quanto ao prazo de duração.

Nesse ponto, há que se abrir um novo parêntese para **ênfatar que a internação terapêutica, segundo o artigo 6º da Lei nº 10.216/01, dependerá sempre de um ato médico (laudo)**, cujo profissional terá o poder e a responsabilidade (penal, civil e ética) de decidir previamente quanto ao seu

cabimento e tempo de duração. A determinação jurisdicional da internação psiquiátrica, tem lugar somente nos casos em que, diante do laudo médico circunstanciado, haja a necessidade desta intervenção coercitiva para assegurar a sua execução em prol do paciente quando esta providência não estiver sendo assegurada ao paciente, ou seja, **quando o direito ao tratamento de saúde estiver sendo descuidado, por circunstâncias atribuíveis aos Poder Público, à família ou à própria parte, de forma injustificada.**

A internação socioeducativa, como medida que priva o adolescente de sua liberdade é, por sua vez, da exclusiva atribuição jurisdicional, e se dá dentro dos parâmetros legais previstos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente quanto às hipóteses de incidência e prazo máximo de duração, observadas as revisões periódicas.

Quando coincidirem, parcial ou integralmente, no tempo (e até mesmo no espaço físico) a serem cumpridas concomitantemente pelo adolescente, não perderão, ainda assim, o caráter de independência quanto aos fundamentos de aplicação e de extinção de cada uma delas, que devem ser vistos pelos respectivos responsáveis, dentro da sua respectiva esfera de competência técnica e legal.

Portanto, assim como ao Juízo da Infância e da Juventude descabe determinar ou encerrar um internamento terapêutico em desacordo com o entendimento do médico responsável pelo tratamento do paciente (infrator ou não), ao médico de um adolescente infrator é vedado indicar a internação terapêutica em razão da conduta infracional praticada por seu paciente, por mais grave que esta seja, quando cabíveis outras formas de tratamento menos gravosa.

Assim, voltando ao tema da internação terapêutica fora do sistema socioeducativo, muito embora, como recurso de assistência psiquiátrica o adolescente deva receber o mesmo tratamento disposto aos outros pacientes adolescentes em geral, inclusive, sob o aspecto do direito à OPINIÃO e do ACESSO À JUSTIÇA, haverá alguns aspectos de diferenciação que são imprescindíveis para que a processo **socioeducativo** não seja desconsiderado, visto que este é

previsto na ótica, não meramente punitiva, mas pedagógica, em outras palavras: de que o adolescente dele necessita.

Assim, a internação terapêutica do adolescente internado em cumprimento de medida socioeducativa quando se der em unidade hospitalar situada fora do próprio sistema socioeducativo, reclamará, **sempre que necessário, o acompanhamento de educador social**, já que, estabelecimentos de saúde não são locais para cumprimento de medidas socioeducativas em meio fechado, e profissionais de saúde, em geral, não possuem preparo específico para resguardar a segurança do custodiado, nem o dever profissional de exercerem este papel quando não contratados no contexto socioeducativo.

Outrossim, devem ser assegurados, igualmente, os procedimentos de segurança capazes de evitar fugas, cujos conhecimentos são próprios dos agentes sócio-educadores.

Lembra-se que a **Lei 10.216/01** estabelece que o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, é dever do Estado, **em instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (artigo 3º)**.

Por outro lado, a Lei nº 8069/90 (ECA), em seu artigo 112, parágrafo 3º, determina que os **adolescentes portadores de deficiência ou de doença mental (leia-se: transtornos mentais) receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições**.

Isso quer dizer que, para cada situação, deverá haver, por parte do Estado, a “melhor” resposta adequada, o que significa que deverá o Poder Público, com prioridade à infância e juventude, criar **políticas públicas específicas a essa clientela**, especialmente na área da saúde, a qual esteja preparada para lidar com as características próprias dessa faixa etária e que seja **capaz de oferecer diversificadas modalidades de atenção e tratamento**, o que, como sabemos, não constitui a realidade existente em nosso país, vez que não há, ainda, uma rede de atenção à saúde mental infanto-juvenil completa e estruturada.

Em outras palavras, significa que as políticas públicas deverão atender, de forma multidisciplinar e integral (envolvendo toda a rede de assistência) todas as hipóteses de tratamento aos jovens com transtornos mentais que necessitem dos diversos recursos terapêuticos hoje utilizados, tais como o tratamento de emergência

(crises, surtos) em leitos de hospitais gerais ou integrais, devidamente preparados para receber esse público; o tratamento em ambulatórios e CAPS (i e ad) capacitados para esse atendimento especializado; atendimento em hospitais-dia; em leitos psiquiátricos em hospitais ou clínicas especializadas; e em leitos psiquiátricos montados dentro das unidades de internação socioeducativas quando este procedimento for necessário em razão das circunstâncias concretamente consideradas, a serem criados ou adaptados, enfim, uma rede completa de assistência capaz de viabilizar aos profissionais de Saúde e do Direito optarem pela adequada forma de tratamento, segundo o critério do “melhor interesse” do jovem paciente padecente de algum tipo de transtorno mental, sem acrescentar sobre a sua condição, o sofrimento do descaso ou da injustiça.

Cumprе registrar, ainda, que a **Portaria 340 de 14 de julho de 2004**, da *Secretaria de Atenção à Saúde do Governo Federal*, considerando a **Portaria Interministerial nº 1.426, de 14 de julho de 2004**, do *Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Direitos Humanos e Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres*, procura estabelecer as diretrizes para a implantação e implementação da atenção à saúde de adolescentes em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória, em unidades masculinas e femininas, estando ainda, no entanto, em fase de construção a política para a sua efetiva implantação e implementação.

DO DIREITO AO ACOMPANHAMENTO

Quanto ao aspecto da necessidade de que um familiar acompanhe o paciente infante ou adolescente, tendo em vista o disposto pelo artigo 12 do Estatuto da Criança e do Adolescente, inicialmente, mostra-se oportuno esclarecer quais são os motivos que informam esse direito, sob o aspecto das internações hospitalares em geral, para, após, tecermos os comentários pertinentes à internação psiquiátrica, especificamente.

Diz a mencionada regra:

Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável,

nos casos de internação de criança ou adolescente.

“O respeito que se deve dar à manutenção da vida constitui-se a pilastra central de toda a formação física e emocional da criança. Pelo simples fato de ter sua mãe ao seu lado, no leito de um hospital, a criança mostrará rápida recuperação de sua enfermidade, pois, além da Ciência, o amor desempenha importante papel terapêutico”.³⁹

“A presença de alguém ligado ao menor, quando em tratamento, contribuirá, evidentemente para a sua recuperação. Além do que a presença da mãe ou de outra pessoa que lhe seja cara permitirá fiscalizar o recebimento de tratamento adequado. Há, no caso, um fator psicológico, que ajudará a criança, e um outro, fiscalizador, que exigirá a diligência dos responsáveis pelo tratamento. O difícil será conseguir local adequado para a permanência do acompanhante, uma vez que, às vezes, sequer há lugar para a internação do enfermo.”⁴⁰

Portanto, extraindo a essência da disposição protetiva comentada visitada sob a perspectiva da doutrina da proteção integral, é possível concluir que a razão para a permanência do acompanhante junto à criança ou o adolescente internado para tratamento de saúde é o auxílio que esta presença pode representar para a recuperação da saúde do paciente, além do aspecto fiscalizatório do tratamento, propriamente dito, pelo que, de regra, esse direito (do paciente) deve ser resguardado.

Para tanto, há que se garantir que, mesmo nas internações de caráter psiquiátrico em hospitais gerais ou instituições integrais (ou outros serviços de internamento),

39 LIBERATI, Wilson Donizeti, **Comentários ao Estatuto da Criança e do Adolescente**, 8ª edição, São Paulo: Malheiros Editores, 2004, p. 22.

40 ELIAS, Roberto João, “Comentários ao Estatuto da Criança e do Adolescente” (Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990), 1ª edição, São Paulo: Saraiva, 1994, p. 10.

possa o paciente contar com a presença de seu acompanhante, e, para tanto, impõe-se assegurar as condições de permanência deste, de forma evidentemente segura e digna.

Nesse mesmo sentido, vale também ressaltar a seguinte conclusão, como corolário lógico da medida comentada:

“Tratando-se de direito fundamental, irrenunciável, ilimitado, imprescritível, não pode ser negado aos adolescentes que praticaram ato infracional. Caso internados devem ter o direito de se manterem acompanhados. Não se mostra plausível negar o cumprimento da lei sob o fundamento de que o infrator encontra-se em custódia e a presença de um responsável poderia facilitar eventual fuga, argumento não raro utilizado. Cabe ao Estado estudar meios de manter os dois interesses vigilância e acompanhante. O que não pode ser admitido é a solução simplista de se negar o direito”.⁴¹ (*sic*)

“Mutatis mutandi”, não deverão ser as maiores dificuldades (porventura) encontradas na prática para se assegurar o direito ao acompanhamento do paciente, que irão impedir essa permanência, devendo as instituições que prestem serviços em saúde mental ao público infante-juvenil adaptar-se a essa realidade, em cumprimento a exigência legal.

Porém, é possível que existam casos em que, por questões estritamente terapêuticas e devidamente justificadas em laudo médico circunstanciado, a presença de acompanhante seja prejudicial ao tratamento, hipótese em que se deverá – tratando-se de uma exceção – solicitar a autorização judicial para que tal direito venha a ser suspenso, pelo prazo indicado no parecer médico laudatório.

Diante disso, é recomendável que o laudo que esteja

41 AMIM, Andréa Rodrigues - “Curso de Direito da Criança e do Adolescente - Aspectos Teóricos e Práticos” - 2ª edição, Lúmen Júris Editora - Capítulo “Dos Direitos Fundamentais - 3.5 - Direito à Acompanhante - págs. 41/42.

indicando a internação já aponte também as condições de acompanhamento do paciente, inclusive a sua supressão se for o caso, de forma justificada, em ambas as hipóteses.

Tal requisito, há que assinalar, decorre, justamente, do caráter indisponível, irrenunciável e imprescritível desse direito (do paciente), que tem por fundamento a presunção legal de que crianças e adolescentes, por suas características naturais, possuem maior insegurança emocional quando separados dos seus pais ou guardiães e que o acompanhamento colabora para a melhor e mais rápida recuperação do paciente.

COMPETÊNCIAS E FLUXOS

Inicialmente, cabe a advertência de que não se procurará neste texto estabelecer as competências e fluxos quanto ao atendimento em saúde mental, até porque esses são dados em constante construção e variáveis, de acordo com os planos operativos, pactos e outras formas de organização e estruturação do poder público nos três níveis de governo.

A pretensão neste momento, por assim dizer, é mencionar algumas referências básicas sobre esta questão que poderão nortear a procura de informações mais específicas, diante da situação que concretamente se apresentar.

A respeito da responsabilidade pelas políticas públicas em saúde mental segundo a estruturação do SUS, importa saber inicialmente qual a espécie de gestão do município onde reside o paciente (território).

Isto porque, o fluxo de atendimento tanto para adultos quanto para crianças e adolescentes segue as diretrizes do Sistema Único de Saúde, tendo, portanto, como porta de entrada a Atenção Básica, ou seja, a Unidade de Saúde local.

Havendo um serviço de saúde mental no município, este servirá como referência, sendo comum e desejável que haja a avaliação de cada caso e seu atendimento. Nas hipóteses de maior complexidade, o encaminhamento é feito a outro serviço, que deve ser o *serviço de referência* para aquele município, dentro da sua própria região.

Se o paciente necessitar de atendimento especializado, o qual não é ofertado no local onde foi feita a sua avaliação, este é então encaminhado para o local onde exista o atendimento adequado ao seu caso (CAPs, hospital-dia, ambulatório, hospital psiquiátrico ou hospital geral com leito psiquiátrico, etc.).

Se não houver no município condições técnicas para a realização da própria avaliação, esta deverá ser *providenciada pela Secretaria Municipal de Saúde* por intermédio do *serviço* correlato de *referência*.

Aos integrantes do Sistema de Justiça é interessante buscar conhecer se o município mantém serviço específico e qual a estrutura para a área de saúde mental; qual o atendimento existente e como é o fluxo, na medida em que os municípios que não possuam atendimento próprio (média e alta complexidade) possam dar a resposta adequada no menor tempo possível.

Por outro lado, em relação a necessidade ou não de manter no município um serviço especializado próprio (caso inexistente), seja por intermédio de entidade pública ou conveniada, e que não haja diagnóstico pronto sobre a demanda desse serviço no município, cabe gestionar ao poder público local (Secretário Municipal de Saúde) a realização de **diagnóstico acerca da demanda da população infanto-adolescente com necessidade de atendimento em saúde mental**, por intermédio de providências administrativas que o gestor deve adotar, capazes de dimensionar a população que ocorre aos órgãos sob sua gestão e que necessitam de atendimento médico em saúde mental.

Outra forma de conhecimento da demanda e da rede de serviços respectivos (e seu fluxo), é buscar informações no **Plano Municipal de Saúde** sobre a existência de diretrizes que contemplem o atendimento de saúde mental infanto-adolescente, para verificação do seu cumprimento, podendo haver, para tanto, questionamentos, também, ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente, ao Conselho Municipal de Saúde e ao Conselho Tutelar.

Salienta-se que, na falta ou insuficiência dos serviços pertinentes, ao Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente, e também ao Conselho de Saúde, cabem **deliberar** pela implantação dos serviços e programas necessários, não sendo demasiado relembrar, segundo a célebre decisão abaixo anotada, e que se referia, inclusive, sobre a deliberação do **Conselho Municipal de Direito da Criança e do Adolescente** visando a implantação de.

serviço oficial de auxílio, orientação e tratamento de alcoólatras e toxicômanos, que ditas deliberações terão o efeito de vincular a atuação do Gestor Público quanto à previsão orçamentária respectiva, ou, se necessário, poderão subsidiar eventual propositura de medidas individuais ou coletivas por parte do Ministério Público.

RECURSO ESPECIAL Nº 493.811 - SP (2002/0169619-5)

RELATORA : MINISTRA ELIANA CALMON

EMENTA: ADMINISTRATIVO E PROCESSO CIVIL – AÇÃO CIVIL PÚBLICA – ATO ADMINISTRATIVO DISCRICIONÁRIO: NOVA VISÃO.

1. Na atualidade, o império da lei e o seu controle, a cargo do Judiciário, autoriza que se examinem, inclusive, as razões de conveniência e oportunidade do administrador.

2. Legitimidade do Ministério Público para exigir do Município a execução de política específica, a qual se tornou obrigatória por meio de resolução do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

3. Tutela específica para que seja incluída verba no próximo orçamento, a fim de atender a propostas políticas certas e determinadas.

4. Recurso especial provido.

Ainda a respeito deste tema, é preciso lembrar que a rede básica deve atender ou facilitar o acesso ao internamento emergencial em hospital geral.

De outra parte, pela importância de que se revestem na estratégia desinstitucionalizante da Reforma Psiquiátrica, cumpre destacarmos alguns relevantes aspectos dos CAPs - Centros de Atendimento Psicossocial, cujos serviços devem ser organizados de acordo com a Portaria nº 189, de 22 de março de 2002, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, esclarecendo inicialmente, para a sua melhor compreensão, que este serviço deve atender prioritariamente, pacientes com transtornos severos e persistentes, e casos graves, como os de sofrimento psíquico, transtornos Álcool e Drogas, inclusive crianças e adolescentes com transtornos mentais.

