



# PLANO MINEIRO INTERSETORIAL DE CUIDADOS/TRATAMENTO E PREVENÇÃO DO USO/ABUSO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS

**OPAS**



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
SECRETARIA REGIONAL DAS  
AMÉRICAS



CONEAD MG  
Conselho Estadual de  
Políticas Sobre Drogas



**MINAS  
GERAIS**

GOVERNO  
DIFERENTE.  
ESTADO  
EFICIENTE.

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL**  
**Subsecretaria de Políticas sobre Drogas**

**EXPEDIENTE:**

*Governador*

**Romeu Zema Neto**

*Vice-Governador*

**Paulo Eduardo Rocha Brant**

*Secretária de Desenvolvimento Social do*

*Estado de Minas Gerais*

**Elizabeth Jucá e Mello Jacometti**

*Chefe de Gabinete*

**Gabriela Gervason Reis**

*Subsecretária de Políticas sobre Drogas*

**Soraya Romina dos Santos**

*Assessoria Técnica – Coordenadora do Centro de*

*Referência Estadual em Álcool e outras Drogas*

**Michelle Ralil da Costa**

*Assessoria de Gabinete*

**Lorene Castro Borboleta de Lima**

*Superintendência de Atendimento ao Dependente Químico*

**Patrícia Magalhães Rocha**

*Diretoria de Prevenção e Mobilização Social*

**Érika Pinheiro Vaz**

*Diretoria de Cuidado e Reinserção Social e Produtiva*

**Diego Gonçalves de Souza**

*Diretora de Projetos Estratégicos e Participação Social*

**Marina Lucia Víctor dos Passos**

**MEMBROS DA CÂMARA ESTADUAL INTEGRADA DE  
POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

*Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social-*

*Subsecretaria de Políticas sobre Drogas*

**Soraya Romina dos Santos**

**Lorene Castro Borboleta de Lima**

*Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social-*

*Subsecretaria de Direitos Humanos*

**Thiago Arantes Silva**

**Uéverson Luiz Melato de Moraes**

*Secretaria de Estado de Desenvolvimento*

*Social- Subsecretaria de Assistência Social*

**Kenya Vilhena Prímola**

**Rafael Henrique Roquette Andrade**

*Secretaria de Estado de Desenvolvimento*

*Social- Subsecretaria de Esportes*

**Ângela Cristina da Silva**

**Mônica Martins Scorza**

*Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social-*

*Subsecretaria de Trabalho e Emprego*

**Leonardo Assis Martins Júnior**

**Gislene Maria da Silva Nazário**

*Secretaria de Estado da Educação*

**Rosália Aparecida Martins Diniz**

**Débora Adorno de Sousa**

*Secretaria de Estado de Saúde*

**Amanda Guias Santos Silva**

**Camila Helen de Almeida Silva Oliveira**

*Secretaria de Estado de Segurança Pública e Justiça*

**Fabiane Alessandra Rodrigues Oliveira**

**Andreza Rafaela Abreu Gomes**

*Polícia Militar de Minas Gerais*

**Major PM Danúbia Souza Rosalino Lopes**

**Capitão PM Alberto Nery Rocha**

*Polícia Civil de Minas Gerais*

**Júlio Wilke**

**Rodrigo Pascoal Ulhôa Cintra**

*Bombeiro Militar de Minas Gerais*

**Cap BM Cristiano Freitas Lage**

**1º Ten BM Diana Gomes de Oliveira**

**ASSESSORAMENTO:**

*Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS*

**Diogo Alves – Consultor Nacional**

**Dra. Catarina Dahl – Consultora de Saúde Mental**

**Dra. Maristela Monteiro – Assessora Regional**

*Conselho Estadual de Políticas Sobre Drogas – Conead*

**Aloísio Andrade – Presidente**

**Dilma Abreu Rocha – Vice-Presidente**

*Universidade Federal de Minas Gerais*

**Professora Ana Lúcia Brunialti Godard**

**Professor Carlos Tagliati**

**Professora Viviane Elisângela Gomes**

**Professora Patricia Maria Zarzar**

**COLABORADORES:**

*Secretaria de Governo*

**Ibiraty Martins Junior**

**Camilla Grazielle Freitas Gomes**

*Universidade Federal de Juiz de Fora*

**Professor Alexander Moreira-Almeida**

**Professor Alexandre Oliveira**

**Professora Laisa Sartes**

**Professor Telmo Mota Ronzani**

*Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial- Senac*

**Vani Maria Fonseca – Consultora Técnica**

**Marcelo da Silva Teixeira**

**Marcos Antônio Garcia Vieira**

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL  
**Subsecretaria de Políticas sobre Drogas**

**PLANO MINEIRO INTERSETORIAL  
DE CUIDADOS/TRATAMENTO E  
PREVENÇÃO DO USO/ABUSO DE  
ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS**

**Organizadores:**

Michelle Ralil da Costa  
Lorene Castro Borboleta de Lima  
Soraya Romina dos Santos

MINAS GERAIS  
2021

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL**  
**Subsecretaria de Políticas sobre Drogas**

© Copyright 2021



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

PLANO MINEIRO INTERSETORIAL DE CUIDADOS/TRATAMENTO E PREVENÇÃO DO USO/ABUSO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS

Os autores e os organizadores se empenharam para citar adequadamente e dar o devido crédito a todos os detentores de direitos autorais de qualquer material utilizado neste livro, dispondo-se a possíveis acertos posteriores caso, inadvertida e involuntariamente, a identificação de algum deles tenha sido omitida.

Houve também um esforço para assegurar a qualidade técnica do conteúdo apresentado, apesar disso, em conformidade com as normas de imprensa, a responsabilidade por conceitos ou opiniões emitidas nos capítulos assinados cabe inteiramente aos autores.

Tiragem: 1ª edição – 2021 – 1200 exemplares

*Elaboração, edição e distribuição:*

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social

Subsecretaria de Políticas Sobre Drogas

Cidade Administrativa Presidente Tancredo Neves: Rodovia Papa João Paulo II, nº 4.143, bairro Serra Verde, Belo Horizonte - Minas Gerais - 14º andar - Prédio Minas CEP: 31630-900 Tel.: (31) 3916-8049 Site: [www.social.mg.gov.br](http://www.social.mg.gov.br)

**Organização:** Michelle Ralil da Costa, Lorene Castro Borboleta de Lima, Soraya Romina dos Santos

**Redação Geral:** Michelle Ralil da Costa, Soraya Romina

**Projeto Gráfica e Diagramação:**

All Type Art Design

(Elton Mark, Marcus Vinícius)

**Organização das referências bibliográficas e lista de siglas:**  
Luiza Lacerda Maciel

**Revisão:** Ivan Capdeville Jr., Michelle Ralil da Costa, Soraya Romina dos Santos.

Os quadros, tabelas e figuras constantes na publicação, quando não indicados por fontes externas, são de autoria da Subsecretaria de Políticas sobre Drogas

---

Ficha Catalográfica

---

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social. Subsecretaria de Políticas sobre Drogas.

Plano Mineiro Intersetorial de Cuidados/Tratamento e Prevenção do Uso/Abuso de Álcool, Tabaco e outras Drogas. Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social. Subsecretaria de Políticas sobre Drogas. Belo Horizonte, 2021.

Modo de acesso: (endereço eletrônico)

ISBN: 978-65-995319-0-3

---

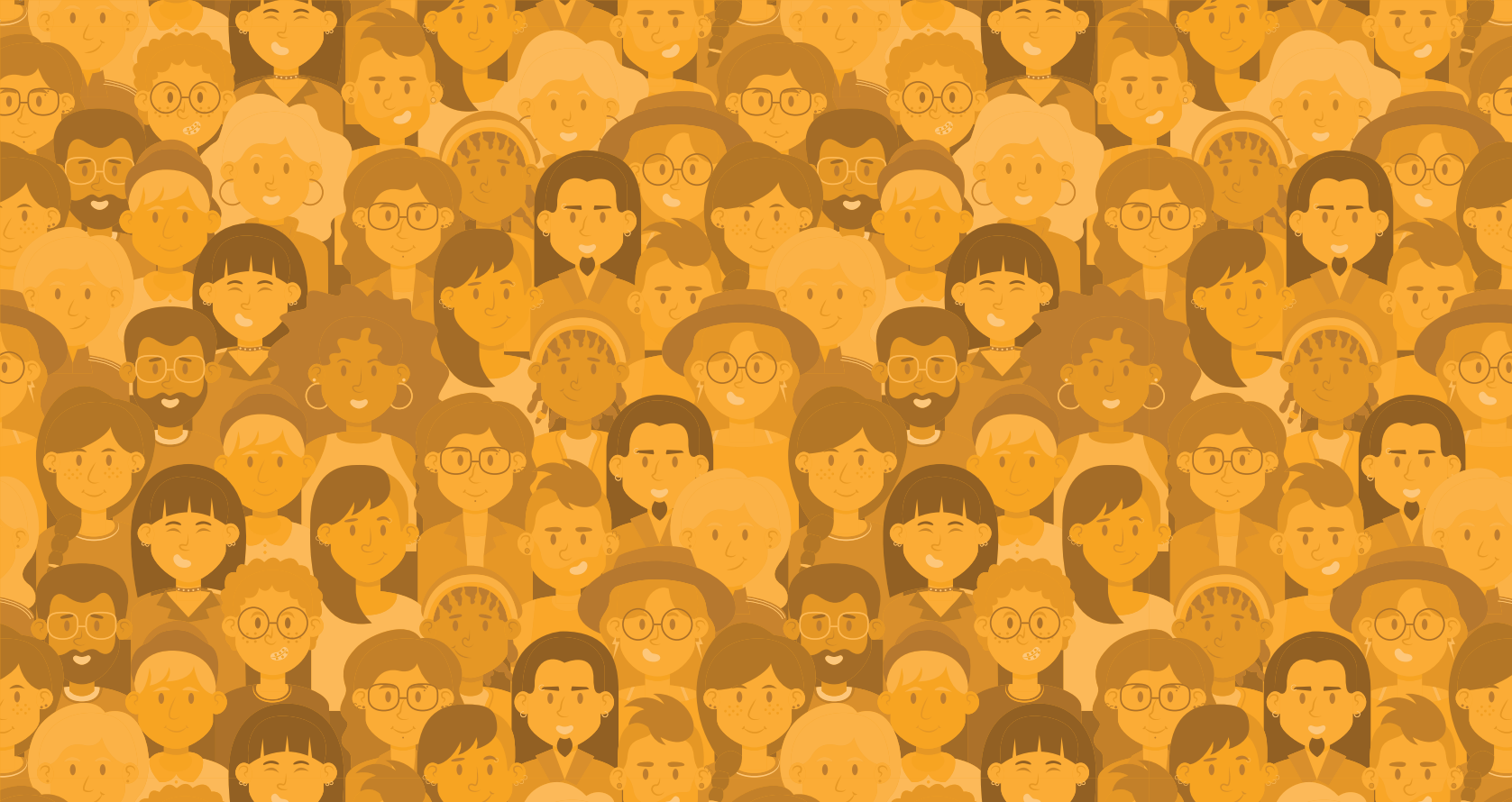
## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|          |  |          |   |
|----------|--|----------|---|
| AA       | Alcoólicos Anônimos  | NUPES    | Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde  |
| ACISP    | Áreas de Coordenação Integrada de Segurança Pública                              | ODS      | Objetivos de Desenvolvimento Sustentável  |
| AISP     | Áreas Integradas de Segurança Pública  | OEA      | Organização dos Estados Americanos  |
| BPE      | Beber Pesado Episódico   | OMS      | Organização Mundial da Saúde  |
| CADÚNICO | Cadastro Único para Programa Sociais   | ONU      | Organização das Nações Unidas   |
| CAPS AD  | Centros de Apoio Psicossocial especializados em Álcool e outras Drogas           | OPAS     | Organização Pan-Americana da Saúde  |
| CAPS     | Centros de Apoio Psicossocial  | OSC      | Organização da Sociedade Civil  |
| CEBRID   | Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas                      | PBF      | Programa Bolsa Família  |
| CERSAM   | Centros de Referência em Saúde Mental  | PCMG     | Polícia Civil de Minas Gerais   |
| CIB      | Comissão Intergestores Bipartite   | PeNSE    | Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar   |
| CICAD    | Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas                       | PESMAD   | Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas   |
| CID      | Classificação Internacional das Doenças  | PMDH     | Plano Mineiro de Direitos Humanos   |
| CONAD    | Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas                                      | PNAD     | Política Nacional sobre Drogas  |
| CONAJE   | Confederação Nacional de Jovens Empreendedores                                   | PNAS     | Política Nacional de Assistência Social   |
| CONEAD   | Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas de Minas Gerais                      | PNCT     | Programa Nacional de Controle ao Tabagismo  |
| CONICQ   | Comissão Nacional para Implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco | PNPS     | Política Nacional de Promoção da Saúde  |
| CQCT     | Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco                                       | PNUD     | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento   |
| CRAS     | Centros de Referência de Assistência Social                                      | POEPS    | Política Estadual de Promoção da Saúde de Minas Gerais  |
| CREAS    | Centros de Referência Especializada de Assistência Social                        | PROERD   | Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência   |
| CRM      | Conselho Regional de Medicina  | PSE      | Programa Saúde na Escola  |
| CT       | Comunidade Terapêutica   | PSPS     | Política Nacional de Promoção da Saúde  |
| DENARC   | Departamento Estadual de Combate ao Narcotráfico                                 | R/E      | Religiosidade e a Espiritualidade   |
| DSM      | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders                            | RAPS     | Rede de Atenção Psicossocial  |
| DSS      | Determinantes Sociais de Saúde   | RAS      | Rede de Atenção à Saúde   |
| IBGE     | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                                  | REDS     | Registro de Eventos de Defesa Social  |
| ICB      | Instituto de Ciências Biológicas   | RISP     | Regiões Integradas de Segurança Pública   |
| IDH      | Índice de Desenvolvimento Humano   | SED      | Saúde e Educação sobre Drogas   |
| IDHM     | Índice de Desenvolvimento Humano Municipal                                       | SEDESE   | Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social  |
| IMV      | Índice Mineiro de Vulnerabilidade  | SENAD    | Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas   |
| INCA     | Instituto Nacional de Câncer   | SENAPRED | Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas   |
| INCB     | Conselho Internacional para o Controle de Narcóticos                             | SES      | Secretaria de Estado de Saúde   |
| INSS     | Instituto Nacional do Seguro Social  | SIM      | Sistema de Informação sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde                                     |
| IPEA     | Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada   | SISNAD   | Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas  |
| ISSUP    | <i>International Society of Substance Use Professionals</i>                      | SUAS     | Sistema Único de Assistência Social   |
| LNUD     | Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira            | SUBPOD   | Subsecretaria de Políticas sobre Drogas   |
| MINI     | Escala Mini International Neuropsychiatric Interview                             | SUS      | Sistema Único de Saúde  |
| MS       | Ministério da Saúde  | TDAH     | Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade   |
| NA       | Narcóticos Anônimos  | TUS      | Transtorno por Uso de Substância  |
| NIDA     | Instituto Nacional de Abuso de Drogas dos Estados Unidos da América              | UAA      | Unidade de Acolhimento Adulto   |
| NIH      | Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos da América                        | UAI      | Unidade de Acolhimento Infanto-juvenil  |
| NOB      | Norma Operacional Básica   | UBS      | Unidades Básicas de Saúde   |
|          |  | UF       | Unidade Federativa  |
|          |  | UFJF     | Universidade Federal de Juiz de Fora  |
|          |  | UFMG     | Universidade Federal de Minas Gerais  |
|          |  | UNIFESP  | Universidade Federal de São Paulo   |
|          |  | UNODC    | Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime   |
|          |  | USA      | <i>Unites States of America</i>   |
|          |  | VIGITEL  | Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico |



# SUMÁRIO

|   |             |
|---|-------------|
| <b>PREFÁCIO .....</b>   | <b>VII</b>  |
| <b>APRESENTAÇÃO .....</b>   | <b>VIII</b> |
| <b>1. POLÍTICAS SOBRE DROGAS.....</b>   | <b>1</b>    |
| 1.1 O cenário da Política Nacional sobre Drogas .....   | 1           |
| 1.2 Construção da Política sobre Drogas em Minas Gerais: Histórico e Contextualização.....  | 4           |
| <b>2. DIAGNÓSTICO SOCIOTERRITORIAL E DE VULNERABILIDADES ASSOCIADAS AO USO/ABUSO DE<br/>ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS – BRASIL .....</b> | <b>6</b>    |
| 2.1 Introdução .....  | 6           |
| 2.2 Método .....  | 9           |
| 2.3 Resultados .....  | 10          |
| 2.3.1 Perfil sociodemográfico.....  | 10          |
| 2.3.2 Álcool .....  | 13          |
| 2.3.3 Tabaco .....  | 16          |
| 2.3.4 Drogas ilícitas.....  | 18          |
| 2.3.5 Fatores e áreas que contribuem para a compreensão das vulnerabilidades associadas ao uso/abuso de álcool,<br>tabaco e outras drogas .....                     | 20          |
| 2.4 Considerações.....  | 29          |
| <b>3. EIXOS E PERSPECTIVAS DO PLANO MINEIRO INTERSETORIAL DE CUIDADOS/TRATAMENTO E<br/>PREVENÇÃO DO USO/ABUSO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS .....</b>           | <b>32</b>   |
| 3.1 Prevenção do Uso/Abuso de Álcool, Tabaco e outras Drogas.....   | 32          |
| 3.2 Cuidados/Tratamento direcionados às pessoas que usam/abusam e/ou com quadro de dependência de<br>álcool, tabaco e outras drogas .....                           | 40          |



|  |           |
|--|-----------|
| <b>4. INVENTÁRIO DOS PRINCIPAIS PROGRAMAS, PROJETOS, SERVIÇOS E AÇÕES DESENVOLVIDOS PELOS DIFERENTES ÓRGÃOS DO EXECUTIVO ESTADUAL QUE GUARDAM RELAÇÃO COM A POLÍTICA ESTADUAL SOBRE DROGAS .....</b> | <b>51</b> |
| <b>5. TEXTOS TEMÁTICOS RELEVANTES .....</b>  | <b>57</b> |
| 5.1 Principais drogas utilizadas no Brasil .....   | 57        |
| 5.2 Projeto “Drogas: o que você deve saber!” .....   | 62        |
| 5.3 Projeto “Um copo no corpo: a jornada do álcool no cérebro” .....   | 63        |
| 5.4 Programa Álcool e Saúde: tratamento online para usuários de álcool brasileiros .....   | 64        |
| 5.5 A Cultura como um fator de prevenção do uso/abuso de álcool e outras drogas .....  | 68        |
| 5.6 O Esporte como ferramenta de prevenção às drogas .....   | 69        |
| 5.7 A perspectiva da Espiritualidade como fator de prevenção e tratamento do uso/abuso de álcool e outras drogas .....   | 71        |
| 5.8 O papel do controle social no fortalecimento das Políticas sobre Drogas .....  | 74        |
| 5.9 A repressão qualificada como estratégia de prevenção às drogas .....   | 75        |
| <b>6. PRÓXIMOS PASSOS .....</b>  | <b>78</b> |





# PREFÁCIO

Com as autoridades de Minas Gerais, sob a coordenação da Secretaria de Desenvolvimento Social, a Organização participou ativamente da construção do presente Plano Mineiro Intersetorial de Cuidados/Tratamento e Prevenção do Uso/Abuso de Álcool, Tabaco e outras Drogas, que traz a dimensão desse desafio para o estado de Minas Gerais e nos brinda com diretrizes para o fortalecimento das capacidades locais no enfrentamento a questões decorrentes do uso e abuso de álcool, tabaco e outras drogas.

Álcool, tabaco e outras drogas são fatores de risco que impõem aos sistemas de saúde um desafio global. O seu consumo está relacionado a milhares de óbitos anuais, muitos evitáveis. A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde possui mandato constitucional para enfrentar questões decorrentes do uso e do abuso de tabaco, álcool e outros e transtornos relacionados, colaborando com os estados-membros no desenvolvimento de abordagens abrangentes, baseadas em evidências e de saúde pública que possam reduzir a demanda, aliviar o sofrimento e diminuir os danos a indivíduos, famílias, comunidades e sociedades.

O álcool está associado a uma série de consequências sociais e de saúde, incluindo lesões, várias formas de câncer, doença hepática crônica, doença cardíaca, dependência do álcool e violência doméstica. Em 2018, o álcool foi responsável por 5,5% de todas as mortes nas Américas e 6,7% de todos os anos de vida ajustados por incapacidade. A mortalidade pelo uso do tabaco na Região das Américas é responsável por 16% das mortes por doenças cardiovasculares, 25% por câncer e mais da metade

(52%) por doenças respiratórias crônicas. É possível dizer que tabaco é o único produto de consumo legal que mata até metade de seus usuários quando usado exatamente como prescrito pelo fabricante. Pelo menos 4,4 milhões de homens e 1,2 milhão de mulheres na América Latina e no Caribe sofrem de transtornos por uso de drogas – incluindo dependência e outras enfermidades – em algum momento de suas vidas.

Isso se traduz em sofrimento para várias famílias, impactos no desenvolvimento dos países e sobrecarga dos sistemas de saúde. O enfrentamento a esse desafio requer urgentemente ações multissetoriais e conjuntas, com envolvimento de vários atores da sociedade.

Diante de um quadro avassalador, é urgente que os países adotem políticas eficazes para enfrentamento desses fatores de risco. Para tanto, a Organização oferece liderança e cooperação técnica aos estados-membros em políticas de saúde pública, gera e divulga os melhores dados, oferta intercâmbio e intervenções baseadas em evidências e monitora tendências de consumo e problemas relacionados, com o objetivo de minimizar os resultados negativos para a saúde associados ao seu uso.

Por isso, planos como este são importantes, pois nos dão a oportunidade de compartilhar evidências e conscientizar a população sobre os inúmeros malefícios do uso nocivo do álcool, do tabaco e de outras drogas. Além disso, orienta gestores e profissionais sobre as melhores evidências para a problemática relacionada ao álcool, tabaco e outras drogas.

**Socorro Galiano Gross**

*Representante da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil*



## APRESENTAÇÃO

O Governo Estadual apresenta à sociedade mineira o Plano Mineiro Intersetorial de Cuidados/Tratamento e Prevenção do Uso/Abuso de Álcool, Tabaco e outras Drogas, cujas diretrizes se alinham à busca, pela comunidade global, de novas estratégias de enfrentamento a um dos mais complexos fenômenos da contemporaneidade.

Dados do Relatório Mundial sobre Drogas/2020, produzido pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime – UNODC –, registram um aumento global de 30% no consumo de drogas entre 2009 e 2018, quando 269 milhões de pessoas usaram algum tipo de substância psicoativa. Transtornos associados ao uso de drogas afetam mais de 35 milhões de pessoas. De acordo com o Relatório Global/2018 da Organização Mundial da Saúde – OMS –, o consumo de álcool está associado a mais de 3 milhões de

mortes em todo o mundo a cada ano e é responsável por mais de 5% da carga global de doenças e lesões.

O Relatório Anual/2020, produzido pelo Conselho Internacional para o Controle de Narcóticos – INCB –, alerta, ainda, sobre o uso de substâncias psicoativas entre os jovens. O estudo foca no impacto físico, emocional e social das drogas na população entre 15 e 24 anos e ressalta a necessidade de melhoria em serviços de prevenção e tratamento do uso de substâncias pela juventude.

Atenta a esse grave panorama mundial, a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social – SEDESE –, por meio da sua Subsecretaria de Políticas sobre Drogas – SUBPOD, vem trabalhando, de forma sistemática, no sentido de promover a articulação intersetorial para o planejamento, a coordenação



e o acompanhamento compartilhado da Política Estadual sobre Drogas, integrando as redes governamentais e não governamentais e induzindo a estruturação de políticas sobre drogas nos municípios mineiros, em conformidade com o Decreto 47.761/2019 e com as diretrizes preconizadas na Lei Federal 13.840/2019, a qual regula o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD.

Dessa forma, a SEDESE, por meio da SUBPOD, é responsável pela constituição e coordenação da **Câmara Estadual Integrada de Políticas Públicas sobre Álcool e outras Drogas**, uma importante instância de articulação intragovernamental na implantação e execução dos programas, projetos e ações de natureza intersetorial, visando à operacionalização do Sistema Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas, nos termos do Decreto 44.360/2006.

Em consonância com a Resolução SEDESE nº 30/2020, a Câmara Estadual Integrada de Políticas Públicas sobre Álcool e outras Drogas, que tem como um de seus objetivos contribuir para a construção do **Plano Mineiro Intersetorial de Cuidados/ Tratamento e Prevenção do Uso/Abuso de Álcool, Tabaco e outras Drogas**, é composta pelos seguintes órgãos:

- Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social – SEDESE, por intermédio de suas Subsecretarias de Políticas sobre Drogas, de Assistência Social, de Direitos Humanos, de Esportes e de Trabalho e Emprego;
- Secretarias de Estado da Educação, de Saúde e de Segurança Pública e Justiça;
- Polícias Militar e Civil e Corpo de Bombeiros; e,
- Na condição de convidados, o Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas de Minas Gerais – Conead – e as Universidades Federais de Minas Gerais – UFMG – e de Juiz de Fora – UFJF.

Além disso, desde o início das atividades de desenvolvimento do Plano Mineiro, em setembro/2020, o Governo do Estado de Minas Gerais conta com a parceria da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a qual assegura o alinhamento do trabalho a evidências científicas que norteiam o cenário internacional.

O **Plano Mineiro Intersetorial de Cuidados/ Tratamento e Prevenção do Uso/Abuso de Álcool, Tabaco e outras Drogas** ora apresentado é resultado de todo o esforço empreendido pela Câmara Estadual Integrada de Políticas Públicas sobre Álcool e outras Drogas e tem como princípios orientadores: intersetorialidade das políticas públicas; trabalho em rede; embasamento em evidências científicas; reconhecimento dos marcos legais; democratização do acesso das pessoas que usam/abusam e/ou com quadro de dependência de álcool, tabaco e outras drogas aos diferentes dispositivos de cuidados/tratamento, inclusive aqueles ofertados pelas Organizações da Sociedade Civil – OSCs; fortalecimento da agenda de prevenção do uso/abuso de substâncias psicoativas, com especial atenção às

crianças, adolescentes e jovens, colaboração entre os entes federados e a sociedade civil; avaliação e monitoramento das políticas públicas; estímulo ao controle social.

Nesse contexto, a Câmara estabeleceu um cronograma de reuniões quinzenais, das quais participaram com zelo, competência e engajamento, diferentes atores, respeitando as seguintes etapas:

**Primeira:** alinhamento e *advocacy* com diferentes atores estratégicos, tais como órgãos governamentais de diferentes esferas e Poderes, universidades, conselhos e organizações da sociedade civil.

**Segunda:** levantamento de evidências científicas validadas mundialmente e aspectos relevantes às diversas áreas de conhecimento a serem considerados na elaboração do diagnóstico situacional, mapeamento dos marcos legais, discussão de conceitos e temas pertinentes, e definição da metodologia e de cronograma.

**Terceira:** realização das reuniões; alinhamento de princípios norteadores; desenvolvimento de diagnóstico situacional; determinação de conceitos e de temas a tratar; e elaboração de inventário de programas e projetos.

**Quarta:** definição de espaços compartilhados de gestão e governança; abertura do processo à participação social; redação final, revisão e diagramação; e publicação.

O **Plano Mineiro** incorpora um panorama da Política Nacional sobre Drogas; um histórico da construção

da Política Estadual sobre Drogas; um diagnóstico socioterritorial; conceitos fundamentais; um inventário de programas, projetos, serviços e ações de órgãos estaduais; bem como um conjunto de “Textos Temáticos Relevantes”, produzidos por renomados profissionais e pesquisadores.

O **Plano Mineiro**, lançado durante a Semana Estadual de Prevenção às Drogas de 2021, evidencia o compromisso do Executivo Estadual com uma agenda a favor da vida. A iniciativa alcança maior relevância no cenário da pandemia da covid-19, que apresenta novos e complexos desafios à humanidade, sendo capaz de comprometer ainda mais a saúde mental da população, inclusive quanto ao uso de substâncias psicoativas, sobretudo do álcool.

Assim, o **Plano Mineiro Intersetorial de Cuidados/ Tratamento e Prevenção do Uso/Abuso de Álcool, Tabaco e outras Drogas** representa mais um marco em iniciativas do Governo do Estado para entregar à sociedade programas, projetos, serviços e ações devidamente fundamentados, materializando a intenção de transformar a prevenção às drogas no território mineiro em prioridade e, conseqüentemente, tornar Minas Gerais um modelo na adoção de políticas públicas consistentes e inovadoras.

**Soraya Romina**

*Subsecretária de Estado de Políticas  
sobre Drogas de Minas Gerais*

**Elizabeth Jucá e Mello Jacometti**

*Secretária de Estado de Desenvolvimento  
Social de Minas Gerais*



# 1. POLÍTICAS SOBRE DROGAS

## 1.1 O cenário da Política Nacional sobre Drogas

O cenário das drogas no Brasil é extremamente grave, o que pode ser atribuído aos equívocos das políticas públicas adotadas num passado recente. O país apresentou um aumento expressivo no uso de drogas lícitas e ilícitas, especialmente o crack e, também, o uso cada vez mais precoce dessas drogas pela população jovem e adolescente. Segundo o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crimes – UNODC, o Brasil consome cerca de 20% de toda cocaína consumida no mundo. Conforme a Confederação Nacional dos Municípios, 97% dos municípios brasileiros apresentam problemas relacionados ao crack.

Presenciamos, na última década, nas principais capitais, a expansão de cenas abertas de uso do crack, as conhecidas cracolândias. Houve o aumento da população de rua com dependência química e também o aumento de afastamento no trabalho, por licença saúde no INSS, de pessoas com dependência química, sobretudo do crack.

O aumento de mortes de pessoas com dependência química, principalmente de jovens, é outra evidência nas estatísticas brasileiras. Por outro lado, como resultado da estratégia de política pública de sucessivos governos, formou-se um diminuto rol de locais apropriados para o acolhimento desses dependentes.

Pela falta de tratamento adequado e melhor compreensão sobre a gravidade da dependência química dois gargalos se instalaram: hospitais superlotados

nos serviços de urgência e emergência (para muitas pessoas é ao hospital que se leva uma pessoa em crise de dependência química) e aumento de dependentes químicos nas prisões (porque as pessoas em crise entravam em conflito com a lei e eram presas).

No Brasil, em 2007, ocorreram mais de 65.000 homicídios, em grande parte relacionados ao cenário do tráfico e do consumo das drogas, inclusive do consumo do álcool. O país também enfrenta, nos últimos 15 anos, um aumento significativo na taxa de suicídio (dados estatísticos mostram que o segundo fator de risco que leva à morte por suicídio é a dependência química).

Porém, em 2019, foram adotadas novas diretrizes e acreditamos que agora temos uma postura mais efetiva de enfrentamento às drogas e de cuidados com os usuários em situação de dependência. Obviamente, a mudança desse cenário vai exigir muitos anos de esforços continuados, mas já temos progressos significativos, com a mudança da gestão do Governo Federal, em 2019, a Política Nacional de Drogas, que anterior a esta data ficava sob responsabilidade da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, do Ministério da Justiça e Segurança Pública, teve suas competências divididas com a criação da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas – SENAPRED, vinculada à Secretaria Especial de Desenvolvimento Social, do Ministério da Cidadania. Nessa divisão, as ações de

redução da oferta de drogas continuaram na SENAD e as ações de redução da demanda de drogas foram transferidas para a SENAPRED, dando mais efetividade às ações. A publicação da Nova Política Nacional sobre Drogas, instituída pelo Decreto 9.761/2019, e da Lei 13.840/2020, que altera a Lei de Drogas (Lei 11.343/2006), trouxeram importantes avanços para o Brasil, tanto na área de redução da oferta como da redução da demanda por drogas.

Em 2019, foram firmados 494 contratos com Comunidades Terapêuticas, resultando em 10.883 vagas financiadas. Considerando a taxa média de ocupação (85%), combinada com a média de tempo de tratamento por dependente químico, a SENAPRED promoveu o tratamento de 55.500 dependentes químicos em Comunidades Terapêuticas, em vagas financiadas pelo Governo Federal, em dois anos. Esse número representa um salto quantitativo em acolhimentos na ordem de 70% em relação aos anos anteriores. A intenção da Secretaria é dobrar o número de vagas de acolhimento ainda em 2021, condicionada à disponibilidade orçamentária, e aperfeiçoar e ampliar as ferramentas de gestão e fiscalização dessas entidades.

Reconhecendo o relevante papel das entidades de apoio e mútua ajuda, a SENAPRED fomentou financeiramente a expansão dos referidos grupos, sobretudo nas regiões de fronteiras, próximas a comunidades indígenas, localidades em que se verificou nos últimos anos um aumento significativo do uso de substâncias psicoativas.

A SENAPRED criou um canal de comunicação, com o número de telefone 121, onde as pessoas têm acesso a diversas informações sobre políticas públicas sobre drogas e em 2021 disponibilizará para os grupos de mútua ajuda a linha 132, para atendimento de dependentes químicos em todo o país.

Outra inovação foi a criação de um mapeamento com todas as comunidades terapêuticas existentes no país. No site da SENAPRED, há um local onde as pessoas podem acessar no mapa do Brasil os endereços dessas comunidades que são financiadas pelo Governo Federal, com dados de números de vagas,

o que melhora o acesso ao tratamento e também a transparência das informações. Em 2021, será lançado o mapa dos grupos de mútua ajuda, permitindo que a população também tenha acesso a esse importante serviço.

A SENAPRED é responsável pela doação dos veículos automotores apreendidos em decorrência do tráfico de drogas às entidades que atuam na redução da demanda de drogas, como as comunidades terapêuticas e as entidades de prevenção, apoio, mútua ajuda, atendimento psicossocial e ressocialização de dependentes do álcool e outras drogas e seus familiares.

Especificamente com relação aos bens apreendidos do narcotráfico, estamos trabalhando para doar, neste ano de 2021, mais de 100 veículos a instituições que atendem usuários de drogas, o que pode beneficiar aproximadamente 6.000 famílias que possuem membros em situação de acolhimento nessas instituições.

Na área da prevenção às drogas, no âmbito escolar, 276.000 alunos do 5º ano do Ensino Fundamental já foram beneficiados com materiais de estudo direcionados ao tema, fortalecendo-se o Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência – PROERD. Pretende-se que esse atendimento seja ampliado para cerca de 570.000 alunos, da mesma série, no ano de 2021, entre outras ações, mais ampliadas, em todas as escolas, como a atualização das estratégias de abordagem orientadas por um Caderno sobre Prevenção ao Álcool e outras Drogas na senda do Programa Saúde na Escola – PSE.

Encontra-se, também, em fase de implantação o Sistema Nacional de Prevenção, que permitirá que todo cidadão e autoridades da área possam ter acesso ao mapeamento nacional e internacional de metodologias e boas práticas em prevenção ao uso indevido de drogas e selecionar políticas e programas relacionados à educação, assistência social, saúde e outros, para disseminação nos territórios, respeitadas as peculiaridades locais.

A SENAPRED também celebrou convênio com instituições internacionais, como a internacional ISSUP

– International Society of Substance Use Professionals e a Organização dos Estados Americanos/Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas – OEA/CICAD para a realização de estudos, ações e fomento de estratégias nas áreas da prevenção à dependência química de drogas lícitas e ilícitas, cuidado, tratamento e reinserção social, integrando expertises consagradas internacionalmente.

Visando a efetiva reinserção social do dependente químico acolhido em Comunidade Terapêutica, estamos gerando o empreendedorismo nessas instituições com oportunidades de qualificação, emprego e renda aos acolhidos, oportunizando o acesso gratuito a cursos profissionalizantes, de forma presencial ou a distância, contando com parcerias como a da Confederação Nacional de Jovens Empreendedores – CONAJE e do Programa PROGREDIR, do próprio Ministério da Cidadania. Com isso podemos disponibilizar, de maneira rápida e simples, currículos profissionais, bem como facilitar o acesso a vagas de emprego e cursos de capacitação.

Uma outra ação foi a reformulação do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD, para que possa ter ações mais efetivas na área de redução da oferta e da demanda por drogas. Dentro desse contexto foi criada dentro do CONAD a Comissão Intergestores Bipartite, composta por gestores federais e estaduais de políticas sobre drogas, sendo

um fórum de discussão e pactuação das ações de políticas públicas no país.

