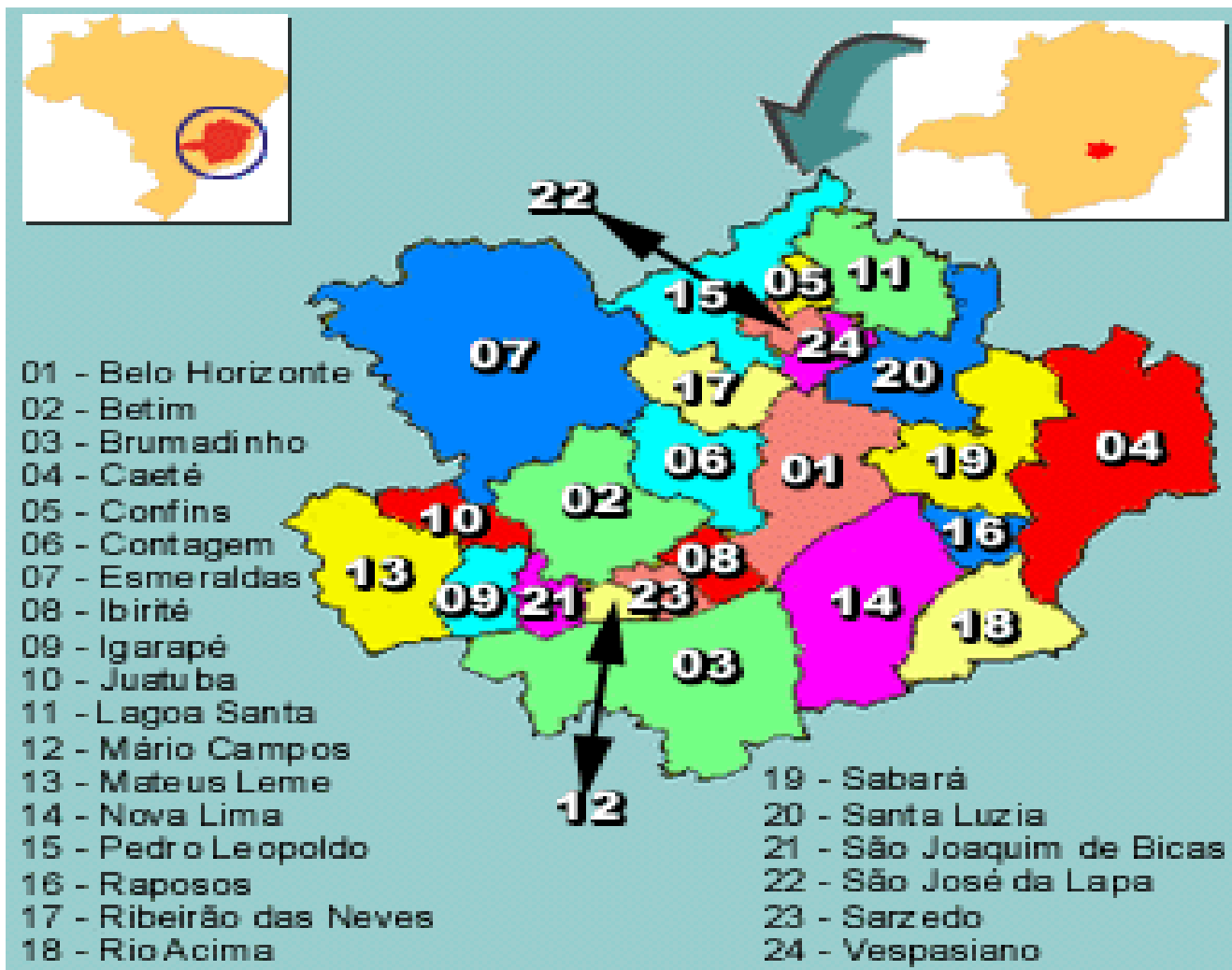


POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

•Raquel Martins Pinheiro

- Terapeuta Ocupacional**
- Especialista em Saúde Mental / ESP**
- Especialista em Drogodependências / Univ. Complutense de Madrid**
- Colaboradora da área de Álcool e Drogas da Coordenadoria Estadual de Saúde Mental / SES**
- Gerente Assistencial Centro Mineiro de Toxicomania / FHEMIG**
- Professora Assistente da Faculdade de Ciências Médicas de MG.**

RMBH



RMBH

- A **Região Metropolitana de Belo Horizonte** é constituída por **34 municípios**, sendo a terceira maior **aglomeração urbana do Brasil**, com **5.397.438 habitantes**. Seu produto interno bruto (PIB) somava em **2005** cerca de **62,3 bilhões de reais**, dos quais aproximadamente **45%** pertenciam ao município de Belo Horizonte.