Segundo as orientações de *Pedro Gabriel Delgado*, –

Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em sua palestra “Política Nacional de Reforma Psiquiátrica”⁴², os CAPs devem ser criados e estruturados para serem mais que ambulatorios, organizando-se não apenas para consultas, nem funcionando somente como hospital-dia, devendo ser: serviço de base territorial, capaz de dar conta da assistência da saúde mental naquele território e organizar o serviço de atuação; ter função regulatória clínica, quanto aos internamentos, buscando dados e responsabilizando-se pelas internações em seu território; deve atender a comunidade, realizar visitas domiciliares; articular-se com a atenção básica para que pequenos ambulatorios possam atender transtornos mentais menores, como depressão; realizar ação de Redução de Danos; funcionar como matriz estratégica da saúde mental no território de acesso; na área da infância, deve fazer uma intervenção intersetorial, com familiares, Conselho Tutelar, Juizado da Infância e Juventude; realizar cadastro de pacientes que utilizam medicamentos.

Complementando esse papel do Caps como “*Dispositivo de Desinstitucionalização*”⁴³, *Cristiane Honório Venetkides – Coordenadora de Saúde Mental de Curitiba*, por sua vez, assevera as seguintes características: é integrado à rede básica e utiliza recursos locais; dá suporte, orientação e supervisão do Serviço de Atenção Básica (PSF/PACS); organiza a rede de serviço de saúde mental (regulador dos internamentos); realiza cadastro de pacientes que utilizam medicamentos; possui natureza jurídica pública; independe da estrutura hospitalar; pode oferecer, além do atendimento de psicoterapia, orientação, e prescrição de medicamentos, oficinas terapêuticas, trabalhar com consultores em drogas e grupos de apoio, realizar atendimento em grupo, dentre outras atividades.

Finalmente, anotamos uma série de ações diversificadas e simples, as quais podem ser extremamente úteis para responder a

42 Palestra proferida no “SEMINÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL - II - ENCONTRO PARANAENSE DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS, realizado pela SESA (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná) em Curitiba (02/05/2007).

43 Palestra proferida no “SEMINÁRIO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL - II - ENCONTRO PARANAENSE DE CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - CAPS, realizado pela SESA (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná) em Curitiba (02/05/2007).

muitas das situações em que o internamento não é o único e exclusivo “remédio”; nesse sentido: lembramos que toda a rede de serviços de atendimento e de apoio deve ser capacitada ao atendimento e encaminhamento dos casos de saúde mental infanto-juvenil; lembramos a necessidade de estímulo à criação de Centros de Convivência e de Cultura, cujo ponto alto é o funcionamento desses equipamentos de integração social e cultural em finais de semana, quando há maior vulnerabilidade ao descontrole que leva ao abuso; observamos a necessidade de criação de alternativas de moradia aos que delas necessitam como as Residências Terapêuticas e Pensões Protegidas; assinalamos a imensa quantidade de ações simples e eficazes de atuação, tais como: o suporte de Equipes Matriciais para os programas que atuam diretamente junto à comunidade como o PSF; as chamadas Intervenções Breves, que podem ser realizadas nos ambulatórios por profissionais de saúde treinados a detectar precocemente em consultas comuns as propensões e a ocorrência de abuso de drogas/álcool/medicamentos ou outras evidências de sofrimento psíquico que possuam relevância clínica.

CONCLUSÃO

Este trabalho tornou-se necessário diante da forte convicção formada de que se deve evitar, o quanto possível, a psiquiatrização infanto-juvenil e que os grandes ou pequenos, importantes ou insignificantes esforços que façamos em direção a diminuição do sofrimento do ser humano faz transformar toda a humanidade.

Lembremos, então, em nossas decisões:

“É preciso espantar o medo para que a vida não se encolha. Mas o medo sai quando se confia. Não é qualquer pessoa que tira o medo de dormir da criança. Há de ser alguém em que ela confia.”⁴⁴

44 Extraído da obra “O Médico” - Rubem Alves, Papirus Editora, 3ª edição, SP:2002, pág. 36.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil/Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Brasília - Editora do Ministério da Saúde, 2005.

Recomendação 01/2005 - Rio de Janeiro - Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Tema: Diretrizes para processo de desinstitucionalização de crianças e adolescentes em território nacional - Disponível em http://www.mp.pr.gov.br/cpca/telas/ca_sd_mental_forum_nac_2.html Acessado em 21 de novembro de 2007

Recomendação 02/2005 - CARTA DE CURITIBA - Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil. Tema: "A Articulação dos Campos da Saúde e do Direito nas Políticas e nas Práticas de Atenção à Infância e à Adolescência", e, em especial, a atenção em saúde mental - Disponível em http://www.mp.pr.gov.br/cpca/telas/ca_sd_mental_forum_nac_3.html Acessado em 21 de novembro de 2007

ELIA, LUCIANO. “**Diretrizes Norteadoras da Ação de Saúde Mental Envolvendo Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade e em Regime de Internação sob Medidas Sócio-Educativas**” – Texto contido no Anexo 7.1 do Relatório Executivo da “*Oficina de Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à saúde de Adolescentes e Jovens: caminhos para a atenção aos adolescentes com transtornos mentais em medidas de internação e internação provisória*”, realizada em Curitiba, junho de 2007 – publicado na página do Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, disponível no site do Ministério Público do Paraná: http://www.mp.pr.gov.br/cpca/dwnld/ca_relaf_oficina.doc Acessado em 21 de novembro de 2007

BUCHER, R. **Prevenção ao uso de drogas**, volume 1. Brasília - Editora Universidade de Brasília, Brasília, 1989.

MEDEIROS, T. **Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil. Dissertação de mestrado**, Rio de Janeiro, UFRJ, 1977, *apud* “**Aspectos Históricos da Internação Psiquiátrica no Brasil**”- Ana Maria Galdini Raimundo Oda, UNICAMP. Disponível em <http://www.sppc.med.br/mesas/anamariagaldini.html> Acessado em 21 de novembro de 2007

ODA, ANA MARIA GALDINI RAIMUNDO. **Aspectos Históricos da Internação Psiquiátrica no Brasil**. Província de São Paulo, Relatórios dos Presidentes: 1883, 1887. UNICAMP. Disponível em <http://www.crijukebox.uchicago.edu/bsd/bsd/hartness/menthosp.html> Acessado em 21 de novembro de 2007

AMIM, RODRIGUES ANDRÉA. **Curso de Direito da Criança e do Adolescente – Aspectos Teóricos e Práticos**, Lúmen Júris Editora, IMDFAM. 2ª edição – Coordenado por Kátia Regina Ferreira Lobo Andrade Maciel.

Convenção dos Direitos da Criança, aprovada em novembro de 1989 pela Resolução nº 44 da Organização das Nações Unidas.

DINIZ, MARIA HELENA. **Curso de Direito Civil Brasileiro – Teoria Geral do Direito Civil - 1º Volume – Editora Saraiva, 20ª edição.**

BORDALLO, GALDINO AUGUSTO COELHO. **Curso do Direito da Criança e do Adolescente**. Ministério Público – 4. Inspeção às Entidades de Atendimento (art. 201, XI).

MACHADO, MARTHA DE TOLEDO. “A Proteção Constitucional de Crianças e Adolescentes e os Direitos Humanos”. São Paulo: Manole, 2003.

Glossário de Álcool e Drogas. Secretária Nacional Antidrogas, 2004.

OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. **Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas** — Acessado em 21 de novembro de 2007. www.obid.senad.gov.br

LIBERATI, Wilson Donizeti. **Comentários ao Estatuto da Criança e do Adolescente**, 8ª edição, São Paulo: Malheiros Editores, 2004.

ELIAS, Roberto João. “Comentários ao Estatuto da Criança e do Adolescente” (Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990), 1ª edição, São Paulo: Saraiva, 1994.

ALVES, RUBEM. “O Médico”. Papyrus Editora, 3ª edição, SP:2002.

REFLEXÕES PARA A INTERVENÇÃO LEGAL QUANTO AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Cibele Cristina Freitas de Resende *

AS VISITAS TÉCNICAS

Movidos pelo interesse comum da causa da infanto-adolescência, formou-se uma pequena equipe¹ para a realização de uma pesquisa de campo voltada a colher informações para o desenvolvimento de um trabalho que pudesse subsidiar a atuação dos membros do Ministério Público e outros operadores do Direito ligados à área, quanto à delicada e complexa questão da abordagem jurídica do uso de álcool e drogas por crianças e adolescentes.

Partiu-se, assim, à procura do conhecimento “in loco” das diversas práticas de atendimento existentes em nosso estado, buscando-se uma espécie de “amostragem” fidedigna das alternativas hoje existentes quanto a essa espécie de cuidado especializado, o qual está inserido no campo da atenção à saúde mental. Assinalamos, por oportuno, não ter havido a preocupação de uma

* A autora do texto é Promotora de Justiça do Ministério Público do Paraná, integrante do Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, e-mail: cibelefr@pr.gov.br.

1 Composta pelos promotores de justiça Alberto Vellozo Machado e Cibele Cristina Freitas de Resende, o psicólogo Fernando Luiz Menezes Guiraud e a estagiária voluntária do projeto, Yasmine de Resende Abagge.

seleção quantitativa ou qualitativa para a escolha das entidades contatadas, sendo as visitas efetuadas por amostragem, ou seja, sob a ótica da obtenção de referências em cada segmento prestador de serviços, tais como ambulatórios, centros de atenção psicossocial, hospitais psiquiátricos, hospitais-dia, comunidades terapêuticas e estabelecimentos de cumprimento de medidas socioeducativas em regime fechado.

Nessa perspectiva, foram visitadas instituições públicas e particulares, algumas religiosas outras laicas, urbanas e rurais, em regime de internação e em modelo de atendimento extra-hospitalar, enfim, uma busca por parâmetros que pudessem ilustrar o cenário hoje prevalente, possibilitando maior reflexão sobre as múltiplas visões, as contradições e as dúvidas que pairam sobre a questão do tratamento adequado aos que necessitam de auxílio para reduzir, interromper ou cessar o uso de substâncias psicoativas, focando-se, predominantemente, o público infanto-juvenil.

Quase² todas essas experiências constam dos relatórios anexos a este trabalho, relatadas conforme o perfil da unidade visitada, sem a preocupação da padronização nos apontamentos que foram efetuados, até porque, cada visita, cada forma de atuação, cada vivência, mostrou-se ímpar, fruto da sabedoria e da grande vontade dos responsáveis por esses projetos, os quais têm em comum uma gama enorme de dificuldades e frustrações, mas também grandes vitórias e uma imensurável motivação para tentar ajudar o próximo.

Por oportuno, cumpre-nos transmitir a preocupação generalizada das instituições visitadas quanto à ausência de uma sistemática interlocução entre essas entidades para a troca de informações e experiências, da falta de sistematização dos dados por elas obtidos com o objetivo de construir um “saber coletivo”, assim como, do descontrole das referências sobre os trabalhos realizados (em desvantagem em face da organização do tráfico) e, especialmente, a falta de pesquisa e avaliação quanto aos resultados dos casos atendidos, a longo prazo.

Assim sendo, remetendo o leitor aos relatórios das entidades visitadas, constantes do material eletrônico e do site do Ministério

2 Algumas entidades visitadas não foram objeto de relatório específico diante das mudanças na estrutura de atendimento que tiveram entre o período da visita até o presente momento.

Público do Paraná³, e consignando o nosso profundo agradecimento a todos aqueles que, de forma pronta e desprendida, abriram suas portas e vivências no intuito de colaborar com o objetivo do nosso trabalho, passamos a tecer algumas considerações gerais consentâneas com as reflexões auridas dessa experiência.

O NOSSO PAPEL

O dilema cotidiano na atuação ministerial (e por certo também de Juizes de Direito, Conselheiros Tutelares e Advogados), é, sem dúvida, o encaminhamento de crianças e adolescentes envolvidos com o uso de substâncias psicoativas⁴, sobretudo ante o notório aumento desse comportamento de risco entre os mais jovens⁵ e a estreita ligação com o cometimento de atos infracionais.

Na imensa maioria dos casos, o uso de substâncias é fator **motivador** ou **causador** de muitas dessas infrações⁶ e também da

3 www.mp.pr.gov.br.

4 Substâncias, naturais ou sintéticas, capazes de alterar o funcionamento do sistema nervoso central, interferindo nas percepções sensoriais e no comportamento do indivíduo.

5 “O crescente aumento do consumo de drogas pelos adolescentes é comprovação cotidiana dos estudos científicos. Segundo Paulo Knapp 2 , embora o homem adulto faça uso de drogas desde seus primórdios, o abuso de drogas por adolescentes foi reconhecido como um problema sério somente no século XX , ao final dos anos 50, com os primeiros relatos do uso de solventes. Nos anos 60, com os movimentos jovens ganhando força, as substâncias químicas, principalmente a maconha e os alucinógenos, começaram a fazer parte de seu mundo e, desde então, as drogas fazem parte do cenário internacional.” (*in* **“Adolescência, uso de drogas e ato infracional”**, Simone Mariano da Rocha, Procuradora de Justiça do Ministério Público do Rio Grande do Sul. - publicado no site).

6 A fim de averiguar se o uso de substâncias psicoativas por adolescentes é agente causal ou motivador do cometimento de atos infracionais, foi realizado estudo em Porto Alegre 9. A amostra foi composta de 196 adolescentes que cometeram atos infracionais e registraram ingresso no Centro Integrado de

resistência e da dificuldade apresentadas pelos usuários para aderirem às propostas socioeducativas ou para se inserirem nos programas de proteção que focam, principalmente, o tratamento ou a reestruturação do seu modo de vida.

Assim, perceber e entender o problema, conhecer o funcionamento dessas substâncias e a influência sobre o comportamento humano, seus efeitos e suas conseqüências, sobretudo quanto ao organismo e a *psique* dos mais jovens; conhecer os recursos terapêuticos e os critérios para sua utilização; a concepção atual sobre o uso abusivo do álcool e das drogas na perspectiva da **promoção da saúde**⁷; da **prevenção geral**⁸; da **prevenção secundária (especial)**⁹; da **redução de danos**¹⁰; do

Atendimento ao Adolescente Infrator, Projeto Justiça Instantânea, nos meses de março de 1999, 2000 e 2001. No estudo constatou-se que há prevalência do uso de drogas entre os adolescentes infratores, e que ela é significativa, na ordem de 61%, 120 dos casos pesquisados. Desses, 57% (112) registram informação de fazer uso de drogas ilícitas. Dentre as drogas utilizadas pelos adolescentes pesquisados, percebeu-se que a maconha foi a mais largamente usada, conforme apontado pelos estudos exploratórios. Além disso, em 30% (36) dos casos os adolescentes referiram usar mais de um tipo de droga, sendo que 17% (6) desses referiram utilizar também álcool e tabaco.” (*in* “**Adolescência, uso de drogas e ato infracional**” artigo da Dra. **Simone Mariano da Rocha**, Procuradora de Justiça do Ministério Público do Rio Grande do Sul - publicado no site www.mp.rs.gov.br/infancia/doutrina).

- 7 Que pode diminuir os fatores de risco por meio do desenvolvimento estruturado do indivíduo.
- 8 À experimentação, uso ou abuso, com informações seletivas e oportunas sobre o tema.
- 9 Quando já se detectam *comportamentos de risco pela intensidade do uso, embora não se identifique o vício propriamente dito*.
- 10 Como ações destinadas a diminuir os riscos e prejuízos físicos e psíquicos na perspectiva da promoção da saúde integral.

tratamento¹¹, e da **reinserção social**¹²; são tarefas, hoje, essenciais ao desempenho de nossas funções neste delicado espaço de atuação do Ministério Público, cuja missão primeira é a luta em defesa dos direitos das pessoas em desenvolvimento bio-psico-social.