A criação da SENAPRED, sem sombra de dúvidas, representa um ganho na política sobre drogas, sobretudo pela possibilidade da implementação de uma gestão mais especializada das ações de redução da demanda, prevenção, cuidados e reinserção social, em consonância com as novas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Isso é pouco comentado, mas, nas últimas décadas, o Brasil se tornou o maior consumidor de crack e o segundo maior consumidor de cocaína do mundo, além de um dos maiores consumidores de uma droga lícita, o álcool.

As novas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas e a criação da SENAPRED fazem parte das respostas ao avanço desse mal avassalador, que desestrutura e causa sofrimento à parcela significativa da população.

### **Cláudia Gonçalves Leite**

*Diretora Nacional de Prevenção,  
Cuidados e Reinserção Social*

*Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas  
Ministério da Cidadania*

### **Quirino Cordeiro Júnior**

*Secretário Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas  
Ministério da Cidadania*

---

## 1.2 Construção da Política sobre Drogas em Minas Gerais: Histórico e Contextualização



A Política sobre Drogas ganha grande impulso no Brasil a partir da década de 70, com a sanção da Lei 6.368, de 21 de outubro de 1976, primeiro marco legal do país a tratar da dependência química em seus múltiplos aspectos. Estabelece medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou determinantes de dependência física ou psíquica. No entanto, penaliza de maneira distinta usuário e traficante. Caracteriza o uso indevido como crime, mas o pune com penas menores que para o tráfico, adicionando a possibilidade de “sursis”, recurso pelo qual réu primário pode iniciar o cumprimento da pena em liberdade.

Inova, ainda, com a obrigatoriedade da inclusão de temas relativos à prevenção nos currículos das matérias de Ciências Naturais, desde o ensino fundamental, para estudantes de escolas públicas e privadas. Estabelece o tratamento transversal do assunto e treinamento específico para professores e monitores sobre conteúdos e abordagens adequadas. Em seu art. 3º, determina que “as atividades de prevenção, fiscalização e repressão ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica serão integradas em um Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão, constituído pelo conjunto de órgãos que exerçam essas atribuições nos âmbitos federal, estadual e municipal”.

Os aspectos pedagógicos e científicos contidos na Lei se mostraram inviáveis na prática, frustrando os legisladores em um de seus aspectos mais inovadores.

A terminologia fundamentada no conceito de “entorpecentes” se refere a substâncias químicas psicoativas depressoras, estimulantes e alucinógenas, abrangendo toda uma gama de substâncias capazes de produzir estados alterados de consciência.

O professor José Elias Murad, mineiro, médico e farmacologista com mestrado na França e doutorado nos Estados Unidos, na área da dependência

química, idealizou, ao longo de sua trajetória acadêmica e ancorado em larga vivência prática, um órgão para pensar políticas públicas relacionadas à questão das drogas. Em 1982, o Ministério da Justiça cria uma comissão com oito cientistas de notório saber para elaborar o esboço do Conselho Federal de Entorpecentes – CONFEN –, cujas atribuições atenderiam aos propósitos estabelecidos.

No governo Tancredo Neves, Elias Murad estimula a criação do Conselho Estadual de Entorpecentes – CONEN-MG –, o qual se materializa em julho de 1983, vinculado à Secretaria de Estado da Justiça e presidido pelo professor.

Durante duas décadas, o CONEN planeja, elabora e implementa uma série de ações relativas à prevenção, fiscalização, tratamento, repressão e reinserção social. Objetiva transformar ideias em práticas, conceitos em ações e desejos em realidade. Valoriza conhecimentos científicos, evidências técnicas e experiências acumuladas pela humanidade em centenas de anos para reduzir consequências da dependência química, nefasta tanto para o indivíduo, sua família e seu entorno, quanto para a sociedade.

Um tripé de princípios norteia suas iniciativas:

- Capilarização do Sistema Estadual de Políticas sobre Drogas, por meio de políticas de estímulo e fomento a criação, implantação e fortalecimento de Conselhos Municipais de Entorpecentes;
- Garantia da representatividade social no CONEN-MG, inclusive com inclusão de organizações não governamentais (como Federação das Indústrias, Associação Comercial, Rotary e Lions), Conselhos Profissionais (de Medicina, Psicologia e Farmácia) e governamentais (Polícia Militar, Vigilância Sanitária, Polícia Federal e Polícia Civil);
- Inclusão no orçamento anual do Estado de dotações para o Sistema Estadual de Políticas sobre Drogas, de modo a permitir o financiamento de atividades necessárias ao seu bom funcionamento.



A criação da Secretaria Nacional de Política sobre Drogas – SENAD – e a transformação do CONFEN em Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD –, em 1988, remodela o Sistema Nacional, vinculando os novos órgãos ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, e não mais ao Ministério da Justiça.

O primeiro Fórum Nacional de Políticas sobre Drogas, realizado em Brasília no final de 1998, com participação de 900 pessoas, entre especialistas em dependência química e representantes da sociedade civil organizada, estabelece, para governos federal e estaduais, novas diretrizes e abordagens. Na sequência, mudanças determinadas pelo Gabinete de Segurança Institucional realinham orientações e demandas, levando Estados a rever propostas e ações.

Em 2003, o Governo de Minas Gerais cria a Subsecretaria de Políticas sobre Drogas – então SUPOD –, a qual, em conjunto com o CONFEN-MG, cuja denominação se altera para Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas – CONEAD –, passa a compor o Sistema Estadual de Políticas sobre Drogas, vinculado à Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social – SEDESE –, e não mais à Secretaria de Estado da Justiça.

A Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD –, modifica o ordenamento jurídico nacional, obrigando Estados a novas adaptações. Em seu ponto mais significativo, classifica o uso de drogas como crime de menor poder ofensivo e encaminha o usuário a Juizados Especiais. Na prática, significou o fim da pena de privação de liberdade para dependentes químicos, desde que não praticassem também o tráfico de drogas.

Novo arcabouço da Política Estadual sobre Drogas é criado, ainda em 2006, pelo Decreto Estadual 44.360, realinhando o sistema estadual ao federal. Em 2010, a SUPOD, o CONEAD-MG e organizações não governamentais constroem e publicam o Plano Estadual de Políticas sobre Drogas, estabelecendo detalhadamente planejamento, ações e gestores das prioridades nas áreas de prevenção, fiscalização, tratamento, repressão e reinserção social.

Grandes avanços ocorrem, desde então, na política sobre drogas no Estado, com a criação de vários programas, como o Cartão Aliança pela Vida e a Rede Complementar de Suporte Social, que oferecem a dependentes químicos vagas para internação voluntária nas Comunidades Terapêuticas de todo o Estado de Minas Gerais.

Em 2019, com o advento da Lei 23.304, a Subsecretaria de Políticas sobre Drogas- SUBPOD, antes vinculada à então Secretaria de Estado de Segurança Pública – SESP, volta a integrar a estrutura da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social – SEDESE.

Nesse cenário, a SUBPOD vem trabalhando para fortalecer a perspectiva da intersectorialidade das políticas públicas, dar maior transparência aos processos de construção de parceria com as Organizações da Sociedade Civil – OSCs e desenvolver suas atividades com base em evidências científicas, visando potencializar as diretrizes da Política Estadual sobre Drogas, especialmente no campo da prevenção do uso/abuso de álcool e outras drogas.

Ao mesmo tempo, é feito um investimento em estratégias de maior aproximação da SUBPOD junto aos municípios mineiros e às OSCs, no sentido de ampliar a capilaridade de sua atuação e assegurar maior oferta de serviços.

Kabir, poeta místico indiano, há mais de cinco séculos, chama de “diamante” a parte de Deus que habita em nós:

*“Meu coração está tão inebriado de amor, que eu não sinto desejo de falar. Descubri um diamante. Envolvi-o cuidadosamente em meu manto.”*

Inspirado nessa sabedoria, que o Estado respeite e acolha os beneficiários das políticas públicas sobre drogas.

### **Aloísio Andrade**

*Psiquiatra e Homeopata. Conselheiro Titular do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Presidente do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas de Minas Gerais*



## 2. DIAGNÓSTICO SOCIOTERRITORIAL E DE VULNERABILIDADES ASSOCIADAS AO USO/ ABUSO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS – BRASIL

Elaborado por: Michelle Ralil da Costa<sup>1</sup>

### 2.1 Introdução

Um diagnóstico socioterritorial coleta, trata e analisa um volume significativo de dados sobre diferentes aspectos sociais, econômicos e ambientais, em determinada região geográfica e período temporal, para ampliar a compreensão sobre o fenômeno em foco e permitir melhor planejamento de ações.

No âmbito da administração pública, permite o direcionamento mais efetivo de políticas públicas.

Antecede a formulação de alternativas, a definição da agenda de execução e auxilia na tomada de decisões. Fundamenta o planejamento estratégico de municípios e de regiões, planos de desenvolvimento territorial, planos setoriais em áreas como saúde, educação, turismo, desenvolvimento econômico, entre outras, e até o Plano Plurianual de Ação Governamental.

<sup>1</sup> Assessora Técnica da Subsecretaria de Políticas sobre Drogas e Coordenadora do Centro de Referência Estadual em Álcool e outras Drogas / Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social

Este diagnóstico aborda as vulnerabilidades associadas ao uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas e da rede de apoio aos afetados pela questão no Estado de Minas Gerais.

### A questão do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas

O uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas é descrito ao longo da história, porém, relatos sobre efeitos negativos de substâncias psicoativas ganharam destaque a partir do século passado, especialmente quanto às interferências no contexto biopsicossocial dos consumidores, expondo-os a situações de risco (CARDOSO *et al.*, 2013).

A avaliação acerca do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas é feita a partir de uma série de perguntas e indicadores categorizados em termos específicos. Alguns desses termos serão descritos a seguir para localizar o leitor quanto a sua utilização no corpo deste Diagnóstico.

**Uso na vida** corresponde ao número de pessoas que fizeram uso de determinada substância ao menos uma vez na vida. Por refletir a experimentação, é uma informação importante para avaliar o grau de exposição de uma população à determinada substância.

**Uso nos últimos 30 dias** corresponde ao número de pessoas que fizeram uso de determinada substância nos 30 dias que antecederam a coleta dessa informação pelo estudo em questão. Reflete o quantitativo de pessoas que fazem consumo atual.

**Uso nos últimos 12 meses** corresponde ao número de pessoas que fizeram uso de determinada substância nos 12 meses que antecederam a coleta dessa informação pelo estudo em questão. Também referido como uso regular nos últimos 12 meses, essa informação se refere ao quantitativo de pessoas que não estiveram abstinentes de determinada substância no período referido.

**Transtorno por Uso de Substância (TUS)** corresponde **as pessoas** acometidas por algum transtorno por uso de determinada substância partir de uma

escala diagnóstica. Alguns estudos citados neste Diagnóstico utilizaram a escala *Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)*, uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM* (APA, 2013) e Classificação Internacional das Doenças CID-10 (OMS, 1996). É um instrumento destinado à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária em psiquiatria. Possui índices de confiabilidade globalmente satisfatórios, demonstrando qualidades psicométricas similares às de outras entrevistas diagnósticas padronizadas mais complexas. De acordo com critérios da escala MINI, os transtornos por uso de substância são divididos em **Abuso** e **Dependência**.

Por **causas atribuíveis** a determinada substância como por exemplo “mortes atribuíveis ao álcool”, entende-se que a substância é responsável pelo desfecho em questão. No caso do exemplo citado, que o álcool é diretamente responsável pelas mortes. Alguns estudos utilizam também outros conceitos como “parcialmente atribuível”, quando a substância é um fator de risco importante para o desfecho avaliado e, “totalmente atribuível” ou “plenamente atribuível”, quando o desfecho avaliado não existiria sem a substância determinada.

Consumo de bebidas alcoólicas em *binge* ou *binge drinking* se refere ao consumo de pelo menos 5 doses padrão de bebidas alcólicas para homens e 4 doses padrão para mulheres, num curto intervalo de tempo. Alguns estudos citados neste diagnóstico utilizaram perguntas de escalas específicas que consideram o curto espaço de tempo mencionado como duas horas. Outros estudos utilizam o termo **Beber Pesado Episódico (BPE)** para se referir ao mesmo padrão de consumo de álcool. É importante destacar que alguns estudos utilizam 6 doses para homens e 5 doses para mulheres ou ainda 6 doses para ambos os sexos. Essa variação ocorre devido à definição de dose padrão, que considera o volume de álcool puro. A OMS utiliza como referência 10 mg de álcool puro (OMS, 2015), enquanto que, no Brasil, tem sido adotada a quantidade de 24 mg de álcool Puro (SENAD, 2017).

O **tabagismo** é o ato de se consumir cigarros ou outros produtos que contenham tabaco, cuja droga ou princípio ativo é a nicotina, também chamado de **consumo ativo** de tabaco. É reconhecido como doença crônica causada pela dependência à nicotina presente nos produtos à base de tabaco e, de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), integra o grupo de transtornos mentais e comportamentais em razão do uso de substância psicoativa.

O **fumo passivo** é a fumaça de produtos derivados do tabaco. Há mais de 7.000 produtos químicos no fumo do tabaco, dos quais pelo menos 250 são conhecidos por serem prejudiciais e ao menos 69 por causar câncer.

O uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas se associa à expansão global de gastos com tratamento médico e internação hospitalar, de índices de acidente de trânsito, de violência urbana e de mortes prematuras, causando relevante impacto social e econômico na sociedade contemporânea (BARROS *et al.*, 2008, UNODC, 2018).

Conjuntamente, o álcool, o tabaco e as drogas ilícitas são responsáveis por aproximadamente 10% da carga global de doenças e se constituem como uma das principais causas de mortes evitáveis, implicados em 12% da mortalidade mundial (MALTA *et al.*, 2011; LARANJEIRA *et al.*, 2013). Contudo, esses indicadores correspondem às pessoas que possuem quadro de abuso ou dependência dessas substâncias, o que representa a minoria da população.

Embora conhecer fatores que expõem os indivíduos e as populações ao uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas possa contribuir para a prevenção do consumo e redução de danos, não existe no cenário nacional uma avaliação representativa e periódica sobre o consumo de drogas. Desse modo, torna-se ainda mais importante conhecer os fatores de risco, proteção, bem como as vulnerabilidades ao uso/abuso de álcool e outras drogas.

A questão do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas se coloca como um desafio que envolve muitos aspectos relacionados aos sujeitos e seus modos de vida em sociedade, o que sinaliza a necessidade



de manter o tema nas agendas governamentais e adoção de ações que favoreçam a interlocução entre instituições e saberes, incluindo a sociedade civil.

### **Vulnerabilidades associadas ao uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas**

Vulnerabilidade expressa a propensão de determinado indivíduo, população ou sistema a sofrer danos relacionados a riscos ou situações as quais venham a ser expostos e sua capacidade de recuperação (GARCIA *et al.*, 2016).

O estudo da vulnerabilidade ajuda a compreender a distribuição dos riscos e perdas potenciais e o modo como impactam as populações e os ambientes (CUTTER *et al.*, 2003).

Vulnerabilidades associadas aos transtornos decorrentes do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas englobam múltiplas dimensões da vida de um

indivíduo, como aspectos biológicos, ambientais e culturais. Entre os fatores que podem influenciar a vulnerabilidade, estão: idade, sexo/gênero, condição socioeconômica, necessidades especiais, situação habitacional (UNESCO, 2005; MORAIS, 2010; PROAG, 2014), fatores biológicos e genéticos (GELERNTER & KRANZLER. 2009; KOOB & ZORRILLA 2010), bem como características psicológicas como traços de personalidade (GRANT *et al.*, 2004; KESSLER *et al.*, 2005; SWENDSEN *et al.*, 2010). Além disso, esses fatores podem interagir entre si, potencializando os impactos negativos.

A compreensão das características que tornam certos grupos mais vulneráveis que outros depende, muitas vezes, da avaliação do nível de associação entre diversas variáveis. Diante do exposto, a compreensão das realidades locais para a proposição de ações mais assertivas e que atendam, de fato, as demandas locais torna-se fundamental.

---

## **2.2 Método**

Para a elaboração deste Diagnóstico foi realizada investigação exploratória de características capazes de retratar o cenário relacionado ao uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas em Minas Gerais, e levantamento de informações que qualificassem a área, em três etapas.

1ª) Revisão bibliográfica, incluindo a busca por marcos legais e referencial teórico e técnico.

2ª) Levantamento de dados:

a. Disponíveis em bases oficiais como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Fundação João Pinheiro, DataSUS, Cadastro

Único para Programa Sociais (CADÚNICO) e Atlas Brasil, bem como de informações oriundas de páginas de órgãos públicos.

b. Listagem dispositivos de saúde, assistência social e a existência nos municípios de alguma ação destinada a demandas relativas à questão das drogas.

c. Dados disponibilizados por membros da Câmara Estadual Integrada de Políticas Públicas sobre Álcool e outras Drogas como Secretarias de Estado e a Organização Pan-Americana da Saúde.

3ª) Confecção e consistência do banco de dados, seguido de análise e interpretação dos resultados.

## 2.3 Resultados

### 2.3.1 Perfil sociodemográfico

#### Minas Gerais

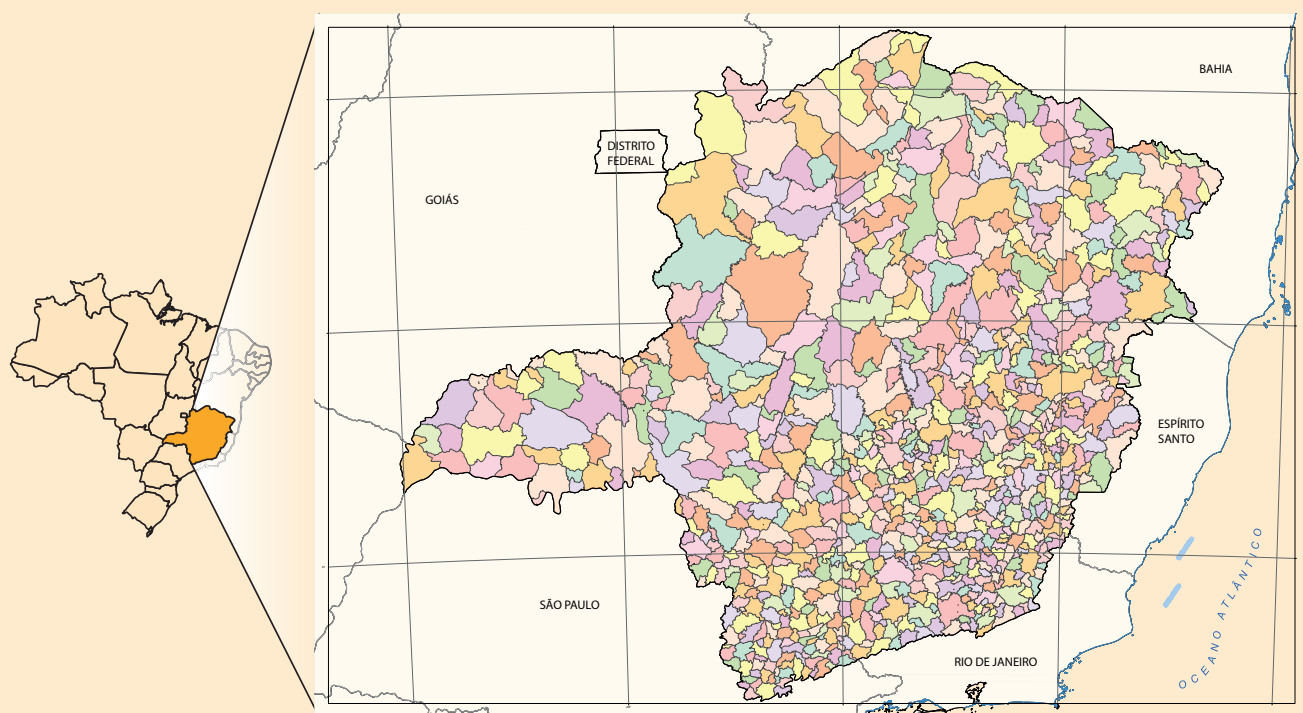
Minas Gerais está localizada na Região Sudeste do país e seu território é subdividido em 853 municípios (Figura 2), a maior quantidade dentre os estados do país, seguido por São Paulo (645) e Rio Grande do Sul (497).

Com área de 586.522,122 km<sup>2</sup>, é o 4º maior estado brasileiro em extensão territorial, ficando atrás do Amazonas (1.559.159.148 km<sup>2</sup>), Pará, (1.247.954.666 km<sup>2</sup>) e Mato Grosso (903. 366,192 km<sup>2</sup>). Com

aproximadamente 21.168.791 habitantes, Minas Gerais fica na 2ª posição, entre São Paulo (45.919.049) e Rio de Janeiro (17.264.943), em relação a quantidade de habitantes.

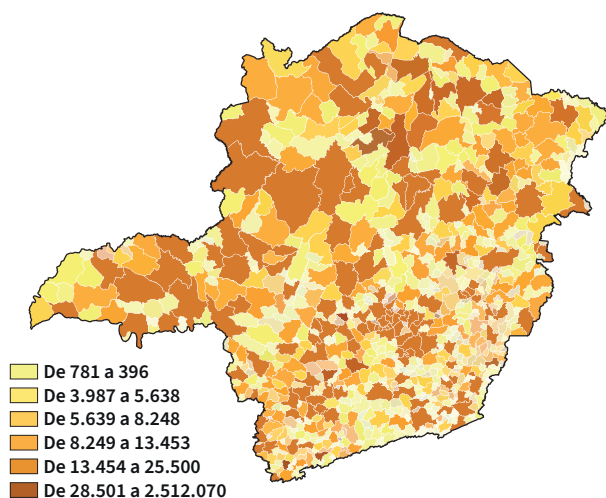
Minas Gerais apresenta grande diversidade em relação à distribuição populacional. De acordo com as estimativas do IBGE para o ano de 2019, Belo Horizonte, capital do Estado, possuía aproximadamente 2.512.070 habitantes, seguida do município de Uberlândia, região oeste do Estado, com 691.305 habitantes. A menor população, cerca de 781 habitantes, foi encontrada no município de Serra da Saudade, centro-oeste do Estado.

**FIGURA 1** Localização do Estado de Minas Gerais no Brasil e distribuição dos municípios no Estado. Adaptado de IBGE, Censo demográfico de 2010

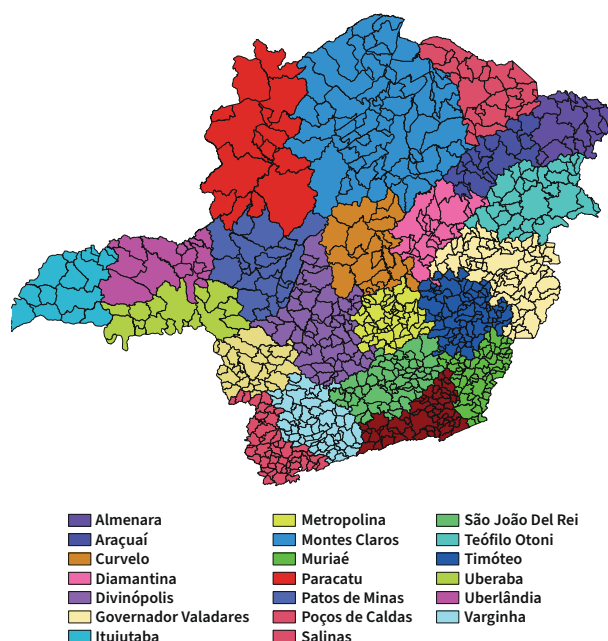


Fonte: Adaptado de IBGE, Censo demográfico de 2010

**FIGURA 2** Distribuição da população residente no Estado de Minas Gerais, estimativa 2019 – IBGE



**FIGURA 3** Distribuição dos municípios de Minas Gerais nas 22 Diretorias Regionais de Desenvolvimento Social, SEDESE



Para a promoção do desenvolvimento regional em todo o Estado de Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (SEDESE) agrupa os 853 municípios em 22 Diretorias Regionais de Desenvolvimento Social (Figura 3). Essas unidades territoriais de representação da SEDESE, conforme Decreto Estadual 47.761/2019, têm como competência prestar apoio técnico, acompanhar e executar ações, bem como promover a integração das políticas públicas da área de atuação daquela secretaria.

**QUADRO 1** Distribuição dos municípios do Estado de Minas Gerais de acordo com o porte, conforme Censo Demográfico realizado pelo IBGE, 2010)

| PORTE                                      | N   | %    |
|--|-----|------|
| Pequeno I (até 20.000 habitantes)          | 675 | 79,1 |
| Pequeno II (de 20.001 a 50.000 habitantes) | 112 | 13,1 |
| Médio (de 50.001 a 100.000 habitantes)     | 37  | 4,3  |
| Grande (de 100.001 a 900.000 habitantes)   | 28  | 3,3  |
| Metrópole (acima de 900.000 habitantes)    | 1   | 0,1  |

Fonte: Dados do IBGE. Sistema de coordenadas geográficas: SIRGAS 2000/EPGS 4674. Decreto estadual 47.067/2016 alterada pelo Decreto Estadual 47.402/2018

A espacialização da população total por município revela maior concentração em determinadas áreas e a maior parte dos municípios (598 – 70,1%) possui população menor de 15 mil habitantes. A distribuição dos municípios por porte está apresentada no Quadro 1.

Na Figura 4 pode ser observado que, em todas as Regionais SEDESE, ocorre a predominância de municípios com até 50.000 habitantes (Pequeno Porte I e II), variando apenas em intensidade. Enquanto as Regionais de Governador Valadares e Juiz de Fora possuem mais de 90% dos municípios de sua abrangência de Pequeno Porte I, a Regional Metropolitana concentra grande parte dos municípios de médio e grande porte, possuindo apenas 50% de seus municípios classificados como Pequeno Porte I.

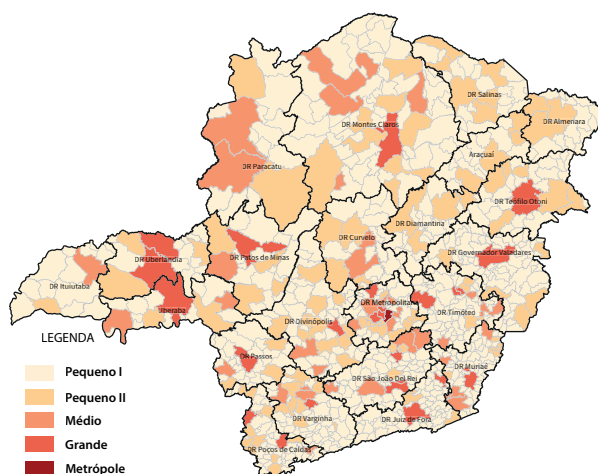
Entre o ano de 2010, quando foi realizado o Censo Demográfico pelo IBGE e de acordo com as estimativas populacionais realizadas em 2019 pelo mesmo órgão, o Estado apresentou crescimento populacional de aproximadamente 8,0%, enquanto sua capital,

Belo Horizonte, de 5,8%. O menor crescimento populacional foi de 0,1% no município Tapiraí, região oeste do Estado e o maior foi de 39,3%, no município Nova Serrana localizado na região do Vale São Francisco, centro-oeste de Minas. Entre os 853 municípios do estado, 199 apresentaram crescimento nulo ou redução da população, com destaque para o município de Rubelita, na região de Salinas, que teve sua população diminuída em aproximadamente 22,9% (Quadro 2).

Em relação à ocupação do espaço geográfico, a maior parte da população do Estado, cerca de 16.715.216 habitantes, se concentra em áreas urbanas. Essa distribuição é semelhante à que acontece no Brasil, onde cerca de 160.925.792 pessoas, aproximadamente 84,4% da população total do país, vive em áreas urbanas (IBGE, 2010).

Ainda, conforme dados levantados no Censo Demográfico realizado pelo IBGE em 2010, 7,9% da população do Estado de Minas Gerais possuía entre 0 e 5 anos e 13,0% entre 10 e 17 anos, faixa etária considerada prioritária para prevenção ao uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas por se tratar do período da adolescência. Aproximadamente 12,3% da população eram de jovens adultos (18 a 24 anos) e 64,1% da população têm entre 18 e 64 anos, faixa etária economicamente ativa entre os maiores de 18 anos. Na Figura 5 pode ser observada a distribuição da população do Estado de Minas Gerais, por faixa etária, para o ano de 2010 e para o ano de 2019.

**FIGURA 4** Distribuição dos municípios mineiros nas Regionais SEDESE, de acordo a classificação por Porte, IBGE 2010



O índice de envelhecimento encontrado para o Estado de Minas Gerais, que diz do número de pessoas de 65 e mais anos de idade, para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população é de 36,3%. Cabe destacar que a menor parcela da população do Estado é composta por pessoas idosas, fase da vida na qual as desigualdades sociais se acentuam (GIDDENS, 2018).

A razão de dependência, isto é, a razão entre o segmento etário da população definido como economicamente dependente (os menores de 15 anos de idade e os de 65 em diante) e o segmento etário potencialmente produtivo (entre 15 e 64 anos de idade) é de 44,0%.

**QUADRO 2** Características demográficas do Estado de Minas Gerais – Brasil

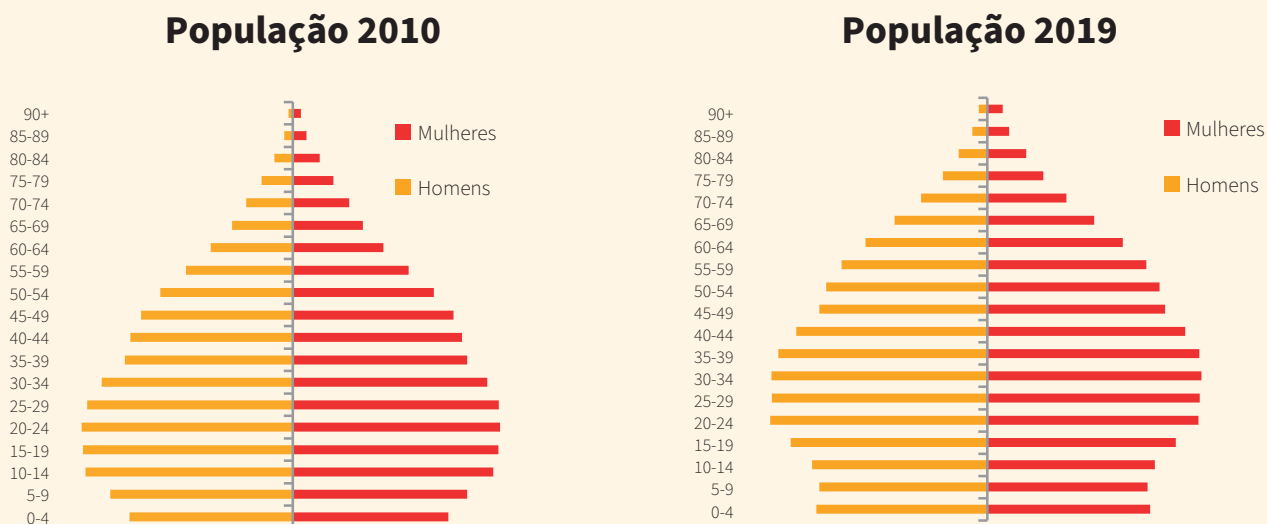
| ÁREA (KM²)  | DENSIDADE DEMOGRÁFICA HAB/KM2 | POPULAÇÃO 2010 (n) | POPULAÇÃO 2019 (n) | CRESCIMENTO POPULACIONAL (%) |
|-------------|-------------------------------|--------------------|--------------------|------------------------------|
| 586.522.122 | 33,41                         | 19.597.330         | 21.168.791         | 8,0                          |

**QUADRO 3** População de acordo com o espaço geográfico de residência e gênero, IBGE, 2010

| POPULAÇÃO 2010 (n) | RURAL (%) | URBANA (%) | HOMENS (%) | MULHERES (%) |
|--------------------|-----------|------------|------------|--------------|
| 19.597.330         | 14,7      | 85,3       | 49,2       | 50,8         |



**FIGURA 5** Distribuição da população de acordo com a faixa etária com base em dados do Censo Demográfico de 2010 e na estimativa populacional de 2019, IBGE



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010 e Estimativa de População 2019

### 2.3.2 Álcool

O álcool é considerado um dos principais contribuintes para a carga de doenças e de mortes prematuras em todo o mundo (OMS, 2011). O uso/abuso do álcool é um fator causal em mais de 200 doenças e condições de lesão. No ano de 2016, ocorreram cerca de 3.000.000 mortes atribuíveis ao uso/abuso de álcool em todo o mundo e aproximadamente 372.000 nas Américas. Entre os anos 2000 e 2018 o Brasil registrou 306.141 mortes atribuíveis ao uso/abuso de álcool e Minas Gerais registrou 39.585 pela mesma razão, no mesmo período. As principais causas das mortes atribuíveis ao uso/abuso do álcool foram: acidente de trânsito, cirrose hepática, violência interpessoal e transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool.

Avaliar as internações atribuíveis ao álcool auxilia na mensuração do impacto do seu uso/abuso. No Brasil, entre 2010 e 2018, ocorreu um aumento do número de internações atribuíveis ao uso/abuso de álcool de 4,1%. Porém, esse aumento possivelmente seja explicado pelo crescimento populacional de 7% ocorrido no país no período, uma vez que as taxas de internações atribuíveis ao álcool diminuíram de 172,9 em 2010, para 168,2 em 2018.

Cabe destacar que internações atribuíveis ao uso/abuso de álcool entre as mulheres passaram de 85.311 para 101.902, aumentando 19% no mesmo período. Em Minas Gerais, a taxa de internações atribuíveis ao uso/abuso de álcool para 2018 foi de 182,6.

De acordo com os registros disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde, o número de atendimentos individuais para pessoas que usam/abusam de álcool realizados em Minas Gerais, no primeiro quadrimestre do ano de 2019, foi de 31.907 e, em 2020, foi de 24.071 no mesmo período, sem o registro de dados de 62 municípios – Figura 6.

No Brasil, a proporção do uso/abuso de álcool na vida ficou entre a mundial da população das Américas. Em relação ao uso/abuso de álcool nos últimos 12 meses, a porcentagem encontrada para o Brasil foi inferior à das Américas e do mundo (OMS, 2018). Os dados do III Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira – LNUD, corroboram o Relatório da OMS, mostrando que 43,1% da população brasileira de 12 a 65 anos consumiu álcool no último ano. Cerca de 30% informaram ter consumido pelo menos 1 dose no último mês (BASTOS *et al.*, 2017).

## NÚMERO DE MORTES ATRIBUÍVEIS AO USO/ABUSO DE ÁLCOOL



As principais causas das mortes atribuíveis ao uso/abuso do álcool foram: acidente de trânsito, cirrose hepática, violência interpessoal, e transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool.

De acordo com o Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – Vigitel, no ano de 2018, aproximadamente 48,7% da população adulta da capital do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, relataram ter o hábito de consumir bebida alcoólica no ano de 2018, com maior proporção entre homens (59,4%) do que entre as mulheres (39,8%) (VIGITEL, 2018). Em pesquisa concluída em 2015 com 7.643 moradores de Belo Horizonte, constatou-se que 12% dos entrevistados receberam diagnóstico de algum transtorno por uso/abuso de bebidas alcólicas, sendo que, 4% receberam diagnóstico de dependência de álcool. O estudo também apontou que o uso do álcool entre a população feminina do município, nos 12 meses anteriores à pesquisa, foi de 42,8%, superando a média nacional, de 39% (GARCIA *et al.*, 2015).

O beber pesado episódico, ou *binge drinking*, foi relatado por 18,2% da população mundial no ano de 2016. No Brasil, a prevalência dessa prática para a população com 15 anos ou mais foi de 19,4%, destacando o país como um dos que mais apresentam altas porcentagens desse padrão de consumo de álcool (OMS, 2018). No ano de 2017, a prevalência desse comportamento foi de 16,5%, considerando a população geral (BASTOS *et al.*, 2017). Em 2018, dados do Vigitel apontaram que, no conjunto das 27 cidades avaliadas a frequência do consumo abusivo

de álcool no último mês foi de 17,9%, sendo maior para homens (26%) do que para mulheres (11%). Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, foi uma das capitais que as maiores frequências dessa prática foram observadas entre mulheres (VIGITEL, 2018).

O uso/abuso de álcool foi relatado por 22,4% das pessoas, 2ª maior proporção relatada entre as capitais brasileiras, ficando atrás apenas de Salvador, cuja proporção foi de 23,5%. Em Belo Horizonte, o consumo abusivo de álcool variou de 29,5% entre os homens e 16,4% entre as mulheres, cuja proporção também foi menor apenas do que a proporção encontrada em Salvador. Porém, cabe destacar que entre 2017 e 2018, o consumo de álcool habitual e o uso abusivo entre as mulheres apresentaram crescimento de 42,1% e 35,5%, respectivamente. Um ponto que merece destaque é que, independentemente do sexo, a frequência do consumo abusivo de álcool foi maior entre os jovens, alcançando cerca de 30% dos homens e mais de 14% das mulheres entre 18 e 44 anos de idade (VIGITEL, 2018).

