

Tatiane Muniz Barbosa

**PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS: ANÁLISE CRÍTICA DA
PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA ÁREA DE SAÚDE COLETIVA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Linha de pesquisa: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Fátima Büchele.

Co-orientador: Prof. Dr. Fernando Hellmann.

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Barbosa, Tatiane Muniz

Prevenção ao uso de drogas : análise crítica da produção / Tatiane Muniz Barbosa ; orientadora, Fátima Büchele ; coorientador, Fernando Hellmann. - Florianópolis, SC, 2015. 167 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

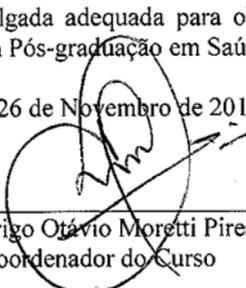
1. Saúde Coletiva. 2. Drogas. 3. Prevenção. 4. Saúde. 5. Risco. I. Büchele, Fátima. II. Hellmann, Fernando. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

Tatiane Muniz Barbosa

**PREVENÇÃO AO USO DE DROGAS: ANÁLISE CRÍTICA DA
PRODUÇÃO CIENTÍFICA NA ÁREA DE SAÚDE
COLETIVA**

Tese aprovada e julgada adequada para obtenção do Título de
Doutor (a) e pelo Programa Pós-graduação em Saúde Coletiva

Local, 26 de Novembro de 2015.

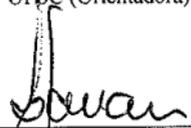


Prof. Rodrigo Otávio Moretti Pires, Dr.
Coordenador do Curso

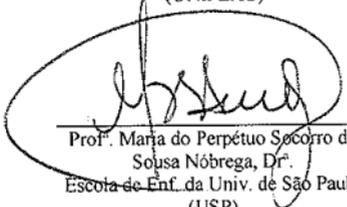
BANCA



Prof.ª Fátima Büchele, Dr.ª.
UFSC (Orientadora)



Prof.ª Lília Aparecida Kanan, Dr.ª.
Univ. do Planalto Catarinense
(UNIPLAC)



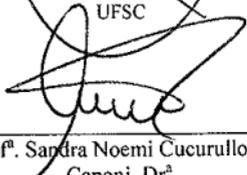
Prof.ª Maria do Perpétuo Socorro de
Sousa Nóbrega, Dr.ª.
Escola de Enf. da Univ. de São Paulo
(USP)



Prof.ª Maria Fernanda Vasquez
Valencia, Dr.ª.
UFSC



Prof. Rodrigo Otávio Moretti Pires,
Dr.
UFSC



Prof.ª Sandra Noemi Cucurullo de
Caponi, Dr.ª.
UFSC

AGRADECIMENTOS

Realizar esse doutorado é a concretização de um sonho, um sonho compartilhado, pensado, sentido e vivido graças à “presença” de algumas pessoas... Vocês se sabem, eu as sei.

Muito obrigada.

Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito que um galo antes
e o lance a outro: e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.

E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão.

(Tecendo a manhã – João Cabral de Melo Neto)

RESUMO

O modelo proibicionista de drogas se consolidou como a abordagem que pretendia enfrentar o uso de drogas com práticas repressivas e moralizantes. Com a redemocratização do Brasil, a consolidação da Reforma Psiquiátrica e a inserção das ciências sociais na discussão acerca das drogas, desenharam-se questionamentos sobre esse modelo repressivo, tal como materializado na Lei nº 10.216/2001 a qual instituiu um novo modelo de assistência e o cuidado em saúde mental, passando a se ancorar na lógica da clínica ampliada. Assim, a prevenção em saúde se coloca como prática da saúde coletiva, fundando-se em determinados princípios norteadores dos programas de prevenção, os quais nem sempre parecem responder a uma nova lógica. Desse modo, esse estudo teve como objetivo analisar os princípios que norteiam os programas de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas, apresentados nas publicações científicas brasileiras. Defende-se a tese de que mesmo com a sanção da Lei nº 10.216/2001, os princípios de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas apresentados nas publicações científicas não mudaram expressivamente, à medida que continuam se utilizando de princípios da prevenção que tendem a reproduzir formas biomédicas e estigmatizadas de cuidado em saúde. Para tanto, foi realizada uma revisão sistemática com busca de artigos e revisões em 6 bases de dados nacionais e internacionais: LILACS, *SciELO*, Index Psi, MEDLINE, *PsycINFO* e Web of Science. Foram pesquisadas publicações em inglês, espanhol e português, contemplando produções de 2001 a 2013, por meio dos seguintes descritores e palavras-chave: drogas *and* saúde mental *and* prevenção *and* Brasil. Além disso, considerou-se se essas publicações faziam referência aos Princípios da Prevenção em Saúde propostos pelos autores que sustentaram a análise desta pesquisa. Os resultados dos processos de análise e discussão são apresentados em dois artigos. O primeiro artigo analisa as características bibliométricas dessas publicações sobre prevenção em saúde em relação ao uso de drogas. O segundo identifica os princípios da prevenção em saúde quanto ao uso de drogas e discute criticamente os princípios que norteiam os programas de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas, embasando-se na análise de conteúdo temática. A partir dos resultados, observa-se nas publicações predomínio de pesquisa quantitativa (57%) e que essas são mais frequentes a partir de 2007 (média de 11%). Em sua maioria são produzidas por autores afiliados em Instituições de Ensino Superior e enfocaram sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas, com destaque ao uso de drogas por adolescentes e universitários. Houve menção aos fatores de

risco e de proteção para o uso de drogas e às consequências desse uso. Em relação à prevenção em saúde, as ações são as mesmas dos tempos de repressão e de prevenção da lógica biomédica, com normas de vigilância, segurança e prevenção de riscos. Portanto, mesmo com a sanção da Lei nº 10.216/2001, os princípios da prevenção em saúde em relação ao uso de drogas continuam a reproduzir formas biomédicas de cuidado em saúde.

Palavras-chave: drogas; prevenção; saúde, risco; cuidado.

ABSTRACT

The prohibitionist model of drugs has consolidated as the approach that intended to face the drug use with repressive and moralizing practices. With the re-democratization of Brazil, the consolidation of Psychiatric Reform and the inclusion of social sciences in discussion about drugs some questions were designed about this repressive model. The law nº10.216/2001 instituted a new model of care and the mental health care that is anchored in the logic of extended clinic. Thus, health prevention arises as a practice of public health, established on certain guiding principles of prevention programs. Therefore, this study aimed to analyze the principles that guide the health prevention programs about drug use, presented in Brazilian scientific publications. It defends the thesis that even with the sanction of the law no.10.216/2001, health prevention principles in relation to drug use presented in scientific publications have not changed significantly, as they continue to use the principles of prevention that propagates biomedical and stigmatized forms of health care. It was realized a systematic review through articles and reviews in six (6) national and international databases: LILACS, *SciELO*, Index Psi, MEDLINE, *PsycINFO* and Web of Science. The productions were researched in english, spanish and portuguese, published between 2001-2013 and using the key-words: drugs *and* mental health *and* prevention *and* Brazil. Besides that it was considered that these publications referred to the Principles of Prevention Health proposed by the authors that supported this analysis research. The results of the analytical procedures and discussion are presented in two articles. The first article analyzes the bibliometric characteristics of health prevention on publications regarding the drug use. The second identifies the health prevention principles as drug use and critically discusses the principles that guide the health prevention programs in relation to drug use, basing itself on thematic content analysis. Results revealed that most of the selected studies were quantitative research (57%) and more frequent since 2007 (average 11%). The publications were mostly produced by affiliated authors in Higher Education Institutions and were focused on the use of legal and illegal drugs, especially drug use by teenagers and college students. The risk and protective factors for drug use were mentioned as well as the consequences of it. In relation of health prevention, the actions are the same as times of "repression" and "prevention" of biomedical logic, with Surveillance norms, safety and risk prevention. Therefore, even with the sanction of the law nº 10.216/2001, the health prevention

principles in relation of drug use still reproduce the biomedical forms in health care.

Key-words: drugs; prevention; health; risk; care.

LISTA DE SIGLAS

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CAPSi – Centros de Atenção Psicossocial Infantil
CAPS – AD – Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CID -10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da OMS
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CRB – Conselho Regional de Biblioteconomia
DECS – Descritores em Ciências da Saúde
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
DMS-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Norte-Americana de Psiquiatria - IV Revisão
EUA – Estados Unidos da América
EMCDDA – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
FBH – Federação Brasileira de Hospitais
FI – Fator de Impacto
FUNCAB – Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate ao Abuso de Drogas
HIV/AIDS – *Human Immuno Deficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome*
IES – Instituições de Ensino Superior
JCR – *Journal Citation Reports*
LENAD – Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
MeSH – *Medical Subject Headings*
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
OGs – Organizações Governamentais
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONGs – Organizações Não Governamentais

ONU – Organização das Nações Unidas
PNAD – Política Nacional sobre Drogas
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RD – Redução de Danos
REME – Movimento de Renovação Médica
SciELO – *Scientific Electronic Library Online*
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SNC – Sistema Nervoso Central
STF – Supremo Tribunal Federal
SUS – Sistema Único de Saúde
UDI – Usuário de Droga Injetável
UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo
UFPR – Universidade Federal do Paraná
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNODC – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime
USP – Universidade de São Paulo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação de drogas específicas.....	41
Quadro 2 – Princípios da Prevenção	61
Quadro 3– Bases de dados e quantidade de publicações.....	69
Quadro 4 – Princípios da Prevenção em Saúde utilizados na análise da pesquisa.....	71
Quadro 5 – Estratégias de busca para as bases de dados pesquisadas ..	90

LISTA DE TABELA

Artigo 1

Tabela 1 – Estudos conforme tipo, ano e idioma de publicação e enfoque metodológico.....	100
--	-----

LISTA DE FIGURAS

Tese

Figura 1 – Representação de um sistema nacional de prevenção ao uso de drogas da UNODC. 64

Artigo 1

Figura 1 – Síntese do processo de seleção dos estudos para análise bibliométrica. 98

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	23
2 OBJETIVOS	33
2.1 Objetivo Geral	33
2.2 Objetivos Específicos	33
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	35
3.1 Saúde Coletiva e Saúde Mental	35
3.2 Uso e abuso de Drogas: dimensões históricas, sociais e culturais	41
3.3 Políticas Públicas de Saúde acerca do uso de drogas	47
3.4 Prevenção em saúde	51
3.5 Prevenção em saúde e risco	55
3.6 Modelos conceituais de prevenção em saúde e uso de drogas	58
4 PERCURSO METODOLÓGICO	67
4.1 Delineamento teórico metodológico da pesquisa	68
4.2 Delineamento operacional da pesquisa	68
4.3 Análise dos princípios da prevenção	70
5 RESULTADOS	75
REFERÊNCIAS	77
APÊNDICE	89
ARTIGO 1 – Prevenção em saúde e uso de drogas: abordagens teóricas a partir de análise bibliométrica da produção científica brasileira	93
ARTIGO 2 – Princípios da prevenção em saúde e a reprodução de formas biomédicas e estigmatizadas de cuidado em saúde quanto ao uso de drogas	121

INTRODUÇÃO

No Brasil, o modelo proibicionista de drogas¹ se consolidou no século XX como a abordagem que pretendia ser capaz de enfrentar o “flagelo” da droga, com a legitimação dessa prática preventivista assumida e tutorada pelo Estado. Essa visão, oriunda da medicina científica e das diretrizes jurídicas, repercutiu nas políticas de prevenção e cuidado de usuários de drogas; à medida que essas foram organizadas e aplicadas de forma repressiva, punitiva e condenatória, foram também caracterizadas por argumentos mais moralistas e alarmistas do que científicos e objetivos (TRAD, 2010; BUCHER E OLIVEIRA, 1994).

Somente a partir da redemocratização brasileira, da consolidação da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica (1970/1980) e da inserção das ciências sociais na discussão acerca das drogas, é que se desenharam movimentos questionadores desse modelo de repressão e abstinência como solução para a problemática do uso de drogas.

As políticas públicas de prevenção ao uso de drogas propostas com base em dados reais do contexto brasileiro são recentes, datam dos últimos 20 anos. Conforme apontam Bucher (1992) e Canoletti e Soares (2004, 2005), até a década de 1990, os modelos de prevenção às drogas instituídos no Brasil eram trazidos de outras realidades (principalmente dos EUA), já que no Brasil se faziam poucas pesquisas acerca dessa temática.

Com o advento da AIDS no País, com as ações internacionais, sobretudo na Europa, de prevenção ao consumo de drogas em geral, com a instituição do SUS (Constituição Federal de 1988) e com as pesquisas na área de saúde a partir do contexto brasileiro, a temática sobre o uso de drogas passa a ocupar espaço nas produções científicas, técnicas e políticas do Brasil (CANOLETTI E SOARES, 2004/2005). Portanto, essa significação de que assumir políticas de prevenção ao uso de drogas implica na atuação de profissionais de saúde – como estratégia que considera o uso de drogas um problema pessoal e social, entre tantas outras esferas que perpassam essa temática (BÜCHELE, COELHO E LINDNER, 2009) – é recente e merece revisitações e reflexões.

¹ Nesta tese as expressões “drogas”, “drogas psicoativas” e “substâncias psicoativas” são utilizadas de maneira congênere e se caracterizam por diversas substâncias que modificam o estado de consciência do ser humano, provocando alterações nas funções psíquicas e comportamentais (SEIBEL E TOSCANO JUNIOR, 2000; MACRAE, 2000).

O modelo repressivo e criminalizante, difundido por esse discurso do “combate às drogas” pode ser questionado pela comprovada ineficácia em diminuir o consumo de drogas e em contribuir para resolver as questões de saúde coletiva por meio de um sistema de “intervenção injusto e desumano” (TRAD, 2010; BUCHER E OLIVEIRA, 1994), justificando, assim, a necessidade de revisitação das políticas públicas no País. Para tanto, faz-se necessário humanizar a atenção ao usuário de drogas, considerando suas demandas, necessidades e subjetividades, bem como a de seus familiares e redes de apoio. Nessa acepção, as Legislações Brasileiras acerca da redução da demanda e da oferta de drogas passam a se ocupar desse compromisso, ainda que paulatinamente, a partir de outros modos de operar o cuidado em saúde.

O fenômeno uso de drogas tem se colocado como um dos mais complexos e multifacetados na/para a saúde coletiva e a saúde mental, em função das significativas repercussões na sociedade e da enorme variação de entendimentos e representações. Assim sendo, a Constituição Federal de 1988, ao instituir o tripé da seguridade social e assumir a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, e a construção do SUS, que dispõe o cuidado integral em saúde como responsabilidade das políticas públicas, abrem espaço para críticas ideológicas, políticas e sanitárias aos hospitais psiquiátricos, que funcionavam com processos enraizados de despersonalização, institucionalização e normalização de subjetividades.

A promulgação da Lei nº 10.216/2001, conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica”, instituiu um novo modelo de tratamento aos transtornos mentais no Brasil. Assinala-se, pois, o entendimento de que saúde mental se refere a uma ampla área de conhecimentos e ações, caracterizada pelo caráter interdisciplinar e intersetorial, de competência de todos os profissionais da saúde, indissociável do processo saúde doença e ancorada na lógica da “clínica ampliada” (LANCETTI E AMARANTE, 2006). Nessa acepção, a partir da aprovação da Lei nº 10.216/2001, os usuários de drogas foram aceitos como de responsabilidade da saúde coletiva/saúde mental e priorizados na rede de cuidados extra-hospitalares (MACHADO E BOARINI, 2013).

Diante desse cenário, instituiu-se a SENAD, em 1998 – à época nomeada de Secretaria Nacional Antidrogas e vinculada à Casa Militar da Presidência da República – como órgão responsável pela articulação e integração, entre governo e sociedade, das ações de mobilização, prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes. Em 2008, ocorreu a mudança no nome da SENAD, que passou a ser chamada de Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (NERY FILHO E VALÉRIO, 2010).

Salienta-se que essa mudança não pode se configurar, tão somente, como mudança de nomenclatura, haja vista que esse processo se deu a fim de colocar em prática o realinhamento da Política Nacional sobre Drogas que abrange, além das drogas ilícitas, as drogas lícitas como: tabaco, álcool e medicamentos. À SENAD cabe “estimular, assessorar, orientar, acompanhar e avaliar a implantação da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), integrando ações nas esferas governamentais e da sociedade civil” (BRASIL, 2008), tendo seu trabalho desenvolvido a partir dos eixos do diagnóstico situacional, capacitação dos agentes do SISNAD e projetos estratégicos.

Por meio da Política Nacional sobre Drogas (2005), aprovada em 2001 como Política Nacional Antidrogas, a estratégia da redução de danos se propagou, principalmente a partir de 2003, como estratégia para superação do modelo moralista e proibitivo de “combate às drogas”. A redução de danos se caracteriza enquanto política de saúde que busca reduzir os prejuízos biológicos, sociais e econômicos do uso de drogas, pautando-se no respeito ao usuário, em seu direito de consumir drogas, com vistas a melhorar a saúde. Assim, a redução de danos se coloca alinhada aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, da Lei nº 10.216/2001 e da Política Nacional sobre Drogas, à medida que respeita os direitos do usuário, do acesso universal e descentralizado do cuidado em saúde (MACHADO E BOARINI, 2013; MARLATT, 1999).

De acordo com o estilo de pensamento² proposto nesse novo e outro modelo de atenção à saúde mental e, por conseguinte, aos sujeitos que usam drogas, com base na Lei nº 10.216/2001, a prevenção em saúde (modelo de redução de danos) surge como prática essencial e de responsabilidade da saúde coletiva. Prevenção em saúde se caracteriza, segundo Marques e Ribeiro (org. 2006), pela produção de conhecimentos capazes de estimular nos sujeitos a escolha corresponsável de hábitos e atitudes saudáveis, a partir do seu lugar no mundo. Ou seja, a prevenção

² O epistemólogo Ludwik Fleck, que pautou suas escritas nos pressupostos dos “médicos filósofos” da Escola Polonesa de Filosofia de Medicina, fundamentava-se em concepções coletivas e cooperativas de ciência, fazendo referência ao “Coletivo de Pensamento” e ao “Estilo de Pensamento” como instrumentos conceituais, intimamente ligados, para a compreensão do saber (SCHÄFER E SCHNELLE, 1986). “Coletivo de Pensamento” significa a unidade social de um grupo de cientistas de um determinado campo, que forma sistemas de ideias; e “Estilo de Pensamento” representa os pressupostos sobre os quais o cientista se sustenta teoricamente, tem como raiz uma disposição para ver, observar e perceber de forma dirigida (FLECK, 1986).

em saúde/redução de danos possibilita, sob essa ótica, a reconstrução do cuidado em saúde.

Essa nova e outra forma de ver, observar, perceber e conceber o cuidado em saúde mental, assume que a prevenção em saúde se pauta no conceito positivo de saúde, postulando a ideia da saúde como resultante de complexas condições como acesso aos serviços de saúde, lazer, alimentação, justiça social, renda e educação. Sendo assim, a prevenção em saúde – ainda que se valha da produção do conhecimento específico – deve ir além de uma ação técnica e normativa, posto que propor um novo modelo de prevenção em saúde implica em circular entre diferentes formas de entendimento da realidade, tendo como referencial os acontecimentos cotidianos que mobilizam a planejar, elaborar e intervir em saúde (CZERESNIA, 2003). Portanto, pensar a prevenção em saúde em relação ao uso de drogas significa pensar estratégias combinadas, que considerem as subjetividades humanas, a determinação social no processo saúde doença e façam referência crítica aos modos de considerar os fatores de risco e de proteção do contexto dos sujeitos.

Como o campo das ações de prevenção em saúde referente às drogas se mostra abrangente, coloca-se como condição *sine qua non* envolver a interação de aspectos biopsicossociais. A partir disso, diretrizes nacionais e internacionais afirmam que é importante considerar, de modo reflexivo e aberto, princípios da prevenção em saúde, a fim de direcionar as estratégias e programas em saúde relacionados ao uso de drogas.

Com base nisso, os princípios da prevenção propõem que os programas de prevenção se fundamentem em abordagens amplas e complexas, para que haja conhecimento acerca dos padrões de uso de drogas, noção das características sócio demográficas (situação contextual e temporal) desse uso, atuação multifatorial (fatores de proteção e risco) e multidisciplinar, com intervenção permanente e compartilhada entre as esferas públicas e privadas (Estado, profissionais de saúde, familiares, comunidade), e privilégio de estratégias interativas (EMCDDA, 2011; UNODC 2014b; CAMPOS E FIGLIE, 2011; BROOK, et al., 2002; SILVA E SILVA, 2011 E BUCHER, 2007).

Porém, vale atentar que a questão do risco, nesse tempo de governabilidade da vida, tem se caracterizado por uma situação ou atividade com consequências adversas e danosas. Baseada no trinômio “risco-perigo-dano” e nas informações de estudiosos das ciências da saúde, os programas de prevenção em saúde identificam um leque de riscos quantificáveis relacionados ao uso de drogas. Tende a se constituir, portanto, um campo de saber e poder pelo qual as estratégias de

governabilidade se valem, a fim de controlar e regular os sujeitos e a sociedade (SEPÚLVEDA GALEAS, 2010; CAPONI, 2014; CASTIEL E ÁLVAREZ-DARDET, 2007). Esses elementos parecem ser constitutivos dos princípios de prevenção em saúde, quando se observa o papel central que a antecipação de riscos e a prescrição de comportamentos ocupam.

Ou seja, se a proposta é ampliar o olhar acerca do fenômeno uso de drogas e o cuidado em saúde, há que se considerar que a lógica da prevenção em saúde nesse enfoque não perpassa por propor prevenção específica para determinada patologia ou risco, e nem oferecer informações de amedrontamento, intimidação e punição pautadas nas advertências sobre perigos sobrevindos do uso de drogas; até porque esse modelo se mostrou ineficaz (MARQUES E RIBEIRO, org. 2006; TRAD, 2010; BÜCHELE, COELHO E LINDNER, 2009; LABATE, FIORE E GOULART, 2008).

Ainda assim, sobejam questionamentos e reflexões, por exemplo, se as ações em saúde, quando baseadas em princípios previamente definidos, conseguem realizar abordagens e estratégias amplas e complexas garantidoras de cidadania sanitária? Esses princípios de prevenção em saúde foram construídos a partir de sentidos que levam em conta grupos ou fatores de risco? Se sim, esse conceito de risco se baseia em que linha epistemológica? Quando são propostas ações de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas fundamentadas em lógicas coercitivas que prescrevem estilos de vida saudáveis, preserva-se o princípio bioético de respeito à autonomia? Levam em consideração as experiências e subjetividades vividas e sofridas por aqueles que fazem uso de drogas?

A importância desses questionamentos, ainda que não sejam perguntas respondidas nesta tese, se configura à medida que revisar conceitos valorados e consagrados pelas ciências da saúde coletiva, pode possibilitar que haja compreensões mais amplas e complexas sobre os pressupostos e as estruturas de modelos e teorias de ações de prevenção em saúde relacionadas ao uso de drogas.

Sublinha-se que a criação e a consolidação de políticas públicas relacionadas às drogas se justificam a partir de dados concretos do uso de drogas na realidade brasileira. Dados do II Levantamento Nacional de Alcool e Drogas – LENAD 2012 (LARANJEIRA, et al., 2014) – indicam, por exemplo, que houve crescimento na quantidade e na frequência de consumo de doses de bebidas alcoólicas ingeridas pelos brasileiros. Em 2006, 42% dos não abstinentes declarou beber pelo menos uma vez por semana, em 2012 a proporção daqueles que declararam beber pelo menos uma vez por semana subiu para 53%. Em 2006, 13% dos adultos tinham

experimentado bebidas alcoólicas com menos de 15 anos, enquanto que em 2012, 22% declarou ter experimentado com menos de 15 anos.

O II LENAD (LARANJEIRA, et al., 2014) aponta também que apesar da redução da proporção de fumantes observada nos resultados do estudo, um dado importante foi um pequeno aumento no número médio declarado de cigarros fumados por dia; constatou-se que em 2006 a população fumava em média 13,1 cigarros por dia, já em 2012 o número de cigarros fumados pelos adultos passou a ser de 14. Além disso, observa-se que a média de idade de experimentação do cigarro se dá em torno de 16 anos. Ou seja, esses dados corroboram que apesar do cigarro ainda ser a substância que “mais mata os brasileiros”, o consumo dessa droga apresentou declínio (SZKLO, et al., 2012).

Acredita-se que esse declínio pode ser resultado de estratégias preventivas baseadas na concepção ampla de prevenção em saúde, que incentiva a saúde como desenvolvimento das vivências individuais e coletivas dos sujeitos. Não obstante, em muitos países, entre os quais o Brasil, as substâncias lícitas são as mais consumidas e as mais geradoras de abusos e dependências do que as ilícitas. Trata-se, pois, de um dado epidemiológico palpável, geralmente considerado nos discursos e fazeres das políticas de saúde em relação às drogas (BUCHER E OLIVEIRA, 1994).

O Brasil foi apontado, na publicação do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC, 2014a), como um dos países emergentes onde o consumo de estimulantes (cocaína, crack, merla ou oxi) tem aumentado, enquanto que na maior parte dos demais países há diminuição ou variações específicas do uso de estimulantes (BASTOS E BERTONI, org., 2014).

O consumo de maconha no Brasil aparece com a maior prevalência de uso: entre a população adulta 5,8% declarou já ter usado a substância, o que equivale afirmar que 7,8 milhões de brasileiros adultos usaram maconha pelo menos uma vez na vida (LARANJEIRA, et al., 2014). Os usuários de crack e/ou similares (pasta-base, merla e oxi), que fazem uso dessas drogas em espaços públicos/abertos, correspondem a 35% dos consumidores de drogas nas capitais do País. Dos 0,81% da população consumidora regular de crack e/ou similares nas capitais, 0,11% eram crianças e adolescentes; e 0,70% eram maiores de idade (BASTOS E BERTONI, org., 2014).

Em relação ao uso de tranquilizantes, 9,6% da população adulta já os utilizou pelo menos uma vez na vida (LARANJEIRA, et al., 2014). Verifica-se que aproximadamente 8 milhões de pessoas, no Brasil, usaram tranquilizantes no último ano. Dado que vai ao encontro do que

afirma o relatório do UNODC (2014a), que o abuso de medicamentos de prescrição está crescendo em todo o mundo.

Conforme se pondera no Informe Mundial sobre as Drogas (UNODC, 2014a), a prevalência do consumo das drogas ilícitas no mundo se mantém estável, mas se observa que esse número de consumidores tem se ajustado ao aumento da população mundial. Ou seja, em termos mundiais, parece haver aumento no uso de drogas e se pode afirmar que esse fenômeno continua causando danos consideráveis na vida das pessoas. Em 2012, registraram-se cerca de 180 mil mortes relacionadas ao uso e abuso de drogas e no mesmo ano se calcula que de 3,5% a 7% da população de adultos no mundo consumiu pelo menos um tipo das ilícitas, predominantemente substâncias como maconha, opióides, cocaína e anfetaminas.

Os dados do UNODC (2014a) indicam ainda que há deficiências na prestação de serviços de saúde. Em relação aos consumidores de alto risco³, nos registros recentes, somente uma pessoa, de cada 6, tem acesso aos serviços e/ou tratamentos em saúde relacionados ao uso e abuso de drogas. Isto é, esse painel que apresenta a dinâmica do uso de drogas fortalece a constatação da emergência das drogas enquanto problema de saúde coletiva, haja vista que se detecta aumento ou equilíbrio no consumo e se registram danos e consequências significativas na saúde dos sujeitos. Esses indicadores apresentam uma dimensão do atual problema do uso de drogas no Brasil, delineando o quanto se faz necessário pensar políticas públicas que levem em consideração, por exemplo, as diferenças e nuances quanti e qualitativas em relação ao uso de drogas. Fatos esses que indicam a necessidade de execução de outras estratégias de prevenção e de cuidado em saúde ainda pouco desveladas (BÜCHELE, COELHO E LINDNER, 2009; BASTOS E BERTONI, org., 2014).

Além disso, cabe destacar que o uso de drogas, lícitas e ilícitas, no Brasil tem importantes conexões com os aspectos sociais, culturais e econômicos. Pois, o consumo de drogas se coloca, muitas vezes, como fator de sociabilidade e inclusão em determinados grupos sociais (BÜCHELE, COELHO E LINDNER, 2009) e/ou se relaciona à alegria e ao prazer da vida, já que um dos objetivos do ser humano é a satisfação (SEIBEL E TOSCANO JUNIOR, 2000). Também como mostram os

³ No Informe do UNODC (2014a) se chama “consumidor problemático” ou “consumidor de alto risco” as pessoas que consomem drogas injetáveis, que consomem drogas diariamente e as pessoas com diagnósticos de transtornos de consumo ou droga dependência, baseados nos critérios da CID 10 e do DMS-IV.

dados do II LENAD (LARANJEIRA, et al., 2014), uma maior renda per capita está relacionada com o aumento de consumo de álcool.

Assim, o mercado de vendas e a mídia têm substancial apelo para fazer valer esse consumo. Guareschi (2011) pontua que a comunicação – enquanto aparelho ideológico – caracteriza-se na função de construir a realidade e os meios de comunicação não o fazem de modo neutro, mas a partir de uma dimensão valorativa, que coloca em pauta (ou não) determinados assuntos. Por conseguinte, a comunicação, através de seus diversos meios, tem a capacidade e o poder de influenciar na cultura dos sujeitos, delineando modos de consumo, comportamentos, significações e representações sociais.

Comunicar algo implica no processo de compartilhar informações e conhecimentos; portanto, designa um ato social que invariavelmente alude à interação e convivência na sociedade (ROZEMBERG, 2006). Nesse sentido, a comunicação não se separa da estrutura sociocultural, seja na definição de padrões de atitudes e comportamentos humanos (com a forte influência dos meios de comunicação de massa); seja propondo reflexões acerca desses padrões muitas vezes assumidos mecanicamente e distantes da dimensão conscientizadora da autonomia humana (FREIRE, 1995).

Desse modo, a saúde coletiva toma parte desse processo de comunicação e conscientização, à medida que seus estudos, pesquisas e discussões são publicizados com vistas a produzir sentidos de cuidado em saúde. Os sentidos textuais e ideológicos das publicações, ainda que produzidos por sujeitos e realidades diferentes, constituem uma potente formação discursiva, que pode incutir modos e medidas de entendimento, controle e assistência do e ao fenômeno das drogas aceitos e valorizados num determinado prisma de sociedade política e economicamente desejada, que busca manter certos padrões da ordem vigente (BUCHER E OLIVEIRA, 1994).

Posto isso, analisar os princípios que norteiam os programas de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas, a partir da reprodução de formas biomédicas e estigmatizadas de cuidado em saúde, objeto de estudo desta tese, implica em balizar o compromisso social de produzir comunicações científicas e acessíveis capazes de influenciar a prevenção em saúde e comunicações oportunas para tocar, de modo saudável e responsável, a vida dos usuários de drogas lícitas ou ilícitas.

No Brasil, a produção de conhecimento científico sobre as drogas apresenta um desenvolvimento mais significativo a partir da década de 1980. Contudo, Trad (2010) assinala que as pesquisas epidemiológicas, baseadas em concepções biológicas e neurofisiológicas, ainda ocupam

uma posição hegemônica, influenciadas pelo domínio do modelo biomédico na produção sobre o tema.

Consoante a isso, esse estudo se coloca como pertinente no panorama atual, pois ao analisar as características bibliométricas de artigos e revisões sobre prevenção em saúde em relação ao uso de drogas possibilita levantar se há carência de informações e pesquisas sobre a temática, para o desenho de políticas e intervenções resolutivas e focadas na prevenção em um sentido amplo. Pois, acredita-se que estudos capitaneados por pesquisadores que atuam na interface dos pilares da saúde coletiva – ciências sociais e humanas, epidemiologia e política e planejamento/administração – tendem a apresentar outras perspectivas de cuidado em saúde.

Além disso, a presente pesquisa é relevante cientificamente, pois possibilita o aprofundamento das discussões sobre o fenômeno das drogas, considerando sua complexidade e sua polissemia que se interliga as dimensões sociais, políticas, econômicas, culturais, éticas e estéticas da vida humana. Sobremaneira em relação à nova ordem mundial, imposta e regida pela globalização, que conforma as relações sociais/interpessoais de modo fugaz, valorizando a competitividade e o individualismo e que regula as descobertas científicas, geralmente, por meio de atividades econômicas (WESTPHAL, 2006).

Esta pesquisa, ao analisar os princípios que norteiam os programas de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas, apresentados nas publicações científicas brasileiras, possibilita conhecer como esses princípios são descritos e praticados nas ações de saúde. Pois, conforme dados do UNODC (2014b), o investimento em pesquisas de prevenção ao uso de drogas em “países de baixa e média renda”, realidade brasileira, ainda é discreto. Focaliza-se a importância em destinar investimentos (econômicos e humanos) para pesquisas que avaliem programas e políticas de prevenção em saúde; até, para colocar em prática o pressuposto da Política Nacional sobre Drogas (2005) de fomentar eticamente o conhecimento e disseminar os resultados desses estudos sobre drogas (SOUZA E KANTORSKI, 2007).

Bem como, sobressai a utilidade de enfrentar questionamentos como: as lacunas nas atuais políticas de prevenção podem ser preenchidas de que maneira? O que pode ser feito para prevenir o uso de drogas, de modo que as pessoas se sintam saudáveis, acolhidas em seus sofrimentos e fortalecidas em suas potencialidades? Uma vez que se defende que “a educação preventiva deve ser integrada a outros programas educacionais e considerar os programas sociais e de saúde, delimitando claramente suas ações” (BÜCHELE, COELHO E LINDNER, 2009, p. 269).

Diante desse cenário exposto, essa pesquisa assume o entendimento de que somente mudanças na legislação e/ou soluções repressivas – enquanto estratégias para lidar com um fenômeno complexo e concreto como o uso de drogas – tendem a não ser resolutivos. A proposta é que se amplie o olhar, sobremaneira em relação à prevenção em saúde ao uso de drogas, a fim de assegurar políticas efetivas, integrais, humanas e cientificamente solidificadas.

Portanto, as questões que direcionaram esta pesquisa são:

- Quais as características bibliométricas de artigos e revisões de literatura sobre prevenção em saúde em relação ao uso de drogas?
- Que princípios de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas aparecem nas produções científicas brasileiras⁴ em bases de dados nacionais e internacionais da área de saúde coletiva?
- Estes princípios regulam os modos de vida dos usuários de drogas ou permitem pensar a produção de sujeitos autônomos e novas formas singulares de viver?

Por conseguinte, defende-se como tese neste trabalho:

Mesmo com a sanção da 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, instituindo outro estilo de pensamento para pautar o cuidado em saúde com base numa lógica ampliada de saúde coletiva, os princípios das ações e programas de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas apresentados nas publicações científicas brasileiras não mudaram expressivamente, à medida que continuam se utilizando de princípios da prevenção que tendem a reproduzir formas biomédicas e estigmatizadas de cuidado em saúde.

⁴ Nesta tese produções científicas brasileiras são caracterizadas por estudos realizados a partir da realidade do Brasil e/ou por aqueles que contavam, pelo menos, com um autor/pesquisador brasileiro.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os princípios que norteiam os programas de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas, apresentados nas publicações científicas brasileiras entre 2001 e 2013 em bases de dados nacionais e internacionais da área de saúde coletiva.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as características bibliométricas de artigos e revisões sobre prevenção em saúde em relação ao uso de drogas;
- Identificar os princípios da prevenção em saúde quanto ao uso de drogas que aparecem na produção científica brasileira;
- Discutir criticamente os princípios que norteiam os programas de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica dessa tese tem o propósito de conceituar e contextualizar temas fundamentais para subsidiar e sistematizar as discussões do presente estudo. As reflexões se inscrevem e se constroem a partir de materiais como livros, artigos, dissertações e teses, que foram selecionados de acordo com o tema da pesquisa, bem como, por coerência, ligando-se a concepção de mundo e de sujeito e ao quadro teórico/conceitual que serve de apoio para compreensão do fenômeno investigado.

