

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA
EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CÁSSIA MARIA DA SILVA

**O USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA: IDENTIFICAÇÃO DE
ESTRATÉGIAS E PROPOSTA DE PREVENÇÃO**

**CAMPOS GERAIS/MG
2014**

CÁSSIA MARIA DA SILVA

**O USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA: IDENTIFICAÇÃO DE
ESTRATÉGIAS E PROPOSTA DE PREVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Alfenas, para
obtenção do Certificado de Especialista.
Área de concentração: saúde da família.

Orientador: Professora Doutora Erika de
Cássia Lopes Chaves

**CAMPOS GERAIS/MG
2014**

CÁSSIA MARIA DA SILVA

O USO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA: IDENTIFICAÇÃO DE ESTRATÉGIAS E PROPOSTA DE PREVENÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso e Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Alfenas, para obtenção do Certificado de Especialista. Área de concentração: Saúde da família.

Orientador: Professora Doutora Erika de Cássia Lopes Chaves

Banca Examinadora:

Prof. Erika de Cássia Lopes Chaves – Orientadora

Prof. Sueli Takamatsu Goyata – Examinadora

Aprovado em 07/04/2014

AGRADECIMENTOS

A Deus por me ensinar que a vida é uma constante busca.

À orientadora Professora Doutora Erika de Cássia Lopes Chaves, por compartilhar comigo seus valiosos conhecimentos.

Aos meus pais pelo apoio incondicional recebido durante a elaboração deste trabalho.

Aos queridos tutores (presencial/temático/distância) que além de transmitirem conhecimentos fizeram com que trabalhos difíceis parecessem fáceis e deram tanto apoio nas horas de desânimo.

Aos colegas de curso pela troca tão frutífera de saberes em suas áreas de especialidades e vivências em equipe.

À amiga Fernanda Mendonça Silvério e meu irmão Wellington Douglas de Andrade que tanto me auxiliaram nas questões de informática.

A Universidade Federal de Alfenas/Universidade Federal de Minas Gerais/NESCON/Polo da Universidade Aberta de Campos Gerais que com seriedade permitiram o amplo desenvolvimento do Curso.

A todos meus sinceros agradecimentos.

*“Eu fico louco
Eu fico fora de si
Eu fica assim
Eu fica fora de mim*

*Eu fica um pouco
Depois eu saio daqui
Eu vai embora
Eu fico fora de si*

*Eu fico oco
Eu fica bem assim
Eu fico sem ninguém em mim”.*

Arnaldo Antunes.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi investigar, por meio de evidências científicas, as estratégias de prevenção do uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas na adolescência e propor um plano de ação para prevenção do problema. Primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Bom Jesus dos Campos, no município de São José da Barra/MG, no ano de 2012, utilizando o Método da Estimativa Rápida onde a equipe examinou os registros e fontes secundárias existentes, como os trabalhos científicos e as bases de dados secundários do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); entrevistas com informantes chaves e observação ativa das condições de vida da comunidade. Posteriormente foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura, no período de março a novembro de 2013, utilizando as bases de dados Lilacs, Scielo, consulta no Google acadêmico e livros-texto. Para a busca foi utilizado os termos “uso de drogas”, “adolescentes”, e “prevenção”. A pesquisa mostrou que as drogas sempre estiveram e, provavelmente, sempre estarão presentes na humanidade e que o abuso é fonte de uma multiplicidade de fatores sociais e/ou pessoais (fatores de risco), que torna o indivíduo vulnerável ao seu uso indevido, tal como foi observado junto à população adolescente da área de abrangência da ESF Bom Jesus dos Campos. Os resultados da revisão de literatura apontam como estratégias de prevenção do uso de drogas na adolescência o desenvolvimento de atividades recreativas e exercícios físicos, a criação de espaços para narrativas pessoais dos adolescentes, o desenvolvimento de ações voltadas para a arte, música e cultura e o incentivo à leitura. As ações de prevenção do uso de drogas devem estar voltadas para promoção de estilos de vidas associados à boa saúde, que possibilitem ao adolescente a consciência dos riscos que estão expostos e propicie condições para que tenham capacidade de fazer suas próprias escolhas. O estudo permitiu concluir que as estratégias de prevenção ao uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas devem possibilitar a transformação da realidade social e o desenvolvimento sociocultural do adolescente e da comunidade onde está inserido e, que assim, permitam a formação do sujeito autônomo.

Palavras chave: Adolescentes. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Prevenção e Controle.

ABSTRACT

The objective of this study was to investigate, through scientific evidence, strategies to prevent the abuse of licit and illicit drugs in adolescence and propose a plan of action to prevent the problem. First situational diagnosis of the area covered by the ESF Bom Jesus dos Campos was held in São José da Barra / MG, in the year 2012, using the Quick Method of Estimating where the team examined existing records and secondary sources, as scientific work and the basis of secondary data from the Primary Care Information System (SIAB), key informant interviews and participant observation of living conditions of the community. Subsequently, a literature review was conducted in the period March to November 2013, using the Lilacs, Scielo, query on Google and academic textbooks data. For the search terms was used " drug use "," adolescents ", and" prevention ". Research has shown that drugs have always been and probably always will be present in humanity and that the abuse is a source of a variety of social factors and / or personal (risk factors), which makes the individual vulnerable to misuse such as observed with the adolescent population of the area covered by the ESF Bom Jesus dos Campos. The results of the literature review suggest strategies for prevention of drug use in adolescence develop recreational activities and exercise, creating spaces for personal narratives of adolescents, development of actions for art, music and culture and encouraging reading. Efforts to prevent drug use should be aimed to promote styles associated with good health lives, enabling adolescent awareness of the risks they are exposed to conditions and triggers that have the capacity to make their own choices. The study concluded that strategies to prevent the use and abuse of licit and illicit substances should enable the transformation of social reality and sociocultural development of adolescents and the community in which it operates and, thus, allow the formation of the autonomous subject.

Keywords: Adolescents. Related Disorders Substance. Prevention and Control.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica Saúde da Família
CEBRID	Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe Saúde da Família/Estratégia Saúde da Família
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
GREA	Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas
NSP	Novas Substâncias Psicoativas
PRD	Política de Redução de Danos
RDC	Resoluções da Diretoria Colegiada
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SNC	Sistema Nervoso Central
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNODOC	Nações Unidas sobre Drogas e Crimes

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1-** Recursos necessários para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas na área de abrangência da ESF Bom Jesus dos Campos..... 50
- Quadro 2-** Recursos críticos e controle dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas na área de abrangência da ESF Bom Jesus dos Campos. 51

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Justificativa.....	18
2	OBJETIVO DO ESTUDO	20
3	METODOLOGIA	21
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
4.1	Diagnóstico situacional	22
4.2	As drogas no contexto histórico e contemporâneo.....	30
4.2.1	<i>Uso de drogas na adolescência e estratégias de prevenção</i>	42
5	ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO	47
6	CONCLUSÃO	53
	REFERÊNCIAS.....	55
	ANEXO A – Lista F de Substâncias do Anexo I da Portaria nº 344/98 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.....	68

1 INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas constitui um problema relevante nas sociedades contemporâneas (BASTOS, 2008). Migott (2008) afirma que o consumo de drogas é hoje uma característica comum à população da maioria dos países, inclusive a população Brasileira, sendo o tabaco e o álcool as mais utilizadas e que, o abuso dessas substâncias químicas influencia na saúde dos usuários, na família, nas relações de trabalho, na economia e na sociedade em geral. Segundo Lordello (1998) este fato ocorre em todos os segmentos da sociedade e, não importa a idade e o nível socioeconômico para sua existência entre os indivíduos.

Gomide (2004) salienta que o início do consumo de substâncias psicoativas tem ocorrido cada vez mais cedo, aumentando o risco de dependência. Ferigolo (2004) afirma que quanto mais cedo se inicia o uso de tabaco e álcool, maior a vulnerabilidade de se desenvolver o abuso e a dependência das mesmas substâncias e, concomitantemente o uso de drogas ilícitas.

A dependência química é resultante de um complexo sistema de aprendizagem, no qual o cérebro é reforçado pelo efeito psicoativo satisfatório, ativando os circuitos de recompensa, o que torna mais provável a repetição deste comportamento. Da mesma forma a dependência física está correlacionada, já que o sujeito repete o comportamento para interromper o desconforto da abstinência. Os padrões compulsivos na procura e consumo da droga, no entanto, são resultados de uma complexa aprendizagem, que envolve fatores psicológicos, neurológicos e sociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

A adolescência é um período caracterizado por pouca capacidade de lidar com situações de estresse na vida, aumentando, assim, sua vulnerabilidade em relação às drogas (HEHM, 2009 *apud* ANDRADE; DUARTE; OLIVEIRA, 2010). Ela é marcada por mudanças psicoafetivas e de conduta, constituindo um dos grupos mais sensíveis aos graves problemas na atualidade como fome, miséria, desnutrição, analfabetismo, prostituição,

violência, abandono, desintegração familiar e, muitas vezes encontra-se em situações inoportunas, de difíceis soluções, como é o caso do uso de drogas (RASPANTI, 2002).

A adolescência também está caracterizada por um período de vulnerabilidade física, psicológica e social, com complexas mudanças no processo de desenvolvimento do ser humano. Por este ser um período vulnerável, a experiência do adolecer exige da família, dos profissionais de saúde e da educação uma atenção especial para o adolescente, ajudando-o a lidar com situações e problemas que possam provocar danos e agravos (MIRIAM, 2006).

Kumpfer e Alvarado (2003) comentam que famílias com fortes laços afetivos e pais com papéis efetivos são cruciais para a prevenção de comportamentos antissociais na adolescência. Entre as causas conhecidas do comportamento antissocial, está a dinâmica familiar em que a criança está inserida.

A família ainda é um lugar privilegiado para a promoção da educação. Mesmo que o jovem passe a conviver mais em outros ambientes como escola, clubes, shopping, entre outros, é no seio da família que os valores morais e os padrões de conduta são adquiridos. Geralmente quando esses valores não são adquiridos adequadamente durante a infância é que outros ambientes poderão ter influência de risco na adolescência (GOMIDE, 2004).

Wild (2004) defende que o fato do adolescente não se sentir acolhido e não ter um bom relacionamento com a família pode levar o adolescente a se envolver com o grupo de pares desviantes que fazem uso de substâncias, o que o coloca em risco de dependência de drogas.

Na abordagem de Micheli e Formigoni (2004) a família possui um papel crucial na dependência de drogas na adolescência. O pouco monitoramento e a ausência de cuidados por parte dos pais aos adolescentes estão associados ao risco de dependência de droga nessa população.

Schenker e Minayo (2004) afirmam que a dependência de drogas é uma forma de lidar com os problemas dessa fase da vida, principalmente se o adolescente não possui uma estrutura familiar na qual se sente apoiado, acolhido e bem orientado. E que, portanto a família tem um papel tanto de

coautora no surgimento do abuso de drogas na adolescência quanto de instituição protetora para a saúde dos adolescentes.

Schenker e Minayo (2003) relatam que pais de dependentes de drogas têm dificuldades em passar normas e limites para seus filhos. E que essas famílias parecem possuir uma inabilidade para criar seus filhos, o que resulta em vínculos familiares precários.

As novas configurações familiares também são importantes no contexto da adolescência. Devido ao alto índice de divórcios ou mesmo de mães que assumem sozinhas a maternidade, hoje é bastante comum a família monoparental, aquela na qual o filho é criado somente pela mãe ou pelo pai. Apesar dos adolescentes adaptarem-se a essa realidade, os adolescentes que são criados por ambos os pais são mais protegidos da dependência de drogas do que os adolescentes que são criados por famílias monoparentais (DUNCAN, 2002).

Estudos referentes ao uso de drogas por adolescentes convergem para o consenso de que famílias disfuncionais, ou seja, aquelas nas quais existe um funcionamento patológico com relação à comunicação, estabelecimento de regras e limites, e falta de afeto costumam ser o tipo mais encontrado em adolescentes dependentes de drogas (PRATTA; SANTOS, 2006).

Guiot (1999) demonstra em seu estudo com adolescentes dependentes de drogas, que eles vêm de famílias mais distanciadas, que não se envolvem em atividade conjuntas.

Segundo os autores, o uso de drogas pelos pais e outros familiares é certamente uma das grandes influências para que os adolescentes se tornem dependentes de drogas. Pois esses pais servem de modelo para os adolescentes na experimentação e no início do contato com o álcool ou outras drogas (ANCIERNO et al, 2000).

Walden (2008) diz que adolescentes com pais usuários de drogas apresentam um índice muito maior de uso de nicotina nessa fase.

O uso de ansiolíticos e hipnóticos entre adolescentes está extremamente vinculado ao uso desses medicamentos pelos pais, principalmente pelas mães (PÉLISSOLO, 2001).

A relação entre violência intrafamiliar e dependência de drogas na adolescência também é conhecida. Não apenas os adolescentes que vivenciam situações de abuso físico, psicológico ou social, mas o adolescente que frequentemente observa pais, irmãos, vizinhos em situações de violência (ANCIERNO et al, 2000).