Ressalte-se ainda, a combinação bastante perigosa do uso/abuso de álcool e direção, uma vez que a ingestão de álcool pode diminuir os reflexos, prejudicar o tempo de reação e afetar as condições para execução de tarefas motoras importantes para a condução de veículos. Por essa razão, dirigir sob influência de

álcool é uma das principais causas de acidentes no trânsito. Segundo dados da Vigitel, 5,3% dos adultos brasileiros reportaram conduzir veículo após ingestão de bebida alcoólica no ano de 2018. No mesmo ano, 8,0% da população adulta da capital mineira relataram dirigir após o consumo de bebidas alcoólicas, variando de 14,1% entre os homens e 2,9% entre as mulheres. De acordo com dados do IBGE, no ano de 2018, Minas Gerais era o 2º estado com maior frota no país, possuindo 11.191.341 veículos (VIGITEL, 2018).

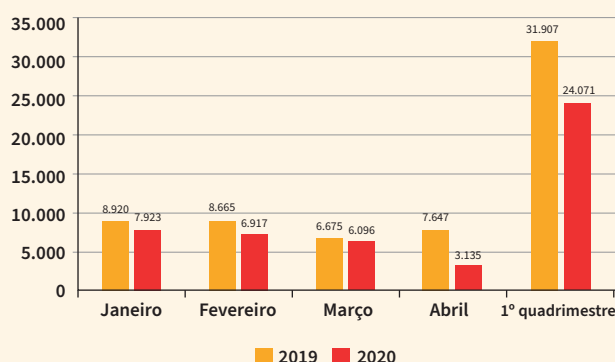
Um ponto significativo para as políticas públicas sobre álcool é que, entre o ano de 2012, em que houve publicação da Lei nº 12.760 (Nova Lei Seca), e o ano de 2013, período em que as fiscalizações se intensificaram, foi observada redução significativa desse comportamento. Mas os números voltaram a subir nos anos seguintes, sugerindo necessidade de atenção e investimentos em orientação e medidas de controle.

Em relação aos adolescentes, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE do ano de 2015, 57,1% adolescentes escolares mineiros reportaram já ter experimentado bebidas alcoólicas e as meninas (58,6%) apresentaram proporção levemente maior que os meninos (55,7%). Entre os adolescentes, a prevalência de consumo atual (últimos 12 meses) foi de 23,5% e a prevalência de *binge drinking* foi de 22,6% e, ambas as proporções foram maiores para o sexo feminino (Figura 7).

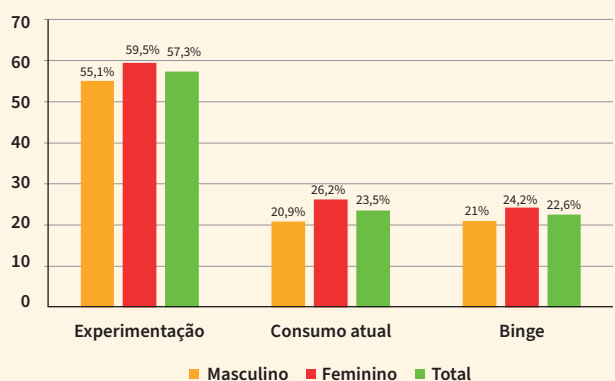
A maioria dos adolescentes entrevistados (71,2%) relatou que a experimentação de álcool foi realizada dos 12 aos 14 anos, sendo que a proporção de primeiro uso de bebidas alcoólicas, nesta faixa etária, também foi maior entre as meninas (75,2% X 67,2% entre os meninos). A faixa dos 7 aos 11 anos foi referida por 19,9% dos adolescentes, sendo 21,1% entre os meninos e 18,6% entre as meninas. A faixa etária onde a experimentação foi menos reportada foi dos 15 aos 17 anos, com 8,8% (11,3% para meninos e 6,2% para meninas) (IBGE, 2016).

Embora vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar, ainda que gratuitamente, bebidas alcoólicas

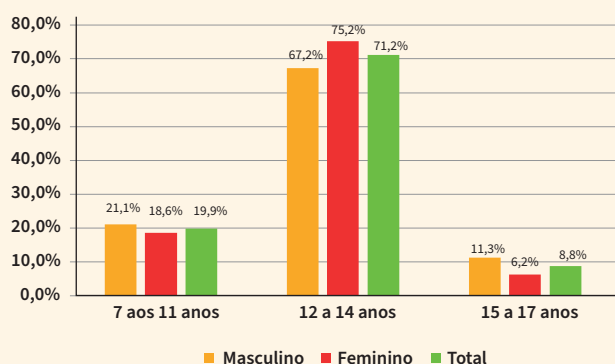
**FIGURA 6** Comparativo do número de atendimentos individuais para pessoas que usam/abusam de álcool entre os primeiros quadrimestres de 2019 e 2020 para o Estado de Minas Gerais, segundo dados disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde



**FIGURA 7** Padrões de consumo de álcool entre adolescentes do 9º ano do ensino fundamental do Estado de Minas Gerais – PeNSE, 2015

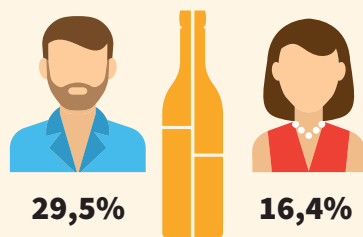


**FIGURA 8** Experimentação de bebidas alcoólicas entre adolescentes mineiros por faixa etária – Pesquisa PeNSE, IBGE 2016

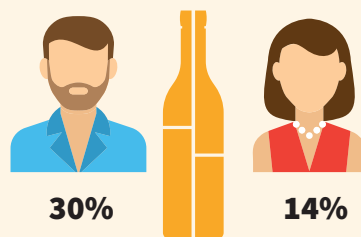


## USO/ABUSO DE ÁLCOOL – BELO HORIZONTE (2017-2018)

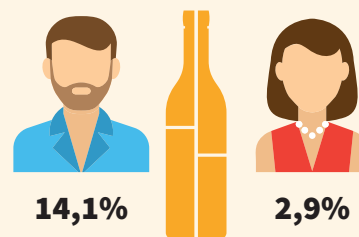
Consumo abusivo de álcool por homens e mulheres



Frequência do consumo abusivo de álcool entre os jovens (18 a 44 anos)



**8,0%** da população adulta de Belo Horizonte dirigiu após o consumo de bebidas alcoólicas em 2018



Fonte: Vigitel

para crianças e adolescentes seja considerado crime previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente, amparado nas leis 8.069/90 e 13.106, de 2015, 52,1% dos adolescentes mineiros disseram ter conseguido as bebidas alcoólicas em festas, 13,8% com amigos e 12,5% em estabelecimentos comerciais (supermercados, lojas ou bares) (IBGE, 2016). Os dados ilustram o consumo precoce de álcool entre os adolescentes e sinalizam a necessidade de ações no campo da prevenção.

### 2.3.3 Tabaco

O tabagismo é reconhecido pela OMS como uma doença crônica, causada pela dependência à nicotina presente nos produtos de tabaco. De acordo com a Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), o tabagismo integra o grupo de transtornos mentais e comportamentais em razão do uso de substância psicoativa. Ele também é considerado a maior causa evitável isolada de adoecimento e mortes precoces em todo o mundo (WHO, 2020).

O tabagismo, assim como a exposição passiva a esta substância, a nicotina, tem relação com o desenvolvimento de diversas doenças, tais como os cânceres, doenças respiratórias, doenças cardiovasculares, dentre outras (DROPE *et al.*, 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, atualmente, o consumo do tabaco é o líder global entre as

causas de mortes evitáveis, apontado como responsável pela morte de mais de 8 milhões de pessoas por ano em todo o mundo, nas quais, aproximadamente 1,2 milhão de mortes foi resultado de não-fumantes expostos ao fumo passivo. Nas Américas, o consumo de tabaco causou quase 1 milhão de mortes em 2017, o equivalente ao óbito de uma pessoa a cada 34 segundos, sendo que entre estas, cerca de 93 mil mortes foram causadas pela exposição ao fumo passivo (OMS, 2019). No Brasil, cerca de 12,6% de todas as mortes ocorridas no país foram atribuíveis ao tabaco, correspondendo a morte de 428 pessoas por dia por causa da dependência à nicotina e, cerca de 156.216 mortes anuais poderiam ser evitadas. Gastos de 56,9 bilhões de reais são perdidos cada ano com despesas médicas e perda de produtividade (PINTO *et al.*, 2017).

Ao longo dos últimos anos, o consumo de tabaco diminuiu no Brasil. Segundo o 7º Relatório da OMS sobre a Epidemia Mundial do Tabaco de 2019, o Brasil se tornou referência internacional no controle do tabagismo, alcançado o mais alto nível das seis medidas *Mpower* (plano para reverter a epidemia do tabaco). São elas: monitorar o uso do tabaco e as políticas de prevenção; proteger as pessoas contra o tabagismo; oferecer ajuda para parar de fumar; avisar sobre os perigos do tabaco; aplicar proibições à publicidade, promoção e patrocínio do tabaco; e aumentar os impostos sobre o tabaco (OMS, 2019).

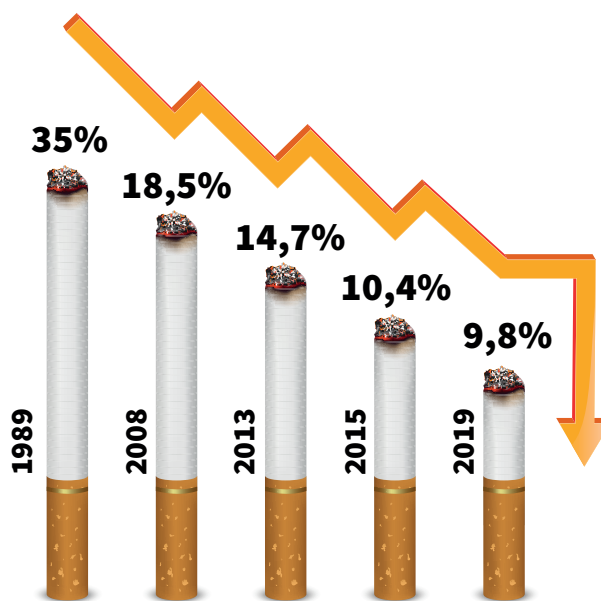
Outro fator que contribuiu também foi o sucesso da Política Nacional de Controle do Tabagismo no país.

Entre as ações adotadas, podemos destacar os reajustes periódicos dos principais impostos sobre cigarros, promoção de ambientes livres da fumaça de tabaco, advertências sobre os malefícios do tabagismo nas embalagens e publicidade dos maços de cigarros e a conscientização e educação da sociedade sobre o impacto negativo do tabagismo. O apoio à cessação do tabagismo também é considerado uma importante medida de redução da demanda de tabaco, salientando que, desde 2004, o tratamento de fumantes é ofertado na rede do SUS, principalmente através das unidades básicas de saúde.

Como resultado de uma forte política de controle do tabagismo com enfoque multissetorial, a prevalência do tabagismo no Brasil está em queda. Resultados de um inquérito nacional de saúde apontam que, entre adultos, a prevalência do tabagismo passou de 35% no ano de 1989 para 18,5% em 2008, 14,7% em 2013, 10,4% em 2015, e 9,8% em 2019 (VIGITEL, 2018).

Em pesquisa realizada em 2015 com 7.643 moradores de Belo Horizonte, 40% da população relatou já ter experimentado tabaco e aproximadamente 15,3% era tabagista no período do estudo. Os resultados sugerem que uma, em cada três pessoas que experimentam tabaco, se torna tabagista (dependência do tabaco). Um ponto que merece destaque é que a experimentação de tabaco em Belo Horizonte ocorre

**Queda da prevalência do tabagismo entre adultos no Brasil, de 1989 a 2019, devido à forte política de controle do tabagismo com enfoque multissetorial**

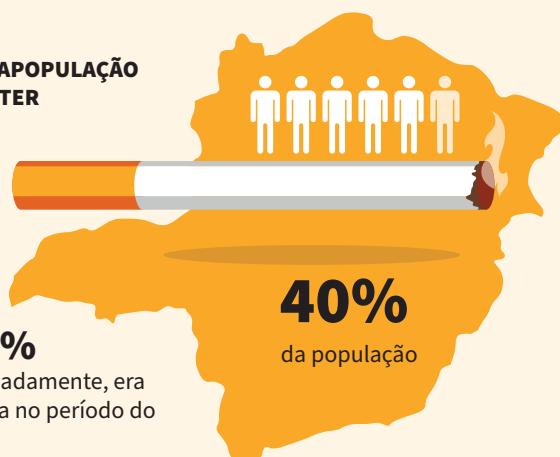


Fonte: Vigitel

sobretudo durante a adolescência, ilustrando que a prevenção entre adolescentes ainda é insuficiente para evitar a exposição precoce ao tabaco. A prevalência de tabagismo na capital do Estado de Minas Gerais foi de 1,6%, e a prevalência de dependência de tabaco foi maior em homens (18,7%) do que em

**PORCENTAGEM DA POPULAÇÃO QUE RELATOU JÁ TER EXPERIMENTADO TABACO – BELO HORIZONTE (2015)**

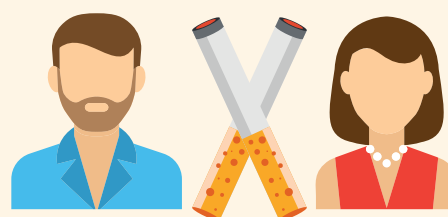
**15,3%**  
aproximadamente, era tabagista no período do estudo



**PREVALÊNCIA DE DEPENDÊNCIA DE TABACO ENTRE HOMENS E MULHERES – BELO HORIZONTE (2015)**

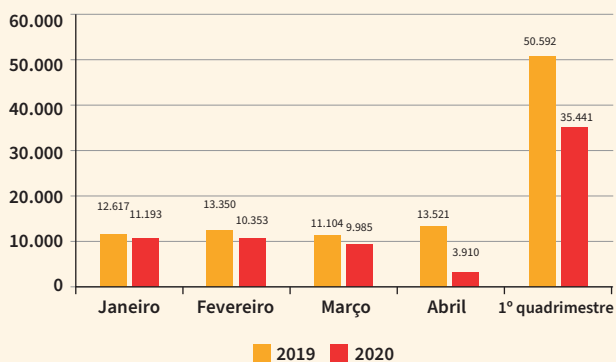
**18,7%**

**12,2%**

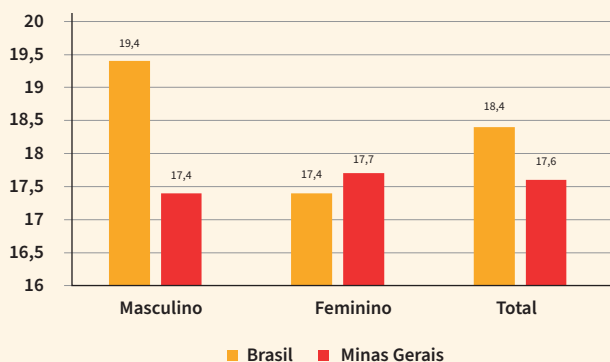


Fonte: GARCIA et al., 2015

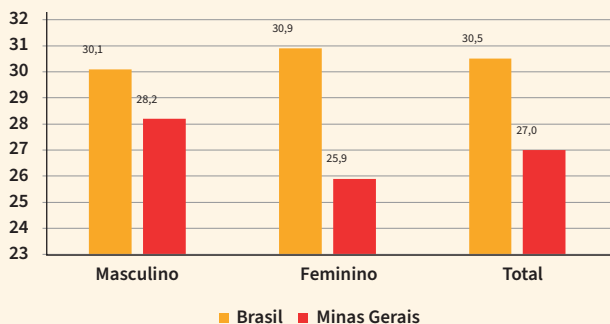
**FIGURA 9** Comparativo do número de tratamentos individuais de tabagismo entre os primeiros quadrimestres de 2019 e 2020 para o Estado de Minas Gerais, segundo dados disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde



**FIGURA 10** Experimentação de tabaco no Brasil e em Minas Gerais por sexo, PeNSE – 2015



**FIGURA 11** Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, dentre aqueles que experimentaram cigarros alguma vez, que fumaram nos 30 dias anteriores à pesquisa, por sexo, PeNSE – 2015



mulheres (12,2%). Dentre os dependentes de tabaco, apenas um em cada 5 (19%) informou ter recebido algum tratamento para interrupção do uso de tabaco, sendo que os programas de tratamento do tabagismo foram a forma de tratamento mais utilizada (GARCIA *et al.*, 2015).

De acordo com informações da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, o Estado possui 3.624 serviços de saúde habilitados para o tratamento do tabagismo, distribuídos em 841 municípios. O número de atendimentos individuais para tabagismo realizados em Minas Gerais no primeiro quadrimestre do ano de 2019 foi de 50.592 e, em 2020, foi de 35.441 no mesmo período, porém sem o registro de dados de 69 municípios – Figura 9.

Segundo a PeNSE, no ano de 2015, cerca de 18,4% dos escolares do 9º ano experimentaram cigarros, sendo maior entre os meninos (19,4%) quando comparado às meninas (17,4%). Em Minas Gerais, a prevalência de experimentação de tabaco foi de 17,6%, sendo 17,4% para os meninos e 17,7% para as meninas (IBGE, 2016).

A prevalência de consumo nos 30 dias que antecederam o estudo, entre os escolares que experimentaram tabaco, foi cerca de 30,5% para o Brasil e 27% para Minas Gerais.

### 2.3.4 Drogas ilícitas

O Relatório Mundial sobre Drogas 2020 do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) destaca que 269 milhões de pessoas usaram drogas no mundo em 2018, o que corresponde a um aumento de 30% em comparação ao ano de 2009. O Relatório mostrou que a cannabis é a substância ilícita mais consumida em todo o mundo, com uma estimativa de 192 milhões de pessoas que a usaram.

As substâncias mais experimentadas pelos entrevistados foram a maconha, a cocaína em pó, os solventes, e as cocaínas fumáveis. Na Figura 12 está apresentada a distribuição da quantidade de pessoas

que usaram algumas das substâncias avaliadas. O Relatório ainda salienta que, em todo o mundo, cerca de 35,6 milhões de pessoas sofreram com transtornos decorrentes do uso de drogas em 2018 (UNODC, 2020).

No Brasil, dados do 3º LNUD revelam que 3,2% dos brasileiros usaram substâncias ilícitas nos 12 meses anteriores à pesquisa, o que equivale a 4,9 milhões de pessoas. Esse percentual foi muito maior entre os homens (5%) do que entre as mulheres (1,5%) e entre os jovens de 18 a 24 anos, cuja prevalência de consumo de drogas ilícitas nos últimos 12 meses foi de 7,4% (BASTOS *et al.*, 2017).

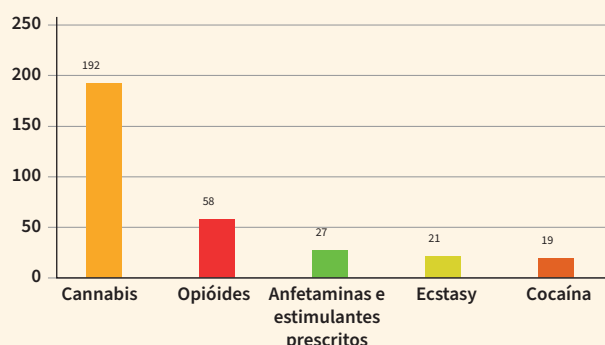
Em Minas Gerais, dados da pesquisa Conhecer e Cuidar mostram que, em Belo Horizonte, cerca de 15% da população declararam ter experimentado drogas ilícitas e aproximadamente 6% usaram nos últimos 12 meses. Entre os entrevistados, a droga ilícita com maior prevalência de experimentação foi a maconha (11,78%), seguida de cocaína (6%). A prevalência de transtorno pelo uso/abuso de drogas ilícitas encontrada nesse estudo foi de 4%, sendo a maior parte destes, cerca de 2,4%, acometidos por dependência dessas (GARCIA *et al.*, 2015).

Em relação ao consumo de drogas ilícitas por adolescentes, dados da PeNSE de 2015 mostram que 9,0% dos escolares do 9º ano do ensino fundamental já experimentaram drogas ilícitas, sendo esse percentual de 9,5% entre os meninos e de 8,5% entre as meninas (IBGE, 2016).

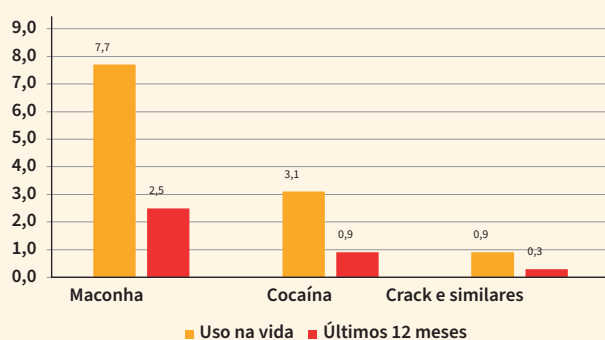
A prevalência de consumo de drogas ilícitas nos 30 dias, entre os escolares que experimentaram, foi cerca de 46,6% para o Brasil e 41,6% para Minas Gerais (Figura 15).

O número de atendimentos individuais para usuários de outras drogas ilícitas realizados em Minas Gerais no primeiro quadrimestre do ano de 2019 foi de 14.635 e, em 2020, foi de 12.332 no mesmo período, com uma diferença de registro de dados de 150 municípios – Figura 16.

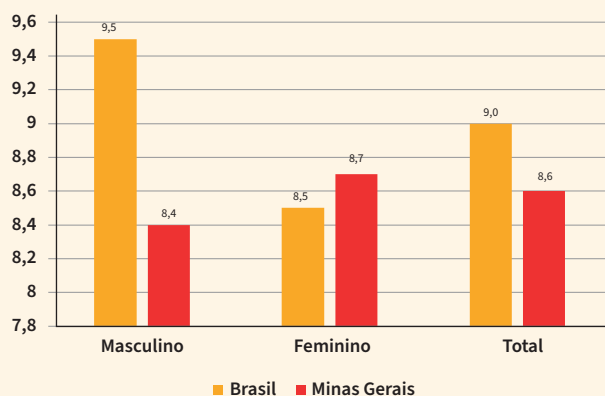
**FIGURA 12** Número de usuários de substâncias ilícitas em milhões, de acordo com o Relatório Mundial sobre Drogas da UNODC, 2020



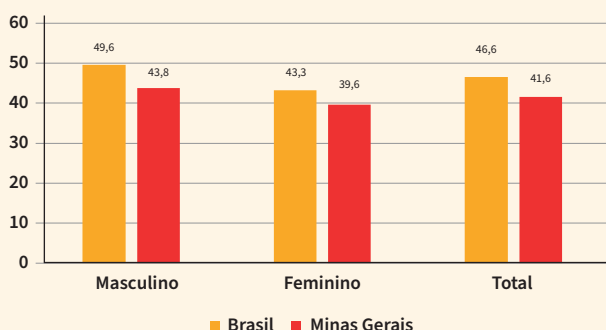
**FIGURA 13** Prevalência de consumo de substâncias ilícitas entre pessoas de 12 a 65 anos na vida e nos últimos 12 meses, por tipo de substância – BRASIL, 2017



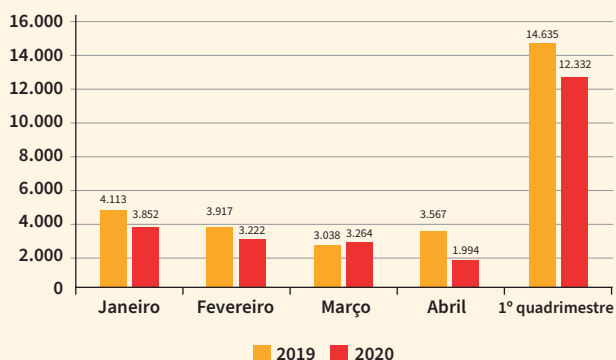
**FIGURA 14** Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental que experimentaram drogas ilícitas alguma vez, por sexo, PeNSE – 2015



**FIGURA 15** Percentual de escolares frequentando o 9º ano do ensino fundamental, dentre aqueles que experimentaram drogas ilícitas alguma vez, que usaram drogas nos 30 dias anteriores à pesquisa, por sexo, PeNSE -2015.



**FIGURA 16** Comparativo do número de atendimentos individuais para usuários de outras drogas entre os primeiros quadrimestres de 2019 e 2020 para o Estado de Minas Gerais, segundo dados disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde



### 2.3.5 Fatores e áreas que contribuem para a compreensão das vulnerabilidades associadas ao uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas

Apesar de já existirem diversos estudos sobre a temática das drogas, incluindo efeitos, impactos e fatores associados, a razão pela qual as pessoas se tornam dependentes ainda não é bem definida. Sabe-se que problemas associados ao uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas são multifatoriais e envolvem aspectos biopsicossociais.

Conhecer os fatores de risco e de proteção, assim como as características que podem tornar certos grupos mais vulneráveis a problemas relacionados ao uso de drogas ou a sofrerem maiores impactos, torna-se fundamental. Sendo assim, serão apresentados a seguir, dados de algumas das áreas que auxiliam a compreensão do fenômeno do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas.

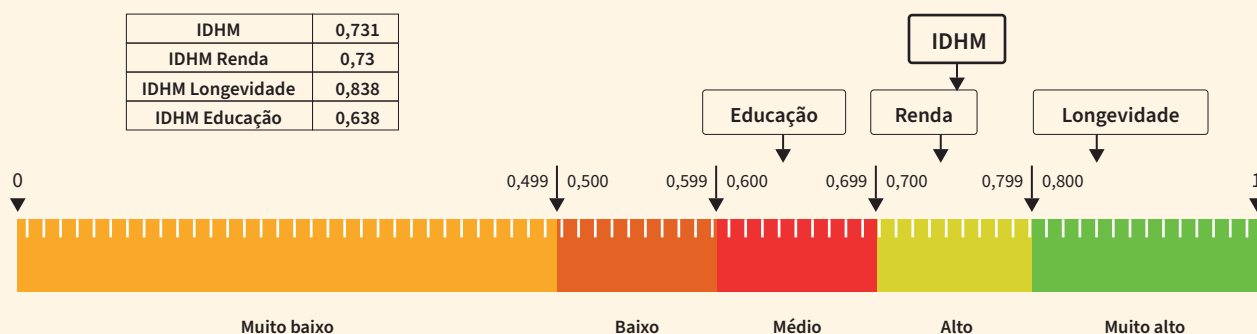
### Índice de Desenvolvimento Humano

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) são, ambos, índices sintéticos que compreendem indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: saúde/longevidade, educação e renda. Os índices variam de 0 a 1 onde, quanto mais próximo de zero, piores são as condições de desenvolvimento dos territórios avaliados e, quanto mais próximo de 1, melhores são tais condições. O IDH, utilizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), serve para medir o desenvolvimento humano de países em contexto global, ou seja, em relação a si mesmos, porém inseridos em uma dinâmica pontilhada por outros países. O Estado de Minas Gerais possui IDH de 0,731, o 9º maior do país. Já o IDHM serve para comparar territórios nacionais entre si, como Unidades Federativas – UFs, municípios e regiões metropolitanas e reflete as especificidades e desafios regionais no alcance do desenvolvimento humano no país. Para avaliar o desenvolvimento dos municípios brasileiros, considerando sua diversidade, o IDHM adequa a metodologia global ao contexto do país e à disponibilidade de indicadores nacionais.

No ano de 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Minas Gerais foi de 0,731, valor considerado alto. A dimensão que mais contribui para o IDHM do município foi Longevidade. Já a dimensão Educação teve índice considerado baixo. Minas Gerais ocupava em 2010 a 9ª posição entre as 27 unidades federativas brasileiras segundo o IDHM. Nesse ranking, o maior IDHM é 0,824 (Distrito Federal) e o menor é 0,631 (Alagoas).



**FIGURA 18** Faixas de Desenvolvimento Humano Municipal, Atlas Brasil, 2010



Em relação à distribuição do IDHM entre os municípios, o Estado de Minas Gerais não possui nenhum município com o IDHM classificado como “muito baixo” (índice abaixo de 0,500). A maioria dos municípios, cerca de 64,7% (552), possui IDHM classificado como “médio” (de 0,600 a 0,699), 24,5% (226) “alto” (de 0,700 a 0,799) e apenas 0,2% (2) dos municípios do estado têm o índice classificado como “muito alto” (acima de 0,800). É importante destacar que Minas Gerais possui 8,6% (73) dos seus municípios com “baixo” IDHM (índice entre 0,500 e 0,599). Em relação à espacialização do IDHM, Minas Gerais apresenta diferentes realidades. Enquanto a maioria dos municípios com baixo IDHM se concentra nas regiões do Jequitinhonha, Norte e Vales do Mucuri e Rio Doce, os índices considerados altos estão distribuídos nas regiões Central, Metropolitana, Oeste, Sul e Triângulo Mineiro.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal possui variações em relação às características que representam vulnerabilidades da população. Em 2010, o IDHM apresentou, em números absolutos, uma diferença de 0,082 entre a população branca (0,775 – IDMH alto) e população negra (0,693, – faixa IDMH médio).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal também apresenta diferença em relação ao gênero. Em 2010, O IDMH da população feminina foi de 0,717 e da população masculina foi de 0,727. Como a dimensão Renda do IDHM é calculada a partir da renda *per capita* média domiciliar, não é possível

identificar desigualdades entre os rendimentos dos moradores dos domicílios, embora essa diferença seja registrada na literatura. Porém, o IDHM ajustado à renda do trabalho de mulheres foi de 0,611, enquanto o de homens foi de 0,818. Em relação à população rural, o IDHM foi de 0,608 (IDHM médio) e da população urbana foi de 0,750 (IDMH alto).

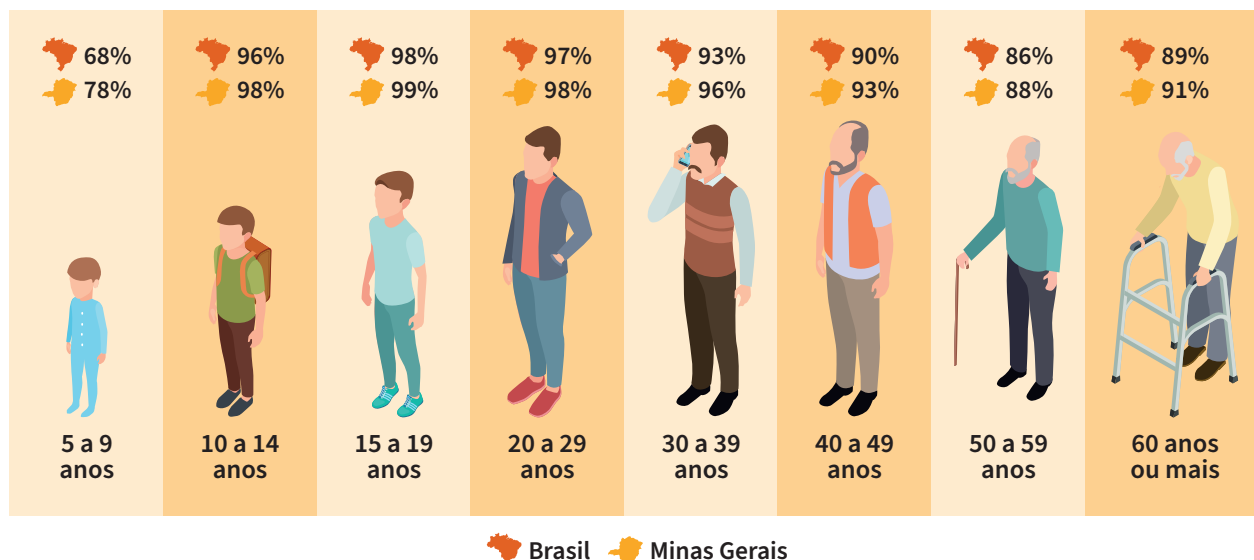
### Saneamento básico

Habitação e saneamento básico são importantes aspectos para identificar os segmentos sociais mais vulneráveis, pois possibilitam compreender algumas dificuldades diretamente ligadas às condições dignas de vida. Os serviços de saneamento básico estão intimamente relacionados à preservação das condições do meio ambiente, à saúde pública, à qualidade de vida, à produtividade individual e ao desenvolvimento econômico. No ano de 2010, aproximadamente 94,4% da população residiam em domicílios com água encanada, 99,3% em domicílios com energia elétrica e 97,8% em municípios com coleta de lixo.

### Educação

A educação é um fator de proteção extremamente relevante não só para crianças e adolescentes, pois tem influência direta na produtividade dos trabalhadores, consequentemente nos salários e na probabilidade de participar da força de trabalho, favorecendo a diminuição da pobreza e da desigualdade. Alguns indicadores nos ajudam a compreender

**FIGURA 19** Taxa de alfabetização de pessoas acima de 5 anos, por faixa etária, para o Brasil e Minas Gerais, de acordo com o Censo Demográfico de 2010 realizado pelo IBGE



aspectos da descontinuidade educacional, principalmente no que tange gerações mais antigas, que apresentam menor escolaridade.

A alfabetização é requisito indispensável para qualquer nível de desenvolvimento, sendo considerado um parâmetro mínimo para o desenvolvimento humano. Em 2010 a taxa de alfabetização encontrada no Brasil era de 89,1%, sendo 68,4% para a faixa etária de 5 a 9 anos, 96,1% para a faixa de 10 a 14 anos e 97,8% para jovens de 15 a 19 anos. A taxa de alfabetização encontrada em Minas Gerais foi de 91,2%, 8º lugar entre os estados brasileiros. Para a faixa etária de 5 a 9 anos, o Estado ocupou a 2ª posição com taxa de 77,6%. A taxa de alfabetização para a faixa de 10 a 14 anos foi de 98,3% e para a faixa de 15 a 19 anos, de 98,8%, ocupando a 5ª posição e 10ª posição, respectivamente (Figura 19).

Em relação ao ensino fundamental, por exemplo, no ano de 2010, 60,9% dos jovens de 15 a 17 anos e 51,4% das pessoas com 18 anos ou mais possuíam ensino fundamental completo, respectivamente. Entre os jovens adultos, 42,8% dos jovens de 18 a 20 anos tinham ensino médio completo e 14,97% dos jovens de 18 a 24 anos estavam cursando o ensino superior no mesmo ano. (infográfico com os dados acima)

A escolaridade da população adulta é um dado que reflete defasagens das gerações mais antigas, de menor escolaridade. Para a população com 25 anos ou mais, 10,36% eram analfabetos, 46,40% tinham o ensino fundamental completo, 32,25% possuíam o ensino médio completo e 10,57%, o superior completo. Em 2018, o estado contava com 10.734 escolas de ensino fundamental e 3.186 escolas de ensino médio.

Quanto à estrutura de ensino do Estado, no ano de 2018, o ensino fundamental de Minas Gerais contava com 10.734 escolas, 143.977 docentes e foram matriculados 2.511.483 alunos. No ensino médio mineiro, haviam 3.168 escolas, 60.729 docentes e foram realizadas 821.349 matrículas. No mesmo período, o ensino infantil contava com 9.168 escolas, 57.505 docentes e 802.462 matrículas.

### Ocupação e renda

A inserção no mercado de trabalho é uma das condições principais de sobrevivência e também de formação de identidade, de construção de relações sociais significativas assim como de desenvolvimento de habilidades. Renda e condição de pobreza são consideradas importantes fatores de risco para

vários aspectos do desenvolvimento humano, inclusive o uso/abuso de drogas, sendo um fator central para definir graus de vulnerabilidade.

De acordo com o Censo populacional de 2010, a renda per capita da população mineira era de R\$ 749,00, a proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 140,00 (considerados pobres) era de 10,9%, a proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior R\$85,00 (consideradas extremamente pobres) era de 3,7% e o índice GINI, que mede o grau de concentração de renda era de 0,56. Nesse período, a proporção da população com 18 anos ou mais economicamente inativa era de 26,4%.

De acordo com as estimativas do IBGE, no ano de 2019, a proporção de pessoas com 14 anos ou mais ocupadas em trabalhos formais no Estado era de 58,9% e o salário médio mensal desta população era de R\$2.253,00. É importante destacar que a renda *per capita* da população mineira era de R\$ 749,00 no ano de 2010 e que em todo o estado existe muita disparidade em relação à renda.