O eixo teórico e contextual desta pesquisa se fundamenta na conceituação de saúde coletiva e saúde mental, na historicização (passado e presente) do uso de drogas, relacionando-a com as nuances sociais desse fenômeno, principalmente relacionadas à realidade do Brasil. No decorrer da escrita, são abordados entendimentos e aspectos sobre a Reforma Psiquiátrica e as Políticas Públicas acerca do uso de drogas.

Ademais, foram abordados temas como prevenção em saúde, risco e prevenção e se apresentam alguns modelos conceituais de prevenção, com ênfase aos princípios da prevenção utilizados nas ações e programas em saúde que são contemplados na trajetória de produção do conhecimento e da intervenção no campo das drogas – eixo dessa pesquisa.

3.1 SAÚDE COLETIVA E SAÚDE MENTAL

A expressão “saúde pública” foi se construindo (e ainda o é/está) em razão da necessidade de planejar ações de saúde, individuais e/ou coletivas, coerentes à realidade. Desse modo, não existe consenso em relação ao conceito, nem mesmo à expressão utilizada. Mas, nesta tese adotou-se, por linha epistemológica, a expressão “saúde coletiva”, a fim de firmar que as formas como são tratados o coletivo, o social e o público são inseparáveis na construção desse entendimento.

Em 1949, Winslow apresentou uma conceituação ampla ao aproximar a ciência saúde pública de arte, considerando que o conhecimento resulta de aspectos científicos, mas também de uma “intuição onde as incógnitas ainda existem” (SCLIAR, 2002). Já em 1983, Donnangelo, propunha que a delimitação da saúde coletiva ia da “ciência natural à ciência social”, ou seja, o compromisso da saúde coletiva abarca além das manifestações individuais, as manifestações históricas, concretas e particulares que se desenham em espaços e

atuações comunitárias (NUNES, 2006).

Paim e Filho (2000) afirmam que o objeto da saúde coletiva se constrói nos limites (muitas vezes, tênues) do biológico e do social, compreendendo a investigação da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde. Dessa maneira, o objeto da saúde coletiva se pauta na integração interdisciplinar de conhecimentos e saberes, e não somente no plano estratégico de integrar profissionais de diferentes formações.

Consoante a isso, a saúde coletiva revela a heterogeneidade desse campo de tipos distintos de disciplinas (disciplinas ocupadas do social da saúde), que se cruzam e se ligam de modo assimétrico e coeso, desenhando outras áreas fronteiriças que buscam por ações e estratégias resolutivas. Define-se, assim, como campo de conhecimento e de práticas organizadas e orientadas à promoção da saúde; campo das “ciências da complexidade”, que se aproximam e se limitam em arranjos interdisciplinares, de acordo com o mosaico tecido a partir das necessidades sociais em saúde (NUNES, 2006; CZERESNIA, 2003; TARRIDE, 1998; AYRES, 1995).

A saúde coletiva, enquanto marco conceitual, busca a superação do biologicismo hegemônico, da naturalização e medicalização da vida social, da submissão das práticas de saúde à clínica tradicional e ao modelo biomédico dominante (PAIM E FILHO, 2000). Nesta perspectiva, a saúde é complexidade, com discursos e ações orientadas para o bem estar das pessoas, e reduzi-la ou decompô-la não parece caminho adequado para levar em conta as matizes e nuances que fazem parte dessa relação (TARRIDE, 1998).

Portanto, saúde e doença são indissociáveis, fazem parte de um processo pelo qual a vida e a potência humana se manifestam. Como parte constituinte desse campo diversificado e composto de múltiplas interfaces, três formações disciplinares se colocam como fundamentais: ciências sociais e humanas, epidemiologia e política e planejamento/administração. A saúde coletiva preza a construção de uma concepção (teórica e prática) que, pautada na relativização dos saberes científicos, recoloca a importância da filosofia, da arte e da política, estabelecendo uma nova relação com a verdade, que desvela mais que conhecimento, sabedoria (SCLIAR, 2002; NUNES, 2006; CZERESNIA, 2003; PAIM E FILHO, 2000).

As posições e proposições da saúde coletiva no Brasil se guiam de modo crítico, posto que se comprometem com a emancipação humana e evocam a coletividade enquanto sistema social, para o entendimento do que é saúde. Dessa maneira, os três pilares da saúde coletiva – ciências

sociais e humanas, epidemiologia e política e planejamento/administração – devem estar integrados, tanto no campo da ciência, quanto da técnica e em suas nuances objetivas e subjetivas (AYRES, 1997; LOYOLA, 2012).

Porém, a história mostra que nem sempre a integração entre os três pilares da saúde coletiva prevaleceu. O pensamento e as ações relacionadas à saúde mental na Antiguidade e na Idade Média diziam respeito às crenças e às explicações de que os sujeitos em sofrimento psíquico estavam acometidos por demônios, feitiços e espíritos malignos. Com esse entendimento, de que a doença tem uma faceta mitológica, esses sujeitos eram tratados e assistidos através de ritos mágicos, espirituais e religiosos (KIRCHNER, et. al, 2010; SCLiar, 2002).

O Renascimento apontou a transição entre o pensamento esotérico e místico para o pensamento científico, quando a natureza passa a ser contestada por meio das explicações de experimentação e quantificação da ciência. A Revolução Industrial, com o objetivo de que a sociedade precisava crescer, desenvolver, progredir e comercializar, apresentou outro modo de entender a saúde mental; os loucos eram vistos como improdutivos e as coisas passaram a ser avaliadas por seu preço econômico. Por sua vez, na Modernidade se tem o advento da fragmentação entre místico e real, alma e corpo, e os órgãos humanos se definem como a localização física da doença e da enfermidade (KIRCHNER, et. al, 2010; SCLiar, 2002).

Essas variações de entendimentos sobre a doença/saúde mental demonstram como e quanto essa categoria conceitual está atrelada as dimensões culturais da vida dos sujeitos. Diante dessa pluralidade de entendimentos, conceituar saúde mental requer pensá-la a partir de uma visão complexa, multifacetada e integral que se refere ao estado mental individual e coletivo, enredado pela vida cotidiana, e influenciado pelo acesso aos serviços de saúde, trabalho, lazer, significativas redes de apoio, qualidade de vida e participação social. “O conceito de saúde mental vincula-se a uma pauta emancipatória do sujeito, de natureza inapelavelmente política” (ALMEIDA FILHO, COELHO E PERES, 1999, p. 123).

Por conseguinte, a Reforma Psiquiátrica – enquanto processo histórico e político – acena com críticas à conjuntura do sistema de saúde mental e à estruturação das instituições psiquiátricas clássicas. Historicamente, os hospitais surgiram como lugares filantrópicos e religiosos de hospedagem e hospitalidade para dar assistência humanitária aos “mendigos, prostitutas, leprosos, libertinos, abandonados e pessoas necessitadas”. No século XVII esses lugares passaram a

amparar, também, pessoas “delinquentes e desajustadas socialmente”, iniciando o processo de institucionalização com a finalidade de sanear aspectos relacionados à insalubridade e à violência (AMARANTE, 1995).

Com as mudanças sociais e econômicas que significaram mudanças também no entendimento de sociedade e saúde e com a atuação do médico Philippe Pinel (século XVIII), a dinâmica desses hospitais passou por transformações consideráveis. A partir do século XIX, com o advento da cientificidade, o fenômeno “loucura” passa a ser investigado, conhecido e assistido como “doença mental”, fundando-se a Psiquiatria Clássica (AMARANTE, 1995; LANCETTI E AMARANTE, 2006; SCLiar, 2002).

Os sujeitos que não eram considerados “doentes” foram alocados em outros lugares, a fim de deixar somente os sujeitos doentes nos hospitais, separando-os por patologias e enfermidades. Ou seja, a configuração do hospital se sistematiza pela ação medicalizada de fragmentação e esquadramento da vida, o hospital deixa de ser objeto de hospedaria para ser objeto do saber científico por meio da apropriação da “loucura” e da racionalidade médica. Marca-se o advento da medicina científica, que considera o enfermo como um “perigo” e fora do “padrão de normalidade” que necessita ser afastado socialmente para ser corrigido, assistido e disciplinado (LANCETTI E AMARANTE, 2006).

Os hospitais, que até então eram lugares de assistência filantrópica, passam a ser vistos como instituições de cura e internamento, com rotinas e práticas de asilamento e fechamento da vida. As instituições hospitalares, dessa maneira, tiveram por função a institucionalização, que buscava incluir os sujeitos em um conjunto específico, comparando-os, diferenciando-os, hierarquizando-os, homogeneizando-os e os classificando. O hospital psiquiátrico, num caráter de “instituições totais e disciplinares” (GOFFMANN, 1974; FOUCAULT, 1961), ocupava a função de modelar e sujeitar as subjetividades ali confinadas, à medida que se estabeleciam relações de tratamento, vigilância, obediência e segregação, com a preocupação maior de manter a sociedade em segurança.

Esse modelo clássico de psiquiatria se difundiu e influenciou amplamente o discurso e a prática dos profissionais da saúde no campo da saúde mental, fortalecendo a hegemonia da mercantilização da medicina que marcou a política de saúde, inclusive no Brasil. Os hospitais, não mais gerais, mas psiquiátricos, passaram a ser o lugar da regularidade e da constância: o espaço físico se caracteriza como um laboratório de pesquisas supervalorizando o contato empírico com as

doenças e os doentes; os doentes são distribuídos espacialmente e agrupados de acordo com suas doenças e as tecnologias e cuidados terapêuticos reproduzem o saber médico (AMARANTE, 2007; FOUCAULT, 1961).

Desse modo, a doença mental isolada, segundo sua história natural e anatomopatológica, é produzida a partir da intervenção médica, ou seja, a relação da doença mental como objeto pretere o sujeito da vivência de adoecimento. Esse modelo, reconhecido como “hospitalocêntrico” ou “biomédico”, assume condutas verticais, hierárquicas, disciplinares, centradas na doença com cuidados especializados (fragmentação dos corpos) e que buscam a segurança da sociedade à medida que a defende dos “loucos” (AMARANTE, 2007).

Nessa busca de limpar a sociedade e melhorar sujeitos e populações, os dados estatísticos, biológicos e demográficos, passam a indicar normas e condutas socialmente adequadas e esperadas. Nesse sentido, a doença vai além do sentido de patologia, mas também se refere àquilo que é exceção da norma política e social vigente, desviante, anormal. Inicia assim um novo modo de classificar os desvios de comportamento dos sujeitos e, conseqüentemente, um novo modo de intervenção (corretivo) em saúde, que opera seu fazer/poder por meio do corpo, do somático e do biológico, com políticas higienistas, psiquiátricas e eugênicas. A partir dessa nova psiquiatria se definem novas e outras enfermidades, o que é visto como “reação inadequada, desordem, indisciplina e inconformidade” passa a ser patologizado e psiquiatrizado (FOUCAULT, 2001; CAPONI, 2009).

Essa hegemonia da visão estigmatizada e excludente da doença e anormalidade passa a ser contestada ao final da Segunda Guerra Mundial com inquietações na Europa, e no Brasil a partir das décadas de 1970 e 1980, com o processo de redemocratização do País e a articulação, transformadora e crítica, dos Movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2007; KIRCHNER, et. al, 2010).

A Reforma Sanitária representava um pensamento contra hegemônico que projetava a transformação do sistema de saúde vigente, caracterizado pela dicotomia das ações estatais, pela majoritária compra de serviços privados e pela modalidade hospitalocêntrica (SCOREL, 1998). O movimento da Reforma Psiquiátrica toma corpo, na década de 1980, baseando-se nos pressupostos da psiquiatria democrática italiana e capitaneado por diferentes atores, com destaque para o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Movimento de Renovação Médica (REME), Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Federação Brasileira de

Hospitais (FBH), Ministério da Saúde (MS), indústria farmacêutica, associações da sociedade civil e Instituições de Ensino Superior (IES).

Desses atores, Amarante (2007) enfatiza a importância da atuação do MTSM nas propostas de reconsideração do sistema de assistência em saúde mental em função da “crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental). Em 1978, profissionais de quatro unidades da DINSAM, órgão do MS responsável pela formulação das políticas de saúde mental, iniciaram uma greve denunciando as precárias condições de trabalho e as violências – de todas as formas – aos trabalhadores e aos pacientes dos hospitais psiquiátricos. A pauta de reivindicações incluía a regularização da situação de trabalho, o aumento salarial, a redução no número de consultas por turno e as críticas à cronificação dos pacientes e ao uso do eletrochoque, na intenção de humanização dos serviços. Mesmo oscilando entre um projeto de reformulações corporativistas e a transformação da dinâmica da instituição psiquiátrica, a “crise da DINSAM” possibilitou discussões importantes sobre a desinstitucionalização e legitimou o MTSM.

Nesse processo, a Reforma Psiquiátrica caminha se pautando na noção de desconstrução do modelo de assistência hospitalar. Questiona, entre outros aspectos, o número desmedido de leitos psiquiátricos que, ao final de 1980, contabilizava mais de 80 mil e visa a reconstrução da autonomia e dos direitos civis dos sujeitos em sofrimento psíquico. Desenha-se um período marcado por eventos e acontecimentos que postulam a ruptura da institucionalização num processo ético, conceitual, político, assistencial, jurídico e social que assinala a construção do Estado brasileiro democrático (LUZ, 1991; AMARANTE, 2005; ROCHA, 2007; KIRCHNER, et. al, 2010).

Com a Reforma Psiquiátrica se objetiva por outra abordagem no cuidado em saúde mental, à medida que não se pretende aperfeiçoar as estruturas tradicionais de ambulatório e de hospital, mas inventar novos dispositivos e tecnologias (TENÓRIO, 2002), buscando um modelo de atenção integral à saúde (BÜCHELE, et al., 2006). Assume-se, pois, a integralidade como categoria base para o cuidado em saúde, entendida como a compreensão ampliada das necessidades dos sujeitos e como espaço para o diálogo que recusa o reducionismo biológico (PINHEIRO E MATTOS, org., 2005).

Sob essa outra e nova perspectiva, a saúde mental considera essencial a articulação entre o conceito de saúde coletiva, saúde mental e cidadania. O fazer em saúde mental se apropria do sujeito em sofrimento como parte da existência da vida, e não apenas em situações caracterizadas por sinais, sintomas, transtornos; ou seja, a doença deixa

de ser o centro do cuidado e da atenção. Apropria-se, pois, da expressão “atenção psicossocial”, que se compromete com aspectos subjetivos e de referência da vida de cada sujeito, inserido e contextualizado no seu território (ROCHA, 2007), para cuidar e assistir aos sujeitos em sofrimento psíquico, inclusive aqueles que usam drogas.

3.2 USO E ABUSO DE DROGAS: DIMENSÕES HISTÓRICAS, SOCIAIS E CULTURAIS

Os registros históricos dão conta de corroborar que o uso de drogas se situa como modo de vida e prática cultural – mesmo que influenciado por outros agentes (sociais, espirituais, econômicos, políticos, biológicos) – que sempre esteve presente na vivência da humanidade e não há sociedade que não tenha as suas drogas (SEIBEL E TOSCANO JUNIOR, 2000; NIEL, 2011; BUCHER, 2002).

A classificação das drogas ou substâncias psicoativas também acompanha o curso da história e das transformações sociais e culturais, variando, inclusive, em relação aos tipos de produtos encontrados, comercializados e consumidos em determinada época e contexto. Destarte, por rigor epistemológico, apresenta-se uma classificação a partir dos autores Seibel e Toscano Junior (2000) e Marques e Ribeiro (org., 2006).

Quadro 1 – Classificação de drogas específicas

Droga	Caracterização	Classificação de acordo com os efeitos no SNC
Álcool	Substância lícita, obtida a partir da fermentação ou destilação da glicose de frutas, raízes e cereais.	Psicoléptica (depressora)
Opiáceos/opioides	Substâncias lícitas e ilícitas, divididas em sedativos naturais, semissintéticos e sintéticos. A morfina e a codeína (Elixir Paregórico) são naturais e extraídas da <i>Papaversomniferum</i> (líquido leitoso da papoula). A heroína e a metadona, semi-sintéticas, têm ação ou	Psicolépticas (depressoras)

	<p>duração prolongadas. A meperidina (Dolantina), propoxinefo (Algafan) e fentanil (Inoval), sintetizados em laboratório (sintéticos). Apresentam-se na forma de comprimidos, ampolas, em pó e supositórios.</p>	
Solventes ou inalantes	<p>São compostos, lícitos e ilícitos, de hidrocarbonetos alifáticos e aromáticos, voláteis, presentes numa série de produtos como: aerossóis, vernizes, tintas, propelentes, colas, esmaltes e removedores.</p>	<p>Psicodislépticos (perturbadores)</p>
Tabaco	<p>É uma planta, <i>Nicotianatabacum</i>, de origem americana, da qual é extraído o princípio ativo “nicotina”. No tabaco ainda existe um número grande de outras substâncias tóxicas, como, por exemplo, terebentina, formol, amônia, naftalina, entre outras. Substância lícita.</p>	<p>Psicoanaléptica (estimulante)</p>
Cocaína	<p>É um alcalóide obtido das folhas da planta <i>Erythroxylon coca</i>, originária dos Andes, cuja obtenção deriva diversos subprodutos. O refino da pasta base resulta na cocaína em pó (cloridrato de cocaína), substância ilícita, produto final do refino e apresentação mais conhecida.</p>	<p>Psicoanaléptica (estimulante)</p>
Crack	<p>É um subproduto de cocaína, em sua forma de base livre,</p>	<p>Psicoanaléptico (estimulante)</p>

	substância ilícita que é fumada.	
Anfetaminas	Estimulantes, lícitos e ilícitos, desenvolvidos e sintetizados em laboratórios. A mais conhecida e utilizada no Brasil é a 3,4-metilenedioxi-metanfetamina (MDMA), o <i>ecstasy</i> .	Psicoanalépticas (estimulantes)
Maconha	A <i>Cannabis sativa</i> é um arbusto da família das <i>Moraceae</i> , conhecido pelo nome de “cânhamo” da Índia. Substância ilícita, que contém cerca de 400 substâncias químicas, entre as quais se destacam pelo menos 60 alcalóides conhecidos como canabinóides, os responsáveis pelos efeitos psíquicos.	Psicodisléptica (perturbadora)

Fonte: adaptado de Seibel e Toscano Junior (2000) e Marques e Ribeiro (org., 2006).

Sobre o uso de drogas existem três tipos de classificações: “uso social” – uso de drogas de forma imprecisa, geralmente em situações pré-determinadas e em companhia de outras pessoas; “uso recreativo” – uso de droga, em geral ilícita, em situações sociais, sem dependência; “uso nocivo” – uso que causa dano à saúde. O “uso recreativo” e o “uso social” podem ser considerados usos de consumo de drogas de baixo risco, enquanto que o “uso nocivo” ou “abuso” indica complicações mais severas, pois esse se caracteriza por um padrão mal adaptativo de uso de drogas, que indica consequências danosas frequentes e significativas. Já a “dependência” é identificada por um conjunto de fenômenos fisiológicos, psicológicos e sociais resultantes do consumo constante, descontrolado e prioritário em relação a outros comportamentos que antes eram valorados (SEIBEL E TOSCANO JUNIOR, 2000; MARQUES E RIBEIRO, org., 2006).

A fim de contextualizar a classificação e o uso de drogas de acordo com o cenário histórico e social, faz-se mister pontuar que a subjetividade

humana está em constante processo de construção, desconstrução e reconstrução; processo esse marcado pelas relações estabelecidas nos ambientes e convivências dos sujeitos. Nesse processo relacional, o ser humano se cerca de elementos simbólicos para se subjetivar e objetivar as coisas da vida, ou seja, determinados comportamentos e atitudes expressam o seu mundo simbólico. Nesse sentido, o uso de substâncias psicoativas pode se configurar como maneira de expressão, interação e comunicação humana, que provoca alteração das funções psíquicas e possibilita experiências (ou a sensação aparente de) prazerosas, que não necessariamente repercutirão em dependência ou abuso de droga, no sentido de patologia (MACRAE, 2000; BUCHER, 2002).

Os efeitos das drogas no Sistema Nervoso Central (SNC) são diversos, dependendo da substância utilizada, mas também dos modos de uso, do contexto e das intenções de quem as usa. Bucher (2002) pontua, por exemplo, que nos tempos modernos surgiu a fabricação de substâncias sintéticas (em particular medicamentos) e a introdução, através de certas convenções sociais e jurídicas, da diferenciação entre substâncias lícitas e ilícitas. À medida que as discussões e encaminhamentos acerca do uso de drogas se colocam como pauta atual e necessária para a saúde coletiva e para a sociedade como um todo, destaca-se insuficiente admitir tão somente abordagens farmacológicas e se faz fundamental situar a trama da relação humana com esses produtos (MACRAE, 2000).

A história do uso de drogas na Idade Antiga, na Idade Média e na Idade Moderna demonstra que o uso de plantas e algumas substâncias de origem animal estava circunscrito aos ritos religiosos, com o caráter de religião ao sagrado e à purificação, para suportar as adversidades ambientais (frio, fome, sede) e os sofrimentos, para propiciar o autoconhecimento, potencializar a vida sexual, curar ou aliviar dores, entre outras funções. Isto é, nos períodos históricos supracitados as drogas eram utilizadas com finalidades religiosas, recreativas e terapêuticas (NIEL, 2011; MACRAE, 2000; TOSCANO JUNIOR, 2000).

Essas finalidades e entendimentos a respeito das substâncias psicoativas aceitas nestes períodos (Idade Antiga, Média e Moderna) contribuíram para usos indiscriminados que levaram às dependências e abusos, registrando índices de malefícios e consequências danosas que resultaram na adoção de medidas proibitivas e moralizantes (NIEL, 2011).

O conceito de adição surgiu no início do século XIX, mas a base das discussões científicas que assumem a visão de doença ou transtorno se consolidou na Idade Contemporânea (final do século XIX), como

indicativo da influência das descobertas da microbiologia, da bacteriologia e dos estudos sobre as consequências físicas do uso de substâncias psicoativas (TOSCANO JUNIOR, 2000).

A tendência de associar os conceitos de uso de substâncias psicoativas e adição, sob o constructo da psiquiatria e da clínica ambulatorial, na perspectiva da doença, toma corpo no século XX, principalmente no período entre as duas Grandes Guerras Mundiais. A imposição da “Lei Seca”, entre 1919 e 1933, nos EUA, invoca ideais proibicionistas e criminalizantes, por meio de reuniões internacionais, que objetivavam demarcar o status de potência mundial para controlar a crise social e econômica que o país enfrentava, dando ênfase ao controle da produção e comercialização de drogas (NIEL, 2011; MACRAE, 2000; TOSCANO JUNIOR, 2000).

O movimento de internacionalização das discussões sobre o uso de drogas e seu conceito de doença integrou vários acordos, entre as décadas de 1960 e 1970, entre as nações; reforçando legislações que introduziam classificações farmacológicas, encampavam o jargão de “combate e guerra às drogas” e preteriam as dimensões sociais e culturais envolvidas ao fenômeno (NIEL, 2011; MACRAE, 2000; TOSCANO JUNIOR, 2000).

Entretanto, as décadas de 1960 e 1970 também foram palco da inclusão de diferentes e contrastantes correntes de pensamentos sobre o uso de drogas. Surgiram críticas e questionamentos sobre o conceito de adição, destacando o risco de medicalização de um processo que vai além dos fatores biológicos. Desse modo, as definições de “adição” e “dependência de drogas” elencadas pela OMS são revisitadas e os entendimentos, baseados na reforma social da saúde pública e que propunham cuidados primários fundamentados em indicadores de saúde, planejamento e prevenção e educação em saúde, são incorporados (TOSCANO JUNIOR, 2000).

Não obstante, o uso de drogas nos tempos contemporâneos ganhou nova roupagem. Com o advento do Capitalismo e do Neoliberalismo, a relação dos sujeitos com as drogas se estabelece num painel mercantilizado onde são oferecidas múltiplas substâncias (lícitas e ilícitas), produzidas e reinventadas na rapidez e fluidez dos processos industriais e comerciais; em que as subjetividades são construídas para, e através do consumo, a busca insaciável pela felicidade e satisfação do momento e das pressões sociais e trabalhistas impraticáveis. Tranquilizantes e sedativos estão nas categorias de substâncias mais prescritas no mundo ocidental, o tráfico de drogas e o crime organizado se profissionalizaram e funcionam globalmente. Além do uso de drogas

já conhecidas (tabaco, álcool, cocaína, opióides, etc.), atualmente há consumo significativo de estimulantes sexuais, esteroides anabolizantes e inibidores de apetites em função de um senso estético e comportamental padronizado e valorizado socialmente (ABREU E MALVASI, 2011; SANTOS, 2010; BAUMAN, 2005).

Nesse mesmo cenário moderno, as políticas e intervenções de saúde se enredam na medicalização da vida, sobretudo, no que se refere à prescrição e ao consumo de psicofármacos, marcando assim um outro processo de subjetivação e sujeição humana. Uma pesquisa de Ignácio e Nardi (2007), em um município do interior do Rio Grande do Sul, onde mais da metade da população fazia uso de psicofármacos, ao escutar 400 sujeitos, demonstra a perspicácia com o que o medicamento assume lugar de destaque no dia a dia das pessoas e nas práticas de cuidado em saúde. Os medicamentos tomam esse lugar central do cuidado em saúde, pois prometem o distanciamento de sofrimentos como “depressão, ansiedade, crises econômicas, tristeza”, em detrimento de outras maneiras de enfrentamento. Ou seja, reforçam-se formas de vida individualistas e de dependência a um governo (e Estado) assistencialista e paternalista.

Na sociedade que tem como base o capital econômico, o capital humano (num trocadilho bastante utilizado nas produções teóricas atuais) se subjetiva a partir do imediatismo e do individualismo. Homogeneizado e categorizado por meio da comunicação de massa e eletrônica/tecnológica, o ser humano tende a fazer uso de substâncias psicoativas em nome da excitação efêmera, que busca ocultar as perdas e as frustrações, que deixaram de ser toleradas (ABREU E MALVASI, 2011; SANTOS, 2010).

A mídia, enquanto aparelho ideológico, parece responder ao capital; à medida que tudo se torna produto de consumo e as propagandas e campanhas, sobremaneira de tabaco e álcool, vendem a possibilidade de um estilo de vida de glamour e que boicota a capacidade humana de pensar, criar e recriar outras soluções e atitudes, além das drogas, para suas dores, crises, angústias, ansiedades e vazios. Por outro lado, as campanhas midiáticas de prevenção em saúde ao uso de drogas, tanto da esfera pública quanto da privada, são ambientadas em fundos sombrios, com sujeitos e objetos desprezados e excluídos socialmente, ou seja, utilizam recursos que distanciam os sujeitos ao invés de aproximá-los (SANTOS, 2010).

Outro fato que merece destaque é o surgimento da AIDS, década de 1980, e a associação da transmissão do vírus HIV através do uso de drogas injetáveis, principalmente a heroína. Diante dessa realidade, vários países, primeiramente na Europa, organizaram práticas para diminuir os

riscos derivados das trocas de seringas e agulhas entre os usuários de drogas injetáveis (UDIs). Cria-se, assim, a prática de Redução de Danos (RD), que se difundiu no mundo e no Brasil, mormente na década de 1990, com a estratégia de distribuição de agulhas e seringas descartáveis aos UDIs (TOSCANO JUNIOR, 2000; NIEL, 2011).

Destarte, considerar o uso e abuso de drogas na experiência da vida moderna do século XXI e, a partir disso, propor políticas de saúde, requer a problematização das contradições da contemporaneidade que incidem sobre os modos como as subjetividades e as relações sociais e comunitárias estão sendo construídas. Assim, o enfrentamento às drogas por meio das políticas de saúde exige, igualmente, que se discutam aspectos ligados às desigualdades sociais, ao tráfico, às violências, à mídia, ao modo de organização da sociedade, à saúde, ao cuidado e à prevenção em saúde no eixo da promoção da vida (SANTOS, 2010; BUCHER, 2007; SOUZA E KANTORSKI, 2007; NOTO E MOREIRA, 2006).

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE ACERCA DO USO DE DROGAS

As políticas e diretrizes em saúde referentes ao uso de drogas não assumem consenso nas suas estrutura e organização conceitual e prática, tem-se um exemplo disso na comparação das recomendações de órgãos como a UNESCO, OMS, ONU (UNODC) e as ideias implantadas em alguns países, inclusive no Brasil (BUCHER, 2007).

O percurso histórico das políticas de saúde de drogas demonstra que essas surgiram nos EUA, por volta do século XIX, atreladas ao modelo moral/criminal de repressão e ao modelo medicalizado de patologização do fenômeno. Mesmo que se utilizando de representações, recursos e estratégias diferentes, os dois modelos propõem o “combate às drogas” através da eliminação do consumo, ou seja, a extirpação desse “mal” acontece com leis e sanções que restringem o uso, orientação para a abstinência e o comércio de drogas. Esse também foi o percurso e a dinâmica de desenvolvimento das políticas de saúde internacionais, articuladas a partir de conferências e reuniões globais a fim de se efetivar o enfrentamento, conforme os pressupostos já defendidos pelos EUA. Com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, a proposta proibicionista se legitimou, norteando o modo de lidar com a questão das drogas em todo o mundo, restringindo-se às estratégias de segurança internacional (SILVA JÚNIOR E MONTEIRO, 2014; GARCIA, LEAL E ABREU, 2008).

O Brasil compõe esse grupo de nações signatárias das convenções internacionais sobre o uso de drogas que segue o discurso proibicionista; portanto, suas políticas foram, historicamente, formuladas e alinhadas a essa visão (SILVA JÚNIOR E MONTEIRO, 2014).

O País tem regulamentação sobre as drogas desde a década de 1930, numa breve cronologia essas são assim descritas: a) Decreto-Lei nº 891/1938 propunha internação compulsória, criminalização do porte de drogas ilícitas e definia que o governo estabeleceria ações para conter um “comportamento desviante”; b) Na Convenção Única sobre Entorpecentes, Decreto nº 54.216/1964, destacou-se a preocupação com a saúde física; c) A Lei nº 5.726/1971 se referia às intervenções em saúde, com enfoque biológico, destinadas aos “infratores viciados”; d) A assistência à saúde dos demais dependentes de drogas, tratamento de internação ou não, foi prevista na Lei nº 6.368/1976; e) O Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão (vinculado ao Ministério da Justiça), criado na década de 1970, possibilitou o surgimento dos Conselhos Antidrogas, na década de 1980; f) Em 1986 se sancionou a Lei nº 7.560, que dá liberdade financeira às ações preventivas e terapêuticas que deveriam ser implementadas e se criou o Fundo de Prevenção, Recuperação e Combate às Drogas de Abuso (FUNCAB); g) Na década de 1990, criaram-se o Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD); h) O Decreto nº 4.345/2002 foi instituído para a criação da Política Nacional Antidrogas; i) Na década de 2000 se aprovou a Política Nacional sobre Drogas (Resolução nº 3), em substituição à Política Nacional Antidrogas, instituiu-se o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, a SENAD tem sua expressão reescrita passando à Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e se assume a presença transversal da redução de danos nessas diretrizes (SILVA JÚNIOR E MONTEIRO, 2014; FILHO E VALÉRIO, 2010; GARCIA, LEAL, ABREU, 2008).

De modo geral, nas diretrizes das políticas de saúde em relação às drogas, no atual cenário internacional e nacional, ainda há debate (e embate) entre a perspectiva proibicionista, que configura a questão como problema de segurança pública, e a perspectiva da saúde coletiva, que relaciona a questão à diminuição da demanda, à redução de danos e às práticas de cuidado integral, sobremaneira em relação à prevenção em saúde (GARCIA, LEAL E ABREU, 2008; SOUZA E KANTORSKI, 2007).

Em enfoque ao movimento brasileiro acerca das políticas de saúde, enfatiza-se a dificuldade do Estado em adotar uma orientação de política pública menos obsoleta e desvinculada dos interesses internacionais.

Outro dado que influencia na consolidação dessas políticas é a descontinuidade das mesmas, decorrente das mudanças causadas pela alternância do poder. Desse modo, as políticas de saúde sobre as drogas são marcadas por conflitos (entres setores do governo, inclusive), alianças, pactos e demandas que dão conta da, ora, subordinação e, ora, emancipação do País diante da conjuntura política, econômica e social no mundo e da realidade nacional (GARCIA, LEAL E ABREU, 2008).

O processo de formulação e implementação da política pública sobre drogas oscilou entre aquilo que deveria ser – o mais transparente possível, e corresponder, da melhor forma, às necessidades dos cidadãos que são os beneficiários finais da política – e aquilo que efetivamente tem sido – um jogo marcado por pressões externas e interesses das indústrias (de um lado a indústria bélica, de outro as indústrias de bebidas alcoólicas e de produtos destinados ao refino de drogas) (GARCIA, LEAL E ABREU, 2008, p. 273).

Além disso, tanto nos direcionamentos internacionais quanto nos nacionais, parece se destacar a preocupação em assistir – do ponto de vista da saúde e das bases legais/jurídicas – o uso de drogas ilícitas, preterindo as drogas lícitas. Quando essas drogas (álcool, tabaco e medicamentos), de fato, representam a maior parcela de drogas consumidas no Brasil e apresentam consequências significativas no tocante à saúde dos sujeitos, à vida social e à economia (DUAILIBI, VIEIRA E LARANJEIRA, 2011; SANTOS, 2010; SOUZA E KANTORSKI, 2007).

Não obstante, destaca-se que as políticas de saúde efetivas devem ser incorporadas no contexto de um sistema de saúde que resolva, de forma direta e responsável, a redução da oferta de drogas, o tratamento/assistência da dependência de drogas e a prevenção das consequências e danos sociais e em saúde. O relatório da UNODC (2014a) indica que para ser oferecido e construído esse conjunto integrado de políticas em saúde, são necessários fundamentos como: política e estrutura legal; investigação científica; coordenação intersetorial; compromisso de manter a política a longo prazo; abordagem aos fatores individuais e sociais; atingir a população por meio de múltiplos contextos; garantir iniciativas de agências governamentais (OGs), não governamentais (ONGs) e de lideranças comunitárias; serviços de apoio às famílias dos usuários de drogas; sistema de vigilância em saúde que

informe sobre os padrões de uso de drogas; financiamento adequado para as ações fins e planejamento estratégico e contínuo.

Diante desse contexto, a Política Nacional sobre Drogas, aprovada em 2005, encarrega-se do papel de integrar uma proposta ampla, permanente e factível em prol da saúde e da sociedade. Para isso, fundamenta-se nos eixos de prevenção; tratamento, recuperação e reinserção social; redução dos danos sociais e à saúde; redução da oferta e realização de estudos, pesquisas e avaliações (GARCIA, LEAL E ABREU, 2008; SOUZA E KANTORSKI, 2007).

Implicando-se com a indissociabilidade entre prevenção, promoção, tratamento e reabilitação nas práticas de saúde, a Política Nacional sobre Drogas visa alargar o cuidado em saúde, de maneira a considerar individualidade e coletividade, fortalecer direitos e deveres dos usuários, potencializar a utilização de inovações tecnológicas (inclusive de vínculo, acolhimento e humanização) e alavancar diversos protagonismos (SANTOS, 2010; SOUZA E KANTORSKI, 2007).