Aos profissionais de saúde, aos educadores e comunicadores que operam em favor da prevenção cabe um trabalho penoso de promover uma revisão e construção de valores, remando contra a prevalência de padrões e atitudes arraigados (PINSKY; PAVARINO FILHO, 2007). Daí a importância de perceber o abuso de drogas numa perspectiva ampla, identificando as possibilidades e limites da ação dos servidores públicos da saúde na prevenção ao uso abusivo de drogas.

Os servidores públicos, em especial os da saúde, têm papel de importância fundamental em promover a educação em saúde sobre as drogas e assim, reduzir obstáculos relativos à prevenção, tratamento e intervenção frente o problema uso e abuso de drogas (BRASIL, 2004b).

Não se deve esquecer que o abuso de drogas, por sua gravidade e abrangência não admite soluções apenas no campo da saúde, mas deve envolver uma abordagem amplamente social, que trate os problemas da violência, das injustiças sociais, das desigualdades de acesso à educação, ao trabalho, ao lazer e à cultura (BRASIL; MINISTERIO DA SAÚDE, 1989). Portanto, é imprescindível o conhecimento da realidade local para o sucesso de qualquer ação, uma vez que determina as estratégias que devem ser utilizadas (JACOBI; SOARES, 2000).

Dessa forma trata-se de reconhecer que o consumo de drogas está submetido às possibilidades de produção social dos indivíduos, famílias e classes ou grupos sociais, bem como reflete as consequências das políticas sociais públicas adotadas pelo Estado. Portanto, a política e as ações de prevenção ao consumo abusivo de drogas devem estar voltadas tanto para mudanças em contextos de socialização e interação dos indivíduos, delimitados e específicos a sua condição de classe, quanto para mudanças estruturais mais gerais que melhorem a distribuição de renda e o acesso aos bens socialmente produzidos (SOARES, 2003).

À sociedade cabe estratégias de superação da exclusão social, de enfrentamento da má distribuição de bens, boas opções e perspectivas de vida, tendo os indivíduos seus direitos de cidadania assegurados, fortalecido democraticamente, cientes das necessidades de respeito às diferenças, solidariedade, atuantes e participativos politicamente, em que cada indivíduo estaria apto a fazer as escolhas referentes ao seu modo de vida (KANTORSKI; SOUZA, 2007).

Segundo Mesquita (2013) a sociedade tem como desafio encontrar um modo culturalmente aceitável de regulamentar a utilização das drogas lícitas, evitando o dano à saúde dos usuários e da sociedade. Políticas distintas, embasadas em evidências científicas, para as diferentes drogas e controles sociais efetivos devem ser atitudes pragmáticas para responder com eficácia o problema das drogas (LARANJEIRA; ROMANO, 2004).

1.1 Justificativa

Ações que promovam princípios de vida adequados para o crescimento e desenvolvimento de um adolescente são relevantes pelo grande número de jovens marginalizados existentes, fruto de ambientes desestruturados. No entanto, os estudos sobre essa temática têm dado maior ênfase aos fatores de risco e pouca atenção aos fatores protetores ou de prevenção. Portanto, faz-se necessário o investimento em estudos que busquem estratégias protetoras do uso/abuso de drogas, sejam lícitas ou ilícitas na adolescência. Nesse sentido, o presente estudo justifica por contribuir com a identificação de ações que promovam a prevenção do consumo de drogas por meio do conhecimento e sensibilização a respeito da temática.

A relevância do referido trabalho para a ESF Bom Jesus dos Campos relaciona-se com a necessidade de elaboração de um plano de ação para prevenção e intervenção no enfrentamento do problema priorizado. Visto que, o foco central da ESF é a família e seu entorno e que o problema uso de drogas na adolescência, têm desestruturado e adoecido famílias e conseqüentemente, a comunidade.

2 OBJETIVO DO ESTUDO

Investigar, por meio de evidências científicas, as estratégias de prevenção do uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas na adolescência e propor um plano de intervenção para o problema.

3 METODOLOGIA DO ESTUDO

A metodologia do estudo foi dividida em três etapas com a perspectiva de nortear o desenvolvimento da pesquisa: A primeira etapa foi à realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Bom Jesus dos Campos no ano de 2012, como uma das atividades do Módulo 3 do CEABSF, com a finalidade de conhecer os problemas de saúde mais relevantes, suas causas, suas consequências, a priorização do problema e os recursos potenciais para o seu enfrentamento. Utilizou-se para a elaboração do diagnóstico o método de estimativa rápida onde foram examinados os registros e fontes secundárias existentes, como os trabalhos científicos da unidade e as bases de dados secundários do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB/2011); entrevistas com informantes chaves e observação ativa das condições de vida da comunidade.

Na segunda etapa optou-se pela revisão bibliográfica, com a intenção de acessar artigos científicos publicados a respeito do tema proposto e, assim reunir informações com evidências científicas de estratégias de prevenção ao uso de drogas por adolescentes. Tem como opções textos – módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica Saúde da Família (CEABSF); livros-textos; biblioteca Virtual de Saúde, utilizando descritores da saúde (Adolescentes; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Prevenção e Controle), nas bases Lilacs, Scielo; consulta no Google Acadêmico e pesquisa na biblioteca da Fundação de Ensino Superior de Passos – M. G. (FESP – UEMG).

A terceira etapa consiste na elaboração do plano de ação. Pretende-se com o resultado dessa etapa a instrumentalização da Equipe de forma que essa possa implementar, na área de abrangência da ESF Bom Jesus dos Campos, as ações propostas para o enfrentamento do problema uso de drogas na adolescência.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Diagnóstico situacional

Características do território

É imputado a Estratégia Saúde da Família (ESF) o papel transformador das práticas de saúde vigentes no Brasil, torna-se necessário, que esta, rompa e reestruture o pensamento das ciências da saúde, o que requer intenso e contínuo trabalho nas mudanças no modo de compreender, organizar e praticar saúde. Essa compreensão deve partir do entendimento do processo saúde-doença como resultante da produção social.

A atenção básica à saúde, por meio da ESF, além de interferir nos problemas de saúde-doença já instalados, deve intervir diretamente em seus fatores determinantes.

Nas palavras de Wagner (1999), o profissional deve conhecer profundamente a realidade do território onde atua. Deve conhecer suas necessidades e potencialidades, e por meio da participação popular, numa gestão participativa, deve contribuir para o seu desenvolvimento em que “o profissional de saúde da família é fonte de recursos para uma população definida”.

Quando se tem conhecimento do território e da população adscrita apreende-se os fatores determinantes do processo saúde – doença, que atingem a comunidade, tal como o saneamento básico, o acesso à água tratada e fluoretada, o acesso aos serviços de saúde e de educação, à organização destes serviços, ao poder aquisitivo, ao tipo de moradia, às políticas públicas, ao autocuidado, aos aspectos culturais, o acesso e o uso da informação, a motivação, a autoestima, às oportunidades para fazer escolhas, a experiência anterior acumulada e fatores biológicos.

Na organização das ações e serviços de saúde o diagnóstico situacional cria possibilidades de se compreender a realidade, os principais problemas e necessidades da população permitindo uma análise desses problemas, bem como busca elaborar propostas capazes de solucioná-los.

Viabiliza por meio de ações estratégicas a implantação de um sistema de acompanhamento e avaliação do impacto destas ações na situação de saúde (BRASIL, 2008 *apud* CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Partindo-se desse pressuposto, pode-se entender que uma explicação situacional deve ser capaz de compreender o modo como um problema é produzido. O quadro construído por meio do diagnóstico situacional facilita a visualização dos problemas a serem enfrentados e ajuda na definição de ações para o seu enfrentamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A partir da explicação do problema e do estudo de estratégias voltadas para a prevenção do uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas na adolescência será elaborado um plano de ação, como uma forma de sistematizar propostas para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal.

A ESF (Equipe Saúde da Família), Bom Jesus dos Campos realizou o diagnóstico situacional 2012 de sua área de abrangência tendo em vista o levantamento de dados que pudessem ser transformados em informações dos problemas de saúde mais relevantes, suas causas e suas consequências, para assim produzir conhecimentos que dessem subsídios ao planejamento das ações em saúde.

O bairro Bom Jesus dos Campos localiza-se no município de São José da Barra/MG, ficando aproximadamente a 15 km de distância do centro de São José da Barra. Conta com uma Equipe Saúde da Família (ESF) que recebeu o nome do bairro, onde se localiza a Unidade Saúde da Família (USF), Bom Jesus dos Campos, sendo responsável pelo atendimento da área de abrangência rural de todo município.

No município está localizada a hidrelétrica de Furnas, que teve sua construção em 1957, tal construção provocou a retirada dos habitantes e em 1963 o reservatório começou a ser formado. A empresa preocupada com a população que seria atingida construiu um novo povoado, surgindo assim, São José da Barra, ou como era conhecida antes de sua emancipação “nova Barra”.

A natureza da região é muito rica. Possui muitos pássaros e animais como suçuaranas, lobos-guarás, jaguatiricas, tamanduás, ouriços, viados-

campeiros, quatis, pacas, capivaras que são vistos diariamente atravessando as estradas do município.

A população vive basicamente da agricultura (café, milho, pimenta, feijão, cana de açúcar e atualmente do plantio de girassol), suinocultura, pecuária, granjas de galinha, pesca e no turismo, ainda nascente, pelo lago de Furnas. A população conserva hábitos e costumes antigos, tais como comemorar os dias dos santos, realizar quermesses e festas de tradições rurais como a festa do milho e grande festa junina.

O território de abrangência da ESF Bom Jesus dos Campos, que é dividido em sete microáreas, tem hoje 896 famílias cadastradas e cerca de 3110 moradores.

No bairro Campos (micro área 01), onde se localiza a UBS, a água usada pela população é de poço, as ruas são pavimentadas, possui rede de esgoto, coleta de lixo duas vezes na semana, três telefones públicos, um centro comunitário, uma igreja católica e uma evangélica, um posto particular de entrega de medicamentos, quatro bares, um supermercado, duas padarias, duas lojas de roupas, dois salões de beleza, um campo de futebol, uma oficina mecânica, uma praça, um conjunto habitacional de casas populares e uma escola municipal de nível fundamental, que atende crianças de 04 a 12 anos, se não houver repetência. A escola conta também com educação inclusiva, tendo em seu quadro de alunos duas crianças com necessidades especiais.

No bairro Cachoeira da Laje (micro área 02), as ruas também são pavimentadas, a água é de poço, conta com rede de esgoto, coleta de lixo duas vezes na semana, três telefones públicos, um parquinho, uma praça, uma quadra, uma igreja católica e três evangélicas, três bares, uma padaria, duas lojas de roupas, dois salões de beleza, uma escola municipal que atende crianças de 04 a 12 anos, se não houver repetência e uma unidade de saúde de apoio.

As áreas rurais condomínio Shangrylá e Costa Azul, fazenda Salto e Porto do Guapé compõem a microàrea 3.

A microárea 04 é composta pelos bairros rurais: Boa Vista que tem em seu perímetro uma fabrica de tijolos, figueira, canta galo, água limpa, cateto e composta por sítios próximos a Cachoeira da Laje.

A microárea 05 é composta por parte dos bairros rurais Serrinha, Roseira, Tijuco Preto e Cancanzinho.

Parte do bairro rural Mata, as fazendas Marissan, Paineira e sítios Açude, Cachoeira e Campos compõem a microárea 6.

A microárea 07 é composta por partes dos bairros rurais Mata, Serrinha, Roseira, Tijuco Preto e Cancanzinho.

A ESF Bom Jesus dos Campos até a administração de 2012 era composta por sete agentes comunitários de saúde. Na administração atual o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) caiu para quatro deixando três microáreas descobertas, duas técnicas de enfermagem, uma enfermeira, um educador físico, um médico e uma cirurgiã-dentista. A Equipe de Saúde Bucal (ESB), na atual administração, também se encontra incompleta, sem Auxiliar de Saúde Bucal (ASB).

As atividades desempenhadas pela equipe são as seguintes: cadastramento das famílias; visitas domiciliares de todos os profissionais; agendamento de consultas e exames diariamente; consultas médicas (demanda espontânea e agenda programada); consultas de enfermagem; procedimentos de enfermagem na unidade e, se possível e necessário, no domicílio; atendimento odontológico de urgência e agenda programada de atendimento individual; ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica (quatro em quatro anos), ação coletiva de escovação supervisionada com evidenciação de placa bacteriana; ação coletiva de aplicação tópica de flúor/gel ou bochecho fluorado nos escolares do ensino fundamental e puericultura (enfermagem/dentista).

As atividades com os grupos de hipertensos, diabéticos, saúde mental, saúde do homem, saúde da mulher, gestantes e idosos como as atividades educativas, sala de espera, terapia ocupacional, atividades físicas, entretenimento, comemorações e passeios são desenvolvidas, geralmente, em conjunto com outras equipes ou profissionais da rede municipal como O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), profissional de fisioterapia e fonoaudiologia e terapeuta ocupacional.