### Aspectos socioassistenciais

#### CadÚnico

O CadÚnico é um instrumento de coleta de dados e informações que tem como principal objetivo

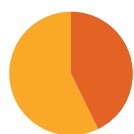
identificar as famílias de baixa renda existentes no país e abrange quase a totalidade da população mais pobre do país (IPEA, 2009). São cadastradas as famílias com renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa e, aquelas com renda superior, só deverão ser incluídas, caso se vinculem à seleção ou ao acompanhamento de programas sociais implementados pela União, estados ou municípios.

O CadÚnico abrange pessoas em situação de vulnerabilidade identificadas e acompanhadas pelo Estado e a distribuição de famílias cadastradas é diversificada em relação às regionais da SEDESE. As regionais nordeste e norte de Minas Gerais possuem mais da metade de sua população inserida no CadÚnico.

No ano de 2019, no Estado de Minas Gerais existiam 7.055.614 pessoas, correspondendo a 30% da população total. Entre estes, 3.126.021 (44,3%) eram do sexo masculino e 3.929.593 (55,7%) do sexo feminino. Cabe destacar que cerca de 82% dos responsáveis pela Unidade Familiar cadastrados no CadÚnico são do sexo feminino, refletindo alta proporção de famílias monoparentais femininas.

Ao todo, são 2.604.576 famílias cadastradas no CadÚnico no Estado. As Regionais SEDESE com maior número de famílias cadastradas são a Regional Metropolitana com mais de 500 mil famílias, e a

## TAXA DE ALFABETIZAÇÃO DE JOVENS EM 2010, EM MINAS GERAIS



**42,8%**

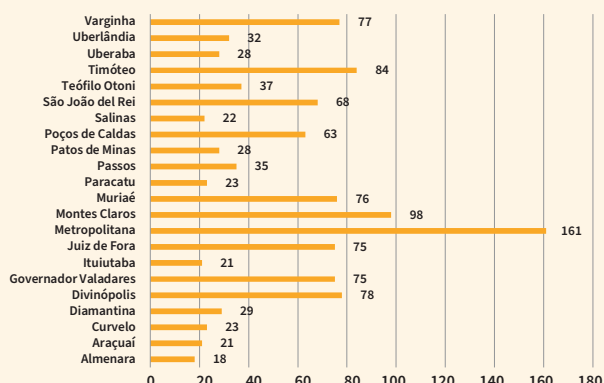
Jovens de 18 a 20 anos  
com ensino  
médio completo



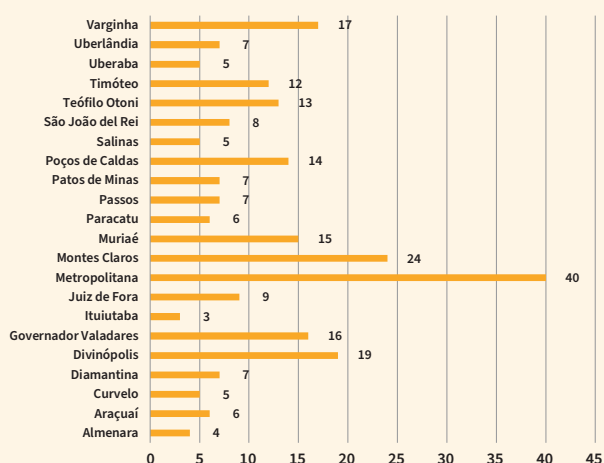
**14,97%**

Jovens de 18 a 24 anos  
cursando ensino superior  
no mesmo ano

**FIGURA 20** Distribuição de CRAS nas Regionais SEDESE, Censo SUAS 2019.



**FIGURA 21** Distribuição de CREAS nas Regionais SEDESE, Censo SUAS 2019.



Regional Montes Claros com aproximadamente 260 mil famílias. A maior parte da população cadastrada, cerca de 82%, vive em áreas urbanas.

Entre as famílias cadastradas no CadÚnico, aproximadamente 36%, cerca 925 mil famílias, são consideradas como extremamente pobres, isto é, com renda familiar per capita menor ou igual a R\$ 89,00. Cerca de 50% das famílias em situação de extrema pobreza estão nas Regionais SEDESE de Almenara, Salinas e Teófilo Otoni possuem mais de 50% das famílias cadastradas em situação de extrema pobreza.

Foram identificadas 181.834 crianças e adolescentes em idade escolar fora da escola e aproximadamente 462.832 pessoas adultas (18 anos ou mais) que não sabem ler ou escrever.

## Serviços de Proteção Social

Com base na **Política Nacional de Assistência Social (PNAS)**, a **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS)** regulou a organização em âmbito nacional do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) de forma descentralizada, participativa e articulada com as demais políticas setoriais. Definiu ainda os serviços e programas em níveis de proteção: **Proteção Social Básica** e **Proteção Social Especial**.

Proteção Social Básica é o conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social estruturados para prevenir situações de vulnerabilidade e risco social. Minas Gerais possui 1.172 Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, um equipamento responsável pela **prevenção de situações de vulnerabilidade social e risco nos territórios**. A distribuição dos CRAS nas regionais SEDESE pode ser observada na Figura 20.

Os serviços de **Proteção Social Especial** fazem parte do **Sistema Único de Assistência Social (SUAS)** e têm como objetivo promover atenções socioassistenciais às famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus-tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras.

Minas Gerais possui 249 Centros de Referência Especializada de Assistência Social – CREAS, que trata das consequências e acompanha as **famílias e indivíduos que já tiveram seus direitos violados**. A distribuição dos CREAS nas regionais SEDESE pode ser observada na Figura 21.

O Programa Bolsa Família (PBF), é um programa de transferência direta de renda do Governo Federal

que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país. Minas Gerais possui 3.309.622 pessoas beneficiadas pelo Programa Bolsa Família.

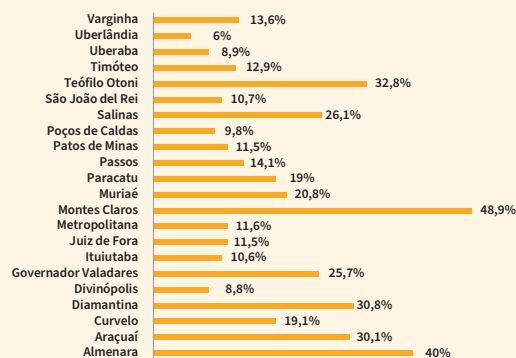
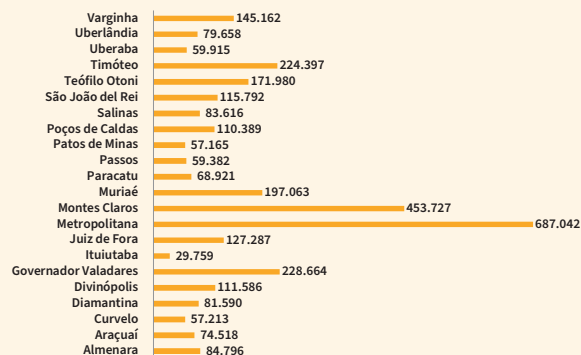
### Índice Mineiro de Vulnerabilidade (IMV)

Com o intuito de melhor avaliar a vulnerabilidade das famílias mineiras cadastradas no CadÚnico, a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social – SEDESE desenvolveu o Índice Mineiro de Vulnerabilidade (IMV), um índice síntese que afere a vulnerabilidade multidimensional a partir de dimensões conforme Quadro 5.

**QUADRO 5** Dimensões e variáveis avaliadas pelo Índice Mineiro de Vulnerabilidade (IMV)

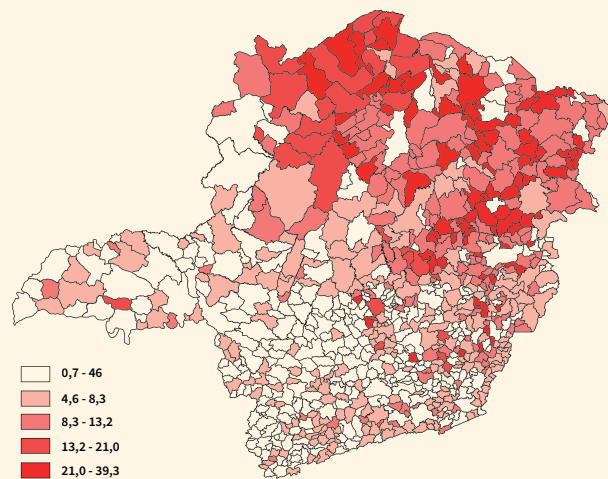
| DIMENSÃO                     | VARIÁVEIS  |
|------------------------------|--|
| Adequação domiciliar         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Adequação do esgotamento sanitário água encanada</li> <li>Densidade por dormitório</li> <li>Energia elétrica</li> <li>Material de construção do domicílio</li> <li>Presença de banheiro</li> </ul>  |
| Perfil e composição familiar | <ul style="list-style-type: none"> <li>Proporção de crianças e adolescentes</li> <li>Proporção de idosos</li> <li>Proporção de pessoas com deficiência</li> <li>Responsabilidade uniparental</li> <li>Trabalho infantil</li> </ul>   |
| Situação de escolaridade     | <ul style="list-style-type: none"> <li>Adultos com 30 anos ou mais sem ensino fundamental completo</li> <li>Analfabetismo do responsável familiar</li> <li>Jovens a partir de 18 anos que não estudam e não concluíram o ensino médio</li> <li>Proporção de crianças e adolescentes fora da escola</li> <li>Proporção de crianças e adolescentes que frequentam a escola em defasagem idade/série</li> </ul> |
| Acesso a trabalho e renda    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Proporção de pessoas empregadas sem carteira assinada</li> <li>Proporção de pessoas em idade ativa que não trabalham</li> <li>Ranking percentual de renda mensal <i>per capita</i> mais baixa</li> </ul>  |

**FIGURA 22** Total de PESSOAS beneficiárias do Programa Bolsa Família – PBF por Regionais SEDESE (Fonte: CadÚnico – MCID- julho/2020)



**FIGURA 23** Taxa de vulnerabilidade extrema municipal, 2018

$$\text{Taxa de vulnerabilidade extrema municipal \%} = \frac{\text{n}^\circ \text{ de pessoas que fazem parte da faixa mais acentuada de vulnerabilidade segundo o IMV extrema}}{\text{População total do município}} \times 100$$



Fonte: Observatório de Desenvolvimento Social – SEDESE, com base nos dados do CadÚnico de dezembro de 2018. Sistema de Coordenadas Geográficas: SIRGAS 2000 – EPGS 4674.

O IMV se difere de outros índices, geralmente construídos em nível municipal, por sua primeira unidade de medida ser a família. Apenas a partir dos valores obtidos para cada família, o IMV será mensurado para município, regional ou estado.

Os resultados dos municípios, tendo como base as famílias cadastradas no CadÚnico em dezembro de 2018, revela uma concentração de municípios com as maiores taxas apuradas nas regiões norte e nordeste do estado, sobretudo nas Regionais Teófilo Otoni, Montes Claros e Salinas. Nestas regionais, está concentrada grande parte dos municípios nos quais mais de 21% da população encontram-se na faixa de vulnerabilidade mais acentuada de acordo com a Taxa de Vulnerabilidade Extrema (Figura 23).

A análise regional desses indicadores demonstra que a Taxa de Vulnerabilidade Extrema pode variar de acordo com a Regional SEDESE, ao contrário do IMV, que apresenta médias bem próximas entre as regiões. Ressalta-se a Regional de Teófilo Otoni, cuja média dos municípios é de mais de 17% da população classificada como vulnerabilidade extrema. Por outro lado, a Regional de Poços de Caldas é a que apresenta a menor média municipal do indicador.

### Segurança Pública

A segurança pública é uma das áreas de políticas públicas que mais preocupa a sociedade brasileira, impactando significativamente no aumento da

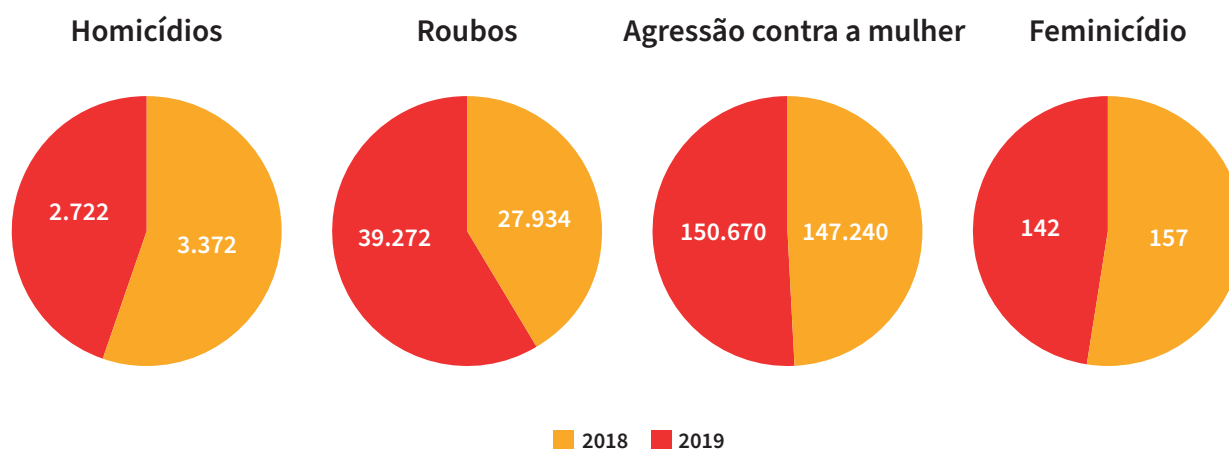
vulnerabilidade e demandando esforços governamentais efetivos.

Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde (SIM/MS), houve 57.956 homicídios no Brasil, em 2018, o que corresponde a uma taxa de 27,8 mortes por 100 mil habitantes – o menor nível de homicídios em quatro anos em todas as regiões do país. Em Minas Gerais, dados do Registro de Eventos de Defesa Social (REDS) – da Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública, apontam que os índices de homicídio consumado vêm caindo de forma sustentável ao longo dos últimos 8 anos. Essa queda no estado mineiro, possivelmente, ocorreu em função da reestruturação de ações tomadas a partir de 2008, a exemplo de outros estados, que se inspiraram em experiências internacionais que obtiveram êxito na redução dos índices criminais.

No ano de 2019, de acordo com a Secretaria de Estado Justiça e Segurança Pública de Minas Gerais, o Estado teve taxa de homicídios de 12,86 por 100 mil habitantes, com 2.722 homicídios registrados.

A violência contra a mulher é uma questão global que tem se apresentado como um grande desafio da nossa sociedade, atingindo todas as classes sociais e diferentes níveis de formação cultural, educacional, religiosa e profissional. No ano de 2019, a Política Militar de Minas Gerais recebeu 150.670 relatos de casos de agressões contra as mulheres sofridas em

**FIGURA 24** Distribuição por tipo de violências no Estado de Minas Gerais, nos anos de 2018 e 2019, de acordo com dados da Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública – SEJUSP



ambientes privados, 3.430 casos a mais que em 2018. O feminicídio apresentou leve queda no Estado, passando de 157 óbitos em 2018, para 142 em 2019.

Outro índice que mensura a violência é a quantidade de roubos ocorrido em um determinado período de tempo/ano. No Estado de Minas Gerais, os índices de roubos vêm em tendência de queda desde o ano de 2017. Em 2019, foram registrados 39.272 roubos no território estadual mineiro, sendo 28,87% menor do que ano de 2018.

### Registro de Ocorrência relacionada ao uso de álcool e drogas ilícitas junto ao Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais

Em Minas Gerais, de acordo com dados do Registro de Ocorrência de Algum Fato Policial (REDS), durante o Carnaval, o Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais CBMMG) atendeu 185 ocorrências relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas no ano de 2019 e 83 no ano de 2020 (Figura 25).

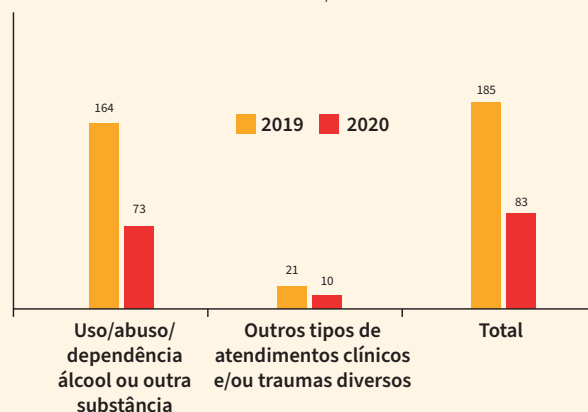
Como pode ser observado na Figura 26, em ambos os anos, o número de ocorrências relacionadas ao uso/abuso de álcool atendidas pelo CBMMG foi significativamente maior do que as ocorrências relacionadas a outras substâncias psicoativas.

Na Figura 27 está apresentada a distribuição das ocorrências atendidas pelo CBMMG no período do Carnaval dos anos de 2019 e 2020, de acordo com a condição clínica das vítimas. A maioria das situações registradas foram sem lesões aparentes em ambos os anos.

De acordo com os dados disponibilizados pelo CBMMG, a maioria das ocorrências foi registrada para pessoas do gênero masculino (Figura 28) e entre jovens adultos e adolescentes (Figura 29).

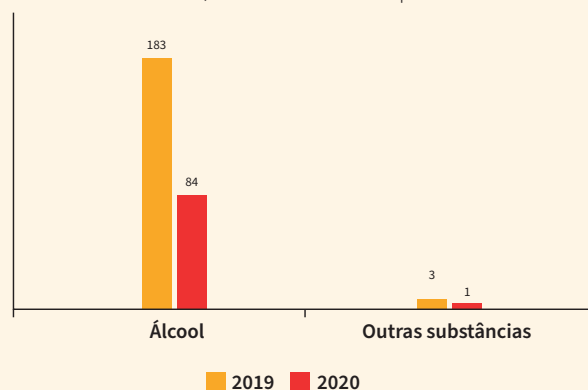
A distribuição das ocorrências de acordo com o dia, considerando a sexta-feira que antecede o Carnaval, até a quarta-feira de cinzas, está apresentada para os anos de 2019 e 2020 na Figura 30. É possível perceber que a maior parte das ocorrências foram registradas entre sábado e terça-feira, em ambos os anos.

**FIGURA 25** Ocorrências relacionadas ao consumo de bebida alcoólica e outras substâncias psicoativas atendidas pelo CBMMG no Estado de Minas Gerais, no período do Carnaval dos anos de 2019 e 2020, de acordo com o tipo de ocorrência



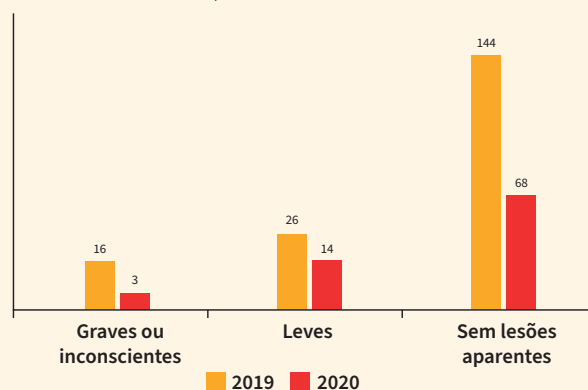
Fonte: REDS/CINDS

**FIGURA 26** Distribuição das ocorrências relacionadas ao consumo de bebida alcoólica e outras substâncias atendidas pelo CBMMG no Estado de Minas Gerais, no período do Carnaval dos anos de 2019 e 2020, de acordo com o tipo de substância



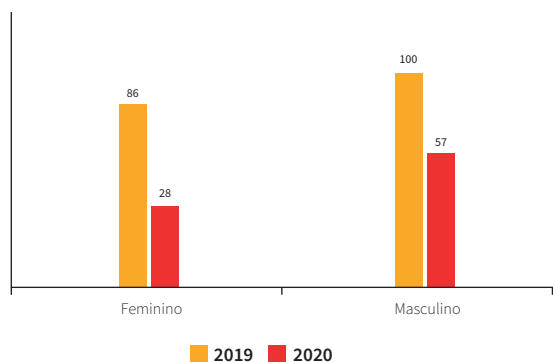
Fonte: REDS/CINDS

**FIGURA 27** Distribuição do estado clínico das vítimas de lesões relacionadas ao consumo de bebida alcoólica e entorpecentes atendidas pelo CBMMG no período do Carnaval nos anos de 2019 e 2020, no Estado de Minas Gerais



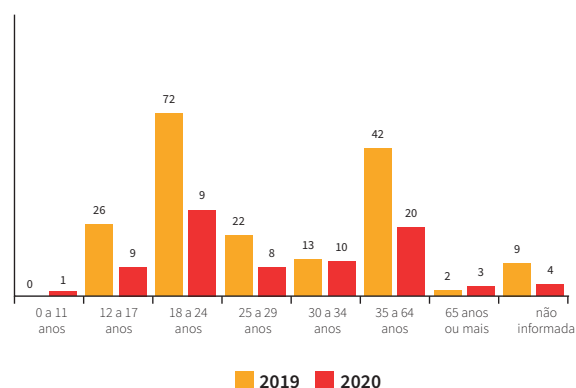
Fonte: REDS/CINDS

**FIGURA 28** Distribuição das vítimas relacionadas ao consumo de bebida alcoólica e entorpecentes atendidas pelo CBMMG no período do Carnaval, nos anos de 2019 e 2020, no Estado de Minas Gerais, de acordo com o gênero



Fonte: REDS/CINDS

**FIGURA 29** Distribuição das vítimas relacionadas ao consumo de bebida alcoólica e entorpecentes atendidas pelo CBMMG no período do Carnaval nos anos de 2019 e 2020, no Estado de Minas Gerais, de acordo com a faixa etária



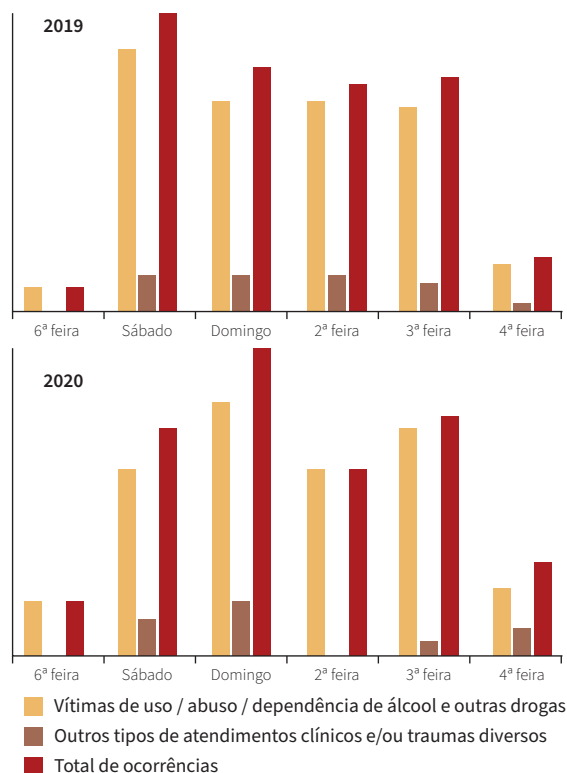
Fonte: REDS/CINDS

De acordo com os dados do REDS, também é possível observar que, no Carnaval do ano de 2020, o número de militares empenhados em ocorrências relacionadas ao consumo de bebida alcoólica e entorpecentes atendidas pelo CBMMG em Minas Gerais foi menor que no Carnaval de 2019 (Figura 31).

Os dados apresentados pelo CBMMG indicam que o ano de 2020 apresentou um menor número de ocorrências em relação ao ano de 2019, o que impactou também em menores proporções em relação aos tipos de ocorrência, situação clínica, gênero, faixa etária e total de militares empenhados, quando comparados ao ano de 2019. Possivelmente, dados dos anos anteriores, incluindo 2019, podem ter subsidiado o planejamento de uma série de ações que contribuíram para

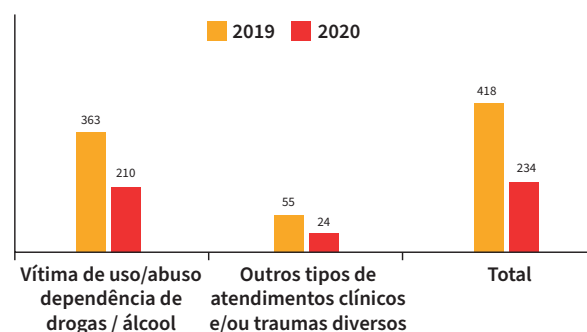
essa redução, como o investimento em campanhas de prevenção, ações informativas e até mesmo a distribuição de equipe para monitoramento durante o período de Carnaval do ano de 2020.

**FIGURA 30** – Distribuição das ocorrências relacionadas ao consumo de bebida alcoólica e entorpecentes atendidas pelo CBMMG, no período do carnaval de 2019 e 2020, no Estado de Minas Gerais, de acordo com o dia da semana



Fonte: REDS/CINDS

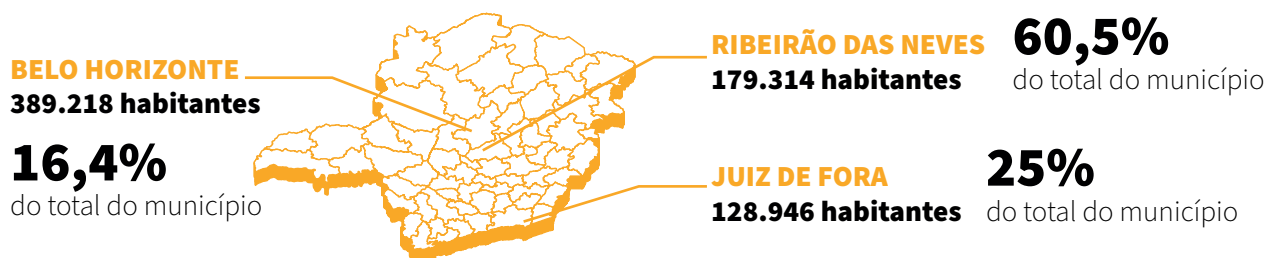
**FIGURA 31** – Total de militares empenhados em ocorrências relacionadas ao consumo de bebida alcoólica e outras substâncias psicoativas atendidas pelo CBMMG no período do Carnaval, nos anos de 2019 e 2020, no Estado de Minas Gerais



Fonte: REDS/CINDS



## MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS COM MAIORES NÚMEROS DE HABITANTES VIVENDO EM ÁREAS DE RISCO



### População vivendo em áreas de risco

A área de risco é a área passível de ser atingida por fenômenos ou processos naturais e/ou induzidos que causem efeito adverso. As pessoas que habitam essas áreas estão sujeitas a danos à integridade física, perdas materiais e patrimoniais (MAPEAMENTO, 2007).

Conhecer a parcela da população que vive em áreas de risco é de grande relevância para políticas públicas que buscam redução de vulnerabilidades sociais.

Minas Gerais possui características distintas entre as diferentes porções do seu território no que diz respeito à ocorrência de desastres naturais e às características físicas do próprio território, que viabilizam sua forma de ocupação. Deste modo, as diferenças de fragmentação territorial municipal determinaram distintos padrões de distribuição espacial da população em áreas de risco no Estado.

No Brasil, a Região Sudeste apresentou 4.266 301 moradores, correspondendo a 9,8% da população total dos municípios monitorados da região e, maior contingente populacional residindo em áreas de risco no país. Minas Gerais, com 1.377.577 habitantes (14,8% da população total dos municípios monitorados no estado), foi o 2º estado com maior número de habitantes expostos em áreas de risco, ficando atrás apenas de São Paulo, com 1.521 386 habitantes (6,8% da população total dos municípios monitorados no estado). No Estado de Minas Gerais, os municípios com maiores números de habitantes vivendo em áreas de risco foram: Belo Horizonte, com 389.218 habitantes (16,4% do total do município), Ribeirão das Neves, com 179.314 habitantes (60,5%

do total do município) e Juiz de Fora com 128.946 habitantes (25,0% do total do município) (IBGE, 2018).

## 2.4 Considerações

O fenômeno relacionado ao uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas é atravessado pela ausência de indicadores diretos, coletados de forma periódica e de modo uniforme. O uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas tem sido descrito na história da humanidade, de variadas formas e em diferentes contextos. Porém, os efeitos adversos dessas substâncias começaram a ser relatados no último século.

A vulnerabilidade pode estar associada a muitos aspectos como: sociais, econômicos e habitacionais. Pode ter relação com idade, sexo/gênero, acesso a informações e serviços, questões ligadas a saúde e educação, aspectos culturais e sociopolíticos, situação ocupacional, hábitos e comportamentos e proteção social, entre outros. Algumas características não podem ser mudadas e, neste caso, é necessário um planejamento específico que atue sobre elas. Outras características podem ser melhoradas, principalmente se as intervenções forem de caráter intersetorial.

Muitas são as disparidades encontradas no Estado de Minas Gerais que podem dificultar a universalização de políticas públicas, sobretudo em razão de sua grande extensão territorial. A diversidade cultural, assim como a distância de alguns municípios dos polos de referência de diversas políticas, e a distribuição territorial da população em áreas rurais ou de difícil acesso, podem impactar nas condições de vida

e acesso a serviços públicos, ampliando o desafio às diversas áreas governamentais.

Diante da compreensão de diversos fatores de vulnerabilidade associados ao uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas, torna-se evidente a necessidade da proposição de ações de forma intersetorial. Além disso, para efetividade da política sobre álcool, tabaco e outras drogas num contexto tão dinâmico, é fundamental considerar os fatores risco e proteção, a partir de 2 pontos iniciais:

1) pontos comuns: abordagens específicas por idade e gênero. Pelos dados apresentados, é possível perceber a importância de focar em adolescentes e jovens.

2) pontos categorizados a partir de características específicas: por área geográfica, recortes populacionais (povos tradicionais, população em situação de rua), formação e capacidade das redes de atenção a pessoas que usam/abusam de álcool e outras drogas.

A identificação de possíveis parceiros, como as escolas, serviços de saúde e assistência, organizações da sociedade civil, conselhos de políticas sobre drogas, dentre outros, assim como o levantamento de demandas locais, pode se constituir nos pontos fortes para a atuação da Subsecretaria de Políticas sobre Drogas no município.

## Referências

1. ATLAS BRASIL. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Dados disponíveis em: <http://atlasbrasil.org.br/>.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
3. BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro *et al.* (Org.). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.
4. BARROS, D. R., Neves, F. S., Dourado, J. L. G., Assis, F. E., & Matias, P. R. S. (2008). O Despertar do Toxicômano: uma experiência em grupo. In D. R. Barros, et al (Orgs), *Toxicomanias: Prevenção e Intervenção* (pp.153-163). João Pessoa: Editora Universitária-UFPB.
5. CARDOSO LS *et al.* Fatores de risco e proteção para o consumo de drogas: conhecimento de estudantes de uma escola pública. *Saúde em debate*, v.37, p.147, 2013.
6. CURTTER SL *et al.* Social Vulnerability to Environmental Hazards. *Social Science Quarterly*, v. 84, n. 1, p. 242-261, 2003.
7. GARCIA FD, COSTA MR, GUIMARÃES LP, NEVES MCL (Orgs.) Vulnerabilidade e dependência química. Belo Horizonte: 3i Editora, 2016
8. GELERTNER J & KRANZLER HR. 2009. Genetics of alcohol dependence. *Hum. Genet.* 126: 91-99.
9. GUIMARÃES MCS, Novaes SC. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. *Rev Bioética*. 2010;7(1):21-4.
10. GRANT BF *et al.* 2004. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch. Gen. Psychiatry* 61: 807-816.
11. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Dados disponíveis no endereço: <http://sidra.ibge.gov.br>.
12. \_\_\_\_\_. Pesquisa nacional de saúde escolar. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016.
13. \_\_\_\_\_. População em áreas de risco no Brasil / IBGE, Coordenação de Geografia. – Rio de Janeiro: IBGE, 2018.91 p.: il.
14. JANNUZZI PM (2014). Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. *Revista Do Serviço Público*, 56(2), p. 137-160.
15. KESSLER RC *et al.* Walters 2005. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSMIV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry* 62: 617-627.
16. KOOB GF & ZORRILLA EP. 2010. Neurobiological mechanisms of addiction: focus on corticotropin-releasing factor. *Curr. Opin. Investig. Drugs*. 11: 63-71.
17. LARANJEIRA R *et al.* II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012. São Paulo: Inpad, 2013.
18. MALTA DC. *et al.* Prevalence of alcohol and drug consumption among adolescents: data analysis of the National Survey of School Health. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(3): 136-46.
19. MAPEAMENTO de Riscos em Encostas e Margem de Rios. CARVALHO, C. S.; MACEDO, E. S.; OGURA, A. T. (Org.). Brasília: Ministério das Cidades; Instituto de Pesquisas Tecnológicas – IPT, 2007. 176 p.
20. MORAIS, I. M. D. Vulnerabilidade do doente versus autonomia individual. *Rev bras 26 Saúde Matern Infat*, v. 10, n. Supl. 2, p. S331-S336, 2010.
21. PINTO M *et al.* *Carga de doença atribuível ao uso do tabaco no Brasil e potencial impacto do aumento de preços por meio de impostos*. Documento técnico IECS N° 21. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria, Buenos Aires, Argentina. Maio de 2017. Disponível em: [www.iecs.org.ar/tabaco](http://www.iecs.org.ar/tabaco). Acesso em: 27 fev. 2020.
22. PROAG V. The concept of vulnerability and resilience. *Procedia Economics and Finance*, v. 18, p. 369-376, 2014.
23. SWENDSEN J *et al.* 2010. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addict*. 105: 1117-1128.
24. UNESCO. Declaração Universal de Bioética e de Direitos do Homem. Organização das nações unidas para a educação, C. E. C. Paris 2005.
25. UNODOC. Relatório Mundial de Políticas sobre Drogas do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, 2018. Disponível em: <https://www.unodc.org/wdr2018/index.html>.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on alcohol and health. Geneva; 2011.
27. World Health Organization. **Tobacco**. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.



## 3. EIXOS E PERSPECTIVAS DO PLANO MINEIRO INTERSETORIAL DE CUIDADOS/ TRATAMENTO E PREVENÇÃO DO USO/ABUSO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS

### 3.1 Prevenção do Uso/Abuso de Álcool, Tabaco e outras Drogas

#### Considerações iniciais sobre prevenção

Conceitualmente, prevenção pode ser considerada uma ação antecipada que tem por finalidade evitar o progresso de riscos e agravos ao bem-estar humano, referindo-se a toda iniciativa coletiva visando a sobrevivência da espécie (CAVALCANTI, 2001).

A palavra deriva do latim *praevenire*, *prae* – antes / *venire* – vir, e diz, literalmente, de “chegar antes, antecipar, perceber previamente”. No dicionário,

refere-se a: 1) Ato ou efeito de prevenir (-se); 2) Precaução para evitar qualquer mal, evitação; 3) Opinião desfavorável antecipada sobre alguém ou algo (MICHAELIS 2011). Tais definições sinalizam para a ideia de impedir situações/riscos (ou algo indesejável), a partir de medidas tomadas antes que o problema a ser evitado se instale. O conceito de prevenção é aparentemente simples, mas, para ser traduzido em estratégias e medidas, precisa estar em consonância com o que se quer prevenir. Neste sentido, é necessária a observação do contexto e

sua relação com as diferentes adversidades enfrentadas pelos sujeitos, individual e/ou coletivamente (CAPONI, 2003).

A prevenção do uso de drogas se refere a todas as estratégias adotadas para evitar ou retardar o uso de drogas, assim como reduzir ou minimizar seus impactos (TANAKA E ANDRADE, 2002). As propostas de intervenção nesse campo demandam conhecimento acerca da diversidade das substâncias psicoativas e dos seus efeitos, em diferentes grupos populacionais. Para facilitar a abordagem dos muitos aspectos que influenciam o uso/abuso de drogas foram definidos e categorizados os fatores de risco e os fatores de proteção, considerando seus impactos como negativos ou positivos, conforme descrito abaixo.

Com a compreensão dos diversos fatores que podem ampliar a vulnerabilidade ou proteger as pessoas em relação ao uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas, é possível observar que pessoas e grupos populacionais possuem características, vulnerabilidades e demandas por intervenções diferentes. Diante disso, foram propostas algumas classificações para o planejamento de ações preventivas, onde a mais

atual divide a atuação neste campo em três níveis, sendo Prevenção Universal, Prevenção Seletiva e Prevenção Indicada (SLOBODA, 2006; CARTANA et al., 2004), conforme descrição no Quadro 2.

