



Relatório do 1º Fórum Nacional Antidrogas



APOIO:

CNI
SESI

CORREIOS

EMBRATEL

COLÉGIO
MILITAR
DE BRASÍLIA

REALIZAÇÃO:
Secretaria
Nacional
Antidrogas

Brasil

Ministério da Justiça



MJU00036969

341.5555
F7-5R
DEP.LEGAL

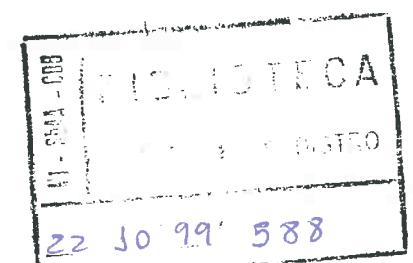
RELATÓRIO DO I FÓRUM NACIONAL ANTIDROGAS

Brasília/Distrito Federal
27 a 29 de novembro de 1998.

341 5555
F 245n
DEP.LEGAL

24695

Realização:
*Presidência da República
Casa Militar
Secretaria Nacional Antidrogas*



Apoio:
*SESI
CORREIOS
EMBRATEL
COLÉGIO MILITAR DE BRASÍLIA*

1998 - Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD/CM/Presidência da República

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte.

Edição: 10.000 exemplares

Distribuição: SENAD/CM/Presidência da República

Tel: (061) 411 2902

Fax: (061) 411 2110

<http://www.senad.gov.br>

e-mail: senad@planalto.gov.br

senad@zaz.com.br

Impresso no Brasil (Printed in Brazil)

FICHA CATALOGRÁFICA

*I Fórum Nacional Antidrogas (Brasília:1998)
Relatório do I Fórum Nacional Antidrogas,
27 a 29 de novembro de 1998 -
Brasília:SENAD, 1999*

COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente

Ten Cel - Wagner Oliveira Gonçalves

Coordenador Geral de Administração

José Jayme Belicha Fonseca

Coordenadora-Geral de Prevenção e Tratamento

Márcia Dode Becker Costa

SENAD/PR

Elizabeth A. de Araujo Elias
Espedito de Sena M. Silvério
Flávia Renata Ceron Galvani
Márcia França
Maria Cristina C. L. Hoffmann
Naiara Garcia da Costa

SESI

Ana Paula M. S. Silva
Eduardo H. S. Pessoa
Ione Maria Fonseca de Melo
Marisa Maria M. Muniz
Maurício Vasconcellos
Nardecí Elisa Silva de Castro
Virgínia Augusta e Silva

CAE/PR

Lídia Virgínia Seabra Navarro
Mileide M. F. C. de Magalhães
Rosângela Q. B. Lamóglia
Sônia M. P. C. de Almeida

COLABORADORES

Cláudio Regende Dias
José Airton V. de Araújo
Moisés da Silva Sousa
Paulo Henrique dos Santos

COMISSÃO TÉCNICA

Coordenador-Geral

Evaldo Melo de Oliveira

Coordenador da Área Global

Dartiu Xavier da Silveira

Coordenador da Área de Prevenção

Ana Glória Melcop

Coordenador da Área de Tratamento

Frederico Vasconcelos

Coordenador da Área de Repressão

Samuel Alves de Melo

Coordenadores de Subgrupos

Adriano Mosimann
Anísio Soares Vieira
Antonieta Bizzotto
Auro Lescher
Clarinha Glock
Cláudia Regina Merçon de Vargas
Cássio Castelarín
Eliseu Calsing
Márcio Bartoli
Eliane Seidl
Elza Maria Nogueira Miranda
Getúlio Bezerra Santos
Gilson Maestrini
Helena Gasparini
José Carlos Escobar

Juçara Machado Sucar
June Hardy Sabino
Lídia Andreatta
Luiz Carlos Romero
Luiz Fernando Marques
Mara Silvia de Carvalho Menezes
Marcos Leite
Maria Alice Araújo
Maria Lúcia Formigoni
Saulo Monte Serrat
Rosane Correia e Silva
Ruy Fabiano Rabelo
Silas Munguba
Silvia Brasiliano
Shirley de Campos

Especialistas que contribuiram para a realização do Fórum.

Izilda Alves
Arthur Guerra de Andrade
Antônio Nery Filho
Celso Limongi
William Douglas Residente dos Santos

SUMÁRIO

Apresentação.....	página 05
Ministro da Casa militar - General Cardoso (Apresentar relatório)	
Justificativa.....	página 06
Secretário Nacional Antidrogas - Dr. Walter (Porque da Secretaria e do Fórum - Estrutura / Funcionamento / Organograma etc.)	
Discurso do Presidente da República - Dr. Fernando Henrique Cardoso.....	página 07
(O Discurso na íntegra no momento da Abertura)	
/ - Fórum	
1.1 Visão Administrativa (convites / participantes / apoios etc.).....	página 10
Coordenador Administrativo - Coronel	
1.2 Visão Técnica (funcionamento / metodologia / divisão e composição dos grupos resultados etc.).....	página 12
Coordenador técnico - Evaldo Melode Oliveira	
2 - Os grupos de trabalhos - Introdução e Propostas.....	página 15
2.1 Grupo Prevenção.....	página 15
Subgrupo P1 - Redução de Danos e Portadores de HIV/AIDS.....	página 17
Subgrupo P2 - Populações Excluídas.....	página 22
Subgrupo P3 - Participação e Mobilização Social.....	página 23
Subgrupo P4 - Ações Básicas de Saúde.....	página 25
Subgrupo P5 - Esporte, Cultura, Lazer.....	página 26
Subgrupo P6 - Criação de Emprego.....	página 27
2.2 Grupo Tratamento.....	página 28
Subgrupo T1 - Ações Intermediárias (Ambulatórios, Semi-Internação, Etc.).....	página 30
Subgrupo T2 - Internação.....	página 32
Subgrupo T3 - Reinserção social.....	página 33
Subgrupo T4 - Comunidades terapêuticas.....	página 34
Subgrupo T5 - Avaliação de tratamento.....	página 35
Subgrupo T6 - Normalização.....	página 36
Subgrupo T7 - Grupos de mútua-ajuda.....	página 38
Subgrupo T8 - Tratamento e aspectos legais.....	página 39
2.3 Grupo Repressão.....	página 40
Subgrupo R3 - Controle da produção e distribuição de substâncias passíveis de serem utilizadas como drogas e de insumos e precursores químicos.....	página 41
Subgrupo R2 - Participação da sociedade na repressão ao tráfico - proteção à testemunha e definição do campo de atuação das ONGs.....	página 42
Subgrupo R1 - Modificações legislativas.....	página 43
2.4 Grupo Global.....	página 46
Subgrupo G1 - Local de Trabalho.....	página 46
Subgrupo G2 - Família.....	página 48
Subgrupo G3 - Escola.....	página 50
Subgrupo G4 - Comunicação e marketing.....	página 52
Subgrupo G5 - Instituições de internação e abrigamento (prisões, abrigos, asilos).....	página 54
Subgrupo G6 - Mulheres.....	página 55
Subgrupo G7 - Crianças e adolescentes.....	página 57
Subgrupo G8 - Crianças e adolescentes em situação de rua.....	página 58
Subgrupo G10 - Adequação e capacitação de recursos humanos e materiais.....	página 59
Subgrupo G11 - Incentivo à pesquisa e divulgação de dados estatísticos.....	página 61
Subgrupo G12 - Instituições religiosas.....	página 63
Subgrupo G13 - Captação de recursos.....	página 64

APRESENTAÇÃO

A idéia de realizar um fórum de debates sobre drogas nasceu com o início do trabalho do Dr. Wálter Maierovitch à frente da Secretaria Nacional Antidrogas, em agosto de 1998. A SENAD havia sido criada em 19 de junho do mesmo ano, e estava instalada, a título provisório, numa pequena sala do anexo III do Palácio do Planalto, ainda sem a estrutura necessária em pessoal e material.

O Fórum foi concebido com os seguintes objetivos:

- ser de caráter permanente;
- abrir um diálogo entre a sociedade e o Governo Federal, na área das drogas;
- ouvir as sugestões da sociedade para o estabelecimento de uma Política Nacional Antidrogas.

O I FÓRUM NACIONAL ANTIDROGAS, além de cumprir esses objetivos, ficou destinado exclusivamente às organizações não-governamentais, sendo marcado para Brasília, no período de 27 a 29 de novembro.

Apesar do tempo exíguo de preparação do evento e do curto período para inscrições, a sociedade e as organizações não-governamentais responderam prontamente e compareceram em grande número.

O Fórum obteve um sucesso absoluto, em todas as áreas; na organização administrativa e técnica, na participação efetiva da sociedade, mas, principalmente, no resultado, nas sugestões e propostas dos grupos de trabalho.

Foi o primeiro, e talvez o mais importante, passo para a Política Nacional Antidrogas.

Que novos fóruns aconteçam, estaduais, municipais, de diferentes níveis, com o mesmo propósito. A Secretaria Nacional Antidrogas está pronta para apoiar e receber novas propostas.

Brasília, DF, fevereiro de 1999.

Discurso do presidente Fernando Henrique, na abertura do 1º Fórum Nacional Antidrogas

AGRADECIMENTOS

Os sinceros agradecimentos da Secretaria Nacional Antidrogas aos parceiros do I Fórum Nacional Antidrogas:

- o SESI, o primeiro a vislumbrar o grande objetivo do evento, grande incentivador;
- os CORREIOS, que permitiram a rápida divulgação e inscrição dos participantes;
- o COLÉGIO MILITAR DE BRASÍLIA, que cedeu suas instalações e criou todas as facilidades para o bom termo do Fórum;
- a EMBRATEL, pela agilidade com que entrou na parceria e viabilizou sua execução;
- a PROPEG/Brasília, que idealizou a marca do Fórum, “Diga Sim à Vida”;
- a gráfica do DAG/SSI/CMPR, por sua rapidez e precisão ao imprimir o material de divulgação;
- a Comissão Organizadora e Comissão Técnica, pela dedicação e competência;
- todos aqueles que, direta ou indiretamente, colaboraram na preparação e/ou execução do I Fórum Nacional Antidrogas;
- os participantes do Fórum, sem os quais não haveria sucesso.

Muito Obrigado.

O General Alberto Cardoso expôs, em breves linhas, mas na sua essência, a preocupação central do governo e da sociedade brasileira, no momento em que criamos este fórum e, também, reorganizamos, parcialmente, os mecanismos estatais, para que possam fazer face ao desafio da questão da droga, em nosso país.

Esta questão se tornou uma questão vital para a sociedade. Não só para a sociedade brasileira. Ela tem um desdobramento que alcança níveis que, antes, eram impossíveis de serem imaginados. Eu me recordo de que, quando houve a posse do presidente Tancredo Neves, representado, então, pelo Presidente Sarney, na primeira reunião do Ministério, houve uma referência à questão das drogas, feita pelo então Ministro do Exterior, Dr. Olavo Setubal.

Eu era líder do governo e, naquele momento, houve uma espécie de perplexidade na sala. Por que, numa ocasião tão solene, discutir-se a questão de drogas que, então, parecia ser uma questão menor? O Dr. Olavo Setubal, teve a antevista de colocar, sendo Ministro do Exterior, a questão das drogas como um problema que teria um desdobramento enorme para as relações internacionais e para a segurança no mundo.

Mais recentemente, ouvi do Presidente Clinton, em conversas, quando ele visitou o Brasil, palavras que vão nessa mesma direção. Há visão estratégica do presidente dos Estados Unidos, a guerra contra as drogas constitui uma espécie de preocupação obsessiva e permanente, substituindo aquilo que foi, no passado, a preocupação com a questão do equilíbrio de poder no mundo, quando havia os dois blocos. Substitui, também, as preocupações com relação às modificações político-ideológicas da ordem social.

De alguma maneira, na sociedades que nós vivemos hoje, que estão interrelacionadas, com esse processo de globalização, a questão da droga se tornou um desafio global também.

É um desafio global. Mas, se os países não se preparam e não tiverem as suas próprias políticas, esse desafio global não é apenas o desafio do combate a droga, mas é o desafio de saber até que ponto os Estados nacionais terão condições de garantir as suas decisões próprias e seus territórios, para a manutenção do controle das drogas.

A decisão do Brasil foi clara. O general Cardoso reafirmou a minha determinação de que vamos ter a nossa própria Política Antidrogas. Naturalmente, coordenaremos a nossa política com outras políticas, mas nós temos capacidade institucional para decidir sobre essa matéria.

Seria uma bravata apenas o governo da República determinar que tem diretrizes próprias, a respeito da questão das drogas e, ao mesmo tempo, não estar organizado para enfrentar essas questões.

Por esta razão, estamos nos reorganizando.

A criação da Secretaria Nacional Antidrogas tem esse propósito: recolhendo as experiências dos conselhos de combate aos entorpecentes, as drogas; recolhendo as experiências práticas dos vários órgãos da República, notadamente da Polícia Federal, que se dedica à questão das drogas, a Secretaria coordenará esse conjunto de atividades. E, mais, fará uma ponte com a sociedade. Por que? Porque o desafio, hoje, não é apenas um desafio repressivo. É muito mais do que isso. É um desafio preventivo, é um desafio educacional e um desafio de tratamento daqueles que foram envolvidos na malha da droga.

A droga, ao mesmo tempo que desarticula as famílias, também propicia formas ilícitas de enriquecimento. Tem, portanto, muito a ver com as formas de controle do sistema financeiro, dos bancos, a chamada “lavagem de dinheiro”. É uma coisa, portanto, que requer uma compreensão global e não apenas pontual. E essa é a tarefa fundamental de um órgão como esse, que estamos criando, e desses fóruns, que estamos estabelecendo.

Tal é a magnitude e a envergadura do desafio que, se não formos capazes de mobilizar a sociedade, nos estiolaremos em tentativas mais ou menos vãs, dentro do aparelho burocrático, sem conseguir os resultados de que precisamos.

Daí a importância desse Fórum. Daí a importância de vermos juntas, aqui, pessoas de vários setores da sociedade, que não tem relação direta com o aparelho do Estado, mas que são altamente expressivas, responsáveis

e necessárias, do ponto de vista global, para que possamos, realmente, ter uma Política Antidrogas que tenha capacidade de controlar os desmandos que ela provoca.

Nesta matéria, ou há mobilização na sociedade, ou não se avança muito. Nessa, como em quase todas as matérias do mundo contemporâneo. A separação rígida entre o que é Estado e o que é sociedade não ajuda mais a resolver os problemas. Temos, crescentemente, que manter diálogos, formas de interação e obter os recursos recíprocos do Estado e da sociedade, desde que nós tenhamos valores que sejam, nesta matéria, homogêneos e objetivos, que sejam convergentes, como é o caso.

Vamos precisar e eu apenas indico alguns problemas porque, na verdade, os especialistas são os senhores e as senhoras, nesta área, mas vamos precisar de um esforço que envolva a família, as igrejas, os sindicatos, as escolas. Para envolver tudo isto, é necessário uma visão integradora desses vários aspectos.

Na questão da educação, será fundamental a cooperação estreita entre o Ministério da Educação, a Secretaria Antidrogas e as organizações educacionais. E se não começarmos a cuidar do tema no próprio currículo escolar, com a preocupação já nas escolas de que haja uma informação mais adequada nesta questão, será difícil vencer a batalha contra as drogas.

Morei nos Estados Unidos, na Califórnia, na verdade, em épocas difíceis. Era a época da guerra do Vietnã, em que havia um forte movimento libertário nas universidades e nas escolas.

E me recordo de que, nas escolas onde estavam os meus filhos (escolas públicas americanas) havia, todo mês, um relatório sobre a questão das drogas. Havia uma forma de os pais tomarem consciência da questão e tratarem de combater, de prevenir, de motivar ou de educar de forma a evitar que a droga se transformasse na alguma coisa que pegasse, nas suas malhas, as crianças que estavam nessas escolas.

Precisamos, no Brasil, ampliar a consciência do professorado, da gestão das escolas, mas, sobretudo, das famílias, com relação à questão das drogas. E, talvez, até, estendendo, um pouco mais a própria noção dos riscos para alcançar o tabagismo, que também tem efeitos letais, e o alcoolismo. Não se trata apenas das chamadas drogas pesadas, mas se trata, efetivamente, de um conjunto de práticas que podem vir a ser danosas para a personalidade, para a sociabilidade e, portanto, para a organização da família e da sociedade. Isso requer um esforço educativo enorme.

Mas, há o outro lado, digamos, propriamente repressivo, da questão das drogas. Vê-se todos os dias. Os jornais estão, aí, informando a este respeito. Em certas áreas do país, há um adensamento de problemas relativos ao narcotráfico e a exploração até de crianças, em toda essa trama de exploração das drogas. Isso requer um trabalho de inteligência e de informação. Não é apenas um trabalho de repressão, mas é de conhecimento das tramas que estão por trás daquilo que aparece à primeira vista e que é, normalmente, o objeto da repressão.

O objeto da repressão, raramente, está diretamente vinculado à trama de sustentação do tráfico de drogas. Então nós temos que ter, também, aí, um trabalho de inteligência muito grande, que precisa de ser motivado. E paciente, e lento, mas é absolutamente indispensável. E esse trabalho, também, vai requerer uma coordenação dos vários setores da sociedade, que são capazes de obter informações.

É ilusão pensar que as informações, hoje, são monopólio do Estado. Pelo contrário. Hoje, também a sociedade dispõe das informações. E, muitas vezes, até mais depressa e mais abundante do que o próprio aparelho de Estado. Às vezes, na mobilização da sociedade, é mais fácil existir um controle sobre essas formas organizadas e lesivas e que, nem sempre, aparecem à primeira vista, mas que são as responsáveis maiores pela difusão das drogas.

Isso se desdobra num trabalho legislativo. Devo dizer que o nosso Congresso já está sensível a matéria. Os parlamentares, aqui presentes, sabem disso. Já tomamos algumas medidas para controlar a "lavagem de dinheiro", porque isso é muito importante, também. Mais ainda, isso se desdobra na questão internacional, para o plano internacional, porque todos esses crimes, hoje, são crimes transnacionais, momentaneamente o narcotráfico e toda essa questão relativa ao dinheiro proveniente do narcotráfico.

Isso requer, por consequência, um esforço legislativo e uma coordenação que passa pelo Ministério das Relações Exteriores, e pelos órgãos de segurança do Estado, porque requer, também, uma ação que ultrapassa as nossas fronteiras.

Não é segredo para ninguém que o Brasil tem procurado reforçar o seu serviço de informação de tráfego aéreo. O Sivam-Sipam é um esforço importante, nessa direção. Quem sabe, a reação tão forte havida ao Sivam-Sipam tenha a ver, exatamente, com isso. E um esforço importante, no sentido do controle do tráfego aéreo porque, muitas vezes, o contrabando em geral e especificamente, o narcotráfico, implica realmente, também, esse

relacionamento com outros países. Precisamos ter noção do que está acontecendo nas nossas fronteiras, quem entra, quem sai. E nós não tínhamos. Em certas áreas, temos ainda dificuldades em ter um controle mais efetivo. Ainda mais um país como o nosso, que tem fronteiras terrestres imensas e de muito difícil acesso. Portanto, e muito difícil, também, o controle por parte do Estado.

Vê-se, por consequência, e apenas estou, aqui, dando alguns elementos de preocupação do governo e da sociedade porque, efetivamente, a agenda é muito vasta, que os desafios são muito grandes para que nós possamos enfrentar tudo isso.

O Brasil se posicionou, no plano internacional, sobre essa matéria. Nos discursos e nas propostas apresentadas às Nações Unidas, isso vê-se com clareza. O Brasil se posicionou dizendo que, nesta área, é preciso ter uma visão de responsabilidade compartilhada. Não se pode aceitar, pura e simplesmente, que existam países produtores de droga e países consumidores de droga, e que sejam os produtores de droga os responsáveis pelo processo da droga, que é um processo muito mais amplo do que isso.

O Brasil nunca aceitou certas práticas de discriminação de países em função de que eles são produtores de droga. Se produzem e exportam é porque há também quem consuma a droga. É preciso haver um combate a neste nível internacional. O Brasil está sempre disposto a cooperar neste combate, mas não aceita a idéia de que deva simplesmente, passivamente, receber instruções para evitar que os grandes consumidores sofram os danos que a droga provoca. Até porque o Brasil não é um país produtor de droga, pelo menos não é a de monta. Não obstante, não aceita a posição de culpar os produtores apenas. Achamos que, nesta matéria, a responsabilidade tem que ser compartilhada pela sociedade de todos os países e não apenas de alguns países. É uma questão delicada também, que tem a ver, portanto, com as relações internacionais. Estou apenas dando um exemplo para substantivar a afirmação que fiz de que essa matéria é, realmente, de transcendental importância, que se desdobra em muitos níveis e que requer esta grande mobilização nacional e essa atenção do Estado brasileiro, em particular.

Por certo, com isso não estou querendo minimizar os aspectos propriamente repressivos: a necessidade efetiva de um combate e de leis adequadas para que se possa colocar na cadeia aqueles que tenham sido considerados culpados pela Justiça. Pelo contrário, devemos enrijecer no combate à droga e na repressão, mas é preciso fazê-lo com inteligência. No duplo sentido de ter informação e de ter uma visão, também, global do processo que está sendo combatido.

Creio que já disse mais do que me caberia dizer, como pessoa. Como presidente da República, tenho a preocupação institucional. Como cidadão, a responsabilidade social por essa matéria. Mas já disse mais do que poderia dizer para um grupo de pessoas que sabem muito mais do que eu sobre todos esses tópicos, e sobre como fazer e o que fazer.

Queria apenas incentivá-los, encorajá-los, e agradecer. Agradecer ao General Cardoso, ao Dr. Maierovitch e a todos aqueles que estão, hoje, diretamente vinculados a essa questão e interessados nela. Mas queria agradecer, muito em especial, a presença de pessoas representativas que aqui se encontram, das organizações não governamentais, das várias associações, dos vários conselhos, dos vários setores do Estado brasileiro, das Forças Armadas que, diga-se de passagem, serão partes constitutivas desse esforço, não no sentido mais rude e tosco, de imaginar que as Forças Armadas irão combater diretamente como se fossem polícias, mas, sim, no sentido de que elas têm o sistema de informação adequado e dão o apoio necessário ao Estado brasileiro.

As Forças Armadas têm tido um papel permanente de suporte das ações nacionais. Mas eu quero agradecer ao general Roure que aqui está, em nome do general Zenildo, e a presença de todos demais.

