

# GUIA METODOLÓGICO

CONCEITOS

PADRÕES

ATIVIDADES

PLANEJAMENTO

EQUIPE

CRONOGRAMA



Projeto financiado pela  
União Europeia



Projeto executado  
pela CNM





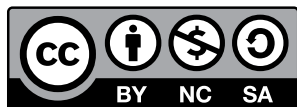
# REINSERIR

**PROJETO DE INTEGRAÇÃO LOCAL  
PARA REINserÇÃO SOCIAL DO USUÁRIO DE DROGAS**

[www.cnm.org.br/crack](http://www.cnm.org.br/crack)

© 2015. Todos dos direitos reservados à Confederação Nacional de Municípios – CNM.

Esta publicação é uma realização da CNM com o apoio da Delegação da União Europeia no Brasil. O conteúdo desta obra é de responsabilidade única da CNM e não reflete necessariamente a visão da União Europeia.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons: Atribuição – Uso não comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A reprodução não autorizada para fins comerciais constitui violação dos direitos autorais, conforme Lei 9.610/1998.

As publicações da Confederação Nacional de Municípios – CNM podem ser acessadas, na íntegra, na biblioteca online do Portal CNM: [www.cnm.org.br](http://www.cnm.org.br).

#### **Realização**

Confederação Nacional de Municípios – CNM

#### **Apoio**

Delegação da União Europeia no Brasil

#### **Presidente da CNM**

Paulo Ziulkoski

#### **Diretor-Executivo**

Gustavo Cezário

#### **Coordenação do Projeto**

Eduardo Stranz

Rosângela da Silva Ribeiro

#### **Assistente de Projeto**

Camila Pacífico

Daniel Cesário Baesso

#### **Agente Local**

Poliana Dantas da Nobrega

#### **Assessoria Internacional**

Tatiane de Jesus

#### **Elaboração**

Mariana Boff Barreto

Rosângela da Silva Ribeiro

#### **Revisão de Texto**

Allan Moraes

#### **Projeto Gráfico e Diagramação**

Eduardo Viana

#### Ficha Catalográfica

Guia Metodológico. / Confederação Nacional de Municípios – CNM – Brasília: CNM, 2015.

[88p.]

1. Reinsierir; 2. Saúde; 3. Assistência Social. I. *Título: Guia Metodológico.*



SCRS 505, Bloco C, Lote 1 – 3ª andar – Asa Sul – Brasília/DF – CEP 70350-530

Tel.: (61) 2101-6000 – Fax: (61) 2101-6008

E-mail: [atendimento@cnm.org.br](mailto:atendimento@cnm.org.br) – Website: [www.cnm.org.br](http://www.cnm.org.br)

# CARTA DO PRESIDENTE



A questão do uso do *crack* e de outras drogas, realidade que vem afetando todos os segmentos da sociedade e que traz uma larga variedade de consequências negativas, se apresenta como mais um desafio para a gestão municipal.

Estratégias específicas estão sendo desenvolvidas pelos gestores municipais. Em sua maioria elas contam com recursos próprios – realidade que vem se mostrando insuficiente para atender a uma situação crescente.

Diante desses fatos, a Confederação Nacional de Municípios (CNM), em parceria com a União Europeia, começou a desenvolver uma iniciativa extremamente significativa no Brasil: trabalhar a intersectorialidade para a reinserção social dos dependentes químicos.

O Projeto Reinsirir – Integração Local para a Reinsertação Social do Usuário de Drogas visa à estruturação de ações que facilitem um diálogo entre as autoridades locais e a sociedade civil, contribuindo para a prevenção ao uso de drogas e a reinsertação socioeconômica de dependentes químicos em situação de vulnerabilidade e risco social.

Os Municípios da 4ª Região Geoadministrativa do Estado da Paraíba aceitaram o desafio de trabalhar essa temática juntamente com a CNM.

Nossa expectativa é de que o trabalho em conjunto nos permita alcançar resultados positivos diante desse problema que tanto preocupa nossa sociedade.

**Paulo Ziulkoski**  
Presidente da CNM



# SUMÁRIO



<b>Apresentação</b> .....	<b>10</b>
Confederação Nacional de Municípios – Observatório do Crack.....	10
<b>Introdução</b> .....	<b>12</b>
Para que serve este Guia Metodológico? .....	13
<b>Drogas</b> .....	<b>15</b>
Conceitos .....	15
Classificação.....	16
<b>Padrões do uso de drogas e conceito de dependência</b> .....	<b>33</b>
<b>Cenário do uso de drogas no país</b> .....	<b>35</b>
<b>Principais políticas públicas de atenção ao usuário de drogas</b> .....	<b>45</b>
Sistema Único de Saúde (SUS).....	45
Sistema Único de Assistência Social (Suas).....	53
<b>O Projeto</b> .....	<b>59</b>
Resultados esperados .....	60
Plano de comunicação.....	60
Atividades do projeto.....	63
1. Formalizar acordo com Municípios.....	63
2. Elaborar linha de base, guias metodológicos do projeto e plano de comunicação.....	64
3. Realizar seminário de apresentação do projeto e pactuação metodológica .....	65
4. Realizar seminário com perspectiva biopsicossocial da dependência química .....	66

5. Identificar as redes de assistência social, saúde, educação, apoio nos Municípios participantes e possíveis parceiros.....	67
6. Realizar duas oficinas para validação do mapeamento das redes de assistência social, saúde, educação e fomento ao trabalho em rede.....	67
7. Sensibilizar os atores locais dos Municípios para a reinserção social de usuários de drogas.....	69
8. Realizar capacitação sobre monitoramento e avaliação.....	70
9. Estabelecer parcerias para promover a reinserção social.....	70
10. Apoiar ações de reinserção social.....	71
11. Atualizar e avaliar o mapeamento da rede.....	71
12. Disseminar os resultados do projeto.....	72
<b>Cronograma.....</b>	<b>73</b>
<b>Equipe.....</b>	<b>77</b>
<b>Bibliografia de apoio.....</b>	<b>79</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>82</b>



# SIGLAS



- CNM:** Confederação Nacional de Municípios
- OMS:** Organização Mundial da Saúde
- LSD:** Dietilamida do Ácido Lisérgico
- THC:** Tetraidrocanabinol
- Cebriad:** Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
- Grea:** Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas
- FMUSP:** Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- Fiocruz:** Fundação Oswaldo Cruz
- Comad:** Conselho Municipal Antidrogas
- Cras:** Centro de Referência de Assistência Social
- Creas:** Centro de Referência Especializado da Assistência Social
- Creas-Pop:** Centro de Referência Especializado da Assistência Social para a População em Situação de Rua
- CAPS:** Centro de Atenção Psicossocial
- Nasf:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- Suas:** Sistema Único de Assistência Social
- Raps:** Rede de Atenção Psicossocial
- UBS:** Unidade Básica de Saúde
- UPA:** Unidade de Pronto Atendimento
- Paif:** Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
- SCFV:** Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
- Cneas:** Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social
- Cnes:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

# APRESENTAÇÃO



## Confederação Nacional de Municípios Observatório do Crack

A Confederação Nacional de Municípios (CNM) é uma organização independente, apartidária, fundada em 8 de fevereiro de 1980 e que tem como principal objetivo fortalecer a autonomia dos Municípios, além de consolidar iniciativas políticas e técnicas que visem à excelência na gestão e à qualidade de vida da população.

Preocupada com a questão do uso do *crack*, uma vez que a droga se trata de mais um desafio para a gestão municipal e um problema que vem afetando todos os segmentos da sociedade, a CNM desenvolve desde 2010 o projeto Observatório do Crack.

Com grande aceitação por parte dos 5.568 Municípios brasileiros, o Observatório do Crack é um sistema de informação que possibilita tanto ao gestor municipal quanto à sociedade civil compreender como a rede de atenção aos usuários de drogas está estruturada no Brasil, além de obter informações sobre como o poder público enfrenta a questão, conhecer a participação de Municípios, União e Estados no socorro às vítimas e acompanhar o desenvolvimento da temática no país.

Os objetivos principais do projeto são: nortear as ações municipais ao proporcionar a troca de experiências entre os Municípios e a sociedade; subsidiar a formulação de uma nova Política Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras drogas; e servir de base para a realização de outras investigações pertinentes ao tema.

A realidade do consumo e da circulação do *crack* e de outras drogas traz inúmeros impactos negativos para os Municípios e sua população. Comprova-se o aumento da criminalização, da violência em geral, da evasão escolar, situações de vulnerabilidade social e o rompimento de vínculos familiares.

Para buscar uma solução, faz-se necessária a participação da União, dos Estados e dos Municípios com ações intersectorizadas e integradas que almejem a implementação de uma política que contemple as cidades brasileiras.

No que tange a essas demandas é indispensável estruturar uma rede multidisciplinar de atenção ao usuário de drogas. Para tanto, a expectativa é de que, trabalhando em conjunto, seja possível alcançar resultados positivos perante esse problema que tanto preocupa os cidadãos brasileiros.

# INTRODUÇÃO



A CNM firmou uma parceria com a Delegação da União Europeia no Brasil para a execução do projeto Integração Local para Reinserção do Usuário de Drogas, que tem como objetivo fomentar o trabalho integrado das redes de educação, saúde e assistência social em conjunto com a sociedade civil para gerar oportunidades de reinserção social e econômica dos usuários de drogas.

Essa iniciativa será desenvolvida na 4ª Região Geoadministrativa da Paraíba, contando inicialmente com a participação de 12 municípios: Baraúna; Barra de Santa Rosa; Cubati; Cuité; Damião; Frei Martinho; Nova Floresta; Nova Palmeira; Pedra Lavrada; Picuí; São Vicente do Seridó e Sossego. Durante as primeiras reuniões de pactuação do projeto, o Município de Olivedos demonstrou interesse em atuar no projeto, e agora 13 cidades compõem essa parceria.

Na 4ª Região Geoadministrativa do Estado da Paraíba, como em grande parte dos Municípios brasileiros, a rede local de atenção aos dependentes químicos – ou seja, a infraestrutura disponível para o atendimento ao usuário – é insuficiente e, geralmente em decorrência da demanda e do financiamento restrito, não trabalha de forma integrada na oferta de serviços aos cidadãos/usuários.

Com vistas a fortalecer uma cultura de trabalho em rede, esse projeto pretende desenvolver uma série de atividades que contribuam com a integração dos instrumentos de planejamento das políticas de educação, saúde e assistência social.

Um dos grandes destaques desse projeto é a estratégia de aproximação da sociedade civil junto do poder local na gestão das políticas públicas geridas pelos Municípios. A ideia é fazer com que a comunidade seja também um ator dentro do projeto e que isso possa gerar oportunidades de ressocialização dos usuários

de drogas, bem como contribuir para o reestabelecimento de seus vínculos comunitários e familiares, transformando seus espaços de convivência social e atuação em locais seguros, com a presença da comunidade e do governo.

Para que essa iniciativa obtenha sucesso, planejou-se uma estrutura de trabalho que coloque lado a lado sociedade e gestores locais: é o que chamamos de Grupos de Trabalho (GT).

Cada Município contará com um GT composto por 5 pessoas, de modo que os integrantes sejam: um (1) da área da educação, um (1) da saúde, um (1) da assistência social e dois (2) da sociedade civil.

Tal estratégia pode fortalecer o diálogo entre comunidade e governo local, modificando sua dinâmica como cidadãos e gestores. Desse modo, eles poderão, juntos, compreender sua realidade e limites institucionais dentro das políticas públicas municipais para então interferir de forma positiva na melhoria de suas vidas.

Cada atividade proposta pelo projeto contará com a participação ativa desse GT e de um agente local geral; esse agente é o principal canal de comunicação e articulação entre os 13 GTs.

Essa proposta de metodologia participativa nas ações do projeto resulta ainda na capacitação das autoridades locais e da sociedade civil para desenvolver ações de enfrentamento ao consumo de drogas e sua circulação, bem como a melhoria da oferta de políticas públicas municipais de saúde e proteção social.

## **Para que serve este Guia Metodológico?**

---

Este guia tem como objetivo ser fonte de informações para governos locais, sociedade civil e qualquer ator social envolvido no projeto ou que tenha interesse no desenvolvimento de ações que integrem os serviços públicos de educação, saúde e assistência social para reinserção social do usuário de drogas.

Ressaltamos que toda a dinâmica de participação social priorizada pela metodologia do projeto transforma este guia em um documento preliminar de

trabalho, por entender que toda realidade é mutável e compreender que os Municípios podem adaptar este documento à sua realidade, respeitando sua autonomia.

Sendo assim, à medida que a metodologia gradualmente tomar forma e se adaptar às exigências locais, este guia receberá novos elementos referentes às novas descobertas ao longo do caminho. Dessa forma, temos uma metodologia em construção, e o ator principal deste guia é você!

A ideia é que este material esclareça e oriente todas as atividades propostas no projeto para alcançar os objetivos esperados, trazendo explicações conceituais e práticas a respeito dos tipos de drogas existentes e as principais políticas voltadas à questão para desenvolver as atividades do projeto.