A prevenção é apontada por especialistas como a forma mais assertiva de lidar com a questão das drogas (UNODC 2013). Em todo o mundo, diversas medidas têm sido adotadas na perspectiva da evitação e/ou redução do consumo, por meio de ações que forneçam informações que estimulem a educação da população, especialmente em relação às crianças, adolescentes e jovens.

O objetivo geral da prevenção do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas é o de buscar o desenvolvimento seguro e saudável de crianças e jovens, de forma que percebam seus talentos e potenciais, tornando-se membros que colaboram para o bem de suas comunidades e da sociedade. Um sistema eficaz de prevenção do uso de drogas contribui significativamente para que crianças, jovens e adultos participem de forma positiva nas atividades familiares, escolares, comunitárias e no ambiente de trabalho (WHO, 2015; UNODC, 2013).

**QUADRO 1** – Fatores de risco e fatores de proteção para o uso/abuso de álcool e outras drogas.

| FATORES DE RISCO  | FATORES DE PROTEÇÃO   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>São os fatores que tornam as pessoas mais vulneráveis a ter comportamentos que podem levar ao uso/abuso de drogas, tais como: vulnerabilidade social, dificuldade ou ausência de acesso a saúde, educação, assistência social, cultura, esporte e lazer, exposição à violência doméstica e/ou situações de violência, uso abusivo de drogas ou dependência de familiares ou rede social próxima, pouca ou escassez de oportunidades de capacitação profissional e trabalho, baixa autoestima, fragilidade da rede de suporte social e das habilidades sociais, dentre outros.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>São os fatores que colaboram para que os indivíduos, mesmo tendo contato com álcool e outras drogas, tenham condições e habilidades para se protegerem, tais como: acesso à saúde, educação, assistência social, cultura, esporte e lazer, suporte familiar e social, desenvolvimento de habilidades sociais, autonomia, autoestima preservada, espírito de cooperação, estabelecimento de vínculos com outras pessoas e instituições, construção de um projeto de vida, oportunidades de capacitação profissional e trabalho, dentre outros.</li> </ul> |

**QUADRO 2** – Classificação das ações de prevenção em Universal, Seletiva e Indicada

| PREVENÇÃO UNIVERSAL  | PREVENÇÃO SELETIVA  | PREVENÇÃO INDICADA  |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Destinada à população geral, sem qualquer estratificação de grupos por fatores de risco.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Para pessoas com maior risco e/ou vulnerabilidade para uso/abuso de álcool e outras drogas.</li> <li>Para quem já consome drogas e para quem tem maior chance de fazê-lo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Engloba intervenções destinadas a pessoas que usam/abusam e/ou apresentam comportamentos de risco relacionados direta, ou indiretamente, com o uso/abuso de drogas.</li> </ul> |

## Diretrizes internacionais para a prevenção do uso/abuso de drogas

### Organização Mundial da Saúde (OMS)

A OMS preconiza que o desenvolvimento de ações preventivas valorize a promoção da saúde, definida como um processo que permite às pessoas aumentar o controle e melhorar a sua saúde, por meio de um conjunto de valores, como: vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria, dentre outros (WHO, 2015).

Juntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que atua como escritório regional da OMS para as Américas, recomenda estratégias educativas da prevenção, com o objetivo de permitir que usuários de álcool e outras drogas mudem seus hábitos. Essas organizações defendem a disseminação de conhecimento sobre o potencial nocivo do uso de drogas e a melhoria dos sistemas de vigilância, acompanhamento, divulgação de informações e de avaliação de políticas públicas como estratégias de prevenção eficazes.

Em documento discutido e aprovado por ocasião da **70ª Assembleia Mundial da Saúde**, a OMS recomenda que intervenções no campo da prevenção sejam implementadas, de maneira intersetorial e coordenada. Deste modo, devem abordar integralmente o *continuum* da saúde pública, da atenção primária aos serviços de base comunitária; das abordagens feitas na rua até as estratégias de redução de danos; com base nos princípios de equidade, justiça social e direitos humanos, priorizando as populações mais vulneráveis; e orientadas pelos determinantes sociais e sanitários, pelas intervenções baseadas em evidências e pelas abordagens centradas nas pessoas (OMS, 2017).

A OMS chama a atenção sobre a importância da adoção de ações que contribuam com o cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), adotados em 2015, por meio da união de forças dos países-membros da Organização das Nações Unidas (ONU), em prol de uma Agenda Mundial de Desenvolvimento Sustentável.

Com a proposta de ser cumprida até o ano de 2030, a referida Agenda elenca 17 objetivos, dentre os quais está a adoção de estratégias que melhorem a saúde e a educação, reduzam a desigualdade e estimulem o crescimento econômico (UNITED NATIONS, 2015).

Ressalta-se que os objetivos desta Agenda contemplam metas de saúde para o abuso de substâncias psicoativas e salienta o compromisso em auxiliar na implementação de políticas comprometidas com a redução do uso prejudicial de álcool e outras drogas, conforme descrito objetivo 3.5 (OMS, 2018).

### Diretrizes Internacionais sobre Prevenção e Uso de Drogas (UNODC, 2013 e 2014)

Publicadas pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), as Diretrizes Internacionais sobre Prevenção e Uso de Drogas têm o objetivo de nortear o desenvolvimento de programas, políticas e sistemas de prevenção consistentes e baseados em evidências científicas. De acordo com o documento elaborado pelo UNODC, os programas de prevenção precisam ser baseados em abordagens amplas e complexas, que considerem as substâncias e seus padrões de uso, características da população à qual se destina a proposta. Nesta perspectiva, recomenda que as estratégias de prevenção sejam organizadas de forma multidisciplinar e intersetorial, com intervenções compartilhadas entre as esferas públicas e privadas, contemplando diversos ambientes, idades, fases do desenvolvimento humano e níveis de risco.

As Diretrizes Internacionais do UNODC reforçam a importância de ações de promoção da saúde, conforme recomendação da OMS (WHO, 2015) e apontam uma série de estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e para a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção ao uso/abuso de drogas envolvendo aspectos que vão desde a formação da subjetividade humana até dimensões familiares, sociais, legais, políticas e econômicas. (UNODC, 2014a).

O UNODC destaca que a prevenção deve estar comprometida com a redução da demanda (consumo de drogas), por meio de ações e estratégias combinadas

**QUADRO 3** Categorias que norteiam os programas de prevenção e ações que as descrevem/orientam, conforme as Normas Internacionais de Prevenção e Uso de Drogas elaboradas pelo Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime (UNODC), 2014.

| CATEGORIA                                 | DESCRIÇÃO  |
|---|--|
| Compromisso                               | ● Trabalha a adoção de um compromisso pessoal de não usar drogas.  |
| Classificação de valores                  | ● Examina a relação entre os próprios valores e as consequências da conduta. Procura demonstrar que os valores pessoais sensatos são incompatíveis com o uso de drogas.  |
| Estabelecimento de metas                  | ● Ensina habilidades para a situação e como ater-se aos objetivos, encorajando a adoção de uma orientação de sucesso.  |
| Manejo do estresse                        | ● Ensina habilidade de enfrentamento para conduzir situações de estresse, especialmente em situações psicologicamente difíceis.  |
| Autoestima                                | ● Desenvolve sentimentos individuais de autoconfiança e valia.   |
| Treinamento em habilidades de resistência | ● Treina com o propósito de haver resistências à pressão assertivamente e às influências dos colegas, irmãos, pais, adultos, meios de comunicação etc.; treina, também, a fim de resolver conflitos interpessoais. |
| Treinamento em habilidades para a vida    | ● Devolve amplo conjunto de habilidades sociais e pessoais, incluindo habilidades de comunicação, de relações humanas, e para resolver conflitos interpessoais.  |
| Crenças normativas                        | ● Estabelece normas conservadoras a respeito do uso, corrigindo as percepções errôneas da prevalência e acessibilidade às substâncias de abuso e estabelecendo normas conservadoras.                               |
| Assistência                               | ● Oferece intervenção terapêutica para enfrentamento dos problemas da vida.  |
| Alternativas no tempo livre               | ● Proporciona experiências em atividades extracurriculares que são incompatíveis com o uso de drogas.  |

e articuladas, voltadas à produção de conhecimento, desenvolvimento saudável e formação de habilidades pessoais e sociais de crianças, adolescentes e jovens, a fim de evitar ou retardar o início do uso de drogas e/ou evitar uso abusivo e agravos relacionados ao consumo de dessas substâncias (UNODC, 2014a). Neste sentido, propõe que os programas de prevenção sejam divididos em categorias, de acordo com a teoria central que alicerça sua estrutura (Quadro 3).

### **Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA, em inglês, *National Institute on Drug Abuse*)**

O Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA – USA) é um centro de pesquisa, ligado ao Instituto Nacional de Saúde – USA (NIH – National Institute of Health), respeitado em todo o mundo. Em relação à prevenção do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas, demonstra que projetos eficazes de prevenção devem: 1) aprimorar os fatores de proteção dos

alunos e reduzir os fatores de risco; 2) ter como objetivo focalizar todas as formas de abuso de drogas, incluindo o consumo de tabaco e de álcool; 3) incluir estratégias para a resistência ao oferecimento de drogas e aumento da competência social (por exemplo, na comunicação e na relação com os pares, incentivando a autoeficácia e a assertividade); 4) incorporar métodos interativos, quando dirigidos aos adolescentes, tais como grupos de discussão de colegas e não apenas oferecer informação no modelo de aulas expositivas; 5) propor atividades com pais, gerando oportunidades para se discutir na família o uso de drogas; 6) ser de longo prazo (contínuo), com repetidas intervenções para reforçar as metas originais; 7) concentrar os esforços de prevenção tanto na família quanto na escola, pois as estratégias assim executadas têm maior impacto do que as que se concentram em apenas uma das partes; 8) intensificar o esforço preventivo à proporção que se percebe o aumento do nível de risco da população-alvo; 9) ser específicos para a idade dos

sujeitos aos quais são dirigidos e apropriados ao nível de desenvolvimento intelectual e emocional da população-alvo; 10) trabalhar o ajuste familiar e treinar os pais no enfrentamento diário da educação dos filhos (NIDA, 2015).

Conforme destacado acima, o NIDA explicita a escola como um lugar estratégico para a concentração de esforços. Neste sentido, o Instituto lançou uma série redesenhada de cartilhas voltadas para educar estudantes do ensino médio sobre o uso de substâncias, onde cada um dos livretos da série chamada *Mind Matters* é dedicado a uma substância ou grupo (NIDA, 2018).

### **Marcos legais e diretrizes definidas no âmbito do Estado brasileiro**

No Brasil, a prevenção do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas é abordada na Política Nacional sobre Drogas, na Política Nacional de Promoção da Saúde e na Política Nacional de Saúde Mental, explicitadas a seguir.

**Política Nacional sobre Drogas** (Decreto nº 3.696, de 21 de dezembro de 2000; Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006; Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019; Lei nº 13.840, de 05 de junho de 2019)

A orientação central da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) considera os aspectos legais, culturais e científicos e, em relação à prevenção, tem como objetivo a garantia de ações para toda a população, principalmente para as pessoas em situação de maior vulnerabilidade. A PNAD considera que a efetiva prevenção do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas se dá a partir da responsabilidade compartilhada entre os entes federados, devendo ser realizada nos níveis federal, estadual, distrital e municipal, com o apoio dos conselhos nacional, estaduais, distrital e municipais de políticas públicas sobre drogas e da sociedade civil organizada. Propõe a construção de redes para a melhoria das condições de vida e promoção da saúde da população, promoção de habilidades sociais, fortalecimento de vínculos interpessoais, fortalecimento dos fatores de proteção e atenção aos fatores de risco (BRASIL, 2019a).

A PNAD recomenda que as ações no campo da prevenção sejam pautadas em princípios éticos e de pluralidade cultural, orientadas para a promoção de valores voltados à saúde física, mental e social, individual e coletiva, ao bem-estar, à integração socioeconômica, à formação e fortalecimento de vínculos familiares, sociais e interpessoais, à promoção de habilidades sociais e para a vida, ao desenvolvimento da espiritualidade, à valorização das relações familiares e à promoção dos fatores de proteção do uso do tabaco e seus derivados, do álcool e de outras drogas, considerando os diferentes modelos, em uma visão holística do ser humano, com vistas à promoção e à manutenção da abstinência (BRASIL, 2019a).

### **Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS**

A PNPS, por intermédio da Portaria nº 2.446/2014, traz em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde, como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo. Caracteriza-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando integrar suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social.

Dentre os temas prioritários para as ações de promoção da saúde, destaca-se o enfrentamento do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas, compreendendo a promoção, a articulação e a mobilização de ações voltadas à redução do uso problemático de álcool e outras drogas, com a responsabilização e autonomia da população, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais.

### **Considerações do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)**

O CONAD, por meio da Recomendação nº 1/2020, orienta os órgãos que integram o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, acerca da importância das campanhas de prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas serem implantadas



na perspectiva intersetorial, considerando as peculiaridades locais e priorizando as populações mais vulneráveis.

A Recomendação enfatiza que as campanhas de prevenção devem priorizar os fatores de proteção, como meio de redução de fatores de risco e de vulnerabilidade, atuando prioritariamente na oferta de alternativas que permeiem o fortalecimento de habilidades sociais e vínculos familiares, atitudes saudáveis vinculadas ao universo dos esportes, formação e cultura, respeitando os direitos da pessoa e seus contextos culturais de vida (BRASIL, 2020).

## **Marcos legais e diretrizes da Política Estadual**

### **Política Estadual de Promoção da Saúde**

A Política Estadual de Promoção da Saúde (POEPS), instituída por intermédio da Resolução SES/MG nº 5.250/2016, define e descreve as estratégias voltadas à implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

A POEPS atua, dentre várias temáticas, com o tema de álcool, tabaco e outras drogas, como referência para a formação de agendas de promoção da saúde e para adoção de estratégias, operando em consonância com os princípios e valores do SUS.

Nessa perspectiva, a POEPS compreende a promoção, a articulação e a mobilização de ações para redução do consumo de álcool, tabaco e outras drogas, com a corresponsabilização e autonomia da população, incluindo ações educativas, legislativas, econômicas, ambientais, culturais e sociais.

Essas ações incluem a formação e educação permanente, a educação popular em saúde, a mobilização e comunicação social, a participação e controle social, a produção e disseminação participativa de conhecimentos e saberes, a articulação e cooperação intrassetorial, intersetorial e interinstitucional e a vigilância, monitoramento e avaliação de informações sobre as condições de saúde de sujeitos e grupos populacionais.

Outras estratégias de promoção da saúde e prevenção do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas adotadas pela Secretaria de Estado de Saúde são desenvolvidas no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE) e no Programa Academia da Saúde.

O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral de crianças e jovens da rede pública de ensino, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometam o pleno desenvolvimento destes.

O Programa Academia da Saúde é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado, por meio da implantação de espaços públicos conhecidos como polos do Programa Academia da Saúde.

### **Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas**

A Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PESMAD), instituída pela Resolução SES/MG nº 5.461/2016, aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB e pelo Conselho Estadual de Saúde, preconiza que o tratamento de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve acontecer no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, do SUS (MINAS GERAIS, 2016).

Nesse contexto, a PESMAD também é orientada pela Lei estadual nº 11.802/1995 e pela Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

### **Política Estadual de Direitos Humanos**

A promoção dos direitos humanos se constitui como parte integrante do conceito de prevenção do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas, em especial no que se refere ao fomento à educação voltada à promoção de direitos e de enfrentamento à discriminação.

O Plano Mineiro de Direitos Humanos, em seu 5º eixo, destaca o objetivo estratégico de garantir a todos os

usuários de álcool e outras drogas do Estado, assistência especializada, visando a efetivação dos seus direitos humanos (PMDH, MINAS GERAIS 2013).

### Política Estadual sobre Drogas

Em relação à prevenção do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas, compete à Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (SEDESE), por meio da Subsecretaria de Políticas sobre Drogas (SUBPOD) planejar, desenvolver, implantar, coordenar e monitorar programas, projetos e ações de mobilização social e prevenção, promovendo redes regionais e locais.

Nesse cenário, a SUBPOD atua no fortalecimento da intersetorialidade das políticas públicas e da transversalidade da temática, promovendo o compartilhamento de responsabilidades entre os diferentes atores sociais.

*A concepção do trabalho da SUBPOD é fundamentada em uma abordagem que privilegia a promoção da saúde, a valorização da vida e o incentivo ao protagonismo juvenil. A recomendação é que as intervenções sejam pautadas no fortalecimento dos fatores de proteção do uso/abuso de álcool tabaco e outras drogas, com especial atenção às crianças, adolescentes e jovens (MINAS GERAIS, 2019).*

A SUBPOD vem trabalhando no sentido de orientar e induzir a adoção de práticas no campo da prevenção, baseadas em evidências científicas e nos marcos legais em vigor, fomentando a elaboração de diagnósticos locais e o planejamento de ações territorializadas.

Dessa forma, a agenda da prevenção às drogas deve favorecer a ampla abrangência do conjunto das intervenções a serem desenvolvidas, de forma continuada, nos seus diferentes níveis, pautadas

na promoção e estímulo à vida saudável, na promoção, defesa e garantia dos direitos humanos e de cidadania, envolvendo a família, escola e comunidade.

A **família** se configura como um dos principais ambientes para ações preventivas, por ser elo importante entre indivíduo e sociedade. O ambiente familiar pode ser um lugar para aprendizagem e interação social, sobretudo na infância, na perspectiva de criar espaços que propiciem o fortalecimento de vínculos e o diálogo familiar, estimulando ações educativas. Como intervenções preventivas na família, podem ser destacados o fortalecimento e a melhoria da comunicação, definição de regras claras e coerentes e outras ações de melhoria de qualidade de relacionamento, orientação e fortalecimento de vínculo (SILVA & DE MICHELI, 2011).

A **escola** é a instituição onde crianças, adolescentes e jovens passam grande parte do tempo e pode ser considerada um cenário estratégico para intervenções preventivas. Considerando que a escola também é parte da comunidade, as ações devem contemplar a articulação com diversas áreas (SILVA & DE MICHELI, 2011). Desenvolvimento de habilidades sociais e acadêmicas, por meio de educação afetiva, assim como atividades de melhoria da qualidade de relacionamento social, estão entre as intervenções que podem ser realizadas no ambiente escolar (SLOBODA & BUKOSKI, 2006).

A **comunidade** pode exercer papel de identificação e apoio entre os sujeitos. Os programas comunitários devem envolver diferentes atores sociais, com o objetivo de melhorar as normas, ações e legislação sobre drogas e aumentar a participação social. Dentre as ações que podem ser desenvolvidas pela comunidade está o fortalecimento de políticas públicas locais que reforçam e regulamentam ações preventivas, com impactos nos grupos e populações (SLOBODA & BUKOSKI, 2006).

## Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. *Declarações das conferências de promoção da saúde*. Brasília, 2001.
2. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.190, de 04 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010), 2009.
3. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Brasília; 2011.
4. \_\_\_\_\_. Ministério da Cidadania e Ministério da Justiça e Segurança Pública. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Brasília, 2019a.
5. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Brasília, 2019b.
6. \_\_\_\_\_. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Recomendação nº 1 de 15 de julho de 2020. Brasília, 2020.
7. BÜCHELE F, COELHO EBS E LINDNER ST. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2009.
8. BUSS PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
9. CAPONI S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D. (org.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
10. CARTANA MHF; SANTOS S. MA; FENILI RM; SPRICIGO JS. Prevenção do uso de substâncias psicoativas. *Texto Contexto Enferm*. 2004, abr-jun, n.13, vol.2, pp. 286-9.
11. CAVALCANTI L. A necessidade de reinventar a prevenção. Entrevista para a Revista “Peddro” – Publicação da Unesco, Comissão Europeia e Onusida, 2001.
12. MICHAELIS. *Moderno Dicionário da Língua Portuguesa*. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>.
13. MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde (SES). Política Estadual de Promoção da Saúde. Belo Horizonte: SES; 2016.
14. NIDA. National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services. *The NIDA Strategic Plan for 2016 to 2020*; 2015.
15. NIDA. National Institute on Drug Abuse; National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services. *Mind Matters*. NIH Publication No. 18-DA-8053. Printed July 2018.
16. SILVA EA. & DE MICHELI D. *Adolescência. Uso e Abuso de Drogas: uma visão integrativa*. São Paulo: UNIFESP, 2011.
17. SLOBODA Z. & BUKOSKI WJ. *Handbook of Drug Abuse Prevention*. New York: Springer, 2006.
18. SLOBODA Z; Programas de prevenção ao uso de drogas em escolas dos EUA; in *Adolescência e Drogas*; org. Ilana Pinski et al; 2ed; São Paulo: Contexto, 2006.
19. TANAKA AS E ANDRADE AG. In: *Formação de Multiplicadores de Informações Preventivas sobre Drogas. Trabalhando com prevenção na comunidade ou na instituição*. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002.
20. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). *International standards on drug use prevention*. Vienna, 2013.
21. \_\_\_\_\_. Oficina de Las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Resumen ejecutivo. Informe Mundial sobre las Drogas 2014a.
22. \_\_\_\_\_. *Diretrizes Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas*. 2014b.
23. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC) AND WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2018) *International standards on drug use prevention*. 2nd edn. Vienna, 2018.
24. UNITED NATIONS (2015) Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015, Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development (A/RES/70/1).
25. WHO. (2018). *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*. Retrieved from [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/).
26. WHO *Public health dimension of the world drug problem*. *Seventieth World Health Assembly A70/29* Provisional agenda item 15.3 27. March; 2017.
27. WHO. (2015). *Health promotion. Global Conferences on Health Promotion*. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>.

## 3.2 Cuidados/Tratamento direcionados às pessoas que usam/abusam e/ou com quadro de dependência de álcool, tabaco e outras drogas

### Considerações iniciais sobre Cuidados/Tratamento

O aspecto do cuidado diz respeito a algo meditado, pensado e refletido (MICHAELIS, 2011), que pode ser construído cotidianamente a partir de interações que envolvem relações (ALMEIDA FILHO, 2011). Configura-se como um dos atributos necessários à sobrevivência da espécie humana e possui dimensão social, implícita na interação entre sujeitos, numa relação de ajuda (CONTATORE *et al.*, 2017), sendo considerado como expressão de apoio social intenso (FINE, 2005).

A questão do tratamento se refere ao lidar, administrar e manejar (MICHAELIS, 2011), remetendo a uma ação especializada que se ocupa de algo com o intuito de resolvê-lo. Envolve um conjunto de estratégias que objetivam a mudança de determinada condição geralmente identificada por diagnóstico, a partir de procedimentos objetivos e protocolares e, por este motivo, é considerado parte da atividade médica especializada (SCOTT *et al.*, 2000).

As formas de cuidado possuem dimensões diversas e guardam estreita relação com os modelos de assistência em saúde. A perspectiva da “*abordagem pragmática*” está relacionada ao modelo biomédico e se pauta na racionalidade médica científica, orientada por um maior intervencionismo em geral. Assim, o cuidado está relacionado ao tratamento padronizado e voltado para as doenças segundo a avaliação dos riscos e com menor preocupação com as singularidades (AMARANTE & NUNES, 2018).

A abordagem na perspectiva da “*Clínica Ampliada e Compartilhada*” contempla, de forma mais ampla, as necessidades dos sujeitos e reconhece, além da intervenção clínica, sujeito e contexto como objetos do saber em saúde (AMARANTE & NUNES, 2018). O cuidado, então, passa a considerar a singularidade dos sujeitos ou coletividades e está em maior consonância com o conceito de saúde, que além da

ausência de doença, envolve bem-estar físico, mental e social (OMS, 1946).

Dessa forma, o cuidar, além de se constituir como um horizonte normativo para as práticas de saúde, é uma categoria-chave para abrir novos diálogos do campo de conhecimentos, saberes e práticas, possibilitando a ações que viabilizem uma política pública em defesa da vida (AYRES, 2004). Nessa concepção, as estratégias são voltadas para as necessidades do sujeito de forma integral (CAMPOS, 2007) e o bem-estar social está no centro da definição de cuidado (SORJ, 2014). Além disso, para que as ações de cuidado sejam exitosas, torna-se fundamental a articulação em rede (SILVA, 2015), uma vez que, de forma fragmentada, não são capazes de contemplar a integralidade dos sujeitos.

### Cuidados/Tratamento – Álcool, Tabaco e outras Drogas

As orientações relacionadas aos cuidados/tratamento direcionados às pessoas que usam/abusam e/ou com transtornos decorrentes do álcool, tabaco e outras drogas acompanharam, ao longo do tempo, as perspectivas de saúde, passando do modelo biomédico com atendimento, mais centrado nas pessoas que usam drogas, ao modelo biopsicossocial que considera a percepção social do consumo de drogas e seus impactos enquanto processo (BRASIL, 2003).

O crescimento do consumo abusivo dessas substâncias nas últimas décadas se constitui como um imenso desafio para as sociedades, o qual exige a articulação das ações das diferentes políticas públicas para minimizar as consequências de possíveis agravos à saúde (OMS, 2019; BRASIL, 2015). Nesse sentido, tem ficado cada vez mais evidente que tratar a questão do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas implica incluir na discussão questões orgânicas e psicológicas, aspectos sociais, políticos, econômicos, legais e, sobretudo, culturais, inerentes a esse fenômeno (OCCHINI & TEIXEIRA, 2006). A



compreensão de tais aspectos ampara a discussão acerca dos cuidados/tratamento, principalmente em relação à sua eficácia e às demandas que emergem nas sociedades.

*Orientações Internacionais sobre Cuidados/ Tratamento direcionados às pessoas que usam/abusam e/ou com quadro de dependência de álcool, tabaco e outras drogas*

### **Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime e Organização Mundial da Saúde**

O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), em conjunto com a Organização Mundial da Saúde (OMS), publicou o documento “Padrões Internacionais para o Tratamento de Transtornos por Uso de Drogas”, com o objetivo de apoiar políticas, estratégias e intervenções de tratamento com base em evidências científicas e éticas. A iniciativa, que considera implicações de saúde, socioeconômicas e de segurança do uso de drogas e transtornos relacionados, visa contribuir para a adoção de estratégias integradas, recomendando o diálogo intersetorial para o desenvolvimento de serviços que abordem os transtornos por uso de drogas de forma pragmática, científica e humanitária, em diferentes setores (UNODC-WHO, 2018).

O referido documento, elaborado num esforço conjunto entre UNODC e OMS, considera que:

- Os transtornos por uso de drogas podem ser tratados de forma eficaz, com a utilização de uma

variedade de métodos farmacológicos e intervenções psicossociais.

- A função do tratamento é melhorar a saúde e a qualidade da vida dos sujeitos e sociedades.
- Existem diversos serviços que podem ofertar suporte, salientando que além de tratamento para transtornos por uso de substâncias, devem ser ofertadas intervenções de suporte social e proteção, reforçando a importância da intersetorialidade e do trabalho em rede.
- Os objetivos apresentados para o tratamento incluem parar ou reduzir o uso de drogas, melhorar a saúde, o bem-estar e o funcionamento social do indivíduo afetado, prevenir danos futuros, diminuindo o risco de complicações e recaídas.

Dentre os serviços direcionados às pessoas que usam/abusam de álcool e outras drogas e/ou pessoas com transtornos por uso de substâncias, os padrões internacionais destacam: tratamento hospitalar e ambulatorial, tratamento médico e psicossocial (incluindo o tratamento de álcool e outros transtornos por uso de substâncias, bem como outros transtornos psiquiátricos ou comorbidades de saúde física), serviços em ambientes não especializados e tratamento ou reabilitação residencial ou comunitário de longo prazo. O conjunto desses dispositivos deve estar disponível e acessível, em ambientes urbanos e rurais, com amplo intervalo de horário de funcionamento e tempo mínimo de espera, minimizando as possíveis barreiras que limitam o acesso (UNODC-WHO, 2018).

Em conformidade com os padrões internacionais, os serviços não devem apenas oferecer tratamento para transtornos por uso de substâncias, mas também suporte social e proteção, bem como acesso a atendimento médico geral. As intervenções devem ser baseadas em evidências e atender aos padrões de cuidados, em consonância com a Declaração Universal dos Direitos Humanos e com as convenções de autonomia pessoal e promoção da segurança individual e social.

As avaliações que subsidiaram o manuscrito em questão demonstram que tratamentos realizados, tanto em ambientes ambulatoriais quanto comunitários, podem ser eficazes para os casos de transtornos por uso de substâncias. A indicação é que, desde que as abordagens sejam baseadas em evidências, o tratamento ambulatorial seja, em geral, a primeira escolha, sobretudo na perspectiva de saúde pública. Além disso, explicita que podem ser necessárias intervenções com foco na atenção hospitalar

e/ou residencial, destacando que quaisquer tipos de cuidados ou tratamento dispensados nestas modalidades devem ser amparados por uma avaliação individualizada que considere, além do transtorno por uso de substâncias, outras questões de saúde e problemas sociais adicionais.

O documento sistematizado pelo UNODC e OMS evidencia ainda a necessidade de avaliação dos serviços e demandas para a distribuição e otimização dos recursos. Um aspecto importante destacado como uma das principais barreiras no tratamento se refere ao estigma e à discriminação praticados contra pessoas que usam/abusam de álcool e outras drogas. Neste sentido, ele sugere a união de esforços de diferentes áreas para sensibilizar, promover atitudes não estigmatizantes e abordar a discriminação estrutural. Ademais, para implementar intervenções políticas abrangentes, equilibradas e centradas nas pessoas, realça a importância de intervenções destinadas a aumentar a autoeficácia e

**QUADRO 1** Intervenções sugeridas em diferentes tipos de serviço, de acordo com edição revisada dos Padrões internacionais para o tratamento de transtornos por uso de drogas, que incorpora resultados de testes de campo (UNODC-WHO, 2018).

| TIPOS DE SERVIÇO  | INTERVENÇÕES   |
|---|--|
| Cuidados comunitários informais   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Intervenções de extensão, grupos de autoajuda e gestão de recuperação, apoio informal por meio de amigos e familiares.</li> </ul>   |
| Serviços de atenção primária à saúde  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Triagem, intervenções breves, encaminhamento para tratamento especializado em transtorno do uso de drogas.</li> <li>● Apoio contínuo a pessoas em tratamento / contato com serviços especializados de tratamento de drogas.</li> <li>● Serviços básicos de saúde, incluindo primeiros socorros, tratamento de feridas.</li> </ul>             |
| Bem-estar social geral  | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Moradia / abrigo, alimentação, apoio / suporte social.</li> <li>● Encaminhamento para serviços especializados, conforme necessário.</li> </ul>  |
| Serviços especializados de tratamento   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Avaliação, plano de tratamento, gestão de caso, gerenciamento de desintoxicação / retirada, intervenções psicossociais, tratamento assistido por medicação, prevenção de recaídas e gerenciamento de recuperação.</li> </ul>  |
| Outros serviços especializados (de saúde)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Intervenções de especialistas em serviços de saúde mental (incluindo serviços psiquiátricos e psicológicos), em outras áreas médicas (conforme necessidade, incluindo tratamento de doenças infecciosas como HIV, hepatite C e tuberculose) e cuidado odontológico.</li> </ul>  |
| Serviços especializados de assistência social                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Apoio familiar e reintegração, programas de treinamento / educação vocacional, geração de renda / micro-créditos, planejamento do tempo de lazer e gerenciamento de recuperação.</li> </ul>   |
| Serviços residenciais de longo prazo para pessoas com transtornos por uso de drogas | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Habitação, treinamento vocacional, ambiente protegido, treinamento de habilidades para a vida, suporte terapêutico contínuo, encaminhamento para serviços ambulatoriais / de gerenciamento de recuperação.</li> <li>● Programa residencial para tratar de transtornos de uso de drogas graves ou complexos e condições comórbidas.</li> </ul> |

capacitar as pessoas, como grupos de ajuda mútua (LIVINGSTON *et al.*, 2012; CORRIGAN *et al.*, 2017). As intervenções sugeridas sobre Padrões Internacionais para o Tratamento de Transtornos por Uso de Drogas estão apresentadas no Quadro 1.

Dadas às necessidades diversas e múltiplas das pessoas que usam/abusam de álcool, tabaco e outras drogas, os Padrões Internacionais manifestam que, o ideal seria a oferta de uma ampla gama de serviços médicos, sociais, dentre outros, em uma única instalação, o que chamam de “balcão único”, a fim de evitar barreiras de acessibilidade. Porém, reconhecendo que esta proposta não é compatível com a dinâmica da maioria dos territórios, foi proposto o modelo de abordagem de rede de tratamento com base na comunidade (UNODC, 2014).

Os princípios-chave desse modelo incluem:

- Um *continuum* de cuidados de extensão, suporte básico e a redução de problemas de saúde e sociais, relacionados ao tratamento do uso de drogas, assim como a reinserção social, sem as dificuldades muitas vezes estabelecidas nos serviços considerados “porta para entrada”.
- Estreita colaboração entre a sociedade civil, aplicação da lei / sistema de justiça criminal, saúde e setores de assistência social.
- Interrupção mínima dos vínculos sociais e do emprego, de acordo com o possível.
- Integração do tratamento de transtornos por uso de drogas nos serviços sociais e de saúde existentes.
- Prestação de serviços na comunidade – o mais acessível possível para pessoas que usam/abusam de álcool, tabaco e outras drogas.
- Envolvimento e construção de recursos e ativos da comunidade, incluindo as famílias.
- Participação das pessoas que usam/abusam e/ou com dependência de álcool, tabaco e outras

drogas, famílias e a comunidade em geral no planejamento e na prestação do serviço.

- Provisão de intervenções baseadas em evidências e sensíveis ao gênero.
- Participação informada e voluntária no tratamento.
- Abordagem abrangente com uma perspectiva de recuperação que leve em consideração várias necessidades (saúde, família, educação, emprego, habitação).
- Aceitação de que a recaída é parte do processo de tratamento e que os indivíduos podem acessar novamente serviços de tratamento.
- Respeito aos direitos humanos e dignidade, incluindo confidencialidade.
- Abordagem do estigma e da discriminação associados aos transtornos por uso de drogas.

Os Padrões Internacionais (UNODC-WHO, 2009 e 2016) explicitam ainda a importância do que chamam de “manejo da recuperação”, considerando a recuperação como um processo contínuo, onde indivíduos, famílias e comunidades utilizam recursos internos e externos para lidar com problemas associados ao uso/abuso de álcool e outras drogas. Portanto, é fundamental trabalhar as vulnerabilidades contínuas dos sujeitos, a fim do desenvolvimento de uma vida saudável e produtiva (WHITE, 2007). Nesse modelo, a recuperação é um objetivo final em cada estágio do que seria o tratamento permanente, dentro de uma lógica de constância dos cuidados.

### **Cuidados/Tratamento direcionados às pessoas que usam/abusam e/ou com quadro de dependência de álcool, tabaco e outras drogas no Brasil**

No Brasil, Cuidados/Tratamento das pessoas que usam/abusam e/ou com quadro de dependência química de álcool, tabaco e outras drogas são

abordados, atualmente, pelas Políticas de Saúde do Sistema Único de Saúde – SUS e pela Política Nacional sobre Drogas, explicitadas a seguir.

### As Políticas de Saúde do SUS

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as questões afetas ao uso/abuso de álcool tabaco e outras drogas são tratadas pelo Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Saúde Mental, instituída pela Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2001), e da Política Nacional de Controle do Tabagismo.

Ambas as políticas são amparadas nas diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (BRASIL, 2003), constituída por um conjunto de estratégias para a produção de saúde, destacando a importância da atenção integral como forma de maximizar a saúde de indivíduos e coletividade, baseando-se no conceito ampliado de saúde e apoio às intervenções pautadas na intersectorialidade das políticas públicas. Essas políticas são regionalizadas. No âmbito estadual, são instituídas por meio de resoluções/deliberações.

A garantia do acesso e direito à assistência integral aos serviços de saúde mental do SUS às pessoas que usam/abusam e/ou com quadro de dependência foi definida pela Lei 10.216/ 2001 (BRASIL, 2001).

No ano de 2004, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 2.197, que dispõe sobre a redefinição e ampliação da atenção integral para pessoas que usam/abusam e/ou com quadro de dependência de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, estabeleceu que o Programa de Atenção Integral a esse público fosse integrado principalmente por componentes da atenção básica, nos Centros de Apoio Psicossocial em Álcool e outras Drogas – CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades extra hospitalares especializadas e da atenção hospitalar de referência, assim como por componentes da rede de suporte social como as associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil, consideradas então como complementares à rede de serviços disponibilizados pelo SUS (BRASIL, 2004b).