Outrossim, a Política Nacional sobre Drogas propõe acompanhamento e avaliação rigorosos das modalidades terapêuticas, para verificar as que possibilitam os resultados mais efetivos, e destaca a valorização do trabalho interdisciplinar e com as redes de apoio, com formação permanente dos diferentes cuidadores envolvidos. Assim, pretende desmotivar o uso de drogas, encorajar a diminuição do consumo e diminuir os riscos e danos enredados pelas drogas (SOUZA E KANTORSKI, 2007).

Por conseguinte, os ordenamentos administrativos e legais do Brasil que se referem às drogas (Política Nacional sobre Drogas e Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas), apesar de alguns intrínsecos desencontros ideológicos e epistemológicos, estão esboçados em consonância com a Política de Saúde Mental (Lei nº 10.216/2001, Portaria GM nº 336/2002 e Decreto nº 7508/2011), soberana enquanto instância normativa.

No que se refere a alguns desses desencontros se tem atualmente, por exemplo, a discussão sobre a descriminalização das drogas no Brasil, que tem sido capitaneada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) com o argumento, entre outros aspectos, de que o artigo 28 da Lei 11.343/06 (“Lei de Tóxicos”) viola a Constituição em relação ao direito à vida privada. Entre os argumentos defensivos da descriminalização apresentados no STF, ressalta-se o fracasso de estratégias como a repressão/punição, a erradicação de plantações e o combate militarizado aos cultivadores. Acredita-se, pois, que “tratar o usuário como cidadão, oferecendo-lhe estrutura de tratamento, por meio de políticas de redução

de danos, é mais adequado do que estigmatizá-lo como criminoso” e assim são citadas experiências exitosas de descriminalização de drogas em países como Portugal, Espanha, Colômbia, Argentina, Itália e Alemanha. Os argumentos são complementados afirmando que não existem critérios que definem o que pode ser considerado consumo pessoal ou tráfico de drogas, o Estado delinea ações de “combate” às drogas ilícitas, mas permite o consumo de álcool e cigarro e, além disso, tem restringindo o acesso a medicamentos derivados de drogas (canabidiol, por exemplo); porém não oferece outras opções de tratamentos a essas pessoas (NIEL, 2015; MACEDO, 2015 E STF, 2015).

A OMS, contrariando o posicionamento da ONU, também apontou, recentemente, a descriminalização das drogas como caminho para facilitar o acesso aos serviços de saúde de grupos considerados de risco (usuários de drogas, profissionais do sexo, etc.). Desse modo, com políticas públicas que também levam em conta a proteção, os serviços de saúde em relação aos usuários de drogas podem romper barreiras como o medo de se expor devido às consequências legais adversas referentes ao uso de drogas (OMS, 2014).

Nessa acepção, a partir também de dispositivos antimanicomiais – como CAPS, CAPSi, CAPSad – e se utilizando do território e da rede para potencializar a oferta de cuidados fundamentada nos dispositivos extra-hospitalares, impõem-se articulações, fruto do compromisso em defesa da vida, entre as estratégias de redução de danos e prevenção ao uso de drogas e as políticas de saúde mental (SOUZA E KANTORSKI, 2007; SANTOS, 2010).

No tocante às drogas, a prevenção é um dos principais elementos de um sistema de saúde para abordar essa questão. Deve se organizar e se basear na parceria com diferentes setores (OG e ONG), pautando-se na promoção e educação em saúde, com destaque às nuances das composições familiares, culturais, econômicas, sociais e políticas. A capacidade de tocar o sujeito que usa drogas congrega a função de estudar e conhecer o que esse usuário considera como importante para a satisfação de suas necessidades, igualmente no âmbito cognitivo e afetivo (MACRAE, 2000; UNODC, 2014a; SOUZA E KANTORSKI, 2007).

3.4 PREVENÇÃO EM SAÚDE

Os entendimentos de “saúde pública” e de “saúde coletiva” invariavelmente se remetem às dimensões sociais, culturais e políticas referentes a um determinado tempo. A hegemonia do modelo biomédico, baseada na precisão e na objetividade do saber científico que, validado

por experiências quantificáveis, destaca as características biológicas e fisiológicas das doenças, tem importante repercussão na construção de representações e práticas de saúde, sejam por parte de profissionais ou de pacientes. Assim, esse movimento também influencia a construção dos conceitos de prevenção e promoção de saúde (BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003).

Nos últimos 30 anos, principalmente no Canadá, EUA e em países da Europa Ocidental, o conceito de promoção em saúde é resgatado, numa perspectiva redirecionada que congrega as relações entre saúde e condições de vida, revisitando propostas, do século XIX, apresentadas e discutidas por Virchow, Villermée e Chardwick. Esse resgate se dá com base conceitual, política e ideológica a partir das discussões em importantes conferências internacionais sobre promoção da saúde e também como reação à assistência em saúde medicalizada, que implica em altos custos e resolutividade questionável (BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003).

Considerando o contexto das transformações na sociedade e na concepção de saúde coletiva, um dos primeiros autores a fazer referência à expressão “promoção da saúde” foi Sigerist, em 1946, ao afirmar que a saúde é promovida através de políticas e programas educativos que melhorem as condições sociais e individuais dos sujeitos. Leavell e Clark (1965) criaram o modelo explicativo da “história natural da doença”, modelo que comporta três níveis de prevenção caracterizados por componentes específicos: prevenção primária (promoção da saúde e proteção específica); prevenção secundária (diagnóstico e tratamento precoce) e prevenção terciária (reabilitação). Apesar de bastante reconhecido e utilizado, o modelo de Leavell e Clark recebe críticas em relação às atuais discussões de promoção em saúde; pois não abarca as doenças crônicas não transmissíveis, e ainda foca a promoção em saúde com atividades que propõem a adoção de estilos de vida saudáveis e controle de comportamentos de risco (BUSS, 2003).

Atualmente duas concepções distintas de prevenção em saúde fundamentam intervenções: a prevenção atrelada a atividades ou prescrições repressivas e a prevenção concebida como atividade educativa. Estes dois tipos se referem a duas éticas diferentes, pressupondo duas concepções diferentes da vida social, da visão de mundo e de sujeito (BUCHER, 2007).

Ao considerar a etimologia da palavra “prevenção” se tem referência à expressão latina *praevenire*, que significa “vir antes, tomar a dianteira, antecipar, perceber previamente” (FERREIRA, 1986). Considerando o conceito de saúde como ausência de doenças, com

modelo médico de intervenção, a prevenção em saúde se caracteriza por ações para evitar doenças específicas. São intervenções realizadas por profissionais de saúde, geralmente direcionadas e de convencimento, impostas a sujeitos ou grupos de riscos (“população alvo”), que buscam antecipar o surgimento de doenças, com base no controle da transmissão, riscos e agravos específicos (BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003).

O modelo de prevenção em saúde tradicional, que objetiva apenas prevenir doenças, se fundamenta nas bases conceituais biomédicas que trabalham com a ideia de que os modos de vida dos sujeitos são as principais causas das patologias, independente de dimensões sociais, políticas e econômicas. Assim, para se alcançar a prevenção de doenças, as atitudes dos profissionais de saúde incluem a persuasão dos pacientes, para que esses adotem estilos de vida considerados adequados/corretos com a saúde e para que esses se responsabilizem pelo controle da escolha individual (OLIVEIRA, 2005).

Destaca-se que esse modo de operar a prevenção em saúde pode contribuir para processos de medicamentação e medicalização da vida, à medida que se norteiam em classificações que tendem a produzir identidades e subjetividades marcadas por determinadas categorias consideradas “normais”. Medicamentação aqui se define por meio da prescrição e do uso de medicamentos como única terapêutica para responder às situações da vida cotidiana, enquanto que a medicalização é caracterizada pelo processo que captura e maneja, através da medicina moderna e seus agentes de controle e regulação, a dinâmica do corpo social e individual com refinadas ferramentas de poder sobre a vida humana (AMARANTE, 2007; FOUCAULT, 2008; CAPONI, 2010).

Ao assumir o conceito de saúde de modo mais amplo, consideram-se aspectos além de questões comumente medidas por meio de frequências bioestatísticas, desvios e normas; assim, a saúde é entendida na relação com o meio e com as adversidades impostas por diferentes dimensões que os sujeitos enfrentam individual e coletivamente (CAPONI, 2003). Nesse mesmo cenário de ampliação de conceitos, as diretrizes do Ministério da Saúde indicam que a política de prevenção e de educação em saúde deve ser construída na interface de programas do Ministério da Saúde com outros setores do Estado e da sociedade civil organizada. Desse modo, a prevenção em saúde passa a assumir outro modelo epistemológico e ideológico, que se sustenta em bases mais alinhadas ao entendimento renovado e revisto de saúde coletiva, que acompanha movimentos nacionais e internacionais, inclusive as diretrizes da OMS difundidas, principalmente, por meio das discussões das

Conferências e Declarações Internacionais (PINHO, et al, 2008; OLIVEIRA, 2005).

Consideradas essas inovações, a expressão e a ideia mais utilizada e defendida atualmente na saúde coletiva se refere à “promoção em saúde”. Promover, do infinitivo latino *promovere*, significa “trabalhar a favor de, mover adiante, fomentar, gerar, dar impulso a” (FERREIRA, 1986). Assim, a promoção em saúde se funda levando em conta a categoria conceitual positiva e multidimensional de saúde e, por consequência, adota o modelo de intervenção participativo, oferecido aos sujeitos em seu ambiente, com uso de diversas estratégias que são operacionalizadas pelos profissionais de saúde, ONGs, movimentos sociais e outros setores além da saúde (BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003).

Vale destacar que a promoção em saúde tece críticas e limites expressivos em relação à prevenção em saúde, apontando para a necessidade de uma ética social, pautada pelo compartilhamento de possibilidades e potencialidades humanas e sociais. Portanto, aos cidadãos não são prescritos comportamentos adequados e esperados, mas sim a informação e a conscientização de variadas opções e recursos de cuidado em saúde. Abrangem-se as possibilidades de conceitos e estratégias onde se permitem atuar o “marketing social, epidemiologia, bioestatística, participação comunitária, políticas públicas saudáveis, colaboração entre os setores, ecologia e economia da saúde, autonomia, mudança social” (OLIVEIRA, 2005, p. 424).

A promoção em saúde abarca a ideia de pertencimento e fortalecimento humano para lidar com os múltiplos aspectos de determinação social em saúde. Nesse sentido, a promoção em saúde demanda que as ações sejam planejadas a luz das necessidades científicas, subjetivas e sociais do processo saúde doença, com abordagens complexas, interdisciplinares e intersetoriais para que respondam em transformações sociais e éticas (CZERESNIA, 2003).

A concepção que articula saúde, doença e cuidado, adota o conceito amplo de promoção em saúde e marca esse campo de atuação, sobretudo a partir de momentos e movimentos históricos relevantes como: Informe Lalonde (1974 – Canadá); Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde (1978 – Alma Ata); I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (1986 – Canadá); II Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (1988 – Austrália); III Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (1991 – Suécia); Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde na Região das Américas (1992 – Colômbia); Conferência das Nações Unidas sobre

Ambiente e Desenvolvimento (1992 – Brasil); IV Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (1997 – Indonésia); V Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (2000 – México); VI Conferência Mundial de Promoção à Saúde (2005 – Tailândia); VII Conferência Mundial sobre a Promoção da Saúde (2009 – Quênia); VIII Conferência Global sobre Promoção da Saúde (2013 – Finlândia), entre outros (BUSS, 2003; HEIDMANN, 2006; OMS s/d).

Assim, a concepção de saúde coletiva passa a dar ênfase aos aspectos coletivos e ao conjunto de valores e decisões voltados à solidariedade, justiça social, desenvolvimento, cidadania, participação e co-responsabilização, ou seja, a participação dos sujeitos se coloca com destaque para que os recursos e as condições fundamentais de saúde e qualidade de vida sejam conquistadas. Para isso a promoção em saúde se vale de estratégias participativas, diversas, integradas e intersetoriais, colocadas com base num modelo de intervenção emancipatório e ético (BUSS, 2003; CZERESNIA, 2003; WESTPHAL, 2006).

À vista disso, os múltiplos e atuais problemas em saúde – doenças crônicas não transmissíveis, violência, uso de drogas e novas endemias – presentes no cenário na realidade brasileira, podem ser pensados e resolvidos nesse potencial de atuação imbrincado à promoção e à prevenção, quando essa se refere às iniciativas coletivas que visam o bem estar na convivência humana (BRASIL, 2003; CAVALCANTI, 2001).

3.5 PREVENÇÃO EM SAÚDE E RISCO

A sensação de incerteza, insegurança, instabilidade e as contradições vivenciadas diante dos fenômenos vitais (relacionamentos intrapessoais, interpessoais, sociais, profissionais, entre outros) fazem parte da sociedade moderna e pós moderna. Características como globalização, individualização e fluidez de relações, conceitos e escolhas humanas têm impacto na produção de conhecimento (de senso comum e científico) e, por consequência, nas ações e decisões tomadas, sejam do ponto de vista privado ou público. A sociedade moderna, ao abrir mão da tradição e orientada pela lógica do consumo, estabeleceu outra forma, global, de ser no mundo – subjetiva e socialmente. Aos sujeitos, aqui e agora, cabe o tempo presente, as relações mediadas pelas tecnologias eletrônicas, a identidade construída a partir dos bens de consumo, o trabalho em condições voláteis e fragmentadas e a sobrevivência (BAUMAN, 2007; BECK, 2006; SANTOS, 1996).

Nesse contexto social, político, histórico e cultural, apresenta-se o fenômeno do risco como central nas discussões da sociedade moderna,

assumindo a noção de risco relacionada à incorporação cultural da “noção de probabilidade”. As transformações, associadas aos avanços das tecnologias de comunicação, e a produção industrial acelerada e globalizada colocam, de forma problemática à vida humana, aspectos de perigo e risco (real ou a percepção de) que influenciam a saúde e o ambiente, ou seja, constrói-se a “sociedade de riscos” (BECK, 2006; DOUGLAS, 1992).

Conforme Beck (2006) a “sociedade de risco” indica um período em que os aspectos negativos do progresso – autodestruição e destruição do ambiente – determinam cada vez mais as oposições e controvérsias que tocam a sociedade. Assim, os riscos ecológicos, químicos, nucleares e genéticos, criados industrial e artificialmente, demonstram a crise das instituições da sociedade industrial. Por conta da globalização, outra importante característica da modernidade, os riscos afetam nações e classes sociais sem considerar fronteiras. Essas transformações geram processos ambíguos, de um lado há o incremento da pobreza em massa, propagação de nacionalismo, fundamentalismos religiosos, crises econômicas, guerras e catástrofes ecológicas e tecnológicas; e de outro, espaços onde há maior riqueza, tecnificação rápida e segurança no emprego. Sob essa ótica “*el adversario más influyente de la industria de la amenaza es la propia industria de la amenaza*” (BECK, 2002, p. 106).

A construção dessa sociedade moderna e de riscos foi legitimada pelos conhecimentos e descobertas da ciência. Considerando que o saber científico se caracteriza por uma organização sistemática, lógica e discursiva e que essa organização se formaliza num determinado tempo e espaço, a produção de saberes e verdades se dá mediada por determinados interesses. A partir da sistematização do conhecimento científico se coloca a possibilidade de compartilhar e disseminar determinadas crenças e significados acerca dos fatos. Por esse viés, as ciências modernas se constituíram baseadas, sobretudo, na experimentação e verificação (QUINTANEIRO, 2002; AYRES, 2002).

Foi com base nessa forma de ver o mundo, os objetos e os sujeitos, que a instância científica consolidou saberes e fazeres na modernidade. Nesse sentido, a linguagem técnica e matemática, que se dispunha a quantificar eventos vitais e sociais, também marcou a organização teórica e prática da saúde pública à época. A saúde pública, esboçada nesse panorama, ocupava-se dos comportamentos coletivos das patologias, apoiada em verdades experimentais e preditivas da epidemiologia, com vistas ao controle dos agravos à saúde dos sujeitos como necessidade para a norma do que se definia como saudável. Com essa concepção restrita de epidemiologia, tomando para si a conceituação de agravo da

microbiologia, da virologia e da imunologia, a saúde pública se baseou e atuou para a gestão dos riscos. Nessa acepção, criaram-se regras, normas e mecanismos de vigilância, fomentando a consciência da individualização que possibilitava o autocontrole e tinha a culpa e a responsabilização descontextualizada como aliadas (AYRES, 2002; BECK, 2002; FOUCAULT, 1991).

Sendo assim, a reprodução do capital se apropriou dos riscos para vender seguros e artefatos para a prevenção de ações de risco. Trata-se de uma sociedade na qual a produção social de riquezas é acompanhada sistematicamente pela produção social de riscos, ou seja, nessa produção a utilização da linguagem dos riscos se apresenta de modo técnico e não contempla a nuance positiva que o risco pode representar (BECK, 2006; DOUGLAS, 1992).

Essa apropriação governada pela modernidade, capitalista/neoliberalista e globalizadora, também repercute no conceito de saúde. O conceito de saúde, muitas vezes, é reduzido à expressão científica que o associa à normalidade e à medição/quantificação de determinados mecanismos de funcionamento do corpo – biológico e social. Com base nisso, as dimensões do público e privado são redesenhadas, com limites e fronteiras tão tênues que as políticas de saúde tendem a se converter em normalização de condutas e estilos de vida; sem, contudo, ocupar-se de transformar as condições de vida, de maneira que os sujeitos possam tocar suas vivências capazes de suportar as contrariedades próprias da existência humana (CAPONI, 2003).

Nessa acepção, os conceitos e saberes epidemiológicos, que são nucleares na teorização e prática da saúde pública (e coletiva), conformam alguns conceitos da racionalidade biomédica clínico-laboratorial, pautando-se na hegemonia da lógica mecânica e biologicista que reitera a noção de probabilidade de desfechos de doença, agravos ou riscos em populações expostas a determinados fatores. Portanto, nessa lógica, o conceito de risco, abrindo mão de reflexões filosóficas, contribui para a proposição de políticas e programas de prevenção e promoção em saúde restritos à prevenção de agravos (AYRES, 2002; CZERESNIA, 2003).

Consoante a isso, geralmente, os programas de prevenção em saúde pressupõem (quando não impõem) a redução de todo e qualquer risco, proclamando a autodisciplina de cumprir determinadas normas morais a fim de garantir a sobrevivência. Posto isso, a prevenção em saúde se fundamenta em características como: foco no indivíduo; baseada em evidências; prática medicalizadora e de consumismo e mercantilização. Desse modo, desconsideram-se os condicionantes sociais e os sujeitos são culpabilizados caso não participem de estratégias

que objetivam a vigilância e a segurança. Propõe-se, pois, a “intensificação compulsiva da vigilância” em saúde, onde a proteção dos sujeitos depende, sobremaneira, da “hiperprevenção” (CASTIEL, 2013a; CASTIEL, 2013b).

Neste cenário, a prevenção tem se colocado como elemento “obsessivo e persecutório” nas políticas de saúde do mundo moderno. Essa preocupação é valorizada pela modernidade, pelas ciências que buscam prever fenômenos baseadas em indicadores estatísticos e epidemiológicos e por setores afetos às corporações de medicamentos e equipamentos médicos. Por conta disso, as ações dos profissionais de saúde tendem a cuidar não só da doença ou do sofrimento diagnosticado, mas também de efeitos e riscos antes mesmo desses ocorrerem (CASTIEL E ÁLVAREZ-DARDET, 2007).

Além disso, essas ações comumente se arranjam na indicação de evitar ou prevenir comportamentos, individuais, não saudáveis e de controlar a exposição aos inúmeros fatores de riscos existentes. Ressalta-se que esses apontamentos não buscam desqualificar a importância de programas de prevenção em saúde. Entretanto, ao se falar em “saúde persecutória” se destacam reflexões acerca dos possíveis efeitos da utilização indiscriminada da prevenção do risco pautada em análises superficiais das relações sociais, culturais e políticas em prol do controle dos sujeitos. Mediante isso, programas de prevenção em saúde, através de seus modelos conceituais, que buscam o equilíbrio entre a satisfação dos desejos humanos (gerados por meio da vida moderna) e a utilização moderada e responsável dessas benesses podem, não só evitar riscos ou agravos, mas produzir outros e dolorosos adoecimentos (CASTIEL E ÁLVAREZ-DARDET, 2007).

3.6 MODELOS CONCEITUAIS DE PREVENÇÃO EM SAÚDE E USO DE DROGAS

Na realidade brasileira as ações governamentais, por parte da saúde coletiva, começam a se ocupar mais fortemente acerca da prevenção e tratamento dos transtornos associados ao uso de drogas a partir da década de 2000. Até o momento, havia o predomínio de alternativas de atenção baseadas em práticas disciplinares, medicamentosas ou de cunho religioso-moral, que muitas vezes reforçavam o estigma e o isolamento social (PINHO, et al, 2008).

Em referência à atuação concernente ao uso de drogas, a prevenção, nessa lógica de superação de paradigmas, assume medidas e estratégias anteriores ao surgimento ou agravamento da situação, para

diminuir ou obstar a chance de ocorrência de danos na vida dos sujeitos e coletividade. Nesse sentido, a prevenção se organiza focando o sujeito e/ou população, fundamentando-se na interdependência existente entre o sujeito e o contexto e nos fatores associados à proteção e aos riscos envolvidos ao uso de drogas. Pois, colocar em prática a prevenção em saúde levando em conta os determinantes sociais em relação ao uso de drogas, amplia o cuidado desse fenômeno (BÜCHELE, COELHO E LINDNER, 2009; NOTO E MOREIRA, 2006; SODELLI, 2007).

Posto isso, a prevenção se caracteriza por meio da redução da demanda do consumo de drogas, com ações e estratégias combinadas e articuladas que buscam a produção de informações e conhecimentos capazes de estimular escolhas e decisões favoráveis à vida e à saúde, resultando na evitação, redução ou interrupção do consumo de drogas. O objetivo principal da prevenção em saúde ao uso de drogas visa evitar ou retardar o início do uso de drogas e/ou evitar que se desenvolva a dependência. Ao possibilitar o desenvolvimento saudável dos sujeitos, esses podem ocupar ainda mais a função de protagonistas nas atividades familiares, escolares, comunitárias e no trabalho (MARQUES E RIBEIRO, org., 2006; UNODC, 2014a).

Para tal ação, coloca-se essencial ponderar que, dependendo dos sujeitos e dos contextos, desenvolvem-se padrões particulares de consumo de drogas e esse comportamento é influenciado por fatores de proteção e de risco da esfera biológica, psicológica e social. Ou seja, fatores hereditários e genéticos, traços de personalidade, farmacologia da substância, capacidade de autocuidado e de resiliência, habilidades intra e interpessoais, projetos de vida, ambiente familiar, vínculos afetivos, redes sociais, vulnerabilidade, meios de comunicação, opções de lazer, modos de produção e mercadológicos e organização da sociedade influenciam, consideravelmente, tanto a escolha e as condições pelo uso de drogas, quanto a resolutividade da prevenção em saúde (BÜCHELE, COELHO E LINDNER, 2009; MARQUES E RIBEIRO, org., 2006; MALUF E MEYER, 2002; UNODC, 2014a).

O êxito e a confiabilidade de um programa de prevenção dependem do conhecimento das especificidades desses padrões de consumo nos sujeitos, das características sócio demográficas e do conhecimento de hábitos, de problemas e de organizações de inserção das drogas no panorama social mais amplo (BUCHER, 2007). Por conseguinte, estabelecer um diagnóstico da situação contextual e temporal sobre o uso de drogas é condição essencial para o desenvolvimento da prevenção em saúde, que deve estar articulada a outros programas sociais, educacionais e de saúde, de modo que os problemas relacionados ao uso de drogas

sejam assumidos numa concepção ampla, inclusive de promoção em saúde (BÜCHELE, COELHO E LINDNER, 2009).

Com relação às estratégias de prevenção em saúde ao uso de drogas, organiza-se também uma classificação em referência à população que se pretende alcançar. A possibilidade de a população estar mais ou menos suscetível a determinados grupos de riscos, propicia considerar características individuais, grupais e do ambiente.

Assim, a “prevenção universal ou global” é dirigida à população em geral, independente dessa apresentar ou não sintomas que se visa evitar ou retardar. Tem como objetivo reduzir o comportamento de risco relacionado com o consumo de drogas, fornecendo competências para evitar ou atrasar a iniciação no consumo de substâncias e a ocorrência de prejuízos à saúde e se aplicando em ambientes comunitários e escolares e nos meios de comunicação. A “prevenção seletiva” se dirige a grupos, famílias ou comunidades específicas que são mais propensas a desenvolver o uso de drogas, ou seja, subgrupos considerados de maior risco, com um ou mais fatores associados ao risco de uso de substâncias. Essa modalidade objetiva descobrir os fatores que influenciam o uso de drogas e recrutar os sujeitos em programas específicos, geralmente é aplicada a grupos de filhos de dependentes químicos, por exemplo. E a “prevenção específica/indicada” busca identificar os sujeitos com problemas comportamentais ou psicológicos indicativos perigosos em relação à saúde e ao desenvolvimento de consumo de drogas. Na prevenção específica se abordam fatores de riscos individuais, com intervenções especiais para deter consequências danosas decorrentes de atitudes não saudáveis (UNODC, 2014a; OEDT, 2012; CAMPOS E FIGLIE, 2011).

Em face disso não se busca tão somente a prevenção específica para o consumo de drogas, mas estratégias que visam ao cuidado de si, ou seja, visam qualidade de vida, dimensão maior na qual o uso de drogas é apenas um dos aspectos. Portanto, o campo de ação dos programas de prevenção é abrangente, à medida que envolve aspectos que vão desde a formação da subjetividade humana até dimensões familiares, sociais, legais, políticas e econômicas (BRASIL, 2011; MARQUES E RIBEIRO, org., 2006).

Assim, os programas e ações de prevenção em saúde podem/devem acontecer em diferentes espaços e domínios (relacionamentos familiares e sociais, escolas, empresas, local de trabalho, serviços de saúde, comunidade, etc.) e exigem apoio, conhecimento, criatividade, permanente formação, capacitação e conscientização da equipe (BÜCHELE, COELHO E LINDNER, 2009;

BROOK, et al., 2002; BRASIL, 2011; UNODC, 2014a; CAMPOS E FIGLIE, 2011).

Portanto, a tendência e as necessidades atuais dos programas de prevenção implicam na atuação multifatorial, independente do ambiente e da modalidade de intervenção, os programas podem ser orientados por diferentes modelos que não são excludentes entre si. Posto isso, comumente as políticas de saúde ponderam alguns princípios que devem reger a prevenção em saúde.

Quadro 2 – Princípios da Prevenção

1- As estratégias devem estar centradas no fortalecimento dos fatores de proteção e redução dos fatores de risco.
2- Programas de prevenção devem abarcar todas as substâncias, incluindo o tabaco.
3- Estratégias preventivas devem incluir treinamento de habilidades sociais para lidar com a oferta, aumentar as convicções pessoais e melhorar as competências sociais (comunicação, relacionamento, auto eficácia e assertividade).
4- Programas para adolescentes devem privilegiar métodos interativos (grupos, jogos, excursões, exercícios dramáticos, etc.) e contar com a participação dos mesmos na elaboração das ações preventivas, ao invés de palestras e aulas expositivas.
5- Programas de prevenção devem incluir os familiares sempre que possível, pois são mais eficazes.
6- Toda a intervenção deve ser permanente, continuada e atualizada constantemente, a partir da formação de multiplicadores locais.
7- Programas baseados na comunidade, que incluem campanhas na mídia e políticas de restrição do acesso ao álcool e tabaco, são mais efetivos se acompanhados por intervenções na escola e na família.
8- Escolas oferecem a oportunidade de atingir toda a população, inclusive subgrupos de adolescentes expostos a maiores riscos, além de incluir mais facilmente os familiares.
9- Os programas de prevenção devem ser adaptados à realidade sociocultural de cada comunidade.
10- Quanto maior o risco da população-alvo, mais intensivo e precoce deve ser o esforço preventivo.
11- Programas de prevenção devem ser específicos para a idade, apropriados para a fase do desenvolvimento e sensível à linguagem e cultura locais.
12- A relação custo-benefício deve ser sempre considerada.

Fonte: Brook, et al., 2002.

Para que as ações de prevenção em saúde sejam benéficas e efetivas, Silva e Silva (2011) recomendam que sejam considerados os seguintes princípios “básicos”: 1) “Reflexivo” – instigando a revisão de paradigmas dos sujeitos envolvidos; 2) “Contínuo” – a fim de garantir a consolidação; 3) “Pacioso” – agir com calma com os sujeitos que não aceitam e não querem discutir mudanças; 4) “Consistente” – fundamentado cientificamente; 5) “Provocante” – para despertar respostas criativas; 6) “Inovador” – que desperta a curiosidade; 7) “Prazeroso” – para estimular o sistema de recompensa; 8) “Multidisciplinar” – várias áreas do conhecimento; 9) “Transdisciplinar” – rompendo barreiras entre essas diferentes áreas; 10) “Específico e envolvente” – com o intuito de atender as necessidades dos participantes e despertar a solidariedade e a grupalidade.

Bucher (2007) afirma que a saúde coletiva precisa se interligar com princípios de prevenção em saúde deliberadamente éticos, como: 1) Conceituar saúde enquanto direito humano, tarefa que cabe ao Estado e à sociedade civil, que deve incluir a questão dos valores dos sujeitos; 2) As crescentes violências ao corpo físico, psíquico e social, pelo consumo de drogas de todo tipo, reivindicam novas ordens de conhecimento, para tirar as ações preventivas do caráter de improvisação política e assistencial e estabelecê-las em alicerces concretos; 3) A variedade de entendimentos, estratégias e recursos de prevenção em saúde sugere que esse é o ponto de partida que almeja o cuidado refletido e consciente do sujeito integral e de seus ambientes.

Outras instituições internacionais que também financiam programas de prevenção em saúde, pautam-se em princípios essenciais desde o desenvolvimento, a implantação e a sustentabilidade/avaliação desses. Ao analisar o fenômeno das drogas na Europa, o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (EMCDDA, 2014), por meio dos dados divulgados em seus relatórios anuais, apresenta “respostas sanitárias e sociais” que mesmo que não façam referência aos princípios da prevenção, referem-se às abordagens da prevenção (universal, seletiva e específica) com programas delineados nesse nível de atuação e as fundamentam em: oportunizar programas direcionados a populações específicas (por exemplo: estudantes); melhorar as competências sociais e parentais; reforçar o autocontrole; estabelecer parcerias com outros locais (escolas, espaços recreativos); assegurar atividades de acordo com as populações-alvo; propiciar a adesão a princípios éticos; garantir integração e promoção da fundamentação científica.

Com base nisso, o EMCDDA propõe normas e padrões para os programas de prevenção ao uso de drogas, que se baseiam na

sustentabilidade e financiamento, na comunicação e participação dos interessados, no desenvolvimento pessoal e na ética. Esses programas também devem incluir: avaliar as necessidades da comunidade e compreender a população-alvo; avaliar recursos e capacidades internas; formular o programa de acordo com um modelo teórico, com objetivos claros, cronograma definido e referência à eficácia; adaptar a intervenção à realidade local; recrutar e preparar a equipe condutora da ação; implementar e acompanhar a execução do projeto; avaliação processual e final; divulgar resultados e decidir se o programa será mantido (EMCDDA, 2011).

A Fundação Mentor⁵, de acordo com Campos e Figlie (2011), postula 13 (treze) princípios de prevenção: 1) A eficácia do programa depende de metas e objetivos claros; 2) As ações devem estar adequadas à prevenção da substância específica; 3) Corresponder à idade do “público-alvo” desejado; 4) Ser sensível à cultura e às normas da comunidade local; 5) As atividades precisam reduzir os fatores de risco e aumentar os fatores de proteção envolvidos; 6) Os conteúdos trabalhados nas ações devem estar coerentes com as necessidades da comunidade; 7) As estratégias devem contemplar a participação da comunidade; 8) Todas as etapas do programa (planejamento, manutenção e direções futuras) devem acontecer através de um processo colaborativo entre todos os envolvidos; 9) Investir em treinamento e aumento de habilidades, conhecimentos e competências sociais e pessoais (para usuários de drogas e familiares); 10) Definição prévia sobre orçamento e planejamento das atividades; 11) Existência de um plano de sustentabilidade do programa; 12) Deve haver avaliação e divulgação do programa de ações; 13) A equipe que dirige o programa deve ser capacitada e treinada regularmente.

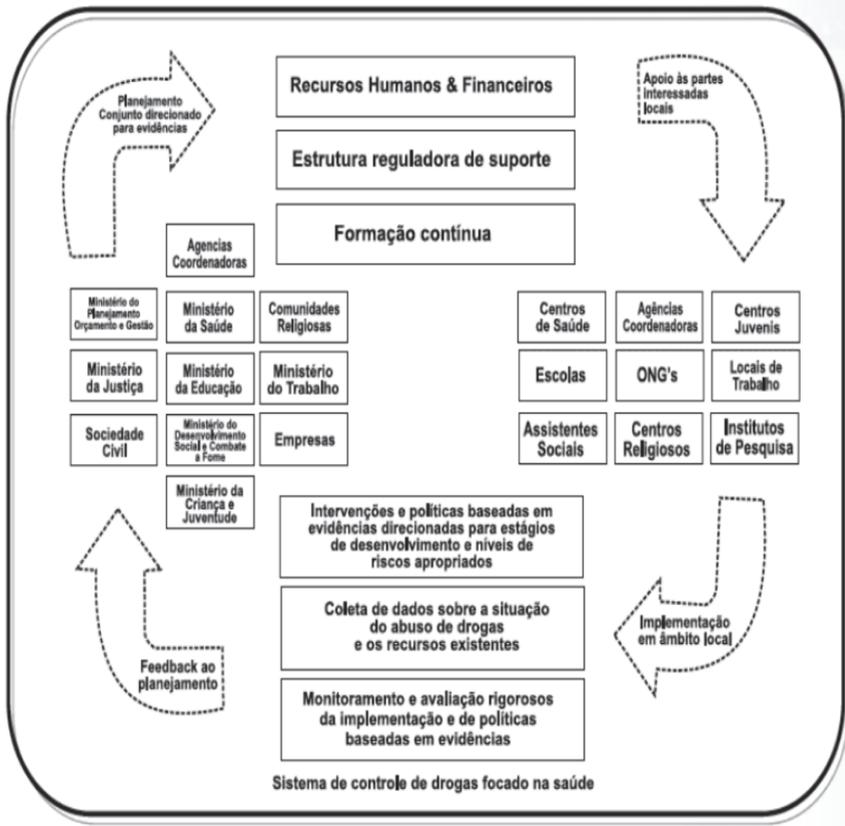
As Diretrizes Internacionais sobre a Prevenção do uso de Drogas da UNODC (2014b) apontam que o lugar de destaque que a prevenção assume entre os componentes de um sistema orientado por uma abordagem de saúde para assistir o uso de drogas, diz respeito à três diretrizes internacionais (Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961, alterada pelo Protocolo de 1972; Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971; e Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas de 1988) existentes. Desse modo, a UNODC (2014b) apresenta princípios para a prevenção

⁵ Mentor Foundation é uma ONG que busca impedir o uso nocivo de substâncias psicoativas e promover o bem estar de crianças e jovens, criada em 1994, em Genebra, tem partes em diferentes lugares do mundo (Colômbia, Alemanha, Suécia, Reino Unido, EUA) (CAMPOS E FIGLIE, 2011).

em saúde ao uso de drogas que igualmente fazem referência à intervenções que aconteçam em diferentes cenários (famílias, escolas, trabalho, mídia); coerentes à fase do desenvolvimento humano; que desenvolvam e fortaleçam habilidades pessoais, parentais e sociais; contemplem iniciativas comunitárias e de outros setores; com sólida infraestrutura e política de sustentabilidade. A figura a seguir demonstra o esquema proposto pela UNODC para a garantia de um sistema resolutivo de prevenção ao uso de drogas.