Estamos aqui num colégio militar, o que é simbólico e que é militar. Dois aspectos importantes para esse esforço Antidrogas.

E queria, realmente, lhes dizer que nós faremos o possível para que essa questão fique sob controle, mas esse nós somos, todos, nós mesmos. Não é só o governo, não é só o presidente da República, mas é a sociedade brasileira. Como presidente, agradeço a todos os representantes da sociedade que aqui se encontram e que vieram para ajudar. E para ajudar, mais que ao governo, a sociedade a fazer face a esse desafio.

Vamos ter confiança. Não é fácil, mas nós temos condições de avançar. Desafios sempre existem e, havendo energia e esperança, se vencem os desafios. E nós todos temos que trabalhar pelo que os filósofos políticos clássicos chamavam de "a boa sociedade, a felicidade dos povos". E a felicidade, hoje, requer uma sociedade saudável.

Muito obrigado.

VISÃO ADMINISTRATIVA

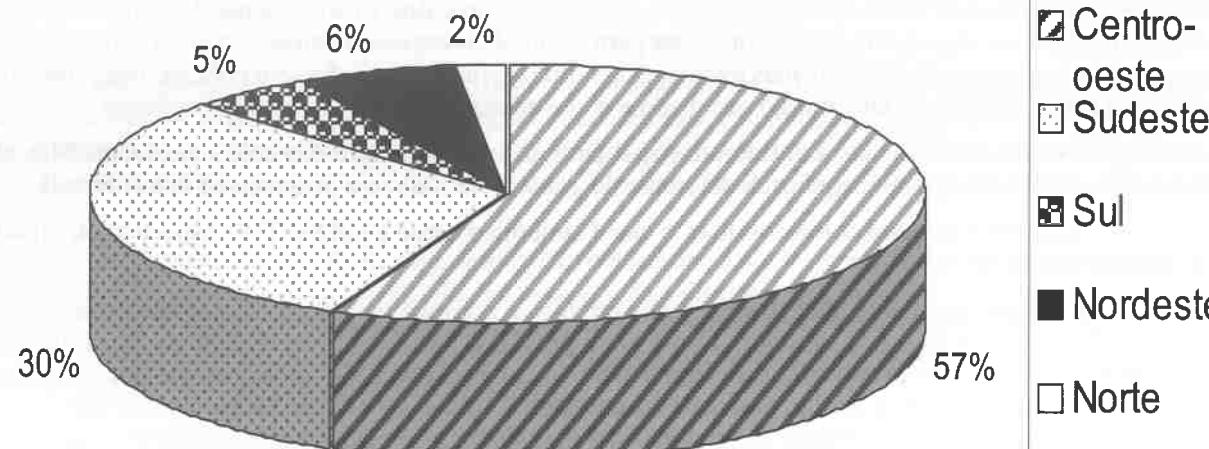
Estiveram presentes no 1º Fórum Nacional Antidrogas um total de 1231 pessoas. O Centro-Oeste foi majoritário, somando 57% dos presentes, seguido pelo Sudeste, com 30%, Nordeste, Sul e Norte, com respectivamente, 6%, 5% e 2%.

Todos os estados foram representados no evento, sendo que o Distrito Federal foi o responsável pela metade dos participantes. Outros estados também se destacaram. Foram: São Paulo, Goiás, Rio de Janeiro e Minas Gerais.

O Fórum obteve êxito ao atingir um de seus principais objetivos, qual seja, o de atrair um número expressivo de Organizações Não-Governamentais para o evento. Estiveram presentes cerca de 525 ONGs, sendo que 84 destas pertenciam ao estado de São Paulo. O Distrito Federal, com 59 ONGs, Minas Gerais, com 27 e Rio de Janeiro com 25 também se destacaram. Rio Grande do Sul e Minas Gerais compareceram ambos com 18 ONGs.

As fichas de avaliação do Fórum foram respondidas por 456 participantes e, em geral, as avaliações foram positivas. Quanto à infra-estrutura, todos os itens foram considerados ótimos ou muito bons por cerca de 60% dos avaliadores. Os coordenadores de grupo também desenvolveram bem os seus trabalhos, de acordo com 55% dos participantes. Cerca de 60% dos presentes avaliaram a metodologia empregada para o desenvolvimento do Fórum como sendo ótima ou muito boa. Para 77,17% dos presentes, as expectativas quanto ao Fórum foram atingidas.

Participantes por Região



AVALIAÇÃO DO 1º FÓRUM NACIONAL ANTIDROGAS

(Pesquisa Realizada com os Participantes)

1- INFRAESTRUTURA

	ótimo	muito bom	bom	regular	ruim
Local do Evento	68/60%	24,20%	7%	0,20%	0%
Recepção/Orientação	66,45%	24,84%	7,65%	0,85%	0,21%
Instalações/Salas	35,10%	31,71%	24,10%	8,03%	1,06%
Pontualidade	27,47%	28,26%	32,41%	10,87%	0,99%
Serviços de Secretaria	47,75%	31,47%	15%	5,14%	0,64%
Serviços de Alimentação	32,80%	26,60%	27,30%	10,78%	2,52%

2- SOBRE OS COORDENADORES DOS GRUPOS

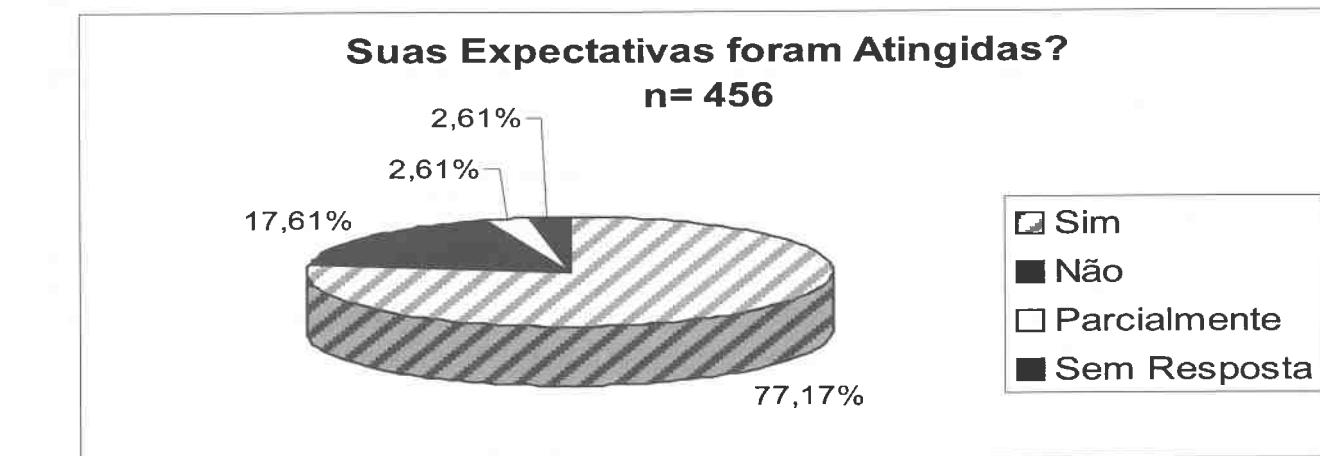
	ótimo	muito bom	bom	regular	ruim
Clareza dos Objetivos	41,33%	26,12%	20,77%	9,63%	2,15%
Coordenador dos Trabalhos	36,04%	32,75%	18,46%	7,70%	5,05%
Cumprimento das Tarefas	35,95%	32,02%	23,96%	6,32%	1,75%
Relacionamento com o Grupo	39,28%	27,85%	22,60%	7,30%	2,97%

3- METODOLOGIA

	ótimo	muito bom	bom	regular	ruim
Divisão dos Temas	42,60%	31,57%	18,22%	6,56%	1,05%
Composição dos Grupos	25,85%	39,10%	23,50%	10,05%	1,50%
Dinâmica dos Grupos (debates)	23,93%	34,83%	27,35%	10,47%	3,42%
Qualidade dos Relatórios	25,40%	38,08%	25,83%	9,13%	1,56%

4- SUAS EXPECTATIVAS SOBRE O FÓRUM FORAM ATINGIDAS?

	Sim	Não	Parcialmente	Sem Resposta
	77,17%	17,61%	2,61%	2,61%



1.2. VISÃO TÉCNICA

Ao longo da história da humanidade, o homem sempre conviveu com o uso de drogas, sem que isso fosse motivo de alarme social. As substâncias psicoativas foram, e ainda são, consumidas em diversas épocas e culturas com finalidades terapêuticas, religiosas ou lúdicas. No entanto, vários indicadores nos mostram que esse consumo tem atingido formas e proporções preocupantes no decorrer deste século, especialmente nas últimas décadas. As consequências, diretas e indiretas, do uso abusivo de substâncias psicoativas são percebidas nas várias interfaces da vida social: na família, no trabalho, no trânsito, na disseminação do vírus HIV entre usuários de drogas injetáveis, seus(suas) parceiros(as) e crianças, no aumento da criminalidade etc. São justamente os “custos sociais” decorrentes do uso indevido de drogas, cada vez mais elevados, que tornam urgente uma ação enérgica e adequada do ponto de vista da saúde pública.

Embora muitos são os estudos e intervenções que estão sendo realizados, o fenômeno do uso indevido de drogas ainda se depara com barreiras tais como os interesses econômicos envolvidos na produção e venda de drogas (lícitas e ilícitas), a incompreensão social do problema e a falta de recursos (humanos e materiais) adequados para o seu tratamento. Ainda são insuficientes as investigações que abordam a questão em suas múltiplas dimensões, pois os estudos se reduzem, na sua quase totalidade, a diagnósticos de situações e investigações sobre a consequência mais dolorosa do uso de drogas: a morte.

Quanto às políticas públicas em matéria de drogas, durante décadas a maioria dos países (incluindo o Brasil) privilegiaram a repressão das substâncias ilícitas, mas pouco se fez no campo da prevenção através da educação para a saúde. Paralelamente, as drogas lícitas, em particular o álcool e o tabaco, não mereceram nenhuma atenção e até foram alçadas, através da publicidade, à condição de promotoras de sucesso, poder, bom gosto e *finesse*.

Há sinais de que essas atitudes estão mudando, e as discussões deste Fórum mostram, em parte, uma maior sensibilidade e adequação dos profissionais preocupados com o uso indevido de drogas. No entanto, o tema continua levantando embates de caráter moral, ideológico e metodológico, que apontam a necessidade de uma reflexão mais aprofundada. Apresentaremos, a seguir, alguns aspectos que permeiam o debate atual sobre o tema.

Custos sociais decorrentes do uso abusivo de drogas

Para estimar os custos relativos ao uso e abuso de drogas (lícitas e ilícitas) em termos de saúde pública, as pesquisas têm se pautado, principalmente, nos gastos com tratamento médico, na perda de produtividade de trabalhadores consumidores abusivos de drogas e nas perdas sociais decorrentes de mortes prematuras. Já no início da década, o custo anual estimado nos Estados Unidos era superior a 100 bilhões de dólares.

No Brasil, os custos decorrentes do uso indevido de substâncias psicoativas são estimados em 7,9% do PIB por ano, ou seja, cerca de 28 bilhões de dólares (In: Secretaria de Estado da Saúde/SP, 1996). Destacamos o custo decorrente do tratamento de doenças ligadas ao uso de tabaco, que corresponde a 2,2% do PIB nacional. O custo total para o SUS das patologias relacionadas com uso de tabaco elevam-se é de R\$ 925.276.195,75¹ (Chutti, In Bucher, 1992). Contudo, o tabaco não é usualmente incluído nas estatísticas sobre dependência química. A assistência especializada no tratamento das drogas ilícitas consome, em contraposição, 0,3% do PIB (Bucher, 1992).

As internações decorrentes do uso abusivo e da dependência do álcool e outras drogas também comportam importantes custos sociais. No triênio de 1995 a 1997, mais de 310 milhões de reais foram gastos em internações decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas. Ainda neste mesmo período, o alcoolismo ocupava o 4º lugar no grupo das doenças que mais incapacitam, considerando a prevalência global;

Finalmente, devemos considerar os transtornos mentais associados ao uso e abuso de substâncias psicoativas. As Psicoses Alcólica e por Drogas, bem como as Síndromes de Dependência do Álcool e de outras Drogas são o primeiro motivo de internações psiquiátricas. Os gastos totais relativos ao diagnóstico de Dependência de Drogas (CID 304) passaram de US\$902.886,29 em 1993 para US\$2.919.933,94 em 1997. No total, os gastos diretos em internações que podem decorrer do uso de substâncias psicoativas, em hospitais gerais da rede do SUS, chega a R\$ 601.540.115,33.

¹ Segundo dados do INCA/MS, a dependência tabágica é responsável por 85% dos casos de DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), 30% dos casos de câncer, 25% dos casos de angina e IAM (infarto agudo de miocárdio) e 25% dos casos de doença cérebro-vascular.

Uso de drogas entre crianças e adolescentes

Outro aspecto que tem sido motivo de reflexão é a tendência mundial que aponta em direção à iniciação cada vez mais precoce e de forma mais pesada no uso abusivo de drogas. No Brasil, são referência os estudos realizados, desde 1987, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) sobre o uso indevido de drogas por estudantes de 1º e 2º graus e crianças e adolescentes em situação de rua. Os resultados desses levantamentos confirmam que, no país, também há um consumo cada vez mais elevado de substâncias psicoativas entre crianças e adolescentes.

O último levantamento do CEBRID², realizado em 1997, revela que o percentual de adolescentes que já consumiram drogas (uso na vida) entre os 10 e 12 anos de idade é altíssimo: 51,2% usaram álcool; 11% usaram tabaco; 7,8% solventes; 2% ansiolíticos e 1,8% já se utilizaram de anfetamínicos nessa faixa etária. Nas 10 capitais pesquisadas, cresceu a tendência para o uso frequente de maconha entre crianças e adolescentes. O uso frequente de cocaína e de álcool também aumentou em seis capitais. Quanto ao uso pesado de drogas, isto é, 20 vezes ou mais no mês, também experimentou um aumento nas 10 capitais para a maconha e, para o álcool, em oito capitais.

A situação agrava-se entre as crianças e adolescentes em situação de rua. Segundo levantamento de 1993, o uso na vida de drogas por esta população apresentava os seguintes percentuais: 82,5% em São Paulo, 71,5% em Porto Alegre, 64,5% em Fortaleza, 57% no Rio de Janeiro e 90,5% em Recife (Noto et.al., 1993). As drogas mais comumente usadas por crianças e adolescentes em situação de rua são: o tabaco, com um uso diário de 71% em São Paulo e 68,5% em Recife; os inalantes, com 42% em Recife e 24,5% em São Paulo; a maconha - 25% em Recife e 13,5% em Fortaleza; e o álcool (29% em Recife e 6,5% em São Paulo). Cocaína e derivados são mais consumidos nas capitais do Sudeste do país (6% em São Paulo e 4,5% no Rio de Janeiro) e anticolinérgicos nas capitais nordestinas (18,5% em Recife e 8% em Fortaleza).

Drogas e violência

É corriqueira a associação entre drogas e violência, especialmente no que diz respeito ao tráfico de substâncias ilícitas. No entanto, as dimensões sociais e econômicas subjacentes são usualmente obviadas, dando-se ênfase a aspectos sensacionalistas que limitam a compreensão do problema e legitimam atitudes repressivas. O aumento da violência e da criminalidade, especialmente nos centros urbanos, está diretamente vinculado a fatores como o desemprego e a distribuição desigual da riqueza, e nesse sentido deve entender-se, também, a violência relacionada com o tráfico de substâncias ilícitas.

A relação entre desemprego, tráfico e consumo de drogas, aliás, já foi comprovada por vários estudos nos EUA e Europa. Recentemente, o jornal Folha de São Paulo publicou pesquisa realizada pelo Departamento de Investigações sobre Narcóticos (DENARC) nesse estado, com 981 traficantes, usuários e dependentes de drogas. O estudo revela que, de cada 100 traficantes, 75 estão desempregados, e de cada 100 usuários e dependentes, 76 estão igualmente desempregados. Quanto à escolaridade, do total de traficantes presos pelo DENARC no ano de 1997, 87,4% estudaram até o primeiro grau completo. Além disso, a pesquisa mostra que a grande maioria dos usuários e dependentes detidos têm entre 15 e 30 anos. Assim, o perfil que este estudo apresenta é o de uma população na faixa etária mais afetada pelo desemprego e que, em decorrência da baixa escolaridade, encontra-se impossibilitada a inserção e a competição no mercado de trabalho.

No outro lado da moeda, estudos no Brasil e alhures mostram a relação entre o consumo de psicotrópicos e os atos de violência. Segundo pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Abuso de Álcool e Alcoolismo dos EUA, o uso excessivo de bebida é um fator verificado em 68% dos homicídios culposos, 62% dos assaltos, 54% dos assassinatos e 44% dos roubos ocorridos no país (In: ALCOHOL ALERT, 1997). O mesmo estudo chama à atenção sobre o uso de álcool em casos de violência doméstica: cerca de dois terços dos casos de espancamento de crianças ocorrem quando os pais agressores estão embriagados. O mesmo ocorre nas agressões entre marido e mulher.

No Brasil, pesquisadores do CEBRID analisaram em 1996 mais de 19.000 laudos cadavéricos feitos entre 1986 e 1993 no IML central de São Paulo e constataram que, de cada 100 corpos que entraram no Instituto Médico Legal neste período, vítimas de morte não natural, 95 tinham álcool no sangue.

Drogas e trânsito

Embora os acidentes de trânsito estejam entre as principais causas externas de morte no Brasil, só recentemente tem sido objeto de estudo a relação entre estes e o uso de drogas. Em 1997, pesquisa realizada nas

² CEBRID-GALDURÓZ et.al., 1997. Levantamento realizado entre 15.503 estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras

cidades de Recife, Brasília, Curitiba e Salvador, mostrou a alta presença do uso de drogas, especialmente álcool, nas situações de violência no trânsito. A média para as quatro cidades é de 61% de casos de alcoolemia positiva entre as pessoas envolvidas em acidentes (Melcop et. al., 1997).

A mesma pesquisa também verificou o uso de outras substâncias psicoativas pelas pessoas envolvidas em acidentes de trânsito, em diferentes proporções para cada cidade. No Recife, uma em cada 10 vítimas de acidentes havia feito uso de maconha (10%), o dobro do percentual detectado em Brasília (4.5%). Com relação à cocaína, não houve detecção entre os acidentados de Recife, mas nas outras três cidades os valores variaram entre 3.8% em Salvador, 3.4% em Brasília e 3% em Curitiba. Foi constatado ainda o uso de outras substâncias como os Benzodiazepínicos (3.4%), Barbitúricos (1.5%), Anfetamínicos (0.6%) e Opióides (0.3%).

Números ainda mais altos foram encontrados em outra pesquisa, desta vez realizada no período de Carnaval, na cidade de Recife: 88.2% das vítimas fatais de acidentes de trânsito tinham consumido álcool (MELCOP et.al. 1997).

O novo Código Nacional de Trânsito vai ao encontro desta preocupação e estabelece que dirigir sob influência do álcool (níveis de alcoolemia iguais ou acima de 0,6g/l) é crime. Estão previstas multa e prisão para aqueles que infringirem a norma.

Drogas e trabalho

Igualmente, é preciso chamar a atenção para os problemas relativos ao uso de drogas e sua influência no trabalho, tanto no que diz à segurança do trabalhador, física e social, quanto à produtividade das empresas.

No Brasil, estudo realizado no ano de 1993 pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo - FIESP (Waismann, 1995) aponta que de 10 a 15% dos empregados tem problemas de dependência, e que este abuso:

- é responsável por três vezes mais **Licenças Médicas** que outras doenças;
- aumenta cinco vezes as chances de **Acidentes de Trabalho**;
- está relacionado com 15 a 30% de **Todos os Acidentes** no trabalho;
- é responsável por 50% de **Absenteísmo** e **Licenças Médicas**;
- leva à utilização de oito vezes mais **Diárias Hospitalares**;
- leva a família a utilizar três vezes mais **Assistência Médica e Social**.

Esses dados são confirmados por outras pesquisas (Dias et.al. 1997, Campana, 1997).

Drogas e AIDS

Com a expansão da epidemia da AIDS, o consumo de drogas requer uma atenção ainda maior. Desde 1982, quando se registrou o primeiro caso de AIDS entre usuários de drogas injetáveis no país e, principalmente, a partir de 1985, o curso dos casos de AIDS entre esta população vem tendo um aumento expressivo. Em 1985 este número representava 2,7% do total (14 casos), já em 1990 chegou a 18,2% (736 casos). Atualmente, cerca de 25% dos casos de AIDS notificados ao Ministério da Saúde estão relacionados com o uso de drogas injetáveis.

Dados do "Projeto Brasil"³ indicam que em cidades como Santos (SP) e Itajaí (SC) a prevalência de HIV entre usuários de drogas injetáveis alcança o índice de mais de 60%, dos casos identificados. Nas quatro cidades pesquisadas (Santos, Salvador, Rio de Janeiro e Itajaí), o índice de compartilhamento de seringas varia de 56% na região centro-oeste a 85% no Sul. A transmissão através do compartilhamento de seringas é, também, um dos fatores responsáveis pelo crescimento do número de casos de AIDS entre as mulheres, parceiras sexuais dos usuários e, consequentemente, da AIDS pediátrica.

Conclusões

Sem dúvida, os dados apresentados justificam o apelo aos diversos setores - governamental e não governamental - para que estes possam responder à demanda gerada pelo uso indevido de substâncias psicoativas. A assistência aos transtornos relativos decorrentes do consumo de drogas deve espelhar a realidade nacional e caminhar no sentido de propiciar a atenção integral à saúde do indivíduo, em ambientes alternativos à internação hospitalar, através da atuação interdisciplinar das equipes técnicas, e com a participação comunitária, possibilitando não somente a recuperação clínica do dependente, mas principalmente sua reabilitação e reinserção social.

As discussões e propostas apresentadas neste documento mostram uma visão panorâmica das alternativas de alguns dos agentes envolvidos nesta problemática no nosso país.

³ O Projeto Brasil é um estudo epidemiológico, transversal, financiado pela Coordenação Nacional de DST/AIDS, envolvendo vários centros - Santos, Salvador, Rio de Janeiro, Itajaí e um pool de cidades da Região Centro-Oeste.