A estrutura do saneamento básico na área de abrangência, ainda requer melhorias, principalmente, no que se refere ao tratamento e fluoretação das águas que são consumidas pela população.

A renda familiar da área de abrangência da ESF Bom Jesus é de aproximadamente um a dois salários mínimos. As principais ocupações trabalhistas são de lavrador, serviços gerais, agricultor, tratoristas, maquinistas, caminhoneiro, pedreiro, retireiro e aposentados.

A USF situada na Praça de Bom Jesus dos Campos foi construída, em primeira instância, com o intuito de atendimento ambulatorial da população. A ESF Bom Jesus dos Campos surgiu da necessidade de fortalecer a Atenção Primária à Saúde e, assim, cobrir toda área rural do município, visto que a ESF urbana (Dr. José Reis), não mais conseguia atender a demanda de toda a população. No mês de junho de 2003 iniciou-se o cadastramento de toda população da nova área de abrangência.

Atualmente a USF conta com uma nova construção, pois foi reconstruída seguindo a legislação atual (RDC/ANVISA nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 e suas atualizações e legislação vigente no Estado de Minas Gerais) e foi reinaugurada em 2011. A nova unidade recebeu alguns novos recursos como mesa ginecológica, cadeiras, arquivos, armários, geladeira, microondas, mesas, escrivaninhas, mas, a maioria dos recursos continua os mesmos, como exemplo o equipamento odontológico muito antigo e velho que gera muitos gastos e dias de atendimento perdidos.

A ausência da construção de um escovódromo na unidade impossibilita a escovação supervisionada dos grupos “operativos”.

A equipe tem dificuldades com a referência e contra referência na área das especialidades odontológicas, onde a maior preocupação é na área do diagnóstico do câncer bucal, mas tal necessidade está sendo discutida com a gestão municipal.

Ultimamente estão ocorrendo movimentos importantes entre profissionais e gestores para a criação de protocolos para melhor articulação entre a atenção básica, ambulatório e pronto atendimento.

A assistência farmacêutica do município (Farmácia de Minas) é eficiente, mantém uma boa articulação com todos os serviços e garante o

acesso a medicamentos básicos para a Atenção Básica, os medicamentos estratégicos e os componentes especializados da atenção farmacêutica para a população descrita.

A realização do diagnóstico situacional permitiu a identificação dos principais problemas de saúde da área de abrangência da ESF Bom Jesus dos Campos (hipertensão arterial, diabetes, alcoolismo, uso abusivo de psicotrópicos, drogas na adolescência, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e ausência de fluoretação das águas de abastecimento).

A priorização do problema uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas na adolescência pela ESF Bom Jesus dos Campos por meio do diagnóstico situacional 2012 teve como critério a relevância do problema no cotidiano das famílias por interferir em outros problemas finais como hipertensão arterial, diabetes e doenças psicossociais (DCNT); sua urgência; na qualidade e nos resultados do processo de trabalho da ESF e pela capacidade de enfrentamento da equipe.

No que diz respeito à importância que as DCNT assumem na prevalência da população, torna-se oportuno destacar que esse grupo de doenças apresenta múltiplos e imbricados fatores no seu processo de determinação e, portanto, de abordagem complexa.

Apesar da necessidade de um redirecionamento na busca de identificação e de comprovações mais consistentes dos determinantes sociais das DCNT, as evidências científicas são de que as condições sociais atuam preponderantemente por mediação psíquica, ou seja, por seu efeito sobre as emoções pessoais no curso da vida. Além disso, a qualidade e o padrão das relações sociais constituem um elemento com ampla determinação sobre a saúde pela mediação psíquica, sendo a via de estresse crônico o mecanismo de ação mais conhecido para essa determinação.

O critério urgência utilizado para priorização do problema uso e abuso de drogas na adolescência foi considerado a partir da necessidade observada na realidade do cotidiano das famílias e por ter sido um problema trazido pela comunidade. Os critérios qualidade e resultado do processo de trabalho da ESF originaram-se da insatisfação da equipe ao perceber que muitos problemas de saúde poderiam ser prevenidos e os já instalados terem melhor

resolutividade se ocorressem mudanças na realidade local. Quanto a capacidade de enfrentamento é uma situação a qual a equipe pode intervir, ou seja, que está dentro do seu espaço de governabilidade (recursos técnicos e de conhecimentos).

As várias causas selecionadas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema priorizado, uso e abuso de drogas na adolescência na área de abrangência da ESF Bom Jesus dos Campos, ou seja, os “nós críticos”, as que precisam ser enfrentadas e as quais estão dentro do espaço de governabilidade da ESF Bom Jesus dos Campos são os hábitos e estilos de vida; vulnerabilidade social; o nível de pressão social; nível de informação; nível de reconhecimento e nível de autonomia e segurança.

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), o grau de reconhecimento, o nível de autonomia e de segurança, assim como o balanço entre esforço e recompensa e entre expectativas, realizações e frustrações que os indivíduos obtêm no curso de suas vidas são determinantes de suas condições de saúde.

O contato da ESF Bom Jesus dos Campos com os adolescentes de sua área de abrangência, na maioria das vezes, ainda se dá na atenção a demanda espontânea. E é nesse atendimento que a equipe tem procurado “*enxergar*” o adolescente de forma global, como alguém com características biológicas e psíquicas peculiares. À medida que a equipe leva essas características em consideração, a relação com os adolescentes tem sido de maior confiança e troca. Com essa aproximação a equipe tem executado a *escuta*, o que tem possibilitado a percepção de necessidades (físicas, materiais e intangíveis) latentes dos adolescentes.

A oferta de espaços e equipamentos públicos na área de abrangência, onde os adolescentes e jovens possam trocar experiência, realizar encontros, práticas culturais e lazer é praticamente nula. Os únicos espaços que poderiam ser usados para o desenvolvimento das crianças, adolescentes e jovens são as quadras das escolas municipais, mas essas não podem ser usadas fora das atividades escolares; um parquinho com poucas opções de brinquedos e mal conservado; as duas praças, sendo que uma nos últimos meses deu lugar à construção de uma igreja católica maior; os dois centros comunitários, onde

são realizadas as festividades de tradição rural (quermesses), que são as festas dos santos de cada bairro.

O CRAS tem implantado ótimos projetos sociais onde as crianças e adolescentes desenvolvem trabalhos em oficinas de terapia ocupacional, capoeira, dança e instrumentos musicais. A localização do espaço onde são desenvolvidos os projetos, na área urbana e o pequeno número de vagas disponíveis dificulta o acesso dos adolescentes dos bairros rurais.

Portanto, com o advento da era da informática os brinquedos, jogos, conversas virtuais aparecem na área de abrangência da ESF Bom Jesus dos Campos, tomando o tempo livre de crianças, adolescentes e jovens.

Uma das grandes preocupações da ESF e da comunidade é o ingresso prematuro dos adolescentes em bares, já que estes estão em grande número em todos os bairros, aumentando o risco do início precoce do consumo de álcool e tabaco.

Portanto, cabe à comunidade, aos servidores públicos, as famílias, ao setor privado entender a problemática e criar situações de acessibilidade e propiciar vivências de desenvolvimento humano aos adolescentes.

A literatura tem discutido amplamente as consequências coletivas e individuais do uso abusivo de drogas na sociedade, sendo que, coletivamente, a família é a primeira a ser afetada em sua dinâmica funcional e organizacional.

Miranda (2006) comenta que frente a situações geradas pelo uso de drogas, por um membro da família, ocasiona desentendimento e fragilização nas relações interpessoais. Essas situações são reveladas por sentimentos mais diretamente ligados ao âmbito emocional como ambiguidade, impotência, ansiedade, medo, sentimento de culpa, decepção, frustração, depressão, e outros prejuízos relacionados às situações rotineiras do dia-a-dia. Dentre outros prejuízos, pode-se citar o distanciamento dos amigos e a redução das atividades sociais, com conseqüente comprometimento da qualidade de vida dos familiares.

Soares e Munari (2007) definem a sobrecarga familiar como o estresse emocional e econômico aos quais as famílias ficam submetidas, quando estão imersas em situações extremas, como é o caso do adoecimento dos filhos. A sobrecarga familiar é um conceito multidimensional, pois envolve aspectos

diversos, relacionados aos sintomas e comportamentos do paciente, que interferem na rotina e na dinâmica das famílias e pode atingir várias dimensões da vida, como saúde, lazer, trabalho, bem estar físico e psicológico e o próprio relacionamento entre os membros da família.

Geralmente as famílias com dependentes químicos não mudam, ficam paralisadas. Ao invés dos filhos construírem suas próprias famílias e os avós descansarem, o que tem ocorrido, na área de abrangência da ESF Bom Jesus dos Campos são os avós cuidando dos netos e dos filhos, e a família aumentando o número de agregados e de problemas. Tal situação de estresse crônico tem sido apontada como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), como hipertensão arterial, diabetes tipo 2 e as psicopatias, que são alguns dos problemas mais relevantes na área de abrangência da ESF Bom Jesus dos Campos, no município de São José da Barra/MG.

A área de abrangência da ESF Bom Jesus dos Campos, de acordo com dados do diagnóstico situacional 2012, possui um alto índice de alcoolismo entre sua população adulta. Há também relatos de adolescentes e jovens que já tiveram algum envolvimento com álcool bem como com outros tipos de drogas, sendo que em algumas situações específicas, é possível encontrar jovens em situação de vulnerabilidade, porém não se tem conhecimento de dados tabulados ou pesquisa científica realizada a este respeito.

4.2 As drogas no contexto histórico e contemporâneo

O consumo de drogas não se desenvolveu por acaso, mas permeado de fatores econômicos, políticos e até científico que juntamente com o contexto histórico-cultural ditou o evoluir do fenômeno (BOULANGER; HERVÉ; MOREL; TONNELET; 2001). Por isso o conhecimento dos seus usos através da história torna-se útil e pertinente para melhor compreender a sua dinâmica mais recente e assim construir estratégias para o seu enfrentamento.

A droga, por si só, é uma substância ou ingrediente químico qualquer que por sua natureza produz determinado efeito. Os gregos na antiguidade nos mostram um conceito muito exemplificativo do que é droga. Trata-se da palavra *phármakon*. Para eles, essa palavra designava uma substância dotada de duplo efeito: remédio e veneno. Portanto, a expressão *phármakon* não se refere a substâncias inócuas e nem puramente venenosas. Elas designam um composto que naturalmente congrega em si potencial de cura ou de ameaça. O que faz *phármakon* assumir um ou outro efeito no organismo é a proporção de sua dose que pode ser curativa ou mortífera (ESCOHOTADO, 1998).

Segundo Xiberras (1989), todas as substâncias psicotrópicas trazem potencialmente em si o poder de decuplicar as capacidades humanas ocasionando sensações caracterizadas pela euforia ou disforia. Entretanto, após a transição de um consumo moderado para utilização intensiva, ou seja, quando de usuário passa a toxicômano perdendo o controle sobre o produto, esses efeitos assumem uma relação oposta, pois aquelas capacidades que antes se encontravam sobrepotenciadas agora passam a sofrer uma constante perda ou diminuição, o que caracteriza a passagem do remédio para veneno.

Para a Organização Mundial de Saúde (2006), droga é toda a substância que introduzida no organismo por qualquer via de administração, produz alterações no funcionamento normal do Sistema Nervoso Central (SNC).

A classificação jurídica reduz as drogas em dois grandes grupos: as lícitas e as ilícitas. Embora as outras classificações contenham falhas, sem dúvida, a classificação jurídica é a mais problemática. Isso porque não se consegue vislumbrar razão lógica que determine qual substância será considerada lícita e qual será considerada ilícita. Segundo Silva (2010), a análise histórica confirma as alternâncias entre aceitação, liberação ou criminalização referida a diferentes substâncias através dos tempos.

No Brasil, o que distingue quais são as drogas consideradas ilícitas é a lista F de substâncias do ANEXO A da Portaria nº344/98 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a qual é atualizada por Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC).

Ao longo do tempo as drogas têm acompanhado o percurso da humanidade. Pelas evidências científicas, pode-se supor que o homem primitivo experimentou todas as raízes, galhos, folhas, flores, todas as sementes, frutos, e fungos do seu ambiente. Existem razões para acreditar que, até mesmo na época paleolítica, quando o homem ainda era caçador e colhedor de comida, ele matava seus inimigos animais e humanos com flechas envenenadas. No final da idade da pedra, parece que o homem se envenenava sistematicamente. A presença de cabeças de papoulas no lixo das cozinhas dos habitantes do lago suíço demonstra que, desde muito cedo, o homem descobriu as técnicas de alteração de consciência através das drogas (HUXLEY, 1987).

A utilização de bebidas alcoólicas está presente na humanidade desde a antiguidade. Existem evidências da utilização desta substância em diversas culturas antigas. O uso do álcool estava estreitamente relacionado a rituais religiosos ou místicos (BAU, 2002).

De acordo com Anderson e Castro Filho (2006), a partir do século XVII, o consumo de álcool passou a ser visto como um problema de saúde, chamando a atenção dos profissionais médicos e das comunidades. Nesse momento, o álcool ainda era visto como sendo problema das comunidades urbanas pobres e da periferia, as quais seriam responsáveis pelo manejo da situação-problema.