Há, notoriamente, uma grande deficiência do Estado na implementação das políticas públicas e dos programas de atenção aos usuários de substâncias, em especial, quanto ao **atendimento prioritário e especializado a que crianças e adolescentes têm direito**. Todavia, não é menos real a insuficiência de atenção e conscientização do próprio Sistema de Justiça nos encaminhamentos que tem sido feitos, sobretudo se considerarmos a *condição peculiar* da infanto-adolescência e que a nossa intervenção se pretende *especializada*.

Vale registrar, conforme as lúcidas considerações do Psicólogo Fernando Luiz Menezes Guiraud¹³, que os equívocos nesta área são passíveis de resultar em prejuízos de difícil reparação, se o que for decidido por Juizes de Direito e Promotores de Justiça basear-se, apenas, no *senso comum*, eivado de eventuais preconceitos e moralismos ou, ainda, nas noções pseudocientíficas divulgadas amplamente pela mídia. Apenas o conhecimento científico atualizado, revigorado por constantes pesquisas, possibilita maior margem de acerto nas decisões tomadas.

Isso sem que se olvide, por evidente, a necessidade do concurso de profissionais de áreas não jurídicas, atuando como equipe multidisciplinar conjugada aos profissionais do Direito.

Essa reflexão inicial tem lugar para insistirmos: **não é possível atuarmos juridicamente na área da infância e juventude de forma isolada, munidos apenas do conhecimento das leis**. Ao

11 O qual, por diferentes técnicas visam a *reabilitação*, direcionando-se tanto ao atendimento dos usuários abusivos de substâncias psicoativas, como para aqueles em que já há a dependência instalada.

12 Por intermédio do resgate dos vínculos que foram perdidos e das capacitações que permitam a reestruturação de um novo projeto de vida.

13 Psicólogo do Ministério Público do Paraná atuante no Centro Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, especialista pela PUC/PR em Dependência Química.

contrário, é imprescindível o entrosamento do Sistema de Justiça com toda a rede de assistência e de atendimento terapêutico, com profissionais de saúde, enfim, com todos aqueles que possam unir esforços para uma abordagem realista e responsável nesta complexa problemática humana, para que, então, possamos cumprir verdadeiramente o nosso papel, intervindo com eficácia e senso de oportunidade diante da fugacidade dessa etapa de desenvolvimento humano.

Para tanto, neste trabalho, construído a partir dos dados científicos e empíricos coletados na experiência acima relatada, objetiva trazer, além de algumas informações elementares e atualizadas para subsidiar essa atuação, a importante reflexão de qual é exatamente o nosso papel na vida dessas crianças e jovens que, seguindo a gigantesca onda social, o modismo, as pressões externas e internas, vieram a se envolver com as substâncias psicoativas (álcool e drogas) e com todos os malefícios dessa “escolha”.

E é, sobretudo, na adolescência, como fase marcada pelas intensas mudanças internas e externas; pela necessidade de contestar os modelos já estabelecidos; pela busca de autonomia e individualidade; das contradições, dúvidas, angústias, ansiedades, insegurança, etc.; em que há o “luto” da perda da infância e a descoberta do mundo adulto; que cresce no jovem a necessidade de coesão social, do agrupamento com os que a ele se assemelham, ou seja, aqueles que, estando na mesma fase de desenvolvimento, dividem a mesma dúvida existencial; que são deixados para trás os padrões idealizados no pensamento infantil, inclusive, sobre os membros da própria família, saindo-se à procura de novos modelos de comportamento na busca da sua identidade, que, muitas vezes, esse encontro com o álcool e as drogas acontece de forma mais banal e sedutora.

Tais considerações, sobre as características da adolescência são feitas neste momento, para justificar, desde logo, a abordagem particularizada que se fará da questão, centrando-a no abuso de drogas por jovens o que implicará, nesse mesmo viés, na busca de definições de **políticas públicas {específicas}, preparadas para lidar com as características próprias dessa faixa etária e que seja capaz de oferecer diversificadas modalidades de atenção e tratamento**, o que, como sabemos, não constitui a realidade existente em nosso país, vez que não há, ainda, uma rede de atenção à saúde mental infanto-juvenil estruturada.

Lembramos que o Estatuto da Criança e do Adolescente situa a criança e o adolescente como sujeitos de direitos e responsabilidades, preceituando o **absoluto respeito ao seu estado natural de pessoa em desenvolvimento, de acordo com a sua crescente capacidade de entendimento e autonomia.**

E com o objetivo de propiciar a formação de um ser humano estruturado, a lei protetiva elegeu, com prioridade, o fortalecimento dos laços familiares e sociais e a garantia de sua individualidade, cujas diretrizes devem nortear toda e qualquer espécie de atendimento e cuidado, quer sob o aspecto das ações de proteção, quer as socioeducativas, em sendo o caso.

Daí porque, não podemos mais aceitar conviver com políticas públicas (cultura, lazer, esporte, educação, saúde, etc.), e instituições públicas e privadas, entidades filantrópicas e da sociedade civil organizada, que continuem a atuar de forma estanque e dissociada desse espírito, significando, em contrapartida, que devemos estabelecer as interfaces de planejamento, de orçamento, a articulação de ações, programas e serviços, assim como a formação de parcerias para a concretização da almejada **Proteção Integral.**

É também inafastável estabelecer **vínculos** que permitam **integrar e organizar as atuações** nas áreas da **prevenção, tratamento e reinserção social** quanto ao usuário/dependente, com o intuito, ainda, de racionalizar e fortalecer a **repressão ao tráfico**, posto que a ausência de diálogo e da troca de experiências tem prejudicado o trabalho de todos e facilitado a história de crescente “sucesso” (sob o exclusivo ponto de vista econômico), protagonizada pela “indústria” lucrativa da droga.

A AÇÃO DAS DROGAS

No tocante ao uso nocivo de substâncias psicoativas (estimulantes, depressoras ou perturbadoras), sejam elas lícitas ou ilícitas, impõe-se, portanto, localizar esta séria problemática no campo da **atenção à saúde mental**¹⁴, por provocarem, mediante ação

14 E **saúde mental** é considerada neste estudo como “*condição dinâmica da totalidade bio-psico-social-espiritual em que a pessoa sente-se plena de vida e energia, tem bons relacionamentos sociais, tem autodomínio sobre a vida, é capaz de realizar coisas que aprecia, tem sendo de propósito na vida e*

química, modificações do funcionamento cerebral, que podem causar prejuízos físicos e psicológicos, complicações clínicas e psiquiátricas, de maior ou menor intensidade, conforme o uso eventual, agudo ou crônico (*vide* em nota de rodapé a classificação da UNESCO)¹⁵.

Acrescente-se que os **transtornos identificados pelo uso nocivo de substâncias psicoativas**, além dos danos à saúde física e mental, provocam alterações comportamentais que incluem problemas ligados à insuficiência da capacidade de funcionamento social e profissional, além da **perda da capacidade de cessar ou interromper o uso**, podendo levar aos graves sintomas da **síndrome de abstinência**¹⁶ e ao desenvolvimento de outras **co-morbidades**, por exemplo.

A propósito, cabe também registrar o que prelecionam os drs. SÉRGIO PAULO RAMOS e ANGELA MYNARSKI PLASS¹⁷: “Sobre a

tem senso de ligação com a comunidade. (conceito extraído do artigo: “Promoção e Prevenção em Saúde Mental”, Simone Bruno, Ana Luiza B. Curi, Deisy M. Joppert, José Augusto M. Furtado, psicólogos, extraído da publicação “Saúde Mental em Curitiba”, da Secretaria Municipal de Saúde, Editora CEBES, Rio de Janeiro: 2003, pág. 56).

15 **Experimentador**: usa uma ou várias drogas para experimentar, sem dar continuidade ao uso;

Ocasional: usa a droga quando há disponibilidade e o ambiente é favorável, sem que haja ruptura nas relações afetivas, sociais ou profissionais;

Habitual, há um uso freqüente da droga, ainda que controlado, porém, já se observam alterações nas relações afetivas, familiares, profissionais e sociais;

Dependente ou toxicômano - a única forma de relação que mantém na vida é com a droga e para a droga. São cortadas as relações com a família, com o trabalho e com o ambiente social, havendo isolamento e marginalização.

16 Efeitos psicológicos, e fisiológicos pela falta da droga no organismo, diante da cessação ou redução do uso de uma substância usada prolongada ou pesadamente.

17 Stewart e Brown,1995 e Semlitz e Gold,1986, *apud* “Tratamento Psiquiátrico de Adolescentes Usuários de Drogas”, Sandra

questão da co-morbidade em dependência química, apenas sublinhamos a necessidade de cautela uma vez que o consumo crônico de drogas pode, em si, gerar qualquer quadro psiquiátrico. Por isso, recomenda-se, ao longo do tratamento, um período de observação de três a seis meses de comprovada abstinência, antes de poder-se fechar um diagnóstico de transtorno de humor, de ansiedade, ou mesmo de personalidade.” (grifos nossos).

Outro fator essencial a ser investigado por profissional habilitado (de preferência uma equipe multidisciplinar), em uma avaliação é a presença ou não da **dependência**, cujo fator irá influir diretamente no encaminhamento que se poderá dar ao caso concreto, na medida em que, segundo bem elucidado no questionário sobre drogas organizado pelo CEBRID¹⁸ : ***Com os medicamentos existentes atualmente, a maioria dos casos relacionados à dependência física pode ser tratada. Por outro lado, o que quase sempre faz com que uma pessoa volte a usar drogas é a dependência psicológica, de difícil tratamento e não pode ser resolvida de forma relativamente rápida e simples como a dependência física.*** (grifos nossos)

Chama-se à atenção para que, apesar da simplicidade desses comentários, já é possível a compreensão de que a questão do encaminhamento adequado em cada caso ensejará muito mais do que se assegurar ao usuário ou dependente sua **desintoxicação**¹⁹ (domiciliar, ambulatorial, hospitalar) ou segregá-lo temporariamente do contexto das drogas, providências essas que em alguns casos podem até ser suficientes, mas, na busca de uma abstinência permanente, essa intervenção, na grande maioria das situações, deverá ser norteada pelo conhecimento integral sobre aquele indivíduo e a extensão de seu envolvimento com as substâncias usadas, a reclamar diagnóstico e cuidado especializados, a serem

Scivoletto, capítulo IV, São Paulo Rocco, 2001, página 67.

18 CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas - www.cebrid.epm.br.

19 “O processo pelo qual um indivíduo é afastado dos efeitos de uma substância psicoativa. Como um procedimento clínico, é o processo de afastamento da substância realizado de maneira segura e efetiva, de tal forma que os sintomas da abstinência são minimizados.” Fonte: Glossário Álcool e Drogas - SENAD, 2004, pág. 54.

ministrados de forma oportuna e adequada, sob pena de **agravar-se a sua situação física/psicológica e emocional**.

É válido ainda ressaltar, outrossim, que pela sua grande incidência junto aos usuários jovens, conforme reafirmado em todas as visitas realizadas, a **cocaína** (leia-se também **merla** e **crack**)²⁰ é uma substância que tem alto poder de causar dependência, e, consoante o que é esclarecido pelo CEBRID: *“No caso da cocaína em pó não existe um tempo definido para o estabelecimento da dependência; mas no caso do crack a dependência tende a surgir logo nas primeiras “pipadas”(ato de fumar o cachimbo contendo o crack). O crack é uma das drogas mais potentes e indutoras de dependência.”*²¹

Assim, sob a perspectiva de assegurar a crianças e adolescentes o direito à saúde mental, além dos enfoques da saúde em geral e da prevenção ao uso, a intervenção do Sistema de Justiça, sob o viés protetivo, deverá ocorrer sempre que presente uma *situação de risco* identificada com uma das hipóteses previstas no artigo 98 do ECA, mediante a aplicação de alguma das medidas de proteção previstas no artigo 101 do ECA.

Com efeito, o comportamento da criança ou do adolescente de usar drogas de forma **experimental**²² ou **ocasional**²³, em si, já **representa um risco**, na medida em que, além do dano direto à saúde que pode causar mesmo um ato isolado, a conduta estará expondo a pessoa em desenvolvimento, de forma mais próxima daquele que nunca experimentou, a um possível uso patológico das substâncias, servindo como um alerta para que os pais e os

20 Todos estes nomes indicam diferentes preparações obtidas da planta coca; portanto todos estes produtos da coca contem cocaína. A pasta de coca e a merla, são produtos com muitas impurezas e a cocaína que neles existe está sob uma forma que chamamos de base (cocaína básica) insolúvel na água, mas que pode ser fumada. O mesmo ocorre com o crack que se apresenta em forma de pequenas pedras, que também tem a cocaína básica e é bastante fumada. (Fonte: Questões sobre Drogas - www.cebrid.epm.br).

21 www.cebrid.epm.br.

22 Uso apenas uma vez ou outra.

23 Uso de vez em quando, de maneira esporádica.

profissionais envolvidos perquiram: “**qual o espaço e a função que a droga ocupa na vida do adolescente, verificando como é o seu relacionamento com ela e com as demais atividades, no seu dia a dia?**”²⁴

Assim, já nestes casos, de **uso ocasional** ou **experimental**, medidas de proteção como as de orientação e acompanhamento temporários, ou mesmo outras previstas no artigo 101 do ECA, poderão ser adotadas, dentre as escolhidas conforme o resultado do questionamento acima exposto, cuja análise poderá ser realizada por profissionais da equipe técnica (como o próprio médico, o psicólogo ou o assistente social), de acordo com a situação concreta.

Vale salientar que é também da competência do Sistema Único de Saúde, através das **equipes multidisciplinares das Unidades Básicas**, oferecerem **cuidado** a esses **casos de risco potencial**.

Por outro lado, o **uso nocivo**, correspondente a “um padrão de consumo de qualquer substância psicoativa que causa dano para a saúde.”²⁵, assim como a **dependência**, que se caracteriza pela incapacidade de diminuir ou parar o consumo, são estados que reclamam cuidados mais especializados, cuja intervenção já enseja alguma espécie de **tratamento**, propriamente dito, incluindo a **redução de danos**, sobretudo pelo grande risco à saúde envolvido, que poderá chegar até a morte.

Nesse contexto, é forçoso concluir que o que se identifica como “**tratamento**” depende, para cada um, das estratégias a serem traçadas na perspectiva de um **cuidado integral**, a serem oportunizadas de acordo com a necessidade particular e as respostas possíveis dentro da realidade única daquele indivíduo, cujo sucesso

24 Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente, Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, 2ª edição, Curitiba, 2006, pág. 77.

25 O dano pode ser físico (por exemplo, hepatite secundária ao uso de injeção de drogas) ou mental (por exemplo, episódios depressivos secundários à ingestão abundante de álcool). Comumente, mas não invariavelmente, o uso nocivo tem conseqüências sociais adversas; no entanto apenas conseqüências sociais não são suficientes para justificar o diagnóstico de uso nocivo. Fonte: Glossário Álcool e Drogas - SENAD, 2004, pag. 27.

ou insucesso da empreitada, dependerá, em muito, da qualidade da **avaliação e do processo diagnóstico** e do resultado daquela mesma pergunta já recomendada quando da primeira abordagem do problema junto ao usuário: **qual o espaço e a função que a droga ocupa na vida daquela criança ou jovem?**

Trata-se, como se percebe, de um processo e não de uma ação isolada, o qual requer, antes de mais nada, um compromisso ético de respeito à vulnerabilidade daquele ser humano em formação e sua particular (e ainda incompleta) visão sobre o que lhe acontece, o que implica em saber que a sua imaturidade não o leva a ter maiores preocupações com os riscos do uso, nem os seus efeitos deletérios os assustam, até porque a convivência é muito maior com usuários ocasionais e poucos já apresentam, nesta pouca idade, o quadro mais grave em que muitos agonizam.