2. OS GRUPOS DE TRABALHO

2.1. GRUPO PREVENÇÃO

Coordenação geral: Ana Glória Melcop

"Uma longa viagem começa com um único passo"

Lao - Tsé

Nos últimos anos, o consumo de drogas tem aumentado no Brasil e preocupado cada vez mais a sociedade e as autoridades públicas. No entanto, seu uso não é exclusivo dos *tempos modernos*. Ao longo da história, o homem sempre conviveu com a utilização de substâncias psicoativas embora seus motivos nunca fossem idênticos. Na evolução dos povos, vemos que o consumo de drogas foi adquirindo características próprias. Na nossa sociedade, o seu uso também tem variado significativamente no tempo e a depender do contexto e posição social dos consumidores. Desta forma, vemos que o consumo de drogas adquire as características próprias de cada época e de cada segmento social: ele pode agregar tanto quanto marginalizar, ter caráter religioso ou profano, de comunhão ou contestador, coletivo ou individual.

Neste contexto, falar em prevenção é falar de um empreendimento dialético, dinâmico e evolutivo. É buscar compreender o uso de drogas como fenômeno complexo da vida em sociedade, permeado por questões políticas, econômicas, sociais e culturais que se relacionam com a subjetividade humana, a moral, as relações de poder, as relações institucionais e pessoais, entre outras (Bucher, 1992; Macrae, 1988).

Prevenção significa uma pré-intervenção, ou seja uma intervenção a ser efetivada antes que determinado fenômeno ocorra. É importante enfatizar a falta de sentido que existe em se falar de prevenção de drogas, uma vez que drogas não são "preveníveis". As drogas são apenas substâncias psicoativas, naturais ou sintéticas, que podem ser utilizadas pelo homem com diferentes finalidades. Não podemos dar a uma determinada droga uma conotação de algo bom ou ruim, assim não podemos considerar uma droga em si como algo destrutivo ou criativo. O que vai poder ser destrutivo ou criativo é a maneira pela qual o homem se relaciona com uma droga independentemente do produto químico em questão (Xavier da Silveira, 1990).

Nesse sentido, em países como o nosso "*o uso da droga é feito menos com a finalidade de obter prazer do que de amenizar o sofrimento (...)* A pessoa que vive em condições sociais tão precárias a ponto de passar fome, estará obrigatoriamente em contato com outros problemas e outras restrições: falta de perspectivas profissionais; dificuldades de relacionamento humano decorrentes da situação social (por exemplo, discriminação); problemas de saúde; dificuldades de acesso à informação e à formação cultural. Isto terá repercussões em sua vida emocional, gerando sentimentos mais ou menos duradouros de angústia, nervosismo, desânimo e tristeza que poderão ser minorados através do uso de drogas psicotrópicas" (Bucher, 1988).

Isto posto, consideramos que a prevenção é uma intervenção que visa evitar o estabelecimento de uma relação destrutiva de um indivíduo com uma droga, levando em consideração o seu contexto social, econômico e cultural. Optamos, assim, por falar em *Prevenção ao Uso Indevido de Drogas*, reconhecendo por conseguinte a existência de diversos padrões de uso que não necessitam de qualquer tipo de intervenção. Acrescentamos que a legalidade ou ilegalidade de uma substância química não tem qualquer relação com esta questão, pois observamos uso indevido de substâncias ilegais, bem como o uso recreativo de substâncias legais.

Prevenção implica em significações distintas para o indivíduo e para a sociedade, que são (Morel, 1989):

§ Para a sociedade, prevenção significa o domínio dos limites e riscos contidos nas relações com os objetos que esta sociedade produz no âmbito do bem-estar e do prazer;

§ Para o indivíduo, prevenção significa o domínio de uma dialética universal entre liberdade e dependência.

Nenhuma ação preventiva deve buscar a supressão do uso do álcool e de outras drogas, pois este seria um objetivo utópico além de questionável: o estabelecimento de uma sociedade livre de drogas, preconizando a abstinência do uso e não reconhecendo a existência de distintos padrões de consumo (recreativo, abusivo e dependência). Contrapomos, a esta perspectiva de prevenção, as seguintes reflexões:

§ Uma sociedade livre de drogas constituiria um objetivo obviamente inatingível;

§ A maioria dos indivíduos experimenta ou usa drogas ocasionalmente, não estabelecendo nenhuma relação de dependência;

§ Esta ação não teria qualquer efeito sobre os usuários de drogas, induzindo a estigmatização do uso e, consequentemente, desincentivando os indivíduos a procurarem ajuda;

§ Centralizaria o problema no consumo de drogas ilícitas, desconsiderando a magnitude dos problemas causados pelo consumo de substâncias legais (acidentes de trânsito; homicídios; violências; DST e AIDS entre outros);

§ Finalmente, esta ação iria ferir os princípios básicos de respeito à individualidade e aos direitos de cada cidadão.

Uma intervenção preventiva deve estar baseada em estratégias pragmáticas na área de saúde pública e partilhar dos princípios de cidadania e de direitos humanos. Um exemplo é a estratégia da Redução de Danos, que visa minimizar as consequências adversas do consumo de drogas lícitas e ilícitas e, consequentemente, suas situações de risco. Outro aspecto importante a considerar é que a prevenção não pode ser improvisada; ela exige planejamento. E, como já foi dito, planejar qualquer ação de prevenção ao uso indevido de drogas não pode ser dissociado de outras medidas necessárias para a melhoria das condições de vida dos seus usuários.

O abuso de drogas deverá ser compreendido pelas políticas de prevenção como um estado de mal-estar tanto do indivíduo quanto da sociedade. Na relação entre o usuário e a droga, dentro desse contexto, poderíamos ter algumas estratégias preventivas:

§ Diminuir a oferta do produto;

§ Diminuir a demanda por parte do usuário;

§ Influir sobre as circunstâncias favorecedoras da oferta e da procura;

§ Diminuir as situações e os comportamentos de risco (violência, desequilíbrio emocional, delinqüência etc.).

Qualquer política de prevenção deverá contribuir para a responsabilização dos indivíduos a que se destina, buscando a sua conscientização e a mudança de seus comportamentos e atitudes. Uma política de prevenção eficaz, portanto, deverá estar em acordo com os princípios fundamentais da democracia e da cidadania.

Não existe uma política ideal, nem única de prevenção. Cada modelo deverá considerar as peculiaridades e a realidade sócio-econômica e cultural em que a população está inserida. Deverá ser desenvolvido por um período de tempo previamente estabelecido e ser avaliado continuamente. Deverá formar pessoas e intervir pedagogicamente e criativamente sobre os problemas decorrentes do abuso de drogas. Por fim, deverá mobilizar vários e diferentes atores sociais, pois prevenir o uso e abuso de drogas é uma tarefa não apenas de especialistas mas, também, da sociedade como um todo.

SUBGRUPO PI -

REDUÇÃO DE DANOS E PORTADORES DE HIV E AIDS

Coordenadores – Luiz Fernando Marques e Eliane Seidl

Relatora – Valéria Oliveira

A redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

A redução de riscos e danos à saúde, prevista na Constituição Brasileira como um dos direitos de cidadania, trata da proteção e da recuperação da saúde de pessoas que, no caso da dependência química, encontram-se sob uma situação de risco adicional, pela forma com que compensam a sua adição às drogas.

A redução de danos – RD aplica-se ao controle dos efeitos adicionais adversos de qualquer substância psicoativa. Em relação aos fumantes, por exemplo, a RD propõe a fixação de adesivos impregnados de nicotina à pele, havendo então a liberação desta substância em pequenas quantidades, diminuindo a síndrome de abstinência decorrente da ausência da droga. Dessa forma, os sintomas típicos da ausência de nicotina, tais como a agitação psicomotora, a necessidade de estar sempre comendo e a dificuldade de dormir, são controlados, favorecendo o estado de **tranqüilidade necessário para a desintoxicação**. Esse é um exemplo de RD pela substituição da via de inoculação da própria droga, com vistas a preparar o dependente para reduzir o seu consumo, ou eliminá-lo, de forma definitiva.

Em relação às pessoas que usam a via injetável para se drogarem, a RD promove o recolhimento de seringas e agulhas utilizadas, substituindo-as por equipamentos esterilizados. Os usuários de drogas injetáveis, geralmente em estado de grande exclusão social, são abordados nos lugares e momentos em que as práticas de risco à saúde estão em curso; ou seja, quando, para o uso de drogas, há o compartilhamento de equipamentos de injeção por várias pessoas. A RD é, portanto, uma ação de saúde pública que envolve uma intervenção pragmática com vistas à prevenção das graves doenças de transmissão sangüínea.

A estratégia da RD é necessária para proteger aqueles indivíduos que, num período de sua vida, usam drogas de forma compulsiva e arriscada. Sem essa medida, eles estariam sujeitos a seqüelas irreversíveis, como as infecções pelos vírus da hepatite e da AIDS. Somese a isso a crescente disponibilidade de substâncias lícitas e ilícitas ao alcance da população. Ademais, nem todas as pessoas estão preparadas para o tratamento convencional que apregoa a abstinência total e imediata. E, ainda que elas estivessem dispostas a submeter-se a ele, não haveria, em curto prazo, a disponibilidade de instituições especializadas e próximas de seu alcance que as acolhessem.

Além da proteção individual, a RD estende os seus benefícios a toda a rede de pessoas que se relacionam com os usuários de drogas injetáveis. No Brasil, cerca de 1/3 das mulheres portadoras do vírus da AIDS são ou já foram parceiras de usuários de drogas injetáveis infectados pelo HIV. Por essa via de transmissão, portanto, a epidemia de AIDS acomete e vulnerabiliza as mulheres, com consequente aumento do número de casos de crianças que nascem infectadas pelo vírus da AIDS.

Finalmente, a política nacional de drogas em vigência realiza intervenções em três níveis: 1) repressão, com seus instrumentos próprios de atuação; 2) prevenção primária, para atuar na promoção de uma vida saudável e na prevenção específica ao uso indevido de drogas, destinada, principalmente, aos jovens; e 3) prevenção de nível terciário, que inclui as ações de tratamento à dependência química e, para as pessoas mais afetadas e com riscos adicionais causados pelo uso de drogas, a redução dos danos secundários relacionados à maneira com que as consomem.

As várias intervenções são complementares e beneficiam a públicos diferentes, que devem ser contemplados por políticas sociais específicas.

Mais do que uma política de Estado, a estratégia de redução de danos é, principalmente, uma medida

revestida do mais profundo caráter humanitário.

Nota sobre o funcionamento do subgrupo PI

Em função do grande interesse despertado pelo tema Redução de Danos (RD) e da pouca afluência ao grupo de Portadores de HIV e AIDS, os coordenadores e membros de ambos os grupos acordaram em constituir um grande grupo único para a discussão de ambos os temas. A composição final, no início dos trabalhos, foi de 42 pessoas inscritas para o primeiro tema e quatro para o segundo.

Como acordado pelo grupo técnico, ficou a cargo dos coordenadores a apresentação de dados e reflexões sobre o tema do subgrupo. Nesta fala, a redução de danos foi contextualizada como um instrumento da área de saúde pública com aplicações ao trabalho com drogas lícitas e ilícitas e, no contexto da epidemia de AIDS, para o controle das infecções de transmissão pela via do compartilhamento de equipamentos para uso de drogas injetáveis.

Abertas as discussões, evidenciou-se que havia dois grupos bem distintos em posições ideológicas-metodológicas e na procedência institucional. Um deles, mais ligado à área de tratamento e concepções religiosas, já trazia uma posição fortemente contrária à Redução de Danos. O outro, ligado a projetos de Redução de Danos de organizações governamentais e não governamentais, propunha-se a discutir o tema e aprimorar as suas estratégias.

Entre os membros do primeiro grupo, já teria havido debates a partir dos quais adotou-se na oficina uma posição previamente definida; a sua participação no grupo temático foi para defender posição contrária à RD. Houve, inclusive, a distribuição prévia de documentos que assimilavam a Redução de Danos à mera distribuição de seringas e a confundiam com uma suposta proposta de legalização das drogas.

Nesta direção, o grupo ligado ao tratamento propunha a discussão de temas alheios ao tema em questão e que eram objeto de discussão de outros subgrupos do Fórum, tais como: a prevenção do uso de drogas em escolas ou a regulamentação e formas de financiamento de comunidades terapêuticas.

Evidenciou-se a dificuldade de conciliação dos interesses representados. Neste sentido, as intervenções da coordenação deram-se no sentido de que as pessoas pudessem realmente discutir a RD e as formas de cooperação entre os dois grandes grupos representados, então, por cerca de setenta pessoas. Com a intenção de que as pessoas se reagrupassem e que houvesse a participação de representantes das duas posições majoritárias, a coordenação propôs a seguinte pauta, a ser discutida em até três subgrupos:

1. Modelos possíveis e necessários de RD em nossa sociedade;
2. Formas de articulação entre os serviços/projetos de intervenção de RD e os de tratamento;
3. Propostas de sensibilização e de educação para pessoas/instituições que trabalham com usuários de drogas.

Não houve a aceitação da proposta porque o grupo de tratamento alegou que boa parte do mesmo não conhecia em profundidade a proposta de Redução de Danos do Ministério da Saúde e, portanto, não poderia referendá-la. Neste ponto, foi reafirmado pela coordenação que a inscrição para a participação nas discussões pressupunha o conhecimento do tema em pauta e que o que se buscava eram subsídios à SENAD para a proposição/ajuste de política, para a incorporação de novos parceiros e, no caso da redução de danos, para a melhoria da estratégia.

Neste impasse, e com a presença do coordenador técnico do evento, Dr. Evaldo Melo de Oliveira, foi acordado que haveria a divisão do grupo em dois subgrupos e que o que os diferenciaria seria a aceitação da estratégia da redução de danos com a distribuição de seringas. Esta medida foi possível pois, no plano do discurso, todos os participantes concordam e apoiam a redução de danos, à exceção da inclusão desta estratégia.

Assim feito, em cerca de três horas foram produzidos os dois documentos de grupo que compõem este relatório. Na divisão dos mesmos, cerca de 68% dos presentes agregaram-se em torno da proposta de abstinência como única forma de tratar a questão drogas. Eles pertenciam a grupos religiosos, ligados à área de tratamento, nomeadamente: Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas, Amor Exigente, Pastoral de Dependência Química/CNBB – e pessoas ligadas ao aparato policial. Os outros 32% do total, estavam ligados a pessoas que já desenvolvem atividades de redução de danos, em instituições governamentais, incluindo universidades, e não governamentais, bem como outras pessoas que foram convencidas por esta proposta.

Acordou-se que cada um dos subgrupos ficaria responsável pela coordenação e relatoria das discussões havidas internamente. Os dois documentos que se seguem são o fruto desta profícuo embate de idéias.

Subgrupo PI/01 - Modelos De Redução De Danos Incluindo Troca De Seringas

Coordenador: Emerson Bernardes da Silva,

Relator: Rachel Pinheiro

Pressupostos:

1. A saúde como direito de todos e dever do Estado;
2. A compreensão da Redução de Danos à saúde pelo uso indevido de drogas em amplo sentido, priorizando o indivíduo e suas necessidades, o que pode incluir estratégias específicas como a troca de seringas e a substituição de drogas, entre outras;
3. Às estratégias de Redução de Danos, para aplicação em grupos específicos, somam-se as ações de tratamento, de prevenção primária e de repressão, atendendo as necessidades das diversas clientelas;
4. O alto índice de infecção pelo HIV e outros agentes de doenças de transmissão sanguínea entre usuários de drogas, especialmente as injetáveis, e seus parceiros;
5. A prevenção abrangente e eficaz às infecções de transmissão sanguínea tem custo reduzido quando comparado às doenças consequentes;
6. As estratégias de redução de danos, aplicáveis às drogas lícitas ou ilícitas, são ações do campo da saúde pública, e têm ampla repercussão bio-psiquico-econômico-social;
7. A grande disponibilidade e a inevitabilidade do uso de substâncias psicoativas na sociedade requerem ações políticas integradas dos setores da saúde, educação e segurança entre outras.

1. Estratégias Gerais

As estratégias de redução de danos em relação aos diferentes tipos de dependentes de drogas lícitas e ilícitas deverão ser baseadas em estudos e pesquisas que apontem as formas mais adequadas de intervenções de acordo com as especificidades de cada região. Deverão contemplar todos os comportamentos de risco associados ao seu consumo, entre eles: acidentes de trânsito, DST/HIV, violências.

Mais detalhadamente temos:

1. Criação de programas-referência de redução de danos em cada estado;
 2. Criação de uma instância específica de Redução de Danos na Sub-Secretaria de Prevenção e Tratamento da SENAD, que atue em parceria com os responsáveis por estas ações nos estados, municípios e nas organizações governamentais e não governamentais;
 3. Apoio da SENAD à política de Redução de Danos do Ministério da Saúde, divulgando e criando fóruns específicos de discussão;
 4. Criação de campanhas educativas que divulguem as estratégias de Redução de Danos visando o esclarecimento à sociedade em relação à sua aplicação e seus benefícios;
 5. Constituição de uma comissão de ética na SENAD, para assessoria aos trabalhos da SENAD ;
 6. Criação de uma rede informatizada e um catálogo contendo os nomes dos profissionais e especialistas, bem como das instituições envolvidos com a questão de drogas.
- Destaque em plenária: acrescentar "que assim o desejarem"⁴;*
7. Apoio técnico e financeiro da SENAD para a pesquisa sobre o mapeamento sobre uso e usuários de drogas, nas diversas regiões do país;
 8. Inclusão na página da Internet da SENAD das referências das redes, associações e de programas e projetos nacionais e internacionais que abordam a questão drogas para facilitar o acesso aos interessados;

9. Fortalecimento de sistema de referência e contra-referência entre as instituições que atendem pessoas usuárias de drogas e soropositivas para o HIV, visando a integração dos profissionais, a integralidade e a qualidade dos serviços prestados;

10. Cumprimento da lei que proíbe o teste anti-HIV compulsório e a não admissão e/ou discriminação de soropositivos e/ou de usuários de drogas em locais de trabalho público e privado bem como, nas unidades de saúde, clínicas de tratamento e comunidades terapêuticas.

11. Considerar a abstinência como uma forma de redução de danos.

2. Estratégias específicas em relação ao uso de álcool

Em relação ao consumo de álcool, as estratégias deverão contemplar ações educativas, de fiscalização e de cumprimento das leis, tais como:

- Proibição da venda de bebidas alcoólicas nas estradas;
- Proibição da venda de bebidas alcoólicas a menores de idade;
- Ampliação do uso do bafômetro;
- Atuação da mídia como veículo educativo no processo de mudança de atitudes sociais em relação ao uso de álcool.

3. Estratégias específicas em relação ao uso de drogas injetáveis

1. Sensibilização de setores sociais, tais como a justiça, educação, saúde e mídia, além de associações representativas da sociedade civil sobre as políticas de redução de danos;

2. Estímulo a parcerias com universidades e instituições de pesquisa para promoção de estudos e avaliações dos projetos de redução de danos, em especial a estratégia de distribuição/troca de seringas;

3. Apoio político, técnico e financeiro aos projetos governamentais e não governamentais de redução de danos existentes e a implantação de novos projetos, segundo critérios de avaliação de sua qualidade;

4. Promoção da articulação entre o sistema judiciário e os serviços de saúde geral e de atenção ao usuário de drogas, visando a implementação efetiva de políticas de Redução de Danos, e que não incluam o tratamento compulsório;

5. Promoção da articulação entre o sistema judiciário e os serviços de saúde e os de atenção ao usuário de drogas, visando a implementação efetiva de políticas de Redução de Danos,

6. e não a tratamento compulsório;

7. Respaldo legal aos projetos de Redução de Danos, mais especificamente à intervenção com troca de seringas, a exemplo das normas recentemente editadas no Estado de São Paulo.

8. Programas de capacitação de gerentes, técnicos e trabalhadores de campo - redutores de danos - contemplando temas como as DST/AIDS, outras doenças infecto-contagiosas, aconselhamento, abordagem de pares, atividades em campo, estratégias de redução de danos, manejo das overdose;

9. Na implementação das estratégias de redução de danos, entre e para usuários de drogas injetáveis, objetivando a prevenção das infecções de transmissão sexual e sanguínea, deverão ser consideradas:

- Educação continuada sobre o uso seguro de drogas e sobre sexo seguro;
- Desinfecção de seringas e agulhas quando não houver equipamentos estéreis disponíveis;
- Distribuição do kit preventivo contendo: material educativo específico, preservativos, água destilada; agulhas e seringas estéreis;
- Distribuição ou troca de seringas de forma avulsa;
- Distribuição do kit preventivo de forma continuada e intermitente;
- Distribuição de forma contínua e intermitente de preservativos;
- Serviços de referência para o tratamento da demanda gerada;

Subgrupo PI/02 - Modelos De Redução De Danos Incluindo Troca De Seringas

Coordenador: Luiz Antônio Bortolin

Relator: Benedicto Antônio Moretti

1. Conceito de Redução de Danos:

Processo de prevenção e tratamento da doença bio-psico-sócio-espiritual - da drogadicção e que necessita das diversas áreas da sociedade para viabilizar a recuperação.

2. Política:

Prevenção, tratamento e reinserção social dos drogaditos/dependentes químicos e intervenção junto aos órgãos facilitadores do processo de drogadicção.

3. Estratégias:

3.1. Prevenção:

- 3.1.1. Cumprimento e aperfeiçoamento da lei 6.368, de 21.10.76 e demais legislação pertinente;
- 3.1.2. Distribuição de recursos financeiros com melhor alocação das verbas;
- 3.1.3. Capacitação e treinamento de recursos humanos para atuação em frentes de trabalho;
- 3.1.4. Incentivo à pesquisa para o mapeamento da situação concreta de cada região, para melhoria da atuação das frentes de trabalho;
- 3.1.5. Criação de centros de acolhimento para familiares de dependentes químicos, com vistas à disseminação de informações, atendimentos emergenciais e encaminhamentos para a rede de instituições governamentais ou não governamentais;

3.2. Tratamento:

- 3.2.1. Criação, regulamentação, fiscalização e apoio às comunidades terapêuticas, centros de tratamento e assemelhados, numa parceria de órgãos governamentais, ONGS afins;
- 3.2.2. Capacitação e treinamento de recursos humanos para atuação em frentes de trabalho;
- 3.2.3. Bolsas para carentes subsidiadas pelo governo;
- 3.2.4. Reconhecimento e apoio logístico às várias entidades e grupos de mútua ajuda existentes na sociedade brasileira;
- 3.2.5. Formação de multiplicadores visando o resgate da qualidade de vida, cidadania e do sentido da vida.