RMBH

- **CONCENTRA: 40% DA ECONOMIA DO ESTADO.**
- **25% DA POPULAÇÃO DO ESTADO.**

RMBH

- **POPULAÇÃO TOTAL DA RMBH = 5.397.945**
- **BELO HORIZONTE = 2.458.523 – 245.852**

Fonte:(IBGE 2008)

RMBH

- **POPULAÇÃO TOTAL DA RMBH = 5.397.945 =
539.794 uso prejudicial de álcool e
= 323.876 uso prejudicial de drogas.**
- **BELO HORIZONTE = 2.458.523
= 245.852 uso prejudicial de álcool e
= 147.511 uso prejudicial de drogas**
- (OMS)

Em relação aos serviços que um sistema de atenção deve incluir mencionaremos

- Detecção precoce de casos , em serviços de atenção primária.
- Informação e orientação para recursos específicos.
- Intervenção breve em sujeitos com baixa motivação ou não dependentes com consumo de risco.
- Busca ativa de casos.
- Programas de redução de danos.

Em relação aos serviços que um sistema de atenção deve incluir mencionaremos: (2/2)

- Desintoxicação ambulatorial.
- Desintoxicação hospitalar.
- Tratamento ambulatorial de prevenção de recaídas.
- Tratamento em centros ou unidades de permanência dia.
- Serviços específicos para menores e mulheres.
- Serviços de atenção em crises.
- Sistema de seguimento de casos.

POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

- Disponibilidade de serviços complementares.**
- O profissional responsável pelo plano de tratamento deve oferecer ao drogodependente , e obter , aqueles outros serviços complementares que devem ser requeridos.**
- Continuidade da assistência.**
- O programa de tratamento e a equipe profissional se ocuparão da assistência dos pacientes , e a manter- los até que se produza a recuperação.**



ESTATÍSTICA DE ATENDIMENTOS – CMT

Maio 2009

- **Belo Horizonte**
 - **Leste**
 - **Oeste**
 - **Barreiro**
 - **Centro Sul**
 - **Nordeste**

ESTATÍSTICA DE ATENDIMENTOS – CMT

Maio 2009

OUTROS MUNICIPIOS

- **ARACUAI**
- **BETIM**
- **CAETE**
- **CONTAGEM**
- **DESTERRO DE ENTRE RIOS**
- **DIVINOPOLIS**
- **ESMERALDAS**
- **IBIRITE**
- **IGARAPE**
- **IPATINGA**
- **MATEUS LEME**
- **MINAS NOVAS**
- **NOVA LIMA**
- **PARA DE MINAS**
- **PEDRO LEOPOLDO**
- **RIBEIRAO DAS NEVES**
- **SABARA**
- **SANTA LUZIA**
- **SAO JOAQUIM DE BICAS**
- **SARZEDO**

ORIGEM DOS ENCAMINHAMENTOS PARA O CMT

- Janeiro/2009
- Novos, sem encaminhamento formal 57
- Novos, com encaminhamento 64
- Ex-paciente, sem encaminhamento 67
- Ex-paciente, com encaminhamento 32
 - TOTAL = 220
- Porcentagem novos casos: 121 (55%)
- Porcentagem ex-pacientes: 99 (45%)
- Soma com encaminhamento: 96
- Dos casos sem encaminhamento formal destacam-se as indicações de ex-pacientes, amigos, parentes, pela Placa do CMT ou indicações de profissionais de saúde particulares, Internet.