Com a revolução industrial e o aperfeiçoamento da tecnologia registraram-se novas ofertas de bebidas alcoólicas contribuindo para um maior consumo e, conseqüentemente um aumento no número de pessoas que passaram a apresentar problemas devido ao seu uso excessivo (CARMINEI, 2002 *apud* BORGES C. F.; FILHO, H. C., 2004).

Desde tempos imemoriais, o ópio e os seus derivados, além de exercerem ponderável influência sobre o comportamento dos seres humanos têm sido empregados como sedativo e como analgésico (DUARTE, 2005).

O costume de fumar ópio tornou-se popular no oriente no século XVIII, sendo socialmente bem aceito (SILVA, 2002).

No início do século XIX a morfina foi descoberta por Friedrich Sertürner, um alemão assistente de farmacêutico, que trabalhou no isolamento

de princípios ativos do ópio (DUARTE, 2005). Nesta época a morfina foi largamente utilizada no tratamento de soldados feridos na guerra civil Americana o que possibilitou identificar os seus efeitos colaterais, como também observar o desenvolvimento de tolerância e o risco de dependência com seu uso (SILVA, 2002).

Duarte (2005) salienta a importância de mencionar que na passagem do século XIX para o século XX surgiu o fenômeno “paradoxo da heroína”, quando esta substância foi eleita como a substituta da morfina, uma vez que era capaz de aliviar os sintomas da síndrome da abstinência da morfina, causando o mesmo efeito terapêutico, a analgesia. Essa concepção perdurou por 12 anos, quando constatou que a heroína é um dos alcaloides de ópio que mais rapidamente promove dependência.

Atualmente os opióides têm mantido a sua posição como grupo farmacológico que confere analgesia mais potente (DUARTE, 2005). No entanto, algumas indagações ainda continuam quanto à perduração do uso clínico de opióides, devido a seu alto poder de criar dependência e seus efeitos euforizantes e prazerosos que podem levar a ser usados como droga de abuso (DUARTE, 2005).

Heroína, ópio, codeína, petidina e morfina são as substâncias da classe dos opióides que são usados de forma ilícita e abusiva (BALTIERI, 2004).

Schivelbusch (1995) conta que na Alemanha medieval, os consumidores de certa bebida negra de efeitos estimulantes eram executados em praça pública. Achava-se que ela tinha relação com o demônio. Hoje, é difícil imaginar o mundo, em especial o Brasil, sem essa droga, o café.

Segundo Yonamine (2004), a ação da coca já era conhecida há mais de 4000 anos na história da humanidade. O uso da cocaína tem suas raízes nas grandes civilizações pré-colombianas dos Andes que já conheciam e utilizavam a folha extraída da planta *Erythroxylon coca* ou coca boliviana, como testemunham as escavações arqueológicas do Peru e da Bolívia.

Em 1859 o extrato de cocaína foi isolado da folha da coca pelo químico alemão Albert Niemann, que a partir de 1860 começou a ser usado em diferentes partes do mundo, como Tônicos em refrigerantes (coca-cola),

cigarros, doce, gomas de mascar, com o intuito de não deixar as pessoas ficarem cansadas (KARCH, 1998). No início do século XX esse uso foi proibido, pois se constatou o potencial dessa droga em criar dependência (ESCOHOTADO, 1998). Na década de 30 as anfetaminas e outras drogas estimulantes mais baratas e, com efeitos mais duradouros que a cocaína, tornaram-se disponíveis ganhando a preferência de muitos usuários prévios de cocaína.

Segundo relata os autores o uso não medicinal da anfetamina é antigo. A substância, sintetizada artificialmente em 1887, teve sua atividade psicoestimulante identificada apenas em 1927. Na época era um poderoso descongestionante nasal e logo em seguida, foi descoberto o efeito de dependência causada pela droga e, com isso houve um controle do seu uso.

Salientam ainda que a segunda guerra mundial, o potencial de abuso das anfetaminas foi conhecido quando soldados alemães, japoneses e das forças aliadas usavam anfetaminas para combater a fadiga e aumentar o estado de alerta de suas tropas, segundo relata Drummer e Odell, bem como Chasin; Silva e Carvalho *apud* Olga; Camargo e Batistuzzo, 2008.

A partir de seu uso militar, as anfetaminas, rapidamente tornaram-se drogas difundidas por toda sociedade pós-guerra. No fim dos anos 50, ficaram conhecidas como poderoso remédio para emagrecimento, já que são inibidoras de apetite. Os japoneses utilizavam as anfetaminas em trabalhadores civis, para aumentar a produtividade. No meio esportivo, atletas a utilizavam devido à crença em suas propriedades ergogênicas. Estudantes e motoristas de caminhão também começaram a utilizá-las com o objetivo de manter o estado de alerta por maior período de tempo e aumentar a capacidade de atenção, concentração e raciocínio (YONAMINE, 2004).

Hoje, a substância tem novos nomes: é o “rebite” que o caminhoneiro toma para não dormir ao volante; é a “bomba” que o atleta ingere para melhorar o treino; é a “bolinha” que deixa o estudante acesso às vésperas das provas e a “bala” que faz o jovem varar a noite na balada. Antes do aumento da popularidade da cocaína, na década de 70, a metanfetamina foi responsável por cerca de 80% dos casos de adolescentes usuários de drogas nos EUA (CHASIN; SILVA; CARVALHO *apud* OLGA; CAMARGO; BATISTUZZO, 2008).

O início da psicofarmacologia moderna ocorreu no final da década de 40, quando foram produzidos os primeiros fármacos com o objetivo específico de tratar os transtornos psiquiátricos. Os primeiros ansiolíticos conhecidos foram o meprobromato (1954) e o clordiazepóxido, seguido por uma ampla gama de benzodiazepínicos (GORENSTEIN; SCAVONE, 1999).

Os benzodiazepínicos fazem parte do grupo de fármacos mais prescritos e utilizados no mundo. O consumo acentuado de tais psicotrópicos pode estar associado ao fato dos medicamentos serem considerados uma das principais tecnologias contemporâneas de cuidado, que prometem afastar qualquer sofrimento da sociedade atual, tais como depressão, ansiedade, transtornos psicóticos, solidão, crises econômicas e tristeza, apenas com a administração de uma eficaz substância química no organismo (IGNÁCIO; NARDI, 2007).

De acordo com Bittencourt (2008), a maioria das pessoas que hoje são diagnosticadas com depressão e tratadas farmacologicamente como tal, não são originalmente depressivas. São indivíduos expressando, à sua maneira, as vicissitudes da vida contemporânea. Todavia, há um grande interesse econômico por traz desta prática censurável.

No Brasil, estudos realizados nas décadas de 80 e 90 alertaram sobre o uso indiscriminado e o insuficiente controle de medicamentos psicotrópicos. Estes estudos demonstraram que grande parte dos entrevistados (entre 12 e 65 anos) confirmou o uso de benzodiazepínicos sem receita médica e que estudantes da rede pública de ensino de dez capitais Brasileiras confirmaram já ter feito uso de ansiolíticos sem prescrição (ANDREATINI; BOERNGEN; ZORZETO, 2001).

Segundo o I Levantamento Nacional Sobre Uso de Drogas no Brasil, realizado em 2001, entre os medicamentos usados sem receita médica, os benzodiazepínicos tiveram uso na vida de 3,3%. A dependência para benzodiazepínico atingiu 1,1% dos moradores das 107 cidades pesquisadas (GALDURÓZ; CAETANO, 2004).

Segundo Frances; Miller (1998 *apud* LARANJEIRA; CASTRO, 1999), pacientes que apresentam antecedentes de abuso de álcool e outras drogas

tendem a experimentar os efeitos farmacológicos dos benzodiazepínicos como “reforçadores”.

Nos anos 50 os países da América do Sul começaram a plantar coca. A cocaína reapareceu na Inglaterra, como uma droga de uso clandestino e se espalhou rapidamente pelo mundo. Por seu alto custo, a cocaína tornou-se a droga predileta da elite sendo a droga dos executivos, dos atletas, dos políticos.

Nos anos 60 a maconha entrou nos Estados Unidos da América (EUA). No Brasil, no final dos anos 60 e parte dos anos 70, as drogas, principalmente a maconha e LSD, tomavam lugar de destaque no cenário juvenil e eram pensadas enquanto expansores da consciência. Com isso argumentava-se a possibilidade de romper com o *status quo* uma vez que a ação dessas drogas permitia interromper conexões previamente estabelecidas.

Portanto, as drogas nesse momento foram pensadas enquanto uma via para o autoconhecimento, um recurso para não se restringir ao conhecido e um modo de contestar o estabelecido.

Nos anos 70 foram realizados grandes festivais de rock nos EUA, que divulgaram para o mundo o movimento hippie e a cultura das drogas e todo mundo queria fazer “*o que dava na cabeça*”; surgiu, portanto, uma explosão do uso de drogas em todo planeta ocorrendo, assim, o surgimento da Máfia Internacional de Drogas; época em que muitos ídolos morreram de overdose.

O consumo da cocaína atravessou os anos 80 popularizando-se atingiu extratos sociais mais baixos, faixas etárias cada vez menores (GRINSPOON; BAKALAR, 1986). O narcotráfico colombiano, responsável pela produção e distribuição da cocaína pelo mundo, atingiu níveis avançados de organização e notoriedade internacional (SHANNON, et al. 1991; MORGANTHAU *et al*, 1991 *apud* DUALIBI; LARANJEIRA, 2007). Nesse contexto de popularização, uma nova apresentação da substância, denominada crack, surgiu em território norte-americano, após um período embrionário na América do Sul e seu impacto sobre a cultura norte americana e mundial gerou grande interesse por parte da mídia e da comunidade científica. Diante desse fato tiveram início as grandes campanhas antidrogas, lideradas pelos EUA.

Gootenberg (2003, p. 7) elucida três momentos históricos, construindo uma interessante genealogia da cocaína (e conseqüentemente da folha de coca), com destaque para as relações internacionais que envolvia principalmente os EUA e o Peru:

As três fases descritas na genealogia da cocaína são: 1) 1885-1910: a promoção das redes interamericanas da coca e cocaína (um período inicial quando EUA e Peru trabalharam ombro a ombro para converter a cocaína em uma mercadoria médica moderna e global); 2) 1910-1940: uma era de transição em que os EUA mudaram de opinião e lançaram uma cruzada nacional e mundial para prescrever a droga (tanto que o Peru mostrou maior autonomia e ambivalência e crise cultural à sua coca e cocaína nacionais); 3) 1940-1980: época em que as proibições à cocaína contemporânea tiveram um alcance global, acompanhados por um alto grau de cooperação entre EUA e Peru. Contudo, esse período e processo final também foram testemunhas do nascimento das redes internacionais ilícitas das drogas e, com elas, dos persistentes e completamente paradoxos dilemas em torno das drogas que enfrentaram os EUA nos finais do século XX (GOOTENBERG, 2003, p. 7).

Percebe-se que o consumo de drogas esteve presente em todas as fases da história da humanidade e da evolução. Na sociedade ocidental encontrou-se uma grande transformação, produzida por padrões de uso e difusão das drogas, o que tornou a relação do homem com as drogas um capítulo problemático e desconcertante da história humana, na medida em que se passou a impor a sociedade uma série de questões que suscitam algumas indagações: o que aconteceu, ou melhor, quais foram os fatores que ocasionaram essa transformação? Em que época exatamente ocorreu essa mudança na configuração do consumo de drogas? Que fatores históricos e socioculturais favoreceram a emergência da drogadição na sociedade contemporânea?

O apanhado global da história das drogas resalta a grande relatividade cultural do seu uso. O desafio que representa a tentativa de compreender a necessidade desse uso vai além dos problemas imediatos desta ou daquela dependência (FIGUEIREDO, 2002). Portanto, de todo o conhecimento sobre o consumo de substâncias químicas que produzem alterações de consciência, o mais importante é refletir sobre sua relação com as necessidades e anseios humanos.

De acordo com Leonardo (2002), o mundo vem passando por transformações desde a pré-história até a nossa idade moderna, mas não é somente uma transformação de coisas, de circunstâncias, de instituições, de conceitos e de formas fundamentais da arte e de todas as ciências. É a transformação do próprio homem, da natureza da própria constituição interna do seu corpo, de seus impulsos, de sua alma e de seu espírito, e não somente uma transformação do seu ser atual, mas também de sua escala de valores.

Jeammet e Corcos (2005) consideram que a conduta adictiva pode ser entendida a partir da necessidade de um suporte na realidade externa, no qual o sujeito busca o equilíbrio, que não encontra nos seus recursos internos. Recursos não desenvolvidos devidamente nas relações primárias (família, escola, amigos) resultando numa falha na interiorização do papel de cuidador de si mesmo.