Este documento também fornece um conjunto de orientações teóricas e metodológicas sobre as etapas de execução inicialmente previstas no projeto Integração Local para Reinserção Social do Usuário de Drogas, de forma a esclarecer os Municípios participantes acerca de todos os passos que serão seguidos ao longo dos três anos de sua implementação.

Logo, recomenda-se a utilização deste guia como fonte de informação para os GTs e demais participantes diretos e indiretos do projeto.

# DROGAS



## Conceitos

---

Conforme definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), considera-se droga qualquer substância não produzida pelo organismo e que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento.

Algumas substâncias, como os medicamentos, são usadas com a finalidade de produzir efeitos benéficos, a exemplo do tratamento de doenças. Entretanto, existem também os *venenos* ou *tóxicos*, substâncias que provocam malefícios à saúde. É válido ressaltar que a mesma substância pode funcionar tanto como medicamento ou como tóxico, dependendo da situação de uso.

As drogas capazes de alterar o funcionamento mental ou psíquico são denominadas drogas psicotrópicas ou psicotrópicos; essas atuam sobre o cérebro, alterando a maneira de sentir, de pensar e, muitas vezes, de agir.

Essas alterações do psiquismo não são iguais para todas as drogas, pois cada substância é capaz de causar diferentes reações, acarretando dependência ou não.

Portanto, a partir dos efeitos farmacológicos que as drogas causam no organismo, pode-se classificar sua tipologia em:

***Drogas depressoras:*** são aquelas que deixam o sistema nervoso central mais lento, podendo causar sonolência, e que são conhecidas como sedativos. Muitas delas são usadas para fins médicos, como benzodiazepínicos, opiáceos e anestésicos. As drogas mais comuns nessa classificação são as bebidas alcoólicas e os inalantes.

**Drogas estimulantes:** as drogas desse tipo geralmente aceleram o SNC, deixando o usuário mais agitado, gerando insônia, por exemplo. As drogas mais comumente utilizadas no Brasil nessa classificação são a cocaína, o *crack*, as anfetaminas e a nicotina.

**Drogas perturbadoras:** são as que produzem alterações no funcionamento do cérebro, geralmente provocando alucinações e delírios. A capacidade de perceber o tempo e o espaço fica comprometida e o cérebro funciona de forma anormal. Esse tipo de droga não possui finalidade clínica, e são consideradas ilícitas. As substâncias mais comuns são a maconha, a psilocibina (cogumelos), a Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD) e o *ecstasy*.

## Classificação

---

### Depressoras

Álcool

Benzodiazepínicos

Inalantes

Opioides

### Estimulantes

Cocaína

Crack

Anfetaminas

Nicotina

### Perturbadoras

Maconha

Psilocibina  
(cogumelos)

LSD

Ecstasy

## DROGAS DEPRESSORAS

### Álcool

Obtido por fermentação ou destilação da glicose de cereais, de raízes ou de frutas, o álcool é uma substância lícita presente em uma variedade incontável de bebidas ao redor do mundo.

#### FORMAS DE USO

Consumido via oral, cerca de 20% da sua absorção se dá no estômago, enquanto 80% ocorre no intestino delgado. Esse é um dos motivos de a alcoolemia ser muito maior quando alguém bebe álcool sem antes ter ingerido alimentos, pois ele passa rapidamente do estômago para o intestino delgado, onde a maior parte é absorvida. Como depressor do cérebro, age diretamente em diversos órgãos, tais como coração, estômago e fígado.

Essa droga, muito consumida em vários países, induz tolerância, que é a necessidade de quantidades progressivamente maiores para se produzir o mesmo efeito, e também a síndrome de abstinência, que são sintomas desagradáveis ocorridos com a redução ou a interrupção do consumo da substância.

#### EFEITOS NO ORGANISMO

- *Consumo em nível baixo:* aumento da quantidade de urina, desinibição comportamental, sentimentalismo exacerbado, diminuição do senso crítico, prejuízo da função cognitiva e diminuição da coordenação motora.
- *Consumo em nível médio:* prejuízo na concentração, reflexos mais lentos, perda do controle muscular, aumento da sonolência e fala arrastada.
- *Consumo em nível alto:* visão dupla, surgimento de náuseas e vômitos, aumento da frequência cardíaca, aumento da sonolência, diminuição drástica da temperatura corporal e morte por parada respiratória.

## Benzodiazepínicos

Considerados agentes sedativos e hipnóticos, seu uso clínico ocorre desde meados da década de 1960. Na maioria das vezes são utilizados como relaxante muscular, na sedação antes de procedimentos médicos, para o tratamento de epilepsia e também para o controle da ansiedade e da insônia. Os mais conhecidos são Rivotril, Lexotam, Frontal e Diazepam.

### FORMAS DE USO

O uso de benzodiazepínicos pode ocorrer por via oral, intramuscular, retal ou endovenoso. Independentemente da via de administração, eles passam ligeiramente para o sangue, o que faz com que o organismo sinta o efeito rapidamente. Esse é um dos fatores do uso dessa substância levar à dependência física quando seu uso é prolongado ou quando da utilização de doses muito elevadas. Na interrupção brusca do uso, podem ocorrer sintomas de abstinência mais graves do que quando a interrupção é gradativa.

As doses tóxicas dessas drogas são bastante altas, mas pode ocorrer intoxicação se houver uso concomitante de outros depressores da atividade mental, principalmente o álcool. Quando essa droga é injetada, de forma não prescrita e sem indicação médica, pode levar a complicações agudas que são perigosas à manutenção da vida.

Como consequência do uso medicamentoso, há diminuição da ansiedade, indução do sono, relaxamento muscular e redução do estado de alerta. Essas drogas dificultam os processos de aprendizagem e alteram as funções motoras, prejudicando atividades que exijam reflexos rápidos.

### EFEITOS NO ORGANISMO

- *Sintomas de intoxicação*: fadiga, andar cambaleante, fala pastosa, alteração da atenção, confusão mental, anorexia, alteração drástica entre euforia e depressão, redução excessiva da pressão arterial e quadros de psicose.

- *Sintomas da síndrome de abstinência:* insônia, agitação, irritabilidade, dores de cabeça, palpitações, prejuízo da memória, náuseas, suor excessivo, tremores, dores musculares, convulsões e alucinações.

## Inalantes

São um vasto grupo de diferentes produtos usados licitamente em várias das atividades industriais, comerciais e domésticas. O abuso é intencional quando utilizados com o objetivo de produzir alterações mentais e/ou efeitos de conduta, mas é importante ressaltar que há exposição a inalantes em grupos de trabalhadores, como sapateiros, pintores e trabalhadores da indústria calçadista, e fazer essa distinção é de grande relevância.

### FORMAS DE USO

São substâncias voláteis que podem ser inaladas, isto é, introduzidas no organismo através da aspiração pela boca ou pelo nariz, não possuindo nenhuma utilização clínica, com exceção do éter etílico e do clorofórmio, que já foram largamente empregados como anestésicos gerais.

No Brasil, os solventes ou inalantes mais conhecidos são o “loló”, o lança-perfume e a cola de sapateiro, mas também são usados removedores de manchas e fluidos de limpeza a seco.

Os efeitos têm início bastante rápido após a inalação, de segundos a minutos, e também têm curta duração, o que predispõe o usuário a inalações repetidas, com consequências às vezes desastrosas.

A morbidade e a mortalidade aumentam com a frequência e a quantidade de uso, exceto pela síndrome da morte súbita, que pode ocorrer mesmo durante os primeiros consumos, ou nas primeiras horas subsequentes, principalmente por alterações no ritmo cardíaco.

Os inalantes que contêm tolueno (substância que apresenta potencial de abuso, causando danos ao organismo que podem levar à dependência) são os que

mais causam morte neuronal, levando à perda de memória e até demência. Além disso, pode haver perda visual, perda auditiva e do olfato, comprometimento da coordenação motora e dificuldade para caminhar. Há também aumento do risco de alguns tipos de câncer, como leucemia e câncer do fígado.

### EFEITOS NO ORGANISMO

- *Primeira fase:* ocorrem tonturas, aumento da euforia, desinibição comportamental e perturbações tanto auditivas quanto visuais.
- *Segunda fase:* podem ocorrer alucinações, perda do autocontrole, há confusão mental e depressão.
- *Terceira fase:* a depressão se aprofunda, há redução do estado de alerta e falta de coordenação motora.
- *Quarta fase:* depressão tardia, inconsciência, pode haver convulsões, coma e morte.

## Opioides

Grupo que inclui drogas “naturais”, derivadas da papoula-do-orientes (*Papaver somniferum*), sintéticas e semissintéticas, obtidas a partir de modificações químicas em substâncias naturais. Todas têm o poder de produzir uma **analgesia**, que age diminuindo a dor, e uma **sedação**, que aumenta o sono.

### FORMAS DE USO

A via mais comum de consumo desse tipo de droga é a injetável, pois o efeito é mais intenso e rápido, o que está associado diretamente a outros problemas, como exposição do usuário ao HIV, às hepatites B e C, a infecções nas áreas de administração, além do risco maior de overdose. Mas também há o uso via oral, quando apresentado na forma de comprimidos, e ainda são usados por injeção intramuscular ou intravenosa, de modo fumado e supositório.

## EFEITOS NO ORGANISMO

Os sintomas da utilização dessa droga são: retenção urinária, náuseas, vômitos, constipação, prurido nasal, diminuição das pupilas, irregularidade menstrual, visão borrada, diminuição da libido. Pupilas contraídas e que não reagem à luz são um aspecto muito característico do uso de opioides.

O abuso de certas medicações prescritas, como as desse grupo, pode alterar a atividade do cérebro e levar à dependência, desenvolvendo crises de abstinência intensas e que geralmente requerem internação.

## CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS OPIOIDES

- *Naturais*: são aqueles extraídos diretamente da flor da planta conhecida como papoula. Um líquido leitoso escorre do botão da papoula quando nele são feitos finos cortes. Nele encontram-se várias substâncias: a morfina, a codeína, o ópio e a tebaína.
- *Semissintéticas*: são obtidas em laboratório (sintéticas), mas a partir da molécula da morfina (natural). A droga mais conhecida nessa classificação é a heroína, mas também engloba substâncias como oxicodona, hidroxidona, oximorfona e hidroximorfona.
- *Sintéticas*: foram criadas totalmente em laboratório e quase todas possuem utilização médica, principalmente como anestésico geral e alívio de dores graves, como no caso de câncer. As mais conhecidas são a meperidina (Dolantina<sup>®</sup>) e a metadona.

## DROGAS ESTIMULANTES

### Cocaína

A cocaína deriva da folha de um arbusto da coca, chamado cientificamente de *Erythroxylon coca*. A partir dele existem variedades da planta, tais como a boliviana (huanaco), a colombiana (novagranatense) ou a peruana (trujilense).

A planta *Erythroxylon coca* tem origem na América do Sul, nas regiões altas dos Andes.

A cocaína é popularmente encontrada na forma de pó, geralmente branco, obtido de uma pasta feita com folhas de coca.

#### FORMAS DE USO

Segundo Ganeri (2002), as formas de consumo da cocaína são diversas, as principais são:

**Oral:** as folhas de coca podem ser mascadas ou utilizadas na preparação de infusões orais, como chá. Nesses casos, a absorção é mais lenta.

Início da ação: 30-60 minutos.

Pico da ação: 60-90 minutos.

Tempo de duração dos efeitos: desconhecido.

**Nasal:** após o processo de extração da cocaína, o processamento resulta o sulfato de cocaína. Pode ser usada sob a forma de pó, aspirado pelo nariz. A absorção pelo organismo é bastante rápida.

Início da ação: 1-5 minutos.

Pico da ação: 20-30 minutos.

Tempo de duração dos efeitos: 1-2 horas.

**Intravenosa:** injetável quando dissolvida na água.

Início da ação: menos de 1 minuto.

Pico da ação: 1-5 minutos.

Tempo de duração dos efeitos: 30-60 minutos.

**Inalatória (fumo):** é possível também fumar (via pulmonar) a cocaína, mas não na forma de pó e sim de pedra: trata-se do *crack*.

Início da ação: menos de 1 minuto.

Pico da ação: 1-5 minutos.

Tempo de duração dos efeitos: 30-60 minutos.

Ainda existem a pasta de coca e a merla, preparadas de forma diferente do *crack*, mas que também contêm cocaína sob forma de base e podem ser fumadas.

## EFEITOS NO ORGANISMO

A cocaína tem uma ação intensa, mas muito breve. É comum notar que o usuário de cocaína reduz o consumo de água e de alimento. Pode provocar diminuição de cansaço, insônia, irritabilidade, perda da fome, fala exagerada, agitação motora, coração acelerado e dilatação das pupilas.

Os usuários também podem sentir exaltação, euforia, intenso bem-estar e maior autoconfiança nas suas competências e capacidades. Ocasionalmente pode ter efeitos afrodisíacos, aumentando o desejo sexual e retardando a ejaculação. Contudo, pode também dificultar a ereção.