3.3. Reinserção Social:

- 3.3.1. Estruturação de ações de reinserção do dependente químico no contexto social, envolvendo o campo profissional, sócio-cultural e espiritual;
- 3.3.2. Incentivo à formação de cooperativas específicas de serviços e de trabalho, visando a prevenção e a redução da recaída;
- 3.3.3. Estruturação de ações de reinserção familiar, resgatando os valores das autoridades paterna, materna e fraterna;

Conclusão:

Considerando as dimensões e peculiaridades regionais do Brasil, deve-se atentar às dificuldades existentes para redução de danos que englobem as diversas drogas usadas indevidamente. Para tanto, indica-se a abstinência total como fundamental no contexto do tratamento.

Diante do exposto, e considerando as formas de redução de danos propostas, sugerimos aos órgãos competentes um repensar os programas vigentes, tais como os programas de substituição de drogas pesadas por drogas leves, de trocas de seringas e outros. A continuação deles não só causa prejuízos ao dependente químico como ao próprio governo, que poderá ser acionado na justiça em ações indenizatórias.

Subgrupo P2 - Populações Excluídas

Coordenador: Claudia Regina Merçon de Vargas

Relatadora: Roseli Santos Burmann

Secretária: Emeli Marques Costa Leite

O grupo considerou populações excluídas aquelas que, por questões econômicas ou sócio-culturais, estão mais vulnerabilizadas e não são suficientemente contempladas pelas políticas públicas. Por isso, demandam uma atenção especial. Entre elas, incluem-se os portadores de deficiências físicas, os moradores, meninos e meninas de rua, índios, portadores de HIV, profissionais do sexo e população carcerária.

PROPOSTAS

1. Elaborar políticas diferenciadas, respeitando as diversidades desses grupos;
2. Elaborar programas para resgatar a auto-estima;
3. Criar espaços alternativos de convivência e de tratamento;
4. Capacitar recursos humanos para lidar com as especificidades que estes grupos requerem;
5. Elaborar material de prevenção às drogas em braile para os portadores de deficiência visual;
6. Criar campanhas de comunicação dirigidas aos deficientes auditivos e às pessoas portadoras de deficiência de uma forma geral;
7. Garantir o acesso aos serviços públicos;
8. Realizar um trabalho de conscientização da comunidade para reconhecer e respeitar os direitos das populações excluídas;
9. Estimular o exercício da cidadania, para que estas populações se organizem e reivindiquem o direito à saúde, educação, trabalho, lazer, entre outros;
10. Criar fóruns permanentes de discussão sobre as necessidades específicas destes grupos em relação à prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários e dependentes de drogas.

SUBGRUPO P3 - PARTICIPAÇÃO E MOBILIZAÇÃO SOCIAL

Coordenadores: Maria Alice Araújo e Aluisio Andrade

Prevenir o uso indevido de drogas não é tarefa única das autoridades médicas, policiais ou judiciárias. São necessários o apoio e a participação da comunidade na elaboração e execução de programas preventivos.

A mobilização comunitária deve ter iniciativa e criatividade para desenvolver ações que completem as oficiais e atinjam a população em geral. Diversificando os canais comunitários e unindo forças da comunidade, torna-se possível aumentar as ações preventivas e ampliar o impacto na sociedade.

Para incentivar o processo de mobilização e participação popular é necessário um trabalho constante, que desperte a consciência das pessoas para a justiça, para a democratização social e para o exercício pleno da cidadania.

PROPOSTAS

1. Identificar as necessidades da comunidade para planejar e implementar ações específicas, gerando o seu comprometimento e envolvimento;
2. Incentivar o envolvimento das instituições de Ensino Superior, visando maior integração com a comunidade, a fim de contribuir para o levantamento das necessidades e de indicadores de desempenho dos trabalhos de prevenção.
 - *Inclusão da participação das Universidades na prevenção do uso de drogas nas atividades contempladas por resarcimento via SUS, do Ministério da Saúde. Uma vez que são afetos a área de saúde e coordenadas pelos hospitais universitários;*
3. Integrar as políticas públicas voltadas para a questão das drogas com a política das outras áreas sociais (educação, saúde, saneamento, serviço social, etc.);
4. Priorizar a mobilização de instâncias comunitárias já organizadas (clubes de serviços, associações de bairros, igrejas, ONGs, clubes de futebol, sindicatos, grêmios estudantis, associações de pais, de moradores, grupos de ajuda mútua) estimulando a integração com os diversos segmentos sociais;
5. Divulgar e difundir os trabalhos comunitários existentes, propiciando troca de experiências;
6. Investir na capacitação de recursos humanos, priorizando o treinamento de agentes comunitários de saúde, jovens e família;
7. Estimular a valorização da cidadania através do voluntariado;
8. Co-responsabilizar a comunidade pela melhoria de sua qualidade de vida;
9. Subsidiar tecnicamente a mídia, no incentivo de campanha de qualidade de vida, sem enfatizar os aspectos negativos das drogas;
10. Estimular a mudança de comportamento de risco na comunidade;
11. Capacitar os profissionais da área da educação com o objetivo de introduzir temas relativos às drogas em suas disciplinas, priorizando as recomendações do MEC no tocante aos temas transversais;
12. Incluir nos órgãos formadores de recursos humanos (escolas, universidades, academias militares, etc.) o tema prevenção ao uso/abuso de drogas;
13. Produzir material didático (vídeos, textos, etc.) específicos para os diversos segmentos sociais;
14. Incentivar a utilização de espaços públicos e privados para promoção de atividades esportivas, culturais e artísticas, possibilitando maior integração comunitária;
15. Elaborar, com a participação da comunidade, planos municipais e estaduais de prevenção visando à sistematização das ações, criando-se, para tanto, os fundos necessários;
16. Propor modificações na legislação tributária, possibilitando descontos das doações no Imposto de Renda, como meio de incentivo às doações;

17. Incentivar a integração e cooperação entre o Ministério Público, a Polícia e o Poder Judiciário nas ações preventivas, assistenciais, judiciárias e repressivas;
18. Tornar obrigatória a criação dos Conselhos Municipais Antidroga, com maior representação popular;
19. Fortalecer os Conselhos Municipais e Estaduais Antidroga, reafirmando sua função de gerenciamento nas áreas de prevenção, fiscalização e repressão;
20. Incentivar a integração entre os Conselhos Antidroga e os demais Conselhos que atuem nas áreas social, de saúde, educação, cultura, segurança pública, meio ambiente e outros;
21. Considerar todas as classes sociais como merecedoras de igual atenção nos planos de prevenção;
22. Exigir que o MEC, enquanto normatizador das políticas educacionais, comprometa-se efetivamente com a política de prevenção.

SUBGRUPO P4 - AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE

Coordenadora: Rosane Correia e Silva

Secretária: Janaína Bortoluzzi Cardoso

Relator: Mário Antônio Garófalo

O grupo considerou fundamental para a implementação de programas de atenção primária aos usuários de drogas a capacitação dos profissionais que trabalham nas diversas unidades de saúde e no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF). Também entendeu como prioridades: o estabelecimento de sistemas de referência e contra-referência, tanto no âmbito da saúde quanto no âmbito social; a intervenção preventiva junto à família, a escola e à comunidade em geral; e o compromisso político dos gestores dos três níveis de governo.

PROPOSTAS

1. Capacitar todos os profissionais da área de saúde que atuam na atenção primária;
2. Treinar os agentes comunitários em saúde;
3. Formar os agentes comunitários na comunidade;
4. Promover a reciclagem permanente;
5. Monitorar e avaliar as ações;
6. Elaborar, distribuir e atualizar, de forma permanente, os manuais técnicos e material didático e informativo (cartilha, cartaz, peça de teatro, spot para rádio, filme para TV, software, etc.), com observância de rigor técnico e administrativo na elaboração e distribuição desses produtos;
7. Sensibilizar e promover os gestores das três esferas do governo;
8. Criar e adequar a Rede de Atenção à Saúde na área de dependência química;
9. Expandir a rede ambulatorial e outros recursos básicos de saúde para o atendimento da demanda de usuários dependentes de droga, buscando, ainda, complementação com a rede privada/ONGs e planos de saúde;
10. Alterar a redação do item 14 (quatorze) do BLOCO 2 (Grupos Prioritários do Trabalho do ACS) do PACS (Programa de Agentes Comunitários em Saúde): Crianças/Adolescentes/Adulto e as drogas lícitas/ilícitas;
11. Desenvolver ações e atividades de prevenção primária e secundária junto à escola-família-comunidade em geral;
12. Articular e apoiar iniciativas desenvolvidas na comunidade, estabelecendo a criação de uma rede social;
13. Criar mecanismos de sensibilização e orientação à população jovem;
14. Incluir os psicólogos e assistentes sociais nos Programas de Saúde da Família;
15. Criar e incluir na tabela do SUS, o procedimento de atendimento-desintoxicação domiciliar;
16. *Propor ao Ministério da Saúde que, ao vincular a propaganda de bebidas alcóolicas na mídia, inclua uma vinheta com dizeres obrigatórios “a bebida alcóolica causa dependência química e desestrutura a família”;*
17. *Obrigar os planos de saúde a atender os usuários de drogas e seus familiares e a manter programas direcionados à prevenção do uso de drogas.*

⁴ Os destaques em plenária aparecerão sempre em itálico e na sequência.

SUBGRUPO P5 - PROGRAMA DE ESPORTE, CULTURA E LAZER

Coordenador: Silas Munguba e Paulo César Varella Plutarco

Relatores: Maria Abadia Silva e Desilmar Vanderley

O grupo entendeu que há necessidade de incentivar a população, principalmente os jovens, às práticas esportivas e culturais como meio saudável de prevenção ao uso de drogas. Para isso, todas as entidades (públicas e privadas) devem contribuir, cedendo espaços físicos ou facilitando, de alguma forma, a participação em tais atividades. Concluiu, ainda, que os grandes eventos esportivos, culturais e de lazer podem servir como espaços adequados para divulgação de mensagens de alerta ao uso indevido de drogas.

PROPOSTAS

1. Ceder as escolas públicas e privadas à comunidade para eventos esportivos, culturais e de lazer, quando ociosas;
2. Ampliar o número de bibliotecas móveis;
3. Apoiar e incentivar as entidades que atuam na área de esportes, cultura e lazer como forma de prevenção;
4. Disseminar o controle “antidoping” em todas as modalidades esportivas;
5. Veicular obrigatoriamente nas divulgações de eventos esportivos, culturais e de lazer mensagem de prevenção ao uso indevido de drogas;
6. Colocar à disposição da sociedade um maior número de quadras poliesportivas;
7. Utilizar a cultura, o esporte e o lazer como veículo adicional ao Sistema Nacional de Prevenção Antidrogas;
8. Criar um pacto nacional pela vida, com compromisso de preservação dos parques, escolas e praças;
9. Instituir concursos nacionais para estimular o debate e o envolvimento da sociedade na criação de material que possa ser utilizado no trabalho de prevenção;
10. Criar uma política cultural para envolver a população das periferias em atividades ligadas à música, incentivando a realização de festas cívicas e folclóricas;
11. Criar um calendário anual dos grandes eventos culturais e esportivos nacionais;
12. Estimular a criação de museus;
13. Incentivar atividades de pesquisa sobre qualidade de vida;
14. Fortalecer as relações das escolas com as entidades culturais e esportivas;
15. Facilitar a inserção dos jovens nas atividades esportivas, possibilitando aperfeiçoamento em todas as modalidades;
16. Fazer campanhas educativas sobre o uso de anabolizantes;
17. Estimular os campeonatos universitários, interescolares e jogos olímpicos e intermunicipais;
18. Utilizar os espaços públicos disponíveis para a prática esportiva e cultural;
19. Associar, sempre, os eventos esportivos, culturais e de lazer, às campanhas de conscientização dos riscos e danos causados pelas drogas;
20. Ampliar o controle antidrogas em todas as atividades esportivas com acompanhamento sistemático e periódico pelos órgãos competentes. Em especial, nas academias de ginástica, para evitar o uso indevido de esteróides, anabolizantes e vitaminas;
21. Destinar 1% da renda dos jogos esportivos às instituições que trabalhem com dependentes químicos.

SUBGRUPO P6 - PROGRAMA DE CRIAÇÃO DE EMPREGO

Coordenador: Eliseu Calsing

O grupo concluiu que a falta de emprego e de oportunidades gera violência doméstica, uso indevido de drogas e desagregação familiar, entre outras situações. As maiores dificuldades na busca de soluções e/ou oportunidades de emprego esbarram em dificuldades financeiras e de recursos públicos. Há necessidade de uma definição de política pública de emprego e não, apenas, de campanhas imediatistas com resultados paliativos.

PROPOSTAS

1. Qualificar profissionalmente jovens e adolescentes de acordo com as necessidades e demandas locais;
2. Implementar a lei que regula o trabalho educativo de adolescentes e jovens (14 a 18 anos), utilizando-se recursos do Fundo de Amparo do Trabalhador - FAT, visando a capacitação e o exercício de sua cidadania;
3. Pagar uma renda mínima e/ou concessão de outros incentivos (vale-transporte, vale-alimentação) aos jovens e adolescentes em processo de capacitação;
4. Ampliar a divulgação sobre oportunidades de inserção profissional para jovens e adolescentes, fazendo com que o SINE aproveite mais as vagas oferecidas pelo mercado de trabalho, em parceria com o SESI, SENAI, SESC e SENAC;
5. Criar incentivos às pequenas e médias empresas para contratar jovens e adolescentes capacitados;
6. Reduzir e isentar de encargos sociais empresas e entidades que empregam jovens e adolescentes, criando ainda novas formas de contrato de trabalho;
7. Estimular a criação de mais escolas técnicas;
8. Estender programas como o Universidade Solidária às pequenas e médias cidades;
9. Criar casas de passagem e programas de geração de renda com vista à reinserção social e ao trabalho de pessoas advindas de clínicas terapêuticas e similares;
10. Ampliar programas de prevenção ao uso de drogas no locais de trabalho;
11. Incentivar a permanência da família na zona rural com a capacitação de pessoas na área da permacultura (cultura permanente) para melhor aproveitamento do que a natureza oferece sem custos financeiros, evitando-se assim o inchaço das cidades e outros problemas, como o uso de drogas;
12. Incentivar a permanência de programas de ação continuada que atendem crianças e adolescentes e que oferecem, no período alternativo à escola, ações sócio-educativas de promoção da cidadania e o atendimento integral de suas necessidades básicas (Bolsa Escola, Brasil Criança Cidadã);
13. Criar programas de capacitação e de geração de emprego e renda para adultos com baixa qualificação ou em condições de inserção no mercado de trabalho.

2.2. GRUPO TRATAMENTO

Coordenador Geral: Dr. Frederico Vasconcelos

Nas últimas décadas, o tratamento das dependências de substâncias psicoativas tem sido tema de debate constante tanto no meio científico como na comunidade em geral. Diversos modelos de abordagem do problema vêm sendo discutidos, ocasionando uma verdadeira Torre de Babel, na qual prevalecem mais polêmicas do que posições consensuais.

Distintas abordagens têm sido denominadas tratamento de dependências: manutenção de uma situação de abstinência (como no caso dos narcóticos anônimos); substituição de uma dependência ilícita por outra similar, porém sob controle do médico (como, por exemplo, os tratamentos de substituição da heroína pela metadona); controle medicamentoso da sintomatologia associada às dependências (modelo psiquiátrico tradicional); adequação de indivíduos que apresentam comportamentos desviantes a uma norma estatisticamente definida (modelos comportamentais); reestruturação de uma personalidade que apresenta distúrbios no seu desenvolvimento (modelos psicoterapêuticos).

É possível caracterizar a farmacodependência?

O primeiro grande desafio é a própria caracterização do fenômeno. A especificidade da farmacodependência consiste na inexistência de uma especificidade estrutural do dependente de fármacos. Por mais que a nosografia psiquiátrica insista em categorizá-la como uma entidade nosológica autônoma, a clínica da farmacodependência não consegue reconhecer nada mais sistematizável do que uma conduta toxicomaníaca. Assim, em princípio, não podemos falar em “doença”, mas apenas em “conduta”.

De uma forma geral, estão incluídas em uma mesma terminologia realidades individuais extremamente diversas. Torna-se imperativo lembrarmos que uma farmacodependência é uma organização processual de um sintoma cuja gênese é tridimensional: a substância psicoativa com suas propriedades farmacológicas específicas; o indivíduo, com suas características de personalidade e sua singularidade biológica e, finalmente, o contexto sócio-cultural, onde se realiza este encontro entre indivíduo e droga.

Cabe inicialmente uma distinção extremamente importante na clínica: a diferenciação entre o usuário recreativo e o dependente de drogas. Embora a fronteira entre estas duas categorias não seja nítida, alguns elementos podem nos guiar nesta discriminação: a grande maioria dos usuários de droga não é, e nunca vai ser, dependente do produto; na grande maioria das vezes, a droga é procurada como fonte de prazer tanto pelo usuário como pelo dependente. Nesse sentido, o dependente de drogas é um indivíduo para quem a droga passou a desempenhar um papel central na sua organização psíquica, na medida em que, através do prazer, ocupa lacunas importantes, tornando-se assim indispensável ao funcionamento psíquico daquele indivíduo (ou seja, um dependente, ao contrário do usuário, não pode prescindir da sua droga).

Outro ponto fundamental a ser destacado é a especificidade da dependência humana: o ser humano busca ativamente a droga, enquanto que um animal só se torna farmacodependente através das mãos do homem. Esta constatação é importante para que o fenômeno dependência não seja, de forma extremamente simplista, reduzido a seus aspectos biológicos.

Na última década, pesquisas vêm demonstrando que a eficácia de cada modelo terapêutico depende de determinadas características dos farmacodependentes. Paralelamente, tenta-se caracterizar subgrupos de dependentes, visando o estabelecimento de categorias tipológicas. As pesquisas relacionadas à tipologia são extremamente importantes para a compreensão da gênese e da expressão das dependências. Consequentemente, a caracterização tipológica das dependências implicará na possibilidade de adequarmos cada sub-tipo de dependente a um modelo de tratamento específico.

Considerações sobre o tratamento

Além da individualização, o tratamento de farmacodependentes deve ser abordado de forma global, incluindo as dimensões médica, psicoterapêutica e social.

O estabelecimento de um programa terapêutico baseia-se na avaliação individual de cada caso,

que deve incluir os seguintes questionamentos:

- existe efetivamente a possibilidade de se caracterizar o diagnóstico de abuso/dependência ou trata-se apenas de um uso recreativo de drogas?
- configurando-se uma dependência, de que drogas o indivíduo é dependente e qual a gravidade da mesma?
- existem diagnósticos psiquiátricos associados?
- é possível caracterizar-se um distúrbio de personalidade? existe a possibilidade de uma compreensão psicodinâmica do caso?
- como é a dinâmica da família deste indivíduo?
- há indícios de desadaptação social, comprometimento das relações interpessoais ou prejuízo do desempenho profissional?

Além das entrevistas de anamnese, exame físico e exame psíquico, podem ser necessárias avaliações específicas de cada caso através de questionários, testes neuro-cognitivos e psicológicos, além de exames laboratoriais.

A partir de um estudo aprofundado do indivíduo, torna-se possível a elaboração de um programa terapêutico específico, cujas estratégias devem preferencialmente ser discutidas em conjunto com o paciente.

Convém ressaltar que a possibilidade de sucesso de uma intervenção é maior quando o paciente procura tratamento voluntariamente e quando participa ativamente do estabelecimento de um projeto terapêutico.

Modelos de atendimento

No atendimento a dependentes podemos caracterizar duas etapas principais: desintoxicação, objetivando a retirada da droga; e manutenção, objetivando a reorganização da vida do indivíduo sem o uso prejudicial da droga (seja em regime de abstinência, seja em um contexto de uso recreativo).

Entre as intervenções terapêuticas mais freqüentemente utilizadas no tratamento das farmacodependências, destacam-se:

- Desintoxicação.
- Farmacoterapia.
- Psicoterapia individual.
- Psicoterapia de grupo.
- Atendimento familiar.
- Terapia ocupacional.
- Terapias cognitivas e comportamentais.
- Grupos comunitários de ajuda mútua.

Limites da abordagem terapêutica

Observamos índices de sucesso terapêutico satisfatórios a curto prazo, decorrentes das possibilidades do arsenal medicamentoso e das atuais estratégias de intervenção disponíveis. A longo prazo, os resultados são díspares e aleatórios, independentemente da orientação terapêutica utilizada. Além disso, as dificuldades de avaliação da eficácia dos modelos de tratamento continuam sendo enormes. Os critérios de melhora e de sucesso terapêutico são extremamente variáveis, ocasionando dificuldades de apreciação dos mesmos e comprometendo a possibilidade de comparação de modelos terapêuticos distintos. De qualquer maneira, a complexidade do fenômeno dependência e o pouco conhecimento de que dispomos ainda sobre o assunto justificam a diversidade de programas de tratamento e a multiplicidade de referenciais teóricos utilizados para a compreensão do problema. À luz do conhecimento atual, nenhum modelo de tratamento pode ser considerado superior aos demais.

SUBGRUPO TI - AÇÕES INTERMEDIÁRIAS (AMBULATÓRIOS, SEMI-INTERNAÇÃO, ETC.)

Coordenação: Dra. Antonieta Guimarães Bizzotto

Na Conferência Nacional de Saúde em 1977, foi proposto o Programa Integrado de Saúde Mental - PISAM, cujo objetivo principal era o de integrar no sistema básico de saúde o atendimento ao portadores de sofrimento psíquico. A proposta de se trabalhar com ações intermediárias, tais como ambulatórios, semi-internação e núcleos de atenção psicossocial - NAPS, é uma necessidade. Toda esta contextualização tem um sentido se considerarmos que os alcoolistas e toxicômanos foram, e são ainda muitas vezes, encerrados em manicômios. Num campo tão vasto e bastante obscuro como é o das toxicomanias, além de muito carente de pesquisas que possam orientar melhor as ações, os novos dispositivos necessitam cada vez mais deste trabalho de pesquisa. Pode-se gerar, a partir da escuta da prática clínica com os toxicômanos, a criação de um novo quadro de referência que permita o avanço de novas idéias e novos serviços.