Buscando fazer interseções entre os valores das sociedades, Petrini (2005) descreve que a crise da sociedade moderna não é fundamentada por um excesso de racionalidade e, que a razão não se ocupa mais das necessidades elementares do ser humano como liberdade, justiça, verdade, felicidade e sim com exigências de mercado determinado pelo lucro e pelo poder. O Autor ainda salienta que, as insuficiências da pós-modernidade, os medos que elas suscitam, as angustias e questionamentos que provocam são aproveitados pelo mercado, que é capaz de oferecer uma grande variedade de respostas, sob a forma de mercadoria e, entre elas, podemos incluir as drogas.

Tosches (2006) sinaliza para as principais transformações políticas, culturais e sociais do pós-guerra e conseqüentemente, aponta para a produção atual de um tipo de sensibilidade receptiva ao estímulo das drogas. Ele escreve que atualmente a juventude é disciplinada para a “*disparada*” e para o “*esquecimento*”.

O Relatório sobre a saúde no mundo 2001-Saúde Mental Nova Conceção, Nova Esperança, publicado pela OMS, afirma que cerca de 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo.

Estimativas do ano de 2007 indicaram que globalmente havia entre 18 e 38 milhões de usuários problemáticos de drogas, de idade entre 15 e 64 anos (UNODC, 2009).

Segundo a UNODC (2011), a maconha é a droga mais utilizada mundialmente, com 129 a 190 milhões de usuários. Em segundo lugar estão as anfetaminas, seguidas pelos opióides, como a heroína e morfina. A cocaína está no 4º lugar.

Ao comparar o uso indevido de álcool e tabaco ao uso de substâncias de caráter ilícito, considerando qualquer faixa etária, o álcool e o tabaco têm a maior prevalência global trazendo também as mais graves consequências para a saúde pública mundial (OMS, 2001).

O tabaco quando comparado às drogas ilícitas, as estimativas apontam que 200 mil mortes por ano são decorrentes do consumo de drogas ilícitas, enquanto 5 milhões são atribuídas ao uso de tabaco (UNODC, 2008).

Em relação ao consumo de álcool quase 2 bilhões de pessoas no mundo fazem uso (UNODC, 2008). É a causa atribuível de 3,8% das mortes e 4,6% dos casos de doenças em todo o mundo (ANDRADE; REHM, 2008). Seus efeitos de morbi-mortalidade têm se estendido para além das consequências de saúde de quem bebe. Gerando um amplo conjunto de custos sociais atribuídos aos altos níveis de violência interpessoal, homicídios, comportamento sexual de risco, uso inconsistente de preservativos, aumento da incidência de doenças infecto contagiosas e acidentes com veículos automotores (DALYS apud UNODC, 2009).

Dados de pesquisa realizado junto a um grupo de trabalhadores evidenciam que o consumo de drogas lícitas, como o álcool e o tabaco é considerado natural e aceitável. Os entrevistados não consideram o álcool e o tabaco como drogas. Tal fato, não deve ser banalizado, pois sabe-se que o efeito do álcool e do tabaco é prejudicial à saúde, à família, ao trabalho e à sociedade em geral (MARTINS, 2009).

Segundo Galduroz (2005), no Brasil o uso de drogas inicia-se precocemente. Conforme Levantamento realizado com estudantes de idade mínima de 10 anos, 22,65% dos entrevistados relataram ter feito uso na vida

de alguma substância psicoativa, dos quais o álcool é a mais frequentemente consumida.

Em relação às características individuais, o gênero tem sido apontado como um fator interferente sobre o uso de drogas psicoativas. Os homens frequentemente experimentam álcool, inalantes, esteroides anabolizantes, cocaína e crack. Entre as mulheres é mais comum o uso recreacional de medicamentos prescritos, principalmente tranquilizantes e anfetamínicos (WAGNER, 2007). O uso ilícito de drogas entre mulheres é aproximadamente um terço do uso entre os homens (UNODC, 2013), mas tem sido observado um estreitamento entre os sexos quanto às diferenças do número de doses alcoólicas consumidas, frequência de episódios de *binge drinking*, prevalência de transtornos de uso de álcool (em termos de abuso e dependência) e taxa de abstinência (KEYS; GRANT; HASIN, 2008).

O gênero também influencia os motivos e o padrão de uso dessas substâncias (KERR-CORREA, 2008). Entre os homens, por exemplo, o consumo de álcool é feito para melhorar o suporte e a interação social, enquanto que entre as mulheres tem o propósito central de aliviar as insatisfações gerais da vida (LARANJEIRA, 2007).

No Brasil, pelo menos para a idade de início do consumo de álcool, as estimativas mostram que não há diferenças entre os gêneros e aponta que o beber precoce e regular está realmente acontecendo entre os jovens, de tal forma que a 1ª vez do uso tem ocorrido aos 13,9 anos, enquanto que o consumo regular é realizado aos 14,6 anos. O levantamento mostrou também que 65% dos alunos do ensino médio e fundamental e 41% das crianças de faixa etária de 10 a 12 anos já consumiram álcool pelo menos uma vez na vida. O consumo frequente de bebidas alcoólicas (definido como 6 ou mais vezes no mês anterior à entrevista) por estudantes do ensino médio e fundamental foi cerca de 10% (LARANJEIRA, 2007).

Em relação ao uso de cocaína o UNODC no ano de 2009 divulgou em números absolutos que 890 mil brasileiros são usuários, o que representa 0,7% da população entre 12 e 65 anos em 2007. Seis anos antes, esse índice era de 0,4%. Há também a questão do aumento do consumo do crack, derivado mais barato da cocaína (UNODC, 2009).

O Relatório Mundial sobre Drogas de 2013 aponta estabilidade no uso de drogas tradicionais, mas aponta para o aumento do consumo das novas substâncias psicoativas (NSP). O número de NSP comunicadas pelos Estados-membros para a UNODC subiu de 166 no final de 2009 para 251 em meados de 2012, um aumento de mais de 50% (UNODC, 2013).

Carneiro (2002) relata que as drogas passaram do início do século XX em diante a ser objeto de grande interesse internacional, adquirindo o papel de principal ramo do comércio mundial. Seguindo essa perspectiva, a política desenvolvimentista implementada no Brasil desde as últimas décadas não se preocupou com a criação de uma política de qualidade de vida do cidadão brasileiro, mas sim de uma política de produção e crescimento econômico pródigo para poucos e excludente para a maioria da população (SILVA, 2010).

Entre outras políticas públicas, a guerra contra as drogas é um indicador essencial do estado atual das nossas sociedades e da democracia geral. Szasz (1998, apud SANTOS, p. 8) considera que:

[...] a luta contra a droga coloca face a face os apoiantes de duas concepções diametralmente opostas sobre o que é o ser humano: uma considera o cidadão adulto como agente moral livre e responsável; a outra o considera como vítima infantil, prisioneira das circunstâncias, "que necessita ser orientada, dirigida, tratada, sancionada e punida".

Sodelli (2010) comenta que pesquisas científicas revelam que a abordagem de "intolerância e guerra contra as drogas" não vem conseguindo responder à complexidade do fenômeno do uso abusivo de drogas.

A criação da SENAD, na década de 90 expressou uma estratégia política do governo Brasileiro em mostrar à comunidade internacional uma postura de combate às drogas como prioridade de governo (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008). Somente em 2004 a SENAD iniciou um processo efetivo de debate da Política Nacional Antidrogas, com envolvimento da comunidade científica e de segmento da sociedade civil (BRASIL, 2005).

Atualmente a Política de Atenção Integral do Ministério da Saúde preconiza que a atenção deve pautar-se por ações de prevenção, de tratamento e de educação. Como estratégia de intervenção definiu-se a Política

de Redução de Danos (PRD), o estabelecimento do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS-AD) e as redes assistenciais (BRASIL, 2005).

A partir da compreensão de que o uso indevido de drogas nas sociedades contemporâneas a partir do século XX é que tem causado diferentes problemas à sociedade, Figueiredo (2002) leva a refletir que a droga em si não é boa nem má: É um meio colocado à disposição do homem pela natureza (e muitas vezes, pela indústria). Tudo depende do uso que dela se faz: Um uso socialmente limitado e integrado, ou um uso desregrado, Isto é, um abuso que desintegra, marginaliza e provoca decadência.

Sendo as drogas substâncias químicas que incorporam ao organismo humano, com a capacidade de modificar várias de suas funções (percepção, conduta, motricidade, etc.), mas cujos efeitos, consequências e funções são condicionadas, acima de tudo, pelas definições sociais, econômicas e culturais geradas pelos grupos sociais que as utilizam (ROMANI R., 1999), nessa discussão Chaves (2006) argumenta que não se deve perder de vista o aspecto multidimensional da questão para não incorrer em reducionismos dando exclusividade a apenas um aspecto da questão. É desejável a interação das diversas áreas reconhecendo as contribuições e as limitações de cada uma para compreensão e enfrentamento do fenômeno do uso de drogas.

Cabe destacar que, as tentativas das sociedades civis de propor e aplicar soluções aos problemas da cidadania que se vão acumulando, mesmo que com defeitos e contradições, correspondem à necessidade concreta de reorganização da esfera política pública, de encontrar novas formas de afirmação e de expressão da cidadania e de seus direitos.

4.2.1 *Uso de drogas na adolescência e estratégias de prevenção*

As drogas lícitas são as mais consumidas no Brasil, sendo o álcool a droga mais consumida por adolescentes e jovens. Durante décadas o Brasil privilegiou a repressão das substâncias ilícitas, mas pouco se fez no campo da prevenção por meio da educação para a saúde. Paralelamente, as drogas

lícitas, em particular o álcool e o tabaco, não mereceram nenhuma atenção e até foram e são conclamadas, pela publicidade, à condição de promotores de sucesso, poder, bom gosto e *finesse* (SAMPAIO, 2011).

Segundo Jundi e Pinsky (2008) a publicidade de bebidas alcoólicas é um dos importantes fatores influenciadores dos hábitos de consumo de álcool da população, em particular os mais jovens. As autoras afirmam ainda, que só recentemente, o governo brasileiro atentou-se para a importância da restrição da publicidade. Por conta do recente interesse no tema e da relevância do mesmo para o campo de problemas relacionados às bebidas alcoólicas.

Diante das transformações do mundo, atenção especial deve ser dada aos jovens, uma vez que mudaram também os modelos de identificação, que passaram da família, da escola e do grupo de pares para a cultura de massas, resultando um novo modelo de identificação. Assim estratégias de prevenção, que são objetos da proposta desse estudo, devem estar voltadas não só para os jovens, de forma individual, mas também para a família, a escola e a comunidade em que o mesmo está inserido.

Para a juventude, o presente e o prazer são, no modelo contemporâneo, os objetivos a serem alcançados (SOARES, 2009). Por conseguinte um modelo de atenção à problemática das drogas que pode envolver estes constructos é a “*recreação*”.

Segundo Morales (2012) a recreação é expressão de uma construção coletiva. O descaso com essa atividade gera consequências sobre dimensões fundamentais à vida humana. Ela prepara as crianças para a tarefa do viver e, em sendo assim, não constitui apenas uma ocupação de seu tempo livre. Nela, é fundamental o envolvimento em atividades capazes de gerar o aprendizado do exercício do contentamento, do prazer, da sensação de plenitude. A atividade da recreação possibilita essa vivência por meio da alegria obtida no exercício da visão, da audição, do tato, do olfato e do paladar. Ela fornece referências para a experiência do êxtase e em sua ausência deixaria o futuro jovem vulnerável para conceber como inauditos possíveis efeitos gerados pela experiência com droga. Nessa situação, o indivíduo corre o risco de transformar a droga em uma prática sistemática, para evitá-la deve envolver-se com atividades que promovam recreação.

Portanto, os cuidados ou a inexistência deles com a recreação de crianças e adolescentes geram as condições necessárias para o desenvolvimento de certas orientações no mundo e o tédio, portanto, não é um problema individual, mas coletivo. Melhor dizendo geracional. Se estatísticas apresentam expressivas curvas ascendentes no consumo de drogas no final do século XX e na primeira década do século XXI, isto significa que além da sofisticada organização empresarial na produção e distribuição desses produtos, há simultaneamente a produção de sensibilidade para eles (MORALES, 2012).

O autor também defende que a elaboração de planos de ações para prevenção do uso e abuso de drogas deve preferencialmente contemplar sua implementação na fase infantil percorrendo toda vida do jovem, já que a vulnerabilidade não é algo pontual, mas dinâmico e contínuo.

Soares (2009) propõe que os jovens tenham um espaço de recomposição de suas narrativas pessoais, permitindo-lhes agregar explicações, que sejam incentivados a trabalhar em grupo e a organizarem atividades solidárias. Principalmente, que tenham espaços de socialização capazes de proporcionar a resignificação do espaço público e o exercício do bem comum.

Nandi, Sene e Freitas (2008) recomendam estratégias que promovam estilos de vida associados à boa saúde. As autoras alegam que na adolescência o exercício físico tem um papel educativo relevante e pode apresentar uma alternativa culturalmente significativa e saudável levando o jovem experimentar seus limites e enfrentar desafios. Possibilita a formação de cidadãos conscientes em relação aos riscos que estão expostos e capacidade de escolher uma vida mais saudável.