Nessa perspectiva, a lógica dos cuidados aos usuários é de base comunitária, visando a atuação no próprio território e ampliando o processo aos familiares e às questões de âmbito social (BRASIL, 2002, 2003 e 2005).

No que se refere ao suporte hospitalar, por meio de internação, esse é indicado de acordo com critérios clínicos bem definidos, como situações de urgências e emergências, relacionadas a crises de abstinência de álcool, tabaco e outras drogas. Tem caráter de curta duração, até a estabilidade clínica do paciente, e é realizado com intermédio do CAPS, visto que a lógica de cuidados em saúde preconiza que os serviços da rede realizem contrarreferência e articulação.

Importante observar que o Art. 4º da Lei nº 10.216/2001 preconiza que:

*“Art. 4º – A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes.*

*§ 1º – O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.*

*§ 2º – O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.*

*§ 3º – É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.”*

Em 2005, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.028, a qual determina a utilização de ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência (BRASIL, 2005). A estratégia de redução de danos é incorporada às ações do cotidiano, no que se refere aos cuidados em saúde



(BRASIL, 2015), além dos mecanismos e estratégias de fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e serviços sociais, como modo de enfrentamento coletivo às situações ligadas a esse problema (BRASIL, 2004a).

Nesse contexto, o SUS vem consolidando a implantação da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Decreto nº 7.508/11), que busca estratégias integradas para responder às necessidades dos cidadãos, em parceria com outras redes intra e intersetoriais.

A RAPS tem como uma de suas diretrizes o desenvolvimento da lógica de cuidados centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substância psicoativas. Um dos objetivos da RAPS é a vinculação das pessoas, em sofrimento/transtorno mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e de suas famílias, aos seus pontos de atenção.

Dentre os recursos e estratégias de cuidados que fazem parte da clínica de reabilitação psicossocial ofertada às pessoas com necessidades decorrentes do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas na RAPS estão o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o trabalho com famílias e a redução de danos (BRASIL, 2011).

De acordo com o Guia Estratégico de Cuidado em Álcool e Outras Drogas/2015, do Ministério da Saúde (MS), as perspectivas de cuidados devem ser norteadas pelos seguintes aspectos: a questão do uso de substâncias psicoativas requer respostas intersetoriais; a redução de danos requer estratégia de gestão de cuidados; a preconização de ações voltadas para promoção, prevenção, tratamento e reabilitação social com foco em superar o senso comum sobre os usuários de drogas e o fortalecimento da autonomia dos usuários para o exercício de sua cidadania (BRASIL, 2015).

## **Política Nacional de Controle do Tabagismo – PNCT**

Desde o estabelecimento da Política Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), a implementação de ações intersetoriais direcionadas ao controle do tabaco favoreceram uma significativa redução do percentual de fumantes no país, passando de 34,8% em 1989 (BRASIL, 2004) para 9,8% em 2019 (BRASIL, 2020). O sucesso das políticas de controle do tabagismo é resultado do reconhecimento dos malefícios do fumo e de uma mudança cultural profunda.

Atualmente, o PNCT é de coordenação do Instituto Nacional do Câncer (INCA), em parceria com outros órgãos do Ministério da Saúde e secretarias de saúde e educação de estados e municípios. Dentre suas principais ações estão a promoção de ambientes livres de fumo e implantação do tratamento do fumante na rede SUS.

O tratamento do tabagismo é oferecido em mais de 4 mil unidades de saúde distribuídas pelo Brasil, a maioria (91%) na Atenção Primária, que se constitui como a porta de entrada do SUS. Entre 2005 e 2016, quase 1,6 milhão de brasileiros realizou o tratamento de cessação do tabaco na rede pública de saúde, segundo o INCA. Além disso, a população conta, desde 2001, no âmbito do Ministério da Saúde, com um serviço telefônico nacional para tirar dúvidas, cujo número (Disque Saúde 136) deve estar obrigatoriamente estampado no rótulo frontal de todos os maços de cigarros, em conformidade com a legislação em vigor no estado brasileiro.

O Programa, que também busca atuar com o Ministério da Educação, passou recentemente a contar com a participação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, com o intuito de promover a inclusão de ações de controle do tabagismo nos planos de saúde (PORTES *et al.*, 2018).

## **Política Nacional sobre Drogas (Lei 11.343/2006, Decreto nº 9.761/2019 e Lei 13.840/2019)**

Desde 2006, o Governo Federal tem proposto novos contornos à Política Nacional sobre Drogas.

A Lei 11.343/2006 instituiu o Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas – SISNAD, com a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas à prevenção, à atenção, à reinserção social de usuários e dependentes de álcool e outras drogas, à repressão, à produção não autorizada e tráfico ilícito de drogas.

Em 2019, foram apresentadas novas perspectivas, com especial referência nos três marcos descritos a seguir:

1. Separação, no âmbito do Governo Federal, das áreas de repressão ao tráfico e de prevenção do uso de álcool e outras drogas, tratamento/cuidados e reinserção social e produtiva, com a manutenção da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) no Ministério da Justiça e a criação, no âmbito do Ministério da Cidadania, da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED).
2. Publicação do Decreto nº 9.761/2019, que institui a nova Política Nacional sobre Drogas.
3. Sanção da Lei 13.840/2019, que altera a Lei 11.343/2006 e dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e sobre o financiamento das políticas sobre drogas.

Em seu Art. 23-A, a Lei nº 13.840/2019 determina que o tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser ordenado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, incluindo, excepcionalmente, formas de internação em unidades de saúde e hospitais gerais nos termos de normas dispostas pela União, articuladas com os serviços de assistência social e em etapas.

A mesma legislação define diretrizes norteadoras para atuação das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, na perspectiva do “Cuidados/Acolhimento”, a saber:

- I. Adesão e permanência voluntárias, formalizadas por escrito, entendidas como etapa transitória para a reinserção social, familiar e econômica da pessoa acolhida;
- II. Ambiente residencial de caráter transitório, propício à formação de vínculos, com a convivência entre os pares;
- III. Programa de Cuidados/Acolhimento baseado em evidências científicas;
- IV. Promoção do desenvolvimento pessoal, focado no acolhimento de pessoas em situação de vulnerabilidade em razão de agravos à saúde e danos sociais decorrentes do uso/abuso e/ou dependência química em álcool, tabaco e outras drogas.

## **Marcos legais e diretrizes da Política Estadual sobre Drogas**

### **A perspectiva da Secretaria Estadual de Saúde – SES**

As questões relacionadas aos cuidados em saúde mental direcionados às pessoas que usam/abusam e/ou com quadro de dependência de álcool, tabaco e outras drogas, sob a gestão da Secretaria de Estado de Saúde (SES), por intermédio da Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PESMAD), são orientadas pelas legislações destacadas a seguir:

- Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
- Lei Estadual nº 11.802/1995 bem como a Política Estadual de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (PESMAD), instituída pela Resolução SES/MG nº 5.461/2016, preconizam que os cuidados em saúde mental às pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool

e outras drogas devem ser realizados nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de referência do município.

Nesse sentido, a oferta de assistência em saúde mental à população é realizada de acordo com sua demanda, respeitando a singularidade e autonomia do usuário na construção e responsabilização pelo seu processo de cuidados. Tal oferta deve ser realizada no território, com o compartilhamento do cuidado entre as equipes da Atenção Primária à Saúde e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), por meio de discussão de casos em conjunto entre os envolvidos no Projeto Terapêutico Singular (PTS), prioritariamente através do apoio matricial (MINAS GERAIS, 2016).

A PSMAD considera a redução de danos como estratégia de saúde pública pautada na ética dos cuidados, que visa diminuir as vulnerabilidades de risco social, individual e comunitário decorrentes do uso/abuso de drogas, devendo ser adotada como instrumento de trabalho de profissionais dos diversos serviços da RAPS e construída junto com o usuário, em alinhamento com os objetivos e metas do tratamento pactuados (MINAS GERAIS, 2016).

Dentre os serviços da RAPS, destaca-se o papel fundamental da Atenção Primária à Saúde (APS), cuja responsabilidade é desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos pacientes com transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidados para pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

As equipes de Consultório na Rua fazem parte da APS. São compostas por multiprofissionais que atuam de forma itinerante, ofertando ações e cuidados em saúde, considerando as diferentes necessidades das pessoas em situação de rua.

Atualmente, em Minas Gerais, as equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde estão em todos os 853 municípios. Isso significa dizer de uma cobertura de 80,57% da estratégia Saúde da Família e 89,07% de cobertura da Atenção Básica tradicional à população mineira.

Dentre os serviços especializados da RAPS, destacam-se:

- 383 Serviços especializados (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS), presentes em todas as 89 microrregiões de saúde. Os CAPS funcionam continuamente, de porta aberta, atendendo toda a população, usuários com sofrimento mental e aqueles que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas;
- 44 destes serviços especializados ofertam retaguarda/leito noturno;
- 66 são na modalidade Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e Outras Drogas – CAPS AD: serviço de atenção diária, voltado para o tratamento dos usuários em relação ao uso de drogas e também reinserção familiar, social e comunitária. Propõe uma lógica de cuidados em saúde que perpassa pelo acolhimento, estratégias diversas diante do sofrimento, considerando os determinantes sociais da saúde, nos quais estão relacionadas as condições em que uma pessoa vive e trabalha.

Na atenção hospitalar, o Estado de Minas Gerais conta com 381 leitos de saúde mental em hospital geral e 554 leitos em hospital psiquiátrico.

Considerando as diretrizes de ampliação e fortalecimento da rede do Estado, a Política Hospitalar Valora Minas, instituída pela Resolução nº 7.225/2020, prevê o fomento de 522 leitos de saúde mental em hospital geral, visando ampliar a oferta em assistência à saúde às pessoas com transtorno mental e/ou que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Além disso, a Resolução nº 7.412/2021 instituiu incentivo financeiro de custeio, destinado à implantação de serviço hospitalar de referência (leitos de saúde mental em hospital geral) da RAPS, dialogando com a Política Hospitalar Valora Minas, onde serão fomentados 150 leitos. Dessa forma, o Estado está ampliando a oferta de leitos de saúde mental em hospital geral, considerando os vazios assistenciais das microrregiões de saúde que irão contribuir com a oferta, fortalecimento e qualificação

da assistência de leitos, de acordo com a lógica de territorialização do SUS.

No que se refere ao uso do tabaco, a SES desenvolve, anualmente, junto aos municípios, campanhas de controle do tabagismo.

O trabalho desenvolvido pela SES tem como premissa que os cuidados direcionados às pessoas com transtorno mental e/ou necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool, tabaco e outras drogas devem ser pensados de maneira ampliada, considerando diferentes determinantes como fatores sociais, econômicos, culturais, dentre outros.

### **Política Estadual sobre Drogas – Subsecretaria de Políticas sobre Drogas (SUBPOD)**

A atuação da SUBPOD se dá a partir de três eixos, a saber: Prevenção do Uso/Abuso de Álcool, Cuidados/Tratamento e Reinserção Social e Produtiva.

No que se refere ao eixo cuidados/tratamento voltado às pessoas com transtornos decorrentes do uso/abuso e/ou dependência de substâncias psicoativas, a SUBPOD reconhece o conjunto de dispositivos e estratégias, previstas em diferentes marcos legais em vigor no país e fundamentados em evidências científicas.

Isso significa dizer da relevante atuação dos equipamentos/dispositivos da área de saúde, como também dos trabalhos desenvolvidos pelos grupos de mútua ajuda, grupos de apoio e pelas organizações da sociedade civil, instituídos como complementares à rede de serviços de saúde, nos termos da Portaria nº 2.197/ 2004 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b).

Ressalte-se que a SUBPOD é responsável pela coordenação do Programa Governamental, de caráter contínuo, intitulado “Sistema Integrado de Políticas sobre Drogas”, por meio da sua Rede Complementar de Suporte Social na Atenção ao Dependente Químico, nos termos do Decreto nº 44.107/2005. A Rede em comento reúne Organizações da Sociedade

Civil – OSCs, as quais foram selecionadas por meio de Edital de Chamamento Público. Essas OSCs atuam em regime de colaboração com o Governo do Estado, em consonância com os eixos de atuação da Subsecretaria.

De 2017 até o ano de 2021, a Rede Complementar contou com 35 OSCs, sendo 28 de acolhimento temporário, em Comunidades Terapêuticas Acolhedoras; 4 de reinserção social e 3 de prevenção do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas.

Em 2021 foi publicado um novo Edital de Chamamento Público, visando ampliar a parceria do Estado com as OSCs e favorecer a democratização do acesso às perspectivas de cuidados/tratamento e de prevenção do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas.

Nesse cenário, o referido Edital visa a seleção de 79 OSCs, sendo 45 de acolhimento temporário e reinserção social e econômica e 34 de prevenção, contemplando, pelo menos, uma instituição em cada uma das 22 (vinte e duas) Regionais SEDESE.

A parceria da SEDESE/SUBPOD com as OSCs, que atuam no modelo de Comunidades Terapêuticas Acolhedoras – entendidas como entidades (pessoas jurídicas, sem fins lucrativos), e realizam acolhimento temporário, é fundamentada nas diretrizes preconizadas pelos marcos legais e documentos orientadores em vigor no país.

É importante destacar que as Comunidades Terapêuticas Acolhedoras devem:

- Atuar de forma integrada às redes locais de saúde, de assistência social, de educação, de trabalho e renda, de segurança pública, de esportes, de direitos humanos, dentre outras.
- Manter, de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 29/2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – MS, equipe multidisciplinar, com formação condizente com sua área de atuação, em período integral e em quantidade adequada.

- Contar com no mínimo, um responsável técnico, de nível superior, legalmente habilitado, durante o seu período de funcionamento, bem como um substituto com a mesma qualificação e carga horária de trabalho.

Registra-se ainda que o acolhimento em Comunidades Terapêuticas Acolhedoras só pode ocorrer:

- De forma voluntária, com manifestação do sujeito por escrito.
- Por meio de encaminhamento médico prévio, contendo avaliação clínica acerca da aptidão do sujeito para a modalidade de acolhimento temporário, em uma instituição dessa natureza.

Nos termos da Lei Federal nº 13.840/2019, a avaliação médica pode ser feita por qualquer médico com registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) ativo. Ressalte-se que, por entender a importância de intervenções em rede, a SUBPOD salienta a pertinência de uma avaliação psiquiátrica e odontológica, por um serviço público de saúde, de acordo com as possibilidades e a critério da pessoa a ser acolhida e seus familiares, como forma de favorecer melhor compreensão do sujeito e, conseqüentemente, maior assertividade das estratégias a serem desenvolvidas.

Importante ressaltar que a SUBPOD vem investindo e fortalecendo suas ações de acompanhamento, monitoramento e fiscalização do trabalho desenvolvido pelas Comunidades Terapêuticas Acolhedoras parceiras, visando assegurar o seu aprimoramento

sistemático, bem como a promoção, a defesa e a garantia dos direitos humanos das pessoas acolhidas.

Em relação à atuação das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras, a SUBPOD recomenda e reforça a importância do desenvolvimento de mecanismos de diálogo, aproximação e interlocução junto às diversas políticas de saúde, assistência social, trabalho e geração de renda, educação, esporte, cultura, segurança, dentre outras, de forma a potencializar o trabalho desenvolvido e assegurar a promoção, defesa e garantia dos direitos humanos e de cidadania das pessoas acolhidas, bem como de seus familiares.

*As orientações da Subsecretaria acerca de cuidados/tratamento são para que as abordagens sejam pautadas no suporte social, de caráter multidimensional, com o propósito de agregar benefícios físicos e mentais para a saúde dos sujeitos envolvidos. As estratégias e intervenções devem ser desenvolvidas a partir do olhar e da escuta do sujeito na sua integralidade, reconhecendo suas especificidades, bem como na perspectiva de um trabalho intersetorial e em rede, a qual deve ser plural, articulada, integrada e robusta, que permita construir repostas mais assertivas e potentes, possibilitando o envolvimento e responsabilização dos seus familiares e comunidade.*

Nesse sentido, a SUBPOD compreende que a dimensão dos cuidados/tratamento perpassa pela relação entre sujeito, profissionais envolvidos, família e comunidade, o que demanda intervenções interdisciplinares e integradas.

## Referências

1. ALMEIDA FILHO, N. O que é saúde? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
2. AMARANTE P, NUNES MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciênc. Saúde Colet. 2018; 23:2067-2074.
3. AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, Feb. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141432832004000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832004000100005&lng=en&nrm=iso).
4. BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União 2001.
5. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental – Relatório final. Brasília, 2002.
6. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

7. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
8. \_\_\_\_\_. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS e dá outras providências. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.
9. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed. em português, ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
10. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: a clínica ampliada. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
11. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer Coordenação de Prevenção e Vigilância. PREVALÊNCIA DE TABAGISMO NO BRASIL Dados dos inquéritos epidemiológicos em capitais brasileiras. Rio de Janeiro, 2004.
12. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão: documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006 e aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09 de fevereiro de 2006. Brasília: MS; 2007. (Série A-Normas e manuais técnicos).
13. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
14. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Organização Pan-Americana da Saúde. Pesquisa especial de tabagismo – PETab: Relatório Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
15. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória. Rio de Janeiro: INCA, 2012.
16. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia Estratégico de Cuidado em Álcool e Outras Drogas – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
17. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.
18. CAMPOS GWS. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Minayo C, *et al.*, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p.53-92.
19. CAMPOS GWS, AMARAL MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Cien Saúde Colet* 2007; 12(4):849-859.
20. CONTATORE OA, MALFITANO APS, BARROS NF. Care process in the health field: ontology, hermeneutics and teleology. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(62):553-63.
21. FINE M. Individualization, risk and the body: Sociology and care. *J Sociol*. 2005; 41(3): 247-66.
22. MICHAELIS. Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php>.
23. MINAS GERAIS. Decreto 44.306/2006. Institui a Política Estadual sobre Drogas, cria o Sistema Estadual Antidrogas e dá outras providências. Minas Gerais, 2006.
24. \_\_\_\_\_. Decreto 47.761/2019. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social. Minas Gerais, 2019.
25. OCCHINI, M., & TEIXEIRA, M. (2006). Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11, 229-236.
26. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Carta da Organização Mundial de Saúde, 1946. [citado 2009 out 18]. Disponível em <http://www.onuportugal.pt/oms.doc>.
27. PORTES LH, MACHADO CV. Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco: adesão e implantação na América Latina. *Rev Panam Salud Pública* 2015; 38(5):370-379.
28. PORTES LH, MACHADO CV, TURCI SRB. Trajetória da política de controle do tabaco no Brasil de 1986 a 2016. *Cad Saude Publica [Internet]*. 2018. 34(2). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2018000205012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018000205012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
29. SCOTT WR, RUEF M, MENDEL PJ, CARONNA C. Institutional change and health organizations: *from professional dominance to managed care*. Chicago: The University of Chicago Press; 2000.
30. SORJ B. Socialização do cuidado e desigualdades sociais. *Tempo Soc*. 2014; 26(1):123- 8.
31. UNODC. Normas Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas. Brasília, DF, 2014. Disponível em: [http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/UNODC\\_Normas\\_Internacionais\\_PREVENCAO\\_portugues.pdf](http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/UNODC_Normas_Internacionais_PREVENCAO_portugues.pdf).
32. UNODC-WHO. Joint Programme on Drug Dependence Treatment and Care. Austria, 2009. Disponível em: [https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/unodc\\_who\\_brochure\\_english.pdf?ua=1](https://www.who.int/substance_abuse/activities/unodc_who_brochure_english.pdf?ua=1).
33. UNODC-WHO International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders. Viena, 2018. Disponível em: [https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND\\_Sessions/CND\\_59/ECN72016\\_CRP4\\_V1601463.pdf](https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_59/ECN72016_CRP4_V1601463.pdf).

# 4. INVENTÁRIO DOS PRINCIPAIS PROGRAMAS, PROJETOS, SERVIÇOS E AÇÕES DESENVOLVIDOS PELOS DIFERENTES ÓRGÃOS DO EXECUTIVO ESTADUAL QUE GUARDAM RELAÇÃO COM A POLÍTICA ESTADUAL SOBRE DROGAS

## CORPO DE BOMBEIRO MILITAR DE MINAS GERAIS

Programa de Saúde Ocupacional – PSOBM

**Breve descrição:** Bianualmente, os bombeiros passam por uma avaliação de saúde, de acordo com a Resolução nº 640/ 2015. Nessa avaliação, dentre outros aspectos da condição de saúde, são utilizados o questionário de saúde mental e o questionário AUDIT- instrumento médico para rastreamento do uso/abuso de álcool. A partir da análise dos elementos identificados na avaliação, os bombeiros podem ser encaminhados para acompanhamento e/ou tratamento psicológico, psiquiátrico e/ou com outros profissionais, de acordo com as especificidades de cada caso.

**Objetivo:** Promover a higidez física e mental dos bombeiros, por intermédio do rastreamento precoce de agravos físicos e mentais.

E-mail: [cg.secretaria@bombeiros.mg.gov.br](mailto:cg.secretaria@bombeiros.mg.gov.br);  
Telefone: (31) 3915-7586

## POLÍCIA CIVIL DE MINAS GERAIS

Projeto Prevenção ao Tráfico de Drogas no Ambiente Escolar

**Breve descrição:** A Polícia Civil de Minas Gerais, por meio do Departamento Estadual de Combate ao Narcotráfico (DENARC) realiza palestras educativas, de caráter pedagógico, em escolas públicas e privadas, visando a prevenção ao tráfico de drogas no ambiente escolar e a identificação de fatores de risco.

**Objetivo:** Identificar os fatores de risco relacionados ao tráfico no ambiente escolar e fomentar a prevenção do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas.

E-mail: [coordenacao.denarc@policiacivil.mg.gov.br](mailto:coordenacao.denarc@policiacivil.mg.gov.br);  
Telefone: (31) 3236-8609

## POLÍCIA MILITAR DE MINAS GERAIS

Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD)

**Breve descrição:** Consiste em um esforço cooperativo estabelecido entre a Polícia Militar, a Escola e a Família, tendo como missão ensinar, aos estudantes,

habilidades para tomada de boas decisões, para ajudá-los a conduzir suas vidas de maneira segura e saudável.

**Objetivo:** 1) Desenvolver nos jovens estudantes habilidades que lhes permitam evitar influências negativas em questões afetas às drogas e violência, promovendo os fatores de proteção; 2) estabelecer relações positivas entre alunos e policiais militares, professores, pais, responsáveis legais e outros líderes da comunidade escolar; 3) abrir um diálogo permanente entre a “Escola, a Polícia Militar e a Família”, para discutir questões correlatas à formação cidadã de crianças e adolescentes.

E-mail: proerd@pmmg.mg.gov.br;  
Telefones: (31) 3916-7233/ 3916-7232

### **SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL – SUBSECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

---

Orientação e apoio técnico aos municípios

**Breve descrição e objetivo:** auxilia e apoia tecnicamente os municípios na organização dos serviços socioassistenciais de acordo com as legislações e normativas que regem a oferta dos Serviços de Proteção Social Básica e de Proteção Especial no SUAS, contribuindo, de forma indireta, no processo de fomento da Política Estadual sobre Drogas.

E-mail: assistencia@social.mg.gov.br; Telefones:  
(31) 3916-8049 / (31) 3916-8192 / (31) 3916-8054

### **SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL – SUBSECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS**

---

Diagnóstico das Juventudes de Minas Gerais 2020

**Breve descrição:** O Diagnóstico reúne dados e informações acerca de indicadores de diferentes políticas públicas, com foco na juventude.

**Objetivo:** Subsidiar a proposição de políticas públicas com dados e informações sobre o perfil da juventude mineira.

---

Sistema Estadual de Redes em Direitos Humanos

**Breve descrição:** O Sistema Estadual de Redes em Direitos Humanos (SER-DH) é uma ferramenta gratuita voltada para entidades governamentais e não governamentais que atuam em Direitos Humanos. Visa identificar e monitorar os casos de violência e de violações de direitos, bem como disseminar metodologias, projetos e ações de promoção, defesa e garantia dos Direitos Humanos. O SER-DH contempla cerca de 34 grupos temáticos, dentre os quais está “Pessoa com uso, abuso ou dependência de psicoativos e pessoa com codependência de psicoativos”.

**Objetivo:** Promover a integração e articulação das redes intersetoriais de políticas públicas e disseminar conhecimentos sobre Direitos Humanos.

E-mail: subdh@social.mg.gov.br; Telefones:  
(31) 3916-7292 / (31) 3916-7301 / (31) 3916-7299 /  
(31) 3916-7921

### **SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL – SUBSECRETARIA DE ESPORTES**

---

Academia ao Ar Livre e Kits Esportivos

**Breve descrição:** Com recursos de emendas parlamentares, a SEDESE, por meio da Subsecretaria de Esportes – SUBESP pode ofertar aos municípios mini-academias ao ar livre e kits de material esportivo, por meio de aquisição direta e/ou convênios.

**Objetivo:** Potencializar a prática de atividades físicas e desportivas envolvendo públicos de várias faixas etárias, com vistas à promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

---

Geração Esporte

**Breve descrição:** Projeto voltado para crianças e adolescentes de 6 a 14 anos, a ser ofertado no contraturno escolar, sob orientação de profissionais de educação física, a partir da seleção dos municípios por meio de edital.

**Objetivo:** Incentivar a prática de atividades físicas, esportes e lazer, com foco no desenvolvimento de capacidades motoras e habilidades socioemocionais.



---

## ICMS Esportivo

---

**Breve descrição:** A Lei nº 18.030/2009 dispõe sobre a distribuição da cota-parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS pertencente aos municípios mineiros. O critério “Esportes”, popularmente chamado de ICMS Esportivo, é um dos 18 (dezoito) critérios estabelecidos por essa Lei, pelo qual cada município participante recebe recursos de acordo com as atividades esportivas que realiza. O pré-requisito para participação no Programa é a comprovação do pleno funcionamento do conselho municipal de esportes. Ao fomentar a prática de esportes, a ação pode contribuir para o eixo de prevenção do uso/abuso do álcool, tabaco e outras drogas.

**Objetivo:** Fomentar e incentivar a organização e implementação de políticas públicas esportivas nos municípios mineiros, por meio da criação e manutenção de conselhos municipais de esportes e da realização de programas e projetos esportivos.

---

## Jogos Escolares de Minas Gerais

---

**Breve descrição:** É o maior programa esportivo-social do país. É desenvolvido em parceria com a Secretaria de Estado de Educação. Atualmente, a execução é de responsabilidade da Federação de Esportes Estudantis de Minas Gerais – FEEMG. O JEMG acontece em quatro etapas presenciais e uma etapa online. Conta com a participação de estudantes-atletas das redes de ensino público e privada, com idades entre 12 a 17 anos.

**Objetivo:** Valorizar a prática esportiva escolar e estimular o desenvolvimento da cidadania dos jovens estudantes-atletas, contribuindo para o fortalecimento do vínculo dos mesmos com a escola.

---

## Lei Estadual de Incentivo ao Esporte de Minas Gerais

---

**Breve descrição:** Trata-se de um mecanismo de fomento ao esporte, em que entidades sem fins lucrativos e prefeituras apresentam projetos esportivos à Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social. Quando o projeto for aprovado, poderá ser apoiado por empresas que pagam ICMS em Minas Gerais, que deixarão de pagar o valor equivalente em imposto. Ou seja, o Estado abre mão de percentual da receita com ICMS para investimento em projetos esportivos.

**Objetivo:** Fortalecer o desporto e paradesporto no Estado, por meio de esforço conjunto entre o governo de Minas Gerais, apoiadores e executores de projetos esportivos.

---

## Melhor Geração

---

**Breve descrição:** O Programa consiste na criação de núcleos de atividade física nos municípios selecionados por meio de edital, onde são promovidas variadas atividades físicas, para pessoas de ambos os sexos e acima de 60 anos. É ofertada a capacitação aos profissionais envolvidos na plataforma do Observatório do Esporte. De início, o Programa contemplará municípios mineiros da Regional de Teófilo Otoni.

**Objetivo:** Estimular a prática de atividade física junto à pessoa idosa, visando a melhoria de sua qualidade de vida, em parceria com Centros de Saúde, Núcleos de Apoio à Família – NASF, Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, dentre outros equipamentos e serviços.

---

## Núcleos de Fomento ao Paradesporto

---

**Breve descrição:** O Programa consiste na criação ou ampliação de núcleos para a realização de atividades físicas e esportivas, voltadas para as pessoas com deficiência, a partir da seleção dos projetos por meio de edital.

**Objetivo:** Ampliar a participação das pessoas com deficiência nas políticas públicas esportivas, contribuindo no processo de inclusão e autonomia.

---

## Observatório do Esporte

---

**Breve descrição:** O Observatório do Esporte reúne indicadores sobre o esporte, permite o cadastramento gratuito de eventos esportivos, divulga oportunidades de aprimoramento profissional e projetos aptos ao apoio de empresas e de pessoas físicas, celebra conquistas de atletas mineiros em competições do Estado, do Brasil e do mundo e incentiva os cidadãos mineiros a opinarem sobre assuntos relevantes do esporte, por meio de ferramentas de diálogo.

**Objetivo:** Divulgar informações e conhecimentos sobre a temática, visando potencializar pesquisas e

parcerias com instituições de ensino superior; ofertar qualificação aos profissionais que atuam na promoção do esporte; oferecer espaços de diálogo entre formuladores e beneficiários dos serviços públicos e disponibilizar dados e informações que favoreçam a participação e o controle social sobre as políticas.

---

#### Semana do Conhecimento

---

**Breve descrição:** Em 2019, a Semana do Conhecimento abordou o tema Esporte de Rendimento. As atividades, desenvolvidas em plataformas de comunicação digital, foram direcionadas aos atletas de alto rendimento, treinadores, gestores esportivos e demais agentes ligados ao esporte.

**Objetivo:** Disseminar conhecimento e experiências sobre temas relevantes para quem atua no meio esportivo, envolvendo a questão do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas.

E-mail: subesp@social.mg.gov.br;  
Telefones: (31) 3915-4660; (31) 3915-6456

### SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL – SUBSECRETARIA DE TRABALHO E EMPREGO

---

#### Contrata MG

---

**Breve descrição:** O aplicativo Contrata MG foi desenvolvido para realizar a intermediação de diversos serviços autônomos de forma gratuita. Por meio do aplicativo, o profissional autônomo cadastra seus serviços, e o contratante realiza a busca e negocia diretamente com o prestador. Funciona como uma ponte que aproxima o trabalhador e os solicitantes, promovendo mais oportunidades de trabalho.

**Objetivo:** Intermediação entre a oferta e a demanda de oportunidades de serviços, contribuindo para que o trabalhador autônomo construa sua própria rede de contatos e clientes, aumentando as possibilidades de prestação de serviços e geração de renda para quem trabalha por conta própria.

---

#### Fomento à geração de renda dos públicos vulneráveis (convênios)

---

**Breve descrição:** Promove a geração de renda das famílias em Minas Gerais oportunizando a melhoria de condições de vida, trabalho, renda e acesso a políticas públicas por meio de iniciativas tais como: apoiar a organização e o desenvolvimento de Empreendimentos Econômicos Solidários de Catadores atuantes com resíduos sólidos; incentivo ao empreendedorismo; e criação de pontos fixos de comercialização.

**Objetivo:** Fomentar o trabalho e emprego para pessoas em condição de vulnerabilidade social, pobreza e extrema pobreza.

---

#### Núcleo de Inclusão Produtiva – Pop Rua

---

**Breve descrição:** Programa de inclusão produtiva para a população em situação de rua no Estado de Minas Gerais e a captação de parceiros e financiamento. Este programa está em fase de desenvolvimento.

**Objetivo:** Fomentar o acesso da população em situação de rua ao mundo do trabalho por meio da qualificação social e profissional para a inclusão socioprodutiva em posto de trabalho e/ou empreendimentos econômicos solidários.

---

#### Projeto Recomeço

---

**Breve descrição:** Atua na Educação Básica e Profissional, Proteção Básica e Empregabilidade, por meio da integração dos programas nas diversas áreas de governo, com vistas a fomentar empresas e o terceiro setor contratarem cidadãos registrados no CadÚnico.

**Objetivo:** Combate à pobreza e à extrema pobreza.

---

#### Qualifica-se

---

**Breve descrição:** Programa de fomento às ações referentes a competências profissionais e sociais voltadas ao cidadão. Estas ações são realizadas por meio de palestras, oficinas, workshops e/ou minicursos, destinadas, principalmente, aos jovens em situação de vulnerabilidade, que buscam os serviços oferecidos nas unidades dos SINEs, CRAS/CREAS e outros Órgãos/Instituições públicas do Estado e Municípios

para a inserção e/ou recolocação no mercado do trabalho.

**Objetivo:** Ampliar as oportunidades de geração de renda do trabalhador, por meio de (re)colocação em vagas de trabalho, pelo empreendedorismo e pela economia popular e solidária.

---

#### Selo Mineiro de Responsabilidade Social

---

**Breve descrição:** Iniciativas para promover o reconhecimento e incentivar a adoção de boas práticas de inclusão, gestão da diversidade e proteção aos direitos humanos realizadas por empresas e organizações do Estado de Minas Gerais em seu ambiente laboral e que são voltadas para a inserção produtiva de públicos que enfrentam situações de vulnerabilidade social, como mulheres, jovens, pessoas idosas, pessoas com deficiência, pessoas negras, imigrantes, entre outros.

**Objetivo:** Reconhecer e incentivar as boas práticas de inclusão e diversidade nas empresas mineiras.

E-mail: subte@social.mg.gov.br;

Telefones: (31) 3916-9019 / (31) 3916-9020 / (31) 3916-8271

### SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL – SUBSECRETARIA DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS

---

Acolhimento e orientação psicossocial às pessoas que usam/abusam e/ou com quadro de dependência de álcool, tabaco e outras drogas, bem como seus familiares, ofertado pelo Centro de Referências Estadual em Álcool e outras Drogas – CREAD

**Breve descrição:** Acolhimento e orientação psicossocial às pessoas que usam/abusam de álcool, tabaco e outras drogas, bem como seus familiares, realizado por equipe técnica qualificada.

**Objetivo:** Acolher demandas relacionadas ao uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas, assim como orientar quanto a dispositivos, modelos de tratamento e fluxos da Rede de Atenção Psicossocial.

---

#### Grupos de Orientação Familiar

---

**Breve descrição:** Grupos direcionados para orientação à família de pessoas que usam/abusam de

álcool, tabaco e outras drogas, com vistas a fornecer informações e orientações em como lidar com a dependência química. No contexto da pandemia da covid-19, os grupos estão funcionando em ambiente virtual, via ferramenta de whatsapp.

**Objetivo:** Fomentar a melhora nas relações familiares; sensibilizar os próprios familiares quanto ao aspecto emocional, permitindo que examinem atitudes ensejadoras de recaídas; propiciar meios para que os familiares sensibilizem o dependente/usuário para recuperação.

---

#### Grupos de Prevenção de recaídas

---

**Breve descrição:** Grupos reflexivos direcionados a pessoas que usam/abusam ou receberam diagnóstico de dependência de álcool e outras drogas, e se encontram em abstinência, independente de terem passado por algum tipo de tratamento. No contexto da pandemia da covid-19, os grupos estão funcionando em ambiente virtual.

**Objetivo:** Proporcionar autoconhecimento, auxiliar na identificação de fatores de risco para recaídas e o desenvolvimento de estratégias que as previnam, além de contribuir para a elaboração de um projeto de vida.

---

#### Orientação e assessoramento aos municípios

---

**Breve descrição:** Ofertar a transferência de conhecimento e orientação acerca das atividades realizadas pelo Centro de Referência em Álcool e outras Drogas e seus fluxos, assim como assessoramento técnico.

**Objetivo:** Facilitar e otimizar a atuação dos municípios e, junto aos mesmos, fornecer orientações baseadas em evidências científicas e auxiliar na adoção de estratégias de prevenção ao uso/abuso de álcool e outras drogas.

E-mail: creadmg@social.mg.gov.br;

Telefone: (031) 3273-6204

E-mail: supod@social.mg.gov.br;

Telefone: (031) 3915-5989

## SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

### Central de Acompanhamento de Alternativas Penais (CEAPA)

**Breve descrição:** Busca criar alternativas em um contexto de crescimento paulatino da população carcerária, sendo responsável pela materialização, monitoramento e acompanhamento das alternativas penais. Nos municípios, a atuação do Programa se dá em uma perspectiva intersetorial, que ocorre em colaboração com o Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública, contando sempre com a parceria das Prefeituras Municipais, Terceiro Setor e Sociedade Civil. As equipes de atendimento da CEAPA são compostas por profissionais com formação em Direito, Psicologia e Serviço Social, que trabalham de forma interdisciplinar.