Segundo o protocolo de critérios para tratamento de Crianças e Adolescentes com problemas devido ao uso de substâncias psicoativas da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, “o abuso de substâncias psicoativas é mais prevalente em jovens do que em adultos, porém ao contrário dos adultos, difícilmente apresentam sintomas físicos de dependência, como tolerância e sintomas de abstinência. Adolescentes que chegam aos centros de tratamento diferem dos adultos quanto ao tempo e intensidade do uso de substâncias, bem como dos tipos de prejuízos causados pelo consumo. Com menos tempo de uso, tanto os problemas físicos e psicológicos quanto a deterioração das funções sociais, são menores do que nos adultos.” (destaques nossos)

Apesar disso, é importante lembrar que adolescentes apresentam uma progressão mais rápida da fase da experimentação até o abuso de drogas²⁶ e que, segundo levantamento do CEBRID²⁷, 2002, na faixa de 12 à 17 anos, a dependência atinge 6,9% dos garotos e 3,5% das meninas, estando o uso abusivo e a dependência associados a muitos comportamentos de risco (como homicídios, acidentes de trânsito, suicídios, exposição às DST e Aids) e as comorbidades, como causa ou conseqüência de psicopatologias.

26 Stewart e Brown,1995 e Semlitz e Gold,1986, *apud* “Tratamento Psiquiátrico de Adolescentes Usuários de Drogas”, Sandra Scivoletto, Rocco, São Paulo:2001, capítulo IV, página 67.

27 Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas - Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - Obid - www.obid.senad.gov.br.

CRITÉRIOS PARA O ENCAMINHAMENTO

“A avaliação detalhada do padrão de consumo de drogas pelo adolescente fornece informações sobre o nível de envolvimento com as drogas e a gravidade do quadro clínico.”²⁸

Partir de uma criteriosa **avaliação inicial médica**, o **exame clínico completo**, juntamente com o **neurológico**, **exames laboratoriais** e uma **avaliação da família e seu contexto social**, é fundamental para que se identifique qual o tratamento mais adequado em cada caso e se elabora um **projeto terapêutico individual**, capaz de, comprometendo o paciente e sua família, tornar o mais claro possível os objetivos a serem alcançados, a forma de atingi-los e o papel de cada um.

Ao lado desse diagnóstico inicial, o tratamento deve prever um processo diagnóstico e novas avaliações periódicas, necessários à correta avaliação de possíveis co-morbidades, visto que a regra é a coexistência de outros transtornos mentais associados ao abuso ou dependência de drogas na população adolescente, valendo destacar que deverão ser múltiplas as opções de tratamento existentes, já que são igualmente diversificados os problemas e as necessidades pessoais de cada um, e também que, nesta mesma perspectiva de cuidado integral, os programas deverão ter caráter multidisciplinar.

Cada situação concreta poderá ensejar diferentes formas de tratamento, importando ressaltar que, para cada um desses serviços caberá uma indicação particularizada, que levará em conta, além do grau de comprometimento com o uso da substância, a capacidade de adesão ao modelo de tratamento, seguindo-se alguns critérios, alguns deles já definidos previamente em normas legais, como por exemplo:

Segundo a Resolução - RDC 101, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária-Anvisa — a qual regulamenta a permanência em **comunidades terapêuticas** (atendimento pelo modelo psicossocial) — a admissão deve se dar mediante prévia avaliação diagnóstica clínica e psiquiátrica, deve ser respeitado o critério de **voluntariedade**, de acordo com a dimensões envolvidas para definição do padrão de comprometimento de dependência, conforme

28 Scivoletto, Sandra. Tratamento Psiquiátrico de Adolescentes Usuários de Drogas. Rocco, São Paulo:2001, capítulo IV, p. 71.

critérios preestabelecidos.

A Lei nº 10.216/01, por sua vez, prevê que as **internações psiquiátricas**, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os **recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes**, mediante prévia **avaliação médica**.

A Portaria nº 189 de 22/03/2002 – da Secretaria de Assistência à Saúde, a seu turno, define o atendimento pelos CAPS (I,II, III, CAPs i II e CAPs ad II), subdividido em intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, de acordo com o grau de necessidade de acompanhamento diário.

Além do tratamento em hospitais integrais, gerais, hospitalis-dia, clínicas, caps (Centro de Atenção Psicossocial), ambulatórios, comunidades terapêuticas, há também os programas de tratamento da comunidade, representados por serviços auxiliares e concomitantes aos tratamentos ditos formais, dentre os quais os grupos de auto ajuda (AA, ALATEEN,NA), os quais são extremamente úteis.

Outro fator de grande importância para o resultado esperado é o envolvimento dos recursos de suporte social e familiar, sobretudo na perspectiva da reinserção sócio-familiar.

Em arremate, cumpre sublinhar, a partir das experiências relatadas, que, perante uma clientela em maior vulnerabilidade social, em especial crianças e adolescentes em situação de rua, vitimizadas, ou que residem com familiares também envolvidos com álcool e drogas — como é o perfil daquelas que normalmente chegam aos nossos gabinetes —, uma urgente demanda é a criação de estruturas de apoio para aqueles que necessitam de atendimento extra-hospitalar e que não tem suporte material ou familiar para fazer essa transição à sobriedade, tal como a permanência em abrigos protegidos, a exemplo da chamada **Pensão Protegida**, ou seja, **“um local de residência que funciona como um estágio intermediário entre um programa terapêutico hospitalar ou residencial e a independência plena da comunidade”**²⁹.

29 Glossário Álcool e Drogas - SENAD, 2004, pág. 93.

O MINISTÉRIO PÚBLICO NA PERSPECTIVA DA PROTEÇÃO

O uso abusivo de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes, na medida em que interfere na saúde física e mental, no seu desenvolvimento psicológico, no funcionamento familiar, no desempenho escolar, na participação social, na habilitação para o exercício profissional, ao lado dos demais comportamentos de risco associados a este uso, de regra, caracteriza a **situação de risco** prevista no **artigo 98, inciso, III, do Estatuto da Criança e do Adolescente**, ensejando, por parte do Conselho Tutelar, do Ministério Público e do Juízo da Infância e Juventude, a aplicação de medidas de proteção previstas no artigo 101, tanto as de caráter geral, como as de natureza específica, tais como: **(inciso VI) inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos** e **(inciso V) – a requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial.**

Nesse contexto, a atuação do Ministério Público, como agente de transformação social, assume particular importância, uma vez que a grande maioria dos municípios não conta ainda com as estruturas adequadas e suficientes para materializar esse direito fundamental ao cuidado em saúde mental especializado, impondo-se a intervenção incisiva quer na defesa dos direitos individuais como coletivos.

E no combate à inércia governamental que viole os mandamentos constitucionais, há que se lembrar que “A função do Ministério Público não comporta somente a atuação para corrigir atos comissivos da administração que porventura desrespeitem os direitos constitucionais do cidadão, mas também a correção dos atos omissivos, ou seja, para a implantação efetiva de políticas públicas visando a efetividade da ordem social prevista na Constituição Federal de 1988.”³⁰

Não apenas o Estatuto da Criança e do Adolescente mas também a Constituição Federal reza que: “Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à ..., à vida, à saúde

30 Frischeisen, Luiza Cristina Fonseca. Políticas Públicas.: A responsabilidade do administrador e o Ministério Público. São Paulo: Max Limonad, 2000.

..., além de colocá-los a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. §3º O direito a proteção especial abrangerá os seguintes aspectos:

...

VII – Programas de prevenção e atendimento especializado à criança a ao adolescente dependente de entorpecentes e drogas afins.”

E não ensejando qualquer dúvida, o parágrafo único do artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece:

“A garantida da prioridade compreende:

(...)

d) Destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.”

Por sua vez, consoante dispõe o art. **201, inciso VIII, do Estatuto da Criança e do Adolescente**, cabe ao Ministério Público “zelar pelo efetivo respeito aos direitos e garantias legais assegurados às crianças e adolescentes, promovendo as medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis”;

Ainda, o **Estatuto da Criança e do Adolescente** estabelece em seu **artigo 11**: “É assegurado o atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção e recuperação da saúde. § 1º ...§ 2º - Incumbe ao Poder Público fornecer gratuitamente àqueles que necessitarem os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.”

Tendo por objetivo assegurar a plena efetivação da garantia da **proteção integral** a infanto-adolescência, de modo absolutamente prioritário (**artigo 227 caput da Constituição Federal e artigos 1º e 4º, caput, ambos da Lei nº 8.069/90**), a ausência dos serviços de atendimento que a criança ou o adolescente vier a necessitar, consiste também em grave **situação de risco**, na forma prevista no **artigo 98, inciso I, do ECA**³¹

31 Art.98. As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta lei forem ameaçados ou violados: I - por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; (grifos nossos).

No que tange à defesa dos interesses individuais afetos à infância e à juventude, o **art. 201, incs. V e VIII, da Lei nº 8069/90 (ECA)**, autoriza o “parquet” a tomar medidas de natureza judicial, a fim de zelar pelo efetivo respeito aos direitos e às garantias legais assegurados à criança em questão, sobretudo quando as providências administrativas não forem suficientes para atingir os objetivos propostos.

E diante dessa conduta omissiva do Poder Público, que viola o expresso direito ao atendimento especializado de que a criança ou o adolescente necessitam, é plenamente cabível o ingresso de medidas extra-judiciais e judiciais em prol da população infanto-juvenil como um todo, ou do interesse individual concretamente violado, de acordo com a competência da Vara da Infância e Juventude, conforme estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente:

Art.148. A Justiça da Infância e Juventude é competente para:

I - ...

(...)

IV - conhecer de ações civis fundadas em interesses individuais, difusos ou coletivos afetos à criança e ao adolescente, observado o disposto no art.209.

Art.208. Regem-se pelas disposições desta Lei as ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados à criança e ao adolescente, referentes ao não oferecimento ou oferta irregular:

I - ...

(...)

VII - de acesso às ações e serviços de saúde;

Parágrafo único - As hipóteses previstas neste artigo não excluem da proteção judicial outros interesses individuais, difusos ou coletivos, próprios da infância e da adolescência, protegidos pela Constituição e pela lei.

Art.209. As ações previstas neste Capítulo serão propostas no foro do local onde ocorreu ou deva ocorrer a ação ou omissão, cujo juízo terá competência absoluta para processar a causa, ressalvadas a competência da Justiça Federal e a competência originária dos Tribunais Superiores. (grifamos).

Assim, lembrando que a legitimidade do Ministério Público para a implementação das políticas públicas e a concretização dos programas de proteção especial, tais como os que visem o auxílio, a orientação e o tratamento de alcoólatras e toxicômanos, é ampla — enquanto detentor de parcela de soberania estatal, qualificado para a defesa dos interesses sociais e individuais indisponíveis —, passamos a assinalar algumas das hipóteses de desempenho de sua função na perspectiva pró-ativa e transformadora da realidade.

Inicialmente, destacamos que, em sua imensa maioria, a ausência dos programas de atendimento são devotadas ao discurso da falta de *verbas* para a sua implementação.

Nessa perspectiva, deve o Ministério Público, em primeiro plano, provocar a atuação dos **Conselhos de Direitos**, uma vez que, com o estabelecimento da democracia participativa no Brasil (artigos 204 e 227, §7º, Constituição Federal) estes colegiados surgiram como instrumentos de intervenção direta da sociedade civil na formulação das políticas públicas e no controle dessas ações, com funções não apenas consultivas e integrativas, mas com capacidade pública para exercerem a co-gestão na área da infância e adolescência, inserindo-se, em sua atuação, o controle de programas sócio-educativos e de proteção, e que hoje, em sua maioria.

Assim, o livre e eficaz funcionamento dos Conselhos de Direitos revestem-se de suma importância no processo de consecução dos recursos para a implantação dos programas a que crianças e adolescentes em situação de risco têm prioritário direito.

Ao lado disso, é sempre relevante a lembrança de que o Superior Tribunal de Justiça, por intermédio do célebre Acórdão relatado pela Ministra Eliana Calmon, no RECURSO ESPECIAL Nº 493.811 - SP (2002/0169619-5), que teve origem em ação civil pública proposta pelo Ministério Público para **compelir o município de Santos a implantar serviço oficial de auxílio, orientação e tratamento de alcoólatras e toxicômanos**, o qual reconheceu que as deliberações (Resoluções) dos Conselhos de Direitos vinculam o Administrador Público quanto à previsão orçamentária para as políticas públicas definidas por aquele Órgão na área da infância e juventude.

Ao lado dessa atuação básica e primordial, e além da fiscalização dos fundos da infância e do orçamento público, registre-se, ainda que os instrumentos de atuação são muitos, valendo ressaltar, dentre eles, as **audiências públicas, a contribuição para**

a edição da legislação local, a participação nas reuniões dos Conselhos Deliberativos, enfim, uma série de intervenções que tendem a *influir* eficazmente na decisão dos responsáveis pela realização progressiva dos direitos garantidos à infanto-adolescência.

Outrossim, quanto aos instrumentos disponíveis na esfera extra-judicial, lembramos o **Procedimento Administrativo Preliminar** (incisos VI e VIII e parágrafos 2º e 5º do 201 do ECA) e/ou **Inquérito Civil Público** (artigos 201 e 223 do ECA), para a verificação da demanda e da rede de atendimento existente no município e a possível violação dos direitos difusos e coletivos na área da saúde previstos às crianças e adolescentes.

Ainda dentre as medidas extra-judiciais, destacamos a possibilidade de expedição de **RECOMENDAÇÃO**, tendo como fundamento o disposto na alínea “c” do parágrafo 5º do artigo 201 do ECA.

“A Recomendação, na área dos direitos sociais, permite a administração incorporar em seu ordenamento e planejamento de políticas públicas, linhas de atuação que auxiliam o efetivo exercício dos direitos assegurados na Constituição, possibilitando também a conciliação de interesses, que foram levados pela Sociedade Civil ao Ministério Público, ou que surgiram da própria ação de fiscal da lei do Parquet.”³²

A Recomendação é uma forma de atuação que permite ao Promotor de Justiça provocar, de forma orientada, o agir dos órgãos governamentais e das autoridades administrativas dos três poderes, como também dos Conselhos de Direitos, dos Conselhos Tutelares, das entidades de atendimento, enfim, direcionar todos aqueles envolvidos no desenvolvimento de serviços (públicos ou de relevância pública) afetos à infanto-adolescência, objetivando o seu aperfeiçoamento.

Também, o **termo de compromisso de ajustamento de conduta** é um mecanismo de atuação ministerial de caráter extrajudicial extremamente eficiente para a resolução tanto da ausência, como da insuficiência ou deficiências dos programas de

32 Frischeisen, Luiza Cristina Fonseca. Políticas Públicas: A responsabilidade do administrador e o Ministério Público, São Paulo: Max Limonad, 2000.

atendimento aos usuários/dependentes de substâncias psicoativas.

Outrossim, adentrando a esfera judicial, lembramos que na área dos direitos da infância e juventude, a **ação civil pública** consiste num inestimável meio de alcançar as finalidades públicas elevadas, com primazia, à condição de direitos fundamentais dessa população, como é o direito à saúde.

CONCLUSÃO

Por fim, não é demasiado demarcar, que, apesar da multifatorialidade desta questão, *o uso e abuso de drogas* é, epideologicamente, centrado no campo da **saúde**, não devendo os profissionais da área da saúde, e sobretudo os operadores do direito, abordá-la no campo do comprometimento moral do sujeito, sendo valoroso todo o esforço para uma mudança (pessoal e ao redor) do olhar preconceituoso e punitivo sobre aqueles que padecem de doença ou vício, lembrando que é penoso o estado em que vivem e aflitivo o sentir de suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ROCHA, Simone Mariano. “*Adolescência, uso de drogas e ato infracional*”– publicado no site www.mp.rs.gov.br/infancia/doutrina. Acessado em 26.02.08.