Se não for construído um novo modelo de atenção à saúde mental que possa dar suporte aos ambulatórios e NAPS que atendem toxicômanos, especialmente nos maiores centros urbanos, não poderá ser realizado um trabalho realmente eficaz. O que ocorre em geral é que as equipes dos postos de saúde são compostas por profissionais que professam princípios e paradigmas muito diferentes entre si, o que implica uma pluralidade de ações em que, de acordo com a formação específica do profissional, cada um quer fazer o que acredita e há uma grande resistência à implantação de qualquer programa que não seja respaldado pela opção teórica individual. Investir na qualificação de profissionais, não só dos que vão trabalhar na área de drogadicção, mas inclusive de quem trabalha com atenção primária, é com certeza o que há de mais promissor para melhorar os encaminhamentos e a condução dos tratamentos.

Para avançar neste sentido, é fundamental uma maior interação de vários setores da sociedade pois o que tem impedido muitas vezes as ações intermediárias é que justamente estão intermediando algo que não funciona.

PROPOSTAS

1. Que no montante da verba do SUS seja destinada uma parcela para implantação e implementação de programas de tratamento aos dependentes de drogas.
2. Criação de uma rubrica específica com verba para ser utilizada exclusivamente na prevenção e tratamento da drogadicção - prevenção primária, secundária e terciária.
 - *que a SENAD administre as verbas no lugar do SUS;*
3. Fazer cumprir a lei que determina a criação dos COMENs em todos os municípios, a fim de garantir uma política pública preventiva às drogas e de atendimento aos dependentes e suas famílias.
 - *para os municípios receberem verbas destinadas à prevenção, tratamento e repressão às drogas, este deverá ter instituído o COMEN, estando em pleno funcionamento e sujeito a supervisão do CONEN;*
4. Priorizar as políticas de prevenção primária para minimizar a drogadicção entre crianças e adolescentes;
5. Criar uma política de prevenção e fiscalização para as empresas de transporte de massa (rodoviário, urbano, ferroviário, metrorodoviário, aeroportuário e hidroviário), utilizando-se exames periódicos para detecção do abuso de substâncias psicoativas;
6. Criar uma política de prevenção e tratamento ao uso de substâncias psicoativas dentro das forças armadas e seus segmentos;
7. Adaptar e incentivar os centros de atendimento no sentido de atender pessoas portadoras de deficiências físicas e/ou mentais;
8. Criar uma política de prevenção e atendimento dentro das instituições penais;
9. Conscientizar e sensibilizar a classe política para a votação das leis relativas à prevenção, tratamento e repressão às drogas;

10. Incluir nos currículos acadêmicos das áreas de educação, saúde e afins, disciplinas específicas sobre drogadicção e criar de cursos de especialização sobre dependência química;
11. Definir o conteúdo programático da especialização profissional nos níveis médio e superior para trabalhar com dependência química;
12. Definir pré-requisitos para acesso aos cursos profissionalizantes em dependência química;
13. Treinar a equipe dos hospitais gerais, postos de saúde e outros profissionais da área de saúde para identificar e encaminhar os pacientes dependentes de drogas;
14. Criar centros de referência formados a partir de ambulatórios (unidades intermediárias) distribuídos em pólos regionais descentralizados. Através de parcerias, os CONENs definiriam os pólos que atenderiam os pacientes dos outros municípios, formando uma rede de atendimento à drogadicção. Esses pólos teriam a finalidade de:
 - a) Receber o paciente e efetuar um diagnóstico, detectando assim o grau de dependência química para um adequado encaminhamento. Este encaminhamento pode ser para um posto de saúde, atendimento ambulatorial, unidade de semi-internação ou unidade de internação, sendo estes no próprio pôlo ou no município de origem;
 - b) Acompanhar o paciente após a internação ou a semi-internação objetivando a reinserção sócio-familiar;
 - c) Desenvolver uma rede de atendimento com outros programas específicos das secretarias de educação, esporte e lazer e promoção social, bem como demais entidades (instituições religiosas, empresas privadas, sindicatos, ONGs, etc.), com o objetivo de criar projetos conjuntos de atendimento;
15. Proporcionar ações que levem em consideração uma abordagem específica para a criança e o adolescente, com uma linguagem mais próxima do seu universo e estimulando a criação de espaços atrativos onde encontrem ambiente propício e facilitador para estabelecer vínculos com a equipe de trabalho;
16. Proporcionar atendimento ambulatorial para a família;
17. Criar e ampliar convênios com clínicas especializadas para o atendimento a pacientes graves que não se adaptem ao hospital-dia e ambulatório, que tenham dificuldades em conseguir internações públicas e que não possam arcar com o alto custo do tratamento;
18. Criar condições para que cumpra-se a lei Anti-manicomial, que exige um número mínimo de leitos em hospitais gerais destinados à desintoxicação;
19. Criar (ou fazer funcionar, se existir) uma central de leitos regional;
20. Fazer levantamentos epidemiológicos da população brasileira para localizar as áreas de maior prevalência de drogadicção, para que se possa atuar de um modo mais eficaz. Caracterizar a população usuária de drogas injetáveis e procurar atingi-la através de informações, campanhas, folders, etc.;
21. Implantar e ampliar as ações de redução de danos dentro dos ambulatórios, tendo em vista que a drogadicção é um problema complexo que requer múltiplas intervenções, e assim propiciar mais de uma opção de tratamento;
22. Possibilitar que o atendimento seja:
 - a) Desburocratizado;
 - b) Amplamente divulgado;
 - c) Imediato, no momento da chegada (acolhimento);
 - d) Favorecedor da criação de vínculos; e,
 - e) Desenvolvido em centro de convivência que possibilite ao usuário se identificar com o serviço.

SUBGRUPO T2 - INTERNAÇÃO

Coordenação: Dr. José Carlos Soares de Escobar

Entre as modalidades de tratamento das farmacodependências, a internação é freqüentemente considerada como um dos procedimentos mais eficazes, indicado sobretudo nos casos mais graves. É habitual que, já no primeiro contato com o profissional de ajuda, os familiares de dependentes químicos manifestem a intenção de que o tratamento transcorra em regime de internação.

A internação do dependente químico pode efetivamente constituir recurso terapêutico privilegiado, desde que sua indicação seja procedente. Diversos abusos vêm sendo cometidos nesta área, tais como internação compulsória indiscriminada de dependentes, internação de caráter punitivo, internação de usuários ocasionais de drogas, etc.

Desta forma, cabe a definição clara e objetiva dos procedimentos envolvidos na opção pelo tratamento dos farmacodependentes em regime de internação.

PROPOSTAS

1. Nas internações, devem ser obedecidos rigorosamente os critérios da Organização Mundial da Saúde bem como os da instituição na qual se dará o ato da internação;
2. Quando existirem casos de mais de um diagnóstico, ressalta-se a importância do diagnóstico apropriado em todos os seus componentes e com tratamento adequado;
3. Em todos os procedimentos de internação, os critérios e prescrições médicas devem ser seguidos rigorosamente quando da utilização de medicação;
4. Durante a internação, deve ser sempre mantido o critério de abstinência das drogas de adição que motivaram tratamento, quando este for um critério básico da instituição que realiza a internação;
5. A internação involuntária poderá ocorrer exclusivamente se a pessoa estiver correndo risco de vida ou proporcionando este risco a alguém;
6. É fundamental a apresentação na triagem de um programa básico com suas características definidas e programa de tratamento. Na alta, será fornecido pela equipe um parecer sobre o paciente. No momento da triagem não é necessário o parecer do médico;
7. Quanto às características institucionais, serão aquelas que atendam ao perfil do tratamento proposto, além de contemplar as exigências da legislação vigente para cada instituição;
8. Quando da internação da criança e adolescente, que estes possam ser recebidos pela instituição, mas que no prazo máximo de 24 horas, seja dada ciência ao conselho tutelar, ao juiz e à família.

SUBGRUPO T3 - REINSERÇÃO SOCIAL

Coordenadora: Juçara Machado Sucar

Reinserção social é entendida como o processo que o indivíduo, família, comunidade e Estado desenvolvem para a recuperação, integração ou reintegração do dependente químico na sociedade.

Concretiza-se com a conscientização do indivíduo no aprendizado ou resgate de valores morais e éticos, devendo a família, sociedade e o Estado prestar-lhe apoio, criando mecanismos de educação, saúde, trabalho, esporte, lazer, cultura, apoio psicológico e espiritual para o exercício de sua cidadania.

Tanto para o indivíduo como para família e a comunidade, destacam-se, entre as recomendações propostas para favorecer a reinserção social, a promoção e conscientização da dependência, a necessidade do respeito à voluntariedade, o favorecimento de atividades socioculturais e de modificações de comportamentos e valores.

PROPOSTAS

1. Criar dispositivos legais com critérios que possibilitem parcerias/convênios do Estado, com pessoas físicas ou jurídicas, estatais ou privadas participando do processo de reinserção social;
2. Divulgar informações sobre as propostas de apoio do Estado para a reinserção social;
3. Capacitar profissionais para lidar com a drogadicção;
4. Criar casas de apoio provisório.

SUBGRUPO T4 - COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Coordenador : Saulo Monte Serrat

O debate foi permeado pela preocupação manifesta dos representantes de Comunidades Terapêuticas brasileiras com o crescimento indiscriminado de organizações que se intitulam Comunidades Terapêuticas, sem que tenham qualquer tipo de compromisso ético em relação aos seus assistidos, nem um programa coerente de recuperação, além de funcionarem algumas vezes em regime de clandestinidade.

Lembrando que deve ser garantida a elas a liberdade de escolherem trabalhar em um dos três modelos seguidos tradicionalmente - o que privilegia a espiritualidade, o científico e o misto – os participantes do subgrupo julgaram que devem ser assegurados a elas direitos iguais, desde que atendam às normas propostas.

PROPOSTAS

Quanto à normatização das Comunidades Terapêuticas

1. Normas mínimas

a) Que as Comunidades Terapêuticas apresentem uma proposta de recuperação coerente, na qual constem:

- a adoção de critérios de admissão;
- um Programa Terapêutico com fases distintas;
- estabelecimento de critérios de alta;
- os procedimentos que caracterizem a reinserção social como objetivo final;

b) Todas as Comunidades Terapêuticas deverão apresentar um Programa de Capacitação e Treinamento de seu pessoal, em cursos credenciados pela SENAD;

c) Que as Comunidades Terapêuticas obeleçam ao Código de Ética da FEBRACT, aprovado pela Federação Mundial de Comunidades Terapêuticas;

2. Treinamento de pessoal

Que a SENAD apoie a criação de Centros de Formação e Treinamento nas regiões geográficas que apresentem um número significativo de Comunidades Terapêuticas

3. Bolsas para internos carentes

Que a SENAD conceda bolsas a internos de Comunidades Terapêuticas registradas no “CNAS”, segundo critérios de seriedade e eficácia, atingindo, no mínimo, 10% dos internos.

4. Redução de Danos

As Comunidades Terapêuticas, considerando a repercussão negativa que haveria no trabalho que realizam, manifestam-se contrárias à Política de Redução de Danos e à liberação de drogas ilícitas.

5. Propaganda

O Ministério da Justiça e o CONAR deveriam tomar medidas legais cabíveis quanto à maneira inadequada com que são realizadas determinadas propagandas que deveriam ser dirigidas contra o consumo de drogas, mas que na verdade estimulam o seu uso.

Outras propostas:

1. Que haja um acompanhamento por parte da SENAD, ou de órgãos por essa Secretaria credenciados, em relação às Comunidades Terapêuticas;
2. Que, na distribuição de verbas, a SENAD atenda prioritariamente às Comunidades Terapêuticas que lutam com falta de recursos, mas que realizam um trabalho sério e eficaz;
3. Que, dada a grande colaboração que podem prestar, seja recomendado à SENAD que inclua representantes das Comunidades Terapêuticas em seus respectivos órgãos estaduais ou municipais;
4. Que a SENAD forme uma Comissão, da qual participem representantes da FEBRACT, da FETEB e das Comunidades Terapêuticas, para que as normas aqui sugeridas sejam aprofundadas.

SUBGRUPO T5 - AVALIAÇÃO DE TRATAMENTO

Coordenador: Marcos Leite

Diversos modelos de tratamento das farmacodependências vêm sendo propostos. Diante dos baixos índices de sucesso das distintas modalidades de intervenção, observa-se uma tendência contínua ao surgimento de novas propostas terapêuticas. Ressentimo-nos, entretanto, da inexistência de uma preocupação sistemática com referência à avaliação destas mesmas propostas.

Seria importante que tais intervenções fossem avaliadas tanto no que se refere à sua eficácia, no sentido de sucesso terapêutico, quanto no sentido de sua eficiência (custo/benefício do tratamento). Além disso, faz-se necessário valorizar critérios de efetividade outros que não apenas a abstinência do uso de drogas. Finalmente, cabe ainda o desenvolvimento de pesquisas no sentido de descrever quais os sub-tipos de dependentes que melhor se beneficiariam de que modalidades de intervenção.

PROPOSTAS

Aspectos gerais:

1. Todo tratamento deve ser avaliado;
2. A avaliação deve começar quando o tratamento é iniciado e deve continuar enquanto o indivíduo permanece em tratamento;
3. Cada modalidade de tratamento deve ter um método próprio de avaliação adequado às suas peculiaridades, porém com intervalos máximos de um mês.

Parâmetros propostos:

4. Aferição da aderência ao tratamento: freqüência e disponibilidade para a mudança;
5. Valorização da aceitação da problemática relacionada ao uso de drogas e busca ativa de resolução;
6. Avaliação do consumo através: do relato do indivíduo; de análises toxicológicas (quando possível) e de informação da família;
7. Aceitação consensual de redução do consumo como um dos parâmetros a serem considerados na avaliação de eficácia;
8. Considerar a reinserção social como critério de melhora;
9. Valorização do aumento da capacidade produtiva, nos campos afetivo, ocupacional e intelectual;
10. Capacidade de elaboração de um projeto de vida e planificação para o futuro devem ser considerados critérios de melhora;
11. Aspectos relativos à reestruturação do modelo relacional familiar devem ser levados em conta na avaliação;
12. Inclusão de aspectos relativos à espiritualidade, considerada em seu conceito mais amplo: aceitação de uma religião; resgate de valores existenciais; elaboração de um projeto de vida, etc.
13. Recomenda-se a realização de um II Fórum Nacional onde sejam aprofundadas questões pragmáticas no sentido de se estabelecer critérios de avaliação de ampla aplicabilidade e onde seja discutida e normalizada a formação qualificada de pessoal envolvido na avaliação.

SUBGRUPO TG - NORMALIZAÇÃO

Coordenador: Adriano Mosiman

Observa-se grande diversidade das modalidades de ajuda e modelos de tratamento destinados a farmacodependentes. A complexidade do fenômeno da dependência e a crescente demanda de serviços assistenciais por parte dos dependentes freqüentemente acarreta na prática a adoção de atitudes intempestivas, medidas improvisadas e ações descoordenadas.

No sentido de uma maior organização dos recursos disponíveis para tratamento, caberia a normalização dos procedimentos visando o estabelecimento de uma rede assistencial que possa efetivamente responder a esta demanda.

PROPOSTAS

1. Normalização de serviços:

Todo e qualquer processo de normalização de serviços que prestam assistência a dependentes químicos e/ou usuários abusivos de drogas deve ter como objetivo:

- a) Estabelecer diretrizes mínimas que viabilizem as ações de assistência através de financiamento pelos órgãos competentes;
- b) Criar parâmetros que orientem e organizem a imensa demanda por tratamento, fornecendo referências a todos aqueles que buscam assistência – inclusive através de definições claras e objetivas do que sejam os diversos serviços e os procedimentos por estes realizados;
- c) Não engessar e/ou excluir ações de cunho leigo/comunitário eticamente aceitáveis, através da proposição de regras inflexíveis que não levem em conta a diversidade sócio-econômica e cultural do Brasil;
- d) Levar em consideração as propostas e experiências de associações brasileiras de estudos e de assistência a dependentes químicos;
- e) Legitimar, como objetivo maior, o esforço da sociedade civil organizada nos diversos serviços de tratamento de dependência química e/ou uso abusivo de drogas, através de parâmetros mínimos que levem em conta aspectos éticos, científicos e legais da assistência.

2. Aspectos do tratamento

2.1. Modalidade de assistência:

- a) Integração com grupos de ajuda mútua;
- b) Assistência à família;
- c) Acolhimento e Triagem (compatibilidade entre proposta terapêutica e a necessidade do indivíduo e da família);
- d) Integração com rede de saúde local (Referência – Contra-referência);
- e) Atividades ocupacionais que privilegiam a socialização e reinserção social do indivíduo (oficinas terapêuticas, profissionalizantes, atividades comunitárias);
- f) Programa de pós-tratamento (acompanhamento periódico do indivíduo e família).

2.2. Equipe terapêutica

- a) Multiprofissional e Interdisciplinar;
- b) Profissionalização e/ou capacitação mínima segundo regulamentação dos órgãos, associações, federações e outras ao qual o serviço esteja vinculado legalmente e fiscalizada pelo órgão público competente.

2.3. Espaço físico

Deve basear-se nas exigências já definidas pelo órgão público de saúde, tendo como parâmetro as diretrizes

contidas na proposta de normalização da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABEAD) e da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT).

2.4. Personalidade jurídica

- a) Como critério mínimo para cadastramento de serviços junto a associações e federações será requerida a criação de uma personalidade jurídica própria;
- b) Para cadastramento de associações e federações junto ao SENAD e/ou CONAD é necessário que estas possuam proposta de normalização que regulamente a assistência prestada por seus associados e federados e que estas propostas estejam de acordo com a política nacional anti-drogas;
- c) Garantir assento no Conselho Nacional Anti-drogas/CONAD as associações e federações de maior representatividade nacional, tais como: Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD), Associação Brasileira de Centros de Tratamento de Dependência Química (ABRADEQ) e Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT).

2.5. Avaliação

É necessário que esta seja parte integrante do processo de assistência, com metodologia de avaliação referendada por critérios científicos estabelecidos por Universidades, Associações Profissionais e Órgãos públicos competentes.

3. Financiamento de serviços

- a) Necessidade de revisão da regulamentação dos planos de saúde no intuito de possibilitar o custeio da assistência prestada pelos centros de tratamento de dependência química e comunidades terapêuticas, devidamente cadastradas nas associações e federações representadas no CONAD;
- b) Maior agilidade no repasse de recursos da subvenção social da SENAD e repasse imediato dos financiamentos já aprovados pelo CONFEN;
- c) Urgência na normalização da assistência à dependência química no Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de que se regulamentem os instrumentos de financiamento público da assistência prestada pelo serviços não-governamentais.

4. Fiscalização de serviços

- a) A fiscalização de serviços deverá ser feita pelos Órgãos públicos e não governamentais, através de mecanismos legais pertinentes a cada setor;
- b) Criação de Conselhos Éticos e Normativos que elaborem laudos de credenciamento e descredenciamento – obedecendo periodicidade bianual que habilitem ou não os serviços para financiamentos públicos e privados;

SUBGRUPO T7 - GRUPOS DE MÚTUA-AJUDA

Coordenadora: Mara Silvia Carvalho de Menezes

Todo o trabalho dos Grupos de Mútua-Ajuda é exercido mantendo as características de grupo leigo e voluntário, sem qualquer ônus para a coletividade e com uma bagagem de conhecimentos e informações adquiridos pelo interesse e necessidade de seus membros de saberem mais sobre a doença e também no decorrer das trocas de diferentes experiências vividas.

Hoje o trabalho desses grupos é imprescindível para a sociedade. Esta afirmação é decorrente dos resultados positivos da atuação contínua e marcante dos mesmos. Para atuar em prevenção primária, são fontes de informações direta às famílias, escolas e empresas sobre os fatores de risco que levam à dependência. A recuperação e reinserção social de dependentes químicos é constatada no eficiente trabalho dos Grupos de Mútua-Ajuda, que favorecem a extinção de comportamentos indesejáveis e a aquisição de outros mais adequados, tornando-os aptos à vida em sociedade novamente.

Entende-se que a atuação dos Grupos é também importante como complemento ao tratamento médico na dependência química.

PROPOSTAS

1. Que os grupos de mútua-ajuda sejam considerados na “Política Nacional Anti-Drogas” como agentes atuantes a nível operacional na prevenção à drogadicção, recuperação e reinserção social de dependentes químicos, bem como na reestruturação do grupo familiar;
2. Criação de um departamento na SENAD, direcionado aos grupos de mútua-ajuda, para:
 - a) Organizar eventos nacionais e regionais – Para exemplificar: Fórum Nacional dos Grupos de Mútua-Ajuda (anualmente);
 - b) Manter a divulgação de catálogos regionais, em papel, dos Grupos de Mútua-Ajuda, por região do país, e inclusão dos mesmos em seu site na Internet;
 - c) Promover apoio governamental às entidades que mantêm grupos de mútua-ajuda e que possam receber recursos externos tais que propiciem aquisição de material auxiliar (bibliográfico, informático, audiovisual e assemelhados) e realização de projetos específicos nas áreas de prevenção, recuperação e reinserção social;
3. Não adoção de uma política nacional de redução de danos.

SUBGRUPO T8 - TRATAMENTO E ASPECTOS LEGAIS

Coordenador: Juiz Márcio Bartoli

Diante da necessidade de normalizar os procedimentos terapêuticos dirigidos a farmacodependentes, cabem modificações legislativas que a um só tempo possam otimizar o funcionamento dos aparelhos assistenciais já existentes e também favoreçam a criação de novas instituições de tratamento.

PROPOSTAS

1. A lei deve estabelecer prazo razoável para a criação de estabelecimentos hospitalares e ambulatoriais destinados a tratamento de dependentes;
2. Por unanimidade, o grupo propõe o reconhecimento pela Lei Anti-Tóxicos das comunidades terapêuticas não governamentais como órgãos habilitados a prestar assistência ao dependente químico;
3. A prestação de assistência ao dependente químico pobre deverá ser subvencionada pelo Poder Público.

2.3. GRUPO DE REPRESSÃO

Coordenador Geral: Samuel Alves de Melo

O grupo restringiu as discussões às questões relacionadas basicamente com a repressão, quanto a legislação aborde também aspectos que dizem respeito à prevenção e ao tratamento. Foi subdividido em três subgrupos, que concluíram pela necessidade de modificações legislativas.