A nível físico, pode provocar aceleração do ritmo cardíaco, aumento da tensão arterial, aumento da temperatura corporal e da sudorese, tremores ou convulsões.

Em caso de intoxicação, pode gerar crise de pânico e crise hipertensiva, podendo ocasionar convulsões.

O compartilhamento de agulhas no uso injetável de cocaína gera um grande risco de contrair doenças como HIV/Aids, tétano e hepatite. O uso durante a gravidez pode causar aborto, trabalho de parto prematuro e má formação congênita.

Precisamos observar que após a inalação, a injeção ou o fumo os usuários podem, sim, sentir alguma excitação inicial, mas após algum tempo sentem também uma depressão penosa, sensação de cansaço, insônia e falta de apetite. Com o tempo, esse conjunto de fatores pode gerar um quadro de desnutrição e baixa interação social. Com o uso contínuo, o bem-estar e a euforia tornam-se normalmente inatingíveis e podem gerar uma sensação de abatimento e desprazer.

Os sintomas da psicose gerada pelo uso de cocaína costumam englobar a paranoia, a mania de perseguição e até mesmo alucinações visuais!

## Crack

O *crack* é uma mistura da pasta-base de cocaína refinada com bicarbonato de sódio e água. Muitas vezes essa mistura é adulterada com o acréscimo substâncias como cimento, cal, querosene e acetona, tendo em vista aumentar o seu volume.

Quando aquecida, a mistura separa as substâncias líquidas das sólidas. As substâncias líquidas são então descartadas e as sólidas são convertidas na “pedra de *crack*” que, com a utilização de um cachimbo, é fumada e absorvida pelo organismo em quase 100% do total inalado.

A via inalatória confere à droga um tempo de ação e um poder viciante extremamente rápidos, o que tem tornado o *crack* um verdadeiro flagelo.

## FORMAS DE USO

O *crack* pode ser fumado de diferentes maneiras. A primeira forma que descreveremos é a do *crack* fumado em forma de “cigarros”. A pedra é quebrada e misturada com tabaco ou com maconha, enrolada em papel de seda e fumada.

O *crack* também pode ser fumado em cachimbos, sendo esse geralmente o artefato mais comum para o consumo da droga. Esses cachimbos podem ser feitos com latas de alumínio ou copos de água descartáveis.

Embora os apetrechos para o uso sejam diferentes, a forma de colocar a “pedra” em combustão é sempre a mesma: primeiro coloca-se cinza de cigarros no local em que será queimado o *crack* e então, por cima, a “pedra”. Em seguida, esta é acesa utilizando-se um isqueiro ou fósforos, e depois inala-se a fumaça.

## EFEITOS NO ORGANISMO

Por ser inalado, as substâncias ativas do *crack* chegam rapidamente ao cérebro, e por isso seus efeitos são sentidos quase que imediatamente: cerca de 10 a 15 segundos. Todavia, seus efeitos duram em média 5 minutos, o que leva o usuário a usar o *crack* muitas vezes em curtos períodos de tempo, tornando-se dependente.

Seu modo de uso pode ser seu principal agravante, pois o ato de fumar o *crack* faz com que suas substâncias cheguem ao pulmão, um órgão muito vascularizado e com grande superfície, o que contribui para uma absorção muito rápida, levando a droga a agir rapidamente.

## EFEITOS NO CÉREBRO

Ao atingir o cérebro, a droga produz uma sensação de prazer e satisfação, e até euforia, aumentando a autoestima, causando indiferença à dor e ao cansaço. Alguns sinais são semelhantes ao uso da cocaína.

## EFEITOS NO CORPO

Ocorre insônia, tosse com produção de escarro, dor no peito, falta de ar e asma. No coração, o uso da droga provoca aumento da frequência cardíaca, podendo levar a infartos. Em relação ao sistema nervoso, podem ocorrer derrames,

dor de cabeça, tontura e convulsão. No aparelho digestivo, a droga causa dor abdominal, náuseas e perda de apetite.

O *crack* pode aumentar o desejo sexual no início, mas com uso contínuo o desejo sexual diminui.

O uso do *crack* durante a gestação aumenta riscos diversos tanto para a mãe quanto para o bebê. Há o risco de deslocamento prematuro da placenta, aborto, redução do crescimento fetal e má formação congênita.

Os efeitos do consumo do *crack* a longo prazo incluem graves danos no coração, no fígado e nos rins. Os usuários também estão mais propensos a ter doenças infecciosas.

Fumar *crack* é a via mais rápida de fazer com que a droga chegue ao cérebro, e provavelmente essa é a razão para uma rápida dependência.

## **Anfetaminas**

As anfetaminas são drogas sintéticas que estimulam a atividade do sistema nervoso central. São fabricadas geralmente em laboratórios. Não são, portanto, produtos naturais.

As anfetaminas foram banidas das prateleiras das farmácias brasileiras há alguns anos.

### **FORMAS DE USO**

Geralmente as anfetaminas são consumidas sob a forma de comprimidos. Elas podem ser consumidas via oral, aspiradas na forma de pó e até injetadas.

## EFEITOS NO ORGANISMO

As anfetaminas são estimulantes do sistema nervoso central e causam sintomas de prazer e euforia, geram também inquietação, ansiedade, redução do apetite e do sono, aceleração da fala e do pensamento e irritabilidade.

Esse tipo de droga age também sobre outros órgãos e provoca aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, arritmias, diarreias, gastrite, tremor fino das mãos, boca seca e irritabilidade intensa. Pode, ainda, ser responsável por episódios de intestino preso que, muitas vezes, se alternam com crises de diarreia.

Atualmente essas drogas são utilizadas por caminhoneiros, que apelidaram-nas de “rebites”; os jovens as tomam visando ter melhor desempenho nos estudos. Elas também são comuns em festas, sendo conhecidas como “ice”.

## Nicotina

A nicotina é uma substância que ocorre naturalmente no tabaco. Ao tragar a fumaça do cigarro (onde é comumente consumida e onde mais causa dependência), uma grande quantidade vai para os pulmões e passa para o sangue, atingindo o cérebro do usuário em alguns segundos. No cérebro, a nicotina causa a liberação de substâncias que dão a sensação de prazer e de relaxamento momentâneo. É a rápida liberação de nicotina no cérebro que promove a sensação de prazer.

## FORMAS DE USO

A forma mais comum de consumo da nicotina é pelos cigarros de tabaco, outras formas são: charutos, cachimbos e narguilés.

A OMS estima que um terço da população adulta do planeta fume atualmente.

## EFEITOS NO ORGANISMO

A fumaça do cigarro possui mais de 4.700 substâncias, algumas cancerígenas e outras muito tóxicas para vários órgãos do nosso corpo.

A nicotina produz efeitos semelhantes aos dos demais estimulantes, como sensação de bem-estar, mesmo que leve, e também estimula o sistema de recompensa do cérebro, induzindo rapidamente a uma dependência intensa.

O coração e os vasos sanguíneos também são fortemente danificados pelo uso do tabaco, os fumantes geralmente têm mais chances de sofrer infartos e arritmias do coração. O fumo também provoca gastrite, úlcera, alergias, infecções respiratórias e alteração da formação dos fetos em gestantes.

## DROGAS PERTURBADORAS

### Canabinoides

A mais popular das drogas ilegais, a *Cannabis sativa* é uma planta cujo nome genérico mais utilizado é maconha. Ela também pode ser conhecida como erva, cânhamo, haxixe e *skank*, que são variações na forma de produção e concentração de THC (tetraidrocanabinol), principal responsável pelos efeitos psíquicos que a droga causa.

### FORMAS DE USO

Essas substâncias são principalmente consumidas por ingestão e inalação. Apesar de ser principalmente usada para fins recreativos e sociais, terapêuticamente podem ser utilizadas como antiemético oral para tratar as náuseas provocadas pela quimioterapia ou como relaxante.

Sendo umas das drogas ilícitas mais comuns, a chamada dependência de maconha não é algo incomum. Alguns estudiosos questionam esse conceito pelo fato dessa substância demorar mais que outras para levar o usuário à dependência. Entretanto, com o aumento do uso em todas as faixas etárias é necessário que os profissionais trabalhem com prevenção e intervenções específicas para esclarecer o que o uso e o abuso da droga causam.

O risco de dependência aumenta conforme a extensão do consumo. Não existem ainda estudos que mostrem qual quantidade de THC pode desencadear o consumo irrefreado. Sabe-se que uma minoria desenvolve a síndrome de uso compulsivo, semelhante a outras drogas.

Os sintomas da síndrome de abstinência de maconha compreendem sensação de fissura, irritabilidade, nervosismo, inquietação, insônia, sintomas depressivos, redução do apetite e podem ocorrer nas primeiras semanas após a interrupção do uso da droga.

## EFEITOS NO ORGANISMO

- *Euforizantes*: aumento da percepção das cores e do paladar, fala solta, sensação de relaxamento, risos imotivados e alteração da percepção de tempo.
- *Físicos*: aumento do apetite, queda súbita da pressão arterial, boca seca, problemas respiratórios, aumento do apetite e aceleração dos batimentos cardíacos.
- *Psíquicos*: depressão e irritabilidade, diminuição da motivação, prejuízo da memória recente e alucinações.

## Psilocibina

Trata-se de uma substância alucinógena, perturbadora do sistema nervoso central. Provoca experiências de animação e distorção dos sentidos relacionados à produção de quadros de ilusão ou alucinação, geralmente de natureza visual. Diferentemente de outros entorpecentes, a psilocibina não tem finalidades clínicas (como os calmantes), nem pode ser utilizada legalmente, como o álcool e o tabaco. A mudança que ela causa é qualitativa, ou seja, o cérebro passa a funcionar de modo anormal e sua atividade fica perturbada.

O composto químico é encontrado em diversos tipos de cogumelos que ganharam notoriedade na década de 1960, juntamente com o surgimento do movimento *hippie*, e também com o LSD.

## FORMAS DE USO

A utilização da droga se dá por meio da ingestão de chás ou do próprio cogumelo moído. Esse tipo de cogumelo se desenvolve em solos argilosos e em pastos abertos.

Não existem comprovações das consequências do consumo de psilocibina, mas sim referências a casos de surtos psicóticos de duração variada, que é chamado de transtorno da alucinação persistente ou também *flashback*.

A utilização de alucinógenos para quem já apresenta algum problema psicológico manifestado ou não traz à tona a possibilidade da manifestação de depressão e ansiedade. Ao longo do tempo, pode ser necessária uma quantidade cada vez mais elevada de consumo da droga para se atingir o mesmo efeito.

## EFEITOS NO ORGANISMO

- *Psíquicos*: delírios, alterações de humor, alucinações e perda da discriminação de tempo e espaço.
- *Físicos*: boca seca, dilatação de pupilas, aumento da temperatura corporal, tremores, perda de apetite e aumento da pressão sanguínea.

## Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD)

Trata-se de um alucinógeno cuja substância ativa é derivada do fungo *Claviceps sp*, que se desenvolve no centeio; é uma droga sintética. Os alucinógenos são substâncias psicoativas que têm o poder de causar alterações nos sentidos e na percepção.

## FORMAS DE USO

Seu uso pode ser feito por via oral, colocando-se uma pequena gota do líquido embaixo da língua. O LSD é considerado um dos alucinógenos mais potentes. Trata-se de um líquido claro cuja formulação mais comum de se encontrar é a aplicação em papel mata-borrão: uma espécie de papel em formato de cartela com desenhos.

É uma droga bastante forte, e poucas quantidades são necessárias para que surta um grande efeito. Estima-se que se uma pessoa utilizar uma dose de 50 microgramas, o efeito pode durar até 12 horas.

## EFEITOS NO ORGANISMO

O uso de alucinógenos como LSD pode causar no organismo distorções perceptivas, que são alterações nas cores e formas, ou sinestesia – fusão dos sentidos; além de confusão entre o tempo e o espaço, alucinações visuais e auditivas, delírios e *flashback*.

## Ecstasy

O *ecstasy* também é conhecido como “droga do amor”, bala e pastilha. É uma droga sintética derivada da anfetamina, com propriedades estimulantes e alucinógenas.

Primeiramente sintetizada na Alemanha, sua utilização se dava como medicamento supressor do apetite. Seu potencial de abuso foi reconhecido na década de 1970 e as autoridades proibiram a comercialização da substância.

Difundida na Europa em meados de 1989, a droga foi popularizada no Brasil menos de uma década depois. Entretanto, pouco é conhecido sobre a prevalência do uso dessa droga na população brasileira.

## FORMAS DE USO

Essa droga é geralmente utilizada de forma oral. O *ecstasy* é mais comum em formato de pílulas, comprimidos coloridos, mas também pode ser encontrado na forma de pó. Seu uso geralmente é associado a certos grupos, como os jovens frequentadores de danceterias, *raves* ou boates.