BRUNO, Simone, CURI, Ana Luiza B., JOPPERT, Deisy M., FURTADO, José Augusto M. “Saúde Mental em Curitiba”, publicação da Secretaria Municipal de Saúde, Editora CEBES, Rio de Janeiro: 2003, pág. 56).

SCIVOLETTO, Sandra, “Tratamento Psiquiátrico de Adolescentes Usuários de Drogas”, capítulo IV, São Paulo Rocco, 2001, STEWART e BROWN, 1995 e SEMLITZ e GOLDE, 1986.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. Questões sobre Drogas – www.cebrid.epm.br

SENAD - Glossário Álcool e Drogas. 2004.

Protocolo de Atenção à Saúde do Adolescente, Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, 2ª edição, Curitiba, 2006.

OBID - Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - -Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas. www.obid.senad.gov.br

FRISCHEISEN, LUIZA CRISTINA FONSECA. Políticas Públicas: A responsabilidade do administrador e o Ministério Público. São Paulo: Max Limonad, 2000.

ANEXOS

ANEXOS

Relatórios das visitas técnicas,
apresentados em ordem cronológica

Relação das Instituições em ordem alfabética:

ABAI - Associação Brasileira de Amparo À Infância
(Visita: 08/03/07)

Ambulatório Cara Limpa
(Visita: 12/03/07)

CAPSad Cajuru
(Visita: 24/04/07)

Centro Vida
(Visita: 09/03/07)

CERENE - Centro de Recuperação Nova Esperança
(Visita: 20/04/07)

Chácara Meninos de 4 Pinheiros
(Visita: 08/03/07)

Clínica Dr. Helio Rotenberg
(Visita: 16/04/07)

Comunidade Terapêutica Rosa Mística
(Visita: 29/03/07)

CT DIA – Comunidade Terapêutica Dia
(Visita: 26/03/07)

Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro
(Visita: 11/06/07)

ABAI - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE AMPARO À INFÂNCIA

Data da visita: 08/03/07

Endereço: Estrada Municipal Otávio de Jesus

Biscaia, s/nº - Mandirituba-PR

Endereço eletrônico: <http://www.fundacaoabai.org.br/>

Telefone: (41) 3626-1202

E-mail: abai@terra.com.br

A ABAI é uma entidade sem fins lucrativos localizada em região rural, no Município de Mandirituba, que, além de atividades educacionais, mantém uma Casa de Recuperação para tratamento de dependentes químicos (álcool e outras drogas).

Os três principais programas desenvolvidos são: Centro de Prevenção, Casa de Recuperação e Agroecologia.

Centro de Prevenção:

Destinado a crianças da comunidade de Mandirituba consideradas em situação de risco, funciona em regime de contraturno escolar. Esse programa existe desde 1981.

No que se refere ao Centro de Prevenção, são atendidas 60 crianças em cada turno (manhã/tarde), as quais são escolhidas em razão da identificação de algum fator de risco social. Educadores desenvolvem atividades orientadas como: horticultura de produtos orgânicos, teatro, música, dança, informática, meditação, etc.

Casa de Recuperação:

Iniciou em 1987 e conta com 25 vagas para homens adultos.

Quanto à Casa de Recuperação, nela o programa é desenvolvido pelo período de um ano, adotando como técnica

terapêutica a colaboração em todas as atividades da chácara, como, por exemplo, a participação em atividades agropecuárias e no trabalho no “Restaurante das Palmeiras”, onde alguns são treinados para trabalhar como garçons ou ajudantes, objetivando também a reinserção social.

Agroecologia:

Atividades de educação ambiental destinada a crianças das escolas do município.

DEPOIMENTOS DE JOVENS EM TRATAMENTO

J. (21 anos):

- Morou com a mãe até os 16 anos, entrou no mundo das drogas, arranhou uma namorada que engravidou (hoje ela tem 17 anos e o filho tem 1 ano e 6 meses). Resolveu ir ao hospital se internar, pois agora não era só a vida dele que estava em jogo, tinha a criança e a namorada também. Um amigo rico que também usa drogas o levou até o hospital e avisou a família que ele estava se tratando. Após a alta, foi aconselhado a ir para a ABAI, onde está há 6 meses sem usar drogas.

- Morava em Ponta Grossa, sente saudades de casa, mas não pretende voltar porque tem medo e vergonha. Vergonha de andar na rua, pois sabe que fez muita coisa errada e se arrepende. Também tem medo de ser morto por policiais ou gangues rivais, pelos inimigos que fez no passado. Teme encarar a nova realidade, de ser julgado pelo que ele era, de não acreditarem que ele mudou; tem medo de encarar os velhos “amigos”; tem medo de voltar a usar drogas.

- Tem consciência de que deve se sentir seguro para sair da chácara e não ter recaída.

- Usava drogas desde os 11 anos. Usou de tudo (principalmente “crack”), roubava, foi preso várias vezes e responde a diversos processos.

- Sua mãe ajuda, a família apóia e vem visitar. Inclusive a namorada e o filho.

- Aprendeu a respeitar o outro, a conversar e a cozinhar.
- Quando cheirava cola sentia solidão e tinha alucinações com sua família.
- A coisa que mais se arrepende é ter roubado e feito mal a pessoas que gostava e tentavam ajudá-lo. Lamenta não poder voltar no tempo e apagar o seu passado.
- A coisa mais difícil de aprender é se perdoar.
- Resolveu se tratar por causa do filho e da mulher, mas quando chegou na chácara aprendeu que ele tinha que se tratar por ele mesmo, pelo seu próprio bem.
- Sabe que, mesmo quando sair da ABAI, precisará do apoio da família e de ajuda extra, como a dos grupos de auto-ajuda do NA (Narcóticos Anônimos).
- Chegou ao hospital pesando 54 kg (hoje está com 73kg), tremendo, alucinando e algemado. Tomou remédios para ajudá-lo com as crises de abstinência, hoje não toma nada.
- Cheirava “Thinner” porque não tinha o que comer, mas sabe que na verdade usava drogas porque gostava. Era ele quem decidia se ia comprar comida ou drogas e preferia as drogas.
- Todo mundo o respeitava e tinha medo dele. Ele tinha “fama de mau” no seu grupo de amigos e por isso gostava de usar drogas.
- Sempre gostou de estudar, mas parou na 6ª série. Na verdade, ele parou mais para manter a sua “fama de mau” do que por outra coisa.
- Responde por tentativa de homicídio e sabe que vai ser condenado (espancou com um pedaço de pau, sob o efeito de drogas, o namorado da irmã que estava grávida, depois que este a agrediu fisicamente durante a gravidez).
- Fugiu de onde morava, deixando a namorada grávida.
- Quando era adolescente foi internado, ofereceram ajuda e ele não quis, porque gostava da “fama de mau”.

M. (24 anos):

- Antes estava envolvido com drogas, criminalidade, más companhias.

- Usava drogas (“crack”, cocaína, álcool, maconha e inalantes) ao invés de comer e roubava.

- A mãe de um rapaz que tinha sido internado o convenceu a se internar também. Ficou lá a base de remédios. Sabia que depois dos 45 dias de internação iria voltar para aquela vida, portanto resolveu vir para a ABAI.

- No começo foi difícil, não tinha responsabilidade. Está há 6 meses sem usar drogas e aprendendo uma nova maneira de viver.

- Não tem intenção de voltar para onde morava pois sabe que ninguém acredita na sua recuperação.

- É separado e tem um filho de 3 anos. Deseja vê-lo quando sair da ABAI, mas o conhece só de vista, pois abandonou sua mãe quando ela estava grávida.

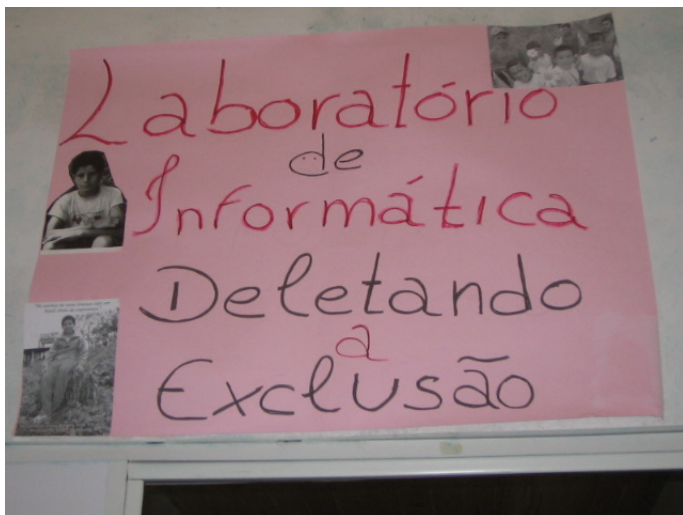
ALGUMAS FOTOGRAFIAS DA VISITA:



Sede



Cozinha



Laboratório de Informática: "Deletando a Exclusão" (cartaz)



Laboratório de Informática: "Deletando a Exclusão" (sala)

CHÁCARA MENINOS DE 4 PINHEIROS

Data da visita: 08/03/07

Endereço: BR 116; Km 144 - Quatro Pinheiros - Mandirituba-PR

Endereço eletrônico: www.4pinheiros.org.br

Telefone: (41) 3633-1159

E-mail: fundacao@4pinheiros.org.br

A Fundação Educacional Meninos e Meninas de Rua Profeta Elias, conhecida como “Chácara Meninos de 4 Pinheiros”, é uma organização não governamental sem fins lucrativos, que tem por finalidade dar assistência e educação integral a crianças e adolescentes em situação de grave vulnerabilidade social, principalmente os que faziam parte da população de rua de Curitiba e Região Metropolitana, em sua maioria usuários de drogas.

Abriga, atualmente, cerca de 80 meninos, de 07 a 18 anos, num amplo espaço rural (11 alqueires) onde há 06 casas lares. Além disso, auxilia na manutenção (custeio do aluguel) de uma república para ex-residentes maiores de 18 anos, situada em Curitiba.

DIFERENCIAIS:

O local é totalmente aberto (sem muros) e propicia o contato com a natureza e a realização de atividades que mantêm a “cabeça ocupada”.

A abstinência é enfrentada sem remédios, por meio da aprendizagem com afeto e limites. Pratica-se a cidadania e busca-se o retorno, quando possível, à família de origem.

CONVERSA COM FERNANDO GÓES:

Fernando Góes, filósofo e educador, é co-fundador e dirigente da entidade. Começou a trabalhar com meninos em situação de rua em 1982, quando esse assunto ainda era tabu.

SONHOS X DROGAS:

Quando os meninos chegam à Chácara geralmente não possuem um sonho, um projeto de vida, pois estavam perdidos, sem rumo, sem objetivos. É exatamente este o motivo que os levou ao mundo das drogas. Ou, quando possuem algum objetivo, ele se identifica com o meio violento em que vivem.

Assim, a primeira tarefa é pensar em um sonho para perseguir e, dessa forma, melhorar a auto-estima. Para isso, é feito todo um trabalho de motivação e acompanhamento a fim de que os meninos escolham e busquem seus próprios objetivos.

Sempre com afeto e limites, procura-se trazer um estímulo para a vida desses meninos, mostrando a eles a possibilidade de terem uma vida boa, bem-estar e prazer sem as drogas. Eles aprendem a querer sempre o melhor para si e a tentar progredir para mudar de vida, não apenas sobreviver.

Na Chácara, hoje, os adolescentes ficam em abstinência total de qualquer droga, lícitas ou ilícitas. Inclusive, as pessoas que transitam ou lá trabalham são proibidas de fumar.

POR QUE A CHÁCARA?

Do convívio nas ruas, quando educadores voluntários realizavam um trabalho preventivo junto a crianças e adolescentes de uma favela de Curitiba, surgiu a necessidade de um trabalho mais contínuo que resultou na aquisição (por doação) da Chácara, em 1991, sendo que as atividades de fato se iniciaram no dia 02 de outubro de 1993.

A proposta da Chácara surgiu a partir dos interesses e necessidades dos próprios meninos e com os seguintes objetivos: 1) voltar às origens, ao contato com a terra, com a natureza, em um espaço contemplativo; 2) possibilitar convivência com os animais, que

são confiáveis e amigos; aprender a cuidar da vida de outros seres vivos para aprender também a se cuidar; 3) ajudar a manter distância das tentações e dos riscos da cidade, o que auxilia a deixar as drogas.

A MISSÃO DO PROFESSOR:

Há um projeto específico de motivação e orientação voltado aos professores que atuam nas escolas onde os meninos estudam, a fim de sensibilizá-los e conscientizá-los, posto que a figura do professor, muitas vezes, é o maior exemplo, o maior modelo que os meninos possuem.

O fato do menino transgredir normas e usar drogas não deve ser usado como justificativa para a sua exclusão escolar ou social, e sim deve ser considerado com mais um dos motivos para se dar a ele uma atenção especial e mostrar-lhe outros caminhos enquanto ainda está estudando.

Atualmente, a equipe da Chácara promove por ano dois encontros pedagógicos com os professores das escolas locais, a fim de apoiá-los e conscientizá-los da sua importância na vida e na construção do aprendizado dos meninos. Também foi realizado um curso, com de 80 horas de duração, em parceria com a UFPR, com a finalidade de capacitá-los e adequá-los à realidade dos meninos.

ABORDAGEM E ACOLHIMENTO:

As crianças e adolescentes são convidados a morar na Chácara por meio de um trabalho de convencimento feito na rua, realizado pelos educadores e voluntários, em parceria com os Conselhos Tutelares e outras entidades.

Na chegada, todos os moradores vão recebê-los, para mostrar que estão abertos para acolhê-los e, desta forma, estimulam a permanência, que dependerá sempre da vontade de cada um, pois o desejo de mudar de vida não pode ser imposto.

No início, os recém-chegados praticam atividades mais leves, que não exigem tanta concentração (como jogar futebol e tomar banho de rio), pois ainda estão numa fase crítica, em razão da abstinência. Nesta fase, que ainda é de conhecimento, geralmente o

menino começa a gostar da Chácara, além de se sentir responsável e com vontade de entrar no programa, pois todos, inclusive os demais meninos, estão trabalhando para que isso aconteça.

A Chácara funciona como uma comunidade. Os maiores cuidam dos menores, os educadores servem de modelo, cada um arruma seu quarto. Todos têm responsabilidades.

O PAPEL DA FAMÍLIA:

Periodicamente, são realizados encontros de famílias, nos quais os pais (e outros familiares, até no máximo 05 pessoas), visitam seus filhos na Chácara e participam de atividades educativas, de orientação e de confraternização. Na ocasião, são convidados a ajudar em alguma coisa, como, por exemplo, lavar a louça do almoço, juntamente com seus filhos. Muitas vezes, porém, o adolescente não quer a companhia dos pais e não dá atenção quando vão visitá-lo, pois se sentiu rejeitado, abandonado, o que o leva a ter o mesmo comportamento recebido no passado. Isso, de certa forma, é considerado positivo, pois desperta na família o desejo de reconquistá-lo, de uma reaproximação.

Quando o vínculo familiar é refeito e o retorno ao lar acontece, a Chácara procura manter contato com a família, fazendo periodicamente o monitoramento e estimulando, pedagogicamente, a responsabilidade integral pelos filhos, que agora voltaram a depender da família. Em alguns casos, é sugerida terapia familiar.