Um subgrupo abordou o tema “*CONTROLE DA PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS PASSÍVEIS DE SEREM UTILIZADAS COMO DROGAS E DE INSUMOS E PRECURSORES QUÍMICOS*”. Constatou a possibilidade de uso alternativo de outras substâncias químicas e de criminosos especializados na aquisição de tais substâncias adotarem novas modalidades de desvios, como a constituição de empresas “fantasmas”, documentação fictícia e exploração do processo de reciclagem. Também entendeu que as medidas de controle a serem tomadas não devem prejudicar as atividades legais do ramo. Propôs, em síntese, a elaboração de um amplo diagnóstico a respeito da produção e distribuição de tais substâncias, assim como de todas as atividades previstas no art. 1º, da Lei nº 9017/95. Referiu, ainda, necessidade de uma maior integração entre os órgãos fiscalizadores, sem prejuízo de aprimoramento das normas regulamentadoras.

Outro subgrupo discutiu questões atinentes à “*PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NA REPRESSÃO AO TRÁFICO – PROTEÇÃO À TESTEMUNHA E DEFINIÇÃO DO CAMPO DE ATUAÇÃO DAS ONGs*”. Deu destaque à necessidade de estimular-se a denúncia; incentivar-se a delação premiada e de editar-se lei estabelecendo regras de proteção às testemunhas, concedendo-se às ONGs as missões de dar apoio psicosocial aos familiares de testemunhas protegidas e fornecer moradias provisórias.

Finalmente, o terceiro subgrupo, que tinha como objetivo inicial discutir “*MODIFICAÇÕES LEGISLATIVAS*”, acabou centrando suas discussões no Projeto de Lei da Câmara nº 105 (substitutivo), que estava, à época da realização do Fórum, em vias de ser aprovado pelo Senado Federal e já contava com parecer favorável da Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania daquela Casa Legislativa. Por votação unânime, aprovou propostas com o objetivo de prorrogar a votação do mencionado projeto em razão da quantidade e qualidade das críticas apresentadas e por chegarem à conclusão de que seriam impossíveis propostas consensuais visando a corrigir as imperfeições existentes. A própria criação da SENAD e a instalação do Fórum permanente justificariam maiores discussões sobre a matéria com a sociedade.

Seguem, assim, os relatórios de cada um dos subgrupos e todas as propostas apresentadas em face do Projeto de Lei da Câmara, nº 105 (substitutivo), de 1996.

PROPOSTAS

SUBGRUPO R.3: CONTROLE DA PRODUÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE SUBSTÂNCIAS PASSÍVEIS DE SEREM UTILIZADAS COMO DROGAS E DE INSUMOS E PRECURSORES QUÍMICOS

Coordenador: Dr. Anísio Soares Vieira

1. Fazer um diagnóstico amplo sobre a produção e distribuição, bem como de todas as atividades previstas no art. 1º da Lei nº 9.017/95;
2. Dinamizar e aperfeiçoar a estrutura operacional da seção de controle e fiscalização de produtos químicos da Divisão de Repressão a Entorpecentes do Departamento de Polícia Federal;
3. Integrar outras agências federais, estaduais e municipais, tais como Secretaria de Vigilância Sanitária, Polícia Rodoviária Federal, Secretarias Estaduais e Municipais de Fazenda e Secretarias de Segurança Pública, visando ao desenvolvimento de ações conjuntas e ao aperfeiçoamento do intercâmbio de informações;
4. Desenvolver programas com o objetivo de incentivar a cooperação das indústrias químicas e farmacêuticas, e outras que exerçam atividades relacionadas com o comércio de produtos químicos;
5. Dotar os órgãos de controle e de apoio técnico científico dos recursos materiais necessários e desenvolver programas de capacitação permanente;
6. Aperfeiçoar a legislação, principalmente o regulamento da Lei nº 9.017/95, bem como as Portarias expedidas pelas Secretarias de Vigilância Sanitárias;
7. Intensificar o intercâmbio de informações com outros organismos internacionais, com o propósito de fortalecer as ações de controle e fiscalização de produtos químicos, em nível global;
8. Aprimorar o regulamento, alterando inclusive a Portaria 722/98 - SVS/MS, no que se refere às substâncias relacionadas na Lista D1, para corrigir impropriedades.

SUBGRUPO R2
PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE NA REPRESSÃO AO TRÁFICO - PROTEÇÃO À TESTEMUNHA E DEFINIÇÃO DO CAMPO DE ATUAÇÃO DAS ONGS

Coordenadora: Elza Maria Nogueira.

Secretária: Denise Andrino de Roure

Relator: Anirton Pereira Ribeiro

1. Estimular a denúncia por correio, telefone ou outros meios, respeitando os princípios legais e constitucionais;
2. Impedir a instalação de equipamentos de rastreamento de ligações (BINA) pelos serviços de “disque-denúncia”;
3. Criar um serviço “disque-droga” nacional;
4. Incentivar a delação premiada;
5. Incrementar a integração entre as Secretarias de Segurança Estaduais e o Departamento de Polícia Federal para propiciar maior intercâmbio de informações;
6. Editar legislação estabelecendo mecanismos de proteção a testemunhas;
7. Criar uma comissão interministerial para possibilitar a obtenção de documentos e regularização da situação de testemunhas protegidas;
8. Incentivar as ONGs a colaborar com apoio psicossocial aos familiares de testemunhas protegidas e com fornecimento de moradias provisórias;
9. Criar um fundo específico para financiar a proteção de testemunhas;
10. Outorgar ao Ministério Pùblico o encaminhamento das testemunhas a serem protegidas.

SUBGRUPO RI - PROPOSTA DE MODIFICAÇÕES LEGISLATIVAS

Coordenador: Anísio Soares Vieira

1. Levar ao Presidente do Senado Federal e aos líderes de bancadas daquela Casa Legislativa reivindicação de prorrogação da discussão do Projeto de Lei da Câmara 105 (substitutivo) de 1996, com o objetivo de incorporar o pensamento e as propostas formuladas neste Fórum. Se insuficientes essas iniciativas, numa Segunda etapa, recomendar ao Presidente da República voto integral ao Projeto para que o tema seja mais amplamente discutido pela sociedade.

OBS: Em face desta proposta, o Senado Federal entendeu ser oportuno o adiamento da votação do substitutivo.

Devido às grandes polêmicas que se criaram neste subgrupo, todas as teses, críticas e propostas foram incluídas no relatório, independente de votação:

1. Incluir as palavras “ou psíquica” no “caput” do art. 12 – “Importar, exportar...que cause dependência física ou psíquica sem autorização...”;
2. Retirar os incisos II e III, do § 1º, do art. 12;
3. Dar ao art. 2º, § 1º, a redação da Lei 6.368/76;
4. Retirar do art. 4º menção ao Conselho Nacional de Entorpecentes;
5. Estabelecer no art. 7º rol mais específico e taxativo das substâncias entorpecentes;
6. Incluir dispositivo visando à criação de um Instituto de Pesquisa e Estatística;
7. Incluir dispositivo sobre o sigilo, mantendo, por exemplo, o disposto no art. 26 da Lei 6.368/76;
8. Incluir no art. 26, § 1º, a expressão “e oferecimento de denúncia”;
9. Estabelecer normas que possibilitem a coleta de material (sangue e urina), criando sanções para quem não se dispuser a fornecê-lo;
10. Incluir dispositivo transitório prevendo no art. 2º, § 1º que, por um período de 30 dias, durante a “vacatio legis”, sejam mantidas as Portarias do Ministério da Saúde;
11. Manter para o art. 23 a mesma redação do art. 11 da Lei 6.368/76;
12. Alterar o texto do Projeto de Lei para substituir a expressões “remição” por “remissão”;

Justificativa: O Parecer da Comissão de Constituição e Justiça apresenta manifesto equívoco, quando diz: “..., a remição, que, do ponto de vista penal, é instituto relativamente novo, instituído pela reforma de 1984 e regulado nos arts. 126 e 129 da Lei de Execução Penal. Pela remição, o preso ou o condenado que cumpre pena nos regimes fechado ou semi-aberto pode abater, pelo trabalho, parte do tempo de pena que tem a cumprir. O instituto da remição não serve aos condenados a regime aberto, porquanto a liberdade relativa já lhes propicia tempo para o trabalho.”, pois na verdade o projeto não cuida, e nem havia razão para fazê-lo, do instituto da remição. Remição não se confunde com remissão. O primeiro significa resgate e o art. 126 da LEP, que trata do instituto da remição, estabelece a possibilidade de resgatar-se, através do trabalho, parte do tempo de execução da pena. Remissão, por outro lado, significa perdão. Aliás, segundo bem ressalta De Plácido e Silva (in Vocabulário Jurídico, Forense, 1973, página 1340), “a remissão... fundada na benevolência ou em liberação graciosa, não se confunde com a remição, onde a obrigação se extingue por ato, que é de caráter oneroso, da pessoa que paga ou cumpre a obrigação”. Ora, o artigo 30 e seus parágrafos, do Projeto em análise, por diversas vezes usa a expressão “remição”, porém o faz de forma indevida, pois, na verdade, está pretendendo se referir à remissão. Não é possível falar-se em “remição” como forma de exclusão da ação penal (art. 30), mas, sim, em remissão. Idéia bem semelhante é encontrada no art. 126 do Estatuto da Criança e do Adolescente, que introduziu na ordem jurídica brasileira o instituto da remissão como forma de exclusão do processo, “atendendo às circunstâncias e consequências do fato, ao contexto social, bem como à personalidade do adolescente e sua maior ou menor participação no ato infracional.” Além do mais, a remissão somente pode ocorrer em face de transação penal, assegurando ao autor do fato amplitude de defesa, por

advogado e contraditório, pois, poderá ocorrer hipótese em que não lhe interesse o perdão e queira que o processo prossiga para ver demonstrada e reconhecida a sua inocência. É necessário, ainda, que se estabeleça um limite. Beneficiado uma vez com a remissão, não poderá o agente receber novo benefício durante algum tempo;

13. Mudar a redação do art. 1º, para constar como “sugestão” e não “dever” da sociedade organizada colaborar na prevenção ao tráfico ilícito;

14. Não penalizar quem cede droga graciosamente a amigos;

15. Alterar o art. 30, §§ 2º e 3º, para que não ocorram arbitrariedades. O poder dado ao Ministério Público deve ser apenas de transacionar o limite da pena em qualquer fase do processo, antes da sentença;

16. Modificar o artigo 40 para incluir os princípios da Medida Provisória 1.713/98 que permite, de uma forma mais rápida e com garantia ao réu, a avaliação e venda dos objetos apreendidos para uma imediata aplicação nos trabalhos de prevenção, tratamento e repressão;

17. Alterar o § 5º, do art. 1º da Medida Provisória 1.713-2, de 29 de outubro de 1998, para possibilitar de forma mais ágil que a polícia utilize os bens apreendidos;

18. Estabelecer regra de desaforamento para as Varas Especializadas das Capitais, quando não houver no interior estrutura adequada para julgar processos relacionados com o tráfico;

19. Desdobrar o art. 12, prevendo penas diferenciadas para pequeno, médio e grande tráfico.

20. Recomendar à SENAD que não descarte o sistema vigente governamental e não-governamental de repressão, prevenção e tratamento;

21. Modificar os arts. 17 e 18 estabelecendo claramente as penas aplicáveis ao tipo penal, para, depois, tratar especificamente das hipóteses de substituição, como garantia ao próprio réu.

Justificativa: O projeto confunde pena com medida de segurança e esta com medidas educativas. Aos agentes que infringirem o art. 17 o projeto prevê como pena a aplicação de medida educativa ou de segurança. As penas e as medidas de segurança são as duas formas de sanção penal. Como ensina Damásio E. de Jesus, *in Direito Penal – Parte Geral – 1º Volume*, Editora Saraiva, “As medidas de segurança diferem das penas nos seguintes pontos: a) as penas têm natureza retributiva-preventiva; as medidas de segurança são preventivas; b) as penas são proporcionais à gravidade da infração; a proporcionalidade das medidas de segurança fundamenta-se na periculosidade do sujeito; c) as penas ligam-se ao sujeito pelo Juízo de culpabilidade (reprovação social); as medidas de segurança, pelo Juízo de periculosidade; d) as penas são fixas; as medidas de segurança são indeterminadas, cessando com o desaparecimento da periculosidade do sujeito; e) as penas são aplicáveis aos imputáveis e semi-imputáveis; as medidas de segurança não podem ser aplicadas aos absolutamente imputáveis.” Além disso, a maior parte das hipóteses do art. 18, daquilo que o Projeto denomina de medida educativa ou de segurança, procurando imitar o ECA, pode ser definida, na verdade, como pena restritiva de direitos. Assim, caracterizam penas restritivas de direitos as hipóteses dos incisos I, II, V, VI e VII, do art. 18. As situações dos incisos III e IV mais se aproximam das medidas de segurança propriamente ditas. A do inciso VIII não é nem medida educativa e nem de segurança, mas, sim, pena pecuniária. Finalmente, a interdição judicial somente pode ser decretada nas hipóteses e com observância dos requisitos previstos na lei civil. Ressalte-se, ademais, que não está havendo descriminalização do uso e, assim, o que vier a ser aplicado, mesmo na hipótese do art. 17, será pena, ainda que o rótulo seja de medida educativa ou de segurança. Segundo o art. 54 do Código Penal, as penas restritivas de direitos são aplicadas, independentemente de combinação na parte especial, em substituição à pena privativa de liberdade, fixada em quantidade inferior a um ano, ou nos crimes culposos. Determina também o art. 55 que as penas restritivas de direitos terão a mesma duração das penas privativas de liberdade substituídas. As penas restritivas de direitos são sanções autônomas que substituem as penas privativas de liberdade por certas restrições ou obrigações.

22. Modificar o § 1º, do art. 18, pois o Código Penal adota o sistema vicariante, o que torna impossível a aplicação cumulativa de pena e medida de segurança;

23. Excluir a hipótese do inciso I do art. 20, que confunde causas de aumento de pena com hipótese já definida no sistema jurídico, como agravante (art. 61, I do CP). As agravantes incidem na Segunda fase do cálculo e sobre elas são aplicados e calculados os aumentos especiais. A fixação de parâmetros impede que se afira a preponderância;

24. Alterar a parte final do art. 22 pois, se era intenção do legislador criar uma causa especial de redução das penas, deveria tê-lo feito em dispositivo apartado, deixando bem claro os parâmetros e as causas a serem consideradas, já que, dentro do sistema trifásico que norteia nossa dosimetria, tal benefício somente deve ser considerado na última

fase do cálculo;

25. Prever, no art. 30, a presença de advogado, porque, segundo o § 1º, com a remissão poderá ser aplicada qualquer das “medidas educativas” previstas no art. 18, que apresentam indiscutíveis cargas sancionatórias. Afronta a Constituição pensar-se em aplicação de qualquer sanção sem contraditório e ampla defesa, a não ser que seja resultado de acordo feito com a assistência de profissional do direito;

26. Estabelecer regras claras para a remissão e a suspensão do processo a que alude o § 4º do art. 30.

Justificativa: A lei não estabelece regras claras das situações em que poderão ser feitas propostas de remissão e suspensão, ficando sujeitas a um ilimitado poder discricionário do Promotor de Justiça e do Juiz. Não há previsão de prazo mínimo, de condições a serem impostas, de número de suspensões, nem das hipóteses de revogação;

27. Modificar o § 2º, do art. 37, para estabelecer que a sujeição de réu a tratamento ou internação em estabelecimento hospitalar adequado tem caráter sancionatório e, assim, somente poderá ser decretada em face de acordo;

28. Eliminar a regra contida no § 3º, do art. 37, que prevê a possibilidade de suspensão do processo ou da execução da pena em razão da miserabilidade do réu.

Justificativa: A referida situação, quando muito, poderia autorizar a suspensão de execução de pena pecuniária e nunca a suspensão do processo. Aliás, só se pode entender possível a suspensão do processo até a prolação da sentença, quando o Juízo exaure a sua atividade jurisdicional. E mesmo a suspensão de execução da multa em face de comprovada miserabilidade seria uma profunda alteração no sistema atual, na medida em que o art. 80 do Código Penal estabelece expressamente que “a suspensão não se estende às penas restritivas de direitos e à multa”. A única hipótese de suspensão de execução da multa está prevista no art. 52 do mesmo Código, quando sobrevier ao condenado doença mental. O benefício previsto no sistema atual, e que têm mostrado eficácia e adequação, é o de parcelamento da multa, conforme o art. 50 do Código Penal;

29. Inserir na Lei dispositivo que, a exemplo da carta precatória itinerante, crie a figura do mandado de busca itinerante, como medida de economia processual e para melhor viabilizar o processo.

30. Reestudar as penas previstas para a figura do tráfico;

31. Manter a proposta de não autuar o usuário em flagrante e aplicar-lhe a suspensão do processo;

32. Não alterar o procedimento atual, principalmente no que diz respeito ao flagrante. Não dispensar o auto de prisão em flagrante para o usuário;

33. Não descriminalizar o uso;

34. Atualizar e melhorar a Lei 6.368/76;

35. Realizar outras reuniões para discutir com a sociedade um novo projeto de lei;

2.4. GRUPO GLOBAL

Coordenador Geral: Dartiu Xavier da Silveira

SUBGRUPO GI - LOCAL DE TRABALHO

Coordenador: João Carlos Dias

Responsáveis por perdas sociais e econômicas significativas, o abuso e dependência de álcool e drogas assumem papel relevante no âmbito empresarial. Ligados diretamente aos índices de acidentes de trabalho, absenteísmo, produtividade e deterioração das relações interpessoais, têm merecido atenção especial dos setores da Medicina Ocupacional e de Recursos Humanos das empresas.

Desde uma perspectiva histórica, já no final do século passado o abuso de álcool era objeto de estudos e era considerado como decorrente das condições insalubres em que se desenvolvia o trabalho. Durante a I Guerra Mundial, foram adotadas medidas restritivas ao acesso ao álcool, em especial em indústrias vitais, ameaçadas pelo excessivo uso dessa substância entre os trabalhadores.

Com o desenvolvimento do conceito de doença alcoólica, o trabalhador passou a ser objeto de cuidados do serviço de saúde das empresas. Posteriormente, o conceito de doença alcoólica estendeu-se aos abusadores/ dependentes de outras drogas. Começaram, então, a surgir programas especificamente direcionados para atender a estes trabalhadores, a princípio baseados nos critérios de reabilitação de Alcóolicos Anônimos (EUA, 1933).

Gradativamente, e acompanhando a evolução das possibilidades terapêuticas que admitiam múltiplos e variados fatores determinantes no estabelecimento da dependência, as empresas desenvolveram programas que entendiam a doença dentro de um processo de “continuum”, proporcionando a possibilidade de se detectar precocemente indivíduos com propensão a desenvolver a doença e assim, com o efetivo envolvimento da família no processo, propiciar uma modificação na qualidade de vida do empregado com consequente aumento da produtividade da companhia.

Os modelos de atendimento utilizados pelas empresas têm se mostrado não só úteis e efetivos, ao utilizar um adequado reforço comportamental – manutenção do emprego e da estabilidade financeira do trabalhador e sua família- mas têm, também, servido de modelo para propostas de regulamentação de atendimento de planos de saúde.

PROPOSTAS

1. Toda Empresa deve ter uma Política de Prevenção e Assistência do uso de Drogas no Ambiente de Trabalho. Esta política deve estar claramente expressa em documento próprio da empresa e de conhecimento de todos os trabalhadores, operacionalizado em programas e atividades de prevenção e assistência;

- 1.1. Todo trabalhador tem o direito de exercer suas atividades em ambiente livre de drogas de abuso;
- 1.2. A política deve ser inserida em programas de saúde e qualidade de vida seguindo critérios técnicos e éticos;
- 1.3. Toda empresa deverá ter um Comitê composto por profissionais multidisciplinares;
- 1.4. As empresas deverão ter mecanismos de avaliação profissional de detecção e testagens do uso de drogas em atividades que podem representar risco para o trabalhador e para terceiros, vinculados a programas de prevenção e assistência. No entanto, esta proposta esbarra no respeito às liberdades individuais e aos procedimentos legais vigentes;
2. Incentivar as empresas a implantar programas de atendimento, acompanhamento e prevenção ao uso indevido de drogas, através da formação de núcleos multiprofissionais, adequando os programas ao seu porte - grandes, pequenas e médias empresas. Recomenda-se a articulação com os órgãos representativos da indústria, comércio e serviços, sindicatos dos empregadores e empregados e demais recursos sociais existentes;
3. Inserção de Programa de Prevenção Sobre Drogas (PPSD) em Local de Trabalho na Legislação, conforme o seguinte modelo:

Portaria 3214 /78 do Ministério do Trabalho – Norma Regulamentadora 7

Item:

- 7.1 – Obriga-se toda Empresa com mais 50 empregados do seu quadro efetivo a implantar e manter Programa de Prevenção Sobre Drogas, cuja metodologia considere o indivíduo em sua dimensão global;
- 7.2 – O PPSD deverá ser elaborado por equipe multidisciplinar composta basicamente por representante do Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), Psicólogo e Assistente Social;
- 7.3 – As ações previstas no PPSD deverão ser revisadas anualmente;
- 7.4 – A Empresa deverá manter em seu arquivo para posterior fiscalização o registro de todas as ações e atividades desenvolvidas anualmente, inclusive o de presença dos empregados aos eventos alusivos ao tema;
- 7.5 – A Empresa deverá realizar anualmente a Semana Interna de Prevenção Sobre Drogas, cujas atividades deverão ser coordenadas por pessoas qualificadas, sem prejuízo das demais atividades sistemáticas;
- 7.6 – A Empresa fica obrigada a viabilizar assistência aos empregados Dependentes de Drogas;
- 7.7 – A adoção de programas de testagem deverá ser decidida em acordo coletivo de trabalhadores;
- 7.8 – As Empresas terão 180 dias para adequarem-se a estas medidas a partir da data de sua publicação;
- 7.9 – As empresas que possuem menos de 50 empregados deverão proporcionar as ações descritas acima através de seus órgãos representativos da indústria e comércio e serviços bem como sindicatos de empregados e empregadores.

PENALIDADES

Para efeito do descumprimento destas medidas, considerar-se-á as penalidades previstas na NR-28 para o PCMSO.

SUBGRUPO G2 - FAMÍLIA

Coordenadora: Lídia Andreatta

Em termos de prevenção do uso indevido de drogas, relacionamentos familiares solidamente constituídos são mais importantes do que atitudes repressivas dos pais com relação às drogas. Se, no decorrer de anos de convivência, as relações familiares forem bem constituídas e solidificadas, dificilmente o uso de drogas virá a se tornar um problema. Por outro lado, se a qualidade dos relacionamentos for precária, os pais deverão ficar atentos não apenas ao problema das drogas mas também a outros aspectos da vida familiar. Infelizmente, quando isto acontece, os pais nem sempre têm consciência do distanciamento que existe entre os membros da família. É frequente que, nestas circunstâncias, os pais assumam atitudes arbitrárias e autoritárias perante os filhos, aumentando ainda mais esta distância.