Sendo assim, a formação do sujeito autônomo, capaz de construir-se a si mesmo, deve ser estabelecido com base em situações reais que o indivíduo convive diariamente e que envolva a comunidade (NANDI; SENE; FREITAS, 2008).

Pesquisas das autoras Alcântara, Frazão e Nogueira (2008) revelam o papel das ações voltadas para a arte como meio de transformação da realidade social e construção de uma verdadeira rede de proteção e inserção social dos

não incluídos no sistema vigente. As autoras alegam que a arte cria espaços potenciais para construção de convivência harmônica e acesso a bens básicos como educação, lazer, afeto, brincadeiras, entre outros.

De acordo com Brant (2002), as ações culturais de interesse social são fundamentais para o desenvolvimento social e econômico de um povo. São ações voltadas para produção cinematográfica, manifestações folclóricas, teatrais, musicais e de literatura que tragam benefícios diretos às comunidades.

Segundo Carvalho (2006 *apud* SOUZA, 2009) o uso da leitura como ação preventiva aos problemas sociais é um instrumento que proporciona melhoria da condição social e humana. Barreto (2006 *apud* SOUZA, 2009) afirma que a leitura promove o resgate da cidadania, devolve a autoestima, desenvolve um olhar crítico e competência, promove integração social e ampliação de horizontes.

A biblioteca é um dos mais antigos sistemas de informação existente na história da humanidade, e é considerada polo de irradiação cultural de grande significado. Inerente à sua própria condição tem o papel de motivar o leitor para o livro e a leitura (CARVALHO, 2006 *apud* SOUZA, 2009). Portanto uma biblioteca dinâmica pode contribuir fortemente para o desenvolvimento sociocultural do público ao que o serve.

Para o educador musical Sergio Henrique Alves de Andrade, em reportagem ao jornal folha de São Paulo (2000), a música não é apenas uma ação recreativa, mas sim um instrumento para a construção do conhecimento. Ele vê como primordial nas ações voltadas para a música, o resgate cultural.

Segundo Elias e Scotson (2000), o canto coletivo constitui uma notável ferramenta voltada para ações de integração interpessoal e socialização cultural. O canto coral atua, na perspectiva da integração, como um meio de eliminação de quaisquer barreiras entre os indivíduos, os quais se integram ao grupo na busca de metas comuns, configurando um carisma grupal canalizando as ações e sentimentos individuais para uma produção artística coletiva.

O coro tem sido encarado como uma eficaz ferramenta do ponto de vista da inclusão social, partindo do viés de uma inclusão cultural. Os trabalhos com grupos vocais nas mais diversas comunidades, escolas, instituições e

centros comunitários tem realizado a integração, dissipando fronteiras sociais. Atuam também como fatores motivacionais a socialização e o prazer estético advindo da fruição artística que encaminha para emoções e sentimentos, também como possibilidade de lazer e expressão individual (DE MASI, 2003).

Por meio das diversas experiências relatadas na literatura é possível notar como o processo de inclusão social por meio do canto coral se efetua na direção de integrar o indivíduo à coletividade social e gerar oportunidades para que este possa aprender arte independentemente das informações que recebeu ou não no seu ambiente sociocultural, familiar ou escolar. As iniciativas se difundem por todo o país, em projetos com diferentes enfoques, de gênero, faixa etária ou tipo de comunidade atendida, a partir de parcerias envolvendo um esforço conjunto de organização do terceiro setor, prefeituras, governos e setores empresariais.

Sodelli (2010) acredita que as estratégias de prevenção ao uso abusivo de drogas que tem resultados positivos é aquela que forma e desenvolve pessoas que saibam cuidar de si mesmas. Uma prevenção que abarque a vulnerabilidade humana, que busque sempre diminuir os riscos, ou mais especificamente, o trabalho de ações redutoras de vulnerabilidade.

5 ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

A elaboração do plano de ação, para o enfrentamento do problema: uso de drogas na adolescência, na área de abrangência da ESF Bom Jesus dos Campos originou da necessidade de enfrentamento do problema priorizado por meio da síntese do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Bom Jesus dos Campos.

A importância da atuação da ESF como executora das ações está na possibilidade de estabelecer a conexão necessária entre conhecimento e ação, por conhecer a população, suas singularidades, o entorno institucional, a realidade econômica, os grupos de risco e principalmente por considerar a família como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações de intervenção e prevenção ao uso e abuso de drogas. Intervenções que deverão estimular o convívio social e o apoio da família em busca de mudanças de hábitos e adoção de novos padrões de comportamento, com atividades físicas, lazer, cuidados do corpo e da mente, interagindo socialmente e com o ambiente.

Buscando estimular adoção de hábitos saudáveis e o desenvolvimento de habilidades que possibilite os indivíduos manterem uma postura rígida em relação ao consumo de drogas propõem-se as seguintes operações/ações:

“Esporte é vida” com o objetivo de modificar hábitos e estilos de vida de crianças e adolescentes e promover lazer. Espera-se como resultado desenvolvimento da autonomia, convívio social, treinamento para a coletividade e um estilo de vida mais saudável e o desenvolvimento da autoestima. A operação terá como responsável o educador físico da ESF Bom Jesus dos Campos, Sandro Domingos.

As metas almejadas são quatro grupos de esportes no bairro cachoeira da Laje e quatro no bairro Campos. Desenvolvidos pelos educadores físicos Sandro Domingos e Nelma Domingos, professora de educação física da rede municipal de ensino de São José da Barra. Cada grupo atenderá 22 crianças e 22 adolescentes, que serão divididos por faixa etária e gênero. Primeiro grupo com crianças do sexo masculino de 6 a 12 anos (futebol); segundo grupo com

adolescentes do sexo masculino de 13 a 16 anos (futebol); terceiro grupo com crianças do sexo feminino de 6 a 12 anos (peteca) e o quarto grupo com adolescentes do sexo feminino de 13 a 16 anos (vôlei).

As atividades esportivas serão desenvolvidas nas quadras de esportes da Escola Municipal José Marcelino Pereira (Bairro Senhor Bom Jesus dos Campos) e Escola Dr. José de Faria (bairro cachoeira da laje), com duração de 90 minutos, para cada grupo, uma vez por semana.

“Nas asas da imaginação” com o objetivo de criar um espaço formal de leitura e disponibilizar aos moradores dos bairros rurais mais distantes, um acervo de leitura com os mesmos requisitos de uma biblioteca pública comunitária com seções infantis, juvenis e adultas, e assim, incentivarem o hábito da leitura. A operação terá como responsável a técnica de enfermagem da ESF Bom Jesus dos Campos, Renata Bueno e a vereadora Ivani Lima.

Como resultado da ação “nas asas da imaginação” espera-se promover entretenimento saudável de cultura e participação comunitária, ascensão a níveis mais elevados de desempenho cognitivo, ampliação dos horizontes perceptuais, maior autonomia cultural e cívica, incentivar a leitura em família, combater a exclusão informacional e o despertar de novos aspectos da vida que ainda não tinham pensado.

Como metas, a ação “nas asas da imaginação” preconiza duas salas de leitura, sendo uma no bairro rural Serrinha e outra no bairro rural Salto. As salas serão montadas nos centros comunitários dos respectivos bairros. Os beneficiados serão todos os 294 moradores das localidades. Inicialmente atenderá em horário comercial, podendo ser revisto este horário de acordo com o interesse da comunidade e a disposição dos voluntários, que serão previamente selecionados, na comunidade, para a manutenção e serviços bibliotecários.

“EnCanto” com o objetivo de promover inclusão social e emocional. A operação terá como responsáveis a técnica em enfermagem Lúcia Helena e as ACS Luiza Helena e Imaculada Conceição.

Como resultado da ação “encanto” espera-se recuperar, conhecer, preservar e valorizar a tradição cultural da região, promover entretenimento artístico, redefinir ideias, valores e comportamentos, reforçar o sentimento de

convivência em grupo, diminuir o estresse, reduzir os sentimentos de ansiedade, solidão e depressão, propiciar leveza para as adversidades do dia-a-dia, permitir que talentos se destaquem e promover acesso aos bens de cultura universal.

Como meta, um grupo de canto popular regional na comunidade do bairro dos campos formado por donas de casa e idosos. Os instrumentistas musicais para acompanhamento do grupo poderão ser as crianças que já participam de projetos sociais na área de abrangência. O grupo de canto será desenvolvido pelas moradoras do bairro, “Júlia” e “Nega” com coordenação do professor e regente musical Del Rey. Não haverá limites de vozes, todos os interessados serão trabalhados e os não interessados serão estimulados a tentar.

As atividades serão executadas utilizando os espaços públicos e comunitários, tradicionalmente não utilizados para a arte, a Escola Municipal José Marcelino Pereira e a Igreja Senhor Bom Jesus dos Campos. As atividades serão desenvolvidas com um encontro semanal de duas horas.

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), o processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou com menos intensidade, algum tipo de recurso. Portanto, a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas.

Quadro 1 - Recursos necessários para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nos" críticos do problema uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas na área de abrangência da ESF Bom Jesus dos Campos.

Operação/Ação	Recursos necessários
Esporte é vida	Organizacional- para organizar as atividades e agenda (treinos, jogos e campeonatos); Cognitivo- informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político- mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino e com departamento de esportes; Financeiro- para aquisição de recursos materiais (uniformes, bolas, prêmios, kit de primeiros socorros, etc.).
Nas asas da imaginação	Organizacional- para a organização das salas e das atividades; Cognitivo- informação sobre o tema (biblioteconomia) e estratégia pedagógica e de comunicação; Político- mobilização social e articulação intersetorial com setor de educação e cultura, setor de obras e de assistência social e setor privado; Financeiro- capacitação dos voluntários, materiais para reforma e adequação das salas, compra de materiais utilitários e livros, aquisição de recursos audiovisuais.
EnCanto	Organizacional- para organizar os encontros (ensaios e aulas) e as apresentações; Cognitivo- informação sobre o tema; Político- mobilização social e articulação intersetorial com setor de educação, cultura e lazer; Financeiro- para aquisição de recursos audiovisuais, pastas e material para impressão das partituras.

Fonte: CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. [Belo Horizonte]: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010, 114 p.

Quadro 2-- Recursos críticos e controle dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas na área de abrangência da ESF Bom Jesus dos Campos.

Operação/ação	Recursos críticos	Ator que controla
Esporte é vida	Financeiro- para aquisição de recursos materiais (uniformes, bolas, prêmios, kit de primeiros socorros, etc.).	Prefeito, secretários de saúde e educação.
Nas asas da imaginação	Financeiro- para capacitação dos voluntários, aquisição de materiais para reforma e adequação das salas, compra de materiais utilitários e livros, aquisição de recursos audiovisuais.	Prefeito, secretários de saúde, de educação e cultura, de obras, de assistência social, sociedade civil e setor privado.
EnCanto	Financeiro- para aquisição de recursos audiovisuais, pastas, material para impressão das partituras e instrumentos musicais.	Secretário de saúde, de educação, cultura e lazer.

Fonte: CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. [Belo Horizonte]: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010, 114 p.

Quanto ao prazo de duração das atividades do plano de ação em questão, promover ações que estimulem adoção de hábitos saudáveis e inclusão social deve ter caráter contínuo. Contudo, não se devem esquecer as atividades de avaliação, para direcionar os processos de planejamento e de decisão permitindo, assim, os ajustes táticos necessários a alcançar os objetivos pretendidos, ou mesmo, realizar mudanças estratégicas como expansão das ações ou mudanças dos objetivos iniciais.

As avaliações serão realizadas semestralmente com os participantes das ações (esporte é vida, nas asas da imaginação e encanto). Pesquisa de imagem com os cinco públicos (funcionários, grupos culturais, grupo esportivo, comunidade e familiares) para avaliar a percepção desses públicos com relação às ações desenvolvidas.

As avaliações serão realizadas pelo comitê de avaliação formado por um membro de cada instituição parceira (ESF, CRAS, Conselho Tutelar, Legislativo Municipal, Governo (saúde, educação, cultura, esporte e lazer, conselho de saúde e líderes comunitários).

Importância também será dada ao monitoramento das ações, que deverá ser de forma mais permanente, com intenção de verificar ao longo do tempo o comportamento das ações. De início serão utilizadas ferramentas simples, como as listas de frequência preenchidas diariamente (esporte é vida e encanto) e o número de empréstimos de livros/mês (nas asas da imaginação).

As informações serão disponibilizadas para a equipe, para que discutam os pontos frágeis e proponham adequações. Quando houver necessidade de adequações estas deverão ser realizadas em prazo máximo de 30 dias.

O plano de ação em questão será coordenado pela cirurgiã-dentista da equipe de saúde bucal da ESF Bom Jesus dos Campos, Cássia Maria da Silva.

6 CONCLUSÃO

De acordo com a literatura o conhecimento e o desenvolvimento de estratégias protetoras do uso abusivo de drogas, por adolescentes, são de suma importância, devido a situação de vulnerabilidade social dessa população. A ESF configura-se como uma das estratégias que podem estabelecer a conexão necessária entre conhecimento e ação, e com isso contribuir para a construção de novas possibilidades humanas, onde as ações de prevenção tenham maior chance de sucesso, juntando o saber popular ao saber acadêmico e ao saber político.