**Objetivo:** Contribuir para o fortalecimento e consolidação das alternativas à prisão no Estado de Minas Gerais, pautando ações de responsabilização com liberdade.

### Programa de Inclusão de Egressos do Sistema Prisional (PrEsp)

**Breve descrição:** O Programa é desenvolvido por uma equipe de analistas sociais com formação em Psicologia, Serviço Social e Direito. O acompanhamento feito a egressos e seus familiares é realizado por meio de atendimentos individuais e grupos reflexivos, de caráter voluntário, que visam fortalecer capacidades e aptidões do público na sua relação com a família e a comunidade, considerando suas necessidades e seus direitos individuais, econômicos, sociais e culturais. Ao longo dos acompanhamentos, a equipe responsável e os atendidos avaliam e constroem juntos os melhores encaminhamentos para o enfrentamento de problemas, dificuldades e vulnerabilidades vivenciadas.

**Objetivo:** garantir o acompanhamento de homens e mulheres que retomam a vida em liberdade após experiência prisional, bem como seus familiares, buscando favorecer o acesso a direitos sociais e promover condições para sua inclusão social.

### Projeto de formalização e acompanhamento de parcerias voltado para atuação com indivíduos dependentes de álcool e outras drogas

**Breve descrição:** Realizar parcerias com instituições privadas e/ou profissionais autônomos que desenvolvem atividades em grupo com indivíduos privados de liberdade usuários e dependentes de álcool e outras drogas.

**Objetivo:** Formalizar parcerias que visam apoiar as pessoas com problemas de adicção às drogas através da interação entre os membros, compartilhamento de experiências e consequentemente viabilização de mudanças em outros contextos de vida.

### Projeto-Piloto de Capacitação de Profissionais da Penitenciária Feminina Estevão Pinto voltada para o manejo com indivíduos dependentes de álcool e outras drogas

**Breve descrição:** Capacitação de profissionais da saúde e da segurança atuantes na Penitenciária Estevão Pinto, em parceria com o Centro Estadual de Referência em Álcool e outras Drogas – CREAD, voltada para o manejo com indivíduos privados de liberdade usuários e dependentes de álcool e outras drogas.

**Objetivo:** Propiciar aos membros da equipe de saúde e equipe de segurança conhecimento sobre as interfaces sociais e econômicas que permeiam a questão do uso e abuso de álcool e outras drogas, conhecimento de técnicas e manejo para intervenção junto ao público-alvo.

E-mail: [supec@seguranca.mg.gov.br](mailto:supec@seguranca.mg.gov.br);  
Telefone: (31) 3915-5448

# 5. TEXTOS TEMÁTICOS RELEVANTES



## 5.1 Principais drogas utilizadas no Brasil

Carlos Tagliati<sup>2</sup>, Larissa Camila Ribeiro de Souza, Nathalia Stephanie Nascimento de Oliveira, Paloma do Rosário Vidal e Silva

| DROGAS | CARACTERÍSTICAS   |
|--------|---|
| Álcool | O álcool surgiu há cerca de 8.000 anos, porém tornou-se popular somente depois da revolução industrial. Foi proibido nos USA entre 1920 e 1933, época conhecida como lei seca. Atualmente, é legalizado em vários países e usado com frequência em festividades para promover a socialização. Segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID-UNIFESP), álcool é a substância mais usada por estudantes do ensino fundamental e médio, 60,5% dos entrevistados usaram durante a vida. Geralmente é usado por seu efeito de excitação, prazer e euforia; seu excesso pode levar a falhas na atenção, da memória, incoordenação motora, sonolência, perda de reflexos e do julgamento de realidade e até mesmo ao coma alcoólico. Seu uso crônico pode levar a repercussões em todo o organismo, como hipertensão, infarto, cirrose e predisposição aumentada para vários cânceres, como o de esôfago, estômago e fígado. Dados do CEBRID também mostraram que 15,4% dos estudantes utilizam o álcool combinado a alguma bebida energética. Essa combinação gera uma potencialização da excitação que, em conjunto, pode levar a uma arritmia cardíaca, podendo ser fatal. Por esses motivos, o consumo combinado ou isolado deve ser evitado ou diminuído. |

Continua

<sup>2</sup> Professor Titular de Toxicologia, Coordenador do ToxLab – Faculdade de Farmácia/ Universidade Federal de Minas Gerais

| DROGAS  | CARACTERÍSTICAS  |
|---------|--|
| Tabaco  | <p>Originado de uma planta em cujas folhas se encontra uma substância chamada nicotina, o cigarro de tabaco é uma das principais drogas lícitas do Brasil. A nicotina está presente nos cigarros e em todos os derivados do tabaco, como cachimbo ou charuto. Começou a ser utilizado aproximadamente no ano 1000 a.C., em sociedades indígenas para rituais religiosos. Tornou-se mais conhecido após o descobrimento das Américas, quando já era utilizado na região onde hoje é Cuba. A partir do século XIX foi utilizado em cachimbos como forma de reafirmação financeira, passando, a partir de sua popularização, a ser utilizado de forma recreativa.</p> <p>A nicotina presente no tabaco é absorvida nos pulmões e difundida para todo o corpo, sendo que ao alcançar o cérebro apresenta função estimulante, havendo elevação de humor e redução de apetite. Contudo, apresenta capacidade de gerar tolerância do usuário, isto é, para atingir um mesmo resultado a dose de uso precisa ser maior. Causa também dependência.</p> <p>Ao chegar no coração, a nicotina aumenta a pressão arterial e a velocidade de respiração. No estômago causa a redução de sua contração desfavorecendo a digestão. O uso contínuo de cigarro, com a ingestão constante de tabaco, gera doenças como pneumonia, diversos tipos de câncer, infarto do miocárdio, bronquite crônica, dentre outras enfermidades.</p>    |
| Maconha | <p>A maconha é uma droga extraída das plantas do gênero <i>Cannabis</i>. Existem registros de seu uso desde 3000 a.C. Era utilizada em diversos rituais religiosos por diversos povos, como os hindus. Passou a ser criminalizada no século XX em vários países. No Brasil, a proibição total ocorreu em 1938. Segundo dados do Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio, 5,9% relatam já ter feito uso de maconha alguma vez na vida. Os efeitos da maconha podem ser físicos, como olhos vermelhos, boca seca e batimentos cardíacos acelerados. Já os efeitos psíquicos iniciais são a calma e o relaxamento, que podem ser seguidos de euforia. Entretanto, alguns usuários podem sentir angústia, ficar aturdidas, trêmulos ou suando.</p> <p>Há ainda outros efeitos adversos relacionados ao uso, tais como impotência sexual; diminuição da capacidade de aprendizado e memorização e isso pode ser seguido de um quadro de falta de motivação, além da possibilidade do estado de dependência da droga. Alguns princípios ativos da maconha como o canabidiol e o tetra-hidrocanabidiol têm demonstrado ações terapêuticas para o tratamento de patologias como epilepsia, glaucoma, dor neuropática e esclerose múltipla, dentre outras. Porém, ainda há a necessidade de estudos de longo prazo com um maior número de pacientes.</p> |

| DROGAS                              | CARACTERÍSTICAS   |
|-------------------------------------|---|
| Cocaína (derivados – crack e merla) | <p>A cocaína é uma substância natural extraída das folhas do <i>Erythroxylum coca</i> e do <i>Erythroxylum novogranantense</i> espécies nativas da América do Sul. O hábito de mascar a coca era comum entre a nobreza Inca, entretanto, após o início da colonização das Américas o consumo entre os índios se popularizou. A cocaína pode ser encontrada em forma de pó, utilizada pela aspiração nasal, ou dissolvida em água para uso injetável, fumada sob a forma de pedra (chamada de crack) e sob a forma de base (conhecida como merla). É utilizada por seus efeitos estimulantes, que provocam grande euforia e uma intensa satisfação.</p> <p>Esses efeitos, no entanto, não são duradouros e rapidamente o indivíduo volta à realidade, ocasionando depressão e ansia por nova dose. Um levantamento realizado em 2018 apontou que no Brasil a taxa de consumo de cocaína era 2,2% entre a faixa etária de 15 a 59 anos, dos quais, 45% experimentaram a droga antes dos 18 anos. Os efeitos tóxicos ao organismo induzidos pela cocaína e seus derivados são náusea, ataque e alteração no ritmo cardíaco, dificuldade respiratória, dores no peito, ruptura do septo nasal, além de alucinação e psicose. O desenvolvimento de tolerância e dependência química tornam o abandono do consumo da droga um processo longo e dispendioso.</p> |
| Inalantes                           | <p>Os inalantes estão entre um grupo de substâncias utilizadas para causar alterações psicológicas momentâneas, visto que seu efeito é de curto prazo. O uso desse tipo de droga é datado desde o antigo Egito, até a Grécia antiga e o México pré-colonial. No Brasil, os inalantes mais conhecidos são a cola de sapateiro, o loló e o lança-perfume, que são mais utilizados por adolescentes. São as drogas mais consumidas por jovens em situação de rua e estudantes da rede pública de ensino, porém o uso de solventes também é feito pelos adolescentes de classes mais ricas.</p> <p>Quando utilizados, os inalantes primeiramente causam um momento de excitação e euforia, porém, logo após há um período de depressão psíquica, sendo que o indivíduo fica confuso e desorientado, e a continuação do uso pode causar sonolência intensa, convulsões, alucinações e intoxicação severa.</p>  |

| DROGAS        | CARACTERÍSTICAS  |
|---------------|--|
| Anfetamínicos | <p>A anfetamina é uma droga sintética que surgiu no século XIX e, inicialmente, era usada para aliviar a congestão nasal. Hoje, conhecida por ser estimulante, é apenas liberada para o uso terapêutico no Brasil na forma de medicamentos para o tratamento da obesidade e também para <i>déficit</i> de atenção e hiperatividade (TDH). Apesar disso, os medicamentos conhecidos como anfetamínicos ou anfetaminas são muito utilizados por caminhoneiros e outros motoristas, que as chamam de “rebite”; estudantes, que as conhecem como “bola”; ou pessoas que as usam com finalidade de emagrecimento. Isso porque as anfetaminas fazem com que as pessoas se sintam com mais energia e menos sono, conseguindo executar atividades por um tempo maior, além de causar a perda de apetite.</p> <p>Entretanto, são observados nos consumidores de anfetaminas efeitos como dilatação das pupilas, taquicardia e aumento da pressão sanguínea, sendo ainda mais perigosas para pessoas com problemas cardíacos. Em doses elevadas esses efeitos se acentuam, podendo ocorrer episódios de paranoias e alucinações. Já pessoas que interrompem o uso costumam se sentir deprimidas. Seu uso contínuo pode gerar o fenômeno de tolerância, sendo necessário que a pessoa consuma maior quantidade da droga para obter os mesmos efeitos.</p>   |
| Anfetamínicos | <p><b>Ecstasy:</b> Ecstasy é o nome popular dado à substância quimicamente identificada como 3,4-metilenodioximetanfetamina (MDMA). Conhecida entre os jovens como “bala”, “MD” ou “molly”. O MDMA pode ser comercializado em forma de comprimidos coloridos ou na sua forma mais pura, como cristais. É derivado da metanfetamina, apresentando propriedades estimulantes e alucinógenas. Foi sintetizado e patenteado pelo laboratório alemão Merck, em 1912, como inibidor do apetite, mas não se tornou comercialmente viável em razão dos efeitos adversos. O uso do ecstasy ganhou relevância a partir da década de 1990 em clubes noturnos e festas raves, ao som de música eletrônica. Atualmente, com o acesso facilitado às drogas, o MDMA deixou de ser uma substância popular somente entre as classes mais elevadas e está cada vez mais presente no cotidiano dos jovens brasileiros. Segundo o levantamento realizado em 2012 pelo CEBRID, a porcentagem de estudantes que já utilizaram MDMA alguma vez foi igual a 1,3%. Já nessa época, foi observado que a diferença de consumo entre alunos de escolas privadas e públicas não foi tão significativa quando comparada aos estudantes em geral. No entanto, quando analisadas somente as faixas etárias acima de 16 anos, o uso de MDMA foi maior entre estudantes de escolas privadas.</p> <p>O levantamento indica ainda que a utilização dessa substância é maior em grupos com mais de 16 anos do que entre estudantes de 10 a 15 anos. Em 2021, nove anos após a publicação do levantamento, é possível observar aumento na popularidade dessa droga. Para as autoridades encarregadas da repressão às drogas no Brasil, um dos alarmes que despertaram atenção foi o aumento substancial de apreensões desses sintéticos no país. Só no estado de São Paulo essas ações tiveram um crescimento de cerca de 360% no primeiro trimestre de 2019 em comparação ao mesmo período de 2018.</p> |



| DROGAS                  | CARACTERÍSTICAS  |
|-------------------------|--|
| Benzodiazepínicos       | <p>Os benzodiazepínicos são uma classe de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos que tiveram seu primeiro fármaco desenvolvido em 1955 e, atualmente, apresentam mais de 100 representantes comercializados no Brasil. O uso desses fármacos é voltado a pacientes sob acompanhamento psiquiátrico que geralmente apresentam quadros agudos de ansiedade, transtorno de humor, insônia, crises convulsivas e outras condições relacionadas. Esses medicamentos atuam no cérebro reduzindo a ansiedade e o estado de alerta e induzindo o relaxamento muscular e o sono. Entretanto, esse uso pode dificultar processos de aprendizagem e memória. Dentre os principais efeitos adversos, pode-se ressaltar a diminuição da atividade psicomotora, o que é preocupante, sobretudo em trabalhadores que operam máquinas pesadas ou veículos, por exemplo. Além disso, os benzodiazepínicos podem levar a prejuízo da memória e tontura, além de apresentarem risco de desenvolvimento de tolerância e dependência.</p> <p>Mesmo sendo controladas pelo Ministério da Saúde, existe o tráfico ilegal dessas substâncias, além de prescrições imprudentes de médicos, o que contribui para a banalização desses medicamentos. Um estudo de 1997 mostrou que os benzodiazepínicos estavam em 3º lugar entre as drogas psicotrópicas mais utilizadas por estudantes de dez capitais brasileiras de forma não médica. Seu uso é maior em mulheres e um estudo realizado em uma empresa privada no Chile revelou que 20% dos trabalhadores já tinham feito uso dessa classe de medicamentos.</p> |
| Drogas <i>high-tech</i> | <p>A denominação <i>high tech</i> refere-se a diversas drogas que surgiram nos últimos anos. São compostos sintéticos desenvolvidos em laboratórios, porém, nesse grupo são inseridas drogas como o ecstasy e produtos para uso veterinário dentre outros. Seus efeitos são potencializados durante a síntese, o que as tornam ainda mais prejudiciais à saúde do usuário. Os efeitos do uso podem ser desde alucinações (efeitos similares ao LSD) até surtos psicóticos e danos cerebrais fatais. A fabricação e o consumo delas são recentes, sendo o uso mais comum em festas e shows pelos jovens.</p>  |



## 5.2 Projeto “Drogas: o que você deve saber!”

Carlos Tagliati<sup>3</sup>, Larissa Camila Ribeiro de Souza<sup>4</sup>, Nathalia Stephanie Nascimento de Oliveira<sup>4</sup>, Paloma do Rosário Vidal e Silva<sup>4</sup>

O Projeto de Extensão desenvolvido pela Faculdade de Farmácia, da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, intitulado “Drogas: o que você deve saber!”, idealizado pelo Professor Doutor Carlos Tagliati, teve início em agosto de 1997 e representou, naquela ocasião, uma proposta pioneira no meio acadêmico.

O Projeto é desenvolvido por meio de palestras, com duração de 60 a 90 minutos, incluindo espaço para perguntas e diálogo, ministradas em escolas da rede pública de ensino, comunidades, igrejas, dentre outras instituições, por alunos da disciplina de Toxicologia Geral, sob a coordenação do Professor Doutor Carlos Tagliati.

*O objetivo é o de favorecer a democratização do acesso ao conhecimento técnico-científico em relação às principais drogas utilizadas no Brasil, com uma linguagem acessível que possibilite a sensibilização e compreensão do público-alvo do Projeto, a partir de uma abordagem educativa de promoção da saúde e da melhoria da qualidade de vida, como uma ferramenta de prevenção do consumo de drogas.*

Nessa perspectiva, além de favorecer a disseminação de informações baseadas em evidências científicas, o Projeto de Extensão “Drogas: o que você deve saber!” representa uma oportunidade para que os alunos do Curso de Farmácia da UFMG possam aplicar os conhecimentos trabalhados em sala de aula e atuarem como protagonistas junto à sociedade frente a um dos maiores problemas de saúde pública no mundo.

Com o advento da pandemia da covid-19 e com a definição de protocolos de segurança sanitária, o

Projeto necessitou buscar novos contornos e estratégias pedagógicas, passando atuar nas mídias sociais. Dessa forma, foi criado o Instagram **@SED\_UFMG**, por meio do qual são postados posts e vídeos educativos que podem ser acessados via Youtube.

O Projeto prevê ainda novas perspectivas, como o desenvolvimento de um aplicativo (app) gratuito, que possa atingir todo o Estado de Minas Gerais. A proposta é de um app interativo que permita ao usuário desenvolver habilidades socioemocionais e o conhecimento sobre o tema.

Além disso, o Projeto pretende realizar lives em ambiente virtual e ofertar cursos em plataforma Ead, direcionados a públicos específicos, como forma de ampliar o acesso às informações sobre as principais drogas consumidas no Brasil.

Ressalte-se que a UFMG é uma instituição acadêmica pública, cujos pilares são o ensino, a pesquisa e a extensão. Toda sua estrutura de funcionamento é mantida por intermédio dos impostos pagos pela sociedade.

Nesse sentido, acreditamos que Projeto de Extensão “Drogas: o que você precisa saber!” se constitui como uma relevante contrapartida da UFMG no enfrentamento do grave fenômeno do uso/abuso de drogas em Minas Gerais e no Brasil.

**Informações adicionais sobre o Projeto podem ser obtidas pelo endereço eletrônico: [sed.ufmg@gmail.com](mailto:sed.ufmg@gmail.com).**

3 Professor Titular de Toxicologia, Coordenador do ToxLab – Faculdade de Farmácia/ Universidade Federal de Minas Gerais

4 Colaboradoras do ToxLab – Faculdade de Farmácia/ Universidade Federal de Minas Gerais



### 5.3 Projeto “Um copo no corpo: a jornada do álcool no cérebro”

Ana Lúcia Brunialti Godard<sup>5</sup>

Dados da última edição da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), de 2015, mostraram que a idade média do primeiro episódio de consumo de álcool é de 12,5 anos. Outras pesquisas nacionais ainda apontam que 32% dos estudantes brasileiros com idades entre 14 e 18 anos relataram consumo no último ano e 8,9% dos estudantes entre 10 e 18 anos relataram consumo pesado no último mês. A PeNSE 2015 também apontou que 55,5% dos escolares do 9º ano do ensino fundamental (de 13 a 15 anos) reportaram experimentação, sendo mais comum entre os alunos de escolas públicas (56,2%) que de escolas privadas (51,2%), e que 21,4% dos escolares já sofreram algum episódio de embriaguez.

Pesquisa feita pelo IBGE com dez mil estudantes de ambos os sexos entre 13 e 17 anos mostra que um a cada quatro entrevistados já sabia o que era ficar bêbado. Mas, o que é “ficar bêbado”? Qual o efeito do álcool no cérebro do adolescente que ficou bêbado?

Além disso, já é sabido que jovens que começam a beber mais cedo têm mais chances de se tornarem dependentes do álcool quando adultos. Os que começam a beber aos 14 anos têm probabilidade quatro vezes maior de apresentar dependência alcoólica do que aqueles que iniciam o consumo após os 21 anos de idade.

O que fazer com esses números? Quanto mais cedo agir, melhor!

Adolescentes e jovens precisam saber quais são as consequências da bebida. É preciso dialogar sobre o assunto. É preciso “pôr a bebida na mesa” e falar sobre o tema, sem medo e sem tabu. Mas qual poderia ser o enfoque desse diálogo? Como atuar? Onde atuar? Com qual frequência atuar junto aos jovens?

Conversa sempre é bom. A interação com os jovens deve ser dinâmica e objetivar o aprendizado e fixação de uma mensagem clara e positiva. Nesse sentido, o grupo de pesquisa Genética Animal e Humana do ICB – UFMG propôs um trabalho interativo junto às escolas de forma a estabelecer um diálogo com os jovens sobre os efeitos do álcool no cérebro. A bebida alcoólica age de forma diferente em cada um e, após algumas doses, sobe à cabeça, inevitavelmente. Os efeitos variam, podendo deixar a pessoa mais desinibida, alegre, leve, corajosa ou, ainda, agressiva e depressiva.

Mas como o álcool pode causar esses efeitos? Para tratar deste assunto, o presente projeto de extensão elaborou como proposta levar conhecimento sobre os efeitos do álcool no cérebro sendo os adolescentes o público-alvo. Tendo como norte valores como a educação de qualidade, a saúde e bem estar da população, além da delicadeza e o tato que tratar desse assunto demanda, o objetivo do Projeto de extensão “Um copo no corpo: a jornada do álcool no cérebro” é informar, educar e desenvolver o pensamento crítico nos jovens realizando, dessa forma, um trabalho de prevenção no uso problemático do álcool.

A fim de dar maior enfoque à prevenção do uso problemático do álcool, o público-alvo são adolescentes que estão no final do Ensino Fundamental e no Ensino Médio, sendo as escolas os locais de realização das atividades. Didaticamente o Projeto foi dividido em duas partes: (1) Aplicação da dinâmica nas escolas do estado de Minas Gerais e (2) Oferecer a sequência didática como instrumento de formação continuada à disposição dos profissionais de educação e que permita a permanência da atividade na escola e, desta forma, tendo sua aplicação continuada junto aos jovens.

<sup>5</sup> Professora Titular do Departamento de Genética, Ecologia e Evolução – ICB-UFMG. Grupo de Pesquisa Genética Animal e Humana.

Foram elaborados quatro tipos de atividades: (1) O primeiro contato com os jovens se dá através de rodas de conversa, a qual pretende trazer o público para mais perto da comunidade científica e analisar suas impressões sobre o uso do álcool; (2) curta palestra informativa através do PowerPoint ou outro instrumento disponibilizado pela escola; (3) em seguida, de uma forma mais lúdica, os participantes são convidados a participar de jogos e brincadeiras que os remetem ao conhecimento adquirido na palestra; (4) por fim, o Projeto conta também com uma série de *pitches* que abordam o tema “álcool e seus efeitos no corpo e no cérebro”. O grupo de pesquisa Genética Animal e Humana do ICB – UFMG atuará como mediadores nas atividades e na elaboração das palestras, jogos e dinâmicas apresentadas ao público-alvo. Da mesma forma, os membros desse mesmo grupo de pesquisa, estará formando os educadores das escolas.

Para tanto, o grupo de pesquisa Genética Animal e Humana do ICB – UFMG elaborou o material do

projeto e que ficará disponível permanentemente nas escolas para as atividades: cartilha com os objetivos da atividade, passo-a-passo, instruções detalhadas sobre todo o material; apresentação no PowerPoint com todo seu detalhamento; maquetes do cérebro; jogo de tabuleiro; jogo da memória; *pitches*; link para contato e atualização da atividade; contato direto com a equipe responsável pelo desenvolvimento da atividade.

*Em síntese, projeto de extensão “Um copo no corpo: a jornada do álcool no cérebro” se caracteriza pelo seu papel no estabelecimento de um canal de comunicação e conhecimento entre os jovens e comunidade científica, promovendo a conscientização e prevenção no uso do álcool.*

**Informações adicionais sobre o Projeto de Extensão:** “Um copo no corpo: a jornada do álcool no cérebro”, podem ser obtidas pelo endereço eletrônico [brunialt@ufmg.br](mailto:brunialt@ufmg.br).



## 5.4 Programa Álcool e Saúde: tratamento online para usuários de álcool brasileiros

Laisa Marcorela Andreoli Sartes, do Departamento de Psicologia<sup>6</sup>

### Apresentação

A prevalência do consumo de álcool no Brasil, segundo o III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas, foi de 43%, sendo a prevalência da dependência no último ano de 3,5% (Bastos, Vasconcellos, Boni, Reis & Coutinho, 2017). Todavia, a oferta de tratamentos ainda é pequena, considerando que existiam, em 2009, apenas 1.912 instituições que oferecem tratamento especializado para esse problema. Ademais, os atendimentos gratuitos, fornecidos pelo Sistema Único de Saúde, cobriam apenas 57% do território brasileiro (DUARTE, STEMLIUK, & BARROSO, 2009).

Assim, a disparidade existente entre o número de pessoas que necessitam de tratamento pelo uso indevido de álcool e aqueles que de fato o recebem ainda é grande. A dificuldade de acesso ao tratamento é agravada para grupos tipicamente desfavorecidos devido ao isolamento geográfico, situação socioeconômica, estigma e falta de profissionais qualificados. As limitações com relação à viabilidade e acessibilidade do formato tradicional dos tratamentos para abuso de substâncias, muitas vezes, estão ligadas a dificuldades pragmáticas, como falta de recursos para pagamento de sessões particulares ou para transporte e ausência de instituição especializada para tratamento, indicando que as intervenções

<sup>6</sup> Professora da Universidade Federal de Juiz de Fora. Coordenadora do Programa Álcool e Saúde

presenciais são economicamente e geograficamente difíceis de serem sustentáveis e acessíveis a todos.

Nas últimas décadas, houve um aumento significativo do uso da internet. No Brasil, pesquisas indicam que 71% dos domicílios têm acesso à internet e 74% da população a utilizam (Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação, 2019). Dessa forma, o tratamento psicoterápico via internet surgiu como uma possibilidade, visto que estudos apontam a efetividade desses tratamentos para diversos transtornos (JOSEPHINE, JOSEFINE, PHILIPP, DAVID & HARALD, 2017; SIMBLETT, BIRCH, MATCHAM, YAGUEZ & MORRIS, 2017). Vários estudos vêm avaliando a efetividades das intervenções por internet para uso abusivo de álcool e outras drogas (KING, RICHNER, TULIAO, KENNEDY & MCCHARGUE, 2019; CANÇADO, 2017, ROOKE *et al.*, 2010). As intervenções online apresentam vantagens relacionadas a custo, tempo gasto e deslocamento, além de serem uma alternativa ao estigma negativo enfrentado pelos usuários (CONNERY ET AL., 2020; NORWOOD *et al.*, 2018). Questões importantes, considerando que indivíduos com problemas relacionados ao uso de álcool geralmente possuem recursos financeiros limitados e piores condições de vida, o que é associado a seus prejuízos de saúde, colaboram para a vulnerabilização dessa população.

Considerando o contexto da pandemia de covid-19, os dados são expressivos. Em pesquisa realizada durante o contexto pandêmico, DiClemente *et al.* (2020) reportaram que pessoas com alto nível de estresse, ansiedade e sintomas depressivos apresentam 79% a 80% mais chances de aumentarem seu consumo de álcool. Segundo a Fundação Oswaldo Cruz (2020), durante a crise sanitária atual houve um crescimento de 17,6% no consumo de álcool da população. Nessa conjuntura de impacto econômico, sobrecarga nos serviços de saúde, diminuição dos investimentos específicos para essa população, aumento de sua vulnerabilidade e distanciamento social, as intervenções pela internet ascendem como a principal forma de acesso seguro ao tratamento.

## PROGRAMA ÁLCOOL E SAÚDE

O Programa Álcool e Saúde é um projeto de extensão e pesquisa que existe desde 2012, com o objetivo de oferecer tratamento psicoterapêutico especializado por meio da internet, para dependentes de álcool de Juiz de Fora e de todo o Brasil. O tratamento é gratuito e faz parte de um conjunto de ações em e-saúde do Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e outras Drogas (CREPEIA), grupo especializado nos estudos na área, da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Além do Programa, o grupo desenvolveu duas plataformas com informações e intervenções autoaplicadas para álcool (<http://www.alcoolesaude.com.br/>) e tabaco (<http://www.vivasemtabaco.com.br/>).

As intervenções em e-health estão alinhadas a Estratégia e-saúde para o Brasil (2017) e ao Pacote de Ferramentas da Estratégia Nacional de Saúde da Organização Mundial da Saúde (2019).

**Caracterização dos beneficiários:** É oferecido atendimento psicoterápico online para homens e mulheres, com idade entre 18 e 65 anos, dependentes de álcool, de Juiz de Fora e de outras partes do Brasil. Os participantes de qualquer parte do país têm acesso às informações do projeto principalmente por meio de divulgação nas páginas do Programa Álcool e Saúde nas redes sociais Instagram (@alcool\_saude) e Facebook (@programaalcoolesaude), em que é disponibilizado um link para realização do cadastro em um formulário online. Os participantes de Juiz de Fora, além das redes sociais, são encaminhados pelos serviços de saúde locais, principalmente o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS – AD) e o Centro de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário (CAPS-HU). Os serviços de saúde públicos, em sua maioria, não disponibilizam acesso a computadores, o que restringe os atendimentos àqueles que possuem recursos para uso da internet.

**Objetivos e metas:** O Programa Álcool e Saúde tem objetivos divididos em 2 eixos.

Eixo 1 – Acesso à comunidade – tem por objetivo ofertar um tratamento especializado por meio da psicoterapia online. Especificamente, o Programa visa fortalecer a relação universidade-serviço-comunidade, contribuindo com os serviços de saúde locais e nacionais com a oferta de tratamento especializado, considerando a alta demanda dos serviços; e disponibilizar para essa população um tratamento cientificamente embasado e com a segurança necessária em um contexto de pandemia. Metas a serem alcançadas no próximo ano deste eixo são: ampliar a divulgação do Programa para serviços, grupos e associações nacionais relacionadas ao tratamento e estudos sobre álcool e outras drogas; consolidar a relação do Programa com o CAPS-AD e CAPS-HU, elaborando projetos em comum.

Eixo 2 – Estudos científicos – este eixo tem como objetivo principal avaliar a efetividade da psicoterapia online para dependentes de álcool. Como objetivos específicos pretende-se comparar a psicoterapia presencial com a online (a realizar-se após o fim do isolamento social); avaliar a relação terapêutica nesta modalidade de atendimento, avaliar a ambivalência dos pacientes, avaliar e identificar indicadores de bons resultados de tratamento. Metas: aumentar a internacionalização dos resultados do projeto e contribuir para o conhecimento sobre a psicoterapia online para dependentes de álcool no contexto da realidade brasileira.

**Metodologia:** O Programa Álcool e Saúde (PAS) é conduzido por meio de dois projetos. No projeto 1 os atendimentos ocorrem exclusivamente pela internet. Participam homens e mulheres de todo o Brasil que realizarem o cadastro no formulário disponível no Instagram e Facebook, por meio das quais é feita a divulgação para participantes e profissionais. Desde 2020 todos os atendimentos estão ocorrendo na modalidade online, incluindo a população de Juiz de Fora e região, devido à pandemia.

Os atendimentos da população de Juiz de Fora e região encaminhados pelos serviços são feitos por contato direto da equipe dos serviços com a equipe do PAS. Após o cadastro, eles são contatados para agendar a avaliação. Todos os participantes

são atendidos pelo PAS, porém apenas uma parte é incluída na amostra do estudo de acordo com os critérios de inclusão/exclusão.

O projeto 2 tem o objetivo de avaliar a efetividade da terapia online comparando seus resultados com a terapia presencial. Por esta razão, ele é direcionado para a população de Juiz de Fora e região e os atendimentos ocorrem no Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da UFJF. O estudo encontra-se temporariamente suspenso devido à pandemia de covid-19 e os atendimentos retornarão após o período pandêmico. Os participantes deste estudo são provenientes da comunidade em geral ou de indicação realizada por serviços de saúde locais que não tenham vaga para o tratamento imediato.

Em ambos os projetos são realizadas 12 sessões semanais baseadas no protocolo do *Cognitive-Behavioral Coping Skills Therapy Manual*, do Projeto Match (1995) do National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), dos Estados Unidos.

O tratamento é baseado na Terapia Cognitivo-Comportamental de habilidades de enfrentamento, e trabalha a psicoeducação sobre o álcool, situação de risco, manejo da fissura, motivação, habilidades de enfrentamento e solução de problemas.

Antes do início do tratamento, ao final e 3 meses após o encerramento, são realizadas avaliações, utilizando um roteiro de entrevista e instrumentos padronizados para avaliar os resultados do tratamento e fornecer orientações para os pacientes. Na avaliação os participantes também devem assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, redigido de acordo com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF.

Caso os indivíduos não possam ser incluídos no Programa, eles podem ser encaminhados para a rede de saúde mental de seu município ou psicólogos parceiros, quando viável. Esse encaminhamento ocorre pela própria equipe do Programa Álcool e Saúde, que auxilia o participante a encontrar profissionais de saúde em seu município. Para os casos mais graves, em que há necessidade de acompanhamento psiquiátrico, o psicólogo responsável

também encaminha o paciente para acompanhamento médico. Para os pacientes de Juiz de Fora, essa parceria tem sido estabelecida com o CAPS HU – Ambulatório de Álcool e Drogas, CAPS AD, ou outros serviços de saúde. Em ambos os projetos o paciente é desligado caso não compareça a três sessões consecutivas justificadas ou não.

A equipe de atendimento é composta por doutorandos do PPG-Psicologia da UFJF, e alunos de graduação bolsistas de iniciação científica e de extensão do Curso de Psicologia da UFJF. Toda a equipe do Programa recebe treinamento e supervisão do trabalho semanalmente.

**Impactos sociais e políticas públicas:** No que diz respeito a implementação de políticas públicas, busca-se demonstrar a eficácia, eficiência e efetividade de intervenções via web para usuários de álcool, permitindo a utilização dessas tecnologias pelos proponentes e políticas públicas. Além disso, a metodologia de implantação das práticas de tratamento pelo uso de terapia cognitivo-comportamental online adotada neste estudo pode contribuir com outras iniciativas de implantação de políticas públicas que ampliem o acesso ao tratamento especializado para o uso problemático de álcool, tendo em vista que no Brasil ainda há muitas regiões descobertas quanto a serviços públicos para atendimento da referida demanda.

No que tange às ações de educação em saúde, as redes sociais têm sido a principal ferramenta para disponibilizar informações acerca do consumo de álcool à população. Considerando que o uso de álcool acarreta problemas de natureza social, física e

psicológica, o tratamento oferecido através do projeto tem efeito preventivo no que concerne a agravos em saúde física e mental relacionados ao abuso de álcool, além de promover melhora da qualidade de vida dos participantes. Através da divulgação de conhecimento científico sobre o álcool pelas redes sociais do projeto, é oferecida educação em saúde à comunidade, atuando na promoção de saúde e prevenção de doenças associadas ao consumo de álcool.

No que se refere à pandemia da covid-19, o aumento do consumo de álcool por parte da população brasileira agrava os problemas decorrentes desse padrão de consumo. Entretanto, o distanciamento social, necessário para a contenção da disseminação da doença, dificulta o acesso da população ao tratamento para essas questões.

*Dessa forma, o Programa Álcool e Saúde visa oferecer uma possibilidade de obtenção segura de tratamento especializado e gratuito para problemas relacionados ao uso de álcool, a partir da utilização da intervenção online. Além disso, em um momento de sobrecarga dos serviços de saúde, o projeto auxilia a rede de tratamento ao usuário de álcool, na medida que preenche a lacuna de casos não atendidos.*

O Programa Álcool e Saúde pode ser acessado por meio do e-mail **programaalcoolesaude@gmail.com** e nas redes sociais do Programa, através do Instagram **www.instagram.com/alcool\_saude/** e do Facebook **www.facebook.com/programaalcoolesaude**.

## Referências

1. BASTOS, F. I. P. M., Vasconcellos, M. T. L., Boni, R. B., Reis, N. B., & Coutinho, C. F. S. (2017). *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).
2. CANÇADO, M. F. L. (2017). *Psicoterapia por internet para dependentes de álcool: comparação dos efeitos sobre homens e mulheres que frequentam um site especializado* (Dissertação de mestrado não publicada). Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG.
3. CENTRO REGIONAL DE ESTUDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA SOCIEDADE DA INFORMAÇÃO. (maio, 2019). *Pesquisa sobre o Uso das Tecnologias de Informação e Comunicação nos Domicílios Brasileiros – TIC Domicílios 2019*. Recuperado de: [https://cetic.br/media/analises/tic\\_domicilios\\_2019\\_coletiva\\_imprensa.pdf](https://cetic.br/media/analises/tic_domicilios_2019_coletiva_imprensa.pdf).