Figura 1– Representação de um sistema nacional de prevenção ao uso de drogas da UNODC.

Figura 1 - Esquema de representação de um sistema nacional de prevenção ao uso de drogas



Fonte: UNODC (2014b, p. 47).

Assim, observa-se que as indicações defendidas e postuladas por diferentes instituições sobre os princípios de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas apresentam consonâncias. O que pode indicar que essa afinização teórica resulta de revisitações e discussões teóricas que partem de um mesmo ou próximo estilo de pensamento.

Porém, pondera-se que essas discussões podem estar fundadas num viés unilateral e hegemônico de entendimento do processo saúde doença, uso de drogas, prevenção em saúde, cuidado e gestão de risco, que aponta soluções de controle e segurança se baseando na difusão de informações neutras, objetivas e estatísticas, que são integradas ao modo de lidar com o uso de drogas. Assim, os princípios da prevenção tendem a solicitar que os sujeitos, por meio das políticas de saúde, saibam antecipar riscos, estar informados e que se comportem de acordo com as exigências impostas pelos estudos epidemiológicos e biomédicos que organizam um rol de respostas sociais a determinados tipos de ameaças e perigos como as drogas (CAPONI, 2014; MITJAVILA, 2015).

Dessa forma, entende-se que a prevenção em saúde deve assumir um posicionamento educativo, que não siga manuais ou cartilhas padronizadas, pois existem realidades diferentes e que exigem que o tema das drogas seja focalizado numa compreensão ampla. Ou seja, que dê conta de um contemporâneo mal estar social e subjetivo, vinculado a fatores como crises econômicas, políticas e existenciais. A prevenção em saúde deve veicular valores que despertem os sujeitos para a valorização da vida humana e para a responsabilização (compartilhada e comprometida) pela saúde, pelo corpo e pelo desenvolvimento enquanto sujeitos e cidadãos. Destaca-se, então, a prevenção como prática educativa, afetiva e emancipadora, para contestar o adestramento instrumental de abordagens hegemônicas e repressivas (BUCHER, 2007).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A organização desse capítulo apresenta o percurso metodológico assumido nesta tese. Como afirma Triviños (2006), o investigador ao produzir conhecimento o faz num exercício metódico, reflexivo, organizado e sistemático, que chega a determinados produtos/processos interdependentes dos caminhos por ele escolhidos. Portanto, faz-se mister situar esses lugares.

A produção de conhecimento se dá por meio de uma dinâmica individual influenciada pela dimensão coletiva/social, a fim de responder, de maneira transformadora, as demandas cotidianas. Ou seja, se o pesquisador não se comprometer a aplicar esse conhecimento na realidade, tem-se a possibilidade de a pesquisa ficar esvaziada de sentido. Consoante a isso, a experiência desta pesquisa representa uma oportunidade de refletir sobre as publicações dos Princípios da Prevenção em Saúde relacionados ao uso de drogas numa perspectiva que contribua para práticas de cuidado em saúde mais éticas e emancipadoras.

A escolha por realizar a pesquisa a partir de publicações de prevenção ao uso de drogas na saúde coletiva se refere à concepção de que desde a institucionalização da saúde coletiva, essa se expressa e se fortalece teoricamente por meio de diferentes formas de expressão: cursos, congressos e publicações (NUNES, 2006). Tendo em vista que atualmente a literatura do campo de saúde coletiva é extensa e diversificada, pondera-se a importância de analisá-la nesta tese.

Assim, este tópico foi dividido em três partes, conforme se desenvolve o estudo. Primeiramente, o delineamento teórico metodológico descreve e justifica as bases teóricas desta tese. Segundo, a seleção e a análise descrevem detalhadamente as estratégias operacionais adotadas para responder ao objetivo da pesquisa de “analisar as características bibliométricas de artigos e revisões sobre prevenção em saúde em relação ao uso de drogas”. E, por fim, a análise dos princípios da prevenção apresenta a opção metodológica feita para responder aos objetivos de identificar os princípios da prevenção em saúde quanto ao uso de drogas que aparecem na produção científica brasileira e discutir criticamente os princípios que norteiam os programas de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas, que permitiram as interpretações e inferências acerca da tese defendida nesse estudo.

4.1 DELINEAMENTO TEÓRICO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Esta pesquisa se caracterizou como qualitativa, de natureza descritivo-exploratória. A pesquisa qualitativa se ocupa em interpretar aspectos mais profundos e complexos das relações dos sujeitos, analisando seus hábitos, atitudes e tendências de comportamento (LAKATOS E MARCONI, 2010).

Outra característica desta pesquisa é que se configurou como uma revisão sistemática. A revisão sistemática consiste em uma investigação científica e planejada com metodologia definida *a priori*, por meio de um protocolo rigoroso, que objetiva sintetizar resultados de estudos primários com base em uma pergunta clara. Desta maneira, o método aplicado na revisão sistemática foi ordenado para identificar, selecionar, coletar e analisar criticamente os dados dos estudos incluídos na pesquisa (BERWANGER, et al., 2007; ROTHER, 2007).

4.2 DELINEAMENTO OPERACIONAL DA PESQUISA

A coleta de dados desta tese se organizou a partir da realização de revisão sistemática. Revisão sistemática é um tipo de estudo retrospectivo e secundário, ou seja, é usualmente desenhada e conduzida após a publicação de estudos sobre um determinado tema. A revisão sistemática depende da qualidade da fonte primária; requer uma pergunta clara; implica na definição de uma estratégia de busca; no estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão das publicações e exige uma análise criteriosa da qualidade da literatura selecionada (SAMPAIO E MANCINI, 2007).

A revisão sistemática se colocou como opção metodológica visto que possibilitou conhecer e diferenciar princípios de prevenção em saúde, por meio de programas, resolutivos ao uso de drogas, daqueles que não o são. Assim, entre outras vantagens, permite delinear caminhos para o planejamento e tomada de decisões das políticas públicas de saúde em relação ao uso de drogas, e determinar terapêuticas que devem/podem ser implementadas. A revisão sistemática também propiciou a identificação de áreas nas quais são necessários mais investimentos em pesquisas e possibilita, assim, que sejam economizados recursos em pesquisas clínicas e práticas assistenciais em saúde que se mostram ineficientes (ATALLAH, 1997).

Conforme Mulrow e Oxman (orgs., 1994) a revisão sistemática seguiu os seguintes passos: formulação adequada da pergunta de pesquisa; localização e seleção dos estudos em fontes variadas e com

método detalhado; avaliação crítica dos estudos selecionados para validar os estudos que foram utilizados; na coleta de dados todas as variáveis definidas foram observadas nos estudos selecionados; a análise e apresentação de dados implicou em realizar agrupamentos sistemáticos dos estudos; a interpretação dos dados possibilitou apresentar a força das evidências encontradas; e a publicação da revisão permitirá que sejam agregadas melhorias e atualizações, caracterizando-a como “publicação viva”.

A busca dos artigos e revisões de literatura aconteceu em seis (6) bases de dados nacionais e internacionais. As bases nacionais foram: LILACS, *SciELO* e Index Psi; e as internacionais: MEDLINE, *PsysINFO* e Web of Science. Foram pesquisadas publicações em inglês, espanhol e português.

A busca da pesquisa contemplou produções de 2001 a 2013, a fim de considerar publicações desde a Lei nº 10.216 de 2001, que dispõe sobre “a proteção e os direitos de pessoas portadoras transtornos mentais e redireciona o cuidado assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2004).

Utilizaram-se os seguintes descritores (decs e MeSH) e palavras-chave: drogas (crack *or* cocaína *or* maconha *or* anfetaminas *or* tabaco *or* inalantes *or* opiáceos *or* álcool) *and* saúde mental *and* prevenção *and* Brasil, com detalhamento específico da busca para cada uma das bases de dados, apresentado em apêndice. Destaca-se que o uso da palavra “Brasil” se deu a fim de referenciar publicações pertinentes à Lei nº 10.216 de 2001 e que, ao assumir essa palavra na busca de dados, sabia-se que os trabalhos que citassem apenas o município e o estado (ou união federativa) não fariam parte da amostra desta pesquisa, contudo esse recurso se configurou como opção metodológica da pesquisadora. Após a busca nas bases de dados foram encontrados os seguintes materiais:

Quadro 3– Bases de dados e quantidade de publicações

Base de dados	Quantidade de publicações
LILACS e <i>SciELO</i>	111
Index Psi	04
MEDLINE	320
<i>PsysINFO</i>	185
Web of Science	14
Total	635

Na primeira seleção dessas 635 publicações se consideraram como critérios de inclusão: artigos, estudos de avaliação e revisões de literatura;

publicados em inglês, espanhol ou português; entre 2001 e 2013, que abordassem o tema prevenção às drogas.

Como critérios de exclusão: textos que abordavam a questão das drogas, mas não sobre prevenção; editoriais, boletins, notícias, apresentação de eventos (simpósio, congressos), relatórios, estudos de validação, debate, comentários, conferência, livros (capítulos de livro), carta, ponto de vista, anais, teses, dissertações e monografias.

Assim, restaram 520 publicações nas quais foi realizada a leitura dos títulos e resumos, considerando se esses textos faziam referência aos Princípios da Prevenção em Saúde propostos pelos autores que sustentaram a análise dessa pesquisa (EMCDDA, 2011; UNODC 2014b; CAMPOS E FIGLIE, 2011; BROOK, et al., 2002; SILVA E SILVA, 2011 e BUCHER, 2007).

A partir dessa avaliação, considerando os critérios de inclusão, de exclusão e os Princípios da Prevenção em Saúde, ficaram 165 artigos (53 nas bases nacionais - LILACS, *SciELO* e Index Psi; 77 na base MEDLINE ; 27 *PsycINFO* e 08 na Web of Science). Destes, foram retirados 44 artigos por duplicidade, restando 121 artigos (52 nas bases nacionais; 46 MEDLINE; 18 *PsycINFO*; 05 Web of Science). Os textos foram analisados por duas pesquisadoras, de forma independente, para minimizar o viés da pesquisa e, diante das discordâncias, foi solicitada a avaliação de um terceiro pesquisador.

Esses 121 artigos foram utilizados para a análise das características bibliométricas apresentadas e discutidas no Artigo 1, “Prevenção em saúde e uso de drogas: abordagens teóricas a partir de análise bibliométrica da produção científica brasileira”, quando se responde ao primeiro objetivo específico deste estudo.

4.3 ANÁLISE DOS PRINCÍPIOS DA PREVENÇÃO

Como etapa desta revisão sistemática, realizou-se a leitura criteriosa dos 121 textos (artigos e revisões) selecionados para a análise das características bibliométricas, considerando a escrita explícita em referência aos princípios da prevenção descritos por EMCDDA, 2011; UNODC 2014b; CAMPOS E FIGLIE, 2011; BROOK, et al., 2002; SILVA E SILVA, 2011 e BUCHER, 2007.

Assim, com base na leitura do objetivo geral, resultados e considerações de cada um dos 121 estudos, houve novamente um refinamento da amostra, que contou com a exclusão dos estudos que não utilizaram – na escrita textual do objetivo geral, resultados e

considerações – quaisquer desses princípios da prevenção apresentados no quadro abaixo:

Quadro 4 – Princípios da Prevenção em Saúde utilizados na análise da pesquisa

a) As estratégias devem estar centradas no fortalecimento dos fatores de proteção e redução dos fatores de risco;
b) Programas de prevenção devem abarcar todas as substâncias, incluindo o tabaco;
c) Estratégias preventivas devem incluir treinamento de habilidades sociais para lidar com a oferta, aumentar as convicções pessoais e melhorar as competências sociais (comunicação, relacionamento, auto eficácia e assertividade);
d) Programas para adolescentes devem privilegiar métodos interativos (grupos, jogos, excursões, exercícios dramáticos, etc.) e contar com a participação dos mesmos na elaboração das ações preventivas, ao invés de palestras e aulas expositivas;
e) Programas de prevenção devem incluir os familiares sempre que possível, pois são mais eficazes;
f) Toda a intervenção deve ser permanente, continuada e atualizada constantemente, a partir da formação de multiplicadores locais;
g) Programas baseados na comunidade são mais efetivos se acompanhados por intervenções na escola e na família;
h) Escolas oferecem a oportunidade de atingir toda a população, inclusive subgrupos de adolescentes expostos a maiores riscos, além de incluir mais os familiares e a comunidade;
i) Os programas de prevenção devem ser adaptados à realidade sociocultural;
j) Quanto maior o risco da população-alvo, mais intensivo e precoce deve ser o esforço preventivo;
k) Programas de prevenção devem ser específicos para a idade, apropriados para a fase do desenvolvimento e sensível à linguagem e cultura locais;
l) A relação custo-benefício deve ser sempre considerada;
m) Reflexivos para instigar a revisão de paradigmas dos sujeitos envolvidos;
n) Fundamentados cientificamente para formular o programa de acordo com um modelo teórico, com objetivos claros, cronograma definido e referência à eficácia;
o) As estratégias devem contemplar a participação dos envolvidos, da comunidade e várias áreas do conhecimento (multidisciplinar);
p) Atender ao intuito de dar conta das necessidades dos participantes e despertar a solidariedade e a grupalidade;

q) Recrutar e preparar a equipe condutora da ação;
r) Implementar e acompanhar a execução do projeto com avaliação processual e divulgação de resultados;
s) A equipe que dirige o programa deve ser capacitada e treinada regularmente;
t) Conceituar saúde enquanto direito humano, que deve incluir a questão dos valores dos sujeitos;
u) A variedade de entendimentos, estratégias e recursos de prevenção em saúde sugere que esse é o ponto de partida que almeja o cuidado refletido e consciente do sujeito integral e de seus ambientes.

Fonte: adaptado de EMCDDA, 2011; UNODC 2014b; CAMPOS E FIGLIE, 2011; BROOK, et al., 2002; SILVA E SILVA, 2011; BUCHER, 2007.

Assim, a amostra da revisão sistemática de análise dos princípios da prevenção ao uso de drogas – Artigo 2 – ficou delimitada em 102 estudos, já que do total de 121 estudos foram excluídos 19 estudos porque não referenciaram explicitamente os princípios da prevenção apresentados anteriormente. As 102 publicações analisadas estavam assim divididas: 46 publicações LILACS, SciELO e Index Psi; 36 publicações MEDLINE, 16 PscINFO e 04 publicações Web of Science. Destaca-se que nessa etapa os textos também foram analisados por duas pesquisadoras, de forma independente, para minimizar o viés da pesquisa e, diante das discordâncias, foi solicitada a avaliação de um terceiro pesquisador.

Na fase de organização e análise dos dados, a partir desses 102 textos, contemplaram-se os seguintes aspectos: conhecer e analisar a literatura, compilar resultados e apresentar a síntese crítica desses resultados.

Para a análise do material selecionado se utilizou da análise de conteúdo temática, que abarcou encontrar os núcleos de sentido pertencentes a uma comunicação (MINAYO, 2008). As etapas consistiram na leitura flutuante dos estudos, com contato direto e intenso com o material encontrado; constituição do conjunto de materiais, a partir da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência dos documentos analisados para responder aos objetivos desta pesquisa; exploração do material, com a construção de quatro (4) categorias temáticas que expressam os conteúdos significativos; e, posteriormente, o tratamento e a interpretação dos dados, inter-relacionados com as dimensões teóricas e inferenciais. Esses assuntos são analisados e discutidos no artigo 2, denominado “Princípios da prevenção em saúde e a reprodução de formas biomédicas e estigmatizadas de cuidado em saúde

quanto ao uso de drogas”, onde são respondidos os demais objetivos e se defende a tese deste estudo.

5 RESULTADOS

Os resultados e a discussão deste trabalho são apresentados no formato de dois artigos científicos, em acordo ao regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. O artigo 1, intitulado **Prevenção em saúde e uso de drogas: abordagens teóricas a partir de análise bibliométrica da produção científica brasileira**, será submetido à Revista Panamericana de Salud Pública – WebQualis B2, área de avaliação saúde coletiva – após as considerações e apreciações da banca examinadora da tese. Este artigo responde ao primeiro objetivo específico da pesquisa (analisar as características bibliométricas de artigos e revisões sobre prevenção em saúde em relação ao uso de drogas).

O artigo 2, **Princípios da prevenção em saúde e a reprodução de formas biomédicas e estigmatizadas de cuidado em saúde quanto ao uso de drogas**, terá submissão apresentada ao periódico Ciência & Saúde Coletiva – WebQualis B1, saúde coletiva – após a avaliação da banca examinadora da tese. Destaca-se que a escolha por essas revistas levou em conta estrato de classificação no sistema WebQualis do Portal da CAPES e também o fato de terem sido revistas que acolheram estudos analisados nesta pesquisa. Este artigo responde aos dois objetivos específicos do estudo (identificar os princípios da prevenção em saúde quanto ao uso de drogas que aparecem na produção científica brasileira; discutir criticamente os princípios que norteiam os programas de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas) e, a partir desses, responde a tese de que mesmo com a sanção da Lei nº 10.216/2001, os princípios de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas apresentados nas publicações científicas não mudaram expressivamente, à medida que continuam se utilizando de princípios da prevenção que tendem a reproduzir formas biomédicas e estigmatizadas de cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. de C. E MALVASI, P. A. Aspectos transculturais, sociais, e ritualísticos da dependência química. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 497-506.

ALMEIDA FILHO, N. de; COELHO, M. T. Á. E PERES, M. F. T. O conceito de saúde mental. **REVISTA USP**, São Paulo, n.43, setembro/novembro, 1999. p. 100-125.

AMARANTE P. **Locuos pela vida**: a trajetória de reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

ATALLAH, A. N. Revisões sistemáticas da Literatura e metanálise. *Diagnóstico & Tratamento*, 1997; 2(2), p.12-15.

AYRES, J. R. C.M. **Epidemiologia e emancipação**. São Paulo, Hucitec - Abrasco, 1995.

____. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 5, supl. 1, p. 28-42, Nov. 2002.

____. **Sobre o risco**: para compreender a epidemiologia. São Paulo, Hucitec, 1997.

BASTOS, F. I. E BERTONI, N. (org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BAUMAN, Z. **Identidade**: entrevista à Benedetto Vecchi. Rio de Janeiro: J. Zahar Editor, 2005.

____. **Vida líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

BECK, U. **La sociedad del riesgo global**. Madrid: Siglo Veintiunode España Editores, 2002.

____. **La Sociedad del riesgo**: hacia una nueva modernidad? Barcelona: Paidós, 2006.

BERWANGER, O. (et al). Como Avaliar Criticamente Revisões Sistemáticas e Metanálises? **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. Vol. 19 N° 4, Outubro-Dezembro, 2007. p. 475-480.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n.º 10216, de 06 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. **Lex - Legislação em Saúde Mental 1990-2004**, Brasília, 5.ed.amp., 2004. p. 17-19.

____. Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas- SENAD. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. Brasília: SENAD, 2011.

____. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas**. Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília: 2008.

____. 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.

BROOK, J. (et al) Risk and Protective Factors of Adolescent Drug Use: Implications for Prevention Programs. In: SLOBODA Z. E BUKOSKI, W. J. **Handbook of Drug Abuse Prevention** – theory, Science and practice. New York: Kluwer/Plenum, 2002.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

____. Visão histórica e antropológica das drogas. In: Figueiredo, R. M. M. D. de. (org.) **Prevenção ao Abuso de Drogas em Ações de Saúde e Educação**. NEPAIDS: Diadema, 2002.

____. A Ética da Prevenção. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. vol. 23 n. especial, 2007. p. 117-123.

BUCHER, R. E OLIVEIRA, S. R. M. O discurso do "combate às drogas" e suas ideologias. **Rev. Saúde Pública.** 28 (2), 1994. p. 137-145.

BÜCHELE, F. et al. A interface da saúde mental na atenção básica. **Cogitare Enferm** 2006 set/dez; 11(3), p. 226-233.

BÜCHELE, F.; COELHO, E. B. S. E LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, n.1, p. 267-273.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D. (org.) **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 15-38.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D. (org.) **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 55-77.

_____. O diagnóstico de depressão, a “petite biologie” e os modos de subjetivação. In: CAPONI, S. (et al.) **Medicalização da vida:** ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça: Ed. Unisul, 2010. p.135-143.

_____. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [2]: 529-549, 2009.

_____. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, Sept. 2014. p. 741-763.

CAMPOS, G. M. E FIGLIE, N. B. Prevenção ao uso nocivo de substâncias focada no indivíduo e no ambiente. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química:** prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 481-494.

CANOLETTI, B. E SOARES, C. B. Drug consumption prevention programs in Brazil: analysis of the scientific production from 1991 to 2001, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, set.2004/fev.2005, p.115-129.

CAVALCANTI, L. **A necessidade de reinventar a prevenção.**

Entrevista para a Revista “Peddro” – Publicação da Unesco, Comissão Europeia e Onusida, dez. 2001.

CASTIEL, L. D. E ÁLVAREZ-DARDET, C. La salud persecutória.

Rev. Saúde Pública. 2007; 41(3), p.461-466.

CASTIEL, L. D. Comprar e vender saúde se tornou um empreendimento. **Informe ENSP.** 2013a. Disponível em

[http://www.ensp.fiocruz.br/portal-](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/31961)

[ensp/informe/site/materia/detalhe/31961](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/31961) Acesso em: julho de 2015.

____. Conceitos de riscofobia apresentados no VI Simbravisa. **Informe**

ENSP. 2013b. Disponível em: [http://www.ensp.fiocruz.br/portal-](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/34007)

[ensp/informe/site/materia/detalhe/34007](http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/34007)

Acesso em: julho de 2015.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e

promoção. In: CZERESNIA, D. (org.) **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 39-53.

DOUGLAS, M. **Risk and blame** - essays in cultural theory. London:

Routledge, 1992.

DUAILIBI, S.; VIEIRA, D. L. E LARANJEIRA, R. Políticas públicas para o controle de álcool, tabaco e drogas ilícitas. In: DIEHL, A.;

CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química:**

prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 497-506.

EMCDDA. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência.

Relatório Europeu sobre Drogas 2014: Tendências e evoluções.

Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2014.

____. European Monitoring Centre for Drugs. **European drug**

prevention quality standards – a manual for prevention professional.

Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde:** Origem e articulação do

movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.

FLECK, L. **La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico**. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Editora Vozes, 1991.

____. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

____. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FREIRE, P. **Política e Educação: ensaios**. São Paulo: Cortez, 1995.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X. E ABREU, C. C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicologia & Sociedade**, vol. 20, núm. 2, mai-ago., 2008, p. 267-276.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GUARESCHI, P. **Sociologia Crítica: alternativas de mudança**. Porto Alegre: EdiPUCRS/ Jornal Mundo Jovem, 2011.

HEIDMANN, I. T.S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, June 2006.

IGNÁCIO, V. T. G. E NARDI, H. C. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicol. Soc.** Vol. 19, n.3, 2007, p. 88-95.

KIRCHNER, A. et. al. Avaliação das ações em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. In: BÜCHELE, F. E COELHO, E. B. S. (org.) **A formação em saúde da família: uma estratégia na consolidação do SUS**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2010. p. 251-275.

LABATE, B. C.; FIORE, M. E GOULART, S. L. G. Introdução. In: LABATE, B. C. et al. (orgs.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008.p. 23-38. Disponível em: <<http://www.neip.info/index.php/content/view/91.html>>. Acesso em: 25 de março de 2015.

LANCETTI, A. E AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. de S. (et. al). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

LAKATOS, E. M. E MARCONI, M., A. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2010.

LARANJEIRA, R. et al., **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

LOYOLA, M. A. O lugar das ciências sociais na saúde coletiva. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 9-14, Mar. 2012.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" -anos 80. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**. Vol. I, Número I, 1991, p. 77-96.

MACEDO, J. Julgamento no STF coloca descriminalização de drogas em pauta. **Correio Braziliense**. Brasília, 21 de junho de 2015.

Disponível em:

http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/politica/2015/06/21/interinas_polbraeco,487333/julgamento-no-stf-coloca-descriminalizacao-de-drogas-em-pauta.shtml

Acesso em: julho de 2015.

MACHADO, L. V. E BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013.

MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D. (col). **Dependência de drogas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. p. 25-34.

MALUF, D. P., MEYER, M. O que preciso saber para fazer prevenção. In: MALUF, D. P., TAKEY, E. E., HUMBERG, L.V., MEYER, M. S. C., LARANJO, T. H. M. **Drogas: prevenção e tratamento - o que você queria saber e não tinha a quem perguntar.** São Paulo: Editora CLA; 2002.

MARLATT, G. A. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.

MARQUES, A. C. P. R. E RIBEIRO, M. (org.) **Guia Prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde.** Conselho Municipal de Políticas Públicas de Drogas e Álcool de São Paulo (COMUDA) e Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas (ABEAD). São Paulo: 2006.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 2008.

MITJAVILA, M. Medicalização, risco e controle social. **Tempo soc. [online].** São Paulo, vol. 27, n.1, p. 117-137, Jun. 2015.

MULROW C. O. E OXMAN, A. O. (orgs). Cochrane Collaboration Handbook [updated September 1007]. In: The Cochrane Library (database On disk and CDROM.) The Cochrane Collaboration. Oxford: Update Software: 1994.

NERY FILHO, A. E VALÉRIO, A. L. R. (org.). **Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua.** Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010.

NIEL, M. Aspectos históricos sobre o uso de drogas. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 139-142.

____. **Descriminalização das drogas: do debate a guerra.** Visão Jurídica. Disponível em:
<http://revistavisaojuridica.uol.com.br/advogados-leis->

jurisprudencia/86/descriminalizacao-das-drogas-do-debate-a-guerra-293295-1.asp Acesso em: julho de 2015.

NOTO A. R. E MOREIRA F. G. **Prevenção ao uso indevido de drogas:** conceitos básicos e sua aplicação na realidade brasileira. In: SILVEIRA D. X. E MOREIRA F. G. Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 313-318.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. de S. (et. al). **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 19-39.

OEDT, Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. **Relatório anual 2012:** A evolução do fenômeno da droga na Europa. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2012.

OLIVEIRA, D. L. de. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 423-431, June 2005.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Health promotion. **Global Conferences on Health Promotion.** s/d. Disponível em:<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/> Acesso em 01 de julho de 2015.

____. **Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations.** Switzerland, 2014.

PAIM, J.S. E FILHO, N. A. **A Crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

PINHEIRO, R. E MATTOS, R. A. de (org.). **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC /UERJ, ABRASCO, 2005.

PINHO, P.H. et al. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? **Rev. Psiq. Clín** 35, supl 1; 82-88, 2008.

QUINTANEIRO, T. **Um toque de clássicos –** Durkheim, Marx, Weber Sociologia clássica. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2002.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em saúde mental**. Rio de Janeiro: SENAC Nacional, 2007.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm. [online]**. 2007, vol. 20, n.2, p. v-vi.

ROZEMBERG, B. Comunicação e participação em saúde. In: CAMPOS, G. W. de S. (et. al). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 741-766.

SAMPAIO, R. F. E MANCINI, M.C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Rev. bras. fisioter. [online]**. 2007, vol.11, n.1, p. 83-89.

SANTOS, L. M. D. B. (org.). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf/ Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SCHÄFER, L. E SCHNELLE, T. Los fundamentos de la vision sociologica de Ludwik Fleck e la teoria de la Ciencia. In: FLECK, L. **La génesis y el desarrollo de un hecho científico**. Madri: Alianza Editorial, 1986.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública**. São Paulo: Editora SENAC, 2002.

SEIBEL, S. D. E TOSCANO JUNIOR, A. **Conceitos básicos e classificação geral das substâncias psicoativas**. In: SEIBEL, S. D. (col). Dependência de drogas. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. p. 1-6.

SEPÚLVEDA GALEAS, M. Gubernamentalidad y riesgo en el campo de las drogas: cuando la chance deviene presagio, **El Cotidiano**, n 163, p. 55- 65, 2010.

SILVA, F. A. E SILVA, E. S. Como prevenimos o uso indevido de drogas. In: PULCHEIRO, G., BICCA, C. E SILVA, F. A. (orgs.) **Álcool, outras drogas, informações: o que cada profissional precisa saber**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

SILVA JÚNIOR, F. J. G. Da E MONTEIRO, C.F. S. Reflexões acerca das políticas sobre drogas: interface histórica e contextual. **Ver. enferm UFPE online.**, Recife, 8 (supl.1) jul., 2014. p. 2907-2914.

SODELLI, M. A prevenção em nova perspectiva: ações redutoras de vulnerabilidade ao uso nocivo de drogas. **Revista Portuguesa Internacional de Saúde Mental.** 9(2), 2007, p.3-58.

SOUZA, J. de E KANTORSKI, L. P. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil . **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, [S.l.], v. 3, n. 2, p. 01-18, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38656>>. Acesso em: 15 Abr. 2015.

STF deve julgar descriminalização do porte de drogas para consumo próprio. **Revista Consultor Jurídico.** São Paulo, 06 junho de 2015. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2015-jun-06/porte-drogas-consumo-proprio-entra-pauta-stf> Acesso em: julho de 2015.

SZKLO A. S., et al. A snapshot of the striking decrease in cigarette smoking prevalence in Brazil between 1989 and 2008. **Prev Med** 54, p. 162–167, 2012.

TARRIDE, M.I. **Saúde pública: uma complexidade anunciada.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9(1), jan.-abr. 2002, p. 25-59.

TOSCANO JUNIOR, A. **Um breve histórico sobre o uso de drogas.** In: SEIBEL, S. D. (col). Dependência de drogas. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. p. 7-23.

TRAD, S. do N. S. A Trajetória da Prevenção às Drogas no Brasil: do proibicionismo à redução de danos – e seus reflexos nas políticas locais. **Tese de Doutorado.** Universitat Rovira I Virgili, 2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2006.

UNODC. **Oficina de Las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito**. Resumen ejecutivo. Informe Mundial sobre las Drogas 2014a. Disponível em:
http://www.unodc.org/documents/wdr2014/V1403603_spanish.pdf
Acesso em: 17 de março de 2015.

____. **Diretrizes Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas**. 2014b. Disponível em: http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/UNODC_Normas_Internacionais_PREVENCAO_portugues.pdf
Acesso em: 12 de abril de 2015.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. de S. (et. al). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 635-667.

APÊNDICE

A pesquisa original, para refinamento dos detalhes aqui apresentados, pautou-se em Drogas X prevenção X saúde mental X Brasil. Para a definição dessa estratégia de busca, as drogas escolhidas na presente pesquisa (álcool, opiáceos/opioides, inalantes, tabaco, cocaína, crack, anfetaminas, maconha) foram definidas a partir dos conceitos de drogas apresentados no Guia Prático sobre Uso, Abuso e Dependência de Substâncias Psicotrópicas para Educadores e Profissionais de Saúde da Prefeitura de São Paulo, 2006.

Na busca nas bases de dados, ao assumir o uso da palavra Brasil, sabia-se que os trabalhos que citassem apenas o município e o estado (ou união federativa) não seriam parte da amostra desta pesquisa, contudo esse recurso se configurou como opção metodológica da pesquisadora. Outra opção metodológica foi a explosão de descritores (decs e MeSH), ou seja, na busca se considerou tão somente o material que apareceu abaixo do descritor.

A busca dos artigos e revisões sobre os Princípios da Prevenção em Saúde propostos pelos autores que sustentaram a análise desta pesquisa (EMCDDA, 2011; UNODC 2014b; CAMPOS E FIGLIE, 2011; BROOK, et al., 2002; SILVA E SILVA, 2011 e BUCHER, 2007) aconteceu em seis (6) bases de dados nacionais e internacionais. As bases nacionais foram: LILACS, *SciELO* e Index Psi; e as internacionais: MEDLINE, *PsycINFO* e Web of Science. Foram pesquisadas publicações em inglês, espanhol e português.

A busca da pesquisa contemplou produções de 2001 a 2013, a fim de considerar publicações desde a Lei nº 10.216 de 2001, que dispõe sobre “a proteção e os direitos de pessoas portadoras transtornos mentais e redireciona o cuidado assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2004).

A seguir se apresentam as palavras-chave e descritores utilizados em cada uma das seis (6) bases de dados⁶ investigadas.

⁶ As estratégias das bases de dados internacionais MEDLINE, *PsycINFO* e Web of Science foram construídas com o auxílio de Maria Gorete Monteguti Savi, Bibliotecária (CRB-14/201) e coordenadora da Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da UFSC.