O estudo mostrou que as estratégias de prevenção ao uso indevido de drogas devem possibilitar a transformação da realidade social e o desenvolvimento sociocultural do adolescente e da comunidade onde está inserido e que, portanto, as ações de prevenção devem envolver o adolescente, a família e a comunidade, pois tal tática auxilia o jovem nas experiências futuras, formando seus conceitos, os seus valores e seus padrões de referência.

Preconizam-se que as estratégias de prevenção ao uso de drogas sejam utilizadas de acordo com a realidade de cada local, que estimulem o convívio social, mudanças de hábitos e adoção de novos comportamentos, com atividades físicas, cuidados com o corpo e a mente, interagindo socialmente e com o ambiente.

Espera-se que esse estudo favoreça a prática profissional da ESF que, de posse desta literatura possa aperfeiçoar-se nas estratégias de prevenção ao uso de drogas e, sendo assim, consigam implementar, avaliar e monitorar os planos de ações elaborados.

Seria uma importante contribuição às pesquisas se houvessem mais trabalhos científicos expondo as ações preventivas do uso e abuso de drogas executadas por equipes de saúde ou outras, bem como os resultados que foram eficazes ou não.

Esse trabalho deixa como perspectiva a elaboração de um projeto de avaliação participativa a este plano de ação, a fim de que se tenha um melhor controle e monitoramento das ações estabelecidas.

Propõe-se a realização de um levantamento ou estudo específico no município de São José da Barra/MG, que analise os aspectos relacionados ao número considerável de adolescentes e jovens envolvidos com álcool e drogas, conseguindo assim, uma ferramenta de análise de vulnerabilidade social.

Ao município cabe, por meio de sua estrutura política e organizacional, apoiar a implantação, avaliação e o monitoramento de planos de ações elaborados pelos servidores públicos e possibilitar estratégias mais abrangentes de prevenção ao uso abusivo de drogas como medida protetiva em diferentes áreas. As ações preventivas devem estar incorporadas na rotina das instituições municipais, de modo geral como uma ação permanente e não pontual. Portanto reitera-se a importância da ação preventiva e interventiva estar contemplada no planejamento anual das secretarias de ação social, de saúde, de educação e de segurança pública, como ações a serem executadas dentro do município.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A. E. de; FRAZÃO, M. de F. A.; NOGUEIRA, M. de A. A. Contribuição de uma organização não governamental na formação e desenvolvimento de jovens: o papel da Associação Picolino de Artes do Circo em Salvador, Bahia. **Revista UNIRB** – Faculdade Regional da Bahia, Salvador, v.1, n. 2, p. 9-34, 2008-2009. Disponível em: www.unib.edu.br/periodicos/pdf/Revista_cientifica_v1_n002_alagoinha.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2012..

ANCIERNO, R.; et al. Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: data from national sample. **Journal of Consulting Clinical Psychology**. v. 68, p. 19-30, Feb., 2000.

ANDERSON, M. I.; CASTRO FILHO, E. D. Sistema de educação médica continuada à distância. **PROMEF- Programa de Atualização em Medicina de Saúde e Comunidade**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2006.

ANDRADE, A. G.; DUARTE, P. C. A. V.; OLIVEIRA, L. G. (Orgs). **I Levantamento Nacional Sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras drogas Entre Universitários das 27 Capitais Brasileira**. Brasília: SENAD, 2010.

ANDRADE, A. G.; HEIM, J. Efeitos do uso do álcool e das drogas ilícitas no comportamento de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo, v. 35, supl. 1, 2008.

ANDREATINI, R.; BOERNGEN, L. R.; ZORZETTO, F. D. Tratamento farmacológico do Transtorno de Ansiedade Generalizada: perspectivas futuras. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 4, p. 233-242, 2001.

BALTIERI, D. A. et al. Diretrizes para o tratamento de pacientes com síndrome de dependência de opióides no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, n. 4, p. 259-269, dez., 2004.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N.; HACKER, M. A. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisas de âmbito nacional, Brasil 2005. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, S.1,p. 109-117, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42s1/13.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2013.

BAU, C. Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, v.17, n 1, Rio de Janeiro, jan. 2002.

BAUDELAIRE, C. **Paraísos artificiais**. Porto Alegre: L & PM. 1998.

BITTENCOURT, P. C. T. **Uso abusivo de medicamentos**. Curitiba: Visão Acadêmica, v. 9, n. 2, jul.–dez. 2008. Disponível em: <[HTTP//www.neurologia.ufsc.br](http://www.neurologia.ufsc.br)>. Acesso em: maio 20013.

BORGES, C. F.; FILHO, H. C. **Usos abusos e dependência** – alcoolismo e toxicodependência, Lisboa: Climepsi, 2004.

BRANT, L. Faces da cultura: desenvolvimento social e investimento cultural privado. In: BRANT, L. (Org.) **Políticas culturais**. Editora: Manole, 2002.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **I Levantamento Nacional Sobre Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas Entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras/** Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas; GREA/IPQ-HCUSP. (org.) Arthur Guerra de Andrade, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Lúcia Garcia de Oliveira. Brasília: SENAD, 2010.

_____._____._____. **Relatório Brasileiro Sobre Drogas/** Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas; IMEUSP; organizadores: Lúcia Garcia de Oliveira, Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk. Brasília: SENAD, 2009. 48p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição **Pesquisa nacional sobre saúde e nutrição**, Brasília: INAN/IBGE/IPEA, 1989.

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

_____. _____. _____. Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, **Caderno de Atenção Básica**, 2008. 92 p.

BRASIL, V. R. **Um olhar sistêmico do processo de tratamento da drogadição na família**. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: 2005. Disponível em: <[HTTP//www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codarquivo=344](http://www.sapientia.pucsp.br/tde_busca/arquivo.php?codarquivo=344)>. Acesso em: 10 set. 2013.

BUCHER, R. Visão histórica e antropológica das drogas. IN: FIGUEIREDO, R. (org). **Prevenção ao abuso de drogas em ações de saúde e educação**: uma abordagem sociocultural e de redução de danos. São Paulo: NEAPAIDS/USP, 2002.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. [Belo Horizonte]: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010, 114 p.

CARLINI, E. A. et al. I **Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas**. Estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo: CEBRID/ UNIFESP, 2002, 380p.

_____. et al. V **Levantamento Nacional sobre consumo de Drogas psicotrópicas** Entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais do Brasileiras (2004). CEBRID, 2006. Disponível em: <[HTTP//www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil2/index.htm](http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil2/index.htm)>. Acesso em: 12 out. 2013.

_____. et al. II **Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas**. Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, 2005. São Paulo: CEBRID, 2007.

CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, São Paulo, n. 6, p. 115-128, 2002.

CASTRO, M. S. **Fatores de risco e prevenção do uso indevido de drogas**. Disponível em: www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/vi_encontro.2010/GT_07_01_2010.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

CHASIN, A. A. M.; SILVA, E. S.; CARVALHO, V. M. Estimulantes do sistema nervoso central. In: OGA, S.; CAMARGO, M. M. A.; BATISTUZZO, J. A. O., (Eds.). **Fundamentos de toxicologia**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 353-374.

CHAVES, E. **Toxicomania e transferência**. 2006. 199 f. Dissertação (mestrado em psicologia clínica). Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2006.

DE MASI, D. **Criatividade e grupos criativos**. Trad. Lea Manzi e Yadyr Figueiredo. Rio de Janeiro: sextante, 2003.

DRUMMER, O. H.; ODELL, M. **The forensic pharmacology of drugs of abuse**. London: Arnold, 2001. 462 p.

DUALIBI, S.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas relacionadas às bebidas alcoólicas. **Revista de saúde pública**. São Paulo, v. 41, n. 5, out. 2007.

DUARTE, D. F. Uma breve história do ópio e dos opióides. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 55, n. 1, jan.-fev., 2005. Disponível em: <[HTTP://www.scielo.br/pdf/rba/v55n1a15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rba/v55n1a15.pdf)> Acesso em: 05 maio 2013.

DUNCAN, S. C. et al. Relation between youth antisocial and prosocial activities. **Journal of Behavioral Medicine**, n. 25, p. 425-438, Mar., 2002.

ELIAS, N.; SCOTSON, J. L. **Os estabelecidos e os outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

ESCOHOTADO, A. **História geral de las drogas**. 7. ed. Revisada e Ampliada. Madrid: Alianza, 1998.

FERIGOLO, M. et al. Drug prevalence at Feben,. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n 1, p. 9-15, 2004.

FIGUEIREDO, R. **Prevenção ao abuso de drogas em ações de saúde e educação**: uma abordagem sociocultural e de redução de danos. São Paulo: NEPAIDS/USP, 2002.

GALDUROZ, J.; CAETANO, Epidemiologia do uso do álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, v. 26, s. 1, p. 3-6, 2004.

GARCIA, M. L.; LEAL, F. X.; ABREU, C. C. A política antidrogas Brasileira: velhos dilemas. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 20, p. 267-276, 2008.

GOMIDE, P. I. **Pais presentes, pais ausentes**. Petrópolis: Vozes, 2004.

GOOTENBERG, P. **Entre la coca y la cocaína: um siglo o más de las paradajas de La droga entre Estados Unidos y El Perú, 1860-1980**. Lima: IEP, 2003.

GORENSTEIN, C.; SCAVONE, C. Avanços e psicofarmacologia. Mecanismos de ação de psicofarmacos hoje. **Revista Brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 64-73, maio, 1999.

GRINSPOON, L.; BAKALAR, J. B. Can drugs be used to enhance the psychotherapeutic process, **American Jornal of Psychotherapy**, v. 40, p. 393-404, 1986.

GUIOT, E. R. et al. Consumo de alcohol y drogas em estudantes de Pachuca, Hidalgo. **Salud Publica México**, n. 41, p. 296-308, 1999.

HUXLEY, A. **As portas da percepção e céu e inferno**. Rio de Janeiro:Globo, 1987.

IGNÁCIO, V. T. G.; NARDI, H. C. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofarmacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicologia e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 88-95, dez., 2007.

JACOBI, P. R.; SOARES, C. B. Adolescentes, drogas e AIDS: avaliação de um programa escolar. **Cadernos de Pesquisa**, n. 109, p. 213-37, 2000.

JEAMMET, P.; CORCOS, M. **Novas problemáticas da adolescência: evolução e manejo da dependência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

JUNDI, S. A. R.; PINSKY, I. O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre os jovens: Revisão da literatura internacional. **Rev Bras. Psiquiatr.** São Paulo, v. 30, n. 4, dez. 2008.

KANTORSK, L. P.; SOUZA, J. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. SMAD, **Revista Eletrônica em saúde mental, álcool e drogas**, v. 3, n. 2. 2007. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Disponível em: <[HTTP//www.redalyc.org/articulo.oa?id=80303203](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80303203)>. Acesso em: 08 nov. 2013.

KARCH, S. B. The history of cocaine toxicity. **Human Pathology**, v. 20, n. 11, p. 1037-1039, 1989.

KERR-CORRÊA, F. et al. Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 3, p. 235-242, 2008.

KEYS, K. M.; GRANT, B. F.; HASIN, D. S. Evidence for a closing gender gap in alcohol use, abuse, and dependence in the United States population. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 93, p. 21-29, 2008.

KUMPFER, K. L.; ALVARADO, R. Family-Strengthening approaches for the prevention of youth antisocial and prosocial activities. **Journal of Behavioral Medicine**, v. 25, p. 425-438, 2003.

LARANJEIRA, R.; CASTRO, L. A. Potencial de abuso de benzodiazepínicos In: BERNICK, M. A. **Benzodiazepínicos, quatro décadas de experiência**. São Paulo: EDUSP; 1999. p. 187-98.

LARANJEIRA, R. et al. **I Levantamento Nacional Sobre os Padrões de consumo de Álcool na População Brasileira**. Brasília: SENAD, 2007. Disponível em: <[HTTP//bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf)>. Acesso em: 14 jul., 2013.

_____.; ROMANO, M. Consenso Brasileiro sobre as políticas públicas do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, p. 68-77, dez., 2004.

LEONARDO, J. M. A. A guerra do sucesso pelos talentos humanos. **Produção**, São Paulo, v. 12, n. 2, 2002.

LORDELLO, J. **Como conviver com a violência**. São Paulo: Moderna, 1998, 229p.

MARTINS, E. R. C. et al. Concepções do trabalhador de enfermagem sobre drogas: a visibilidade dos riscos. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 17, p. 368-372, jul./set., 2009.

MESQUITA, F. **Desafios da política pública sobre drogas no segundo governo Lula**. Disponível em: <[HTTP://www.pt.org.br](http://www.pt.org.br)>. Acesso em: 08 nov. 2013.

MICHELI, D.; FORMIGONI, N. L. Drug use by Brazilian students: association with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. **Addiction**. v. 99, p. 570-578, 2004.

MIGOTT, M. R. Contrato narcisista e clinica do vazio. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 239-253, jun., 2008.