Instituições que encaminharam usuários para o CMT em Janeiro de 2009

Centros de Saúde/PBH (Glória, Santa Lúcia, Pompéia, Carlos Chagas/5, Vera Cruz, CS S.Família, CS São Miguel Aracanzo, CS Barreiro, UPA Barreiro/2, UPAOeste/2, UPA Leste)	17
Instituto Raul Soares	16
SOS Drogas	11
Justiça (Liberdade Assistida/2, CERESP/2, Ceapa/2, Semi- Liberdade,CEIP Dom Bosco, apenas Justiça)	9

Instituições que encaminharam usuários para o CMT em Janeiro de 2009

Hospital Galba Veloso	7
Hospital João XXIII	5
CERSAMs (Leste, Noroeste, Nordeste/2, Horto)	5
Comunidades Terapêuticas (CREDEC/4, Caná/1)	5
Conselhos Tutelares (Barreiro/4, Pedro Leopoldo)	5

Instituições que encaminharam usuários para o CMT em Janeiro de 2009

Abordagem de rua	3
Hospital Odilon Behrens	1
IPSEMG	1
Hospital das Clínicas	1
Abrigo Tia Branca	1
Outros (Hospital Julia K, Hospital Baleia. PBH, Sindeac/Contagem , Grupo de evangélicos, Prefeitura Sarzedo, Saúde Mental Infanto-Juvenil Sta Luzia, CAPS Sabará, Sup.SUS PBH)	9

CRUZAMENTO COM DROGAS - Droga X Sexo

Período de 01/01/2007 a 31/12/2007

Total de Banco de Dados no Período: 1188

DROGA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
ALCOOL	416	69	485
ALUCINOGENOS	0	1	1
BASUCO/MERLA/PASTA	2	0	2
COCAINA	88	12	100
CRACK	398	44	442
INALANTES	18	3	21
MACONHA	103	16	119
METANFETAMINAS	1	0	1
NAO INFORMADO	3	0	3
OPIACEOS	2	0	2
TABACO	6	3	9
TRANQUILIZANTES/ANSIOLITICOS	3	0	3

CRUZAMENTO COM DROGAS - Droga X Sexo

Período de 01/01/2008 a 31/12/2008

Total de Banco de Dados no Período: 1077

DROGA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
ALCOOL	380	66	447
BASUCO/MERLA/ PASTA	1	0	1
COCAINA	79	16	95
CRACK	346	52	398
HEROINA	2	0	2
HIPNOTICOS/ SEDATIVOS	0	1	1
INALANTES	19	4	23
MACONHA	77	12	89
METANFETAMINA	3	0	3
NAO INFORMADO	4	0	4
OPIACEOS	0	1	1
TABACO	9	4	13

PERFIL EPIDEMIOLOGICO - Distribuição por Escolaridade

Período de 01/01/2006 a 31/12/2006

Total de pacientes cadastrados no Período: 1161

ESCOLARIDADE	QUANTIDADE	PERCENTUAL
ANALFABETO	18	1.55
FUNDAMENTAL COMPLETO	175	15.07
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	580	49.96
MEDIO COMPLETO	152	13.09
MEDIO INCOMPLETO	189	16.28
POS-GRADUADO	1	0.09
SUPERIOR COMPLETO	17	1.46
SUPERIOR INCOMPLETO	29	2.50

PERFIL EPIDEMIOLOGICO - Distribuição por Escolaridade

Período de 01/01/2008 a 31/12/2008

Total de pacientes cadastrados no Período: 1180

ESCOLARIDADE	QUANTIDADE	PERCENTUAL
ANALFABETO	21	1.78
FUNDAMENTAL COMPLETO	193	16.36
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	580	49.15
MEDIO COMPLETO	205	17.37
MEDIO INCOMPLETO	111	9.41
SUPERIOR COMPLETO	30	2.54
SUPERIOR INCOMPLETO	40	3.39