Provavelmente, a coisa mais importante que os pais podem fazer com relação à prevenção é serem eles mesmos um exemplo para os filhos. A maneira como os pais lidam com a questão tem muito mais efeito sobre o jovem do que as informações que são dadas.

É importante que os jovens compreendam, através das atitudes dos pais, o que é uso adequado e o que é uso indevido de drogas. Este processo de aprendizagem começa na infância e persiste até o início da idade adulta.

O Grupo 2, com o tema **Família e Prevenção**, foi coordenador pela jornalista Lídia Andreatta de São Paulo.

PROPOSTAS

1) Como ajudar a família a prevenir o uso indevido de drogas?

O papel da família:

- a) Valorizar as relações familiares e os princípios religiosos, através da educação básica. Resgatar os valores familiares, adequados à realidade social;
- b) Estabelecer limites e normas familiares, com unidade de decisão na família. Procurar coerência entre palavras e ação na educação; estabelecer relações de causas e efeitos quanto à postura dos valores familiares;
- c) Vencer preconceitos quanto às drogas e buscar maiores informações com entidades que atuam na área.

Ações concretas:

- d) Necessidade de ação conjunta do Estado e da Sociedade Civil:
 - Definição de ação por parte do Governo - na prevenção do abuso de drogas e no fortalecimento da família;
 - Organização e participação permanente da Sociedade Civil, assim como de grupos de trabalho e grupos de ajuda, durante todo o processo de definição, normatização e implantação da nova política nacional anti-drogas;
- e) Incentivo do Governo Federal a entidades não governamentais que trabalham com prevenção;
- f) Parceria do Governo Federal, estadual, municipal e da SENAD dando apoio e divulgação aos trabalhos dos Grupos de Auto-Ajuda, e ONG;
- g) Parceria do Governo com Empresas Privadas. Incentivo a empresas que investirem nesta área de tratamento às famílias e ao dependente;
- h) Vincular o tratamento da família a todos as formas de atendimento ao dependente - farmacoterapia, terapia individual e de grupo, terapia ocupacional e comportamental, grupos comunitários de ajuda mútua;
- i) Trabalhos de grupos de apoio;
- j) Campanhas de informação e prevenção, através da mídia e outros meios, valorizando a pessoa e a família, com ênfase no exercício da cidadania - direitos e deveres;
- k) Inclusão no Currículo Escolar de matérias pertinentes à Prevenção (Grupos na Escola);
- l) Investimento na área de saúde preventiva com formação de agentes;

- m) Maior divulgação de entidades que trabalham com prevenção com endereços e telefones;
- n) Qualificação dos profissionais da área de Recursos Humanos, através de cursos específicos de preparo para lidarem com Drogadicção e Tratamento.

2) Como a família poderá atuar na repressão?

- a) O papel da família não é atuar na repressão, cabendo esta função às autoridades competentes;
- b) A família precisa de apoio das autoridades do Poder Judiciário, através do Ministério Público, para que a repressão seja instrumento de resgate humano e social, cumprindo uma missão reeducativa;
- c) Se enquadrarmos repressão na família, será necessária a reorganização da estrutura familiar, com unidade de valores, limites estabelecidos (civil e criminal), perdas de privilégios do usuário dentro da família.

Coordenadora: Helena Gasparini

A instituição escolar é voltada para uma população constituída predominantemente de crianças e adolescentes, ou seja, indivíduos em fase de desenvolvimento. Por conseguinte, tratando-se de indivíduos que apresentam maior plasticidade, flexibilidade e maleabilidade quanto à sua estrutura de personalidade, tornam-se igualmente mais suscetíveis a influências do meio ambiente. Além disto, crianças e adolescentes tendem a permanecer praticamente a metade de suas vidas no ambiente escolar. Embora a Escola não tenha a finalidade de substituir a família, detém um papel de formação comparável àquele desempenhado pelo núcleo familiar de origem. Acrescentamos ainda que, em se tratando de famílias disfuncionais, freqüentemente a criança ou o adolescente passa a utilizar-se da escola como referência alternativa ao modelo familiar inadequado. O aluno, nestes casos, elege determinados professores como figuras substitutivas dos modelos identificatórios parentais insuficientes.

Quanto à prevenção do uso de drogas, dois níveis de intervenção são passíveis de serem realizados no ambiente escolar: 1) antes do primeiro contato com o produto (prevenção primária) e; 2) em havendo uso de drogas, antes da instalação de uma dependência (prevenção secundária). Assim, às instituições de ensino caberiam as seguintes ações:

- intervenções de caráter pedagógico junto a familiares e educadores, agindo sobretudo na diminuição da demanda com relação a drogas;
- intervenções a nível de fatores de risco ou fatores de proteção, agindo predominantemente na interface oferta/demandada.

O grupo enfatizou a importância bem como a necessidade da prevenção nas escolas, tendo em vista que estas são responsáveis não apenas pelas informações mas principalmente pela formação de crianças e adolescentes.

Foram evidenciadas algumas dificuldades tais como a falta de programas preventivos longitudinais, a capacitação deficitária dos educadores que atuam em prevenção e a necessidade de reformulação de práticas pedagógicas com especial ênfase no trabalho multidisciplinar.

PROPOSTAS

Como resposta à falta de programas preventivos longitudinais:

1. Contemplar os Projetos de Prevenção ao uso de drogas nas escolas dentro da concepção de Educação, que tem como objetivo geral a valorização do ser humano e da vida;
2. O processo preventivo, para ter efeito educativo e formativo, precisa ser sistemático, contínuo e regular;
3. Trabalhar as informações científicas com serenidade, lucidez e isenção emocional, evitando o sensacionalismo, moralismo, alarmismo, terrorismo, de maneira não preconceituosa;
4. A informação sozinha não é suficiente para o aluno mudar comportamentos, daí um maior investimento pedagógico nas habilidades psicossociais, como o incentivo a tomar decisões responsáveis, fazer opções construtivas, interagir e desenvolver mecanismos de defesa;
5. Participação ativa da família e da comunidade em um plano integrado de prevenção;
6. Estabelecer normas reguladoras (proibitivas) contra o uso, consumo e venda de tabaco e bebidas alcóolicas nas escolas e festas ou comemorações promovidas pelo estabelecimento de ensino;
7. Disponibilizar e divulgar para as escolas os programas existentes na prevenção ao uso de drogas;
8. Capacitar representantes de estudantes (Grêmio estudantil, UBES, UNE etc.) para trabalharem nos programas de prevenção;
9. As palestras devem fazer parte de um programa amplo de prevenção e serem autorizadas pelo órgãos normativos competentes, assim como campanhas, folhetos, cartazes e outros meios de divulgação;

10. Incrementar e ampliar as etapas de acompanhamento e avaliação dos projetos desenvolvidos na área de prevenção.

Como resposta à capacitação deficitária dos educadores

11. A capacitação e reciclagem dos educadores devem ter como base comum os parâmetros curriculares nacionais, proporcionando a formação de cidadãos críticos e responsáveis diante aos problemas sociais, entre eles a droga-dependência;
12. Capacitar professores e/ou técnicos a identificar alunos em situações de risco (social, emocional ou comportamental) em relação às drogas, dando o devido encaminhamento;
13. Oportunizar assistência e tratamento aos profissionais da educação, usuários ou dependentes de drogas.

Frente à necessidade de reformulação de práticas pedagógicas

14. Parceria das escolas com outras instituições e multidisciplinariedade na formação de educadores, técnicos e adultos. A escola deve formar cidadãos conscientes, prontos a colaborar na construção de uma sociedade com melhor qualidade de vida;
15. Desenvolver, com auxílio de metodologias participativas, uma conduta pedagógica mais compromissada com a formação integral do aluno, derrubando preconceitos, valorizando não somente seu progresso cognitivo e motor, mas os seus avanços na vivência afetiva, social e espiritual.

Outras propostas

16. Inserção de uma lei de incentivo fiscal para a educação, no modelo da Lei Roanet, para incentivar o patrocínio empresarial de projetos educativos de prevenção ao uso de drogas.
17. Incentivo financeiro às prefeituras endereçado à capacitação de educadores nos projetos de prevenção ao uso de drogas.

SUBGRUPO G4 - COMUNICAÇÃO E MARKETING

Coordenadora: Clarinha Glock

As campanhas de prevenção ao uso abusivo de drogas realizadas até agora têm sido descontínuas, ineficientes e pouco atraentes. Utilizam, de uma forma geral, uma linguagem sensacionalista ou amedrontadora, que comprovadamente não traz os resultados esperados - ao contrário, com sua visão repressiva, estigmatiza o usuário e torna mais difícil o acesso à informação. Além disso, essas campanhas tentam abranger, ao mesmo tempo, um público muito diversificado, sem levar em conta as peculiaridades de cada grupo, como idade, sexo, condição sócio-econômica. Desta forma, acabam se tornando inócuas.

Os familiares e amigos de usuários de drogas, por sua vez, não sabem onde procurar ajuda e tratamento. Os serviços especializados, assim como os telefones para informações sobre drogas, são ignorados pela maior parte da população. O grupo acredita que, para suprir essas carências, é necessária uma reformulação total do sistema de comunicação e marketing, com a estruturação de um departamento específico formado por profissionais da área. Caberá aos integrantes deste departamento a elaboração de campanhas de prevenção, a divulgação de ações da SENAD, bem como de serviços já existentes (locais de tratamento e reabilitação de usuários de drogas, por exemplo), que deverão ser cadastrados, disponibilizados para a população, e periodicamente atualizados.

É entendimento do grupo também a importância de aproveitar a estrutura do novo departamento para levar a público as pesquisas feitas por universidades e outras instituições, hoje restritas aos meios médicos ou acadêmicos. E, principalmente, o departamento de comunicação e marketing deverá nutrir a mídia com informações sobre drogas e sobre a SENAD. Desta forma, estará colaborando também para a elaboração de políticas de prevenção e repressão mais adequadas à realidade que pretende atingir.

PROPOSTAS

1. Criar um departamento de Comunicação e Marketing na SENAD para formular e colocar em prática as estratégias do setor;
2. Rediscutir as estratégias já existentes de Comunicação e Marketing a partir dos seguintes pontos:
 - a) Fazer uma pesquisa nacional para estabelecer o público-alvo a que vai se dirigir a campanha, levando em conta a faixa etária, os aspectos regionais, o nível sócio-econômico, o gênero, a escolaridade e a religião;
 - b) Adaptar as estratégias de campanha às especificidades regionais e aos meios de comunicação a que se destinam (rádio, jornal, televisão, Internet);
 - c) Definir as estratégias de campanhas distintas. Definir uma campanha para informação, educação, conhecimento e outra que leve a uma mudança de atitude e comportamento;
 - d) Organizar grupos-focais específicos (crianças, mulheres, populações excluídas) para avaliar a campanha antes de implantá-la;
3. Estabelecer canais de informação:
 - a) Promover cursos e palestras com o objetivo de integrar os profissionais de saúde e comunicadores para que os primeiros saibam como melhor apresentar os resultados de seus trabalhos ao grande público e os comunicadores conheçam formas adequadas de abordagem do problema das drogas;
 - b) Montar um banco de dados atualizado e colocá-lo à disposição por meio da Internet e de um telefone 0800, com os objetivos de: oferecer ao público informações sobre drogas e seus efeitos; divulgar o que está sendo feito na área de prevenção, tratamento e repressão às drogas; e disponibilizar dados de pesquisas de universidades, organizações não governamentais e outras instituições que trabalham na área. O número de telefone 0800 deverá ser amplamente divulgado, através de cartazes e folhetos, em postos de saúde, escolas, igrejas, associações de classe, associações comunitárias, agências de correio, ônibus, metrô, bem como constar na relação de telefones úteis dos guias telefônicos;
 - c) Organizar um congresso nacional e um internacional, centrados no papel das áreas de Comunicação e Marketing na prevenção ao uso de drogas, para troca de experiências;

d) Divulgar, da mesma forma mencionada no item 2.d), o serviço de disque-denúncia sobre drogas, salientando o aspecto do anonimato;

e) Suprir os meios de comunicação de informações científicas, com linguagem acessível, sobre os efeitos das drogas lícitas e ilícitas e sua relação com a morbi-mortalidade, a violência e a estrutura do crime organizado;

f) Tornar acessível aos meios de comunicação e à população em geral a legislação relativa a drogas;

4. Sobre a Publicidade:

a) Coibir a publicidade que estimula o uso de drogas lícitas, delimitando horários (após as 23h) e espaços.

• *Também foi sugerida como meta a ser perseguida no futuro a proibição total da publicidade de drogas lícitas em todos os meios de comunicação;*

b) Modificar o conceito visual da advertência sobre proibição de fumo feita pelo Ministério da Saúde nas propagandas atuais, de tal forma que seja capaz de competir com a mensagem publicitária do produto;

c) Introduzir igual advertência nas campanhas publicitárias das outras drogas lícitas;

d) Promover a propaganda contra o abuso de drogas com mensagem subliminar (merchandising social) em novelas, programas de televisão em geral, jornal, revista e rádio.

• *Foi também sugerida a inclusão de propagandas de prevenção às drogas nos cinemas antes da projeção dos filmes*

5. Sobre as campanhas do governo:

a) Estabelecer campanhas específicas de acordo com o público-alvo (incluindo os portadores de deficiências), que contemplem a prevenção para não-usuários e a orientação para dependentes e familiares. As campanhas deverão utilizar uma linguagem acessível e adequada a cada grupo, enfatizando o lado positivo de valorização da vida;

b) Fazer campanhas de esclarecimento, com o objetivo de eliminar o preconceito sobre o usuário de drogas e seus familiares, abordando o tema sem induzir a sociedade a marginalizar e discriminhar o objeto da campanha (evitar a utilização de palavras como: drogado, viciado, maconheiro, e outras);

c) Criar um comitê multidisciplinar com médicos, publicitários, pedagogos e ex-dependentes, que participem como consultores de futuras campanhas e colaborem na elaboração de material de divulgação;

d) Formar parcerias com organizações não-governamentais e demais entidades governamentais com o objetivo de trocar experiências já existentes na área de Comunicação e Marketing;

e) Usar a imagem de pessoas públicas em campanhas de prevenção e esclarecimento contra as drogas;

f) Aproveitar os canais já existentes de televisão (educativa e cultura) e rádio governamentais para programas de debates e depoimentos de pessoas envolvidas com as drogas;

g) Organizar programas para atender às comunidades que não tenham acesso aos meios tradicionais de comunicação, de forma a difundir as informações por meio de líderes comunitários, religiosos e outros representantes locais;

h) Enfatizar o programa de vida saudável, relacionando a preservação do meio ambiente com a preservação da saúde e da recusa de utilização de drogas lícitas e ilícitas;

6. Promover um concurso nacional para divulgar institucionalmente a SENAD (exemplos: criação de logomarca, selo, símbolo e outros).

7. *Incluir os medicamentos em geral na proibição de propagandas de drogas;*

8. *Determinar um prazo de quatro anos para proibir definitivamente a propaganda de drogas lícitas na mídia;*

9. *Inserir nas atividades de lazer e diversão, com freqüência, mensagens sobre os prejuízos das drogas;*

10. *Ampliar a todas as emissoras de rádios e canais televisivos a abertura de espaços para campanhas, eventos e propostas de trabalho, inclusive através de legislação específica.*

G5 - INSTITUIÇÕES DE INTERNAÇÃO E ABRIGAMENTO (PRISÕES, ABRIGOS, ASILOS)

Coordenador: Dr. Cássio Castelarín

As instituições de internação e abrigamento (prisões, abrigos e asilos) são foco importante na discussão sobre o abuso de drogas. Três questões se fizeram presentes na discussão do Grupo 5: a situação das entidades filantrópicas, o sistema prisional e as formulações de denúncia. A partir da discussão desses temas, foram elaboradas as propostas incluídas neste documento.

As instituições filantrópicas e sem fins lucrativos são responsáveis por grande número de abrigos e asilos. São, também, agentes de intervenções junto às populações carcerárias, deparando-se com a problemática do uso de drogas no interior das prisões. O Grupo 5 chamou a atenção sobre a falta de recursos financeiros, humanos e materiais que possam garantir o bom funcionamento dessas instituições.

O grupo também considerou inadequado o sistema prisional existente, principalmente, pela falta de cumprimento da Lei e no que diz respeito às questões de Educação e Trabalho.

O G5 se preocupou, igualmente, com as formulações de denúncias, traduzidas oficialmente pela "Lavratura da Ocorrência Policial", a qual determina a abertura de inquéritos que não fazem juz à realidade. Muitas vezes, pessoas são prejudicadas e acabam sendo encaminhadas para o cumprimento de penas incompatíveis.

O G5, com o tema **Instituições de Internação e Abrigamento (prisões, abrigos, asilos)**, foi coordenado por Cássio Castellanin.

PROPOSTAS

1. Estímulo ao funcionamento eficaz do serviço técnico pertencente aos IMLs, que deveria ser constituído por: psiquiatra, psicólogo, assistente social, com especialização para avaliar tecnicamente o grau de dependência e comprometimento patológico do indivíduo detido com o objetivo de auxiliar na fase de instrução policial;
2. Que a SENAD fiscalize o uso indiscriminado de produtos químicos para o controle de pacientes em asilos de idosos;
3. Capacitar o psiquiatra do IML e dos hospitais de custódia penitenciária para a realização de adequada investigação e diagnóstico da dependência química;
4. Criar centros de tratamento para a população prisional específicos para a dependência química, que pudessem inclusive implantar medidas sócio-educativas;
5. Treinar policiais para o trato com crianças e adolescentes.

SUBGRUPO G6 - MULHERES

Coordenadora: Dra. Silvia Brasiliano

Tradicionalmente, a dependência a substâncias psicoativas tem sido muito menos estudada em mulheres do que em homens. Uma série de razões podem ser levantadas para esta tendência, entre elas: a menor prevalência da dependência química entre as mulheres comparativamente aos homens; o sub-diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas em mulheres; e o forte estigma social associado ao abuso de álcool e drogas entre elas. De qualquer forma, durante muitos anos esta deficiência de pesquisas levou a que resultados dos estudos com homens fossem, muitas vezes, indevidamente generalizados para as mulheres dependentes químicas.

Recentemente, a progressiva atenção às mulheres dependentes químicas tem apontado para o reconhecimento de que elas constituem um subgrupo específico. Embora persistam muitas carências e dúvidas na compreensão de inúmeros aspectos, já existem evidências suficientes para afirmar que elas apresentam características e necessidades diferentes das dos homens.

As mulheres diferem dos homens na motivação, padrão, fatores de risco e razões para iniciar o uso de drogas; na morbidade física e psiquiátrica e na mortalidade associada ao abuso de álcool e drogas e, também, nas experiências psicológicas e sociais relacionadas às substâncias psicoativas.

Todos estes fatores apontam para a necessidade de programas de prevenção e tratamento diferenciados, de forma a otimizar os recursos e garantir a eficácia das propostas a serem implementadas.

O G6, com o tema Mulheres, foi coordenado por Silvia Brasiliano. A relatora foi Liane de Jesus Teixeira Castrillon, e os secretários Lúcia Célia Magalhães e Carlos Rosa.

PROPOSTAS

Ações preventivas e saúde integral da mulher

1. Desenvolvimento de ações preventivas relacionadas à saúde integral da mulher, que englobem as questões pertinentes ao álcool, ao tabaco e às drogas, nos postos de saúde. Estas ações terão caráter informativo e serão realizadas através de palestras, vídeos, discussões, cartazes e grupos de mães. Deverão ser promovidas de forma permanente, em todo e qualquer momento que a mulher procure o posto de saúde (vacinação, pediatria, pré-natal, ginecologia, clínica geral e saúde mental, entre outros);
2. Com esta finalidade, deverão ser treinados os agentes de saúde que já trabalhem nos serviços, bem como selecionados e capacitados voluntários da comunidade para atuarem junto aos postos. O objetivo é garantir uma educação continuada através de todo o ciclo vital da mulher;
3. Utilização de espaços ambulatoriais já existentes para a divulgação do valor da mulher e resgate da auto-estima.

Educação e divulgação:

4. Elaboração de um programa, a ser inserido no currículo escolar de 1º e 2º graus, que aborde a condição da mulher, com especial atenção para: autonomia; auto-estima; feminilidade e sensualidade; direitos; trabalho e saúde;
5. Divulgação dos fatores de riscos e prejuízos provocados pelo uso de álcool, tabaco e drogas pela mídia para ambos os sexos, como forma de diminuir a discriminação preconceituosa da mulher.

Necessidades específicas

6. Ampliação dos recursos para o tratamento de dependentes de álcool e droga já existentes, de forma a contemplar o desenvolvimento de programas específicos para mulheres;
7. Estes programas deverão estar capacitados para o atendimento de gestantes, bem como deverão oferecer alternativas de cuidado para os filhos das mulheres dependentes, através de parcerias e convênios com creches da comunidade. Como, em nossa sociedade, a mulher tem responsabilidade primária sobre as crianças, o objetivo é facilitar o seu acesso ao tratamento, possibilitando sua permanência no programa pelo período que se fizer necessário para a sua recuperação;

8. Os recursos de tratamento deverão também prestar assistência às mulheres dependentes do álcool e/ou drogas que sejam portadoras do vírus da AIDS. Neste caso, e devido à desinformação e ao preconceito que circundam o tema HIV/AIDS, deverá ser oferecido aos técnicos um treinamento básico sobre formas de contágio, prevenção e estágios da AIDS, de forma a facilitar a inserção das pacientes soropositivas no tratamento;
9. Capacitação dos médicos que atuam junto às mulheres na problemática da dependência de drogas lícitas prescritas ou não;
10. Favorecer o acarreamento de recursos para projetos de pesquisa que possam levantar as características e necessidades específicas da mulher, de forma a otimizar ações de prevenção e tratamento;
11. Assegurar na legislação da família a não penalização da mulher, no que diz respeito à guarda dos filhos, ao procurar tratamento para a eliminação da dependência;
12. Possibilitar formas alternativas de geração de renda, principalmente, para as dependentes de álcool e drogas que se prostituem ou traficam como forma de sobrevivência.