MIRANDA, F. A. N. et al. O impacto negativo dos transtornos do uso e abuso do álcool na convivência familiar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 222-232, 2006. <Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/pdf/v8n2a07.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2013.

MIRIAM, H. **Adolescência e saúde**: uma visão preventiva para profissionais de saúde e educação. Petrópolis: Vozes, 2006.

MORALES, L. A. Uma análise sobre o consumo atual de drogas. **Revista Aurora UNESP**. Marília, v. 5. p. 119-138, 2012. Edição Especial.

NANDI, A. P.; SENE, R. F.; FREITAS, L. Uma análise do perfil do estilo de vida de alunos da 8ª série do ensino fundamental do município de tubarão, S. C. **Revista Digital de Esportes**, Buenos Aires, Año 13, n. 126. nov. 2008. Disponível em: <[HTTP://www.efdeportes.com](http://www.efdeportes.com)>. Acesso em: 08 ago. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. **Neurociências**: consumo e dependência de substâncias psicoativas (Resumo). Genebra: OMS, 2004.

_____. **Relatório Mundial de Saúde**. Trabalhando Juntos Pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 210p.

_____. **Relatório Sobre a Saúde no Mundo**. 2001: saúde mental. Genebra (SWI): OMS; 2001.

PELISSOLO, A, et al. Familial factors influencing the consumption of anxiolytics and hypnotics by children and adolescents. **European Psychiatry**, v.16, p. 11-17, Feb., 2001.

PETRINI, J. C. Mudanças sociais e mudanças familiares. IN: PETRINI, J. C.; CAVALCANTE, V. R. S. (Orgs.). **Família, sociedade e subjetividade**: uma perspectiva multidisciplinar: Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2005, p. 29-53.

PINSKY, I.; PAVARINO FILHO, R. V. A apologia do consumo de bebidas alcoólicas e da velocidade no transito do Brasil: considerações sobre a propaganda de dois problemas de saúde pública. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 110-118, jan./abr., 2007.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. **Estudos de Psicologia**, v. 11, p. 315-322, dez., 2006.

RASPANTI, L. M. P. S. **Trabalho com grupo de adolescentes através da abordagem sociodramática**. 2002. 112f. Dissertação (mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2002.

ROMANÍ, R. A. **Las drogas**. Sueños y Razones. Barcelona: Ariel, p. 85-116, 1999.

SAMPAIO, J. J. C. Uso, abuso e dependência de drogas lícitas e ilícitas: um grave problema de educação, saúde, segurança pública no Brasil contemporâneo. **IN: ABERTURA DA REUNIÃO DO GRUPO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS – GNDH/CNPG**, 1, 2011, João Pessoa. **Palestra**. João Pessoa, 2011. Disponível em: <[HTTP//saogabrielcontraocrime.blogspot.com/2011/.../uso-abuso-e-dependencia-...](http://saogabrielcontraocrime.blogspot.com/2011/.../uso-abuso-e-dependencia-...)>. Acesso em: 01 maio 2012.

SANTOS, D. Drogas, globalização e direitos humanos. Antropolítica, **Revista contemporânea de antropologia e ciência política**, n. 16, p. 21-54, 2004.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.8, p. 299-306, 2003.

_____; _____. Tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2004.

SCHIVELBUSCH, W. **História de lós estimulantes**. Barcelona: Anagrama, 1995.

SENAD. Secretaria Nacional Anti Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o uso de Álcool, Tabaco e outras drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileira**. Brasília: SENAD, 2010.

SILVA, P. **Farmacologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

_____. **Farmacologia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SILVA, S. N. **A trajetória da prevenção às drogas no Brasil: do proibicionismo à redução de danos e seus reflexos nas políticas locais**. 2010. 300f. Tese de doutorado de antropologia médica. Universitat Rovira I Virgili. Tarragona. 2010.

SOARES, L. T. **O desastre social**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SOARES, C. B. et al. Juventude e consumo de drogas: oficinas de instrumentalização de trabalhadores de instituições sociais, na perspectiva da saúde coletiva. **Interface** (Botucatu). Botucatu, v. 13, n. 28, mar. 2009. Disponível em: <[HTTP//www.scielo.php?](http://www.scielo.php?)>. Acesso em: 08 nov. 2013.

SOUZA, J. D. de. **A biblioteca e o bibliotecário escolar no processo de incentivo à leitura**: uma pesquisa bibliográfica. 2009. (Trabalho de conclusão de curso de graduação em Biblioteconomia da Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: <www.cin.publicações.ufsc.br/teses/cin0010.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2012.

_____.; MUNARI, D. B. Considerações acerca da sobrecarga em familiares de pessoas com transtornos mentais. **Ciência. Cuidado e Saúde**, jul/set. v. 6, n. 3, p. 357-362, 2007.

SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, maio 2010.

SUDBRACK, M. F. O. et al (org). **O adolescente e as drogas no contexto da justiça**. Brasília: Plano, 2003, 307p.

TOSCHES, N. **A ultima casa de ópio**. São Paulo: Conrad, 2006.

UNODC. **Relatório Mundial Sobre Drogas** 2008. Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crimes. Disponível em: <[HTTP//www.unodc.org.br](http://www.unodc.org.br)>. Acesso em: 04 ago. 2008.

_____. **Relatório Mundial Sobre Drogas** 2009. Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crimes. Disponível em: <[HTTP//www.unodc.org.br](http://www.unodc.org.br)>. Acesso em: 04 ago. 2009.

_____. **Relatório Mundial Sobre Drogas** 2011. Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crimes. Disponível em: <[HTTP//www.unodc.org.br](http://www.unodc.org.br)>. Acesso em: 04 ago. 2011.

_____. **Relatório Mundial Sobre Drogas** 2013. Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crimes. Disponível em: <[HTTP//www.unodc.org.br](http://www.unodc.org.br)>. Acesso em: 10 set. 2013.

XIBERRAS, M. **A sociedade intoxicada**. Lisboa: Instituto Piaget, 1989, p 49-54.

YONAMINE, M. **A saliva como espécime para monitorar o uso de álcool, anfetamina, metanfetamina e maconha por motoristas profissionais**. 2004. 139f. Tese (doutorado em toxicologia e análises toxicológicas). Universidade Federal de São Paulo, Faculdade de ciências Farmacêuticas, 2004.

WAGNER, A. B. P.; WAGNER, H. L. et al. Trabalhando com famílias em saúde da família. **Rev. Médica do Paraná**, Curitiba, v.7, n. 1/2, p. 40-46, jan./dez. 1999.

WAGNER, G. A. et al. Alcohol and drug use among university students: gender differences. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 29, n 2, p. 123-129, jan., 2007.

WALDEM, B.; LACONO, W. G.; MCGUE, M. Trajectories of change in adolescent substance use and symptomatology: impact of paternal and maternal substance use disorders. **Psychology of Addictive Behaviors**. v. 33, p. 1-14, 2008.

WILD, L. G. et al. Association among adolescents risk behaviour and self-esteem in six domains. **Journal of Child Psychology and psychiatry**. v. 45, p. 1454-1467, 2004.

ZIMBARDO, P. G. A situationitit perspective on the psychology of evil: understanding how good people are transformed into perpetrators. IN: MILER, A. Editor. **The social psychology of good and evil**. New York: Guilford Press; 2004. p. 21-50.

ANEXO A – Lista F de Substâncias do Anexo I da Portaria nº 344/98 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

PORTARIA 344 DA ANVISA/MS

Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

O **Secretário de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde**, no uso de suas atribuições e considerando a Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961 (Decreto n.º 54.216/64), a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971 (Decreto n.º 79.388/77), a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988 (Decreto n.º 154/91), o Decreto-Lei n.º 891/38, o Decreto-Lei n.º 157/67, a Lei n.º 5.991/73, a Lei n.º 6.360/76, a Lei n.º 6.368/76, a Lei n.º 6.437/77, o Decreto n.º 74.170/74, o Decreto n.º 79.094/77, o Decreto n.º 78.992/76 e as Resoluções GMC n.º 24/98 e n.º 27/98, **resolve**:

ANEXO I

LISTA - F

LISTA DAS SUBSTÂNCIAS DE **USO PROSCRITO NO BRASIL**

LISTA F1 - SUBSTÂNCIAS ENTORPECENTES

1. 3-METILFENTANILA (N-(3-METIL 1-(FENETIL-4-PIPERIDIL)PROPIONANILIDA)
2. 3-METILTIOFENTANILA (N-[3-METIL-1-[2-(2-TIENIL)ETIL]-4-PIPERIDIL]PROPIONANILIDA)
3. ACETIL-ALFA-METILFENTANILA (N-[1-μ -METILFENETIL]-4-PIPERIDIL]ACETANILIDA)
4. ALFA-METILFENTANILA (N-[1-μ -METILFENETIL]-4-PIPERIDIL]PROPIONANILIDA)
5. ALFAMETILTIOFENTANIL (N-[1-[1-METIL-2-(2-TIENII)ETIL]-4-PIPERIDIL]PROPIONANILIDA)
7. BETA-HIDROXI-3-METILFENTANILA
8. BETA-HIDROXIFENTANILA
- 11. COCAÍNA**
12. DESOMORFINA (DIIDRODEOXIMORFINA)
- 20. ECGONINA**

24. HEROÍNA (DIACETILMORFINA)

- 32. MPPP (1-METIL-4-FENIL-4-PROPIONATO DE PIPERIDINA (ESTER))
- 33. PARA-FLUOROFENTANILA (4-FLUORO-N-(1-FENETIL-4-PIPERIDIL)PROPIONANILIDA)
- 35. PEPAP (1-FENETIL-4-FENIL-4-ACETATO DE PIPERIDINA (ESTER))
- 43. TIOFENTANILA (N-[1-[2-TIENIL)ETIL]-4-PIPERIDIL]PROPIONANILIDA)

LISTA F2 - SUBSTÂNCIAS PSICOTRÓPICAS

- 1. 4-METILAMINOREX (\pm)-CIS-2-AMINO-4-METIL-5-FENIL-2-OXAZOLINA
- 2. BENZOFETAMINA
- 3. CATINONA ((-)-(5)-2-AMINOPROPIOFENONA)
- 4. CLORETO DE ETILA**
- 5. DET (3-[2-(DIETILAMINO)ETIL]LINDOL)
- 6. LISERGIDA (9,10-DIDEHIDRO-N,N-DIETIL-6-METILERGOLINA-8 b -CARBOXAMIDA)
-LSD
- 7. DMA ((\pm)-2,5-DIMETOXI- μ -METILFENETILAMINA)
- 8. DMHP(3-(1,2-DIMETILHEPTIL)-7,8,9,10-TETRAHIDRO-6,6,9-TRIMETIL-6H-DIBENZO[B,D]PIRANO-1-OL)
- 9. DMT (3-[2-(DIMETILAMINO)ETIL] INDOL)
- 10. DOB ((\pm)-4-BROMO-2,5-DIMETOXI- μ -METILFENETILAMINA)-BROLANFETAMINA
- 11. DOET ((\pm)-4-ETIL-2,5-DIMETOXI μ -FENETILAMINA)
- 12. ETICICLIDINA (N-ETIL-1-FENILCICLOHEXILAMINA)-PCE
- 13. ETRIPTAMINA (3-(2-AMINOBTIL)INDOL)
- 14. MDA (μ -METIL-3,4-(METILENDIOXI)FENETILAMINA)-TENAMFETAMINA
- 15. **MDMA** ((\pm)-N, μ -DIMETIL-3,4-(METILENDIOXI)FENETILAMINA)
- 16. MECLOQUALONA
- 17. Mescalina (3,4,5-TRIMETOXIFENETILAMINA)
- 18. METAQUALONA
- 19. METICATINONA (2-(METILAMINO)-1-FENILPROPAN-L-ONA)
- 20. MMDA (2-METOXI- μ -METIL-4,5-(METILENDIOXI)FENETILAINA)
- 21. PARAHEXILA (3-HEXIL-7,8,9,10-TETRAHIDRO-6,6,9-TRIMETIL-6H-DIBENZO[B,D]PIRANO-1-OL)
- 22. PMA (P-METOXI- μ -METILFENETILAMINA)
- 23. PSILOCIBINA (FOSFATO DIHIDROGENADO DE 3-[2-(DIMETILAMINOETIL)]INDOL-4-ILO)
- 24. PSILOCINA (3-[2-(DIMETILAMINO)ETIL]INDOL-4-OL)
- 25. ROLICICLIDINA (L-(L-FENILCICLOMEXIL)PIRROLIDINA)-PHP,PCPY
- 26. STP,DOM (2,5-DIMETOXI- μ ,4-DIMETILFENETILAMINA)
- 27. TENOCICLIDINA (1-[1-(2-TIENIL)CICLOHEXIL]PIPERIDINA)-TCP
- 28. THC (TETRAIDROCANABINOL)**
- 29. TMA ((\pm)-3,4,5-TRIMETOXI- μ -METILFENETILAMINA)
- 30. ZIPEPROL**

LISTA F3 – OUTRAS SUBSTÂNCIAS

- 1. ESTRICNINA
- 2. ETRETINATO