## EFEITOS NO ORGANISMO

O *ecstasy* age no organismo como uma anfetamina; após sua ingestão, o efeito geralmente começa em 30 minutos, e tem uma duração média de 3,5 horas. A droga provoca euforia, aumento da sensibilidade e diminuição do apetite. Pode ocorrer bruxismo, alucinações e sintomas paranoides.

Em relação à ressaca que o *ecstasy* causa, o usuário pode sentir insônia, tontura e até dores musculares.

# PADRÕES DO USO DE DROGAS E CONCEITO DE DEPENDÊNCIA



A utilização de substâncias que alteram o estado mental, ou as chamadas drogas, acompanham a história da humanidade. Independentemente das razões, sejam elas recreativas, religiosas, culturais ou mesmo como uma maneira de fuga, no intuito de transcender, para socializar ou como parte de um isolamento, os indivíduos sempre se relacionaram com as drogas.

Dependendo do contexto, esse contato do ser humano com entorpecentes pode ser inofensivo ou apresentar diminutos danos, mas também pode desencadear prejuízos psicológicos, sociais e biológicos.

Abaixo serão listados os padrões de consumo e correlação entre uso, abuso e dependência de drogas.

*Uso experimental:* várias pessoas experimentam algum tipo de droga em alguma fase da vida, mas eventualmente descontinuam o uso. Os motivos para deixar de usar podem ser muitos: o efeito não foi agradável, houve a perda do interesse ou o medo de se tornar dependente.

*Uso recreativo ou social:* é a utilização de álcool e/ou outras drogas somente em momentos pontuais, como reuniões com amigos e festas. Geralmente

este tipo de uso não afeta o trabalho, o estudo e os relacionamentos sociais do indivíduo.

*Uso nocivo:* trata-se da autoadministração de qualquer quantidade de substância psicoativa que pode levar a pessoa a ter algum prejuízo físico ou mental.

*Uso abusivo:* inclui, além do prejuízo mental e físico do indivíduo, problemas sociais relacionados ao uso. Pode ser entendido como um padrão de utilização que aumenta o risco de consequências prejudiciais para o usuário.

*Dependência:* gera consequências graves à saúde do indivíduo e o consumo se mostra compulsivo, afetando as demais áreas de sua vida: profissional, familiar, social e psicológica.

Como a dependência é caracterizada pela falta de controle e o impulso que causa no dependente, para melhor compreendê-la serão explicadas as duas formas principais em que ela se apresenta: a física e a psicológica.

A dependência física se destaca pela presença de sintomas que surgem quando há diminuição brusca ou a interrupção do uso da substância. Esses sinais são conhecidos como síndrome de abstinência e variam conforme o tipo de droga utilizada.

Já a dependência psicológica diz respeito a um incômodo que aparece quando o dependente interrompe o uso da droga. Esse tipo de dependência se mostra com alguns sintomas clássicos, como dificuldade de concentração e ansiedade.

Atualmente a dependência física pode ser tratada com medicamentos, entretanto, a dependência psicológica é o motivo das recaídas, pois é de difícil tratamento.

# CENÁRIO DO USO DE DROGAS NO PAÍS

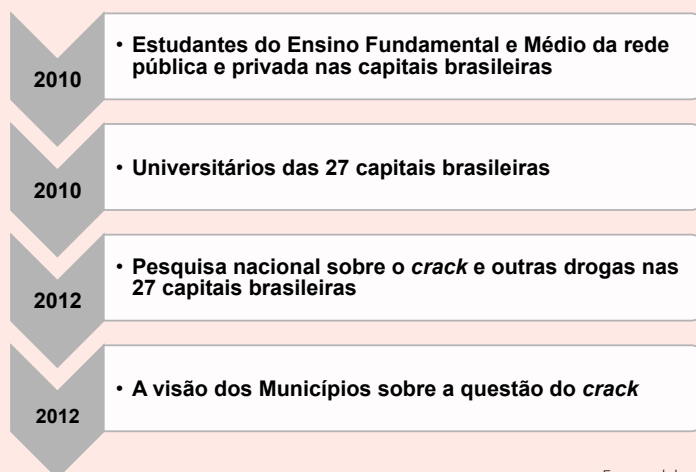


As pesquisas sobre o uso de drogas no país só começaram a progredir em 1987, quando o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebriad), do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (USP), desenvolveu alguns estudos.

Tais estudos apresentaram duas abordagens diferenciadas em relação aos psicotrópicos. A primeira era baseada no senso comum e a outra, abalizada por pesquisas.

Já no ano de 1990, outros estudos e pesquisas foram iniciados e alguns foram repetidos. Dessa forma, houve um acompanhamento mais ordenado e continuado da questão. A seguir serão citados os que abarcam a temática de uma forma mais abrangente.

**Figura 1: Cronologia de estudos e pesquisas sobre drogas no Brasil.**



Fonte: elaboração própria.

## Pesquisa com estudantes nas capitais brasileiras

O levantamento sobre o consumo de drogas entre estudantes dos Ensinos Fundamental e Médio compõe no Brasil a mais ampla sistematização de dados sobre tema.

Por meio de questionário de autopreenchimento, a pesquisa foi aplicada em 789 escolas, com 50.980 estudantes pesquisados, sendo 31.280 deles da rede pública e 19.610 da rede particular. O cálculo levou em consideração o uso, continuado ou não, no ano, de solventes/inalantes, ansiolíticos, anfetamínicos, cocaína, maconha, *crack* e anticolinérgicos e foi realizado nas 27 capitais brasileiras.

O último levantamento, datado do ano de 2010, constatou que o uso de drogas, com exceção de álcool e tabaco, foi mais alto entre os estudantes da rede particular (13,6%) do que os da rede pública (9,9%).

Os entorpecentes lícitos mais usados pelos estudantes foram as bebidas alcoólicas (42,4%) e tabaco (9,6%). Já entre as drogas ilícitas, a maconha (3,7%) foi a mais frequentemente consumida.

Como o álcool é uma droga de fácil acesso por ser lícita, houve uma atenção especial para alguns dados. O estudo indicou que a idade do primeiro uso de álcool se deu por volta dos 13 anos de idade, contudo, o uso feito de maneira esporádica acontece antes da adolescência. Outras informações se referiam à frequência do uso dessa substância: 2,7% faziam uso frequente (seis ou mais vezes no mês) e 1,6% faziam uso pesado (vinte ou mais vezes no mês). O uso de energéticos juntamente com bebidas alcoólicas foi significativo em todas as capitais, sendo de 15,4% no total. Esse tipo de bebida merece destaque pois, segundo vários estudos, pode prolongar o efeito excitatório do álcool.

Em comparação aos meninos, as meninas fizeram a utilização de proporções mais elevadas de calmantes (ansiolíticos), álcool e remédios para emagrecer (anfetamínicos).

## Levantamento sobre o uso de drogas entre universitários

Outra população estudada foi a dos universitários. O I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras, lançado em junho de 2010, foi realizado pela **Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas** (Senad) em parceria com o **Programa do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas** (Grea) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Esse estudo revelou que o álcool foi a substância mais consumida pelos universitários nos 12 meses que antecederam a entrevista (72%). Um em cada três universitários citou ao menos uma ocasião de consumo do álcool em *binge*, expressão usual para o consumo de cinco ou mais doses-padrão de bebidas alcoólicas para homens, e quatro ou mais doses para mulheres.

Foi destacado ainda que, entre os universitários menores de 18 anos, quase 80% afirmou já ter consumido algum tipo de bebida alcoólica na vida.

Ainda falando sobre a droga lícita álcool, 86,2% dos entrevistados afirmaram já ter feito uso de bebida alcoólica em algum momento da vida. Dentre eles, a proporção entre homem e mulher foi igual, de um para um. Mas quanto à frequência e à quantidade, os homens beberam mais vezes e em mais quantidade que as mulheres.

Com proporção mais elevada entre as instituições privadas (30%) se comparada a universidades públicas (20%), o tabaco foi consumido por 28% dos universitários.

Mais frequente nas regiões Sul e Sudeste, e menos frequente nas regiões Norte e Nordeste, o consumo de drogas ilícitas foi relatado por 36% dos universitários. Dos pesquisados, 14% afirmam ter utilizado maconha, e 3,1% dos alunos relata ter feito uso da droga sintética *ecstasy*.

Como a assiduidade no consumo de alguns tipos de drogas pela classe universitária chamou a atenção, foi realizado um levantamento sobre programas ou

projetos referentes a prevenção, orientação e/ou assistência que abordasse a temática. Ficou constatado que apenas 20% das universidades trabalhavam a questão.

Os números também indicaram um consumo mais elevado de álcool entre os universitários do que na população em geral.

## **Pesquisa nacional sobre o crack e outras drogas nas 27 capitais brasileiras**

Entre os anos de 2011 e 2013, a Senad, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), realizou um estudo para identificar o perfil e estimar o número de usuários de *crack* e/ou similares nas 27 capitais.

A metodologia abordou 25 mil pessoas de forma domiciliar e indireta, ou seja, cada indivíduo respondeu a questões sobre suas redes sociais (familiares, amigos e colegas de trabalho residentes no mesmo Município) de forma geral e também especificamente sobre o uso de *crack* e outras drogas.

Os dados revelaram que cerca de 370 mil brasileiros, número correspondente a 0,8% da população das capitais e a 35% dos consumidores de drogas ilícitas, usaram regularmente *crack* e similares (pasta-base, merla e oxi) nas capitais ao longo de pelo menos seis meses.

Por “uso regular” foi considerado um consumo de pelo menos 25 dias nos seis meses anteriores ao estudo, de acordo com definição da Organização Panamericana de Saúde (Opas).

Sobre o perfil do usuário, foi constatado que dos 370 mil dependentes químicos 80% são homens, 60% são solteiros, 40% vivem nas ruas e 80% são não brancos. A utilização da droga é feita em local público por 80% das pessoas e 65% fazem “bicos”, ou seja, trabalho informal, para sobreviver.

Fazendo um recorte para as mulheres, 30% das entrevistadas afirmaram que já fizeram sexo para obter a droga, 10% das usuárias ouvidas estavam grávidas e mais da metade delas já havia engravidado ao menos uma vez desde que

iniciado o uso da droga. A pesquisa indica, ainda, que 44,5% das mulheres entrevistadas relataram já ter sofrido violência.

Entre as regiões do Brasil, o Nordeste lidera o uso regular de *crack* e similares, com 40% do total, seguido do Sudeste, do Centro-Oeste, do Sul e do Norte.

Além disso, as capitais do Nordeste são as que concentram mais crianças e adolescentes usuários de drogas, com 28 mil pessoas.

Nas capitais do Sudeste e do Centro-Oeste, o *crack* e similares correspondem a 52% e 47%, respectivamente, de todas as drogas ilícitas (com exceção de maconha) consumidas. Já no Norte, o *crack* tem uma participação menor no total: cerca de 20%.

Quase oito em cada dez usuários regulares de *crack* no país querem ser submetidos a tratamento contra o uso da substância. Esse desejo foi relatado por 78,9% dos entrevistados. Entretanto, o acesso aos serviços disponíveis é baixo.

Em relação ao tempo médio de uso, o estudo aponta que nas capitais ele se estende por aproximadamente oito anos, enquanto nos demais Municípios esse tempo é de 5 anos.

O padrão de consumo é diário para mais da metade dos usuários, sendo que cada indivíduo consome em média 16 pedras de *crack* por dia nas capitais; nos demais municípios, 11 pedras.

Quando consideradas as diferenças entre os gêneros, nota-se que os homens usam a droga por mais tempo do que as mulheres, no entanto, elas consomem 21 pedras de *crack* por dia enquanto eles fumam aproximadamente 13 pedras.

## **A visão dos Municípios sobre a questão do crack**

A CNM, preocupada com a alarmante proliferação do uso de drogas nos Municípios do país, realiza pesquisas sobre o tema. Os resultados do último estudo, datado de 2012, demonstraram como a situação vem sendo enfrentada lá na ponta. Intitulado *Os Municípios brasileiros como protagonistas no enfrentamento*

ao *crack*, os objetivos desses levantamentos são mapear as redes de atenção aos usuários de drogas e verificar se o *crack* afeta, de alguma maneira, o cotidiano das cidades. O público-alvo que respondeu ao questionário se concentrou nos gestores municipais.

Foram pesquisados 88% dos Municípios brasileiros, dentre os quais 89,7% relataram enfrentar problemas com a circulação de drogas em sua comunidade. Em relação ao tipo de droga circulante, 6,2% apontaram que o *crack* era a droga predominante, 21,7% indicaram que são outras drogas, e a maioria, 69,8%, afirmou que havia circulação de *crack* e outras drogas.

Com relação ao consumo de drogas, 93,7% dos Municípios pesquisados indicaram que já conviviam com essa problemática.

Focando nos resultados para verificar a rede de atenção ao usuário de drogas, 83,7% dos pesquisados afirmou que a população não tem à disposição o Conselho Municipal Antidrogas (Comad), que é um órgão colegiado de caráter consultivo, articulador, deliberativo e normativo das questões sobre drogas no âmbito do Município, e que tem o papel de coordenar, desenvolver e estimular a maior participação possível dos movimentos comunitários.