POLITICAS PUBLICAS SOBRE DROGAS

- **Portaria 336/GM de 19/02/02 - Cria os CAPS**
- **Portaria 816/GM de 30/04/02 - Institui a criação CAPS ad**
- **Portaria 245/ GM de 17/02/05- Incentivo abertura de CAPS.**
- **Portaria 384/SAS de 05/07/05 - Atendimento F10 CAPS I**
- **Portaria 1028/GM de 01/07/05 - Regulamentação da redução de danos**
- **Portaria 1059/GM de 04/07/05 - Incentivo RD no CAPS**
- **Portaria 1169/GM de 07/07/05 - Incentivo Geração Renda**
- **Portaria 2197/ GM de 14/10/04 - Rede complementar de suporte social**
- **Portaria 1612/GM de 09/09/05 – Serviço Hospitalar de Referência ad**
- **Lei 11.343 – Nova Lei de drogas / Presidência da República-
23/08/2006**
- **Decreto 44.360 – Política Estadual sobre Drogas**
- **Decreto 6.117- Política Nacional sobre álcool /MS - 22/05/ 2007**

Fonte:

<http://dtr2001.saude.gov.br>

Componentes do Programa de Atenção Integral aos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas

- **Atenção básica**: Programa de Saúde da Família/Agentes Comunitários de Saúde
- **Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) e ambulatórios**:
importância dos conceitos de rede e território
- Formação de recursos humanos
- **SHR-AD**: retaguarda hospitalar para os casos graves e situações de urgência/emergência
- Papel da sociedade civil e dos grupos de ajuda-mútua

POLÍTICA NACIONAL SOBRE ÁLCOOL

23/05/2007

- **Incentivar a regulamentação, o monitoramento e a fiscalização da propaganda e publicidade de bebidas alcoólicas, de modo a proteger segmentos populacionais vulneráveis ao consumo de álcool, como os jovens.**
- **Estimular e fomentar ações que restrinjam os pontos de venda e consumo de bebidas alcoólicas, observando os contextos de maior vulnerabilidade às situações de violência e danos sociais;**
- **Fortalecer a fiscalização das medidas previstas em lei que visam coibir a associação entre o consumo de álcool e o ato de dirigir;**

POLÍTICA NACIONAL SOBRE ÁLCOOL

23/05/2007

Ampliar e fortalecer as redes locais de atenção integral às pessoas que apresentam problemas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Promover ações de comunicação, educação e informação relativas às conseqüências do uso do álcool;

Incentivar a venda de bebidas alcoólicas em locais específicos e isolados das distribuidoras, supermercados e atacadistas;

Privilegiar as iniciativas de prevenção ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas nos ambientes de trabalho;

Fomentar o desenvolvimento de tecnologia e pesquisa científicas relacionadas aos danos sociais e à saúde decorrentes do consumo de álcool e a interação das instituições de ensino e pesquisa com serviços sociais, de saúde, e de segurança pública

POLÍTICA NACIONAL SOBRE ÁLCOOL

23/05/2007

Incentivar a regulamentação, o monitoramento e a fiscalização da propaganda e publicidade de bebidas alcoólicas, de modo a proteger segmentos populacionais vulneráveis ao consumo de álcool, como os jovens.

Estimular e fomentar ações que restrinjam os pontos de venda e consumo de bebidas alcoólicas, observando os contextos de maior vulnerabilidade às situações de violência e danos sociais;

Fortalecer a fiscalização das medidas previstas em lei que visam coibir a associação entre o consumo de álcool e o ato de dirigir;

POLÍTICA NACIONAL SOBRE ÁLCOOL

23/05/2007

Ampliar e fortalecer as redes locais de atenção integral às pessoas que apresentam problemas decorrentes do consumo de bebidas alcoólicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Promover ações de comunicação, educação e informação relativas às conseqüências do uso do álcool;

Incentivar a venda de bebidas alcoólicas em locais específicos e isolados das distribuidoras, supermercados e atacadistas;

Privilegiar as iniciativas de prevenção ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas nos ambientes de trabalho;

Fomentar o desenvolvimento de tecnologia e pesquisa científicas relacionadas aos danos sociais e à saúde decorrentes do consumo de álcool e a interação das instituições de ensino e pesquisa com serviços sociais, de saúde, e de segurança pública

TRANSAR

COM

CAMISINHA

NÃO DÁ

RESSACA

CLASSIFICAÇÃO OMS

- A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a seguinte classificação para as pessoas que utilizam substâncias **psicoativas**:
- **Não-usuário**: nunca utilizou;
- **Usuário leve**: utilizou drogas, mas no último mês o consumo não foi diário ou semanal;
- **Usuário moderado**: utilizou drogas semanalmente, mas não diariamente no último mês;
- **Usuário pesado**: utilizou drogas diariamente no último mês.