4. CONNERY, H.S., MCHUGH, K., REILLY, M., SHIN, S., GREENFIELD, S.F. (2020). Substance Use Disorders in Global Mental Health Delivery: Epidemiology, Treatment Gap, and Implementation of Evidence-Based Treatments. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(5), 316-327. doi: 10.1097/HRP.0000000000000271.
5. DICLEMENTE, R.J., CAPASSO, A., ALI, S.H., JONES, A.M., FOREMAN, J., TOZAN, Y. (2020). Knowledge, beliefs, mental health, substance use, and behaviors related to the covid-19 pandemic among U.S. adults: A national online survey. *Research Square*, 1. doi: 10.21203/rs.3.rs-44532/v1.
6. DUARTE, P. C. A. V., Stempliuk, V. D. A., & Barroso, L. P. (2009). *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
7. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. (2020). *Convid Pesquisa de Comportamentos*. Recuperado de [https://convid.fiocruz.br/index.php?pag=bebiba\\_alcoolica](https://convid.fiocruz.br/index.php?pag=bebiba_alcoolica).
8. JOSEPHINE, K., JOSEFINE, L., PHILIPP, D., DAVID, E., & HARALD, B. (2017). Internet- and mobile-based depression interventions for people with diagnosed depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 223, 28-40. doi: 10.1016/j.jad.2017.07.021.
9. KADDEN, R., CARROLL, K., DONOVAN, D., COONEY, N., MONTI, P., ABRAMS, D., LITT, M., HESTER, R. (1995).
10. *COGNITIVE-BEHAVIORAL COPING SKILLS THERAPY MANUAL: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence*. Rockville: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.



## 5.5 A Cultura como um fator de prevenção do uso/abuso de álcool e outras drogas

Leônidas Oliveira<sup>7</sup>

A Cultura possui uma proporção ampla das suas várias vertentes e características peculiares, pois engloba uma dimensão importante para a saúde física, mental e intelectual, como a música e a dança. A arte detém uma característica eminente dentro dela de transformação, e a Cultura nos conecta com os outros e ainda nos possibilita perceber a nós mesmos, de uma forma mais profunda e ampla, nos dando um sentido de pertencimento, de pertencer a algum lugar.

Precisamos de sensibilidade para entender que aqueles que encontram algum tipo de refúgio nas drogas são pessoas suscetíveis a diversas situações. Com um olhar mais sensível para o outro, colocamos a Cultura como um potente fator de transformação e mudanças, o que nos possibilita entender que não somos uma ilha; somos um universo repleto de tudo aquilo que nos faz humanos, nos dá identidade e reconhecimento.

Quando falamos em localizar na Cultura uma perspectiva de prevenção às drogas, ela se situa nesse lugar que transforma, que modifica e que representa. A arte tem o poder de nos transportar para um outro lugar, poder de mudar, de salvar, de acolher. A arte nos possibilita fazer encontros, conexões, exercícios e ampliar as barreiras do que temos dentro de nós.

*A ilusão é o produto das drogas. A real felicidade é o objeto de troca da arte. A arte e a Cultura são os instrumentos mais poderosos que temos para nos aproximarmos dos jovens. Cada movimento artístico ou cultural nos possibilita ofertar um caminho alternativo. Seja na dança, na música, no teatro, na identidade ou no pertencimento, a transformação acontece. Sempre e todos os dias.*

Cultura e arte transformam uma sociedade. Arte e Cultura são a solução.

<sup>7</sup> Secretário de Estado de Cultura e Turismo





## 5.6 O Esporte como ferramenta de prevenção às drogas

Antônio Eduardo Viana Miranda<sup>6</sup>, Rafaela Silva Ramos<sup>6</sup>, Bráulio Humberto da Silva<sup>6</sup>, Cleber Phillippe Brito<sup>6</sup>, Frederico Oliveira Motta Pessoa<sup>6</sup>, Luiza Cupertino Xavier da Silva<sup>6</sup>, Thiago Santana, Vinicius Amaral Mendonça<sup>8</sup>

A Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 217, estabelece o esporte como direito de cada um, enfatizando que é dever do Estado fomentar práticas desportivas formais, que são aquelas baseadas nas regras e regulamentos que regem as modalidades, e as práticas não-formais, caracterizadas pela liberdade lúdica de seus praticantes. Esse mesmo Artigo destaca ainda, em seu parágrafo 3º, o papel do poder público em incentivar o lazer como um dos elementos fomentadores da promoção social. Nesse sentido, no ano de 1998 foi sancionada a Lei Federal nº 9.615/98, denominada Lei Pelé, que institui as normas gerais sobre o esporte no Brasil.

A Lei Pelé classifica o esporte em quatro dimensões:

- Desporto educacional- praticado nos sistemas de ensino e em formas assistemáticas de educação (realizado de modo espontâneo, a partir de contatos e vivências, fora da grade curricular formal) e busca o desenvolvimento integral do praticante. E, visto que o esporte é um aliado na formação dos cidadãos, o desporto educacional é inclusivo, evitando a seletividade e moderando a competitividade existente no meio esportivo.
- Desporto de participação- é aquele que não exige normas oficiais para ser praticado, está associado à qualidade de vida e às atividades esportivas realizadas no momento de lazer dos seus praticantes.
- Desporto de rendimento- diz respeito à prática das modalidades esportivas pautadas em regras nacionais e internacionais, visa a obtenção dos melhores resultados, por meio da competição entre os praticantes. É realizado por atletas que praticam o esporte de maneira profissional ou não profissional.
- Desporto de formação- no qual o praticante busca promover um aperfeiçoamento de suas técnicas, não apenas para fins competitivos, mas também recreativos no esporte de sua escolha.

Já em relação às políticas sobre drogas, a Constituição Federal, no artigo 227, versa que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, o direito à vida, à saúde, ao lazer e aos outros direitos básicos. Como um dos instrumentos de fomento a estes direitos básicos, a Lei Federal nº 11.343/2006, que cria o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, tem como um de seus princípios a adoção de abordagens multidisciplinares e complementares para atenção, prevenção e reinserção social das pessoas que usam/abusam de álcool, tabaco e outras drogas.

Dado os papéis do esporte e da política sobre drogas como importantes mecanismos para o pleno exercício da cidadania e bem-estar dos indivíduos, ações intersetoriais dessas duas pautas podem produzir diversos benefícios para a sociedade. Ambos os temas promovem saúde, bem-estar individual e sociabilização das pessoas.

Dessa maneira, acredita-se que o esporte pode ser uma importante ferramenta de prevenção às drogas, visto que a prática esportiva e seus respectivos ensinamentos agregam na construção crítica e moral dos praticantes, apoiando o crescimento pessoal com fundamentos baseado na determinação, foco, resiliência e outros atributos que a prática de esportes ensina.

Cabe destacar que o uso e o abuso de álcool, tabaco e outras drogas entre crianças, adolescentes e adultos são causados por diversos motivos, como: tentativa de fuga da realidade, problemas com a família, dificuldades financeiras, falta de oportunidade

8 Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social /Subsecretaria de Esportes

e até mesmo “divertimento”. Mas, as altas taxas de dependência fazem com que o indivíduo rapidamente se torne refém do uso, com graves consequências individuais, familiares e sociais.

Nesse sentido, políticas voltadas para o fomento ao esporte, aliadas às ações de atenção, cuidado e prevenção às drogas, são alternativas eficientes e de relevante impacto social. No esporte educacional, pode-se promover o conhecimento e conscientização dos alunos para adoção de hábitos saudáveis, destacando-se os malefícios do uso e abuso de álcool, tabaco e outras drogas, contribuindo para a formação de cidadãos com pensamento crítico e cientes dos malefícios das drogas e benefícios da prática esportiva.

Já no esporte de participação, a prática esportiva no momento de lazer produz bem-estar individual, socialização dos praticantes e pode diminuir as possibilidades de os praticantes fazerem mau uso do tempo e energia, como usar e abusar das drogas. O diálogo com as necessidades esportivas de cada comunidade, ações de conscientização sobre os benefícios e direito ao esporte, intensificam o desporto como aliado às políticas de prevenção, cuidado e reinserção contra as drogas.

A disciplina e compromisso necessários para prática de esporte de rendimento e de formação, tornam incompatíveis a iniciação, excelência e o desempenho esportivo de seus praticantes com o uso/abuso de drogas. As próprias regras das modalidades inibem e punem os atletas que usam/abusam de drogas. Além disso, atletas de alto rendimento são vistos

como referência e inspiração para adoção de práticas saudáveis por parte dos cidadãos.

Assim sendo, tem-se o Estado de Minas Gerais como *locus* para fomento da prática esportiva em conjunto com o desenvolvimento de políticas sobre drogas. A promoção de ações que visam alertar a população sobre os riscos do consumo de drogas e outras substâncias prejudiciais à saúde; amparar pessoas que usam e abusam destas substâncias; e oferecer alternativas para não uso das substâncias, por meio do esporte, contribuem para o bem-estar das pessoas, sociedade e realização do interesse público.

Ademais, vale salientar a importância de profissionais competentes que auxiliam na conscientização e prática esportiva pautados em sua experiência técnica. De acordo com a Regulamentação da Resolução 218/1997, o Profissional de Educação Física é reconhecido como um membro da área da saúde e cita ainda a importância de ações interdisciplinares e o reconhecimento de ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior, visto que sua carga acadêmica os permite dar direcionamento aos cidadãos, seja por meio de palestras informativas ou chamando atenção às mais diversas práticas esportivas que são fundamentais no desenvolvimento pessoal e podem realizar relevantes contribuições nas ações de cuidado e prevenção às drogas.

Múltiplas são as intersetorialidades da política sobre drogas com outras temáticas, e o esporte é uma alternativa que pode vir a somar com outras pautas e ações.

*Logo, o Estado, ao promover a prática esportiva de maneira interligada com a política sobre drogas, pode produzir impactos duradouros para os indivíduos e sociedade, utilizando os recursos públicos de maneira eficiente e compromissada com a qualidade de vida dos cidadãos.*



## 5.7 A perspectiva da Espiritualidade como fator de prevenção e tratamento do uso/abuso de álcool e outras drogas

Alexandre de Rezende Pinto<sup>7</sup> & Alexander Moreira-Almeida<sup>9</sup>

Os problemas por uso de álcool e outras drogas são complexos e causados por múltiplos fatores biológicos (p.ex.: genética, potencial e dependência da substância), psicológicos (p.ex.: impulsividade e baixa autoestima), sociais (p.ex.: solidão, convívio em ambiente de uso de substâncias) e espirituais (p.ex.: perda do sentido existencial, sentir-se peccador e afastado de Deus). Por isso, uma abordagem efetiva para tratamento e prevenção dos problemas ligados ao uso de substâncias necessita levar em conta todos esses aspectos, por isso deve haver uma *Abordagem Bio-Psico-Socio-Espiritual*. O objetivo deve ser reduzir os fatores negativos e aumentar os positivos em cada uma dessas quatro dimensões da pessoa. Infelizmente, é muito frequente que se aborde apenas uma dessas dimensões, negligenciando as demais. Por exemplo, enfatizando apenas o uso de medicações, ou apenas psicoterapias, ou aspectos sociais ou mesmo apenas os espirituais. Aqui, abordaremos os aspectos ligados à Religiosidade e a Espiritualidade (R/E), mas devendo-se sempre lembrar da importância dos outros aspectos para ações efetivas de tratamento e prevenção (ALVES DE OLIVEIRA E OLIVEIRA FH, DE REZENDE PINTO A, 2018).

A R/E é uma dimensão humana fundamental, 84% da população mundial e 92% dos brasileiros referem possuir uma religião. No Brasil, 83% consideram a religião como algo muito importante em suas vidas e mais que um em cada três frequentam algum serviço religioso pelo menos uma vez por semana. Atualmente há, literalmente, milhares de estudos mostrando o papel relevante da R/E na saúde física e mental. Em geral, indivíduos com maiores níveis de R/E têm melhores níveis de bem-estar e qualidade de vida, bem como menores índices de depressão, mortalidade geral, suicídio e uso/abuso de substâncias. No Brasil, o Núcleo de Pesquisa em Espiritualidade e Saúde da

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (NUPES – UFJF) tem se destacado no cenário nacional e internacional, desde sua criação há 15 anos, em estudos na área (MOREIRA-ALMEIDA A, LUCCHETTI G, 2016; MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2021).

Um dos achados mais consistentes das pesquisas tem sido de uma forte relação entre maiores níveis de R/E e menos uso/abuso de álcool e outras drogas. Em torno de 85% das 278 pesquisas sobre a relação entre R/E e consumo de álcool e das 185 sobre uso de outras drogas encontraram um efeito protetor da R/E (KOENIG *et al.*, 2012). Interessante destacar que em torno de 70% dos estudos acima foram feitos em adolescentes, estudantes universitários e adultos jovens faixas etárias de maior risco para o início do consumo e desenvolvimento de problemas ligados ao uso de substâncias. Como exemplo, dois estudos feitos por nosso NUPES. Em uma amostra de 12.000 estudantes universitários brasileiros, aqueles que não tinham envolvimento R/E tinham o dobro da chance de terem usado drogas lícitas ou ilícitas no último mês em relação aos com R/E (GOMES *et al.*, 2013). Entre mais de 500 pacientes internados por dependência de crack, ter tido um maior envolvimento R/E dos 15 aos 17 anos reduziu pela metade a chance de fissura grave, ter iniciado consumo antes dos 18 anos e de já ter sido preso (REZENDE-PINTO *et al.*, 2018). Assim, a R/E tem se mostrado de modo consistente como um importante fator protetor na população em geral em relação ao uso/abuso de álcool e outras drogas.

*Entre os fatores pelos quais a R/E pode atuar gerando menor uso/abuso de substâncias estão: sentido para a vida e para o sofrimento, otimismo, valorização do corpo como dádiva divina, ênfase na estrutura e convívio familiar, suporte social, grupos de convívio e oferta de modelos de*

9 NUPES – Núcleo de Pesquisas em Espiritualidade e Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF – [www.nupes.ufjf.br](http://www.nupes.ufjf.br) / [www.youtube.com/nupesuff](http://www.youtube.com/nupesuff).

*socialização sem uso de substâncias, condenação explícita ao uso de substâncias, envolvimento em trabalho voluntário e em práticas como oração, meditação e leituras R/E (KOENIG et al., 2012, REZENDE-PINTO et al., 2018).*

Há também evidências consistentes do papel da R/E no tratamento e recuperação das pessoas com problemas por uso de substâncias. Programas de 12 passos como Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA) possuem uma marcante orientação espiritual. Um elemento fundamental dessa abordagem é a premissa da existência de um “Poder Superior” e, através dos 12 passos, que envolvem a oração e a meditação, buscam um “despertar espiritual”. Uma recente revisão sistemática da Cochrane de 27 estudos e 10.565 indivíduos mostrou que a participação no AA é tão ou mais eficaz que as psicoterapias mais eficazes (como terapia cognitivo-comportamental e entrevista motivacional), obtendo taxas de abstinência após 1 ano 21% superiores (KELLY et al., 2020). O impacto positivo na saúde pública pode ser muito alto. Por exemplo, em um estudo nos EUA com 39.089 pessoas, 9,1% já tinham tido problema com álcool e outras drogas, mas não têm mais. Dos que superaram o problema buscando algum tipo de ajuda, 45,1% participaram de grupos de mútua ajuda, 27,8% receberam ajuda profissional e 21,8% frequentaram serviços de apoio à recuperação, incluindo aqui serviços religiosos. Ou seja, a maioria dos que se recuperam na população o fizeram buscando grupos de mútua ajuda e de recuperação, que geralmente integram aspectos de R/E (KELLY et al., 2017).

As Comunidades Terapêuticas são um outro exemplo de utilização de recursos R/E no tratamento da dependência química, pois geralmente usam o modelo de 12 passos e muitas vezes possuem vinculação com instituições religiosas. Embora limitadas, há algumas evidências de que as Comunidades Terapêuticas possam ser efetivas, especialmente para pacientes com dependência grave, refratários a abordagens ambulatoriais e com comprometimento psicossocial (SMITH et al., 2006).

Com base na alta prevalência da R/E na população e no impacto sobre a saúde, diversas associações profissionais têm recomendado a inclusão da R/E na prevenção e tratamento (TOSTES et al., 2013), incluindo a Associação Mundial de Psiquiatria (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2018) e a Sociedade Brasileira de Cardiologia (PRÉCOMA et al., 2019). A R/E deve ser abordada pelos profissionais de saúde, independentemente de sua posição religiosa ou antirreligiosa. O essencial é que a abordagem seja centrada no paciente, ou seja, o que importa são os valores, crenças e bem-estar dos pacientes. A meta é identificar e estimular os aspectos positivos da R/E das pessoas, o que deve ser feito em conjunto com os demais aspectos biopsicossociais (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2021).

A seguir, algumas diretrizes principais para incorporação ética e baseada em evidências da R/E na prevenção e tratamento do uso/abuso de substâncias (TOSTES et al., 2013, MOREIRA-ALMEIDA et al., 2018; ANTÔNIO OLIVEIRA & FÁVERO DE SOUZA, 2020; CASALETTI et al., 2020; COSTA et al., 2020; SAAD et al., 2020; MOREIRA-ALMEIDA et al., 2021):

- Coletar história espiritual do paciente, identificando os recursos R/E do paciente (as práticas e crenças que possui e grupos dos quais ele faz parte) que podem auxiliar na prevenção ou tratamento.
- Incentivar a utilização dos recursos R/E positivos que o paciente (no caso de tratamento) ou as pessoas em geral (no caso de prevenção) possuem. P. ex.: crenças sobre o sentido da vida e do sofrimento, práticas de oração, meditação ou leituras R/E, frequência a grupos religiosos, trabalho voluntário, modelos de interação social não baseados no uso de álcool ou outras drogas, se inspirar em pessoas que superaram o problema das drogas, etc.
- Abordagem Bio-Psico-Socio-Espiritual da pessoa, utilizando abordagens em todas essas dimensões e não tendo que escolher apenas uma dentre elas. P. ex.: o tratamento pode ser potencializado se são utilizadas medicação (quando necessário), psicoterapia, estímulo à atividade física, convívio social e lazeres saudáveis, bem

como a utilização dos recursos R/E positivos que o paciente possui.

- Parceria com comunidades religiosas (igrejas, centros espíritas, templos, etc.) em campanhas de prevenção e estímulo ao tratamento dos problemas ligados ao uso de álcool e outras drogas, especialmente em áreas/populações de maior risco.
- Parceria com recursos comunitários de base R/E (ex.: AA, NA, pastoral da sobriedade, grupos de apoio, etc.) como mais um aspecto de uma abordagem abrangente para o tratamento.
- Parceria com as comunidades R/E em mão dupla: 1) para identificarem e encaminharem para tratamento nos serviços de saúde pacientes com problemas com uso de substâncias e 2) receberem e apoiarem pacientes em tratamento nos serviços de saúde.
- Facilitar a assistência espiritual aos pacientes em tratamento comunitário ou hospitalar.

## Referências

1. ALVES DE OLIVEIRA E OLIVEIRA FH, DE REZENDE PINTO A. Psiquiatria e espiritualidade: em busca da formulação bio-psico-socio-espiritual do caso: Aplicações práticas. HU Revista. 2018;44(4):447-54.
2. MOREIRA-ALMEIDA A, LUCCHETTI G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. Ciência e Cultura. 2016;68(1):54-7.
3. MOREIRA-ALMEIDA A, MOSQUEIRO BP, BHUGRA D. Spirituality and Mental Health Across Cultures – Evidence-Based Implications for Clinical Practice: Oxford University Press; 2021.
4. KOENIG HG, KING DE, CARSON VB. Handbook of religion and health. 2nd ed. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2012. xv, 1169 p.
5. GOMES FC, DE ANDRADE AG, IZBICKI R, MOREIRA ALMEIDA A, OLIVEIRA LG. Religion as a protective factor against drug use among Brazilian university students: a national survey. Braz J Psychiatry. 2013;35(1):29-37.
6. REZENDE-PINTO A, MOREIRA-ALMEIDA A, RIBEIRO M, LARANJEIRA R, VALLADA H. The effect of religiosity during childhood and adolescence on drug consumption patterns in adults addicted to crack cocaine. BJPsych Open. 2018;4(5):324-31.
7. KELLY JF, HUMPHREYS K, FERRI M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2020;3(3):Cd012880.
8. KELLY JF, BERGMAN B, HOEPPNER BB, VILSAINT C, WHITE WL. Prevalence and pathways of recovery from drug and alcohol problems in the United States population: Implications for practice, research, and policy. Drug Alcohol Depend. 2017;181:162-9.
9. SMITH LA, GATES S, FOXCROFT D. Therapeutic communities for substance related disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2006(1):Cd005338.
10. TOSTES JSR, PINTO ADR, MOREIRA-ALMEIDA A. Religiosidade/Espiritualidade na prática clínica: o que o psiquiatra pode fazer? Debates Psiquiatr. 2013;3(2).
11. MOREIRA-ALMEIDA A, SHARMA A, B.J. VR, VERHAGEN P, J., COOK CC. Posicionamento da Associação Mundial de Psiquiatria sobre Espiritualidade e Religiosidade em Psiquiatria. Revista Debates em Psiquiatria. 2018;8:6-8.
12. PRÉCOMA DB, OLIVEIRA GMM, SIMÃO AF, DUTRA OP, COELHO OR, IZAR MCDO, *et al.* Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology – 2019. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2019;113:787-891.
13. COSTA M, SIQUEIRA J, RESENDE PHCD. Psicoterapia integrada à espiritualidade: Aplicações práticas. HU Revista. 2020;44(4):481-9.
14. ANTÔNIO OLIVEIRA VH, FÁVERO DE SOUZA MH. Espiritualidade da criança e do adolescente na prática clínica: Aplicações práticas. HU Revista. 2020;44(4):461-8.
15. CASALETTO C, MORAES TOLEDO PEREIRA F, CAMELO LEÃO F. Coleta de uma história espiritual: fundamentos para uma prática profissional culturalmente sensível: Aplicações práticas. HU Revista. 2020;44(4):455-60.
16. SAAD M, DE MEDEIROS R, PERES MFP. Assistência religiosa-espiritual hospitalar: os “porquês” e os “comos”: Aplicações práticas. HU Revista. 2020;44(4):499-505.



## 5.8 O papel do controle social no fortalecimento das Políticas sobre Drogas

Dilma Seabra de Abreu Rocha<sup>10</sup>

A Constituição Federal de 1988, denominada Constituição Cidadã, consolidou direitos e previu em diversos dispositivos a participação da sociedade na formulação, implementação e controle social de políticas públicas. Para alcançar a solução de problemas sociais com eficiência, os meios de controle social devem empenhar-se para integrar sociedade e administração pública. Assim, além de fiscalizar ações, cabe a eles um papel mais amplo, de indicar caminhos, propor ideias e promover a participação efetiva da sociedade em decisões estatais.

Em se tratando das políticas sobre drogas, o controle social possui importante papel no seu fortalecimento, sendo que a administração pública não deve prescindir desse mecanismo para descentralizar o poder do Estado, de forma a motivar instituições e pessoas, por meio do compartilhamento de responsabilidades, a tornarem mais eficazes as ações estatais, atendendo, assim, ao interesse público.

Assim, o Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas de Minas Gerais – CONEAD-MG é criado pelo Decreto nº 22.897, de 19 de julho de 1983, com o objetivo de cumprir a função de controle social e fortalecer políticas públicas nesse contexto.

Os Conselhos, espaços fundamentalmente políticos, institucionalizados pelo Estado, funcionando de forma colegiada e autônoma, constituem instrumentos concretos de comunicação e lugares privilegiados de interação efetiva entre poder público e sociedade civil organizada. Eles integram governantes e população, e democratizam a elaboração e a gestão de projetos, não apenas fiscalizando a aplicação de recursos, como contribuindo, também, para a formulação e o acompanhamento de políticas públicas.

A atuação do CONEAD promove o estabelecimento de diretrizes da Política Estadual sobre Drogas, nas áreas de prevenção, tratamento, reinserção social, fiscalização e redução da oferta. Entre suas funções, destacam-se:

- propor a Política Estadual sobre Drogas, em consonância com a política nacional estabelecida pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas – CONAD, compatibilizando o plano estadual com o nacional e acompanhando sua execução;
- estabelecer prioridades entre as atividades que lhe são próprias, por meio de critérios técnicos, econômicos e administrativos, considerando as necessidades e as peculiaridades regionais;
- estimular a criação de Conselhos Municipais sobre Drogas, respeitando contextos locais, pois ações no âmbito municipal se mostram fundamentais para o êxito de medidas preconizadas pela administração estadual;
- fomentar pesquisas e levantamentos capazes de nortear políticas públicas sobre aspectos de saúde, educacionais, sociais, culturais e econômicos, decorrentes do consumo e da oferta de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas;
- incluir conteúdos referentes a drogas em programas de formação de profissionais de ensino, motivando sua difusão com base em princípios científicos, éticos e humanísticos;
- atuar juntamente à SEDESE – Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social – e, por meio da SUBPOD – Subsecretaria de Políticas sobre Drogas –, como agente propositivo e avaliador efetivo de políticas públicas implantadas.

Comumente, indivíduos acometidos pela dependência química e seus efeitos se encontram em contextos de extrema vulnerabilidade, privados de

<sup>10</sup> Vice-Presidente do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas – Conead

convivência comunitária e desamparados. Sendo assim, o debate permanente, amplo e de alto nível tem o potencial de promover a minora no seu sofrimento e de abrir oportunidades para soluções efetivas na abordagem dessa questão. No entanto, é importante destacar que, somente se houver controle social ativo, a população legitimará as políticas públicas.

Por fim, é essencial reconhecer o uso e o abuso de álcool, tabaco e outras drogas como um problema social a ser tratado com sensibilidade, de modo a

assegurar o respeito à população envolvida, mobilizando várias instituições e agentes.

*Nesse sentido, o CONEAD é um órgão de controle social eficaz e imprescindível no esforço coletivo de fortalecimento de políticas públicas sobre drogas, de forma a buscar uma sociedade mais justa, solidária e equitativa, como propõe a Constituição Federal.*



## 5.9 A repressão qualificada como estratégia de prevenção às drogas

Rodrigo Pascoal Ulhoa Cintra<sup>11</sup>

Introdução

O Departamento Estadual de Combate ao Narcotráfico (DENARC), como órgão gestor da política de repressão qualificada ao narcotráfico, compreende de forma incontestada, à luz da doutrina de inteligência, a importância da investigação financeira e da lavagem de dinheiro como enfrentamento às práticas econômico-financeiras que visam dissimular ou esconder a origem ilícita de determinados ativos ou bens patrimoniais, gerando a percepção fraudulenta de que tais ativos possam aparentar uma origem lícita.

Temos em mente, que a forma mais eficaz de enfraquecer ou anular as atuações ilícitas dessas organizações, sejam elas rudimentares ou com alto nível de gestão sofisticada, é atacar prioritariamente seu poder econômico.

*Mister se faz que o Estado democrático e fundado em valores republicanos, salvasse os direitos fundamentais do cidadão, promovendo ações eficientes de combate ao crime organizado.*

Sabemos que o narcotráfico organizado possui uma textura diversa, pode originar atos de extrema violência e exibir um poder de corrupção de difícil visibilidade e, conforme preceitua Alberto Silva Franco (Alberto Silva Franco – Crimes Hediondos, terceira edição, editora Revista dos Tribunais, 1994.), é capaz de inercial ou fragilizar os Poderes do próprio Estado. Assim, afirmamos que as medidas de enfrentamento a esta nova criminalidade organizada reverberam e encontram conforto e aceitação no modelo institucional, ora implementado pela Polícia Civil de Minas Gerais, através de seu Departamento Estadual de Combate ao Narcotráfico (DENARC).

Marco Legal

Em 2006 a Lei de Drogas (Lei nº 11.343/06) eliminou a pena de prisão para o usuário e o dependente, ou seja, para aquele que tem droga ou a planta para consumo pessoal. A legislação também passou a distinguir o traficante profissional do eventual, que trafica pela necessidade de obter a droga para consumo próprio e que passou a ter direito a uma sensível redução de pena.

<sup>11</sup> Departamento Estadual de Combate ao Narcotráfico (DENARC/PCMG)

O Decreto Nº 9.761, de 11 de abril de 2019 – Aprova a Política Nacional sobre Drogas.

E em 2019 foi promulgada Nova Lei de Drogas (Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019), que alterou as Leis de números 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.

Repressão Qualificada: uma noção conceitual

O conceito de repressão qualificada ao narcotráfico perpassa por ações técnico-científicas e interdisciplinares de investigação policial, de polícia judiciária e inteligência.

Possui finalidade precípua de promover a identificação de agenciadores, lideranças negativas e operadores financeiros que integram organizações criminosas voltadas para a oferta ilícita de drogas, qualificando o conteúdo da hipótese de autoria, na individualização das condutas em uma, correspondente, divisão de tarefas.

O conceito também interage com a materialidade ilícita e seu modelo de distribuição e depósito. Drogas podem ser ofertadas no atacado e no varejo, tanto de base territorial fixa, quanto migratória, bem como na modalidade e-commerce. Assim, a repressão qualificada exige dos órgãos de controle social, o uso de uma potente lupa na interação territorial, seja este suposto território real ou virtual.

Produção e plantio

São caracterizados pelos Laboratórios de Refino e Transformação de Drogas (Ex.: pasta base, cloridrato de Cocaína e Crack), também podem ser dotados para misturar produtos tóxicos semelhantes às drogas tradicionais e, assim, fazerem render de forma fraudulenta sua quantidade e auferirem mais lucro.

As plantações ilícitas, especialmente de maconha, também são alvos do espectro repressivo qualificado, em especial a produção em larga escala, transcendendo a esfera da pessoalidade e da produção para uso próprio, visando única e exclusivamente o lucro.

Financiamento e lavagem de dinheiro

A Lei nº 9.613/1998 – A lavagem de dinheiro se consubstancia na transformação do dinheiro ou ativos financeiros sujos, pois são oriundos de uma infração penal (ex.: tráfico de drogas), em dinheiro aparentemente limpo.

Transporte

Nesse esteio, as investigações dedicadas ao combate sistêmico do tráfico de drogas têm se revestido cada vez mais de assaz complexidade, vez que os avanços tecnológicos para ocultação de drogas em veículos adaptados, associados a uma extensa malha viária de estradas vicinais e rodovias, nos induz a ideia de que a inteligência institucional integrada entre os diversos órgãos de segurança pública, em nível Municipal, Estadual e Federal, é o fundamento básico para o sucesso da verdadeira repressão qualificada a esta específica modalidade criminosa.

Distribuição

As organizações criminosas voltadas para a distribuição, armazenamento e abastecimento de drogas ilícitas, buscam atendimento e abastecimento às demandas do grande “varejo de drogas”.



## Grande varejo

Caracterizado por ser a base da pirâmide organizacional do tráfico de drogas, sua principal característica na modalidade de oferta de drogas é possuir um “quantum” territorial fixo e, geralmente, está associado à letalidade, ou seja, crimes contra a vida, tentado ou consumado.

## Conclusões – Repressão Qualificada e Prevenção ao Uso e Abuso de Drogas

O Departamento Estadual de Combate ao Narcotráfico da PCMG não se furta em orientar-se pelo princípio da responsabilidade compartilhada, adotando como estratégia de ação e de inteligência a cooperação mútua, integração e a articulação de esforços entre os demais órgãos governamentais, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos.

Nossa missão se estende à promoção do acúmulo e gestão de informações acerca das teorias e modelos demarcatórios do entendimento crítico do fenômeno sociológico referente ao uso e ao tráfico de drogas, sua logística de operação, estrutura organizacional e seus agenciamentos. Insta ainda frisar que em nossa missão reside também a ideia de que o uso e o tráfico de drogas transcendem o mero tratamento policial reativo e estanque.

Por fim, buscamos planejar e adotar medidas institucionais que tornem a repressão qualificada ao narcotráfico cada vez mais eficaz. É nosso dever cuidar para que as ações de investigação e inteligência policial estejam harmonizadas com preceitos constitucionais garantistas e, assim, promover uma sociedade cada vez mais justa, segura e protegida do uso e abuso de drogas.

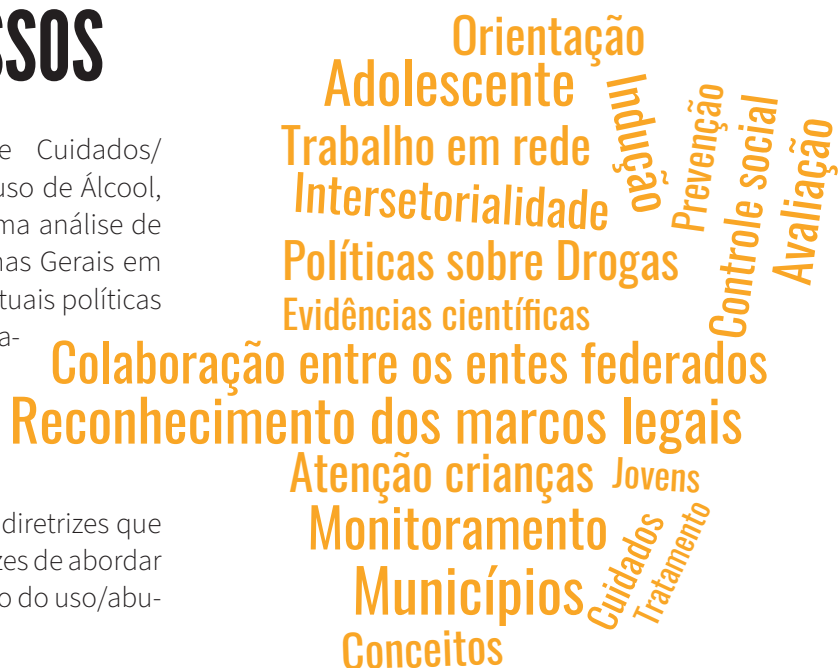
## 6. PRÓXIMOS PASSOS

O Plano Mineiro Intersetorial de Cuidados/ Tratamento e Prevenção do Uso/Abuso de Álcool, Tabaco e outras Drogas apresenta uma análise de situação adaptada ao estado de Minas Gerais em sua diversidade; a identificação das atuais políticas e programas do Executivo Estadual relacionados à temática; uma descrição dos problemas, vulnerabilidades relacionadas e impactos decorrentes do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas; bem como o anúncio de diretrizes que podem referenciar intervenções capazes de abordar os determinantes sociais do fenômeno do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas.

Destarte, a perspectiva é que o presente Plano sirva de referência para que gestores municipais tenham subsídios para desenvolver propostas de novas políticas e/ou aprimorar aquelas em andamento.

Caberá à Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social de Minas Gerais – SEDESE, por meio da Subsecretaria de Políticas sobre Drogas – SUBPOD o desenvolvimento de mecanismos de aproximação e orientação aos municípios, visando a efetiva observância e implementação dos conceitos e diretrizes apresentados no Plano.

Nessa linha, a partir da celebração de instrumentos de adesão pelos municípios, o apoio técnico patrocinado pela SEDESE/SUBPOD pretende estimular o desenvolvimento de Planos Municipais de Políticas sobre Drogas, considerando as especificidades, pontos fortes, fatores causais e ações intersetoriais de curto, médio e longo prazos.



A expectativa é contribuir para corrigir iniquidades; assegurar intervenções adequadas e baseadas em evidências; facilitar a disseminação e o compartilhamento de informações positivas e experiências inovadoras, promovendo a cooperação técnica entre os municípios; favorecer parcerias com organizações governamentais e não governamentais, bem como com organizações internacionais, instituições acadêmicas e outros atores relevantes em apoio da resposta multissetorial necessária à implementação de estratégias e ações, envolvendo questões afetas aos cuidados/tratamento, bem como aquelas no campo da prevenção do uso/abuso de álcool, tabaco e outras drogas.

Avancemos! Temos muito trabalho pela frente! Parafraseando o poeta Gonzaguinha “... vamos lá fazer o que será.”

### Diogo Alves

*Consultor Nacional da Unidade Técnica de Determinantes da Saúde, Doenças Crônicas não Transmissíveis e Saúde Mental. Escritório da OPAS/OMS no Brasil*

### Soraya Romina

*Subsecretária de Estado de Políticas sobre Drogas de Minas Gerais*





**OPAS**



Organização  
Pan-Americana  
da Saúde



Organização  
Mundial da Saúde  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



CONEAD MG  
Conselho Estadual de  
Políticas Sobre Drogas



**MINAS  
GERAIS**

GOVERNO  
DIFERENTE.  
ESTADO  
EFICIENTE.