Sobre o Centro de Referência de Assistência Social (Cras), que é responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica, responsável também por desenvolver ações de prevenção nas áreas de maior vulnerabilidade e risco social, 94,9% dos pesquisados afirmaram ofertar esse serviço à população.

O Centro de Referência Especializado da Assistência Social (Creas) é a modalidade de proteção social especial (média e alta complexidade) para atendimento de famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social. Na pesquisa ficou constatado que apenas 32,4% das cidades possuem esse equipamento à disposição da sociedade.

O Centro de Referência Especializado da Assistência Social para a População em Situação de Rua (Creas-Pop), que trabalha com o atendimento psicossocial, estava presente em apenas 1,8% dos Municípios à época.

Sobre os equipamentos da área da Saúde, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que realiza o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários de drogas, estava disponível em apenas 22,5% dos Municípios pesquisados. A falta de prestação desses serviços gera uma lacuna no atendimento aos usuários de drogas bem como de toda sua rede social.

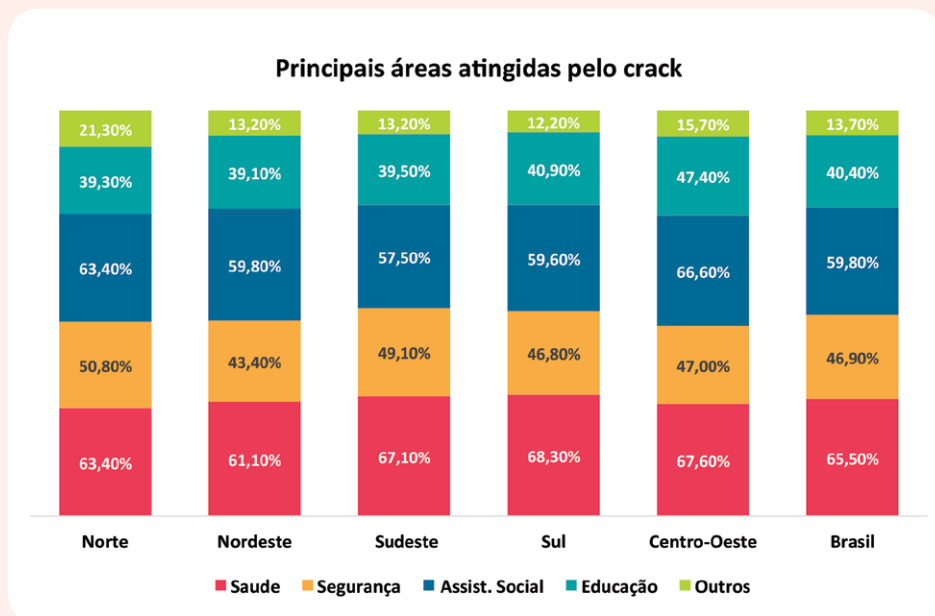
Com relação ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), estrutura estratégica para a prevenção e o acompanhamento de dependentes químicos, somente 25,5% dos entrevistados dispunham desse serviço.

Outro meio muito importante para o envolvimento da sociedade civil no processo de enfrentamento ao consumo e à circulação de drogas é o Conselho Tutelar, uma vez que seu papel é articular e fiscalizar a rede de atenção à criança e ao adolescente, envolvendo setores como o de educação, saúde, assistência social, família e o governo nesse processo.

A pesquisa informou que a maioria dos Municípios pesquisados, 98,6% (2.155), desenvolve esse trabalho.

Para finalizar, as situações geradas pelo consumo e circulação das drogas são as mais variadas e complexas. Diante do exposto pelos entrevistados foi possível perceber que algumas áreas da sociedade são mais afetadas, pois têm ligação direta com as políticas sociais que atendem a crianças e adolescentes, jovens e adultos. São elas:

**Figura 2: Dados sobre as áreas mais atingidas pelo crack nos Municípios brasileiros.**



Fonte: Confederação Nacional de Municípios.

## SAÚDE

As dificuldades relatadas pelos gestores eram referentes à falta de estrutura da rede de saúde para o tratamento clínico dos dependentes químicos e a dificuldade de ofertar ambulatorios especializados pela carência de recursos financeiros.

Os poucos profissionais que atendiam a essa demanda nos Municípios relataram a necessidade da criação de unidades de tratamento específicas para crianças e adolescentes separadas dos adultos. Outra informação comum foi a falta da política de redução de danos. Nesse estudo, a área da saúde chegou a um percentual de 65,5%.

## **ASSISTÊNCIA SOCIAL**

A área da assistência social foi uma das mais demandadas, com um total de 59,8%. As citações relatavam situações de vulnerabilidade social, como as situações de abandono familiar, profissional (perda do emprego devido ao vício), casos de prostituição e gravidez na adolescência. Houve relatos sobre a ausência de programas específicos para usuários de drogas e seu círculo familiar, bem como de recursos para implantação destes nos programas, além de carência de profissionais especializados e até mesmo de material informativo para ações de prevenção.

## **SEGURANÇA**

Em terceiro lugar apareceu a área da segurança, com 46,9%. Um número significativo de situações problemáticas decorrentes da existência das drogas nos Municípios ficou provado por meio dos relatos que citavam o tráfico e o consumo de drogas diretamente ligados a diversos tipos de violência (física, psicológica, patrimonial, entre outras).

Outro ponto descrito foi a falta de policiamento, o que acarreta no aumento de óbitos decorrentes do tráfico, bem como o aumento de furtos, roubos e vandalismo.

## **EDUCAÇÃO**

A área da educação aparece em quarto lugar, com 40,4%. Foram relatadas questões como o vandalismo nas escolas, a falta de treinamento para os professores, déficit de atenção ocasionado pelo consumo de drogas, alteração de comportamento (agressividade), baixo rendimento e evasão escolar.

## **PROBLEMAS COMUNS – OUTROS**

Alguns temas foram citados como problemas que os Municípios têm em comum. A necessidade real de articulação entre as áreas citadas acima, a falta de atividades e ações de reinserção social para os dependentes químicos e as verbas insuficientes para tratar a questão da drogadição no país.

As conclusões da pesquisa permitiram verificar que é indispensável estruturar uma rede multidisciplinar de atenção ao usuário de drogas, de modo que ela interligue os serviços de educação, saúde, assistência social, reinserção profissional e segurança.

Outra constatação é que a temática das drogas pare de ser tratada de forma paliativa e emergencial e comece a ser reconhecida como questão de saúde pública por parte do governo federal, de onde deveriam vir os incentivos financeiros e políticos para uma abordagem integral do problema, dando aos Municípios o suporte necessário para o enfrentamento da questão.

# PRINCIPAIS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS



## O Sistema Único de Saúde (SUS)

Instituído pela Constituição Federal de 1988, em seu art. 196, como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado” e regulado pela Lei 8.080/1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) é a denominação do sistema público de saúde no Brasil.

Dessa forma, toda a população brasileira tem direito à saúde universal e gratuita, financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme rege o artigo 195 da Constituição.

Fazem parte do Sistema Único de Saúde os centros e postos de saúde, os hospitais públicos, incluindo os universitários, os laboratórios e hemocentros (bancos de sangue), os serviços de Vigilância Ambiental, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, além de fundações e institutos de pesquisa acadêmica e científica, como o Instituto Vital Brazil e a Fiocruz.

São 3 os princípios doutrinários que conferem legitimidade ao SUS: ele é **universal** porque deve atender a todos, sem distinções, de acordo com suas

necessidades; e sem cobrar nada, sem levar em conta o poder aquisitivo ou se a pessoa contribui ou não com a Previdência Social.

Também é **integral**, pois a saúde da pessoa não pode ser dividida, mas sim tratada como um todo. Isso quer dizer que as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para a pessoa e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento, sempre respeitando a dignidade humana.

E, por fim, há garantia da **equidade**, pois deve oferecer os recursos de saúde de acordo com as necessidades de cada um.

Além dos princípios, deve-se considerar as diretrizes organizativas, que buscam garantir um melhor funcionamento do sistema, dentre as quais estão: o trabalho **descentralizado**, que é entendido como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e aos serviços de saúde entre vários níveis de governo. A **regionalização** e a **hierarquização**: a primeira diz que a população deve estar vinculada a uma rede de serviços organizados por região, e a segunda aponta que os serviços devem ser organizados por nível de complexidade crescente.



Prefeitura de Itaboraí/RJ

## O Sistema Único de Saúde e a saúde mental

A atenção em saúde mental é oferecida pelo SUS por meio de financiamento tripartite e de ações municipalizadas e organizadas por níveis de complexidade. Além de atender a pessoas com transtornos mentais, há o acolhimento de usuários de álcool, *crack* e outras drogas.

É importante ressaltar que até 2002 a saúde pública não desenvolvia ações sistemáticas relativas ao tratamento e à prevenção no campo de álcool e outras drogas, sendo essa uma lacuna relevante na agenda das políticas de saúde. Foi ainda nesse mesmo ano, depois de muitas discussões, que o Ministério da Saúde publicou diversas portarias que deram início a um modelo de tratamento para as pessoas que sofrem de transtorno mental e de dependência de álcool e outras drogas.

### A rede de atenção psicossocial

A Rede de Atenção Psicossocial (Raps) tem como objetivo ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promovendo a vinculação das pessoas em sofrimento decorrente do uso de *crack*, álcool e outras drogas, bem como de suas famílias, aos pontos de atenção e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio de acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências. Essa rede é formada por 7 componentes:

**Figura 3: Componentes da Rede de Atenção Psicossocial.**

<b>Atenção Básica em Saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Unidade Básica de Saúde</li><li>• Núcleo de Apoio à Saúde da Família</li><li>• Consultório na Rua</li><li>• Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório</li><li>• Centros de Convivência e Cultura</li></ul>
<b>Atenção Psicossocial Estratégica</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades</li></ul>
<b>Atenção de Urgência e Emergência</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• SAMU 192</li><li>• Sala de Estabilização</li><li>• UPA 24 Horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, Unidades Básicas de Saúde</li></ul>
<b>Atenção Residencial de Caráter Transitório</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Unidade de Acolhimento</li><li>• Serviço de Atenção em Regime Residencial</li></ul>
<b>Atenção Hospitalar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Enfermaria especializada em Hospital Geral</li><li>• Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i>, álcool e outras drogas</li></ul>

Fonte: Ministério da Saúde.

## **Atenção Básica em Saúde**

- *Unidade Básica de Saúde (UBS)*: realiza o acolhimento do usuário que busca o atendimento de saúde mental. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

- *Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf)*: não se constituem como serviços com unidades físicas independentes, mas sim coexistem com a Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, trabalhando com demandas específicas. Os profissionais realizam atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde e discussão do processo de trabalho das equipes, entre outras atividades.
- *Consultório na Rua*: são equipes de saúde móveis que prestam atenção integral à saúde da população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde, e trabalham junto aos usuários de álcool, crack e outras drogas com a estratégia de redução de danos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.
- *Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório*: oferece suporte clínico e apoio aos pontos de atenção. É composta por uma equipe multiprofissional que coordena o cuidado e presta serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede.
- *Centros de Convivência e Cultura*: são unidades públicas que oferecem à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

## ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se diferenciam de acordo com os tipos de demanda dos usuários atendidos, da capacidade de atendimento e do contingente populacional a ser coberto:

- *CAPS I:* são serviços para Municípios de pequeno porte, que devem dar cobertura para todos os indivíduos com transtornos mentais severos durante o dia (adultos, crianças, adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas). São indicados para Municípios com população acima de 15 mil habitantes.
- *CAPS II:* atendem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local. São indicados para Municípios com população acima de 70 mil habitantes.
- *CAPS III:* proporcionam serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental. São indicados para Municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes.
- *CAPS Ad II:* atendem adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente. O Serviço de saúde mental é aberto e de caráter comunitário. São indicados para Municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.
- *CAPS AD III:* atendem adultos, crianças e adolescentes com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos de acolhimento noturno, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. São indicados para Municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes.

- *CAPSi*: prestam serviços a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de *crack*, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário. É destinado a um território com população acima de 200 mil habitantes, mas serve de referência para um território com população de até cem mil habitantes.

## ATENÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Os pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências incluem o Samu 192, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, atenção à urgência/pronto-socorro e Unidades Básicas de Saúde. Estas são responsáveis, em seu âmbito de atuação, por acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas.

## ATENÇÃO RESIDENCIAL DE CARÁTER TRANSITÓRIO

- *Unidades de Acolhimento*: esse ponto de atenção é um serviço que funciona em período integral, nos sete dias da semana. Oferece acompanhamento terapêutico e protetivo, garantindo o direito de moradia, educação e convivência familiar/social com a possibilidade de acolhimento prolongado, que pode durar até 6 meses. As unidades poderão ser destinadas para adultos ou para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social e familiar, e encaminhadas pela equipe do Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de referência.
- *Serviço de Atenção em Regime Residencial*: incluem as Comunidades Terapêuticas, que são serviços de saúde destinados a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório, por até 9 meses.