SUBGRUPO G 7 - CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Coordenador: Dr. Gilson Maestrini

O uso de drogas entre crianças e adolescentes tem se agravado nos últimos anos. Pela sua dimensão e rapidez, o fenômeno tem alertado a opinião pública e é motivo de preocupação para as autoridades de educação e saúde. O uso massivo de drogas atinge hoje as populações de baixa-renda tanto quanto as classes média e alta, embora com determinantes e motivações diferentes. Não se trata apenas de produtos ilegais (maconha, cocaína, crack), mas do abuso de muitas substâncias legais como álcool, tabaco, medicamentos psicotrópicos e inalantes. O conjunto destas práticas de consumo tem acarretado um alto custo social, além de pesados sofrimentos físicos, psíquicos e morais aos usuários, às famílias e à comunidade como um todo. Crianças e adolescentes, por estarem em fase de desenvolvimento bio-psico-social, são mais vulneráveis aos efeitos nocivos do uso indiscriminado dessas substâncias, bem como às influências do seu meio ambiente - família, escola, amigos. Dificuldades no desenvolvimento físico e emocional podem ser decorrentes do uso de drogas nessas fases do ciclo de vida. O consumo das mais variadas substâncias, lícitas e ilícitas, entre crianças e adolescentes revela, igualmente, a falta de cidadania em todas as dimensões - tanto no cumprimento das leis como, principalmente, no respeito aos seus direitos reconhecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente.

PROPOSTAS

1. Prevenção

- a) Escola: Preparar profissionais da área de Educação para lidarem com as questões relacionadas com limites, valores éticos, morais e religiosos, questões do desenvolvimento emocional, entre outras, dentro do Projeto Pedagógico de cada unidade de ensino;
- b) Família: Propiciar à família espaço de discussões e debates a respeito de limites, valores éticos, morais e religiosos, papéis familiares, educação de filhos, etc.;
- c) Saúde: Preparar profissionais de saúde para, no contato com crianças, adolescentes e suas famílias, prestar orientação quanto ao desenvolvimento sócio-emocional;
- d) Comunidade: Estimular a criação e manutenção de espaços comunitários que possibilitem a prática de esportes e lazer, o acesso e produção de diversas manifestações culturais e a preparação para o mundo do trabalho;
- e) Mídia:
 - Estimular a criação e veiculação de programas educativos em horários próprios para crianças e adolescentes;
 - Propor a criação de mecanismos contínuos de controle de qualidade dos programas e propagandas de TV;
- f) Outros: Estimular a articulação de redes, institucionais e não institucionais, com o objetivo de implementar ações de promoção do desenvolvimento de crianças e adolescentes.

3. Tratamento:

- a) Estimular a criação de espaços públicos gratuitos e de qualidade para o tratamento de adolescentes usuários de drogas, seja em regime de internação ou ambulatorial, oferecendo assistência à família;
- b) Investir em capacitação de recursos humanos para o tratamento de crianças e adolescentes dependentes de drogas;
- c) Estimular a articulação entre as diversas instituições de tratamento às dependências: públicas, privadas e comunidades terapêuticas;
- d) Facilitar a participação de empresas privadas no financiamento dos programas de tratamento de crianças e adolescentes usuários de drogas;
- e) Destinar os recursos federais advindos da apreensão de bens relacionados com o tráfico de drogas para o tratamento de crianças e adolescentes usuários.

4. Repressão

- a) Capacitar os profissionais da área de segurança pública para lidarem com crianças e adolescentes usuários de drogas;
- b) Propor uma revisão do Estatuto da Criança e do Adolescente no que diz respeito à idade de responsabilidade penal (não houve unanimidade de opiniões).

SUBGRUPO G8 -
CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA

Coordenador: Dr. Auro Lescher

Cada vez mais, as políticas de assistência à criança e ao adolescente têm se confrontado com o agravamento da situação na qual essa população se encontra nos grandes centros urbanos do país. Constatase, dentre outras características, a alta freqüência do consumo de drogas e dos complexos mecanismos que em torno delas vão se estruturando.

Por crianças em situação de rua entende-se aquelas que fazem da rua seu espaço de vivência privilegiado, seja através de atividades de subsistência, lazer e/ou moradia, independentemente de possíveis vínculos familiares ou escolares. Conceito este que se sobrepõe muitas vezes ao de criança em "situação de risco" - risco de perda de vínculos afetivos, de referências familiares, escolares e até da infância propriamente dita, submetendo-se às circunstâncias cruéis da violência, da prostituição e do circuito do uso de drogas, da fissura e do medo.

Trata-se de um fenômeno complexo, que exige intervenções precisas que levem em consideração esta complexidade. Sabe-se que a prevenção do consumo de drogas nesta população transcende os aspectos farmacológicos das substâncias, e implica numa ação integrada entre equipamentos, governamentais ou não, muitas vezes já existentes, porém sem a adequada articulação entre si.

Partindo do pressuposto que o consumo de substâncias psicoativas deve ser considerado dentro de uma perspectiva global que contemple as características farmacológicas das mesmas, a subjetividade do consumidor e contexto sócio cultural no qual o mesmo está inserido, percebemos que, entre as crianças e adolescentes em situação de rua, o consumo de droga é circunstância desse circuito de sociabilidade: a "rua".

O conhecimento desta realidade dinâmica é vulnerável a mitos e preconceitos que dificultam muitas vezes traçar um perfil de quem é esse menino e quais suas reais necessidades.

PROPOSTAS

1. Capacitar profissionais que trabalham com este segmento específico da sociedade para que adotem uma pedagogia éticamente fundamentada;
2. Facilitar o estabelecimento de um vínculo educador/educando que tenha como base o respeito aos jovens e objetive garantir-lhes a plena consciência e exercício da cidadania;
3. Inserir as crianças e adolescentes num circuito alternativo ao da rua, que lhes possibilite a construção de um projeto de vida enquanto sujeitos históricos;
4. Estimular, para tanto, a articulação de redes voltadas para as crianças e adolescentes em situação de rua, numa construção diária de comunicação, com princípios partilhados e ações sinérgicas;
5. Garantir a continuidade das intervenções ao longo do tempo, para que estas possam ter efetividade - provocando na subjetividade do indivíduo novas demandas, acolhendo e estimulando suas potencialidades;
5. Demandar da SENAD a efetivação de investimentos destinados aos Conselhos Municipais e Estaduais da Criança e do Adolescente, que também contemplem as Organizações Não Governamentais (ONGs);
6. Criar mecanismos que facilitem o repasse de verbas e a assessoria técnica do SENAD destinados aos Fundos Estaduais e Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente, bem como para ONGs que mantenham trabalhos dirigidos a crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social.

SUBGRUPO G10 -
ADEQUAÇÃO E CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

Coordenador: Dr. Luiz Carlos Romero

As três áreas fundamentais na compreensão e intervenção em matéria de uso de drogas (prevenção, tratamento e repressão) esbarram nas sérias carências e na inadequação de recursos humanos e materiais. Parte do problema advém dos insuficientes investimentos na área, relacionados a um entendimento superficial do problema, que não contempla a complexidade das dimensões imbricadas no mesmo. Porém, há também uma má utilização dos recursos disponíveis, que freqüentemente não atingem os objetivos desejados.

Esta situação, que alia carência e inadequação, se estende a todas as áreas que lidam com a questão do uso de drogas. Os materiais educativos a disposição das escolas são insuficientes e, freqüentemente, inadequados às demandas e necessidades da população escolar. Por outro lado, os profissionais da Educação não têm o preparo nem o apoio necessário para poder efetivar ações de prevenção, tratamento e repressão nas instituições escolares.

Nas clínicas de reabilitação, há carências fundamentais de recursos materiais mínimos para o seu funcionamento - alimentos, materiais de higiene, entre outros. Quanto à instituição policial, algumas experiências mostram que é viável alargar sua função, de forma a esta não ficar atrelada a ações repressivas de caráter violento. Adequação e capacitação de recursos humanos e materiais são, também, necessidades urgentes nos laboratórios científicos.

PROPOSTAS

Prioridades:

1. Reconhece-se como prioritário o investimento em capacitação dos recursos humanos que atuam na área de dependência química, com as seguintes prioridades:
 - a) Educadores - do ensino infantil, fundamental, médio e superior.
 - A grande prioridade é a preparação de professores de 1º e 2º graus, com o objetivo de integração curricular das ações da educação para a prevenção do uso indevido de drogas, objetivando o desenvolvimento de valores universais, éticos e morais, visando à formação do homem integral;
 - b) Policiais - de todas as áreas de atuação.
 - Na área de repressão, a grande prioridade é o reequipamento técnico e operacional das políticas e a preparação dos policiais não apenas em habilidades repressivas, mas também em direitos humanos;
 - c) Trabalhadores das áreas de saúde e assistência social.
 - Na área de assistência, a prioridade é a preparação, em termos de recursos humanos e materiais, dos serviços de saúde e assistência social para a adequada retaguarda que as ações educativas exigirão;
 - d) Voluntários;
 - e) Magistrados, procuradores, defensores públicos e membros do Ministério Público - essa ação deve se dar sob duas formas básicas:
 - Educação continuada dos trabalhadores já integrados no mercado de trabalho;
 - Intervenção no currículo de formação de novos trabalhadores.

Outras propostas:

2. Não houve consenso no Grupo, sobre a necessidade de regulamentação da profissão de Conselheiros em dependência química, mas sim em que sua formação deverá receber mais cuidados por parte das autoridades educacionais.
3. A produção de materiais educativos deve ser regionalizada, para atender características e necessidades locais e

regionais, ressaltando a qualidade de vida e valores éticos. Os materiais educativos devem ser adequados ao poder aquisitivo das pessoas a que se destinam.

4. É necessário implantar serviços públicos de tratamento e apoiar a manutenção dos serviços filantrópicos com recursos humanos e materiais.
5. Destinar parte dos impostos arrecadados com a produção e a comercialização de drogas lícitas para o financiamento de ações de prevenção de uso indevido, de tratamento de usuários e dependentes e de repressão ao tráfico de drogas ilícitas (esta recomendação foi apoiada por 13 dos 20 participantes do Grupo).
6. Adequar recursos humanos e materiais de centros de pesquisa para o estudo de novas estratégias e materiais para prevenção e tratamento do uso de drogas.
7. Deve ser definido percentual específico dos recursos transferidos a Estados e Municípios, destinado a repressão ao tráfico de drogas.
8. Divulgar e fazer implementar o documento do CONEP.
9. Devem ser abordados os recursos que a Lei determina para os laboratórios do Instituto Médico-Legal.



**SUBGRUPO G11 -
INCENTIVO À PESQUISA E DIVULGAÇÃO DE DADOS
ESTATÍSTICOS**

Coordenadora: Dra. Maria Lúcia Formigoni

A questão do uso abusivo de drogas não se restringe à área da Saúde, mas tem importantes repercussões nas áreas da Justiça e da Segurança. A importância da pesquisa, como fonte geradora de novos conhecimentos e fornecedora de dados sobre a realidade do uso e abuso de substâncias psicoativas não pode ser contestada. No entanto, tem sido poucas as iniciativas concretas para incentivá-la.

No Brasil, ao contrário do que ocorre nos países ditos desenvolvidos, o ensino e a pesquisa na área de dependência de álcool e/ou outras drogas ainda deixam muito a desejar. Pouco se sabe a respeito da real prevalência do problema na população em geral, da efetividade das raras medidas de prevenção ou dos tratamentos oferecidos.

A primeira dificuldade que se encontra é como localizar as publicações nacionais sobre o assunto, desde que a maior parte delas foi publicada em revistas não indexadas e de curta duração. Alguns destes poucos dados disponíveis encontram-se catalogados no banco de dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas, setor do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina - UNIFESP. No seu catálogo de 1997, constam 2172 publicações, compreendendo trabalhos publicados por autores brasileiros desde 1860 até 1997. Se considerarmos que esta quantidade de trabalhos é equivalente a 70% dos trabalhos publicados sobre uso indevido de drogas indexados no Medline apenas no ano de 1997, podemos dimensionar a precariedade das informações disponíveis e a necessidade de investimento neste setor.

É preciso conhecer a realidade, para que se possa determinar a real dimensão do problema e planejar as estratégias mais adequadas para enfrentá-lo. Obviamente, a realidade brasileira é bastante diferente da observada nos países ditos desenvolvidos, o que indica ser pouco provável que abordagens adotadas naqueles países possam ser diretamente transferidas para o nosso, sem passar por um rigoroso processo de adaptação. A experiência passada tem demonstrado que a importação de tecnologia sem adaptação é desperdício de esforços e recursos. Somente uma avaliação adequada da nossa realidade poderá prover informações relevantes para o planejamento de estratégias para repressão do tráfico, prevenção do uso ou tratamento dos dependentes de drogas.

O G11, com o tema **Incentivo à Pesquisa e Divulgação de Dados Estatísticos**, foi coordenado por Maria Lúcia O. Souza Formigoni.

PROPOSTAS

Recomendações à SENAD:

1. A SENAD deve incentivar a realização de pesquisas básicas, epidemiológicas e sobre intervenções de prevenção e tratamento ou repressão na área das drogas;
2. As ações da SENAD devem ser respaldadas por dados provenientes de pesquisas metodologicamente adequadas;
3. O apoio à pesquisa poderá ser feito de duas formas:
 - a) Em resposta a demanda espontânea;
 - b) Propondo linhas de pesquisa a serem incentivadas, em função das demandas identificadas, priorizando avaliações de necessidades e resultado;
4. Os recursos para apoio aos projetos de pesquisa serão os provenientes da FUNAD e de outras fontes à disposição da SENAD, que deverá se responsabilizar pela captação dos recursos necessários ao cumprimento dos programas;
5. Sugere-se uma interação com outros órgãos de fomento à pesquisa como CAPES, CNPq, FINEP, Fundações Estaduais de apoio à pesquisa, no sentido de se incentivarem linhas específicas de fomento sobre temas relacionados ao uso abusivo de drogas;
6. Os projetos de pesquisa deverão ser submetidos à apreciação de um órgão técnico assessor a ser criado pelo CONAD, formado por 7 representantes da comunidade científica, provenientes das áreas de prevenção, tratamento,

repressão e avaliação. Este órgão consultor deverá se assessorar através do envio dos projetos a consultores "ad hoc", credenciados com base na sua competência como pesquisadores. O parecer do órgão técnico deverá se fundamentar nos pareceres da assessoria "ad hoc" e enviado para aprovação do CONAD;

7. Após a liberação dos recursos, o órgão técnico deverá acompanhar a implantação do projeto através da análise de relatórios semestrais: um relatório técnico-científico e um relatório financeiro. Após o relatório final poderá ser realizada uma avaliação local, se necessária;

8. Anualmente, o conselho técnico deverá realizar uma avaliação dos projetos apoiados

9. Em relação à divulgação de dados provenientes de pesquisa, sugere-se a criação de um centro de documentação informatizado, incorporando e ampliando os bancos de dados já existentes no país. Sugere-se a criação de uma sessão na home-page da SENAD com possibilidade de acesso a um formulário padrão, que permita a constante alimentação do banco de dados pelos usuários. Sugere-se também que o programa facilite a interação com outros serviços e "links";

10. Sugere-se a criação de uma revista técnica especializada em drogas, que contenha:

- Artigos originais;
- Revisões;
- Debates sobre política de drogas;
- Resumo de artigos publicados em revistas nacionais e internacionais;
- Boletim sobre estatísticas – informações epidemiológicas;

Esta Revista deve preencher todos os requisitos necessários para indexação de acordo com as normas internacionais, tornando-se um veículo oficial de referência técnica na área de abuso de drogas;

11. A SENAD deve se responsabilizar pela coordenação e criar um programa de avaliação de dano populacional, em termos de morbidade e mortalidade. Sugere-se a criação de um Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica contendo indicadores epidemiológicos de uso de drogas, indicadores de atendimento a usuários e dependentes de drogas em nível ambulatorial e hospitalar, indicadores de mortalidade e outros indicadores a serem definidos, como por exemplo apreensão de drogas.

Este sistema deve integrar dados provenientes das ações dos vários ministérios;

12. O grupo se preocupa com a continuidade do processo e solicita que a SENAD se pronuncie em relação às recomendações supracitadas, enviando uma resposta ao grupo, que se propõe a assessorar a discussão das propostas enviadas;

13. Que a SENAD responda às propostas contidas nos relatórios, não só aos subgrupos, mas a todos os participantes do Fórum.

SUBGRUPO G12 - INSTITUIÇÕES RELIGIOSAS

Coordenador: Ruy Fabiano Rabelo

Dentro do objetivo democrático do I Fórum Nacional Antidrogas, as instituições religiosas foram também contempladas, a partir do trabalho em subgrupo de uma equipe com caráter ecumênico. Com absoluta igualdade no direito à participação e sob coordenação neutra, representantes de diversas igrejas e de convicções religiosas várias expuseram suas opiniões e fizeram propostas. As manifestações foram ouvidas em clima de respeito e houve unanimidade na decisão e encaminhamento de propostas para a reunião plenária do Grupo Global.

Dentro da visão integral do ser humano que as religiões usualmente professam, o problema do uso indevido de drogas não tem sido obviado. Inúmeras instituições ecumênicas trabalham com o tema, e apresentam perspectivas próprias na sua compreensão, ora coincidentes ora contrapostas àquelas adotadas em outras formas de tratamento.

O G12, com o tema **Instituições Religiosas**, foi coordenado Ruy Fabiano. Marisa Mendes Machado foi a relatora do subgrupo e Kátia Pereira Arantes secretariou o mesmo.

PROPOSTAS

1. Criação de um Conselho das Instituições Religiosas no âmbito da SENAD, dentro da Comissão Técnica dessa Secretaria;
2. Celebração de convênios entre SENAD e instituições religiosas para celebração de projetos antidrogas, verificadas a idoneidade da instituição e a viabilidade do projeto;
3. Propor lei ao Congresso que estabeleça incentivo fiscal às pessoas físicas e jurídicas que contribuam para projetos de combate às drogas nas comunidades terapêuticas religiosas;
4. As instituições religiosas que estiverem integradas aos trabalhos da SENAD, através do Conselho das Instituições Religiosas e convênios (propostas 1 e 2), deverão ter credencial expedida pela Secretaria, o que as identificará como colaboradoras;
5. Desburocratização do acesso às verbas de subvenção federal;
6. Incluir o capelão ou outro dirigente religioso entre os profissionais indispensáveis nas clínicas e comunidades terapêuticas que trabalham na prevenção e recuperação de uso de drogas;
7. Recomendar que, na organização dos festejos religiosos, haja um trabalho prévio de conscientização por parte das instituições religiosas responsáveis contra o uso do álcool;
8. Que as instituições religiosas credenciadas junto à SENAD tenham acesso aos estabelecimentos governamentais voltados para a recuperação de menores infratores;
9. Incluir as comunidades religiosas na SENAD, junto à representação geral das ONGs;
10. Indicar um representante ecumênico da união religiosa para o CONAD;
11. Mudar o texto, suprimindo o termo "religiosas" onde se lê "comunidades terapêuticas religiosas".

Coordenadora: Dra. June Hardy Sabino

Discussão que perpassa qualquer outra ao respeito do uso indevido de drogas nos seus desdobramentos (tratamento, prevenção ou repressão), a captação de recursos demanda a definição de prioridades e critérios tanto para o repasse de recursos quanto para que seja garantida sua correta utilização. As implicações do tema contemplam o âmbito de definição de políticas, a articulação institucional, as prioridades de investimento e a participação da sociedade civil organizada.

Algumas experiências mostram que já está sendo superada a visão de um Estado paternalista, e que as instituições envolvidas nesta questão tendem a estimular o auto-gerenciamento dos recursos. Pela sua parte, as empresas privadas ainda têm pouco peso na implementação de projetos de cunho social, entre eles aqueles que abordam o uso indevido de drogas.

PROPOSTAS

1. Participação da SENAD no orçamento da União;
2. Solicitar repasse de verbas dos Ministérios da Saúde, Educação e Segurança de acordo com o Decreto nº 2632, de 19 de junho de 1998, artigo 3º;
3. Solicitar destinação de percentual da reforma fiscal para a SENAD;
4. Solicitar ao Fundo de Amparo ao Trabalhador recursos para que sejam ministrados cursos de qualificação e requalificação profissional;
5. Extensão da Lei Rouanet para prevenção e tratamento da dependência química;
6. Destinação de percentual de impostos recolhidos sobre drogas lícitas;
7. Inserir no formulário de declaração de renda campo para doação específica para dependência química;
8. Abater despesas do tratamento de dependência química no imposto de renda;
9. Propomos à Receita Federal que as doações de pessoas físicas destinadas a instituições privadas ou não sem fins lucrativos possam ser deduzidas do imposto a pagar;
10. Desburocratização do repasse das verbas advindas dos jogos de azar e loterias;
11. Abertura de linhas de crédito em órgãos como BNDS, BB, CEF e afins para instituições privadas ou não ligadas a droga dependência para modernização, expansão, criação de novos espaços ou compra;
12. Destinar à SENAD recursos oriundos das multas de trânsito aplicadas por embriaguez ou drogadicção;
13. Quanto à distribuição: a distribuição dos recursos da SENAD sejam destinada diretamente para instituições, privadas ou não, sem fins lucrativos, através de projetos específicos de repressão, prevenção e tratamento à dependência química e que seja a SENAD o órgão fiscalizador dos recursos.

OEA/ANAIIS FÓRUM

¹ Segundo dados do INCA/MS, a dependência tabágica é responsável por 85% dos casos de DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), 30% dos casos de câncer, 25% dos casos de angina e IAM (infarto agudo de miocárdio) e 25% dos casos de doença cérebro-vascular.

² CEBRID - GALDURÓZ et.al., 1997. Levantamento realizado entre 15.503 estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras

³ O Projeto Brasil é um estudo epidemiológico, transversal, financiado pela Coordenação Nacional de DST/AIDS, envolvendo vários centros - Santos, Salvador, Rio de Janeiro, Itajaí e um pool de cidades da Região Centro-Oeste.

⁴ Os destaques em plenária aparecerão sempre em itálico e na seqüência.

Este livro deve ser devolvido na última data carimbada

BIBLIOTECA DO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

Fórum Nacional Antidrogas (1. : 1998 :

Brasília)

Relatório do I Fórum Nacional

Antidrogas

No.sist: 0216915

F

341.5555

F745R

Nº Chamada _____

Nº Registro 588/99

Imprensa Nacional