Quadro 5 – Estratégias de busca para as bases de dados pesquisadas

Base de dados	Protocolo de Busca
MEDLINE	("drugs"[All Fields] OR "drug users"[MeSH Terms] OR "drug users"[All Fields] OR "substance-related disorders"[MeSH Terms] OR "substance-related disorders"[All Fields] OR "street drugs"[MeSH Terms] OR "street drugs"[All Fields] OR "crack cocaine"[MeSH Terms] OR "crack"[All Fields] OR "cocaine-related disorders"[MeSH Terms] OR "cocaine-related disorders"[All Fields] OR "cocaine"[All Fields] OR "tobacco"[MeSH Terms] OR "tobacco"[All Fields] OR "cannabis"[MeSH Terms] OR "cannabis"[All Fields] OR "marijuana smoking"[MeSH Terms] OR "marijuana smoking"[All Fields] OR "marijuana abuse"[MeSH Terms] OR "marijuana abuse"[All Fields] OR "inhalant abuse"[MeSH Terms] OR "inhalant abuse"[All Fields] OR "inhalation"[All Fields] OR "inhalant"[All Fields] OR inhalants[All Fields] OR "amphetamines"[MeSH Terms] OR "amphetamines"[All Fields] OR "amphetamine-related disorders"[MeSH Terms] OR "amphetamine-related disorders"[All Fields] OR "amphetamine"[All Fields] OR "solvents"[MeSH Terms] OR "solvents"[All Fields] OR "ethanol"[MeSH Terms] OR "ethanol"[All Fields] OR "alcohol"[All Fields] OR "alcoholism"[MeSH Terms] OR "alcoholism"[All Fields] OR "alcoholics"[MeSH Terms] OR "alcoholics"[All Fields] OR "alcoholic"[All Fields] OR "binge drinking"[MeSH Terms] OR "binge drinking"[All Fields] OR "alcohol drinking"[MeSH Terms] OR "alcohol drinking"[All Fields] OR "analgesics, opioid"[MeSH Terms] OR "opioid analgesics"[All Fields] OR "opioids"[All Fields] OR "opioid"[All Fields] OR "analgesics, opioid"[All Fields] OR "psychoses, alcoholic"[MeSH Terms] OR "alcoholic psychoses"[All Fields] OR "psychoses, alcoholic"[All Fields] OR "psychoses, substance-induced"[MeSH Terms] OR "substance-induced psychoses"[All Fields] OR "psychoses, substance induced"[All Fields] OR "opioid-related disorders"[MeSH Terms] OR "opioid-related disorders"[All Fields] OR "alcohol-induced disorders"[MeSH Terms] OR "alcohol-induced disorders"[All Fields]) AND ("prevention and control"[Subheading] OR "prevention and control"[All Fields] OR "prevention"[All Fields] OR "preventive"[All Fields] AND ("mental health"[MeSH Terms] OR "mental health"[All Fields] OR "mental disorders"[MeSH Terms] OR

	"mental disorders"[All Fields] OR "mental illness"[All Fields] OR "Behavior Disorders"[All Fields]) AND ("brazil"[MeSH Terms] OR "brazil"[All Fields] OR "Brazilian"[All Fields] OR "Brazilians"[All Fields]) AND ("2001/01/01"[PDAT] : "2013/12/31"[PDAT])
Web of science	("drugs" OR "drug users" OR "substance-related disorders" OR "street drugs" OR "crack" OR "cocaine-related disorders" OR "cocaine" OR "tobacco" OR "cannabis" OR "marijuana smoking" OR "marijuana abuse" OR "marijuana" OR "inhalant abuse" OR "inhalation" OR "inhalant" OR inhalants OR "amphetamines" OR "amphetamine-related disorders" OR "amphetamine" OR "solvents" OR "ethanol" OR "alcohol" OR "alcoholism" OR "alcoholics" OR "alcoholic" OR "binge drinking" OR "alcohol drinking" OR "opioid analgesics" OR "opioids" OR "opioid" OR "analgesics, opioid" OR "alcoholic psychoses" OR "psychoses, alcoholic" OR "substance-induced psychoses" OR "psychoses, substance induced" OR "opioid-related disorders" OR "alcohol-induced disorders") AND ("prevention and control" OR "prevention" OR "preventive") AND ("mental health" OR "mental disorders" OR "mental illness" OR "Behavior Disorders") AND ("brazil" OR "Brazilian" OR "Brazilians")
PsycINFO	("drugs" OR "drug users" OR "substance-related disorders" OR "street drugs" OR "crack" OR "cocaine-related disorders" OR "cocaine" OR "tobacco" OR "cannabis" OR "marijuana smoking" OR "marijuana abuse" OR "marijuana" OR "inhalant abuse" OR "inhalation" OR "inhalant" OR inhalants OR "amphetamines" OR "amphetamine-related disorders" OR "amphetamine" OR "solvents" OR "ethanol" OR "alcohol" OR "alcoholism" OR "alcoholics" OR "alcoholic" OR "binge drinking" OR "alcohol drinking" OR "opioid analgesics" OR "opioids" OR "opioid" OR "analgesics, opioid" OR "alcoholic psychoses" OR "psychoses, alcoholic" OR "substance-induced psychoses" OR "psychoses, substance induced" OR "opioid-related disorders" OR "alcohol-induced disorders") AND ("prevention and control" OR "prevention" OR "preventive") AND ("mental health" OR "mental disorders" OR "mental illness" OR "Behavior Disorders") AND ("brazil" OR "Brazilian" OR "Brazilians")

LILACS, SciELO e Index Psi⁷	("drugs" OR "drug users" OR "substance-related disorders" OR "street drugs" OR "crack" OR "cocaine-related disorders" OR "cocaine" OR "tobacco" OR "cannabis" OR "marijuana smoking" OR "marijuana abuse" OR "marijuana" OR "inhalant abuse" OR "inhalation" OR "inhalant" OR inhalants OR "amphetamines" OR "amphetamine-related disorders" OR "amphetamine" OR "solvents" OR "ethanol" OR "alcohol" OR "alcoholism" OR "alcoholics" OR "alcoholic" OR "binge drinking" OR "alcohol drinking" OR "opioid analgesics" OR "opioids" OR "opioid" OR "analgesics, opioid" OR "alcoholic psychoses" OR "psychoses, alcoholic" OR "substance-induced psychoses" OR "psychoses, substance induced" OR "opioid-related disorders" OR "alcohol-induced disorders") AND ("prevention and control" OR "prevention" OR "preventive") AND ("mental health" OR "mental disorders" OR "mental illness" OR "Behavior Disorders") AND ("brazil" OR "Brazilian" OR "Brazilians")
---	---

⁷ Na busca das bases nacionais, LILACS, SciELO e Index Psi, foi utilizada a mesma estratégia por orientação de Lilia Maria Bitar Neves (CRB 11/254), bibliotecária documentalista e chefe da Biblioteca de Ciências de Saúde da UFPR.

ARTIGO 1 – Prevenção em saúde e uso de drogas: abordagens teóricas a partir de análise bibliométrica da produção científica brasileira

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar as características bibliométricas de artigos e revisões brasileiras sobre prevenção em saúde em relação ao uso de drogas. Realizou-se uma revisão sistemática se considerando os princípios da prevenção em relação ao uso de drogas em seis bases de dados nacionais e internacionais: LILACS, *SciELO*, Index Psi, MEDLINE, *PsycINFO* e Web of Science. Foram pesquisadas produções em inglês, espanhol e português e publicadas entre 2001 e 2013. Das 635 publicações identificadas, 121 artigos e revisões foram selecionados, conforme os critérios de inclusão e exclusão para análise dos dados bibliométricos e das características teórico-conceituais. Dos estudos analisados 82,6% se caracteriza como artigos, com maior publicação a partir de 2007 (média de 11%) e predomínio de pesquisa quantitativa (57%). As publicações se deram, em sua maioria, produzidas por autores afiliados em Instituições de Ensino Superior, 80% dos autores brasileiros têm essa afiliação e os estudos enfocaram as substâncias psicoativas mais utilizadas, sendo o álcool, cigarro, maconha e cocaína; com destacada preocupação com o uso de drogas por adolescentes e universitários. Houve menção aos fatores de risco e de proteção para o uso de drogas, às consequências do consumo dessas substâncias e às práticas de prevenção em saúde oferecidas por meio dos serviços de saúde. Considera-se que as práticas repressivas apresentam resultados pouco efetivos, mas mesmo que os estudos tenham críticas a esse modelo proibicionista, pouco indicam estratégias de prevenção em saúde em prol das políticas públicas.

Palavras-chave: prevenção; drogas; políticas públicas.

Health prevention and drug use: Theoretical approaches from bibliometric analysis of the scientific production

ABSTRACT

This research aimed to analyze the bibliometric characteristics of the articles and brazilian literature reviews about health prevention in relation of drug use. It was made a systematic review considering the principles

of prevention in respect of drug use, indexed in six national and international databases: LILACS, *SciELO*, Index Psi, MEDLINE, *PsycINFO* and Web of Science. The productions were researched in English, Spanish and Portuguese, published between 2001-2013. Of the 635 publications identified, 121 articles and reviews were selected according to the inclusion and exclusion criteria for the bibliometric analysis and theoretical-conceptual features. 82,6% of the studies analyzed were articles published since 2007 and mostly of quantitative research (57%). The publications were mostly produced by affiliated authors in Higher Education Institutions, 80% of Brazilian authors have this affiliation and studies and were focused on the most used psychoactive substances as alcohol, tobacco, marijuana and cocaine; with higher concern about drug use by teenagers and college students. The risk and protective factors for drug use were mentioned, as well as the consequences of use these substances and the effects of health prevention practices offered through the health services. It is considered that the repressive practices show little result. Even though the studies “weave” criticisms of the prohibitionist model, they do not show any health prevention strategies for public policts.

Key-words: prevention, drugs, public policts.

INTRODUÇÃO

Conhecer os indicadores acerca do uso de drogas e compreender as dinâmicas psíquicas, biológicas, econômicas, sociais e culturais envolvidas a esse fenômeno é fundamental para subsidiar o planejamento e a execução, resolutiva, de políticas públicas de saúde na área de drogas. Desse modo, a identificação das características da produção acadêmica brasileira sobre prevenção em saúde em relação ao uso de drogas pode subsidiar a problematização e a adequação de políticas públicas que façam eco à realidade social do País.

Registros de informações dos serviços de saúde e resultados de pesquisas sobre o consumo de substâncias psicoativas indicam que, nas décadas de 1990 e 2000, no Brasil, houve uso arriscado de drogas, com padrões de consumo diferentes entre as faixas etárias e gêneros e importantes repercussões desse consumo na vida humana, tanto na esfera individual, quanto coletiva e profissional (CARVALHO, SANT'ANNA, COATES E OMAR, 2008; OLIVEIRA, et. al., 2013; ANDRADE, et al., 2012). Esses dados são corroborados com aqueles do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID/SENAD), de 2001 para

2005 houve aumento nas estimativas da população brasileira que faz uso na vida de álcool, tabaco, maconha, solventes, benzodiazepínicos, cocaína, estimulantes, esteroides, alucinógenos e crack (BRASIL, 2009).

Diante disso, cabe destacar que o uso de drogas invariavelmente está atrelado à existência humana, expressando comportamentos e subjetividades, conjunturas e estruturas micro e macrosociais, econômicas e políticas; e as ações em saúde, sobremaneira ligadas à prevenção em saúde, parecem ainda não ter encontrado meios resolutivos de se comprometer com a questão (PASSETTI, 2004). Não obstante, estudos indicam que muitas das ações em saúde propostas em bases proibicionistas, punitivas e repressivas tiveram (e têm) pouca resolutividade (BUCHER, 2007; GALDURÓZ, et. al., 2003; NAPPO, GALDURÓZ, RAYMUNDO, CARLINI, 2001). Afirma-se, assim, a impossibilidade de controle, domesticação, interdição ou obrigação quando se planejam e executam intervenções de prevenção em saúde. Sobretudo ao se considerar a Lei nº 10.216/2001, que instituiu um novo modelo de cuidado em saúde ancorado na lógica da clínica ampliada. Colocar em prática a prevenção em saúde implica, pois, em tocar na vida dos sujeitos, em seus valores, contextos, projetos de vida; situando a temática do uso de drogas no contexto geral da saúde e da convivência social (BUCHER, 2007).

Portanto, esta pesquisa – que objetivou analisar as características bibliométricas de artigos e revisões sobre prevenção em saúde em relação ao uso de drogas – mostra-se relevante porque propicia que as características dos estudos publicados nas bases nacionais e internacionais sobre prevenção em saúde ao uso de drogas tenham seus direcionamentos e princípios conhecidos e refletidos. Destarte, as ações de prevenção em saúde, construídas e propostas a partir dessas investigações, podem assumir a complexidade da discussão sobre o uso de drogas, a fim de garantir intervenções de prevenção em saúde profícuas no que se refere à acessibilidade, ao pertencimento e à autonomia dos sujeitos usuários de drogas.

PERCURSO METODOLÓGICO

As bases de dados nacionais e internacionais que alocaram as buscas deste estudo foram LILACS, *SciELO*, *Index Psi*, MEDLINE, *PsycINFO* e Web of Science. Essa busca foi realizada entre os meses de abril a maio de 2015, utilizando os descritores (decs e MeSH) e palavras-chave drogas (crack *or* cocaína *or* maconha *or* anfetaminas *or* tabaco *or* inalantes *or* opiáceos *or* álcool) *and* saúde mental *and* prevenção *and*

Brasil, com referência às publicações de 2001 a 2013 e detalhamento específico no protocolo de busca para cada uma das bases.

Foram encontradas 635 publicações sendo: 111 das bases LILACS e *SciELO*; 04 da Index Psi; 320 da MEDLINE; 185 da *PsycINFO* e 14 da base Web of Science. Para a primeira seleção dessas 635 publicações se consideraram como critérios de inclusão: artigos, estudos de avaliação e revisões; publicados em inglês, espanhol ou português; entre 2001 e 2013 e que abordassem a prevenção em saúde ao uso de drogas.

Como critérios de exclusão: textos que abordavam a questão das drogas, mas não sobre prevenção; editoriais, boletins, notícias, apresentação de eventos (simpósio, congressos), relatórios, estudos de validação, debate, comentários, conferência, livros (capítulos de livro), carta, ponto de vista, anais, teses, dissertações e monografias.

Assim, restaram 520 publicações nas quais foi realizada a leitura dos títulos e resumos, considerando se esses textos faziam referência aos Princípios da Prevenção em Saúde propostos pelos autores que sustentaram a análise dessa pesquisa (EMCDDA, 2011; UNODC 2014b; CAMPOS E FIGLIE, 2011; BROOK, et al., 2002; SILVA E SILVA, 2011 e BUCHER, 2007).

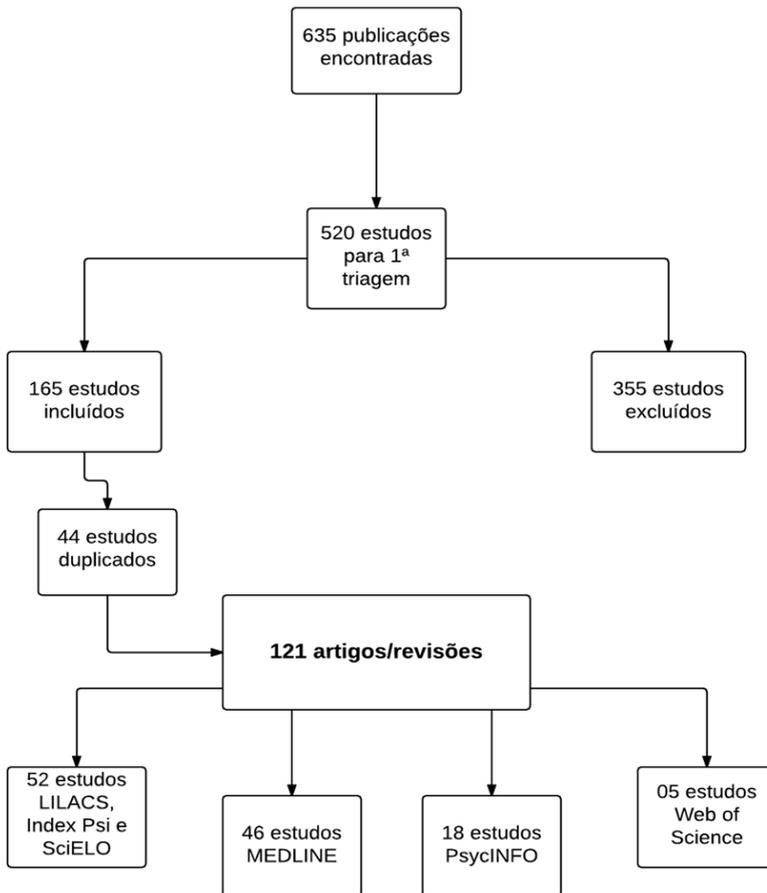
Os textos excluídos que abordavam outros temas faziam referência a: “caféina e doença de Parkinson”; “prevenção das ideações suicidas”; “fatores da disfunção erétil”; “prevenção de doenças do sistema circulatório”; “tratamento de médicos e pacientes tabagistas”; “prevenção e qualidade de vida”; “prevenção de Alzheimer”; “medidas preventivas para crises de epilepsia”; “transtorno bipolar/mania”; “relação de câncer e uso de drogas”; “farmacoterapia e depressão”; “comportamentos de violência e uso de drogas”; “prevenção da prática do sexo desprotegido com pacientes psiquiátricos”; “intervenções preventivas e HIV”; “prevenção do uso de drogas integrada à de infecções sexualmente transmissíveis/gravidez indesejada”; “transtornos mentais, drogas e suicídio”; “uso de drogas e infecção pelo HIV e hepatites”; “utilização de métodos contraceptivos e uso de drogas”; “profissionais do sexo e HIV”; “uso de drogas e problemas de saúde bucal”; “prevenção de jogo patológico”; “intervenção religiosa e dependência de drogas”; “depressão e fatores associados”; “tratamento para dependência de substâncias psicoativas”; “violência intrafamiliar e drogas”; “política de saúde mental e violência”; “drogas e redução de danos (RD) com foco no HIV”; “transtorno de déficit de atenção/hiperatividade associado ao uso de substâncias ilícitas”; “atitudes e crenças sobre drogas”; “drogas intermediárias para uso de outras drogas”; “efeito rebote e homeopatia”; “medicamentos e cessação de tabagismo”; “tratamento com canabidiol”;

“farmacoterapia e prevenção de efeitos adversos”; “Lei Seca, uso de álcool e impacto nos acidentes de trânsito”; “toxicidade das drogas”.

Ressalta-se que em relação aos materiais excluídos, houve quantidade significativa de material repetido nas bases MEDLINE, *PsycINFO* e LILACS. E esses apresentavam outros temas que geralmente se referiam à prevenção ao HIV e às hepatites B e C, aos tratamentos de transtornos mentais (transtorno bipolar, depressão, mania) e à prevenção da ideação suicida. Outro aspecto interessante é que muitos textos apresentados pela base de dados *PsycINFO* também estavam alocados na base de dados MEDLINE, contudo, na busca desta (utilizando a estratégia definida nesta pesquisa) esses textos não foram apresentados.

A partir dessa avaliação, considerando os critérios de inclusão, de exclusão e os Princípios da Prevenção em Saúde, ficaram 165 artigos (53 nas bases nacionais - LILACS, *SciELO* e Index Psi; 77 na base MEDLINE ; 27 *PsycINFO* e 08 na Web of Science), destes foram retirados 44 artigos por estarem duplicados nas referidas bases de dados. Desse modo, conforme apresentado no fluxograma (figura 1), restaram 121 artigos que foram utilizados para a análise das características bibliométricas apresentadas neste artigo.

Figura 1 - Síntese do processo de seleção dos estudos para análise bibliométrica



As características bibliométricas, que possibilitaram análise de aspectos qualitativos e quantitativos dos 121 estudos incluídos nesta pesquisa, referem-se aos anos, idiomas, revistas e locais de publicação; tipo de documento; enfoque metodológico; número, perfil e afiliação dos autores e número e expressões utilizadas nas palavras-chave. Também foram levantadas características teórico-conceituais acerca do uso de drogas e prevenção em saúde, relacionadas às leituras dos itens “resultados, discussão e considerações” dos 121 estudos analisados nesta bibliometria.

Por conseguinte, os passos operacionais para análise das características bibliométricas englobaram: organização, classificação e tratamento dos dados e análise final. Na etapa de organização, os artigos incluídos foram dispostos em uma tabela que possibilitou ter um panorama geral dos dados já elencados, a fim de facilitar a leitura. Posteriormente, realizou-se a classificação e o tratamento dos materiais, que aconteceu a partir da contagem de frequência de variáveis previamente definidas, parte dos fichamentos foi tabulada com auxílio de planilhas do Microsoft Excel, e da leitura e identificação dos pontos relevantes dos artigos incluídos. A análise final compreendeu a interpretação sobre os achados de pesquisa, contextualizando as interpretações da pesquisadora com a literatura científica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em análise dos resultados obtidos a partir dos 121 estudos investigados, constatou-se que a maioria (82,6%) das publicações é de artigo original, com apenas 17,4% dos estudos alocados como revisão. Os estudos caracterizados como revisão, em sua maioria, utilizam como fontes de informações as bases de dados, sendo que a MEDLINE foi a mais utilizada. Ainda em relação aos estudos classificados como revisão, observa-se que foram poucos os estudos que utilizaram documentos como: relatórios, programas e projetos institucionais para suas análises de pesquisa.

No que diz respeito ao número de publicações por ano, no início da década de 2000 as publicações eram escassas, com um incremento a partir de 2007. Entre 2008 e 2010 houve o número mais alto de publicações referenciadas (2008 com 16 publicações; o ano de 2009 contou com 15 publicações e 2010 com 15), com leve declínio nos anos de 2011 e 2013.

Tabela 1 – Estudos conforme tipo, ano e idioma de publicação e enfoque metodológico

VARIÁVEL	NÚMERO	%
Tipo de publicação		
Artigo	100	82,6
Revisão	21	17,4
Total	121	100
Ano de publicação		
2013	10	8,3
2012	15	12,4
2011	11	9,1
2010	15	12,4
2009	15	12,4
2008	16	13,2
2007	11	9,1
2006	06	4,9
2005	04	3,3
2004	08	6,7
2003	06	4,9
2002	03	2,5
2001	01	0,8
Total	121	100
Idioma de publicação		
Inglês	60	49,6
Português	55	45,5
Espanhol	6	4,9
Total	121	100
Enfoque metodológico		
Quantitativo	69	57
Qualitativo	45	37,2
Misto	7	5,8
Total	121	100

Conforme dados observados na tabela 1, demonstra-se um aumento de publicações de estudos referentes à temática de prevenção ao uso de drogas nos últimos anos (a partir de 2007). Esses dados parecem corroborar a assertiva acerca do ressurgimento da temática de prevenção e promoção em saúde nos últimos 30 anos, marcado por novas e diferentes concepções de saúde e doença, que articulam esse processo às formações sociais e econômicas nas discussões teóricas e práticas de saúde coletiva (BUSS, 2003).

O mesmo parece acontecer em relação às drogas, pois mesmo que o uso de substâncias psicoativas esteja ligado aos primórdios da humanidade, o modo como acontece esse e a serviço de que, tem se modificado. O uso de drogas, nos dias atuais, assume números significativos no Brasil, indicando importante consumo de drogas lícitas, como cigarro, álcool e medicamentos e de drogas ilícitas, como maconha e cocaína. Atualmente, a busca por situações prazerosas e relaxantes na vida humana têm justificado o consumo de substâncias psicoativas. A vivência de iniciação ao uso de drogas tem se dado cada vez mais precocemente, influenciada por ritos e valores sociais, culturais e psicológicos (MACHADO, MOURA, CONCEIÇÃO E GUEDES, 2010; TOCKUS E GONÇALVES, 2008).

A mudança nas relações dos sujeitos com as drogas acontece em função de diversas transformações sociais, econômicas e culturais. Atualmente o consumo de drogas se coloca mais num patamar de problema de saúde coletiva, do que de segurança pública; mudança essa que pode contribuir para a adequação de políticas e ações intersetoriais direcionadas a essa problemática.

Além disso, cabe destacar movimentos de estudiosos e pesquisadores de saúde mental que têm impactado na transformação de enfoque à prevenção ao uso de drogas, para que assim os modos de cuidado em saúde em relação ao uso de drogas sejam repensados e revisitados; à medida que as intervenções devem se deslocar das propostas proibicionistas e moralistas em direção a propostas de prevenção, promoção e educação em saúde mais coerentes com a realidade (BÜCHELE, COELHO E LINDNER, 2009; COSTA, et al., 2012).

No que tange os idiomas de publicação dos estudos, os dados indicam um brando predomínio do idioma inglês (60 estudos – 49,6%), se comparado ao idioma português (55 estudos – 45,5%) e discreto número de publicações do idioma espanhol (6 estudos – 4,9%). O predomínio da língua inglesa nas publicações da área da saúde parece histórico, e isso pode ser explicado em função do domínio econômico e cultural, por volta dos anos 1980 e 1990, exercido por países que têm como língua de origem o inglês, como os Estados Unidos, e também se justifica pela intenção de facilitar a comunicação em tempos de globalização (MOMEN, 2009). A globalização se fundamenta na ideia de um cidadão global e busca homogeneizar valores, culturas, conhecimentos e relações humanas, ou seja, totaliza signos e significados para que esses sejam consumidos global e hegemonicamente, preterindo aspectos singulares e locais da vida humana (SANTOS, 1994).

Entretanto, há apontamentos indicando que áreas como a saúde coletiva implicam em tomadas de decisões locais, portanto, é fundamental que as produções científicas sejam escritas nas línguas do País de origem (PACKER E MENEGHINI, 2007). Desse modo, na presente pesquisa se destaca o importante número de publicações em língua portuguesa, o que pode indicar preocupação em garantir o acesso às informações das pesquisas e também um movimento diferenciado acerca da influência exercida por países considerados economicamente desenvolvidos.

Os dados da presente pesquisa assinalam que houve predomínio de estudos quantitativos (57%), em comparação aos estudos com enfoque metodológico qualitativo (37,2%). Chama a atenção o baixo número de estudos, 5,8%, com enfoque metodológico misto, que combina e integra as abordagens quanti e qualitativas. Das publicações indexadas nas bases nacionais e internacionais que foram analisadas nesta pesquisa, 94 estudos (quantitativos, qualitativos ou mistos), ou seja, 78% deles tiveram como população de estudo seres humanos, a maioria destes eram escolares (adolescentes), universitários e professores (jovens e adultos).

A maior parte das publicações indexadas com enfoque metodológico quantitativo foi caracterizada como “estudo transversal” e “levantamento epidemiológico”, além de citar cuidados em saúde pautados na farmacologia. Assim, pondera-se que ainda são poucos os estudos que enfocam aspectos comuns à pesquisa qualitativa. Dessa maneira, um amplo campo de pesquisa se mantém aberto nessa área de conhecimento sobre o uso de drogas e a prevenção em saúde, exigindo mais estudos que permitam a compreensão contextualizada desses processos, de forma menos generalista e mais aprofundada, a fim de repensar as políticas e os programas de prevenção em saúde relacionados ao uso de drogas (BRASIL, et al., 2006; CASTRO, et. al., 2010; DIAZ, et. al., 2009; MACHADO, et. al., 2013; OPALEYE, et. al., 2012 e SILVEIRA, et al., 2011a).

Das 45 revistas utilizadas para indexação e publicação dos estudos analisados, 29 (64,4%) são brasileiras, que publicaram 91 estudos, o que equivale a 75%; e 16 (35,6%) revistas são de países do exterior (Estados Unidos, Inglaterra, Suíça, Alemanha) e que publicaram 30 estudos (25%). Dos países do exterior, o destaque para o local de publicação de estudos se refere às cidades de Nova Iorque, com 9 estudos publicados e Londres, com 6 estudos. Com relação às revistas nacionais, 35 estudos foram publicados por revistas situadas na cidade de São Paulo, 24 estudos por revistas localizadas no Rio de Janeiro e 21 estudos de revistas de Ribeirão Preto, ou seja, de modo geral a região sudeste tem domínio acerca da localização geográfica das revistas que publicaram os estudos sobre

prevenção ao uso de drogas. Ressalta-se também que as demais cidades das revistas que publicaram os estudos se situam nos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Bahia, Rio Grande do Norte e Distrito Federal.

Essas 45 revistas (nacionais e internacionais) estão classificadas na área temática de “ciências da saúde” e as seis com maior número de publicação dos textos analisados nesta pesquisa são nacionais e se classificam de acordo com os seguintes assuntos: “medicina”, “saúde pública”, “psiquiatria” e “enfermagem”⁸.

Em relação ao número de estudos publicados em cada uma das seis revistas nacionais que apresentaram maior índice de indexação de estudos, os dados são os seguintes: 18 estudos foram publicados na Revista latino-americana de enfermagem (Rev. latinoam. enferm.); 14 estudos na Revista brasileira de psiquiatria (Rev. bras. psiquiatr.); 7 estudos na Revista de saúde pública (Rev. saúde pública.); 7 estudos no Jornal brasileiro de psiquiatria (J. bras. psiquiatr.); 6 no Cadernos de saúde pública (Cad. saúde pública.) e 6 estudos na revista Ciência & saúde coletiva (Ciênc. saúde coletiva.). De acordo com o sistema WebQualis⁹, considerando a área de avaliação saúde coletiva, e em consulta ao Journal Citation Reports (JCR)¹⁰, ano de 2013, as revistas que mais publicaram estudos estão classificadas nos estratos e têm os seguintes fatores de impacto (FI), respectivamente: Revista latino-americana de enfermagem – B2 e FI 0,625¹¹; Revista brasileira de psiquiatria – B2 e FI 1,638; Revista de saúde pública – A2 e FI 1,219; Jornal brasileiro de psiquiatria – B2¹²; Cadernos de saúde pública – A2 e FI 0,888 e revista Ciência & saúde coletiva – B1 e FI 0,572.

⁸ Observa-se que a publicação de artigos na língua espanhola, bem como de abordagem qualitativa pode ter sido incipiente porque as bases de dados pesquisadas nesta tese se alinham, de modo geral, ao estilo de pensamento da epidemiologia clássica. Ou seja, o pilar de ciências sociais e humanas da saúde coletiva é pouco contemplado por esses periódicos, dando lugar ao embate contemporâneo do “quantitativo X qualitativo”.

⁹ Qualis periódicos do Portal CAPES se refere a uma classificação dos periódicos de divulgação da produção científica, por área do conhecimento. Acesso em: <http://qualis.capes.gov.br/webqualis/principal.seam>

¹⁰ O JCR avalia o número médio de citações de artigos científicos publicados em determinado periódico, utilizado para qualificar a importância de um dado periódico em sua área. Acesso em <http://admin-apps.webofknowledge.com/JCR/JCR?RQ=HOME>

¹¹ O fator de impacto da Revista latino-americana de enfermagem se refere ao ano de 2011, porque não foi encontrado esse dado referente a 2013.

¹² O fator de impacto desta revista não constava na classificação de JCR.

Sobre a data de início das publicações dessas 45 revistas nacionais e internacionais há variações, mas a maioria teve suas publicações iniciadas na década de 1990. Ressalta-se que a revista com data de publicação mais antiga, desde 1948, é o *Jornal brasileiro de psiquiatria*, que publicou 7 dos 121 estudos aqui analisados. De acordo com os dados analisados desta pesquisa, a revista que teve maior número de estudos publicados, *Revista latino-americana de enfermagem*, teve sua publicação iniciada no ano de 1993.

Ao todo, nos 121 estudos publicados e analisados, foram referenciados 491 autores, desses houve a repetição de 64 nomes. Em relação aos autores que publicaram mais de um estudo, o maior número de estudos indexados nas bases de dados investigadas de um mesmo autor foi de 8 publicações, o equivalente a 1,9%, com registro de dois autores. Em seguida se destacam publicações de três autores que tiveram seus nomes registrados em 7 (1,6%) publicações; quatro autores referenciados em 6 publicações (1,4%); três autores com 5 publicações (1,2%); dois autores com 4 publicações (0,9%); quatorze autores com 3 publicações (0,7%) e trinta e seis autores com 2 publicações (0,5%).

Em relação ao perfil dos nove autores que mais publicaram, com 8 a 6 publicações cada um, destaca-se que 5 são homens e 4 são mulheres; 6 deles brasileiros e 3 canadenses. No que se refere aos autores brasileiros, conforme informações obtidas nos currículos registrados na Plataforma Lattes¹³, verifica-se que a formação da graduação é em cursos como medicina (2), ciências biológicas (2), enfermagem (1) e farmácia/bioquímica (1), com a conclusão principalmente em anos da década de 1980 e a formação de doutorado (conclusão na década de 1990) em áreas da psiquiatria, farmacologia e psicobiologia. Ou seja, a formação desses pesquisadores parece se fundamentar em teorias epistemológicas do olhar científico da saúde, que são fortemente marcadas pelas concepções do modelo biomédico, que quantifica e classifica fenômenos vitais e sociais para o controle por meio de políticas de saúde (SCLAR, 2002). Essa formação parece influenciar as produções científicas analisadas nessa revisão, posto que existe a ênfase em estudos quantitativos, com caráter epidemiológico e que destacam aspectos

¹³ A Plataforma Lattes consiste na integração de bases de dados de currículos, de grupos de pesquisa e de instituições em um sistema de informações do CNPq. O currículo Lattes representa o registro padronizado da vida pregressa e atual dos estudantes e pesquisadores do país, e é adotado pela maioria das instituições de fomento, universidades e institutos de pesquisa do Brasil.

próprios das ciências biológicas em detrimento dos aspectos considerados pelas ciências sociais e humanas.

O que corresponde à afiliação dos 491 autores dos estudos investigados nesta pesquisa houve o registro de 85 instituições, sendo que 50 (58,8%) são instituições brasileiras e 35 (41,2%) instituições estrangeiras. Das 35 instituições estrangeiras, há predomínio de instituições de ensino e com localização geográfica nos EUA e Canadá. Em referência aos países da América Central e da América do Sul, os registros com frequência mais significativa é referente à instituições de ensino de Honduras e Guatemala, e da Colômbia, Peru e Chile, respectivamente.

As 50 instituições brasileiras de afiliação dos autores se dividem em: 40 Instituições de Ensino Superior (IES); 3 ONGs e 7 serviços de saúde, sendo 6 públicos e 1 privado. Ou seja, 80% dos autores têm afiliação em instituições de ensino superior, principalmente em universidades públicas (federais e estaduais) do País. Dessas universidades públicas, registra-se que a Universidade de São Paulo (USP) conta com 35 afiliações, a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) tem 30 afiliações e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) tem registro de 8 afiliações. Levando em conta a divisão regional, estabelecida em 1970, que divide o Brasil nas regiões Centro-Oeste, Nordeste, Norte, Sul e Sudeste, verifica-se que a localização das IES de afiliação dos autores se dá mais na região Sudeste, seguida da região Sul, com discreto registro no Centro-Oeste e nenhum registro de IES da região Norte do País. O mapeamento das instituições de atenção às questões relacionadas ao uso drogas, apresentado no Relatório brasileiro sobre drogas (BRASIL, 2009), aponta que a Região Norte tem a menor porcentagem de instituições com atividades de prevenção em saúde.

Há predomínio de produção e publicação de artigos e revisões das instituições de ensino (nacionais e internacionais). Observa-se que as instituições de serviço (secretarias, unidades de saúde, hospitais, etc.) quase não tiveram estudos publicados e têm discreta participação de autoria nos estudos analisados. Diante disso, pode se questionar: há integração entre as produções acadêmicas e as produções dos serviços? Os profissionais de saúde encontram espaço de publicação nas revistas indexadas e classificadas no Qualis periódicos do Portal CAPES? Quais os impactos, no dia a dia de trabalho da saúde, das discussões assumidas e direcionadas pelas instituições de ensino superior?

Esses dados podem demonstrar que os profissionais dos serviços em saúde têm dificuldades em publicar em determinadas revistas, posto

que os periódicos parecem dedicar mais espaço e maior prestígio e visibilidade às produções acadêmicas, chanceladas por controles estatais e científicos. Assim, a autoridade científica, instituída por meio do capital científico, está centrada nos produtos intelectuais produzidos nas IES e à CAPES cabe o papel de reputar as instituições e os sujeitos do corpo científico nacional (NÓVOA, 2007; MENEZES, et. al., 2013).

Ademais, esses mesmos dados podem indicar que ainda existe distanciamento entre as IES e os serviços de saúde. Contudo, observa-se a necessidade da interpenetração dos processos de formação e produção de conhecimento com a formação, a atenção e a gestão no próprio cotidiano dos serviços de saúde. A relação da formação profissional com os serviços em saúde vive, atualmente, um momento de transformações. Transformações essas que se evidenciam com a ampliação da importância da prática profissional na formação, incremento de atualização da formação dos profissionais, crescimento de cursos de graduação e de pós-graduação na área da saúde e promoção de ações de integração entre ensino e serviço (FERLA, et al., 2013).

Pondera-se que a mudança nos modos de produzir prevenção em saúde em relação ao uso de drogas no SUS implica, além de habilidades e conhecimentos técnicos, em práticas profissionais e gestão do trabalho que se estruturam de modo problematizado e contextualizado, para dar conta das necessidades de saúde das pessoas e dos coletivos (CECCIM E FEUERWERKER, 2004).

Foram identificadas, a partir da análise das 121 publicações, 523 palavras-chave. A expressão “Atenção/cuidado primário a saúde” teve 6 registros, “políticas públicas” 4 registros, “serviços de saúde” e “práticas em saúde” tiveram 3 registros cada. A expressão “prevenção” foi utilizada 23 vezes como palavra-chave dos estudos investigados, e dessas, em 9 registros a expressão estava cunhada como “prevenção e controle”. As palavras “educação em saúde” e “promoção da saúde” apareceram 4 vezes cada, enquanto que a expressão “tratamento” teve 11 registros e quando houve referência à expressão “programa”, essa era complementada com expressões como “rastreamento”, “toxicodependência” e “tratamento”. Além disso, verifica-se que não houve qualquer citação, nas palavras-chave, às expressões como saúde coletiva, princípios da prevenção, habilidades sociais, intersetorial, integral e multidisciplinar/multiprofissional.