Essa instituição funciona de forma articulada com a atenção básica, que apoia e reforça o cuidado clínico geral dos seus usuários e com o CAPS, que é responsável pela indicação do acolhimento, pelo acompanhamento especializado durante esse período, pelo planejamento da saída e pela articulação intersetorial para promover a reinserção do usuário na comunidade.

## **ATENÇÃO HOSPITALAR**

- Serviço Hospitalar de Referência: oferece retaguarda em hospital geral para os usuários de drogas com internações de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário. Funciona em regime integral, durante 24 horas, sete dias por semana. Possui como diretriz fundamental não se constituir como um ponto de atenção isolado, mas que funcione em rede com os outros pontos de atenção.

## Sistema Único de Assistência Social (Suas)

---

O Sistema Único de Assistência Social (Suas) é um sistema público que organiza, de forma descentralizada, os serviços socioassistenciais em nosso país. O Suas preconiza um modelo de gestão participativa, ou seja, tem como objetivo articular recursos, serviços e programas nos três níveis de governo para a execução e o financiamento da Política Nacional de Assistência Social (Pnas), incluindo estruturas e marcos regulatórios.

A assistência social está ligada diretamente à garantia de acesso a direitos e trata-se de uma política de proteção social, integrando o tripé da seguridade social ao lado da saúde e previdência social.

O Suas organiza as ações da assistência social em dois tipos de *proteção social*:

**Proteção social básica:** tem como principal objetivo desenvolver ações de prevenção a situações de risco social. Seu público prioritário é a população que vive em áreas urbanas ou rurais vulneráveis, que favorecem situação de pobreza, privação no acesso a direitos, fragilização de vínculos afetivos ou que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outras situações.

Os serviços, os programas, os projetos e os benefícios ofertados na proteção social básica devem estar articulados com as demais políticas públicas, tais como educação, saúde e cultura, uma vez que estas desempenham um papel fundamental na garantia de acesso a direitos básicos e são meios de superar as condições de vulnerabilidade e de as prevenir.

Deverão ainda se articular aos serviços da proteção especial, garantindo a efetivação dos encaminhamentos necessários para execução.

Os serviços de proteção social básica serão executados de forma direta nos Centros de Referência da Assistência Social (Cras) e em outras unidades básicas e públicas de assistência social, bem como de forma indireta nas entidades e nas organizações de assistência social da área de abrangência dos Cras.

## Centro de Referência de Assistência Social (Cras)

O Centro de Referência da Assistência Social (Cras) é uma unidade pública estatal de base territorial que deve estar localizada em áreas de vulnerabilidade e risco social, podendo referenciar um total de até mil famílias/ano.



### Serviços e Programas

- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif).
- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV).
- Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.
- Programa de inclusão produtiva e ações de enfrentamento à pobreza.
- Centro de convivência para a população idosa.
- Programas de incentivo ao protagonismo juvenil.

## Pisos de financiamento da Proteção Social Básica

Piso	Serviço
Básico fixo	(PBF) Paif
Variável (PBV)	Serviços de convivência e fortalecimento de vínculos (SCFV)
Variável (PBV)	Equipes volantes
Variável (PBV)	Manutenção das lanchas

**Proteção Social Especial:** os objetivos da proteção social especial são prover atenções socioassistenciais a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras.

**Proteção Social Especial de Média Complexidade:** os serviços socioassistenciais na modalidade de média complexidade são aqueles que oferecem atendimentos às famílias e aos indivíduos que já tiveram seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos; logo, atividades que contribuam com o reestabelecimento dos vínculos sociais dos usuários de drogas devem ser trabalhadas também na Proteção Social Especial.

### Serviços e programas

- Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (Paefi).
- Serviço Especializado em Abordagem Social.
- Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC).

- Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias.
- Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

### **Pisos de Financiamento da Proteção Social Especial de Média Complexidade**

<b>Piso</b>	<b>Serviço</b>
Fixo de Média Complexidade (PFMC)	Serviço de proteção e atendimento especializado a famílias e indivíduos (Paef I)
Fixo de Média Complexidade (PFMC)	Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida (LA) e de prestação de serviços à comunidade (PSC)
Fixo de Média Complexidade (PFMC)	Serviço especializado para pessoas em situação de rua
Fixo de Média Complexidade (PFMC)	Serviço especializado em abordagem social
Fixo de Média Complexidade (PFMC)	Serviço de proteção social especial em centro de referência para pessoas com deficiência e em situação de dependência e suas famílias
Transição de Média Complexidade	Serviço de proteção social especial para pessoas com deficiência, idosos e suas famílias
Variável de média complexidade	Serviço socioeducativo/Programa de Erradicação de Trabalho Infantil

**Proteção Social Especial de Alta Complexidade:** na alta complexidade, o atendimento se volta para usuários que se encontram sem referência e/ou situação de ameaça e que precisam ser retirados de seu ambiente familiar ou comunitário.

## Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas)

Trata-se, também, de uma unidade pública e estatal, que tem como objetivo ofertar serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos (violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto etc.).



### SERVIÇOS E PROGRAMAS

- Serviço de acolhimento institucional, nas seguintes modalidades: Abrigo Institucional; Casa-Lar; Casa de Passagem; Residência Inclusiva.
- Serviço de acolhimento em república.
- Serviço de acolhimento em família acolhedora.
- Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências.

## Pisos de Financiamento da Proteção Social Especial de Alta Complexidade:

Piso	Serviço
Piso fixo de alta complexidade (PAC I)	Serviço de acolhimento institucional para crianças e adolescentes
Piso fixo de alta complexidade (PAC I)	Serviço de acolhimento ao público geral
Piso fixo de alta complexidade (PAC II)	Serviço de acolhimento institucional para pessoas em situação de rua
Piso fixo de alta complexidade (PAC II)	Serviço de acolhimento institucional para jovens e adultos com deficiência e em situação de dependência
Piso variável de alta complexidade (PVAC)	Serviço de proteção social especial em situações de calamidades públicas e emergências
Programas	Serviço/Público
Programa Nacional de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho (AcesSuas)	Pessoas economicamente ativas que necessitem de mediação do acesso ao mundo do trabalho
Capacitação dos Trabalhadores do Suas (CapacitaSuas)	Trabalhadores do Suas
Gestão	Público
Índice de Gestão Descentralizada do Suas (IGD-Suas)	Estados e Municípios
Índice de Gestão Descentralizada do Programa Bolsa-Família (IGD-PBF)	Estados e Municípios

O Suas engloba também a oferta de Benefícios Assistenciais concedidos a públicos específicos de forma articulada aos serviços, contribuindo para a superação de situações de vulnerabilidade. Também gerencia a vinculação de entidades e organizações de assistência social ao Sistema, mantendo atualizado o Cadastro Nacional de Entidades e Organizações de Assistência Social e concedendo certificação a entidades beneficentes, quando é o caso.

# O PROJETO



O projeto Integração Local para Reinserção Social do Usuário de Drogas tem todos os seus objetivos e atividades pautados no fortalecimento da participação social, no desenvolvimento das capacidades locais e na autonomia municipal. Trata-se de uma metodologia focada na gestão participativa em que, por meio da junção das forças dessas duas frentes de trabalho, sociedade civil e governo, busca-se a reinserção social dos usuários de drogas, modificando as relações sociais existentes entre eles.

## MUNICÍPIOS PARTICIPANTES DO PROJETO

- Baraúna
- Barra de Santa Rosa
- Cubati
- Cuité
- Damião
- Frei Martinho
- Nova Floresta
- Nova Palmeira
- Pedra Lavrada
- Picuí
- São Vicente do Seridó
- Sossego
- Olivedos

## **OBJETIVOS DO PROJETO**

O projeto tem como principal objetivo a geração de oportunidades de re-inserção social dos usuários de drogas na 4ª Região Geoadministrativa da Paraíba, apoiando ações que facilitem um diálogo estruturado entre as autoridades locais e a sociedade civil, contribuindo também para a prevenção ao uso de drogas.

## **OBJETIVO ESPECÍFICO**

O objetivo específico do projeto é fomentar a integração das redes de assistência social, saúde e apoio na região para reinserção social do usuário de drogas.

## **Resultados esperados**

- Rede local de atenção aos dependentes químicos, mapeada e integrada.
- Parceiros locais identificados e envolvidos no processo.
- Governos locais e sociedade civil articulados para oferta de serviços aos dependentes químicos.
- Governos e parceiros locais, integrados em rede, atuando na reinserção social.

## **Plano de comunicação**

Esse projeto possui uma série de atividades de comunicação voltadas à divulgação externa de sua metodologia, multiplicação de conhecimentos e uma melhor interação entre os participantes diretos e indiretos do projeto. Haverá produção de conteúdo e ferramentas específicas para diferentes mídias e diferentes públicos.

A utilização do Plano de Comunicação busca divulgar de forma ampla os objetivos das atividades e os resultados do projeto não só entre os participantes mas também entre profissionais de comunicação e público externo interessado na temática desenvolvida. É muito importante alcançar os gestores municipais

de todo o país e conscientizá-los sobre a importância da integração das políticas públicas de atenção ao dependente químico para uma reinserção social e econômica deles.

Principais elementos que compõem o Plano de Comunicação desse projeto:

### **IDENTIDADE VISUAL**

O objetivo é dar unidade à comunicação e fortalecer a sua imagem. A identidade visual será utilizada em diferentes tipos de peças gráficas e digitais produzidas pela equipe do projeto. A logomarca criada procura espelhar seus objetivos de forma clara.

### **WEBSITE DO PROJETO**

Trata-se de uma plataforma digital onde estarão disponíveis diferentes ações e conteúdos do projeto, de forma a propiciar um ambiente de divulgação de atividades, oferecimento de materiais de apoio e interação entre os participantes e demais interessados na temática de trabalho.

Ressalta-se que essa plataforma será alocada dentro do portal do Observatório do Crack, *website* já consolidado nacionalmente com temática colaborativa ao projeto.

Nesse espaço poderão ser encontradas notícias sobre o andamento dos trabalhos e sobre temas relacionados, além de materiais de orientação e espaços de interação com as redes sociais.

Endereço: [www.cnm.org.br/crack](http://www.cnm.org.br/crack).

### **REDAÇÃO E DIVULGAÇÃO DE MATÉRIAS**

A produção de conteúdo jornalístico para o *website* e para a mídia em geral terá o objetivo de documentar e repercutir as atividades do projeto. As matérias irão retratar todas as atividades, como oficinas, seminários e intervenções, entre outras iniciativas e fatos que sejam úteis ao objetivo do projeto. Também serão produzidas matérias direcionadas aos jornais e rádios dos Municípios participantes, para inclusão em seus *websites*, bem como dos demais parceiros municí-

pais. Serão também publicadas notas no Boletim mensal da CNM, que possui alcance nacional.

### **CRIAÇÃO DO PERFIL DO PROJETO EM REDES SOCIAIS**

Criação, alimentação e administração de perfil do projeto no Facebook e demais redes sociais que a equipe julgar ser necessário, com a finalidade de dar amplitude e repercussão das ações do projeto, atrair a atenção e o interesse de mais pessoas sobre o tema e oferecer mais canais de comunicação com a sociedade. Pelas redes sociais, haverá a divulgação de notícias do projeto, novas pesquisas, lançamentos de livros na área e de iniciativas de outros municípios. Será, também, mais um espaço de interação entre os participantes do projeto, que poderão deixar depoimentos e comentários.

### **BANCO DE IMAGENS DO PROJETO**

No decorrer dos três anos de projeto será elaborado um arquivo de registros fotográficos das ações realizadas durante a execução do projeto, com o objetivo de gerar um histórico de imagens de atividades e resultados conquistados nos Municípios. As imagens estarão disponíveis no *website* do projeto.

### **VÍDEO DO PROJETO**

No último semestre do projeto será produzido um vídeo relatando todo o conteúdo desenvolvido durante sua execução, de forma a apresentar suas etapas e seus resultados. Esse vídeo trará depoimentos e relatos dos participantes do projeto nos Municípios parceiros, imagens das regiões onde a ação foi desenvolvida e conteúdo sobre as iniciativas tomadas durante o projeto.

### ***NEWSLETTER***

Mensalmente será enviada aos participantes do projeto uma *newsletter* produzida pela equipe de comunicação com o objetivo de reforçar as principais informações e os conteúdos relacionados ao projeto.

## ATIVIDADES DO PROJETO

### 1. Formalizar acordo com os Municípios

A Confederação Nacional de Municípios (CNM) e a Prefeitura Municipal de Picuí (PB) articularam previamente um termo de interesse de participação neste projeto, juntamente com os 12 (doze) Municípios integrantes da 4ª Região Geoadministrativa do Estado da Paraíba mais Olivedos (PB).