APADRINHAMENTO:

Por intermédio de uma parceria com a Paróquia do Cabral, de Curitiba, voluntários de programa de apadrinhamento – casal ou família – assumem a orientação de um menino e de sua família, para ajudá-los a restabelecer os vínculos familiares, mesmo quando a volta ao lar não seja mais possível.

Em certas situações, os padrinhos auxiliam na procura de vaga na escola, emprego e suprem outras necessidades. Também procuram orientar a família a lidar com as suas dificuldades e a dar afeto uns aos outros (o que é muito importante, mas difícil de acontecer em famílias desestruturadas).

O “apadrinhamento não substitui a família, é família em dobro”. Pessoas, casais ou famílias escolhem um afilhado para prestar-lhe auxílio, sendo que o aspecto afetivo é considerado mais importante que o financeiro.

Os padrinhos são aconselhados a não criar para os meninos um mundo irreal. Por exemplo, mesmo que possuam boas condições financeiras, não devem presentear o afilhado com um par de tênis de R\$ 300,00 (trezentos reais), quando os demais usam chinelos de dedo. Por outro lado, devem estimular o afilhado a estudar, a fazer as tarefas escolares. Muitos acompanham o menino em reuniões da escola, ligam para o professor, pagam cursos de Inglês, etc. Como fator de motivação, alguns padrinhos oferecem recompensas como, por exemplo, passeios e viagens nas férias, se o afilhado passar de ano.

DEPOIS DOS 18 ANOS:

Se não foi possível o retorno à família, o jovem poderá morar em uma casa organizada em forma de “República”, da qual a Fundação custeia o aluguel e cada adolescente paga uma pequena importância como contribuição para as despesas domésticas, já que agora trabalha e estuda. Como contrapartida, os moradores da República também devem doar um dia e uma noite de trabalho, por mês, para retribuir o apoio recebido.

ESPIRITUALIDADE:

A Chácara não adota uma religião, mas é aberta a todas, conforme a crença de cada um. Poder colocar as dificuldades pessoais diante de Deus – ou alguém superior em que se acredite – é muito importante.

Cada semana trabalha-se um tema. Os meninos fazem uma caixinha de preces. Há também o contato com a natureza, que convida à contemplação. Além disso, os meninos costumam pedir para ir ao culto, à missa, a retiros, e também, se querem, podem se batizar.

ATIVIDADES EXTRAS E CURSOS:

Além do período normal de trabalho, cada educador doa um final de semana para a realização de atividades extras, tais como passeios e aulas de “hip-hop”.

Foi realizada uma parceria com a escolinha de futebol do Clube Atlético Paranaense para destacar a importância do esporte, pois futebol não combina com nenhuma droga, até mesmo o cigarro.

São oferecidos, permanentemente, diversos cursos, que atendem a diversidade de interesses dos moradores da Chácara: Informática, Inglês, Mecânica Automotiva, Eletricidade Residencial, Manutenção de Computadores, Formação para o Trabalho (SENAI), Serigrafia, Musicalização, etc.

ALGUMAS FOTOGRAFIAS DA VISITA:



Quarto de meninos - Casa 04



Pertences pessoais dos meninos - Casa 04



Voluntárias na cozinha



Meninos brincando

CENTRO VIDA

Data da visita: 09/03/07

Endereço: Coronel Hoche Pedra Pires, 475 -

Vila Isabel - Curitiba-PR

Telefone: (41) 3340-2181

E-mail: centrovida@hotmail.com

Trata-se de um CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas), gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, que atende exclusivamente a crianças e adolescentes de 07 a 17 anos. A capacidade máxima de atendimento é de 190 paciente/mês, sendo atendidos, atualmente, 120 pacientes/mês, em média.

A partir da elaboração do plano terapêutico, são realizados atendimentos individuais (psiquiátrico, psicoterápico, de orientação, terapia ocupacional, enfermagem e serviço social) e em grupo (oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos e grupo familiar), além de eventos de confraternização e lazer.

O acesso ao serviço ocorre por procura espontânea, com agendamento direto pelo adolescente e/ou familiar, ou por encaminhamento da Unidade Básica de Saúde, por meio da Central de Marcação de Consulta Especializada (CMCE).

Conforme o plano terapêutico, o tratamento é subdividido em: Não Intensivo (até 03 comparecimentos mensais), Semi-Intensivo (de 04 a 12 comparecimentos mensais) ou Intensivo (13 a 22 comparecimentos mensais).

A modalidade terapêutica é escolhida de acordo com o quadro clínico apresentado pelo paciente, considerando-se o grau de morbidade apresentada, o nível de suporte relacional-familiar, o nível de vulnerabilidade social e a condição clínica geral, entre outros fatores.

A avaliação de entrada é multiprofissional (psicólogo, médico, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro) e possibilita elaboração do plano terapêutico individualizado, pois cada sujeito é de uma forma. Esse é elaborado em conjunto com o adolescente, com o objetivo de fazer com que ele busque em si a vontade de se tratar e retome os vínculos com a família, a escola e a sociedade, construindo novas perspectivas de vida.

O plano terapêutico engloba psicoterapia individual, em grupo e familiar, psicofarmacologia, oficinas terapêuticas nas áreas artística e desportiva e acompanhamento social nas áreas familiar, educativa e profissional. São desenvolvidas as seguintes atividades: consulta de psiquiatria, de psicologia, de enfermagem, de terapia ocupacional; atendimento social; grupos de psicoterapia para familiares, terapia familiar; oficinas de artes plásticas, de percussão, de capoeira, de “break”, de jogos, de cidadania, de educação e saúde; programas de prevenção de recaídas.

Consoante a equipe técnica do Centro Vida, antigamente o tratamento para a dependência de álcool e outras drogas era baseado na internação em hospital psiquiátrico para desintoxicação e depois, estimulava-se a pessoa a parar de usar drogas. Primeiro desintoxicava-se para depois tratar a dependência.

Hoje há uma nova linha, mais eficaz, que prevê a desintoxicação em ambientes abertos, mantendo-se o jovem inserido na sociedade, ao invés de excluí-lo ou colocá-lo temporariamente “fora de circulação” dentro de um hospital. Conforme preconizam, o que resolve é uma equipe social e da saúde para dar suporte quando o adolescente precisar, nas horas de crise, sendo o tratamento aberto mais eficaz, pois “o muro não trata, apenas contém”. Além disso, “é praticamente impossível recuperar e tratar alguém que não tem esse desejo dentro de si”.

Assinala-se que, nesta nova visão, para que o adolescente se recupere ele precisa, além da desintoxicação, de outras políticas públicas e do apoio da família, sendo que também é a missão do CAPS acionar essa rede (sociedade, família, escola, governo, etc.), de maneira a todos agirem juntos durante o tratamento, possibilitando a sua eficácia. Além do mais, uso de drogas, sexo sem segurança, Aids e abortos ilegais são situações bastante relacionadas, por isso há necessidade de programas integrados de prevenção, de capacitações e do estabelecimento de fluxos para as trocas de experiências e informações.

O atendimento no Centro Vida se dá, hoje, praticamente, sem o concurso de hospitais psiquiátricos, utilizando-se das Unidades de Saúde 24h, quando há alguma situação que envolva risco médico.

A desintoxicação pode durar algumas horas como também dias, dependendo do caso, sendo que uma coisa é desintoxicar, outra é tratar a dependência química. A desintoxicação é a parte mais fácil, tanto para o dependente como para a instituição, pois conta com o auxílio de medicamentos. É possível, em alguns casos, a realização da desintoxicação no próprio Centro Vida.

Busca-se que os pacientes troquem o prazer da droga por algo mais benéfico. Por exemplo: eles gostam de dançar “break”, mas não dão consegum se estiverem usando drogas. Nessa perspectiva, o Centro Vida trabalha também a redução de danos, lembrando que ser “pessoa” está muito além de ser “usuário”.

AMBULATÓRIO CARA LIMPA

Data da visita: 12/03/07

Endereço: Rua Carlos de Laet, 2580 - Boqueirão - Curitiba-PR

Endereço eletrônico:

www.nasms.com.br/caralimpa.php

Telefone: (41) 3024-8151

O Ambulatório “Cara Limpa” é fruto de um programa da Prefeitura Municipal de Curitiba, em parceria com o Núcleo Terapêutico Menno Simons (ONG da área da saúde), e se destina ao tratamento de adolescentes de 12 a 18 anos que fazem uso de drogas. É um local de atendimento gratuito, que serve de porta de entrada para adolescentes em situação de risco, encaminhados pelos Conselhos Tutelares, programas da FAS - Fundação de Ação Social de Curitiba (abrigos, programa Criança em Segurança, Resgate Social, Liberdade Solidária, etc.) e Vara da Infância e Juventude.

Na primeira consulta, é feita uma avaliação multiprofissional (médica, psicológica, social e psiquiátrica), por meio da qual é indicado o grau de envolvimento com a droga e o tipo de tratamento mais adequado: ambulatorial (85% dos casos) ou hospitalar. Também existe a possibilidade de encaminhamento para Comunidade Terapêutica. Os adolescentes encaminhados para hospitais ou Comunidade Terapêutica, após a alta, devem retornar ao Ambulatório “Cara Limpa” para a continuidade do tratamento.

O plano terapêutico ambulatorial se baseia em atendimentos semanais agendados (de 2 a 3 vezes por semana), compostos de psicoterapia, consulta psiquiátrica, grupos terapêuticos, de orientação e de mútua-ajuda (para familiares e responsáveis), além das oficinas socioeducativas (artesanato, pintura em tela, bijuteria, etc.). A participação da família é muito valorizada e acontece nas sessões de terapia familiar e no Grupo de Apoio à Família.

O tratamento se processa em quatro etapas, de prazos não definidos: pré-contemplação (avaliação e determinação do plano

terapêutico), contemplação (tratamento inicial), determinação/ação (continuidade do tratamento) e ação/manutenção (preparação para a alta).

Os adolescentes cumprindo Liberdade Assistida têm maior dificuldade de adesão (20 a 30% das desistências). Mais do que a determinação judicial, o que faz a diferença é a motivação pessoal do adolescente. Pelo próprio funcionamento da transgressão, há a negação da lei e da doença: “não dá nada” (descrença social nas instituições).

De modo geral, os adolescentes acham que não precisam do tratamento, que estão bem. Considera-se também como fator de dificuldade a falta espaço para o adolescente na sociedade, na escola, na família e no mercado de trabalho. Se o índice de recuperação de adultos já é baixo, o dos adolescentes é menor ainda. Entretanto, desde que devidamente mobilizados, o tratamento é eficaz.

As drogas citadas como as mais utilizadas pela população atendida: álcool, tabaco, maconha, “crack” e cocaína. O Paraná é o 2º Estado com maior número de usuários de “crack”, sendo que a Região Sul é a maior consumidora dessa substância. O “crack” produz efeitos rapidamente e possui alto poder para causar dependência. É uma droga “barata”, porém usada em grande quantidade (cerca de 20 a 30 pedras por dia).

Muitos jovens procuram o “Cara Limpa” para parar de usar drogas porque também traficam e acabam gastando todo dinheiro no próprio consumo.

Comparativo entre o “CAPSad Centro Vida” e “Ambulatório Cara Limpa” (ambas instituições desenvolvem programas de saúde mental destinados a adolescentes que usam drogas):

CENTRO VIDA	CARA LIMPA
<ul style="list-style-type: none"> ● Casos + graves de dependência 	<ul style="list-style-type: none"> ● O grau de dependência é menor, mas o risco social é maior.
<ul style="list-style-type: none"> ● Modalidades de tratamento: intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Depende da condição clínica e da necessidade. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Uma única modalidade.
<ul style="list-style-type: none"> ● Qualquer pessoa da comunidade tem acesso, mas não recebe adolescentes em conflito com a lei. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Os adolescentes são encaminhados pela FAS (Fundação de Ação Social de Curitiba), pelo Conselho Tutelar, e pelo CENSE Curitiba (adolescentes em conflito com a lei). Cerca de 30% dos atendidos cumprem Liberdade Assistida e mais de 50% são encaminhados pelo Conselho Tutelar.
<ul style="list-style-type: none"> ● É a referência para todas as Unidades de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Recebem recursos da FAS e do FIA municipal.
<ul style="list-style-type: none"> ● Os adolescentes em tratamento intensivo e semi-intensivo possuem isenção tarifária. Os demais, recebem apenas passagens (carga no cartão telefônico) de volta e de vinda para a próxima consulta, “para que criem responsabilidade”. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Auxiliam com as despesas de transporte. ● Atendem 180 adolescentes por mês, sendo que 80% são do sexo masculino.

CT DIA – COMUNIDADE TERAPÊUTICA DIA

Data da visita: 26/03/07

*Endereço: Rua Francisco Rocha, 1951 - Champagnat
- Curitiba-PR*

Endereço eletrônico: www.ctdia.com.br

Telefone: (41) 3336-1990

E-mail: contacto@ctdia.com.br

Trata-se de uma organização não governamental sem fins lucrativos, que tem foco na prevenção e tratamento do uso e abuso de drogas.

A base do tratamento é o modelo psicossocial (cognitivo-comportamental), em conformidade com as exigências da RDC 101 da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Parte do princípio de que o indivíduo deve ser participante ativo na própria recuperação (“o principal é que a pessoa deseje se tratar”). O objetivo final é fazê-lo reassumir a responsabilidade pela própria vida.

O diferencial do CT Dia é o sistema de semi-internamento, no qual o paciente está livre para voltar para casa ao final das atividades, não perdendo, assim, o contato com a comunidade e permitindo a participação ativa da família. Busca-se, também, a diminuição do risco de recaídas, que freqüentemente ocorrem quando do retorno após um período de isolamento total da vida social. Para se conservarem em abstinência, os pacientes aprendem uma nova postura diante das dificuldades, uma vez que continuam passando em frente dos locais onde há drogas, traficantes e usuários. Continuar a viver no mundo real, sem se esconder dos problemas cotidianos, “é mais terapêutico”. Por outro lado, sendo as drogas um problema urbano, nem sempre funciona um “tratamento rural”, em chácaras, onde pessoas da cidade lidam artificialmente com situações do campo.

Funciona nos dias úteis, em dois turnos (das 09h00 às 12h00 e das 13h30 às 17h00). Pretendem criar um turno da noite (das 19h00 às 21h45). Dentre as atividades desenvolvidas constam:

acompanhamento psicológico individual, grupos terapêuticos, grupo de consultoria psiquiátrica, grupo de prevenção de recaída, musicoterapia, espiritualidade, oficinas terapêuticas (confecção de cartões e pintura), oficina de dramatização e yoga. O tratamento dura, em média, 3 meses e a maioria dos pacientes (de ambos os sexos) vem por procura espontânea ou são encaminhados pelo Juizado Especial Criminal.

Segundo a direção do CT Dia, em Curitiba a “droga campeã” é o “crack” e quase não se usa mais droga injetável. Dos usuários de “crack”, “mais de 70% praticam alguma ilegalidade para obter a droga, em menos de 30 dias”.

COMUNIDADE TERAPÊUTICA ROSA MÍSTICA

Data da visita: 29/03/07

Endereço: BR 376, Km 508.- Colônia Dona Luiza - Ponta Grossa-PR

Endereço eletrônico: www.copiosaredencao.com.br

Telefone: (42) 3228-1953

E-mail: sil_nete@yahoo.com.br

A Comunidade Terapêutica Rosa Mística é uma organização não governamental sem fins lucrativos, que tem por finalidade atuar na prevenção, recuperação e reinserção familiar e social de adolescentes e jovens do sexo feminino, com transtornos decorrentes do uso e dependentes de substâncias psicoativas.