Com base nisso, parece haver uma ênfase na utilização de expressões como tratamento e controle, expressões que apresentam certa similaridade com concepções militares que se caracterizam por serem pontuais, higienistas e verticais. Desse modo, acredita-se que ainda se

reproduzem modelos clássicos e repressivos de prevenção em saúde ao uso de drogas, posto que os dados demonstram o destaque para programas de prevenção organizados como campanhas, mutirões, programas especiais e ações de vigilância (PAIM, 2003).

Assim como apontaram os dados acerca dos enfoques metodológicos dos estudos investigados, nas análises bibliométricas das palavras-chave houve significativos registros de palavras como “estudos transversais” e “epidemiologia”, com 18 repetições, enquanto que a expressão “pesquisa qualitativa” apareceu 4 vezes. Esses dados reforçam o predomínio de estudos direcionados à modalidade de generalização dos dados. Também se registraram 19 vezes as expressões “adolescentes” e “adolescência” e 13 vezes a expressão “estudantes e universitários”; isso pode ter se dado porque a maioria dos estudos investigados que tinham como amostra de pesquisa seres humanos se referiam à acadêmicos, principalmente de cursos da área da saúde (medicina, enfermagem, odontologia e farmácia) e escolares.

A evidente menção aos adolescentes (universitários e escolares) pode ser explicada por uma presente preocupação dos autores dos estudos com relação à problemática de uso de drogas por estudantes brasileiros. Os resultados dos estudos afirmam que adolescentes e jovens (universitários) apresentam comportamentos indicativos de “beber pesado” e fazer uso de outras drogas (maconha, inalantes e anfetaminas). Nas pesquisas realizadas com universitários, geralmente, as drogas mais utilizadas por estudantes do sexo masculino são: álcool, maconha, tabaco e inalantes, enquanto que as estudantes do sexo feminino utilizam mais álcool e tranquilizantes (CARVALHO, SANT'ANNA, COATES E OMAR, 2008; PASSOS, et. al., 2006).

Desse modo, salienta-se a necessidade de investir em pesquisas sobre essa temática, inclusive se utilizando de diferentes abordagens (quanti e qualitativas) para produzir dados mais fidedignos e amplos (VASTERS E PILLON, 2011; KARAM, KYPRI E SALAMOUN, 2007; RODRIGUEZ FUNES, et. al., 2009).

Ainda em relação às 523 palavras-chave, houve 53 referências, o equivalente a 10,1%, à palavras como “drogas, drogas ilícitas, drogas de rua, uso de drogas” e 4 vezes (0,8%) à expressão “substâncias psicoativas”. Registra-se que não houve nenhuma palavra-chave cunhada com a expressão “droga lícita/legal”.

Contabilizaram-se 17 registros (3,2%) da palavra “abuso” (abuso drogas, abuso substâncias) e 14 vezes (2,7%) apareceu a expressão “transtornos relacionados ao uso de substâncias”. Acerca da classificação das drogas, as palavras-chave utilizadas foram: 47 registros (9%) para a

expressão “álcool/alcoolismo/alcoólicas”; 11 (2,1%) registros para “nicotina/tabaco/tabagismo”; 7 (1,3%) para “maconha/cannabis”; 6 (1,1%) para “cocaína”; 4 (0,8%) para “anfetaminas”; 3 (0,6%) registros de “crack” e 1 (0,2%) para a palavra “opióides”.

Com base na classificação das drogas de Seibel e Toscano Junior (2000) e Marques e Ribeiro (org., 2006), verifica-se que não houve qualquer referência, nas palavras-chave das publicações investigadas, às drogas solventes ou inalantes, portanto, drogas como cola, tintas e removedores são pouco atreladas a esses estudos. Assim como também não houve referência às drogas lícitas classificadas como medicamentos; dado esse que traz a reflexão acerca da definição da função do medicamento na vida das pessoas, considerando que atualmente há um embate importante entre o significado do medicamento como recurso terapêutico e como bem de consumo. Como recurso terapêutico o medicamento se destina ao tratamento ou prevenção de uma situação clínica e farmacológica definida, enquanto que como bem de consumo, na sociedade contemporânea, o medicamento tem se destinado a normalizar comportamentos (desempenho sexual, estético, intelectual e controle de características subjetivas) e a atenuar sofrimentos humanos (frustrações, medos, tristezas) (SANTOS E FARIAS, 2010).

Em qualquer uma das funções assumidas, assinala-se o lugar que o medicamento assume. Ou seja, os medicamentos parecem não ser reconhecidos como drogas, mesmo que lícitas e prescritas, posto que são vistos como possibilidade de identificação e subjetivação humana à medida que simbolizam um diagnóstico e concretizam a relação profissional de saúde-paciente-familiares. Assim, desenha-se a sutil e forte maquinaria política contemporânea que avalia, compara e classifica sujeitos a partir de uma determinada normatividade que marca o processo de subjetivação humana (PRADO FILHO, 2010).

Destaca-se que as publicações analisadas neste estudo fizeram importante referência à droga álcool, droga lícita significativamente utilizada pelas pessoas e com alto número de propagandas que incitam ao uso do álcool nos meios de comunicação de massa. A droga crack foi referida na temática de poucos estudos, e justamente é a droga que tem suas consequências e indicações de repressão mais alardeadas nos meios de comunicação.

Romanini e Roso (2012) apontam que as reportagens sobre o uso de crack veiculadas no jornal de maior circulação do Rio Grande do Sul, utilizam estratégias de universalização, naturalização, expurgo do outro e padronização. Assim, se funda a ideia de que todos estão vulneráveis à epidemia do crack, que esse é “avassalador” e por isso precisa ser contido

e a interação do usuário se coloca como solução. Portanto, a mídia colabora com a construção de um estado de pânico e medo na população brasileira, propagando informações e notícias alarmistas sobre as drogas ilícitas, sendo que as drogas mais usadas pela população são as lícitas, álcool e tabaco (LARANJO E SOARES, 2006).

Complementando as características teórico-conceituais dos estudos investigados nesta pesquisa, as pesquisas geralmente fazem menção aos tipos de drogas utilizadas, destacando que os dados indicam o índice de uso mais significativo pela população brasileira das drogas álcool, tabaco e maconha. O consumo de álcool é registrado em cerca de 70 a 85% da população no Brasil (RASSOOL E VILLAR-LUIS, 2004; GALDURÓZ, et. al., 2003; SILVEIRA, et. al., 2011b; VASTERS E PILLON, 2011; OLIVEIRA, et. al., 2013; ANDRADE, et al., 2012).

Não obstante, a mídia transmite informações sobre o uso de drogas, principalmente o álcool, de modo bastante naturalizado. De acordo com os dados das pesquisas realizadas com universitários, trabalhadores de empresas e caminhoneiros, o álcool é a droga mais consumida. Os autores ponderam que os meios de comunicação retratam o álcool como fator de socialização e celebração, como um meio para chegar a estados emocionais desejados na convivência em grupo, além de ser descrito como comum e inofensivo. Algumas pesquisas têm destacado o aumento da incidência de mulheres que bebem (MACHADO, et al., 2013; TOCKUS E GONÇALVES, 2008).

Sobre o uso de álcool, os estudos ainda indicam que o primeiro uso acontece em “idade precoce/infância”, idade média de 13 anos, e esse comportamento influencia no padrão de consumo na vida adulta, ou seja, o precoce início do uso do álcool parece aumentar a vulnerabilidade de consumo maior de álcool a partir da maturidade. Além disso, alguns dados demonstram que os adolescentes se preocupam com o consumo de álcool (VIEIRA, RIBEIRO E LARANJEIRA, 2007; GALDURÓZ E CARLINI, 2007).

De acordo com os achados desta pesquisa, uma das motivações frequentes para o uso de drogas, entre adolescentes e universitários, se refere à curiosidade, influência dos amigos, vontade de sentir prazer e satisfação e fuga de conflitos e frustrações. A vivência da experimentação de drogas acontece em atividades sociais como festas, churrasco, encontro de amigos e boates (LARANJO e SOARES, 2006; DE MICHELI E FORMIGONI, 2002; VASTERS E PILLON, 2011).

O uso de tabaco parece ter diminuído nos últimos anos, de acordo com dados das publicações aqui analisadas. Os estudos atribuem essa redução às medidas de “tributação crescente de produtos do tabaco e

fortes advertências de saúde” (SZKLO, et. al. 2012). Consoante a essa contextualização sobre o uso de drogas por adolescentes, os estudos indicam a necessidade de existir programas de prevenção em saúde para o uso de drogas voltados à população universitária do País (DE MICHELI, FISBERG E FORMIGONI, 2004; CARVALHO, SANT'ANNA, COATES E OMAR, 2008; WAGNER, et. al., 2007; TEIXEIRA, et al., 2010).

Baseando-se na frequência das palavras-chave também é possível se constatar que em relação aos fatores de risco e de proteção ao uso de drogas houve a citação de 11 vezes expressões como “fatores de risco”, “comportamento de risco”, “risco ocupacional” e “risco psicossocial”, ao passo que a expressão “fatores protetivos” foi citada como palavra-chave uma única vez. Em complemento aos fatores de proteção, apareceram 13 vezes as expressões “família” e “relações familiares” e 6 vezes as palavras “religião”, “religiosidade” e “espiritualidade”.

Examinando os itens de resultados, discussão e considerações dos 121 estudos, percebe-se que os fatores de risco e de proteção em relação ao uso de drogas também são contemplados. Os dados propiciam apreciar que há riscos complexos e fatores de proteção em diferentes domínios (individuais, familiares, colegas, escola e comunidade/sociedade) e que esses interagem entre si e influenciam consideravelmente a formação subjetiva no caso da manifestação do uso de drogas. Os dados apontam que ao descrever fatores de proteção e de risco para o uso de drogas, os fatores psico-sociais são mais fortemente apresentados (“curiosidade, baixa auto-estima, solidão, buscar pelo prazer, esquecer os conflitos/problemas e evitar frustrações”) do que as explicações genéticas ou biológicas (SILVA, et al., 2009; SCHENKER E MINAYO, 2004; VASTERS E PILLON, 2011; NEVES E MIASSO, 2010).

A partir destes dados, faz-se necessário considerar que o entendimento de risco assumido nas produções científicas aqui analisadas parece indicar que a partir de determinadas escolhas do sujeito o futuro é (ou deve ser) decidido. Desse modo, o risco se caracteriza numa maneira presente de descrever racionalmente o futuro, através da consideração da probabilidade de ganhos e perdas, relação custo-benefício e fuga de riscos onde o sujeito assume um estilo de vida saudável, à medida que administra, prudentemente, comportamentos arriscados e previne situações de risco em relação ao uso de drogas no cotidiano (CASTIEL, 2007; CASTIEL, 2013a).

Assim, a prevenção em saúde pode ser reduzida ao empreendimento da gestão pessoal da própria saúde, influenciada pelo poder econômico corporativo da indústria biomédica; pela gestão

neoliberal individualizada e pela pressão para a ação/reação. Ou seja, definem-se atividades e atitudes que se preocupam com a busca e a garantia de segurança e saúde, à medida que se convive com a “riscofobia”. É o que se denomina de “hiperprevenção”, que resulta na integração excessiva de ações que visam a promoção, prevenção, precaução e proteção dos sujeitos, referindo-se à instituição de uma normatividade prevencionista excessiva no campo da saúde coletiva, tanto no âmbito coletivo como individual (CASTIEL, 2010; CASTIEL, 2011; CASTIEL, 2013b).

Entretanto, salienta-se que a expressão “risco” não é estável e tão pouco se explica somente a partir de definições e dados estatísticos oriundos de pesquisas epidemiológicas, das tecnologias de informática e biomédicas. Ainda que o conhecimento sobre risco seja importante e auxilie no senso de previsibilidade com vistas ao controle e à prevenção em campanhas sanitárias, entender risco se refere a elementos que ultrapassam a dimensão técnico-científica. Portanto, a prevenção em saúde ao uso de drogas não pode seguir uma perspectiva “neo-higiênica”, de conteúdo moral, mediada por uma prática de “monitoramento de autovigilância”. A prevenção em saúde ao uso de drogas precisa estar acompanhada de atitudes de solidariedade e desprendimento para enfrentar efetivamente os riscos (CAPONI, 2003; CASTIEL, 2010; CASTIEL, 2011; CASTIEL, 2013b).

Em relação às consequências do uso de drogas aparecem aspectos em diversas esferas da vida, como: conflitos familiares, problemas e rupturas na vida afetiva, envolvimento em acidentes de trânsito, problemas profissionais (perda de emprego, absenteísmo), pobre desempenho escolar, perdas financeiras, violência conjugal, prática de sexo inseguro e conflitos na integração e relação social (CARVALHO, SANT’ANNA, COATES E OMAR, 2008; NASCIMENTO, NASCIMENTO E SILVA, 2007; JUNGGERMAN, et. al., 2012; PASSOS, et. al., 2006; NEVES E MIASSO, 2010).

Os dados dessa análise bibliométrica indicam que, de modo geral, as pessoas que convivem com usuários de drogas (colegas de moradia, familiares, profissionais de saúde, professores, entre outros) começam a questionar atitudes repressivas para lidar com o uso de drogas, inclusive questionando o papel da polícia. Contudo, comumente, essas mesmas pessoas se contradizem quando ainda veem a problemática do uso de drogas como questão da segurança pública; ou quando apresentam discursos conservadores com propostas de coerção da liberdade, repressão e punição aos usuários de drogas, culpabilizando-os pelas

consequências advindas do uso de drogas (LARANJO E SOARES, 2006; VARGENS, et al., 2009; LOYOLA, et. al., 2009; SILVA, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises das características bibliométricas e teórico-conceituais dos 121 estudos sobre princípios da prevenção ao uso de drogas indicam que a maior frequência dos textos se caracteriza como artigos, com número mais alto de publicações a partir do ano de 2007 (média de 11%) e predomínio de pesquisa de caráter quantitativo, com escassa produção de pesquisas de caráter misto (quanti e qualitativo). As publicações se deram, em sua maioria (75%), em revistas nacionais, produzidas por autores brasileiros, afiliados essencialmente em IES (80%), que se localizam na região Sudeste do Brasil.

De modo geral, os estudos enfocaram as substâncias psicoativas mais utilizadas pelas pessoas, sendo o álcool, cigarro, maconha e cocaína; com destacada preocupação com o uso de drogas por adolescentes e universitários. Também houve menção aos fatores de risco e de proteção para o uso de drogas, apontamento acerca das consequências do consumo dessas substâncias e repercussão das práticas de prevenção em saúde oferecidas por meio dos serviços de saúde. Observa-se que as práticas repressivas, moralistas e punitivas apresentam resultados pouco efetivos em relação à diminuição do uso de drogas e também referente à adesão ao cuidado em saúde.

A presente pesquisa faz pensar também na necessidade premente de revisitar significados e ações de prevenção em saúde sobre o uso de drogas, sobremaneira, no que se refere às drogas lícitas. Portanto, colocam-se lacunas e espaços para mais produções científicas e para aproximações dessas com a prática em saúde, de modo que as ações de prevenção em saúde tenham impacto crítico, social e ético na vida dos usuários de drogas e seus pares.

Assinala-se que o objetivo inicialmente proposto nesta pesquisa consistia em analisar os estudos publicados nas bases de dados nacionais e internacionais sobre os princípios da prevenção em relação ao uso de drogas a partir da Reforma Psiquiátrica, conforme Lei nº 10.216/2001; contudo não foram encontrados estudos que fizessem tal integração. Desse modo, esta pesquisa indica a necessidade de investimentos em pesquisas com essa temática, inclusive para entender o porquê desse fenômeno.

No levantamento de dados nas bases de dados LILACS, *SciELO*, Index Psi, MEDLINE, *PsycINFO* e Web of Science, destaca-se que não

foram encontradas publicações que referenciassem a prevenção ao uso de drogas em populações indígenas. Chama a atenção tal fato, posto que os relatórios do Estado e as políticas de saúde apresentam dados sobre o uso de drogas em populações indígenas e normatizam acerca do “acompanhamento e desenvolvimento de ações para coibir agravos como o alcoolismo” (BRASIL, 2009; BRASIL, 2002). Consoante a isso, os dados aqui analisados indicam possibilidades e necessidades de estudos que envolvam a temática de prevenção em saúde relacionada ao uso de drogas em populações indígenas.

Além disso, este estudo revelou que as pesquisas sobre o uso de medicamentos e anabolizantes e as consequências do uso dessas drogas são incipientes. Posto isso, acredita-se que essa carência tende a naturalizar o uso dessas substâncias lícitas, sociais e esteticamente valorizadas – principalmente diante do consumo cultural, que valora a prática do culto ao corpo como preocupação humana, presente nas classes sociais e faixas etárias, apoiada em discursos de estética e saúde.

Observa-se que mesmo que os estudos analisados nesta pesquisa enfatizem a indubitável importância da prevenção em saúde relacionada ao uso de drogas e teçam críticas ao modelo proibicionista e repressivo – cotidianamente valorizado pela mídia e muitas vezes assumido por gestores e profissionais de saúde – estes quase não indicam caminhos ou possibilidades para viabilizá-la.

Assim, persistem as inquietações e reflexões sobre como as ações de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas são/serão eficazes se parece não haver conexão dessas com as políticas e diretrizes de saúde do Estado. Igualmente sobejam questionamentos acerca de como são propostos e aplicados os princípios da prevenção em saúde em relação ao uso de drogas, baseados em que representações, ouvindo que vozes, defendendo que ideais.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. G. de, et al. Use of alcohol and other drugs among Brazilian college students: effects of gender and age. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 294-305, Oct. 2012.

BRASIL, K. T., et al. Fatores de risco na adolescência: discutindo dados do DF. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 35, p. 377-384, Dec. 2006.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk e Lúcia Pereira Barroso. Brasília: SENAD, 2009.

____. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2ª edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BROOK, J. S. et al. Risk and Protective Factors of Adolescent Drug Use: Implications for Prevention Programs. In: SLOBODA, Z. E BUKOWSKI, W. J. **Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory Science and Practice**. New York: Kluwer/Plenum, 2002. p 265-287.

BÜCHELE, F; COELHO, E. B. S. E LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2009, vol.14, n.1, pp. 267-273.

BUCHER, R. A Ética da Prevenção. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. vol. 23 n. especial, 2007. p. 117-123.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D. (org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 15-38.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D. (org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 55-77.

CAMPOS, G. M. E FIGLIE, N. B. Prevenção ao uso nocivo de substâncias focada no indivíduo e no ambiente. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 481-494.

CARVALHO, K. A. M.; SANT'ANNA, M. J. C.; COATES, V.; E OMAR, H. A., Medical Students: Abuse of Psychoactive Substances and Sexuality Aspects. **Int J Adolesc Med Health.**; 20(3), p. 321-328. Jul-Se, 2008.

CASTIEL, L. D. Identidades sob risco ou risco como identidade? A saúde dos jovens e a vida contemporânea. **R. Inter. Interdisc.** INTERthesis, Florianópolis, v.4, p. 02-16, jul./dez. 2007.

____. Riscos catastróficos e seus enredos: a hiperprevenção como forma de vida medicada. In: CAPONI, S. (et al.) **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Ed. Unisul, 2010. p. 49-71.

____. Comprar e vender saúde se tornou um empreendimento. **Informe ENSP**. 2013a. Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/31961> Acesso em: julho de 2015.

____. Conceitos de riscofobia apresentados no VI Simbravisa. **Informe ENSP**. 2013b. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/34007> Acesso em: julho de 2015.

____. Saúde, riscos e hiperprevenção. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 24, núm. 4, 2011, pp. vii-viii. Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo.

CASTRO, N. et al. Uso de drogas entre estudantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, Nicaragua. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. spe, p. 606-612, 2010.

CECCIM, R. B. E FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis** vol.14, n.1, p.41-65, Jun 2004.

COSTA, A. G., et al. Drogas em áreas de risco: o que dizem os jovens. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 803-819, June 2012.

DE MICHELI, D. E FORMIGONI, M. L. Drug use by Brazilian students: associations with family, psychosocial, health, demographic and behavioral characteristics. **Addiction**, v. 99, n. 5, p. 570-578, 2004.

____. Are reasons for the first use of drugs and family circumstances predictors of future use patterns? **Addict Behav.** 27. p. 87-100, 2002.

DE MICHELI, D.; FISBERG, M. E FORMIGONI, M. L. O.S. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 305-313, Sept. 2004.

DIAZ C, J. B., et al. El consumo de drogas y su tratamiento desde la perspectiva de familiares y amigos de consumidores: Guatemala. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. spe, p. 824-830, 2009.

EMCDDA. European Monitoring Centre for Drugs. **European drug prevention quality standards** – a manual for prevention professional. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011.

FERLA, A. A. et al. **Cadernos de Saúde Coletiva: Integração Ensino-Serviço: Caminhos possíveis?** Editora Rede Unida, 2013.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. First household survey on drug abuse in São Paulo, Brazil, 1999: principal findings. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo , v. 121, n. 6, p. 231-237, 2003.

GALDURÓZ, J.C.F. E CARLINI, E.A. Use of alcohol among the inhabitants of the 107 largest cities in Brazil - 2001. **Braz J Med Biol Res**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 367-375, Mar. 2007.

JUNGERMAN, F. S., et al. Abuso de fármacos anestésicos pelos anesthesiologistas. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 62, n. 3, 2012.

KARAM, E.; KYPRI, K. E SALAMOUN, M.. Alcohol use among college students: an international perspective. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 20, n. 3, p. 213-221, 2007.

LARANJO, T. H. M.; SOARES, C. B. Moradia universitária: processos de socialização e consumo de drogas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1027-1034, Dec. 2006.

LOYOLA, C. M. D., et al. Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas na cidade do Rio de Janeiro - Zona

Norte, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. spe, p. 817-823, 2009.

MACHADO, Í. E., et al. Factors associated with alcohol intake and alcohol abuse among women in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1449-1459, Julho, 2013.

MACHADO, N. G.; MOURA, E. R. F.; CONCEIÇÃO, M. A. V. da E GUEDES, T. G. Uso de drogas e a saúde sexual de adolescentes. **Rev. enferm. UERJ**; 18(2): 284-290, abr.-jun. 2010.

MENEZES, V. et al. Aspectos reputacionais dos sistemas de avaliação da produção científica no campo da ciência da informação. **Tendências da Pesquisa Brasileira em Ciência da Informação**, v.5, n. 1, 2013.

MOMEN, H. Language and Multilingualism in Scientific Communication. **Singapore Medical Journal**, 50 (7), 2009, pp. 654-656.

NAPPO S. A; GALDURÓZ J. C; RAYMUNDO, M. E CARLINI E. A. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. **J Psychoactive Drugs**. 2001 Jul-Sep;33(3):241-53.

NASCIMENTO, E. C. do; NASCIMENTO, E. E SILVA, J. de P. Uso de álcool e anfetaminas entre caminhoneiros de estrada. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 290-293, abr. 2007.

NEVES, A. C. L. E MIASSO, A. I. “Uma força que atrai”: o significado das drogas para usuários de uma ilha de Cabo Verde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 159-68, 2010.

NÓVOA, A. **O regresso dos professores**. In: Conferência Desenvolvimento profissional de professores para a qualidade e para a equidade da aprendizagem ao longo da vida. Lisboa, Portugal, 2007. Disponível em:
http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/687/1/21238_rp_antonio_novoa.pdf Acesso em: novembro de 2015.

- OLIVEIRA, L. G. de, et al. Polydrug use among college students in Brazil: a nationwide survey. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 221-230, Sept. 2013.
- OPALEYE, E. S., et al. The Brazilian smoker: a survey in the largest cities of Brazil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 43-51, Mar. 2012.
- PACKER, A. L. E MENEGHINI, R. Learning to communicate science in developing countries. **INCI [online]**. 2007, vol.32, n.9, pp. 643-647.
- PAIM, J. Vigilância da saúde: tendências de reorientação de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 161-174.
- PASSETTI, E. A arte de lidar com as drogas e o Estado. Prefácio In: **Política e drogas nas Américas**. São Paulo: EDUC: FAPESP, 2004.
- PASSOS, S. R. L., et al. Prevalence of psychoactive drug use among medical students in Rio de Janeiro. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 41, n. 12, p. 989-996, 2006.
- PRADO FILHO, K. Uma genealogia das práticas de normalização nas sociedades ocidentais modernas. In: CAPONI, S. (et al.) **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Ed. Unisul, 2010. p. 183-191.
- RASSOOL, G. H. E VILLAR-LUIS, M. Tackling drug and alcohol misuse in Brazil: priorities and challenges for nurses. **International Nursing Review**, 51, p. 201–207, 2004.
- RODRIGUEZ FUNES, G. M., et al. Factores de riesgo relacionados al uso de drogas ilegales: perspectiva crítica de familiares y personas cercanas en un centro de salud público en San Pedro Sula, Honduras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. spe, p. 796-802, 2009.
- ROMANINI, M. E ROSO, A. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n. 1, p. 82-97, 2012.

SANTOS, R. I. dos E FARIAS, M. R. **Conflitos bioéticos e as políticas para acesso aos medicamentos.** In: CAPONI, S. (et al.) *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica.* Palhoça: Ed. Unisul, 2010. p. 278- 289.

SANTOS, M. **Técnica, espaço, tempo:** globalização e meio técnico-científico internacional. São Paulo: Hucitec, 1994.

SCHENKER, M. E MINAYO, M. C. de S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 649-659, June, 2004.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social:** trajetória da saúde pública. São Paulo: Editora SENAC, 2002.

SEIBEL. S. D. E TOSCANO JUNIOR, A. **Conceitos básicos e classificação geral das substâncias psicoativas.** In: SEIBEL. S. D. (col). *Dependência de drogas.* São Paulo: Editora Atheneu, 2000. p. 1-6.

SILVA, J. da, et al. Familiares e pessoas conhecidas de usuários de drogas ilícitas: recorte de opiniões sobre leis e políticas públicas de uma comunidade da Zona Oeste do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. spe, p. 803-809, 2009.

____. Illicit drug use in seven Latin American countries: critical perspectives of families and familiars. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. spe, p. 763-769, 2009.

SILVA, F. A. E SILVA, E. S. Como prevenimos o uso indevido de drogas. In: PULCHEIRO, G., BICCA, C. E SILVA, F. A. (orgs.) **Álcool, outras drogas, informações:** o que cada profissional precisa saber. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

SILVEIRA, P. S. da, et al. Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 16, n. 2, p. 131-138, Aug. 2011a.

SILVEIRA, C. M., et. al. Sociodemographic correlates of transitions from alcohol use to disorders and remission in the São Paulo Megacity

Mental Health Survey, Brazil. **Alcohol Alcohol.** 46(3), p. 324–332, May-Jun, 2011b.

SZKLO A. S., et al. A snapshot of the striking decrease in cigarette smoking prevalence in Brazil between 1989 and 2008. **Prev Med** 54, p. 162–167, 2012.

TEIXEIRA, R. F., et al. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 655-662, May 2010.

TOCKUS, D. E GONÇALVES, P. S. Detecção do uso de drogas de abuso por estudantes de medicina de uma universidade privada. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p. 184-187, 2008.

UNODC. **Diretrizes Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas.** 2014b. Disponível em: http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/UNODC_Normas_Internacionais_PREVENCAO_portugues.pdf
Acesso em: 12 de abril de 2015.

VARGENS, O. M. da C. et al. Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas, na cidade do Rio de Janeiro, Zona Norte, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. spe, p. 776-782, 2009.

VASTERS, G. P. E PILLON, S. C. Drugs use by adolescents and their perceptions about specialized treatment adherence and dropout. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 19(2), 317-324, 2011.

VIEIRA, D. L.; RIBEIRO, M. E LARANJEIRA, R. Evidence of association between early alcohol use and risk of later problems. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 222-227, Sept. 2007.

WAGNER, G. A. et al. Alcohol and drug use among university students: gender differences. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 123-129, June 2007.

ARTIGO 2 – Princípios da prevenção em saúde e a reprodução de formas biomédicas e estigmatizadas de cuidado em saúde quanto ao uso de drogas

RESUMO

O presente artigo buscou identificar os princípios da prevenção em saúde quanto ao uso de drogas, além de discutir criticamente esses princípios que aparecem na produção científica brasileira e norteiam os programas de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas. Esta pesquisa, qualitativa, configurou-se como uma revisão sistemática. A busca dos artigos e revisões de literatura aconteceu nas bases de dados LILACS, *SciELO*, Index Psi, MEDLINE, *PsyscINFO* e Web of Science. Aplicou-se filtro referente às línguas espanhola, inglesa e portuguesa e ao intervalo de tempo entre 2001 e 2013, delimitando-se a amostra em 102 estudos. A análise de dados se deu por meio de análise de conteúdo temática, com a construção de quatro (4) categorias. Os resultados apontam que os fatores de proteção como a família e a religiosidade devem ser fortalecidos, enquanto que os de risco, convivência familiar não saudável e condições precárias no ambiente de trabalho, devem ser reduzidos. Há a indicação de que os programas de prevenção em saúde devem estar voltados para “grupos de risco” (adolescentes e universitários). Em relação às ações de prevenção, parece não haver reflexões tecidas diante do complexo tema do uso de drogas, haja vista que as possíveis soluções são praticamente as mesmas dos tempos de “repressão” e de “prevenção” da lógica biomédica. Diante desses resultados, mesmo com a sanção da Lei nº 10.216/2001, os princípios da prevenção em saúde em relação ao uso de drogas apresentados nas publicações científicas brasileiras não mudaram expressivamente, à medida que continuam a reproduzir formas biomédicas e estigmatizadas de cuidado em saúde.

Palavras-chave: drogas; prevenção; saúde; risco.

Principles of Health Prevention and the reproductions of biomedical and stigmatized ways of healthcare on drug use

ABSTRACT

This article aims to identify the principles of health prevention of drug use, and to debate critically the principles that show up in scientific brazilian productions and guide health prevention programs about drug

use. The qualitative research was configured as a systematic review. The articles and reviews of literature happened in the databases LILACS, SciELO, Index Psi, MEDLINE, PsycINFO and Web of Science. A filter was applied regarding spanish, english and portuguese languages between 2001-2013, delimiting the sample on 102 studies. The data analysis was through thematic content analysis with a construction of four (4) categories. The results demonstrate that protection factors like family and religiousness must be strengthen, while the risk, living with an unhealthy family and unsettled conditions in the workplace, must be reduced. There is an indication that health prevention programs should be focused on “risk groups” (teenagers and college students). Prevention actions do not seem to reflect positively on the complex theme that is drug use. Considering that the possible solutions are the same as the ones of “repression” and “prevention” of biomedical logic. As results, even with the sanction of the law nº 10.216/200, the health prevention principles in relation drug use presented in the scientific brazilian publications has not changed significantly, as the biomedical thoughts and stigma in health care continue to be reproduced.

Key-words: drugs; prevention; health; risk.

INTRODUÇÃO

No campo da prevenção em saúde, o modelo explicativo e prático da abordagem de “guerra às drogas”, que se fundamenta na repressão moralista, na informação firmada no medo e no uso de técnicas de intimidação, é questionado em sua resolutividade. Esse modelo de “guerra às drogas” – disseminado no Brasil, principalmente, nos anos 1970 e 1980 por meio de orientação norte americana e agravado pela política econômica que ampliou a desigualdade social e impôs a necessidade de controlar a população – costuma entender a droga desconsiderando a relevância do contexto social e dos aspectos individuais imbrincados nesse processo e, dessa forma, persegue e criminaliza o consumidor (LARANJO E SOARES, 2006; NAPPO, GALDURÓZ, RAYMUNDO E CARLINI, 2001; SOARES E JACOBI, 2000).

Ao utilizar métodos punitivos e aterrorizantes, essa abordagem repressiva atribui a responsabilidade pela mudança de comportamento ao usuário de drogas, o “drogado” – como uma categoria de acusação que encerra em si um cunho negativo –, que é “moralmente nocivo” e ameaçador. Geralmente os modelos de intervenção reproduzem, com

alarde, discursos, campanhas, programas e manuais que defendem o aumento da responsabilidade individual em prol da abstinência por meio de estratégias autoritárias, encenadas num clima de medo e pânico, que desestimulam a reflexão crítica dos sujeitos (SOARES E JACOBI, 2000; BUCHER E OLIVEIRA, 1994).

As estratégias de prevenção em saúde do modelo de guerra/combate às drogas não têm diminuído as taxas de criminalidade e a manutenção dessa política se caracteriza como intensificação do controle jurídico e legal por parte do Estado. Enquanto o pensamento preventivo jurídico/moral valoriza os conceitos de “lícito e ilícito”, protegendo e vigiando os sujeitos por meio de medidas legais que controlam o acesso à droga; o pensamento médico/epidemiológico distingue o “normal do patológico”, instaurando o olhar médico sobre os fatos sociais e organizando suas estratégias de poder para prevenir o “contágio” entre usuários e não usuários de drogas por meio de controle do uso (CANOLETTI E SOARES, 2004/2005; FOUCAULT, 1979).

O problema do uso de drogas é complexo, qualquer que seja o ponto de vista para essa questão: para cidadãos, pesquisadores, profissionais de saúde ou gestores. Porém, o discurso hegemônico do estilo de pensamento biomédico e a submissão de contextos individualizantes – segmento do conceito de estilo de vida – envoltos aos modelos assistenciais de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas parecem não levar em conta essa complexidade. Assim, boicota-se a possibilidade de compreensão do fenômeno uso de drogas de forma abrangente e contextual, vislumbrada pela diversidade humana, e se fortalece a tendência de patologizar as expressões do humano (MARTÍNEZ HERNÁEZ, 2008; AYRES, 2011).

Por essa ideologia dominante, problemas de saúde coletiva, como o uso de drogas – que decorrem, também, de determinantes econômicos, sociais e culturais e que não são aceitos socialmente – são colocados nas categorias de patologia, numa lógica a serviço do mercado. Assim, vendem-se fármacos, programas, manuais e protocolos engessados que se propõem a oferecer estratégias em saúde de medicalização da vida, para reagir e imunizar ao que ameaça a ordem e coloca em risco a normalidade (BARROS, 2010; CASTIEL, 2010).

Ou seja, o controle dos sujeitos e das populações para prevenir o uso de drogas passa a ser organizado e operado não mais pela consciência, mas pelo biológico e pelo corpo. A sociedade capitalista, moderna e contemporânea dá lugar ao “corpo como realidade biopolítica”, ao assumir – enquanto estratégia de poder, centrada no “dispositivo de segurança” – a leitura e o entendimento da sociedade a partir de

indicadores estatísticos e comparativos que permitem planejar intervenções direcionadas aos processos vitais dos sujeitos, ora individualizados e ora massificados, para protegê-los antecipando os riscos (FOUCAULT, 1979; CAPONI, 2014a; CAPONI, 2014b).

Os sujeitos, conseqüentemente, têm suas vidas disciplinadas e normatizadas pela biopolítica, por meio da gestão da vida, do corpo e da saúde, marcada pela identificação obstinada de anomalias, angústias e desvios de conduta como indicadores de patologia. Desse modo, a redução de riscos constitui a estratégia biopolítica que permite consolidar essa forma de exercer o governo/controlar das populações, na antecipação de um perigo possível (real ou imaginado) sobre a vida e a saúde (LARANJO E SOARES, 2006; SOARES E JACOBI, 2000; FOUCAULT, 1979; CASTIEL, 2007).

A eclosão do processo de medicalização da vida e a negação das dimensões sociais e culturais que propõem práticas esgotadas de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas (“hiperprevenção do risco”) reforçam a necessária integração das três formações disciplinares fundamentais da saúde coletiva – ciências sociais e humanas, epidemiologia e planejamento. Recentemente, a articulação teórica e metodológica das ciências sociais e da epidemiologia vem sendo explorada, buscando convergência a partir dos enfoques distintos (social e biológico) do processo saúde doença e com a recomposição de metodologias, no sentido de reconfigurar outras formas de investigar e atuar sobre esse fenômeno (GARNELO E LANGDON, 2005).