As Modalidades e os Locais de Tratamento (Onde tratar?).

- Grupos de Mútua Ajuda.
- Clínicas Especializadas.
- Comunidades Terapêuticas.
- A rede de atenção no SUS (Hospitais gerais/CAPS ad/UBS).

CAPS AD

- **Atendimento individual**
(medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);
- **Atendimento em Grupos**
(psicoterapia/grupo operativo/atividades de suporte social, entre outros.);
- **Atendimento em Oficinas Terapêuticas;**
- **Visitas domiciliares;**
- **Atendimento à família;**
- **Atividades Comunitárias;**
- **Refeições**

CAPS AD

Os CAPS deverão estar capacitados para o acompanhamento dos usuários de forma:

- § Intensiva – 25 procedimentos/mês (R\$18,10/dia)**
- § Semi-intensiva- 12 procedimentos/mês(R\$15,90/dia)**
- § Não intensiva - 03 procedimentos/mês(R\$14,85/dia)**

Portanto o CAPS I pode emitir no máximo 165 APACs/mês; CAPS II= 220 APACs/mês; CAPS III= 300; CAPS ad= 190 e CAPSi= 155.



Principais tipos de abordagem para dependentes de drogas

Tipo

- 12 passos (AA, Al-Anon, Al-A-Teen, NA, DQA)

Características e Filosofia

- Não médico (leigo); Grupo de auto-ajuda; Utiliza o conceito de doença irreversível.

Vantagens

- Custo baixo; Muito acessível; Apoio grupal por dependentes já recuperados.

Desvantagens

- Conceito moral; Grupo como única modalidade de tratamento psicoterapêutico.

Indicações

- Dependentes com baixa auto-estima; Pacientes que respondem a abordagens sociais e de grupo; Pacientes que não questionam o modelo.

Principais tipos de abordagem para dependentes de drogas

Tipo

- **Entrevista motivacional**

Características e Filosofia

- **Não utiliza conceito de "doença"; Aplicada nas fases iniciais de tratamento; Centrada no paciente e na empatia do terapeuta;**

Vantagens

- **Não gera resistências e sim busca contorná-las; É abrangente; Aborda ambivalências.**

Desvantagens

- **Há necessidade de treinamento específico por parte do terapeuta.**

Indicações

- **Para pacientes com grande nível de negação sobre seus problemas e que tenham bastante capacidade de verbalização.**

Principais tipos de abordagem para dependentes de drogas

Tipo

- **Intervenção Breve e técnicas de moderação**

Características e Filosofia

- **Abordagem não estigmatizante (por exemplo, não lida com a expressão "alcoolismo"); A meta é abordar os "problemas" objetivamente.**

Vantagens

- **Custo e tempo reduzidos; Centrado em metas parciais; Boa adesão; Sem estigma.**

Desvantagens

- **Necessita alto índice de motivação; Não aborda outros componentes emocionais; Não é útil para pacientes que não têm hábito de registrar comportamentos.**

Indicações

- **Dependentes em grau leve/moderado (beber controlado); Dependentes sem complicações clínicas.**

Principais tipos de abordagem para dependentes de drogas

Tipo

- **Prevenção de recaída**

Características e Filosofia

- **Estimula aumento da auto-confiança; Característica preventiva; Encara a recaída como parte do processo.**

Vantagens

- **Custo e tempo reduzidos; Objetivos visíveis; Boa adesão.**

Desvantagens

- **Necessita de alto índice de motivação; Não aborda outros componentes emocionais.**

Indicações

- **Dependentes em grau moderado; Dependentes sem complicações clínicas.**

Principais tipos de abordagem para dependentes de drogas

Tipo

- **Terapia de família.**

Características e Filosofia

- **Centra o problema e sua resolução no âmbito familiar ("a família é que tem o problema"); Utiliza o conceito de co-dependência.**