O trabalho é realizado em regime de internato voluntário num período previsto de nove meses, podendo se estender por mais um ou dois meses, dependendo do caso. São permitidas visitas desde o primeiro mês até o final do tratamento. No sétimo mês, inicia-se a fase da reinserção familiar e social, onde as residentes visitam suas famílias, permanecendo em casa por 5 dias.

A instituição foi fundada em 26 de Dezembro de 1996, sendo mantida pela Pia União das Irmãs da Copiosa Redenção, com sede na cidade de Ponta Grossa, a qual também é responsável por outras três comunidades terapêuticas femininas, nas cidades de Campo Mourão-PR, Porto Alegre-RS e Presidente Prudente-SP, estando em fase de implantação uma nova comunidade em Alto Taquari, no Mato Grosso.

A filosofia da instituição é baseada no tripé “disciplina, trabalho e oração” como caminho para alcançar a sobriedade. O tratamento divide-se em três fases: adaptação (do 1º ao 3º mês); introspecção (ou interiorização, do 3º ao 6º mês) e ressocialização (do 6º ao 9º mês)

Situada em uma chácara da região dos Campos Gerais, tem capacidade para abrigar 24 jovens, que são cuidadas por 9 religiosas

da Congregação da Copiosa Redenção, as quais receberam treinamento pela Federação de Comunidades Terapêuticas - FEBRAT, dentre outros cursos.

Considera-se que, pelo fato da dependência química ser uma doença psicossocial, o tratamento deve abranger integralmente o ser humano, com ajuda, principalmente, dos doze passos dos Alcoólicos Anônimos e dos doze princípios do Amor Exigente.

O tratamento não inclui o uso de medicamentos, sendo que as crises de ansiedade e irritabilidade são tratadas com alternativas naturais, tais como: chás, doces, banhos de cachoeira, entre outras. Não é permitido o uso de cigarros.

As internas realizam atividades diversificadas, tais como: trabalhos manuais, confecção de salgadinhos (cozinha industrial), jardinagem, leituras bíblicas e de livros de auto-ajuda, jogos esportivos, caminhadas, música, dança, filmes, etc.

Devido ao cunho religioso da entidade, a espiritualidade é uma das prioridades da comunidade e é considerada de suma importância para o desenvolvimento sadio da interna, proporcionando-lhe crescimento diante de Deus e dos homens. Nesse sentido, as jovens participam de orações, retiros e catequese.

Na organização da casa, há uma escala de rodízio de tarefas, sendo que todo o trabalho desenvolvido pelas internas tem o caráter de terapia ocupacional e aprendizado.

Segundo a percepção das religiosas, o envolvimento de meninas com o "crack" e a prostituição tem se dado cada vez mais precocemente (a partir de 12 anos de idade). Na maioria dos casos, o uso abusivo começa pelo álcool, passando pela maconha, até o "crack", sendo que, freqüentemente, o uso dessas drogas é associado. Atualmente, tem aumentado o número de situações em que a jovem já inicia usando "crack", sem histórico de uso anterior de outras drogas.

No acompanhamento de egressos feito pela instituição, constatou-se que, de 2000 a 2004, em 67% dos casos não houve recaída após um ano de conclusão do tratamento. Contudo, considera-se que apenas um período de abstinência mais prolongado (de mais de 2 anos) pode ser considerado como recuperação.

DEPOIMENTO DAS JOVENS EM TRATAMENTO:

1ª Adolescente (16 anos)

Minha drogadição começou quando eu tinha 11 anos de idade. Morava em uma vila e acabei conhecendo uma guria e ela começou a me dizer para fugir e eu fugi. Isso foi até meus 13 anos. Eu sempre bebia de ficar caída. Minha primeira bebida foi o vinho, depois vieram outras bebidas mais fortes. Usei maconha até os 13 anos. Vivía nas praças com os moleques, bebendo, fumando. E comecei a maltratar minha mãe. Ela fazia de tudo pra eu ficar em casa, mas nada adiantou. Um dia ela foi me buscar numa favela e eu estava toda suja e me levou pra casa e comprou coisas que eu mais gostava. Não adiantou, pois sempre fugia. Comecei a roubar coisas nas lojas e também a me envolver com pessoas que não me faziam bem. Aos 14 anos, eu estava em uma favela com uma guria e comecei a fumar “crack”. Fumava dia e noite e aí eu não aparecia em casa, sempre na favela é que iriam me encontrar. Eu estava lá internada no “crack”. Chegou um dia, era Ano Novo dali uma semana, fugi da cidade para Guaratuba, foi eu e uma guria. Eu estava completamente “noiada”. Foi que chegamos e tínhamos que ficar na rua por três meses, só bebendo e fumando droga, até que conheci um traficante e fiquei com ele. Eu e ele ficamos uma semana só fumando. Lembro que misturei pó, pedra, maconha e bebida. Fiquei completamente fora de mim. Na casa que eu estava, vivia eu, ele e mais alguns guris. Eu saí correndo daquela casa drogada, nem sabia como sair daquela vila onde estava com esses “amigos”. Eles não queriam que eu usasse drogas. Um dia eu estava fumando na lata e chegou um amigo e me deu um tapa na cara e ele disse que não queria nunca mais me ver fumando. Mas nada adiantou e eu comecei a cheirar “thinner”, já que não tinha o “crack”. Eu estava na beira da praia e estava cheirando igual a uma louca e chegou a polícia e me bateram. Apanhei igual a uma doida, mas foi só a polícia sair que continuei cheirando. Chegou um tempo que eu parei de usar “thinner” e fui pra Praia de Leste e nós fizemos uns roubos. Acabei indo para a Delegacia, mas eles não podiam fazer nada porque eu não estava com nada do roubo. Aí o Conselho Tutelar foi me buscar na Delegacia e o policial me falou que se eu fizesse de volta ele ia me matar. Fui para uma casa de passagem. Eu ia fugir, mas eu queria voltar pra minha cidade. Passaram três dias e minha mãe estava na porta do Conselho Tutelar me esperando, toda feliz de me ver novamente. Falei com o conselheiro, e ele me mandou para um

abrigo. Passaram três meses, fui pra minha casa de visita. Bebi de novo. Aí eu tinha 15 anos e resolveram me devolver pra minha mãe e eu voltei. Depois, me afundei mais ainda, me enterrei, cheguei a fumar até em casa. Aí fiquei solta e chegou um ponto que não agüentava mais usar, eu vi que o meu destino era a morte e resolvi procurar ajuda. Fui no Conselho Tutelar e pedi pra eles me ajudarem e me levaram pro abrigo de volta e terminei de estudar e vim pra Casa de Recuperação, onde fiquei 3 meses e fugi. Depois, voltei e estou aqui procurando minha sobriedade. Agora, faz um mês que reiniciei o tratamento e quero, cada vez mais, pedir forças pra Deus e continuar no programa pra ter uma vida nova.

2ª Adolescente (17 anos)

Sou de Curitiba, meus pais se separaram antes de eu fazer o primeiro ano de vida. Sofri muito com a ausência do meu pai. Mesmo separados, quando um falava com o outro pelo telefone brigavam muito, mas minha mãe deu-me muito carinho, amor. Mas à medida em que eu crescia, sem meu pai presente, o nosso relacionamento ficava muito difícil, porque conforme ia crescendo, ele foi colocando limites e eu não os aceitava e queria fazer tudo do meu jeito e cada vez mais nosso relacionamento foi ficando conflituoso. Eu via meu pai de vez em quando, pois logo que ele separou-se de minha mãe casou novamente. Quando eu tinha 6 anos, ganhei um irmão por parte de pai, o qual eu amo. Minha madrasta fingia gostar de mim e jogava meu pai contra mim e contra minha mãe. Minha mãe me jogava contra meu pai. Com 11 anos comecei a me envolver com pessoas que julgava serem amigas. Com 12 anos tive meu primeiro contacto com o álcool e com o cigarro. Bebia semanalmente e já fumava constantemente. Minha mãe não sabia ou fingia não ver e acabei indo morar com meu pai. Era muito diferente, pois não tinha o amor que tive junto de minha mãe e ele tratava meu irmão melhor do que eu tanto materialmente quanto em tudo. Eu vivia fugindo de casa. Não deu certo e acabei voltando a morar com minha mãe e voltei a fumar, tive meu primeiro porre e, logo em seguida, experimentei maconha. Minha mãe logo descobriu e ficou apavorada. Depois, tive mais três porres a ponto dos tais “amigos” não me agüentarem. Cheguei a apanhar deles. Usei mais umas três vezes e logo fui internada numa clínica em Curitiba, na qual eu fiquei um mês. Logo em seguida, vim para cá e cumpri o tratamento de 9 meses. Permaneci para estudar. Num total, fiquei morando 2 anos: cheguei aqui com 13 para 14 e saí com 15 anos. Recai depois de um mês. Como a recaída é pior, usei

vezes incontáveis e, sempre que eu saía do estágio, ia beber. Então precisei voltar para cá. Já faz três meses que recomecei o programa e espero ter uma vida diferente.

3ª Adolescente (14 anos)

Sou natural de Campo Mourão. Meus pais se separaram quando eu tinha 2 anos de idade. Foi um choque, senti muita falta de meu pai. Com meus 4 anos, mudamos para Cândido de Abreu. Com o passar do tempo me viciiei em inalantes (cola) e tabaco. A maconha usei algumas vezes. Eu morava com duas amigas, pois meu padrasto me expulsou de casa, quando eu tinha 10 anos. A partir daí, comecei a sair a noite e me relacionei com um rapaz, mas não deu certo. Então resolvi encontrar solução no álcool. Lógico que não encontrei. Minha vida foi difícil, pois fui presa. Minha reputação foi ao último nível. Tive que me prostituir para dar conta das despesas da casa e do custo das drogas. Essa vida foi um horror, me envolvi com traficantes e perdi a paz. O Conselho Tutelar foi chamado pela minha mãe e, quando não tinha mais condições, pedi ajuda e fui acolhida na Rosa Mística. Hoje me culpo por tudo que fiz, morro de arrependimentos. Tenho pena do sofrimento que causei para minha mãe. Quero viver uma vida sem drogas e, finalmente, ser feliz um dia.

4ª Adolescente (13 anos)

Minha história foi um pouco triste: com 2 anos vi sempre meu pai batendo, espancando minha mãe. Lembro que eu chorava muito, pois eu ficava com muito medo. E foi assim até que minha mãe cansou e foi morar com minha avó. Foi uma infância sem pai. Eu sempre quis ter um pai, mas nos encontramos poucas vezes. Foi quando vi ele roubando meu irmão da mulher que cuidava dele, quando estava levando ele para casa de minha avó. Quando eu tinha 8 anos de idade, eu fui vê-lo na cadeia com minha avó, mãe do meu pai. Foi uma cena que nunca vai sair da minha cabeça, ele vindo no corredor do Presídio de Piraquara. Chorei muito em ver meu pai. Nessa época, eu já tinha ido morar com minha mãe e o namorado dela. Eles fizeram uma casa e tiveram um filho. Sempre me senti rejeitada e quando vi que os outros davam mais bola para ele, comecei com amizades que me fizeram mal e minha mãe começou a me trancar em casa. Nunca me deixou sair, pois tinha medo de que acontecesse a mesma coisa que aconteceu com ela, ir na onda dos

amigos e arranjar um namorado que espanca mesmo ela estando grávida. Eu estava indo para esse caminho e comecei a ficar com os meninos. Com 11 anos, perdi minha virgindade e foi muito ruim. Era tudo para chamar atenção da minha mãe. Depois, conheci meninos e comecei a fumar cigarro e maconha. Aprontei bastante e minha mãe falou que o meu pai tinha saído da cadeia e eu fui morar com ele, pois minha mãe tinha desistido de me ajudar. Cheguei lá e meu pai tinha dito que estava foragido da Polícia. Eu achei legal ter um pai usuário, pois eu poderia fumar com ele. Sabendo que ele traficava, eu comecei a traficar também. Tentei imitar as atitudes do meu pai. Mas fui morar com minha mãe de novo e aprontei com os amigos que eu tinha. Comecei a fumar “crack” e foi muito ruim, pois sempre ficava muito mal. Fui para um abrigo, mas fugi. Daí, resolvi pedir ajuda porque eu estava no fundo do poço. Vim para a comunidade terapêutica com muita ajuda. Ver todo o meu o passado não foi fácil. Senti vontade de usar. Fico bem mal, mas é uma coisa que tenho que saber lidar. Aqui, na Rosa Mística, estou vendo que vida a sem droga é bem melhor. Agora, estou vivendo uma nova vida em busca da sobriedade. Estou ganhando ferramentas para eu viver uma vida digna, sem drogas. É muito bom.

5ª Adolescente (17 anos)

Vivia em uma cidade pequena. Sou de uma família de classe média alta. Meus pais, hoje, são separados. Antes de se separarem, existia muito conflito e tudo girava em torno do dinheiro. Meu pai bebia muito e era um homem explosivo. Meu irmão (filho do primeiro casamento da minha mãe) presenciou cenas fortes entre os dois. Quando eu tinha 9 anos, começamos a ter dificuldades financeiras. Fiquei doente fui internada no Pequeno Príncipe, onde permaneci 36 dias. Fiz 10 anos na UTI, primeira vez que passei perto da morte. Saí de minha cidade fui morar somente com a minha mãe. Nessa época, meu pai cuidava dos negócios e meu irmão estava estudando em outra cidade. A família estava completamente dilacerada. Eu e minha mãe evitávamos ver meu pai, devido às atitudes dele. Aos meus 12 anos, minha mãe perguntou para mim se concordava com o casamento dos dois, e eu disse que não agüentava mais. Ela me fez revelar isto a ele e, desde então, meu pai me viu como o monstro que destruiu a família. Hoje, não nos relacionamos. Voltei à cidade pequena e, com 13 anos, comecei a beber em festas na minha casa. Iniciei um namoro e perdi minha virgindade. Entrava cigarros, o que era aceito por minha mãe. Logo em seguida, fumei o primeiro cigarro

de maconha. Minha mãe nunca impôs limites. Era uma “mãe liberal”, viajava para a praia várias épocas do ano. Comecei a usar inalantes e a ter vida sexualmente ativa. Com 15 anos, com um novo namorado, era maconha todo dia. Entrei na cocaína apenas nos finais de semana e, com o passar o tempo, a toda hora. Nesse período, fui várias vezes abordada pela PM. Em muitas festas em minha casa fui denunciada. Comecei a passar vexames perante a sociedade. Mas não me importava mais com nada, apenas com as farras com as drogas. Minha mãe começou a achar drogas em minhas coisas, as brigas vinham aumentando. Nisto ela me acobertava de meu irmão. Com 16 anos, o “crack” já estava instalado. No mês de julho, ela me internou na Comunidade Rosa Mística. No dia seguinte fugi, fiquei 10 dias na casa do meu “ex”. Voltei pra cá porque minha mãe não me aceitou em casa. Permaneci mais 2 meses e 25 dias e fugi novamente. Depois voltei e, hoje, estou com 6 meses e 10 dias de tratamento, limpa e sóbria em busca de uma vida nova.

ALGUMAS FOTOGRAFIAS DA VISITA:



Portal do Rosa Mística



Capela

CLÍNICA DR. HELIO ROTENBERG

Data da visita: 16/04/07

*Endereço: Rua Joaquim Meneleu de Almeida Torres,
70 - Vila Hauer - Curitiba-PR*

Telefone: (41) 3276-4371

E-mail: clin-hr@bsi.com.br

A Clínica Dr. Helio Rotenberg trabalha sob os regimes de hospital integral e de hospital-dia, contando com alas para tratamento de dependência química separadas da ala psiquiátrica. Atende a pacientes adultos encaminhados pelo SUS, assim como a pacientes vinculados a planos de saúde e particulares. Não dispõe de estrutura física adequada e de recursos humanos especializados para o atendimento de crianças e adolescentes.