Foi realizada uma reunião com os prefeitos dos Municípios participantes para alinhar política e metodologicamente os objetivos do projeto, incluindo suas expectativas e necessidades, e para que esses sensibilizem e garantam a participação dos grupos-alvo na ação. O apoio dos líderes políticos é essencial para viabilizar o pleno desenvolvimento das atividades.

Encaminhamentos dessa reunião: contratação do agente local (técnico do projeto na região) pela CNM para acompanhar e dar suporte para o desenvolvimento das ações do projeto, articulando demandas com os grupos-alvo.

Foram assinados os Termos de Adesão ao projeto, pelo qual as prefeituras expressaram seu compromisso e interesse em executar as ações previstas no projeto, incluindo: a indicação de um **Técnico Municipal** para articulação entre CNM e os Municípios participantes; destinar estrutura física para a realização das atividades propostas; destinar estrutura física para gestão administrativa do projeto; e custear parte das despesas, tais como transporte, hospedagem e alimentação dos participantes das atividades realizadas. Neste termo, estarão descritos os objetivos e as ações do projeto, assim como as responsabilidades das partes envolvidas.

Após essa formalização, será construído um **Grupo de Trabalho Local** (GTL) em cada município, formado por: 1 integrante da assistência social, 1 da saúde, 1 da educação e 2 da sociedade civil.

A participação de mulheres nos grupos será garantida por meio de cotas, de acordo com a realidade local. Esses grupos, com apoio da CNM, terão como

função: estabelecer a metodologia e o formato dos materiais pedagógicos, das oficinas e dos seminários; desenvolver e implementar um plano de comunicação local e regional; contribuir para o registro fotográfico das ações desenvolvidas; e articular os parceiros locais para a viabilização de ações de reinserção socioeconômica dos usuários.

## **2. Elaborar linha de base, guia metodológico do projeto e plano de comunicação**

Está prevista uma segunda visita da equipe do projeto, com o objetivo de sensibilizar os técnicos municipais e o GTL para a construção da linha de base, guias metodológicos e plano de comunicação, de forma participativa.

Ao se iniciar um projeto é necessário elaborar um diagnóstico dos cenários de atuação do projeto. Para isso, temos a **linha de base**, necessária para a instituição do marco inicial da ação, que será elaborada no início das intervenções e servirá como base para comparação dos dados de monitoramento e avaliação (M&A), sendo definida por meio de fotos, entrevistas, levantamento de materiais e dados locais em fontes primárias (rede local) e secundárias (Observatório do Crack, entre outras bases de dados).

O levantamento das informações sobre a rede de atenção aos usuários de drogas existente na região é fundamental para o desenvolvimento das ações do projeto, pois apresentará aos GTLs uma visão real dos municípios, tornando o processo de execução e avaliação do projeto mais seguro e consistente.

O **Guia Metodológico** tem como objetivo orientar os grupos-alvo e parceiros locais envolvidos no projeto. Também será considerado espaço para o registro pessoal, como forma de garantir a construção da memória do projeto, a partir da perspectiva de cada participante, um **Diário do Projeto**.

Esse guia será distribuído a todos os participantes diretos e indiretos do projeto, no seminário de apresentação e pactuação metodológica, a fim de orientar a todos sobre as especificidades de cada ação e seus papéis estratégicos. Essa

publicação será o caderno introdutório de um *kit* de publicações, que conterà material pedagógico sobre os seguintes temas: *crack* e outras drogas; saúde; assistência social; rede de apoio; prevenção; participação social; ações de reinserção social; monitoramento e avaliação de ações municipais.

O **Plano de Comunicação** segue a mesma perspectiva dos demais instrumentos, sendo construído de forma participativa junto ao GTL, com o intuito de direcionar as estratégias de diálogo entre as autoridades locais, a sociedade civil e o setor privado (parceiros). O intuito é trabalhar a perspectiva de modo participativo e horizontalizar a comunicação. Será adotado ainda como um elemento central a promoção da visibilidade do projeto e do apoio da União Europeia para esta ação.

### **3. Realizar seminário de apresentação do projeto e pactuação metodológica**

A CNM realizará um seminário de apresentação e pactuação da proposta metodológica no Município de Picuí (PB), e tem como principais objetivos:

- Apresentação geral do projeto, que inclui as propostas político-metodológicas e os planos de ação e comunicação, debatidos nas duas visitas anteriores.
- Esclarecimento de dúvidas para o alinhamento e a pactuação coletiva final.
- Abordagem sobre o material pedagógico a ser entregue no decorrer do projeto;
- Metodologia a ser adotada na ação do seminário participativo com proposta biopsicossocial;
- Metodologia participativa prevista para a realização das oficinas de validação das redes de assistência social, educação, saúde e fomento ao trabalho em rede;
- Definição do local do próximo seminário.

- Propõe-se ainda a coleta de informações sobre ações desenvolvidas pelos Municípios que abordam o tema da dependência química e uma identificação prévia dos possíveis parceiros locais (comerciantes, lideranças comunitárias, ONGs, associações de bairro, conselhos de classe), para que esses possam compor e fortalecer a ação do Seminário participativo.

Esse seminário também será um espaço de consolidação do GTL

**Grupo de Trabalho Local composto por 1 (um) técnico da área de saúde, 1 (um) da assistência social, 1 (um) da educação e 2 (dois) representantes da sociedade civil de cada Município participante.**

**Lembramos que um desses 3 (três) integrantes do governo pode ser indicado a ser também o Técnico Municipal.**

#### **4. Realizar seminário com perspectiva biopsicossocial da dependência química**

Será realizado um seminário de um dia em um dos 13 Municípios do projeto, e contará com a participação de um grupo ampliado de participantes, dentre eles: gestores municipais, sociedade civil e setor privado. Especialistas da área de saúde e da assistência social ministrarão a palestra, que incluirá o recorte de gênero e também abordará fatores sociais, psicológicos e biológicos na temática do uso e abuso de drogas. A inscrição será gratuita e realizada por meio do *website*. No momento do credenciamento será entregue a cartilha informativa elaborada pela CNM, a qual contribuirá para o incremento da aprendizagem, apresentando aspectos conceituais do tema.

Esse formato pode contribuir para uma nova proposta de atuação dos grupos-alvo, permitindo que o trabalho acompanhe um fluxo conceitual de planejamento e atendimento das demandas, de forma que cada Município possa desenvolver suas ações de acordo com a pauta trazida pela sociedade. Esse seminário será um espaço técnico e de participação social, para a identificação das necessidades da sociedade.

## **5. Identificar as redes de assistência social, saúde, educação e apoio nos Municípios participantes e possíveis parceiros**

A equipe do projeto irá acessar informações contidas em bases de dados secundárias, como:

- Censo do Sistema Único de Assistência Social (Suas);
- Cadastro Nacional de Entidades de Assistência Social (Cneas);
- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes);
- Observatório do Crack.

Tais informações possibilitarão o desenvolvimento de um **mapa das redes** existentes em cada Município participante, que deverá ser validado pelos agentes locais em oficina a ser realizada posteriormente. Esse mapa será construído pelo técnico municipal com apoio da equipe do projeto. Possíveis parceiros também serão identificados nessa etapa. Esses dados serão consolidados em planilhas, com vistas a contribuir para a elaboração de um desenho personalizado da rede de atenção ao dependente químico.

## **6. Realizar duas oficinas para validação do mapeamento das redes de assistência social, saúde, educação e fomento ao trabalho em rede**

Essa ação tem como objetivo validar o mapa apresentado pela ação de identificação das redes.

A **primeira oficina** contará com a participação dos técnicos municipais e dos membros do Grupo de Trabalho Local (GTL), composto por 1 (um) técnico da área de saúde, 1 (um) da assistência social, 1 (um) da educação e 2 (dois) representantes da sociedade civil de cada Município participante. A participação de mulheres nos grupos será garantida por meio de cotas, de acordo com a realidade local. A oficina terá a duração de 1 (um) dia, contando com cerca de 80 (oitenta) participantes.

Durante essa oficina será validado o mapa apresentado pela ação de identificação das redes de assistência social, saúde, educação, apoio e possíveis parceiros locais, a fim de complementar, corrigir e atualizar as informações levantadas. Também serão levantados os aspectos positivos e negativos da rede e de suas ações. A participação da sociedade civil é um elemento-chave, sendo que ela é a maior usuária das políticas públicas. Dessa forma, a oficina conjuga as perspectivas de quem oferece e de quem utiliza os serviços.

Esse **mapa das redes** municipais ganhará visibilidade gráfica, por meio de metodologia de “cartografias estratégicas”, utilizada no Projeto de Fortalecimento de Capacidades para o Desenvolvimento Humano Local, uma parceria da CNM e o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Tal método consiste em mapas temáticos acompanhados de quadro de legendas explicativas e relato-síntese complementar sobre as condições gerais da estrutura da rede de atenção ao dependente químico. Podem conter fotografias, textos, gráficos e demais materiais que os grupos de trabalho julgarem pertinentes e satisfatórios.

A **segunda oficina** tem um caráter mais propositivo, pois visa fomentar o trabalho em rede. Nessa ação, participarão novamente os técnicos municipais, os membros dos GTLs, além da equipe do projeto. Terá a duração de 1 (um) dia e contará com cerca de 140 participantes.

O objetivo dessa oficina é analisar e avaliar as ações em desenvolvimento no Município, protagonizadas pela rede, bem como propor melhorias, mudanças ou adequações nos mecanismos de gestão e oferta de serviços, de acordo com o que foi pautado na oficina 1.

Os grupos serão orientados a trabalhar conjuntamente em uma proposta de pacto municipal, apresentando sugestões de estratégias de gestão e aprimoramento de políticas de enfrentamento ao consumo e circulação de drogas. **Eles se comprometerão a incorporá-las aos instrumentos de planejamento da assistência social, educação e saúde, como forma de garantir que as ações serão desenvolvidas em uma perspectiva de integração e continuidade.** Ao final dessa oficina, os resultados e a construção coletiva serão apresentados para validação e para o desenvolvimento das próximas ações do projeto.

## **7. Sensibilizar os atores locais dos Municípios para a reinserção social de usuários de drogas**

A primeira etapa dessa ação é sensibilizar todos os envolvidos no projeto, direta ou indiretamente, através da ressignificação de seu trabalho diário, onde será feita uma visita para a realização de uma reunião entre os coordenadores do projeto, o grupo de prefeitos, o agente local, os técnicos municipais e o GTL, em um local a ser indicado posteriormente. A partir daí, os profissionais envolvidos na temática estarão mobilizados para sensibilizar os possíveis parceiros locais e envolvê-los nas ações de reinserção social.

Para o início do processo de sensibilização será entregue uma cartilha com experiências de sucesso protagonizada por gestores municipais.

Outra atividade prevista dentro dessa ação é uma visita à rede municipal para observar a estrutura e as atividades desenvolvidas. O objetivo é trabalhar com os técnicos na construção de boas experiências locais que futuramente servirão como informações a serem disponibilizadas no *website*.

**A participação do parceiro local no projeto é a peça-chave para o processo de reinserção social, pois viabiliza a construção de uma matriz de contribuições, tais como: acesso à educação, capacitação profissional e vagas de estágio ou emprego.**

Ressalta-se que esse processo será organizado e acompanhado pelo GTL, técnico municipal e agente local.

## **8. Realizar capacitação sobre monitoramento e avaliação**

A capacitação sobre monitoramento e avaliação (M&A) será realizada em conjunto com os próprios processos de M&A e por meio de **cinco oficinas** com o GTL. Dessa forma, tem-se o objetivo de criar uma rede de técnicos locais capazes de monitorar as ações do projeto e avaliar os processos participativos locais.

Tais capacitações visam fortalecer a construção da rede e o monitoramento das parcerias para a reinserção social. Por fim, em conjunto com a oficina de atualização do mapeamento (ano 3), será realizada a última oficina de M&A para a avaliação dos resultados do projeto.

Além disso, no *kit* metodológico a ser elaborado e distribuído pelo projeto, será incluído um caderno específico sobre o assunto.

## **9. Estabelecer parcerias para promover a reinserção social**

O GTL e a CNM irão fomentar a cooperação entre os parceiros locais com o intuito de acordar o papel e as responsabilidades de cada participante no processo de viabilização das ações de reinserção social, os quais estarão descritos em uma matriz de contribuições. Esta apresentará assim as possibilidades de incentivo, sejam elas econômicas ou sociais, previamente debatidas no desenvolvimento da ação de sensibilização dos atores locais dos Municípios para a reinserção social de usuários de drogas.

As ações sociais encabeçadas pelos Municípios – como passeatas, feiras e demais ações do gênero – podem conter a divulgação da marca dos parceiros locais como forma de incentivo e valorização de sua proatividade, bem como o fomento de uma relação mais colaborativa entre a comunidade. É importante salientar

que todas as ações serão acompanhadas pelo GTL, de modo a contribuir no fortalecimento, na organização e na consolidação do processo de reinserção social.