Vantagens

- **Aborda sistematicamente diversos aspectos do uso de substâncias, centrando-os nos vários componentes familiares.**

Desvantagens

- **Não permite foco individualizado no dependente; Pode necessitar mais de um terapeuta.**

Indicações

- **Famílias gravemente disfuncionais: Famílias com mais de um**

Principais tipos de abordagem para dependentes de drogas

Tipo

- **Psicoterapia dinâmica .**

Características e Filosofia

- **Centrada no estilo de relacionamento interpessoal do dependente através da utilização de drogas; Busca compreender conflitos psicológicos que levam ao uso de drogas.**

Vantagens

- **Profunda; Permite grande auto-conhecimento por parte do paciente.**

Desvantagens

- **Necessita maior tempo de duração para obtenção dos resultados; Pode necessitar de outros tratamentos auxiliares; Necessita grande treinamento por parte do terapeuta.**

Indicações

- **Pacientes em abstinência; Contra-indicada para dependentes**

Principais tipos de abordagem para dependentes de drogas

Tipo

- **Psicoterapia psicanalítica .**

Características e Filosofia

- **Centrada no paciente, busca a desconstrução do processo de dependência psicológico / físico; responsabilização do sujeito por seus atos, inclusive o uso de álcool e outras drogas. Busca compreender conflitos psicológicos que levam ao uso de drogas.**

Vantagens

- **Profunda; Permite uma retificação subjetiva que persiste no tempo.**

Desvantagens

- **Necessita maior tempo de duração para obtenção dos resultados; Pode necessitar de outros tratamentos auxiliares; Necessita grande treinamento por parte do terapeuta.**

Indicações

-

Que tipos de ajuda terapêutica existem para os dependentes?

- **Existem diversos modelos de ajuda a dependentes de drogas:**
 - **psicoterapias/psicanálise;**
 - **tratamento médico,**
 - **terapias cognitivas comportamentais;**
 - **grupos de auto-ajuda (do tipo Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos);**
 - **comunidades terapêuticas; etc.**



Dificuldades na Clínica com usuários de álcool e outras drogas

- Pouca aderência dos usuários ao tratamento.
- Muitos problemas com ilegalidade, violência, agressividade.
- Dificuldades com diagnóstico diferencial.
- Complicações Clínicas.
- Fissura.
- Rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas “em construção”.

Que tipos de ajuda terapêutica existem para os dependentes?

- **Em princípio, pode-se dizer que nenhum desses modelos de ajuda consegue dar conta de todos os tipos de dependências e dependentes.**
- **Se alguns podem se beneficiar mais de um determinado modelo, outros necessitam de diferentes alternativas.**
- **É importante, porém, observarmos que os efeitos positivos de uma abordagem dependem essencialmente da capacitação técnica dos profissionais envolvidos.**
- **Os especialistas em dependência vêm realizando pesquisas nos últimos anos para determinar que tipos de dependentes se beneficiam mais de um ou de outro tipo de ajuda.**
- **Entretanto, deve-se destacar que as abordagens médico psicológicas: (que associam ao mesmo tempo os recursos da medicina e da psicologia) têm se mostrado mais eficazes na maior parte dos casos.**

Dificuldades no Encaminhamento para Tratamento.

- **O encaminhamento como uma construção.**
- **Existência de poucos espaços públicos de tratamento.**
- **Demanda quase sempre é do outro, não do usuário. Para ele, a droga é muitas vezes, uma solução.**
- **Demanda de cuidado do corpo e não necessariamente uma mudança de posição em relação ao uso de drogas.**
- **Facilidade do recurso à droga.**



O PROCEDIMENTO PENAL NA NOVA LEI DE TÓXICOS - LEI 11.3543/06

- Entrou em vigor no dia 08 de outubro de 2006 a nova lei de tóxicos, lei 11.343/06.
- O legislador deixa claro no art. 48, § 2º que, tratando-se de usuário, não se imporá prisão em flagrante. O autor do fato deverá ser imediatamente encaminhado ao *Juízo competente, e na falta deste à autoridade policial (art. 48, §3º)*.
- Em relação ao usuário de drogas, verifica-se que a postura do legislador mudou. Pelos princípios do SISNAD, observamos que o objetivo da lei, no que diz respeito ao usuário, é contribuir para sua inclusão social, promover a sua socialização, visando a torná-lo menos vulnerável à ação do traficante.