Diante disso, coloca-se fundamental atentar para as ideologias e intenções das políticas públicas e ações de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas. Se por um lado, as descobertas científicas da modernidade possibilitaram um novo olhar sobre os sujeitos e a sociedade e sua relação com a natureza. Por outro lado, orientações e encaminhamentos para os problemas sociais e a diversidade humana partiram de pressupostos orgânico-biológicos, que buscam o esquadramento e a classificação dos sujeitos, consolidando a medicalização de problemas de ordem multidimensional e o desenfreio rastreamento de riscos em prol da segurança e da prevenção (BOARINI E YAMAMOTO, 2004; VARGAS, 2005; CASTIEL, 2007; CAPONI, 2014a).

Desta forma, o desafio da saúde coletiva se situa em aplicar, no cotidiano, a ética da prevenção – no sentido de ética da responsabilidade da saúde como direito humano – mediante políticas públicas coerentes e ações técnicas resolutivas (VARGAS, 2005; GARRAFA, 2012). Assumindo, pois, que cuidados técnicos isolados ou políticas públicas

unilaterais, paternalistas e socialmente distorcidas ou distantes da vida humana tendem a manter o uso de drogas como significativo problema de saúde coletiva.

Ao instituir um novo modelo de cuidado ao sujeito que faz uso de drogas ou com sofrimento psíquico, por meio da Lei nº 10.216/2001 – agente de mudança da reorientação da Saúde Mental no Brasil – postula-se a lógica da clínica ampliada. A clínica ou cuidado ampliado pressupõe espaço para situações subjetivas, articulação de saberes e tecnologias diferentes e negociação de projetos terapêuticos, no sentido de ampliar as possibilidades de vida e de autonomia (LANCETTI E AMARANTE, 2006).

Com base nesse modo de cuidado, a prevenção em saúde pode assumir importante crítica à lógica biomédica que dissemina a medicalização e a segurança por meio da vigilância de determinados riscos. Ademais, pondera-se que os princípios da prevenção em saúde em relação ao uso de drogas também sejam propositivos de abordagens amplas e complexas, a fim de privilegiar que o cuidado represente mais do que tratar, curar ou controlar. As práticas de cuidado em saúde devem responder aos projetos de vida dos sujeitos cuidados, ocupando-se de preceitos éticos e emancipadores (AYRES, 2005).

Sendo assim, o presente artigo identifica os princípios da prevenção em saúde, quanto ao uso de drogas, que aparecem na produção científica brasileira¹⁴; bem como discute criticamente os princípios que norteiam os programas de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas. Defende-se a tese de que mesmo com a sanção da 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, instituindo outro estilo de pensamento para pautar o cuidado em saúde com base numa lógica ampliada de saúde coletiva, os princípios das ações e programas de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas apresentados nas publicações científicas brasileiras não mudaram expressivamente, à medida que continuam se utilizando de princípios da prevenção que tendem a reproduzir formas biomédicas e estigmatizadas de cuidado em saúde.

Acredita-se que, diante dessa estrutura de segurança-prevenção-risco, que ocupa lugar cativo nos programas de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas, é essencial questionar o entendimento de prevenção em saúde; posto que fazer educação em saúde não implica em

¹⁴ Estudos a partir da realidade do Brasil e/ou por aqueles que contavam, pelo menos, com um autor/pesquisador brasileiro.

ensinar ou prescrever comportamentos adequados. Aprecia-se que os programas de prevenção em saúde, além de rever seus formatos, estratégias e modos de operar, devem revisitar o foco de atuação, sob pena de realizar investimentos em necessidades incoerentes com a realidade da saúde coletiva no Brasil.

Destaca-se também a importância de direcionar investimentos (sociais, científicos e financeiros) para investigações éticas que se ocupem de desmistificar equívocos relacionados à importação de modelos de prevenção em saúde trazidos de outras realidades e reparar os desfechos de ações e políticas públicas de saúde descontínuas e dispersas (CAPONI, 2014a; CANOLETTI E SOARES, 2004/2005; NOTO E GALDURÓZ, 1999).

Assume-se, pois, que o delineamento de princípios da prevenção em saúde deve estar interligado ao entendimento de processo saúde-doença-cuidado, enquanto direito e valor humano, para que sejam desenhadas novas e outras formas de conhecimentos científicos que sustentem ações de saúde e para que haja recursos, estratégias e possibilidades variadas que busquem o cuidado integral das individualidades e coletividades.

Dessa forma, enfatiza-se que as ações de prevenção em saúde sejam assentadas em pressupostos filosóficos e metodológicos emancipatórios e de valorização ética da vida, com potência e interesse para formar sujeitos/cidadãos conscientes e críticos, fortalecidos para propor transformações e capazes de refletir sobre escolhas e decisões (CANOLETTI E SOARES, 2004/2005; BUCHER, 2007).

METODOLOGIA

Esta pesquisa se caracterizou como qualitativa, de natureza descritivo-exploratória e se configurou como uma revisão sistemática. A busca dos artigos e revisões de literatura aconteceu nas bases de dados LILACS, *SciELO*, Index Psi, MEDLINE, *PsysINFO* e Web of Science, utilizando-se os seguintes descritores (decs e MeSH) e palavras-chave: drogas (crack *or* cocaína *or* maconha *or* anfetaminas *or* tabaco *or* inalantes *or* opiáceos *or* álcool) *and* saúde mental *and* prevenção *and* Brasil, com detalhamento específico da busca para cada uma das bases de dados. Aplicou-se filtro referente às línguas espanhola, inglesa e portuguesa e ao intervalo de tempo entre 2001 e 2013, a fim de considerar publicações desde a Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre “a proteção e os direitos de pessoas portadoras transtornos mentais e redireciona o cuidado assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2004).

A busca incluiu a produção em formato de artigo, estudo de avaliação e revisão de literatura, sendo excluídas dissertações, teses e outros tipos de trabalhos. A diversidade de bases da área da saúde coletiva buscou garantir o caráter multidisciplinar.

Foram encontradas na busca inicial 520 publicações nas quais foi realizada a leitura dos títulos e resumos que identificavam a presença do tema “uso de drogas”. Abordar esse assunto associado à “prevenção em saúde” foi critério de inclusão em uma segunda seleção, que resultou em 121 estudos selecionados.

Assim, com base na leitura do objetivo geral, resultados e considerações de cada um dos 121 estudos selecionados, considerou-se a escrita explícita em referência aos princípios da prevenção descritos pelos autores que sustentaram a análise desta pesquisa: *a) As estratégias devem estar centradas no fortalecimento dos fatores de proteção e redução dos fatores de risco; b) Programas de prevenção devem abarcar todas as substâncias, incluindo o tabaco; c) Estratégias preventivas devem incluir treinamento de habilidades sociais para lidar com a oferta, aumentar as convicções pessoais e melhorar as competências sociais (comunicação, relacionamento, auto eficácia e assertividade); d) Programas para adolescentes devem privilegiar métodos interativos (grupos, jogos, excursões, exercícios dramáticos, etc.) e contar com a participação dos mesmos na elaboração das ações preventivas, ao invés de palestras e aulas expositivas; e) Programas de prevenção devem incluir os familiares sempre que possível, pois são mais eficazes; f) Toda a intervenção deve ser permanente, continuada e atualizada constantemente, a partir da formação de multiplicadores locais; g) Programas baseados na comunidade são mais efetivos se acompanhados por intervenções na escola e na família; h) Escolas oferecem a oportunidade de atingir toda a população, inclusive subgrupos de adolescentes expostos a maiores riscos, além de incluir mais os familiares e a comunidade; i) Os programas de prevenção devem ser adaptados à realidade sociocultural; j) Quanto maior o risco da população-alvo, mais intensivo e precoce deve ser o esforço preventivo; k) Programas de prevenção devem ser específicos para a idade, apropriados para a fase do desenvolvimento e sensível à linguagem e cultura locais; l) A relação custo-benefício deve ser sempre considerada; m) Reflexivos para instigar a revisão de paradigmas dos sujeitos envolvidos; n) Fundamentados cientificamente para formular o programa de acordo com um modelo teórico, com objetivos claros, cronograma definido e referência à eficácia; o) As estratégias devem contemplar a participação dos envolvidos, da comunidade e várias áreas*

do conhecimento (multidisciplinar); p) Atender ao intuito de dar conta das necessidades dos participantes e despertar a solidariedade e a grupalidade; q) Recrutar e preparar a equipe condutora da ação; r) Implementar e acompanhar a execução do projeto com avaliação processual e divulgação de resultados; s) A equipe que dirige o programa deve ser capacitada e treinada regularmente; t) Conceituar saúde enquanto direito humano, que deve incluir a questão dos valores dos sujeitos; u) A variedade de entendimentos, estratégias e recursos de prevenção em saúde sugere que esse é o ponto de partida que almeja o cuidado refletido e consciente do sujeito integral e de seus ambientes (EMCDDA, 2011; UNODC 2014b; CAMPOS E FIGLIE, 2011; BROOK, et al., 2002; SILVA E SILVA, 2011; BUCHER, 2007).

A partir disso, foram excluídos 19 estudos (que não contavam com escrita explícita sobre os princípios da prevenção em saúde) e a amostra desta revisão sistemática ficou delimitada em 102 estudos, assim dividida: 46 publicações LILACS, SciELO e Index Psi; 36 publicações MEDLINE, 16 PsycINFO e 04 publicações Web of Science. Destaca-se que nessa etapa os textos foram analisados por duas pesquisadoras, de forma independente, para minimizar o viés da pesquisa e, diante das discordâncias, foi solicitada a avaliação de um terceiro pesquisador.

Para a análise do material selecionado se utilizou da análise de conteúdo temática, que abarcou encontrar os “núcleos de sentido” pertencentes a uma comunicação, neste caso dos 102 estudos analisados (MINAYO, 2008). As etapas operacionais consistiram na “leitura flutuante dos estudos”, com contato direto e intenso com o material encontrado; “constituição do conjunto de materiais”, a partir da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência dos documentos analisados para responder aos objetivos desta pesquisa; “exploração do material”, com a construção de quatro (4) categorias temáticas que expressam os conteúdos significativos; e, posteriormente, o tratamento e a interpretação dos dados, inter-relacionados com as dimensões teóricas e inferenciais. Esses assuntos são analisados e discutidos neste artigo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise textual com base nos princípios da prevenção em saúde (EMCDDA, 2011; UNODC 2014b; CAMPOS E FIGLIE, 2011; BROOK, et al., 2002; SILVA E SILVA, 2011; BUCHER, 2007), os achados nos artigos e revisões de literatura possibilitaram, conforme a análise de conteúdo temática que possibilitou a exploração dos conteúdos

significativos e frequentes (MINAYO, 2008), a construção de quatro (4) categorias temáticas, que serão apresentadas e discutidas a seguir:

01: Drogas e os fatores de proteção e de risco;

02: Grupos de risco: (re)produção de falas e atos;

03: Profissionais de saúde – “conselheiros do príncipe e mediadores do povo?”; 04: Cartografias da prevenção em saúde – o que pensar, falar e fazer?

Ainda a despeito dos princípios da prevenção em saúde propostos pelos autores que sustentaram a análise dessa pesquisa (EMCDDA, 2011; UNODC 2014b; CAMPOS E FIGLIE, 2011; BROOK, et al., 2002; SILVA E SILVA, 2011; BUCHER, 2007), observa-se que os estudos investigados não fizeram apontamentos acerca dos seguintes princípios: *a) A relação custo-benefício deve ser sempre considerada; b) A avaliação é processual e final, com divulgação dos resultados; c) Deve existir um plano de sustentabilidade do programa; d) A equipe que dirige o programa deve ser capacitada e treinada regularmente* (CAMPOS E FIGLIE, 2011; BROOK, et al., 2002).

Pontua-se que a ausência desses princípios da prevenção em saúde indica lacunas no que se refere ao planejamento, sustentabilidade e avaliação dos programas em saúde, enquanto estratégias que devem ser executadas ao longo do processo de ação em saúde. Observa-se que o planejamento estratégico e a avaliação de ações em saúde, quando em processo e de forma dialógica, oportunizam a compreensão e o compartilhamento de conceitos básicos, ferramentas, necessidades e objetivos, capazes de contribuir para efetiva participação de todos os envolvidos.

Categoria 01: Drogas e os fatores de proteção e de risco

Os textos analisados nesta pesquisa fazem referência a determinados “fatores de risco” e “fatores de proteção” que devem ser considerados nos programas de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas. Afirmam que as ações de prevenção ao uso de drogas serão efetivas à medida que levarem em consideração o princípio da prevenção em saúde que preconiza que as estratégias e atividades devem estar centradas no fortalecimento dos fatores de proteção e redução dos fatores de risco. Portanto, as pesquisas analisadas parecem corresponder à lógica dos princípios da prevenção (BROOK, et al., 2002; CAMPOS E FIGLIE, 2011).

No tocante aos “fatores protetores”, as produções dos artigos investigados citam a influência da família e de outros fatores como:

religiosidade/espiritualidade, sólidos valores éticos, a escola como meio informativo, instituições públicas dedicadas à prevenção e tratamento de drogas, redes sociais de apoio, trabalho, lazer, prática de esporte e atividades sociais (COMIS E NOTO, 2012; OLIVEIRA E FUREGATO, 2008; PERES, et al, 2008; NEVES E MIASSO, 2010; DIAZ, et al, 2009; OVIEDO RODRIGUEZ, et al, 2009; VARGENS, et al., 2009; MALTA, et al., 2011).

A convivência familiar considerada saudável, com comunicação e redes de afeto, aparece como o fator protetivo com maior frequência nos estudos investigados. Desse modo, a família assume o lugar de referência, que consiste em apoio e eixo contextual do desenvolvimento humano, uma vez que esse ocorre por processos crescentes de interações duradouras, como as vivenciadas pelas relações familiares (MARTINS E SZYMANSKI, 2004; CARTANA, 2005).

Assim, habilidades intra e interpessoais são desenvolvidas no convívio saudável com os familiares. Por consequência, a constituição da identidade humana se pauta no desenvolvimento de recursos que auxiliam os sujeitos a lidar com as adversidades da vida e com a possibilidade de escolhas subjetivas e objetivas, inclusive sobre fazer o uso, ou não, de drogas.

Ao apontar o fortalecimento da unidade familiar, com base em qualquer configuração, como fator de proteção sobre o uso de drogas, pondera-se que o princípio da prevenção que direciona que as estratégias preventivas devem incluir treinamento de habilidades sociais para lidar com a oferta, aumentar as convicções pessoais e melhorar as competências sociais é incluído nos estudos investigados. À medida que a convivência saudável com a família se coloca como facilitadora para o treinamento e o aumento de habilidades, conhecimentos e competências sociais, parentais e pessoais (BROOK, et al., 2002; CAMPOS E FIGLIE, 201; UNODC, 2014b).

Cabe destacar que o entendimento das configurações de família tem sido revisitado nos últimos anos. Nesse sentido, família não pode ser identificada a partir de um modelo único ou ideal; ao passo que se manifesta como um conjunto de trajetórias subjetivas que se expressam em arranjos variados e em organizações peculiares. Atualmente, o entendimento de família tem se direcionado para absorver esse fenômeno como agrupamento humano em torno do qual os sujeitos se unem e desenham um projeto de vida em comum, compartilhando o cotidiano espacial, temporal e afetivo. A partir dessas relações intrafamiliares são transmitidas tradições, costumes, valores, constrói-se a identidade

humana e se planeja o futuro (CARVALHO, org., 2002; KALOUSTIAN E FERRARI, 2008).

A família e os pais (ou figuras que simbolizam esse papel) têm importância fundamental, sobretudo, quando se leva em conta a relação de uso de drogas e adolescência. O ambiente familiar e as relações estabelecidas nesse espaço são colocados como facilitadores das ações de prevenção em saúde, ou, quando oferecem relações de sofrimento e adoecimento, como desencadeadores de problemas que repercutem na baixa adesão ao cuidado em saúde e/ou no acesso às drogas (OLIVEIRA E FUREGATO, 2008; PERES, et al, 2008; NEVES E MIASSO, 2010; DIAZ, et al, 2009; OVIEDO RODRIGUEZ, et al, 2009; MALTA, et. al., 2011; SILVA, et al. 2003).

Essa participação da família, enquanto comunidade, não pode ser vista como simples inserção dos familiares, mas sim como um processo progressivo de pertença, consciência e empoderamento de si mesma, onde se incorporam gradativos estágios para conhecer, detectar e resolver os problemas (necessidades e desejos) em saúde (DE KEIJZER, 2005). Cada sujeito da família deve fazer parte desse processo de cuidado, no sentido de se conscientizar, pessoal e coletivamente, a fim de fortalecer laços e potencializar modos de vida que representem saúde.

A cultura familiar, como sistema de ideias compartilhadas, conceitos, crenças, costumes e conhecimentos expressos na maneira de viver das pessoas, implica nos modos de cuidado e de enfrentamento de problemas e doenças que emergem da vida cotidiana. Nessa acepção, é fundamental a “valorização das potencialidades e da criatividade de cada família”, enquanto princípio da prevenção em saúde, para interagir com as circunstâncias externas, de modo que a identidade cultural desse grupo possa ressignificar o processo saúde doença relacionado ao uso de drogas (HELMAN, 2003; DEMO, 1999; SILVA E SILVA, 2011; BROOK, et al., 2002; BUCHER, 2007; CAMPOS E FIGLIE, 2011).

Entretanto, a hegemonia do modelo biomédico, além de privilegiar os aspectos biológicos do processo saúde doença, deixa de lado a concepção integral nas suas práticas de diagnóstico e de terapêutica. Não à toa, pesquisadores e profissionais de saúde, em suas produções científicas/técnicas, destacam o usuário de drogas como “desviante à norma” ou “errante” e a família desses usuários comumente é vista como “desestruturada”; na intenção de explicar o uso patológico de drogas, que precisa ser evitado, combatido, extinguindo (BARROS, 2010).

Desse modo, pontua-se que levar em conta os fatores protetivos nas ações de prevenção em saúde ao uso de drogas, requer que a epidemiologia clássica, com sua racionalidade estatística e biológica,

passar por uma reavaliação. A fim de possibilitar a integração entre os pilares da saúde coletiva e abranger a complexidade das dimensões sociais, econômicas, culturais e políticas que tocam o fenômeno de uso de drogas. A Epidemiologia precisa ser entendida à luz da epistemologia como práxis, que pode contemplar e incluir outros “modelos explicativos dos processos saúde/enfermidade/cuidados” (ALMEIDA-FILHO, 2000; AYRES, 1997).

Dos fatores de proteção, a religiosidade/espiritualidade aparece citada com menor frequência nos artigos investigados em comparação à família, mas citada como um “eficiente fator protetivo” em relação ao uso de drogas. Religiosidade/espiritualidade se constitui no sistema organizado ou na relação com o sagrado, com o transcendental, com o espírito. Configura-se como campo simbólico, onde os sujeitos elaboram o sentido da vida e buscam modos de enfrentamento das fragilidades e adversidades da vida (MOREIRA-ALMEIDA E STROPPIA, 2012; PORTO E REIS, 2013).

Nas pesquisas dirigidas a buscar dados especificamente acerca da religiosidade/espiritualidade e a correlação com uso de drogas, observam-se índices de cerca de 80% de não usuários de drogas e seus familiares que relatavam praticar alguma religião. Partícipes regulares de cultos ou ritos religiosos, pessoas que consideram ou praticam as propostas e atitudes professadas pela religião, apresentam menores índices de consumo de drogas lícitas e ilícitas. Os dados também indicaram maior uso de cocaína e de medicamentos e maior consumo de álcool e tabaco por sujeitos que afirmavam não ter uma filiação religiosa ou que não vivenciavam crenças religiosas ou de espiritualidade (SANCHEZ, DE OLIVEIRA E NAPPO, 2008; MOREIRA-ALMEIDA, LOTUFO NETO, KOENIG, 2006; SANCHEZ E NAPPO, 2007; GOMES, et al., 2013; SOUZA, et al., 2012).

Desse modo, a religiosidade/espiritualidade é apresentada como dimensão de compromisso com valores que influenciam positivamente as decisões e projetos de vida. Essa associação positiva pode ser traduzida na expressão de que a religiosidade/espiritualidade possibilita uma influência direta sobre a convivência familiar e/ou sobre a personalidade dos sujeitos, à medida que suscita valores de respeito à vida (MOREIRA-ALMEIDA, LOTUFO NETO, KOENIG, 2006; SANCHEZ E NAPPO, 2007; GOMES, et al., 2013).

Os estudos investigados também mostram que a vivência espiritual propicia sentimento de pertencimento e coesão social, assim, são fortalecidas as relações com amigos, colegas e familiares. Portanto, o apoio social, enquanto agente promotor de saúde, tende a facilitar a

adesão aos programas de prevenção em saúde (MOREIRA-ALMEIDA, LOTUFO NETO, KOENIG, 2006; SANCHEZ E NAPPO, 2007; GOMES, et al., 2013; FREITAS E MORAES, 2011).

Os estudos apontam que as atitudes religiosas/espirituais repercutem em “autoconfiança, autoimagem positiva, aceitação e resiliência”; assim níveis mais elevados de envolvimento religioso/espiritual estão associados a indicadores de bem-estar psicológico e a menores índices de depressão, comportamentos suicidas e de uso de drogas. Mas, também, podem implicar em sentimentos de culpa e ansiedade, decorrentes de maior autocritica e de normatizações institucionais (da igreja, por exemplo) que disciplinam que o uso de drogas é “pecaminoso” e “impuro” (MOREIRA-ALMEIDA, LOTUFO NETO, KOENIG, 2006).

Evidencia-se que o número de estudos e pesquisas envolvendo o binômio saúde-religiosidade/espiritualidade aumentou nos últimos anos; porém, ainda existem significativas lacunas (GOMES, et al., 2013; SANCHEZ E NAPPO, 2007). Esses dados apontam a importância de se investir em mais pesquisas sobre a temática religiosidade/espiritualidade no que concerne ao uso de drogas, com vistas a compreender esse fenômeno “livre” de dogmas e fundamentalismos.

De um lado se pondera que a religiosidade/espiritualidade influencia na qualidade de vida, contribui para a melhoria da saúde mental e auxilia no enfrentamento das adversidades da existência humano. Por outro lado, ressalta-se que a religiosidade/espiritualidade tem sido pouco investigada em estudos interculturais e não é considerada como possibilidade terapêutica pelos pesquisadores e profissionais de saúde, visto que esses desconhecem os mecanismos da relação entre saúde e religiosidade/espiritualidade e como utilizá-la na prática clínica do cuidado em saúde (MOREIRA-ALMEIDA, LOTUFO NETO, KOENIG, 2006; MOREIRA-ALMEIDA E STROPPIA, 2012; PORTO E REIS, 2013).

Se, por um lado, os artigos pesquisados indicam a necessidade que se dê mais importância ao fortalecimento dos fatores de proteção quando são planejadas as ações de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas. Por outro lado, os autores dos estudos destacam que se considerem os fatores de risco, no sentido de minimizá-los em relação ao uso de drogas (BROOK, et al., 2002; CAMPOS E FIGLIE, 2011).

Entre os fatores de riscos, elencam-se: ambiente familiar não saudável; sofrimento e precarização das condições de trabalho; moradia em áreas de risco; baixa escolaridade; influência dos meios de comunicação; experiência prévia com álcool e tabaco; baixa autoestima;

curiosidade por novas experiências; ausência do Estado com iniciativas preventivas; envolvimento com atividades criminais e convivência com grupo de amigos usuários de drogas (LANCHEROS CARRILLO E MAURO, 2003; OLIVEIRA E FUREGATO, 2008; RODRIGUEZ FUNES, et. al., 2009; GRANADOS HERNANDEZ, et al., 2009; VARGENS, et al., 2009; FREITAS E MORAES, 2011; DE MICHELI E FORMIGONI, 2002; COSTA, et al. 2007; JESUS, et al., 2011; CARTANA, 2005).

Sobre os aspectos de risco da convivência familiar, destaca-se que relações e conflituosas, de abandono e rechaço, baseadas na falta de comunicação e na ausência de figuras de autoridade, tendem a gerar uma forma de cuidado negligente, com déficit de proteção. Assim, estabelecem-se convívios geradores de sofrimento, que facilitam aos sujeitos processos de baixa autoestima e pobre repertório para enfrentar as dificuldades pessoais e sociais, propiciando que a aceitação emocional e social, necessária para a subjetivação humana, seja buscada fora do convívio familiar. Somando-se a isso, a falta de conhecimento sobre as drogas, a busca pelo prazer e o contato com pessoas que consomem drogas, desenham um contexto onde os sujeitos parecem mais vulneráveis ao uso de drogas (RODRIGUEZ FUNES, et. al., 2009; GRANADOS HERNANDEZ, et al., 2009; DE MICHELI E FORMIGONI, 2002).

A partir dos estudos analisados, observa-se também que o sentimento de insatisfação e não pertença ao trabalho, relações interpessoais desgastantes no ambiente laboral e remuneração e valorização consideradas injustas, influenciam no adoecimento do trabalhador e esse sofrimento pode impactar no uso de drogas. A falta de prazer e a insatisfação no trabalho estão relacionados a menor nível de bem-estar psicológico e, por consequência, a maior uso de drogas lícitas ou ilícitas (LANCHEROS CARRILLO E MAURO, 2003; SOUZA, et al., 2012).

O trabalho – enquanto atividade humana – instaura o processo de subjetivação não apenas por força da natureza, mas a partir da autoconstrução e objetivação dos fatos e fenômenos da vida. Dessa forma, os sujeitos passam das leis biológicas aos complexos construtos sociais, culturais e políticos; surgindo novas habilidades, conhecimentos e necessidades próprios da produção histórica e social desse ser em constante transformação (LEONTIEV, 1978). Porém, o trabalho pode significar sofrimento e dor quando o trabalhador vivencia sentimentos de inutilidade, contato desinteressante com o trabalho, é robotizado como parte de uma máquina e falta sentido ao trabalho que realiza (DEJOURS, 1998; BARROS E BARROS, 2007).

Dessa forma, os programas de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas são convidados a ampliar a visão sobre os fatores de risco em suas estratégias preventivas. Sob pena de aceitar relações de trabalho que geram sofrimentos e buscas por paliativos prazerosos como o uso de drogas. O trabalho, além de assegurar a sobrevivência humana, propicia que se dê sentido à vida e à sociedade; portanto, uma estratégia eficaz de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas implica em proteger o trabalhador, com relações institucionais saudáveis, aumento de autonomia e da capacidade de decidir e de agir em situações concretas, tanto de conflitos, quanto de compromissos profissionais (BARROS E BARROS, 2007).

Registra-se que poucos estudos analisados nesta pesquisa fizeram referência à influência dos meios de comunicação em relação ao uso de drogas. Os estudos ora situam a mídia como fator protetor, em função da informação veiculada que desmotiva o uso pela visualização de suas consequências e por veicular formas de superação da dependência de drogas. Ora a colocam como fator de risco, à medida que são apresentados anúncios que indicam o uso de drogas como favorável para a sociabilidade, a fama e o glamour (LANCHEROS CARRILLO E MAURO, 2003; COSTA, et al., 2012; SCHENKER E MINAYO, 2005).

A mídia também é vista como fator de risco à medida que a temática das drogas é abordada de forma limitada, autoritária, inócua e repressiva, com imagens e discursos de pobreza, sujeira, violência (COSTA, et al., 2012; SCHENKER E MINAYO, 2005; ROMERA, 2009). A mídia assume uma postura que distorce e perpetua mitos quando trata as drogas ilícitas com abordagens demonizadoras, ao mesmo tempo em que mantém uma posição compassiva com relação às drogas lícitas.

Assim, a mídia (escrita e visual) atua desconsiderando a capacidade crítica das pessoas acerca do fenômeno do uso de drogas, posto que não abre espaços para reflexões essenciais para a construção de tomadas de decisão a respeito de vários assuntos da vida (COSTA, et al., 2012; SCHENKER E MINAYO, 2005; ROMERA, 2009; BÜCHELE, COELHO LINDNER, 2009).

A circulação de mensagens que carregam essas representações sobre o uso de drogas e sobre os programas de prevenção em saúde que são veiculadas pela mídia faz com que se reproduzam determinados significados e símbolos. Os sujeitos se subjetivam e se socializam mediados pela indústria midiática, que propõe certos comportamentos, falas, imagens e textos acerca das drogas e da vida saudável.

Portanto, a mídia tem colaborado com a manutenção de relações hegemônicas e de dominação (THOMPSON, 2007), conservando

desigualdades entre os ricos e os pobres, entre o modelo biomédico de saúde e o modelo da saúde coletiva, entre as ações de caráter privado e as de caráter público (ROSO E GUARESCHI, 2007; ROMANINI E ROSO, 2012). Por essa ótica, a temática do uso de drogas não é apresentada, discutida e refletida sob o prisma dos princípios do SUS, da Reforma Psiquiátrica e da Lei nº 10.216/2001.

A fim de refletir a teoria e possibilitar a prática dos princípios e diretrizes que regem a saúde coletiva e a saúde mental do País, os elementos elucidados como fatores de proteção e de risco nos estudos investigados propõem que não se pode pensar esses fatores de forma isolada e fragmentada. Delineando que outras e tantas matizes devem ser consideradas no complexo processo de instituir princípios da prevenção em saúde em relação ao uso de drogas.

Categoria 02: Grupos de risco: (re)produção de falas e atos

A partir dos estudos analisados, destaca-se a indicação de programas de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas voltados para adolescentes e jovens – com forte referência aos universitários. Afirma-se, pois que as estratégias de prevenção em saúde devem levar em conta determinados “grupos de risco” como prioritários. Na delimitação desses “grupos de risco” são frequentemente citados adolescentes, universitários (com ênfase aos estudantes dos cursos da área de saúde) e médicos (SILVEIRA, et. al., 2011; BUSTAMANTE, et al., 2009; BRASIL, et al., 2006; WAGNER, et al., 2007; JUNGERMAN, et al., 2012; VASTERS E PILLON, 2011; LEYTON, et. al., 2012).

Consoante aos “grupos de risco”, os princípios da prevenção em saúde dão destaque para que as estratégias preventivas sejam específicas para a idade, apropriadas para a fase do desenvolvimento humano e que compreendam a “população/público alvo”. Os princípios da prevenção em saúde são ainda complementados enfatizando que quanto maior o risco da população-alvo, mais intensivo e precoce deve ser o esforço preventivo (EMCDDA, 2011; UNODC 2014b; CAMPOS E FIGLIE, 2011; BROOK, et al., 2002).

A adolescência, definida nos estudos investigados com idades de 12 a 25 anos, tem sido apontada como a fase onde há o envolvimento inicial com o uso de drogas (principalmente álcool, tabaco e maconha). Pontua-se que essa fase é vista como "fase ou idade de risco", corroborando com as diretrizes dos princípios da prevenção em saúde, em função da precoce iniciação ao consumo de substâncias psicoativas e porque os adolescentes são considerados vulneráveis à experimentação

de álcool, tabaco e outras drogas; pois estão em processo de adaptação às regras sociais e de responsabilização sobre as próprias vidas. Infere-se ainda que hábitos aprendidos nesta fase da vida tendem a ser fixados na vida adulta, além de aumentarem a vulnerabilidade destes jovens para situações de risco, como envolvimento em acidentes e violências (SILVEIRA, et. al., 2011; ALMEIDA, OLIVEIRA E PINHO, 2008; COSTA, et al., 2007; JESUS, et al., 2011, MALTA, et. al., 2011; SILVA, e al., 2003).

A adolescência é marcada por transformações corporais e psicológicas, quando se estabelecem novas relações com o mundo, pautando-se na tomada de consciência sobre si e sobre o outro. Nessa fase são vivenciadas situações de perdas, simbólicas e concretas, que colocam o adolescente a se comportar com base em mecanismos de negação, ambivalência, agressividade, interiorização e aceitação. Como o adolescente passa por processos de elaboração de lutos e crises, vê-se sob uma perspectiva histórica com a oportunidade de realizar a síntese de suas experiências e se propor projetos para o futuro (ABERASTURY E KNOBEL, 1992; ABERASTURY, et al., 1983). Nesse sentido, o impacto das vivências e expectativas individuais em interação com as situações sociais, evidenciam as dimensões contextuais e pessoais como constituintes de um conjunto que pode favorecer, ou não, processos de desenvolvimento humano saudável.

Em consonância a isso, os princípios da prevenção em saúde propõem que os programas para adolescentes devem privilegiar métodos interativos (grupos, jogos, excursões, exercícios dramáticos, etc.) e contar com a participação dos mesmos na elaboração das ações preventivas, ao invés de palestras e aulas expositivas, para que as ações sejam coerentes, atrativas e sensíveis às suas peculiaridades (EMCDDA, 2011; CAMPOS E FIGLIE, 2011; BROOK, et al., 2002).

Em relação aos estudantes universitários, as pesquisas analisadas denotam que esse é um “grupo de risco” porque o uso de drogas lícitas e ilícitas é alto e está crescendo cada vez mais. Além disso, o momento de passagem da escola/colégio para a faculdade ou universidade se caracteriza como um incremento nas oportunidades de interação entre pares/adolescentes e na importância do papel das normas desses pares (SILVEIRA, et. al., 2011; OLIVEIRA, et al., 2013; NARDI, et al., 2012).

Sobre a vida universitária parece haver um estatuto cultural dos estudantes que estimula e valoriza o consumo de bebida alcoólica e outras drogas como sinal de maturidade e rito necessário para inserção e manutenção da vida acadêmica, posto que os dados indicam que de 10 a

20% de estudantes relataram pelo menos um episódio de *binge drinking*¹⁵. Desse modo, o uso de drogas se associa à transição do uso regular para o abuso a partir da vivência universitária, demarcando um importante problema de saúde (WAGNER, et al., 2007; GOMES, et al., 2013; TEIXEIRA, et al., 2010; OLIVEIRA, et al., 2009; TOCKUS E GONÇALVES, 2008; PASSOS, et al., 2006; CHANAME, et al., 2009; LARANJO E SOARES, 2006).

O uso de drogas na universidade, muitas vezes, é motivado pela crença de que pode melhorar o desempenho acadêmico e profissional. Além disso, as drogas podem ser consumidas na tentativa de aliviar o estresse psicológico e físico, juntamente com a sobrecarga de atividades acadêmicas, por isso é comum os estudantes praticarem a automedicação. Sendo assim, essas características próprias das populações estudantis e o princípio da prevenção que situa a importância de que os programas de prevenção devem abarcar todas as substâncias (lícitas ou ilícitas) e as intervenções serem adaptadas à realidade local, precisa ser levado em conta como um todo no planejamento de estratégias de prevenção em saúde sobre o uso de drogas (OLIVEIRA, et al., 2009; EMCDDA, 2011; BROOK, et al., 2002).

Mesmo com poucos estudos acerca de diferenças de uso de drogas em relação ao gênero (homens e mulheres), os estudos indicam que o padrão de uso dos homens inclui mais drogas ilícitas (maconha e cocaína), e os medicamentos psicotrópicos (analgésicos, ansiolíticos e anfetaminas) são preferidos nos padrões de uso das mulheres. Referente à combinação de drogas, os universitários masculinos fazem uso mais frequente de maconha juntamente com álcool e as estudantes do gênero feminino utilizam álcool com medicamentos prescritos. Ademais, embora os estudos indiquem que estudantes homens consomem mais drogas do que as estudantes mulheres, recentemente se registra um aumento significativo no consumo de drogas entre as mulheres (NOTO E GALDUROZ, 1999; OLIVEIRA, et al., 2013; WAGNER, et al., 2007; ANDRADE, et al. 2012).