## **10. Apoiar ações de reinserção social**

A equipe do projeto fará visitas trimestrais aos Municípios como forma de acompanhar as ações do projeto e a operacionalização das parcerias. O apoio técnico incluirá: o esclarecimento de dúvidas acerca das ações de reinserção social e sobre a temática da drogadição e toxicodependência; a proposição de melhorias das atividades; e outras ações, como palestras motivacionais com dinâmicas participativas. Essas ações podem vir a ampliar as possibilidades e alternativas de proteção e promoção social para os dependentes químicos e a comunidade em geral.

Um sistema de monitoramento simples será implementado de forma a acompanhar o *status* das ações de reinserção social propostas.

Para além da viabilização de oportunidades de estudo e capacitação profissional, a equipe do projeto irá fomentar, junto às equipes municipais, ações como: palestras em escolas com depoimento de usuários em tratamento, como forma de fortalecer a prevenção ao uso de drogas; reuniões de bairro; trabalhos em grupo dentro dos Cras, Creas, postos de saúde e demais espaços de convivência e participação social.

Cada ação de reinserção social bem-sucedida será divulgada no *website* do projeto, conforme plano de comunicação.

## **11. Atualizar e avaliar o mapeamento da rede**

O objetivo dessa ação é atualizar o mapeamento das redes de assistência social, saúde, educação e apoio nos Municípios parceiros, o qual foi elaborado no primeiro ano da ação. Para tanto, será primeiramente realizada uma repactuação com os governos locais, devido às eleições municipais. No início de 2017 (ano 3 do projeto), a CNM buscará o apoio dos gestores recém-elei-

tos, reforçando como os resultados alcançados e iniciativas implementadas podem contribuir para a nova gestão.

Será realizada uma visita à região para formalizar essa repactuação e garantir o apoio dos gestores, com o intuito de finalizar as atividades do projeto.

Em visita subsequente da CNM à região, será promovida uma oficina de 1 (um) dia, com a participação do GTL e de técnicos municipais. A mesma metodologia participativa aplicada nas oficinas de elaboração do mapeamento será utilizada para a sua atualização.

## **12. Disseminar os resultados do projeto**

Uma publicação final será elaborada e apresentará a metodologia aplicada, as experiências desenvolvidas e os principais resultados alcançados.

Serão distribuídos exemplares desse livro nos Municípios participantes do projeto. Pelo menos um exemplar será enviado para cada Município brasileiro, que são ao todo 5.568. Além disso, essa publicação também será distribuída durante os eventos da CNM.

Um Seminário Final será promovido para a apresentação das experiências do projeto e discussão de boas práticas. Este será organizado preferencialmente em Brasília, em paralelo à *Marcha à Brasília em Defesa dos Municípios*.

# CRONOGRAMA



## Cronograma

2015													
Atividade	Semestre 1						Semestre 2						Organismo de Execução
	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	
Formar equipe do projeto.													
Preparar e formalizar o acordo com os Municípios.													CNM
Revisar material de introdução ao tema drogas.													CNM
Elaborar linha de base.													CNM
Visitar Municípios para capacitação em monitoramento e avaliação.													CNM
Elaborar plano de comunicação.													CNM, GTLs e Técnicos Municipais
Executar plano de comunicação.													CNM, GTLs e Técnicos Municipais
Elaborar guia metodológico.													CNM



ANO 2 / 2016													
Atividade	Semestre 1					Semestre 2					Organismo de Execução		
	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N		D	J
Preparar cartilha de boas experiências.													CNM
Visitar Municípios para sensibilizar os atores locais para a reinserção social de usuários de drogas.													CNM
Visitar Municípios para capacitação em monitoramento e avaliação.													CNM
Elaborar matriz de contribuição para a promoção de parcerias para reinserção social.													CNM e GTLs
Realizar parcerias.													CNM e GTLs
Elaborar as cartilhas para orientar as ações de reinserção social.													CNM
Visitar Municípios para apoiar as ações de reinserção social.													CNM e GTLs
Visitar Municípios para capacitação em monitoramento e avaliação.													CNM
Apoiar as ações de reinserção social.													CNM e GTLs
Elaborar relatório interno de andamento do projeto.													CNM
Executar plano de comunicação.													CNM e GTLs

ANO 3 / 2017													
Atividade	Semestre 1					Semestre 2						Organismo de Execução	
	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		J
Visitar Municípios para repactuação.													CNM
Visitar Municípios para capacitação em monitoramento e avaliação.													CNM
Preparar cartilha de resultados.													CNM
Realizar oficina de atualização e avaliação do mapeamento da rede.													CNM
Preparar seminário de apresentação dos resultados do projeto.													CNM
Realizar seminário de apresentação dos resultados do projeto.													CNM
Preparar seminários regionais de apresentação dos resultados do projeto.													CNM
Promover seminários regionais de apresentação dos resultados do projeto.													CNM
Elaborar relatório final do projeto.													CNM

# EQUIPE



Este projeto é composto por uma equipe de gestão localizada na sede da CNM em Brasília e por um agente local que atua na região do projeto. Além disso, conta com consultorias externas, contratadas especialmente para execução de atividades-chave do projeto, tais como elaboração da linha de base, realização das oficinas de capacitação em monitoramento e avaliação e atividades do Plano de Comunicação.

## **Coordenação:**

Coordenação Geral e Técnica do projeto localizada em Brasília/DF (CNM).

## **Assistentes do Projeto:**

Principal ponto de apoio, responsável pela articulação administrativa e operacional do projeto junto aos municípios, localizada em Brasília/DF (CNM).

### **Assessoria de Comunicação:**

Composta por um jornalista e um *webdesigner*, responsáveis pela criação da identidade visual e pelos instrumentos de comunicação do projeto.

### **Técnicos Municipais e Grupos de Trabalho Local:**

Pontos de apoio e interlocutores do projeto dentro de cada Município, responsáveis por desenvolver as atividades do projeto com a coordenação.

### **Agente Local:**

Um auxiliar técnico atuando na região em que o projeto se desenvolve, sendo responsável por fomentar o elo entre a coordenação do projeto e os grupos de trabalho local, responsável também pela organização das atividades do projeto nos Municípios participantes.

# BIBLIOGRAFIA DE APOIO



## Filmes sobre o tema:

- A corrente do bem, 2000. Direção: Mini Leder.
- Bicho de sete cabeças, 2000. Direção: Laís Bodanzky.
- Despedida em Las Vegas, 1996. Direção: Mike Figgis.
- Diário de um adolescente, 1995. Direção: Scott Kalvert.
- Eu, Christiane F. – 13 anos, drogada e prostituída. Direção: Uli Edel.
- É proibido fumar, 2009. Direção: Anna Muylaert.
- Ironweed, 1987. Direção: Hector Babenco.
- Kids, 1995. Direção: Larry Clark.
- La Luna, 1979. Direção: Bernardo Bertolucci.
- Maria Cheia de Graça, 2004. Direção: Joshua Marston.
- Meu nome não é Johnny, 2008. Direção: Mauro Lima.
- Notícias de uma guerra particular, 1999. Direção: João Moreira Salles e Kátia Lund.
- O informante, 1999. Direção: Michael Mann.
- Por volta da meia-noite, 1986. Direção: Bertrand Tavernier.
- Ray, 2004. Direção: Taylor Hackford.
- Réquiem para um sonho, 2000. Direção: Darren Aronofsky.
- Todos os corações do mundo, 1995. Direção: Murillo Salles.
- Trainspotting, 1996. Direção: Danny Boyle.
- Treze – Inocência Perdida, 2003. Direção: Catherine Hardwicke.
- 28 Dias, 2000. Direção: Betty Thomas.

## Livros sobre o tema:

- Anjos caídos – Como prevenir e eliminar as drogas na vida do adolescente. Içami Tiba. São Paulo: Gente, 1999.
- Cuidando da pessoa com problemas relacionados com álcool e outras drogas – Coleção Guia para a família. v.1. Selma de Lourdes Bordin; Marine Meyer; Sérgio Nicastri; Ellen Burd Nisenbaum; Marcelo Ribeiro. São Paulo: Atheneu, 2004.
- Depois daquela viagem: diário de bordo de uma jovem que aprendeu a viver com Aids. Valéria Piassa Polizzi. São Paulo. Ática, 2003.
- Desafio da convivência – pais e filhos. Lídia Rosenberg Aratangy. São Paulo: Gente, 1998.
- Doces venenos – conversas e desconversas sobre drogas. Lídia Rosenberg Aratangy. São Paulo: Olho D'Água, 1991.
- Drogas, prevenção e tratamento: o que você queria saber sobre drogas e não tinha a quem perguntar. Daniela Maluf e cols. São Paulo: Cia. Editora, 2002.
- Drogas – mitos e verdades. Beatriz Carlini Cotrim. São Paulo: Ática, 1998.
- Esmeralda – por que não dancei. Esmeralda do Carmo Ortiz. São Paulo: Editora Senac, 2001.
- Liberdade é poder decidir. Maria de Lurdes Zemel e Maria Elisa De Lamboy. São Paulo, FTD, 2000.
- Pais e Filhos – companheiros de viagem. Roberto Shinyashiki. São Paulo: Gente, 1992.
- Satisfaçam minha curiosidade – as drogas. Susana Leote. São Paulo: Impala Editores, 2003.
- Tabebuias: ou Histórias reais daqueles que se livraram das drogas na Fazenda da Esperança. Christiane Suplicy Teixeira. São Paulo. Cidade Nova. 2001.

## Onde buscar ajuda

- Amor Exigente: programa de proteção social, que visa à prevenção e à qualidade de vida, através de grupos de apoio. [www.amorexigente.org.br](http://www.amorexigente.org.br)
- Al-Anon: grupos para familiares e amigos de alcoólicos.  
[www.al-anon.org.br](http://www.al-anon.org.br)
- Alcoólicos Anônimos (AA): grupos para pessoas com uso problemático de álcool.  
[www.alcoolicosanonimos.org.br](http://www.alcoolicosanonimos.org.br)
- Al-Ateen: grupos para adolescentes e jovens afetados pelo alcoolismo de algum familiar.  
[www.al-anon.org.br](http://www.al-anon.org.br)
- Narcóticos Anônimos (NA): grupos para pessoas com uso problemático de drogas.  
[www.na.org.br](http://www.na.org.br)
- Grupos Familiares – Nar-Anon: grupos para familiares e amigos de usuários de drogas.  
[www.na.org.br](http://www.na.org.br)

# BIBLIOGRAFIA



ANDRADE, A. G.; DUARTE, P.C.A.V.; OLIVEIRA, L.G. *I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras*. 2010. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, OBID; GREA/IPQ-HCFMUSP, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas* – Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Decreto Federal 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial Eletrônico*, Brasília (DF), p. 1, 29 jun. 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 27 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial Eletrônico*, Brasília (DF), p. 2, 09 abr. 2001. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em: 29 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Desenvolvimento Social: *Assistência Social na Gestão Municipal*. Brasília: CNM, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF), n. 247, s. 1, p. 230-232, 26 dez. 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br>>. Acesso em: 29 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental. In: *Cadernos de Atenção Básica*, n. 34. 1. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://neca.org.br/associados/caderno\\_34.pdf](http://neca.org.br/associados/caderno_34.pdf)>. Acesso em: 16 abr. 2014.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Manual de Orientação para Atenção ao Crack.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Estratégia Saúde da Família*. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php)>. Acesso em: 14 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Consultório na Rua*. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_consultorio\\_ua.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ua.php)>. Acesso em: 14 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Núcleos de Apoio à Saúde da Família*. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_nasf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php)>. Acesso em: 15 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Academia da Saúde*. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_academia\\_saude.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_academia_saude.php)>. Acesso em: 15 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional da Atenção Básica*. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Caderno da Atenção Básica – Saúde mental*. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)>. Acesso em: 16 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria 2391/GM, de 26 de dezembro de 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990-2004*. 5. ed. ampl. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004.

CARLINI, E. A.; NOTO, A. R.; SANCHEZ, Z. M. *VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes de ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras-2010*. São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2003.

CNM – Confederação Nacional de Municípios. 2014. *Guia Metodológico*. Documento de Trabalho Preliminar – Projeto Municípios Seguros e Livres de Violência Contra as Mulheres/Confederação Nacional de Municípios (CNM). Brasília: CNM, 2014.

INPAD – Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Drogas. *Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Lenad)*. Disponível em: <<http://inpad.org.br/lenad/resultados/cocaina-e-crack/>>. Acesso em 17 jul. 2015.

ONU – Organização das Nações Unidas. *Relatório Anual Sobre Drogas*. ONU: 2009, 2010.

RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R. (Org.). *O tratamento do usuário de crack*. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. *Manual de farmacologia psiquiátrica*. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2002.

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006.







# REINSERIR

**PROJETO DE INTEGRAÇÃO LOCAL  
PARA REINSCRIÇÃO SOCIAL DO USUÁRIO DE DROGAS**



Projeto financiado pela  
União Europeia



Projeto executado  
pela CNM