Texto do Dr. Edison Feital Leite - Juiz de Direito 2ª Vara de Tóxicos - Belo Horizonte – Minas Gerais -

O PROCEDIMENTO PENAL NA NOVA LEI DE TÓXICOS - LEI 11.3543/06

- **As instituições nas áreas da saúde e da assistência social que atendam usuários de droga poderão receber recursos do FUNAD, que é o responsável por gerenciar as quantias apreendidas com traficantes ou oriundas de venda de seus bens que foram declarados perdidos em favor da União em processo regular.**
- **Especificamente sobre a punição do usuário de drogas, o art. 28 da Lei 11.343/06 dita as seguintes penas:**
 - **I-) advertência sobre os efeitos da droga;**
 - **II) prestação de serviços à comunidade;**
 - **III-) medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.**

Observa-se, portanto, que houve, por parte do legislador, uma descriminalização do uso de droga.

- **Segundo o espírito da lei, o uso de droga é uma questão de saúde pública e não policial.**
- **Texto do Dr. Edison Feital Leite - Juiz de Direito 2ª Vara de Tóxicos - Belo Horizonte – Minas Gerais**

O PROCEDIMENTO PENAL NA NOVA LEI DE TÓXICOS - LEI 11.3543/06

- Outra inovação em relação ao usuário está no art. 28, §7º da Lei 11.343/06: "O juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição do infrator, **gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial**, para tratamento especializado." Assim, o usuário de droga não ficará mais sem assistência médica. Caberá à União, aos Estados e aos Municípios colocar à disposição do usuário ambulatórios especializados para seu tratamento.
- Texto do Dr. Edison Feital Leite - Juiz de Direito 2ª Vara de Tóxicos - Belo Horizonte – Minas Gerais



REDE DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Por níveis de atenção:

- Saúde: PSF, CAPS AD e Hospital Geral.

- Por grupos específicos:

- Crianças, adolescentes, adultos, presidiários, etc.

- Por tipo de uso:

- Alcoolista, usuário de drogas injetáveis, usuário de crack, etc.

- Por intersectorialidade:

- Saúde, educação, justiça, cultura, assistência social, etc.

- Por planejamento específico:

- Prevenção, tratamento, redução de danos, inserção social.

REDE DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

- **A delinqüência, os problemas familiares, a perda de produtividade econômica e a decadência social são os efeitos mais facilmente observáveis, mais potencialmente perigosos e mais caros das drogas nos sistemas sociais.**
- **Uma rede de atenção deve levar em consideração todos estes aspectos. Por isso é tão difícil tratar porque não é só uma questão de saúde pública...é muito mais do que isso!**



Reinserção Social

- Objetivos:

Habitação - Incentivar e apoiar a pessoa na procura de uma habitação, através da mobilização de respostas adequadas.

Educação - Proporcionar à pessoa o acesso ao nível académico adequado para o seu processo de integração social.

Formação - Potenciar a capacidade de trabalho, preparando para a integração laboral.

Emprego - Desenvolver a capacidade de desempenhar um trabalho remunerado, mantê-lo e crescer profissionalmente.

Saúde - Aprender a valorizar e cuidar da saúde como fonte de prazer e bem estar.

Participação e Cidadania - Participar enquanto cidadão de plenos direitos e deveres. Capacitar para a gestão de tempo livre de forma planificada, satisfatória e saudável.

Família e Relações - Consolidar a rede de relações familiares e sociais.

Justiça - Apoiar na resolução de situações legais, que dificultem o processo de Reinserção.



TRANS BEBADO

Deixar em CASA 1,00 Real!