Fundada em 1969, sob a denominação de Hospital Pinel, iniciou seu funcionamento antes da chamada “Reforma Psiquiátrica”. Quanto ao tratamento da dependência química, o hospital hoje desenvolve, de forma preliminar, o trabalho de desintoxicação do paciente, com apoio medicamentoso. Na continuidade, pode ocorrer a permanência em regime de internação, no modelo de Comunidade Terapêutica.

Sem grades ou muros inexpugnáveis, o tempo do paciente é organizado por meio da agenda diária individual, preenchida com atividades direcionadas, tais como: a participação em dois seminários diários sobre saúde, drogas, relações humanas, ministrados por médicos, especialistas e ex-pacientes; grupos comunitários de apoio, como o AA (Alcoólicos Anônimos) e NA (Narcóticos Anônimos), etc. Também são oferecidos: acompanhamento psicológico individual e em grupo, atividades de educação física, atividades recreativas, etc.

O tempo médio de permanência é de um mês. Após a alta médica, os pacientes retomam suas rotinas, devendo dar continuidade ao tratamento na própria Clínica, sob o regime de hospital-dia (sem pernoite) ou participando do CAPS, conforme a indicação terapêutica individualizada. As visitas da família podem ser

semanais.

Segundo o próprio Dr. Helio Rotenberg¹, Diretor Geral da Clínica que leva o seu nome, o regime de internação é indicado para os casos em que o paciente ainda não tem autonomia suficiente para enfrentar, em regime aberto, as pressões que podem levar ao uso abusivo ou à dependência, necessitando afastar-se do meio em que costumeiramente tem acesso às drogas para receber apoio terapêutico integral e intensivo (diuturno).

Esclarece que, após o período de desintoxicação, se não houver outra co-morbidade associada à dependência química, o tratamento não inclui o uso de medicamentos, mas apenas psicoterapia e atividades individuais e em grupo, objetivando conscientizar o paciente acerca de sua particular relação com as drogas e da necessidade de atenção ao longo de toda a vida, possibilitando a efetiva prevenção de recaídas.

Relata que, com base em sua extensa experiência clínica, tem havido expressivo aumento da procura de tratamento de dependência química para jovens adultos (na faixa de 21 a 35 anos), o que exaure constantemente o limite de vagas, as quais são insuficientes em face do fechamento ou da redução da capacidade de leitos de hospitais psiquiátricos em nosso País, nos últimos anos, bem como do “aspecto epidêmico” que a questão das drogas tem assumido.

Deixa claro, também, que o tratamento para a dependência química, quando exige internação, na realidade compreende uma fase breve de desintoxicação seguida de atendimento terapêutico intensivo e prolongado, que ofereça atividades direcionadas à conscientização e ao apoio psicológico ao paciente. Isso não se coaduna com a idéia de que basta a internação do paciente em ambiente hospitalar comum (Hospital Geral), sem o oferecimento de uma atividade terapêutica especializada, por não se tratar de uma doença clínica, que exija, apenas, medicação por breve período.

De outro lado, também o atendimento em meio aberto, a seu ver, não é adequado para aqueles casos em que o paciente não tem condições psicológicas de adesão ao tratamento. Também não pode se resumir na administração de medicamentos de forma prolongada,

1 Psicanalista pela Sociedade Brasileira de Psicanálise (São Paulo); médico pela Faculdade de Medicina do Paraná (UFPR) e psiquiatra titulado pela Sociedade Brasileira de Psiquiatria.

visto que, dessa forma, estar-se-ia somente trocando a dependência de uma droga por outra.

Em suma, a recuperação do dependente de drogas está relacionada a uma série de fatores associados, devendo a intervenção terapêutica ser adequada a cada indivíduo, conforme avaliação criteriosa, mas exige, de todos os equipamentos hoje existentes, uma abordagem qualificada e especializada, sem a qual nenhuma fórmula ou meio terá êxito.

CERENE - CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ESPERANÇA

Data da visita: 20/04/07

Endereço: Rua Acre, s/nº - Marafigo - Lapa-PR

Endereço eletrônico: www.cerene.org.br

Telefone: (41) 3622-8357

E-mail: lapa@cerene.org.br

O Centro de Recuperação Nova Esperança - CERENE é uma associação civil sem fins lucrativos, que conta com quatro unidades, uma na Lapa e outras três nas cidades catarinenses de Blumenau, Palhoça e São Bento do Sul.

A unidade da Lapa, que foi objeto de visita, está organizada sob o modelo de Comunidade Terapêutica, atendendo às exigências da RDC 101 da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária). Desenvolve programas de prevenção e tratamento de jovens e adultos dependentes de álcool e outras drogas, compostos de atendimento social, internamento, reinserção social e atendimento-dia. Busca estimular o indivíduo a encontrar os seus valores internos, pois, “o ser humano tem dentro de si um vazio do tamanho de Deus”.

Atuando a partir de uma visão cristã (interdenominacional) do ser humano integral, o CERENE é filiado à Federação “Cruz Azul” – Nacional e Internacional, entidade criada na Suíça em 1877, baseada em três princípios: 1º) teose: o ser humano é criatura de Deus; 2º) ocupação: o trabalho como forma de terapia e de elevação da auto-estima; 3ª) disciplina: estabelecimento de limites bem definidos.

A unidade visitada está situada na zona rural do município da Lapa, em uma chácara nas proximidades do centro urbano, onde foram edificados um alojamento para até 20 (vinte) residentes e três casas, nas quais vivem os terapeutas responsáveis pelo programa e suas famílias. Também há bosque, campo de futebol e de basquete americano, hortas, criações, etc.

A equipe é formada por três terapeutas com formação teológica (luterana), um cozinheiro, uma secretária, um laborterapeuta e voluntários, inclusive oriundos de intercâmbio com a Alemanha, sendo que todos os funcionários fizeram cursos para formação de “Agentes Comunitários em Substâncias Psicoativas”, ministrado pela Federação Cruz Azul, com a duração de 240 horas.

A disciplina é utilizada como ferramenta terapêutica e parte de um regulamento interno que serve como base mínima para convivência e permanência. Por exemplo, há a previsão de um prazo de carência de 60 (sessenta) dias para retorno à vaga, em caso de abandono injustificado do tratamento, que dura, em regra, 06 (seis) meses.

A proposta se baseia no oferecimento de um ambiente familiar, razão pela qual os residentes convivem com as famílias dos terapeutas nas atividades diárias, inclusive durante as refeições, sendo que, para muitos, a experiência de viver em família é novidade. Nessa mesma perspectiva, tem se mostrado salutar a convivência de residentes adolescentes e adultos.

No CERENE, são fabricados produtos naturais (por exemplo: geléias), dentro de um projeto de sustentabilidade, em fase de expansão. Atualmente, a maioria das despesas é custeada por meio de receitas advindas de doações de pessoas físicas (inclusive, através de descontos autorizados em conta de luz), de contribuições oriundas do “Projeto Selar” (de responsabilidade social, que autoriza o uso da marca CERENE na nota fiscal), de doações restituíveis no Imposto de Renda, de doações das Igrejas Luteranas e de doações da Alemanha (para projetos específicos).

A fase inicial do tratamento, chamada de acolhimento, parte de uma entrevista inicial seguida, se for o caso, do internamento (sempre voluntário). É condição para o internamento a realização prévia de desintoxicação, que deve ser providenciada pelo interessado e realizada fora da entidade.

O acolhimento se prolonga durante os primeiros dias de internamento, nos quais é oferecida aos novos residentes atenção especial e individual por parte dos terapeutas, até que ocorra sua adaptação ao sistema da entidade.

As atividades da casa iniciam-se com a atividade denominada “alvorada”, seguida de café, intervalo, programas de laborterapia. À tarde, ocorrem a laborterapia e terapias individuais e/ou em grupo. À noite, após o jantar, alternam-se filmes, leitura e TV, conforme

programas selecionados.

A laborterapia consiste em colaborar em todas as atividades que a vivência numa chácara requer, tais como: auxiliar nas atividades da cozinha, na limpeza, nos cuidados com o jardim, plantas, animais, sempre com acompanhamento terapêutico.

Conforme explicação dos terapeutas, a “fissura” dura, em média, somente 2 minutos, sendo enfrentada por meio de uma atenção especial da equipe, que procura conversar com o residente até que o momento crítico passe. Os adolescentes aparentam ter mais dificuldades para reconhecer as perdas que tiveram durante a vida, decorrentes do uso de drogas, porém, são mais autênticos em demonstrar seus sentimentos, o que facilita o tratamento se comparados aos adultos.

Ainda conforme os terapeutas, a desestruturação familiar pode ser posicionada como “99,9%” das causas do uso de drogas, sendo que “o trabalho de prevenção às drogas é cuidar das famílias, trabalhar com pais e mães”.

São restrições apontadas quanto ao programa: a demasiada proximidade entre a chácara e o centro urbano (cerca de 5 Km), o que facilita algumas desistências; a falta de equipes multidisciplinares, nos municípios de origem dos residentes, para trabalhar de forma integrada a família e a reinserção social dos que foram encaminhados pela Justiça; as desistências decorrentes do fato de que muitos se consideram logo “curados” e as dificuldades de aceitar o programa.

Outrossim, há o mito cultural de que o uso de drogas “não dá nada” e, ao lado disso, existe uma verdadeira indústria que mantém o tráfico de drogas, em especial, o “crack”, que chega a implicar no uso de 5 a 10 pedras diárias, o que pode levar o dependente a praticar crimes para adquiri-lo.

ALGUMAS FOTOGRAFIAS DA VISITA:



Sede



Bosque

CAPSad CAJURU

Data da visita: 24/04/07

*Endereço: Rua Gov. Jorge Lacerda, 687 -
Guabirota - Curitiba-PR*

Telefone: (41) 3296-5800 e 3296-4301

O CAPSad Cajuru é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes adultos com transtornos decorrentes do uso e dependentes de substâncias psicoativas, os quais são encaminhados pelas Unidades de Saúde de sua base territorial (Distritos Sanitários da Matriz e do Cajuru), podendo atender, também, à procura espontânea de quem já esteve em tratamento.

O funcionamento é de segunda à sexta-feira, nas seguintes modalidades de atendimento, conforme as fases do tratamento: intensivo (atendimentos todos os dias); semi-intensivo (atendimentos três vezes na semana, manhã ou tarde) e não intensivo (três vezes por mês, como preparação para alta).

O tratamento é focado na dependência química e nas possíveis co-morbidades associadas, sendo estas, na maioria dos casos: depressão, transtorno bipolar, transtorno de personalidade, esquizofrenia.

Além do tratamento propriamente dito, busca-se a reinserção social e o resgate da cidadania. Por exemplo, a partir da observação de que o baixo nível de escolaridade era um óbice à entrada de boa parte dos atendidos no mercado de trabalho, iniciou-se o programa “Alfabetização com Saúde”, cujo projeto pedagógico busca sensibilizar para a escolarização, sendo parte do próprio projeto terapêutico. Nele, voluntários auxiliam na continuidade dos estudos dos pacientes, por meio de turmas de 1ª à 4ª série e de 5ª à 8ª série, com apostilas do CEEBEJA e, quando possível, o encaminhamento para a rede escolar.

Também há o Projeto de Geração de Renda, que não

depende de escolarização e se baseia nos princípios da economia solidária. É composto de oficinas terapêuticas de artesanato, que estimulam a realização de um trabalho completo (com início, meio e fim) capaz de produzir um produto economicamente competitivo no mercado, que possa garantir o sustento do seu autor (ex: bijuterias com algum diferencial).

Existem outras duas modalidades de atividades geradoras de renda:

- cultivo de hortaliças: curso com a duração de 100 horas, no terreno do Horto Municipal de Curitiba e sob supervisão de um Agrônomo, que ensina a produzir mudas, as quais são vendidas e cujo lucro é investido na aquisição de novos equipamentos;

- jardinagem: curso com a duração de 100 horas, que ensina a cuidar de jardins (do CAPSad, de algumas unidades da Prefeitura e, em menor escala, da vizinhança interessada).

Segundo Simone Marie Perotta, enfermeira que é a Autoridade Sanitária local, o CAPSad é mais um dispositivo de tratamento, o qual não pode se limitar à hospitalização, embora isso, por uma questão cultural, ainda não esteja sendo entendido por grande parte da população.

A hospitalização ainda é necessária em certas situações, quando há indicação médica para tal. Mesmo no CAPSad há alguns leitos para quando o paciente, por exemplo, está sob o efeito de substância psicoativa e apresenta quadros com delírios ou alucinações, necessitando de imediata contenção medicamentosa. Nesses casos, inclusive, busca-se atender o paciente livre de punição e de qualquer segregação, com abertura à participação da família.

É também função do CAPSad procurar diminuir o preconceito em relação à dependência química, sendo esta uma doença crônica degenerativa e incurável – porém controlável e de manutenção possível – que não deve implicar em julgamento moral, razão pela qual a família deve ser nesse sentido atendida e orientada.

No tratamento, é preciso incutir valores e hábitos saudáveis que irão trazer o prazer ao paciente, em contrapartida ao prazer que a droga lhe proporcionava. É necessário, também, tratar o seu sofrimento psíquico.

HOSPITAL ESPÍRITA DE PSIQUIATRIA BOM RETIRO

Data da visita: 11/06/07

Endereço: Rua Nilo Peçanha, 1552 - Bom Retiro - Curitiba-PR.

Telefone: (41) 3200-1900

Endereço eletrônico: www.hospitalbomretiro.com.br

E-mail: hepbr@hospitalbomretiro.com.br

Foi inaugurado em 31 de março de 1945 e faz parte da Federação Espírita do Paraná, caracterizando-se como entidade filantrópica sem fins lucrativos. Desde 1984, quando assumiu a atual Diretoria, deixou de seguir as técnicas da psiquiatria tradicional e adotou a visão holística, que encara o ser humano como complexo bio-psico-sócio-espiritual, associando, a partir de então, diversas técnicas terapêuticas, convencionais e não convencionais.

Dispõe de 07 unidades em regime de internação, masculinas e femininas, especializadas no tratamento dos transtornos mentais, alcoolismo, drogadição e psicogeriatría. Também há uma unidade mista (Hospital-Dia), que funciona das 08h00 às 16h00 horas, para atendimento de transtornos mentais e dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um (CAPS II) para transtornos mentais e outro (CAPS Ad) para dependência do álcool e outras drogas, com atendimento por turno (manhã ou tarde). Além disso, há um Ambulatório, que atende das 08h00 às 18h00.

Dos 260 leitos para internação, 158 se destinam ao SUS, para pacientes com psicoses e neurose, e os 102 restantes para particulares e convênios. O Hospital-Dia dispõe de 30 vagas e os CAPS somam 410 vagas, ambos pelo SUS. Mensalmente, o Ambulatório atende a cerca de 1000 pacientes particulares ou conveniados.

A proposta básica de tratamento está centrada na psicoterapia em grupo, o que diminui a necessidade do uso de

medicação. Os pacientes são locados nas unidades conforme suas patologias, sexo e modalidade de internação, formando grupos de no máximo 20 pacientes por terapeuta. São desenvolvidas diversas atividades, muitas delas ao ar livre, tais como recreação, esportes, caminhadas, trabalhos manuais, jardinagem, música e Yoga. Os pacientes, além disso, podem participar ativamente de comissões (de portaria, de recepção e despedida, de recreação, de biblioteca, de higiene, de jardinagem, de decoração, etc.). Além disso, há a oferta (opcional) de atendimento espiritual em grupo ou individualmente.