DISK BEBADO:
8812-4313

PRESTADOR
CARLOS PASSARINHO

Prevenção

- **“Prevenção do uso indevido de drogas é, na verdade, toda e qualquer ação que contribua para que o indivíduo possa caminhar, fazendo escolhas mais conscientes, sem interromper sua jornada em decorrência do abuso de uma substância entorpecente que ilude, eliminando os obstáculos apenas na imaginação”.**
- **“É toda e qualquer ação que contribua para que o indivíduo consiga suportar conflitos sem precisar se anestesiar através de um comportamento compulsivo ou impulsivo”.**

Prevenção entre os jovens

- **...“a prevenção entre os jovens é toda ação que visa ao desenvolvimento integral do adolescente e que estimule sua criatividade e seu potencial para que consiga conviver com as adversidade, sem ter que usar a droga como anestésico, como “alimento” ou como substituto de um vínculo afetivo.**
- **Trata-se de criar perspectivas, alimentar sonhos e projeto a serem realizados. Auxiliando-os a encontrar sentido em suas vidas. Por isso é importante desenvolver competência para que esses indivíduos saibam tomar decisões”.**

TIPOS DE PREVENÇÃO

- **Universal** - É aquela que dirigida a toda população - alvo sem distinção (ex.,meninos de 12 a 14 anos de idade)
- **Seletiva** - É aquela dirigida a um sub - grupo da população alvo que tem um risco maior de ser consumidores que a maioria das pessoas dessa idade. Dirige-se, portanto, a grupos de risco.
- **Indicada** - É aquela dirigida a um subgrupo concreto da comunidade, que podem ser consumidores ou que tem problemas de comportamento. Dirige-se, portanto, a indivíduos de alto risco.

TIPOS DE PREVENÇÃO

- Universal
- Específica
- De risco
 - **O conhecimento preventivo se divide em três:**
 - um saber técnico,
 - um saber cultural sobre o bairro, a linguagem, e
 - um saber empírico, o dos usuários.
 - No campo das drogas, como em outros campos, não é suficiente atuar corretamente, é preciso acompanhar e analisar cada ação. É o que diferencia o gesto de caridade do gesto preventivo.



Linhas prioritárias do Plano de Ação de drogas

- **1. Reforçar as atuações no âmbito da família.**
- **2. Potencializar ações de sensibilização e colaboração com os meios de comunicação.**
- **3. Aprofundar e melhorar os programas e atividades desenvolvidas no âmbito educativo.**
- **4. Incrementar as atuações específicas dirigidas a população jovem.**
- **5. Reforçar o papel da Atenção primária na intervenção precoce e a atenção às pessoas com problemas de uso de álcool e outras drogas.**

Linhas prioritárias do Plano de Ação de drogas

- **6. Incorporar a perspectiva de gênero em todas as áreas de intervenção em matéria de drogas.**
- **7. Garantir a atenção integral nos centros penitenciários à população interna com problemas de drogas.**
- **8. Reforçar a pesquisa e os sistemas de informação.**
- **9. Diversificar e incrementar as atuações em prevenção do risco e redução de danos.**
- **10. Atuar sobre os consumos de tabaco e álcool.**



Referência bibliográfica

- **Master Iberoamericano On-line em Drogodependencias -Planificación y Evaluación de Programas de Rehabilitación – Uned/es**
- http://www.netpsi.com.br/artigos/050204_reducao_danos.htm
- www.infoarda.org.ar
- <http://www.adolesite.aids.gov.br/Drogas/>
- ***Política do Ministério da Saúde sobre álcool e outras drogas – FRANCISCO CORDEIRO - Assessor Técnico - Coordenação de Saúde Mental / Álcool & Outras Drogas***
- **A necessidade de reinventar a prevenção – Lia Cavalcanti**
- **Texto do Dr. Edison Feital Leite - Juiz de Direito 2ª Vara de Tóxicos Belo Horizonte – Minas Gerais**
- **NACIONES UNIDAS. Por qué invertir en el tratamiento del abuso de drogas:** Documento de debate para la formulación de políticas. Nueva York, 2003.
- <http://dtr2001.saude.gov.br>

Obrigada!
Raquel Martins Pinheiro

Contatos:

Tel: (31) 9957-2127

E-mail: ramapi@uol.com.br

raquel.pinheiro@fhemig.mg.gov.br