¹⁵A expressão pode ser traduzida como “beber episódico pesado”, é empregada para definir o uso excessivo episódico de álcool. A quantidade que define essa prática, segundo NIAAA, é de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas. NIAAA – National Institute on Alcohol and Alcoholism. **Helping patients who drink too much: a clinician’s guide**, National Institute on Alcohol and Alcoholism. 2005. Disponível em: pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/guide.pdf

De modo discreto os estudos citam a profissão do médico como grupo de risco, sobretudo, da especialidade de anestesiologia e profissionais que atuam em situações de emergência e cuidados intensivos (JUNGERMAN, et al., 2012; PINTO, DE ALMEIDA, MIYAZAKI, 2010). As pesquisas indicam que apesar de a droga de maior abuso entre os médicos ser o álcool, o abuso de anestésicos e outros medicamentos é preocupante, devido ao fácil acesso e ao potencial de dependência e suas consequências. As consequências do uso de drogas vão desde afastamento do trabalho até a interferência na qualidade dos serviços prestados, e a volta ao espaço hospitalar apresenta alto risco de recaída. Aponta-se ainda que os profissionais mais jovens são os mais afetados, corroborando a assertiva acerca da população jovem como grupo de risco (PINTO, DE ALMEIDA, MIYAZAKI, 2010).

Por conseguinte, conhecer dados acerca das diferenças de uso de drogas entre os gêneros feminino e masculino, uso de drogas por determinadas profissões e tendências de uso ao longo do tempo são recursos importantes para o planejamento de ações de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas. Principalmente quando a “população-alvo” são estudantes, dada a mudança de hábitos e comportamentos que esses grupos sociais geralmente exibem e também por formas peculiares de lidarem com padrões sociais, culturais e estéticos.

Ademais, conforme os princípios da prevenção em saúde, a eficácia do programa depende de modelo teórico, metas e objetivos claros, planejados previamente em relação ao investimento e ao cronograma. Além disso, postula-se que as ações devem estar adequadas à prevenção da substância específica, ou seja, podem existir ações exclusivas para populações e substâncias específicas.

Diante desse cenário, as escolas e as universidades, juntamente com os serviços de saúde, ocupam lugar de destaque para a realização de ações de prevenção em saúde, a fim de desenvolver estratégias de discussão entre pais, professores e estudantes sobre o tema, atividades recreativas extracurriculares, construção de ambientes esportivos e de lazer na comunidade e educação em saúde sobre drogas. Considera-se essencial o conhecimento prévio, por parte dos profissionais de saúde, sobre as peculiaridades do comportamento desses grupos. Também devem ser privilegiadas estratégias que valorizem o aprendizado dos jovens, por meio de adultos de referência e grupos de convivência, como impacto positivo na reflexão e na tomada de posição quanto às escolhas e decisões de um projeto de vida saudável (JESUS, et al., 2011; COSTA, et al. 2007; GABATZ, et al., 2013; VASTERS E PILLON, 2011; CHANAME, et al., 2009; CAMPOS E FIGLIE, 2011; EMCDDA, 2011).

Apesar da importância em situar a escola e a universidade como espaços privilegiados de ações de prevenção em saúde, denotam-se as limitações da instituição escolar/universitária para lidar com os problemas sociais e as transformações culturais da sociedade contemporânea. Posto que, muitas vezes, esse espaço exerce o poder para garantir corpos dóceis e utiliza discursos desgastados e deslocados da realidade, cristalizando-se em soluções simplistas que reeditam estigmas como “o adolescente”, ou “o pobre”, ou “o problemático”.

Os espaços pedagógicos devem repensar seu papel enquanto espaços públicos que ofertam mais do que a comercialização de seus produtos (ensino, pesquisa e extensão), à medida que têm substancial compromisso social e cultural (LARANJO E SOARES, 2006; SOARES E JACOBI, 2000).

Nessa acepção, os estudos investigados levam em conta os princípios da prevenção em saúde que se referem às diretrizes de que as estratégias devem contemplar a participação da comunidade e as etapas do programa (planejamento, manutenção e direções futuras) devem acontecer em um processo colaborativo entre os envolvidos, avaliando recursos e capacidades internas de modo a atender as necessidades dos participantes e despertar a solidariedade e a grupalidade (SILVA E SILVA, 2011; EMCDDA, 2011; CAMPOS E FIGLIE, 2011; BROOK, et al., 2002).

Muitas pesquisas analisadas destacam o papel da escola na prevenção em saúde, contudo as poucas pesquisas que investigaram as representações de professores ou coordenadores pedagógicos sobre o uso de drogas destacaram a impotência desses para lidar com as drogas e também o senso de desresponsabilização dos mesmos, pois nem sempre entendem que a prevenção também é função da escola (MARTINI E FUREGATO, 2008; FERREIRA, et al., 2010; MOREIRA, SILVEIRA E ANDREOLI, 2009). Dessa maneira, acredita-se que são necessárias mais pesquisas sobre a temática e que deve haver investimento na formação de professores em relação ao uso de drogas.

Ademais, precisa existir uma mudança significativa na forma de olhar o adolescente, não mais com preconceitos pejorativos (preguiçosos, rebeldes, “aborrecentes”, agressivos), mas como sujeitos em processo de transformação e subjetivação, que são partícipes e agentes da solução. É igualmente fundamental que os programas de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas para essa população conte com a efetiva e processual participação destes no planejamento e na implementação das propostas, já que favorece a intervenção e adesão às ações e, conseqüentemente, interfere positivamente no impacto e na efetividade

desejados (JESUS, et al., 2011; COSTA, et al. 2007; GABATZ, et al., 2013; ALMEIDA, OLIVEIRA E PINHO, 2008; CASTRO E ABRAMOVAY, 2002). Assim, os adolescentes e universitários assumem a corresponsabilidade e a cogestão acerca da prevenção em saúde, como protagonistas desse processo democrático de cuidado em saúde.

Para garantir a prevenção em saúde de modo resolutivo, diferentes movimentos sociais e intersetoriais precisam ser envolvidos e a Atenção Primária em Saúde deve dialogar com temáticas como participação comunitária, saberes populares e/ou tradicionais sobre saúde e doença, redes sociais, grupos de autoajuda, fases do desenvolvimento humano dependência química, violência, relações de gênero e educação para a saúde, fazendo-se necessário o entendimento dos sentidos atribuídos, pelos sujeitos, aos processos de adoecimento, às políticas públicas e aos serviços de saúde que lhes são acessíveis (GARNELO E LANGDON, 2005; JESUS, et al., 2011; COSTA, et al. 2007).

Mas, ainda que nos tempos atuais se preocupar com determinados “grupos de risco” possa ser indicativo de cuidado em saúde, parece relevante questionar: com base em que se definem categorias como “adolescência”, “risco” e “cuidado em saúde”? Ao destacar questões marcantes nas relações entre a saúde e a vida contemporânea dos jovens brasileiros através de dados percentuais sobre uso de drogas, fatores e consequências das drogas e efetividade dos programas de prevenção; apresentam-se resultados/respostas que permeiam a incorporação subjetiva e social da noção de risco. Admite-se, pois, um conceito “normal” de adolescência e se esvaziam os significados de ritos de vivência e passagem que, até então, eram familiares e locais de determinado território.

Diante dessa fragmentação da identidade em pedaços que se conectam com um turbilhão de opções de relações, mercadorias, bens e serviços, proporcionados pela modernidade globalizada, o excesso se faz norma e tudo se torna “hiper”. Por conseguinte, escolher e decidir sobre essas experiências também é gerador de turbilhões (BAUMAN, 2005; SANTOS, 1999; CASTIEL, 2007). “Ou seja, há uma perspectiva ‘hipertudo’ técnica e científica que atua cada vez mais baseada em critérios de avaliação de eficácia de instrumentos e operações, e da lucratividade dos objetos técnicos que se tornam mercadorias consumíveis” (CASTIEL, 2007, p. 10).

Vale destacar que as pesquisas aqui analisadas destacam que são mais frequentes os estudos epidemiológicos com metodologias quantitativas. Outrossim, mesmo considerando a legitimidade da pesquisa epidemiológica, para se provocar mudanças sociais significativas e

garantir ações de prevenção em saúde resolutivas, é necessário trabalhar também com as características sociais e culturais da adolescência. Visto que não há uma perspectiva única acerca das necessidades sociais em saúde, adolescentes e universitários de uma dada comunidade não constituem uma massa homogênea de desejos e apenas critérios técnicos não dão conta da integralidade em saúde (AYRES, 1993).

Salienta-se que lidar e enfrentar os riscos faz parte da conquista saudável de qualquer sujeito diante de sua vida (CAPONI, 2003). Portanto, a possibilidade de superação e criação de respostas e soluções aos riscos alarga o entendimento de saúde e de prevenção, à medida que pensar políticas de saúde sobre o uso de drogas deixa de ser especificamente garantir segurança aos sujeitos e inclui estratégias fundamentadas em abordagens qualitativas que sustentam a emancipação, a cidadania e a solidariedade.

Categoria 03: Profissionais de saúde – “conselheiros do príncipe e mediadores do povo?”¹⁶

Essa categoria destaca que o cuidado em saúde em relação ao uso de drogas – por meio de atividades preventivas – enfrenta dificuldades quando não há engajamento dos profissionais de saúde para incorporar a proposta. Para isso, há que se contar com adesão ideológica dos profissionais de saúde aos programas, às estratégias de governo e às políticas públicas de prevenção que direcionam o serviço em saúde.

A rotina dos serviços de saúde, em geral, caracterizada pelo excesso de capacitações, sobrecarga de atribuições, rotatividade de funcionários, escassez de tempo, insatisfação com o clima organizacional e precárias condições de trabalho, é descrita como dificuldade para a ação preventiva. Devido à possibilidade de mudanças de cargos políticos, a execução de programas preventivos em longo prazo também é

¹⁶ Provocação ao leitor acerca da afirmativa de Castel (1987): “O que nos qualifica como médicos, sanitaristas ou agentes comunitários a desempenhar o papel de conselheiros do príncipe e de mediadores do povo? O que existe em nossa teoria e em nossa prática que possa nos autorizar a intervir sobre fatores como a miséria, a insalubridade da moradia, a ‘subeducação’, a violência ou a moralidade? Parece que, para poder responder a estas perguntas, devemos alcançar certa clareza em relação a conceitos, como saúde e risco. Talvez a conceitualização da saúde como segurança contra o risco e audácia para corrigi-lo possam nos auxiliar a enfrentar o desafio de gerar estratégias de saúde pública mais efetivas e solidárias”.

considerada um desafio. Entretanto, as pesquisas mostram que os profissionais de saúde não assumem condutas para superar esses obstáculos (RONZANI, MOTA, SOUZA, 2009; RONZANI, et al., 2005; VARGAS E VILLAR-LUIS, 2008).

Os profissionais de saúde, segundo os estudos investigados, entendem que assistir os usuários de drogas, inclusive em relação aos projetos de prevenção em saúde, é tarefa dos serviços de saúde, independente se atuam em nível de Atenção Primária em Saúde ou nos serviços especializados (redes de atenção). Esses profissionais reconhecem que têm pouco conhecimento sobre drogas e não se sentem motivados e preparados para lidar com o fenômeno. Os profissionais de saúde relatam ter menos prontidão para assistir usuários de drogas e que enfrentam sentimentos de desconforto e embaraço porque o comportamento de uso de drogas é "moralmente errado" (RONZANI, MOTA, SOUZA, 2009; VARGAS E VILLAR-LUIS, 2008; AMARAL-SABADINI, SAITZ, SOUZA-FORMIGONI, 2010; RONZANI, et al., 2005).

A insuficiência de recursos (humanos, financeiros e de infraestrutura) também revela que falta integralidade e intersetorialidade na rede assistencial, a participação da gestão de saúde deixa a desejar e existem dificuldades práticas no processo de organização e gerenciamento para trabalhos preventivos, mesmo que os profissionais em saúde afirmem interesse nesse tipo de atividade. Ademais, falta mobilização e participação da sociedade civil na saúde e, de modo geral, a população sequer é convidada a participar do planejamento e execução das políticas públicas (VARGAS E VILLAR-LUIS, 2008; RONZANI, et al., 2005; COSTA, et al., 2013).

Ainda que percebam o usuário de drogas como dependente em função de um adocimento, os discursos e as atitudes dos profissionais de saúde são estigmatizantes, segregadores, preconceituosos e culpabilizantes; sendo que a formação, educação formal, é significativamente calcada no estilo de pensamento do modelo biomédico. Há ênfase à falta de autocontrole e à resistência dos usuários de drogas para discutir e enfrentar a situação das drogas ("falta de vergonha, safadeza, sem caráter, não tem recuperação, fraqueza"), além de apontamento de que são pacientes "perigosos" (RONZANI, MOTA, SOUZA, 2009; VARGAS E VILLAR-LUIS, 2008; AMARAL-SABADINI, SAITZ, SOUZA-FORMIGONI, 2010; ARAUJO, et al., 2006; COSTA, et al., 2013). Salienta-se que os profissionais parecem preterir os temas prevenção e redução de risco em relação ao tema

dependência de drogas, pois falta identificação com o trabalho de prevenção e promoção em saúde.

Mesmo que de modo discreto, observam-se apontamentos sobre a importância dos propositores de ações de prevenção em saúde conhecer as características emocionais e subjetivas dos usuários de drogas, inclusive aspectos relacionados aos transtornos emocionais que tendem a influenciar o uso de drogas (FUSCALDO, BISOL E LARA, 2013; ARAUJO, et al., 2006).

Além da influência das atitudes pessoais dos profissionais de saúde – essas que revelam a falta de identificação com o trabalho de prevenção e promoção em saúde e a inadequada formação dos profissionais para atuar no cuidado em saúde referente ao uso de drogas – a efetividade de ações de prevenção em saúde depende da formação responsável desses profissionais e da cultura organizacional favorável para discussão de temas críticos como as drogas.

Ou seja, quando há a diminuição da moralização do uso de drogas e o entendimento acerca do uso de drogas é assumido de modo amplo e complexo e, indubitavelmente, compreendido a partir de dimensões biológicas, psíquicas, sociais, culturais, econômicas e éticas, as estratégias de prevenção tendem a ter mais adesão das pessoas. Não obstante, profissionais de saúde formados, capacitados, comprometidos e conscientizados para suas atuações, logram maior resolutividade em atividades de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas (RONZANI, et al., 2005; AMARAL, RONZANI, SOUZA-FORMIGONI, 2010; ARAUJO, et al., 2006).

Embora os princípios da prevenção em saúde pouco façam referência aos elementos pertencentes à subjetividade dos usuários de drogas; de acordo com estes princípios, os profissionais de saúde devem inserir na organização e execução dos programas de prevenção o desenvolvimento pessoal. De modo que as ações deem conta de aumentar as convicções pessoais e fortalecer os aspectos positivos dos usuários de drogas. Evidencia-se que em relação à formação dos profissionais de saúde, os princípios da prevenção em saúde citam apenas direcionamentos pontuais baseados em educação continuada para atuações específicas (EMCDDA, 2011; UNODC 2014b; CAMPOS E FIGLIE, 2011; BROOK, et al., 2002). Ou seja, não inferem acerca da formação como exercício permanente e reflexivo, que requer mais que uma ou outra capacitação.

De modo geral, o discurso preventivo, discutido com ressalvas na teoria, raramente é colocado em prática nos serviços de saúde. Verifica-se que é recente o processo de introdução de discussões mais

aprofundadas sobre o processo saúde doença e de conceitos como risco, prevenção e promoção em saúde, tanto para a população quanto para os profissionais. Posto que os pressupostos da lógica biomédica ainda são hegemônicos no ensino, na gestão, na atenção e no controle social da saúde. E os movimentos – para indicar justamente essa conquista em curso, inacabada e dinâmica – da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica ainda se esforçam em defesa da saúde para e com todos, na legitimação dos interesses coletivos e da participação política dos cidadãos (COSTA, et al., 2013; CONH, 1989).

Ao aludir sobre os profissionais de saúde como planejadores e executores dos programas de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas, os estudos apontam que a efetividade das estratégias de prevenção ao uso de drogas em serviços de atenção à saúde está associada ao engajamento profissional e pessoal desses profissionais. Destaca-se que os profissionais em saúde devem ter conhecimento técnico e científico sobre as drogas (lícitas e ilícitas) e, que o envolvimento pessoal, sobremaneira dos gestores em saúde, no processo prático de estratégias preventivas em saúde exige determinadas atitudes como: liderança, trabalho em equipe, comunicação, disposição para o novo e a formação de vínculos, já que não há neutralidade nessa relação entre profissional-paciente/usuário-família (RONZANI, MOTA, SOUZA, 2009; RONZANI, et al., 2005).

A atuação conjunta entre os diferentes serviços do setor saúde com outros setores (intersetorialidade – diretriz organizativa do SUS) é colocada em função das ações de prevenção em saúde ao uso de drogas e também em função das necessárias parcerias para legitimar outras ações que impactariam, indiretamente, na prevenção do uso de drogas. Ações essas definidas como: investimento na formação adequada dos profissionais de saúde, estratégias de saúde implementadas em espaços escolares e comunitários, políticas de trânsito, melhores condições de trabalho e respeito às leis trabalhistas, investimentos em políticas de assistência social, entre outras (KNAUTH, et al., 2012, RONZANI, MOTA, SOUZA, 2009; RASSOOL E VILLAR-LUIS, 2004).

Desenha-se, sob essa perspectiva, o “risco” de que as práticas preventivas dos profissionais de saúde sejam tão somente travestidas sob novas roupagens ditadas por modismos. É que as brechas de reflexão, conceituação e construção de outros modos de produzir estratégias de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas sejam capturadas pela falta de “humildade epistemológica” dos profissionais de saúde. Portanto, faz-se essencial refletir sobre como os profissionais de saúde são “autorizados” a intervir sobre a vida dos usuários de drogas, além de

repensar acerca das estratégias implementadas, no sentido da resolutividade, solidariedade e emancipação humana.

Assim sendo, o trabalho dos profissionais de saúde em relação à prevenção no uso de drogas resulta não da estrita aplicação e execução de princípios da prevenção, mas da “negociação entre as normas antecedentes e as renormatizações”, inerentes ao fato da existência de singularidades e coletividades humanas nesse processo de cuidado em saúde (VARGAS, 2005; SCHWARTZ, 2000).

Aos profissionais de saúde compete a desafiante inquietação de se pensar e se construir trabalhador; no sentido de se opor à inércia, criando e recriando seus espaços, normas e atuações, conforme a dinâmica da vida se apresenta diante do cotidiano dos serviços de saúde e do problema do uso das drogas. A complexa atividade do trabalho em saúde é marcada pela gestão de diferentes normas e contraditórios contextos (CANGUILHEM, 2006; SCHWARTZ, 2000).

Ademais, as práticas dos profissionais de saúde devem estar atentas às diferentes visões de mundo e sujeito dos profissionais entre si e entre os pacientes e familiares, a fim de que o cotidiano dos processos de saúde/doença/prevenção/drogas proporcione a integração de variadas relações, nuances e poderes. As estratégias de “autoatenção”, utilizadas pelos sujeitos e seus grupos sociais para diagnosticar, explicar, aliviar, curar, resolver ou prevenir o uso de drogas, não podem ser ignoradas pelos profissionais de saúde (GARNELO E LANGDON, 2005; MENENDEZ, 2003). Mais que isso, devem ser reconhecidas e analisadas de modo que essa percepção se transforme em estratégias operativas de apoio às intervenções de prevenção em saúde.

A possibilidade de construir expedientes que rompam com os saberes constituídos do modelo biomédico perpassa o encontro entre o “pólo dos conceitos” – materiais para o conhecimento –, o “pólo das forças de convocação e de reconvocação” – saberes gerados nas atividades – e o “pólo das exigências éticas e epistemológicas” (SCHWARTZ, 2000; RAMMINGER E BRITO, 2008; CAPONI, 2003; CASTEL, 1986).

A prevenção em saúde em relação ao uso de drogas não pode se reduzir a uma atividade filantrópica e moralista (tão característica nas comunidades terapêuticas) ou à execução de tarefas técnicas fundadas em princípios científicos e disciplinares (comum aos serviços hospitalocêntricos). O adoecimento humano exige trabalhadores implicados, política e eticamente, com a transformação dos modos de cuidar e de se relacionar com a saúde, as drogas e os riscos, no sentido de gerar uma saúde coletiva resolutiva, integral e solidária.

Categoria 04: Cartografias¹⁷ da prevenção em saúde - o que pensar, falar e fazer?

Essa categoria demonstra que, de modo geral, os serviços de saúde nas modalidades de tratamento, reabilitação, proteção, prevenção, promoção e educação em saúde são considerados falhos e insuficientes em número e em qualidade, tanto pela ótica dos autores/pesquisadores, quanto pela percepção de usuários de drogas e seus familiares.

O SUS, mesmo que compartilhe a responsabilidade com a família, é reconhecido como responsável pela prevenção em saúde em relação às drogas através de seus serviços e profissionais. Contudo, seus serviços são apontados como de difícil chegada e acesso em decorrência das poucas opções de cuidado em saúde e dos preconceitos e marginalizações sofridas pelos usuários, caracterizando a omissão do Estado (LOYOLA, et al., 2009; SILVA, et al., 2009; DIAZ, et. al., 2009; PERNGPARN, et al., 2008; NAPPO, GALDURÓZ, RAYMUNDO, CARLINI, 2001; VARGENS, et al., 2009).

De acordo com os dados desta pesquisa, as políticas de saúde e as leis acerca do uso de drogas, lícitas e ilícitas, são consideradas desrespeitosas aos direitos humanos dos usuários, visto que não garantem a segurança; pelo contrário, aumentam o comportamento criminal. Os familiares de usuários de drogas relatam a sensação de abandono, frustração e raiva e afirmam que não existem iniciativas disponíveis de prevenção em saúde ou que estas não são abordadas apropriadamente. Destaca-se que as ações preventivas, em muitas ocasiões, são planejadas sem fundamentação científica e realizadas sem sistematização adequada. Diante da baixa resolutividade dos serviços de saúde, muitas vezes apontada apenas como minimizando as consequências do uso de drogas, busca-se auxílio em outras instituições, encontrando respostas, principalmente, nas Igrejas e comunidades terapêuticas (VARGENS, et al., 2009; LOYOLA, et al., 2009; SILVA, et al., 2009; DIAZ, et. al., 2009; DE MICHELI, FISBERG E FORMIGONI, 2004).

A partir desse cenário, que indica as variações no uso de serviços de saúde em relação ao fenômeno das drogas, surgem questionamentos a despeito da acessibilidade, que inclui a adequação dos profissionais e dos

¹⁷ Cartografia significa arte ou ciência de compor cartas geográficas (FERREIRA, 1986), aqui é empregada no sentido de “revolução”, linha de fuga, que busca “produzir uma singularidade na própria existência das coisas, dos pensamentos e das sensibilidades” (GUATTARI E ROLNIK, 1986, p. 185).

recursos tecnológicos utilizados para responder, considerando a condição social, cultural, educacional ou econômica (aspecto sócio-organizacional) e a função do tempo e do espaço (aspecto geográfico), às necessidades de saúde dos sujeitos (DONABEDIAN, 1973). Infere-se que as consequentes violências ao corpo físico, psíquico e social, pelo uso de drogas e pelo modo como se propõe o cuidado em saúde, reivindicam outras ordens de conhecimento, para que as ações de prevenção em saúde saiam da improvisação política e assistencial, a fim de estabelecê-las em alicerces concretos e resolutivos (BUCHER, 2007).

Nessa ótica, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS – instituída por meio da Portaria nº 3.088/2011 – ocupa-se do respeito aos direitos humanos, à autonomia, à liberdade e à cidadania, da promoção da equidade, garantia do acesso e da qualidade dos serviços e ênfase em serviços territoriais e comunitários. Desse modo, a RAPS possibilita o cuidado integral em saúde, baseada na lógica da clínica ampliada, por meio de serviços substitutivos e atenção extra-hospitalar (BRASIL, 2011).

As Instituições de Ensino Superior (IES), sobretudo nos cursos de saúde, também são citadas como responsáveis pela resolutividade das ações de prevenção em saúde ao uso de drogas, quando os dados apontam o uso de drogas por universitários e profissionais (de saúde) já formados. A visão que os universitários têm sobre o uso de substâncias psicoativas, aliada à formação deficiente na graduação, pode levá-los a assumir significados em relação aos usuários de drogas de intratabilidade e desesperança (ANDRADE, et. al. 2012; ALVES, et al., 2005).

Denuncia-se, então, que a formação e a atuação dos profissionais de saúde continuam voltadas para os processos de adoecimento, na lógica hegemônica do modelo biomédico. Ainda que as políticas recentes financiadas pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação se caracterizem pela nova formação em saúde pautada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (aprovadas em sua grande maioria entre 2001 e 2002), questiona-se se professores e acadêmicos dos cursos da área de saúde vivenciam o desconforto intelectual, próprio da atividade humana, que consiste em admitir que “generalidades e modelizações devem ser sempre reapreciadas”. Além disso, como o ato de construção de conhecimento não é neutro ou desinteressado, à medida que se dá no esteio das relações de poder e dos contextos ideológicos, é fundamental apreciar criticamente que, geralmente, os conhecimentos mais valorizados incluem tradições de grupos hegemônicos que tendem a perpetuar, com base no “currículo oculto”, suas normas e valores (APPLE, 2006).

Assim, acredita-se que são necessárias revisitações na educação formal em saúde, graduação e pós-graduação, para que sejam delineados entrelaçamentos entre filosofia, ciência, técnicas, tecnologias e práticas sociais e que as tensões e disputas próprias dessa construção da educação, aconteçam de forma ética (ANDRADE, et. al. 2012; ALVES, et al., 2005; COSTA, et al., 2013; FEUERWERKER, 2007). Pois um vasto conhecimento sobre drogas, fundado na qualidade da educação nas IES, pode antecipar o reconhecimento do uso de drogas entre os pares, diminuir estigmas, bem como aumentar a procura por cuidados em saúde. Desse modo, as IES e seus gestores, professores e acadêmicos, devem visitar os conhecimentos, habilidades e competências construídas por meio do ensino, pesquisa e extensão.

Mesmo que recebam críticas, do ponto de vista epistemológico e operacional, as ações de prevenção em saúde são colocadas como uma das mais importantes estratégias de saúde em relação ao uso de drogas. Em sua estruturação são indicados os princípios da prevenção sobre a necessidade de atividades educativas e combinadas com intervenções familiares e a execução dirigida para grupos de usuários específicos, considerando características locais, com participação direta e efetiva dos profissionais-familiares-usuários (SILVEIRA, et al., 2011; DIAZ, e al., 2009; SILVEIRA, et al., 2012; KARAM, KYPRI E SALAMOUN, 2007; GALDURÓZ E CARLINI, 2007; ALVES, et al., 2005; MENDOZA-SASSI E BÉRIA, 2003).

Consoante a isso, os programas de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas devem investir, sobremaneira, em atividades de prevenção, mas também em algumas situações precisam organizar ações de reabilitação e tratamento para garantir a participação dos usuários. As ações se pautam, desse modo, a partir de dados da realidade que possibilitem profundas correlações entre os processos da vida humana e em parcerias setoriais e intersetoriais, com equipes multi e interdisciplinares. Nesse sentido, escola, professores, pais, profissionais de saúde, gestores, sociedade civil, enfim os diversos atores sociais podem atuar como mediadores e interlocutores para enfrentar a questão das drogas sem temor e sem terror, como agentes potencializadores de reflexões e mudanças (LANCHEROS CARRILLO E MAURO, 2003; BÜCHELE, COELHO E LINDNER, 2009; NEVES E MIASSO, 2010; VARGENS, et al., 2009; COSTA, et al., 2013).

Em contrapartida, parece não haver reflexões e propostas tecidas diante da complexidade da temática do uso de drogas, haja vista que as possíveis soluções ou caminhos são praticamente os mesmos percorridos nos tempos de “repressão” e de “prevenção” da lógica biomédica. Nessa

acepção, os caminhos serão cartografados na própria caminhada, mas algumas pistas podem ser apreciadas nesse processo.

Ressalta-se o desafio emergente de que o entendimento do fenômeno do uso de drogas não se restrinja à condição de crise da modernidade e os programas de prevenção em saúde não se reduzam à operacionalização de respostas a essas demandas. Pondera-se que o uso de drogas (lícitas ou ilícitas) não pode ser prevenido por meio de estratégias únicas e limitadas; até porque a diversidade de entendimentos e recursos de prevenção em saúde sugere que esse é o ponto de partida que se pretende através do cuidado refletido e consciente do sujeito integral e seus ambientes. E mesmo que não caibam procedimentos de amedrontamento e intimidação, na concepção ética de prevenção em saúde, há que se ter “plasticidade” entre os discursos conservadores e os renovadores a despeito da prevenção e do uso de drogas (VARGENS, et al., 2009; BÜCHELE, COELHO E LINDNER, 2009; AYRES, 2005; BUCHER, 2007; VARGAS, 2005).

A ideia de cuidado como ocupar de si, enquanto prática social e laboral capitaneada como atributo e necessidade humana, remonta à história dos povos e da sociedade. Desde que a saúde coletiva assumiu a racionalidade científica como guia, a prática do cuidado passou a significar a integridade do corpo, baseada no “caráter individual-universalista” (AYRES, 2005). Portanto, não é à toa que as configurações técnicas, relacionais e institucionais de prevenção em saúde são prescritas, muitas vezes, por princípios engessados, que dão lugar privilegiado à técnica e à ciência. É como se as práticas terapêuticas de prevenção em saúde estivessem se distanciando da vida e se restringindo à aplicação de tecnologias.

Destarte, o cuidado em saúde, inclusive preventivo, implica não só na aplicação de técnicas e tecnologias (ainda que sejam importantes), mas na possibilidade de encontro entre subjetividades (do profissional e do paciente). Esse cuidado reconstruído propõe que haja profícuas trocas e interações, num cenário de acolhimento, responsabilização, vínculo e diálogo (AYRES, 2005).

Quando o cientista e/ou profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro (o paciente ou os grupos populacionais assistidos) deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível (saberes técnicos inclusive, mas não só, pois há também os saberes populares, as convicções e

valores pessoais, a religião etc.), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos (AYRES, 2005, p. 103).

Ao compreender o trabalho como atividade humana e creditar a formação a partir dessa vivência, profissionais de saúde, pesquisadores, estudiosos e cientistas, são incumbidos a enxergar os saberes e as soluções já constituídas. Assim como, confia-se que enxerguem, valorizem e produzam outras soluções, buscadas para cada situação, cada saúde e cada adoecimento, no sentido de se orientar a partir dos projetos de vida dos sujeitos a quem se presta o cuidado (SCHWARTZ, 2000; AYRES, 2005). Nessa acepção, os profissionais de saúde terão respostas para “o que pensar, falar e fazer?” à medida que a prevenção em saúde em relação ao uso de drogas for assumida no movimento cíclico de integração dos saberes constituídos e que se constituirão, na caminhada, com muitos e tantos outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os resultados desta pesquisa os princípios da prevenção que aparecem nas produções científicas brasileiras e norteiam os programas da prevenção em saúde em relação ao uso de drogas ponderam que os fatores de proteção, principalmente os relacionados à família e à religiosidade/espiritualidade devem ser fortalecidos. Enquanto que os fatores de risco como convivência familiar não saudável e condições precárias no ambiente de trabalho devem ser reduzidos. Por esta ótica, enfatiza-se que os elementos elucidados sobre os fatores de proteção e de risco aplicados aos programas de prevenção em saúde ao uso de drogas propõem que não se pode pensar esses fatores de forma isolada e fragmentada. Ainda que esses elementos pareçam se pautar no discurso do modelo biomédico, calcado em explicações biológicas e reducionistas de fenômenos complexos da sociedade.

Os dados apontam que os programas de prevenção em saúde, por meio de seus princípios, devem estar voltados para a população de adolescentes e de universitários, população esta assumida como “grupos de risco”. Desse modo, evidencia-se o entendimento de que os programas de prevenção em saúde ao uso de drogas se pautam na busca por evitação ou redução de riscos específicos e direcionados a grupos peculiares (adolescentes e jovens) com vistas a garantir a segurança a partir da vigilância e da “hiperprevenção”.

Ademais, os dados indicam que as ações de prevenção enfrentam dificuldades no planejamento e operacionalização quando não há engajamento por parte dos profissionais de saúde ou quando esses reproduzem discursos moralistas e culpabilizantes que tendem a preterir ações de repressão em detrimento de ações emancipadoras de prevenção em saúde. Não obstante, as ações de prevenção ao uso de drogas, ofertadas através dos serviços de saúde, são consideradas falhas, insuficientes e inacessíveis.

Afirma-se, pois, que a formação e a atuação dos profissionais de saúde continuam voltadas para os processos de patologização da vida, na lógica hegemônica do modelo biomédico. Parece não haver reflexões tecidas diante do complexo tema do uso de drogas, haja vista que as possíveis soluções são praticamente as mesmas dos tempos de repressão e combate às drogas. Ainda que os princípios de prevenção em saúde ao uso de drogas se refiram com maior ênfase à “redução de danos ou riscos”, essa abordagem de redução de riscos persiste em estigmatizar os sujeitos, quando se coloca baseada na perspectiva de vigiar comportamentos para evitar determinados riscos e de culpabilizá-los pela adoção de um ou outro estilo de vida.

Destaca-se ainda que as ações de prevenção, na prática, geralmente acontecem em função de drogas ilícitas, relegando as ações de prevenção em saúde do uso de drogas lícitas – mesmo que essas representem no Brasil o índice mais alto de uso na vida – para um segundo e menos importante plano.

A partir dos resultados desta pesquisa, que demonstram que os princípios da prevenção em saúde se colocam como reguladores dos modos de vida dos usuários de drogas, atenta-se para as seguintes reflexões: Os princípios da prevenção em saúde tendem a disciplinar, normatizar e tratar os usuários de drogas como doentes. As ações em saúde, com base nesses princípios, insistem em culpabilizar, alienar, excluir e estigmatizar os sujeitos usuários de drogas. E o cuidado em saúde, fundamentado nos princípios de prevenção em saúde em relação ao uso de drogas, pouco possibilita construções conjuntas, com alternativas de autonomia e de outras formas de viver, inclusive para lidar com as adversidades e desequilíbrios inerentes à vida humana.

Nessa acepção, afirma-se a tese defendida neste trabalho; tendo em vista que mesmo com a sanção da 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, instituindo outro estilo de pensamento para pautar o cuidado em saúde com base numa lógica ampliada da saúde coletiva, os princípios de prevenção em saúde

em relação ao uso de drogas apresentados nas publicações científicas não mudaram expressivamente, à medida que continuam se utilizando de princípios da prevenção que tendem a reproduzir formas biomédicas e estigmatizadas de cuidado em saúde.

Diante desses resultados e dessas reflexões, parece que há um descompasso entre os programas advindos dos núcleos acadêmicos, as ações repressivas realizadas por meio dos serviços de saúde no cotidiano da vida e a realidade dos textos oficiais/legais. Acredita-se que, no âmbito do cuidado à saúde mental, os princípios da prevenção em saúde não dão conta de desmontar a estrutura da prevenção clássica. A prevenção em saúde se faz de modo desintegrado em relação ao tripé da saúde coletiva e se transformou na localização de riscos para antecipar acontecimentos indesejáveis em determinadas populações. O risco passou a fazer parte do cotidiano como pretexto para articular intervenções, consideradas como preventivas, aos temas relacionados ao uso de drogas. Assim, os princípios da prevenção em saúde se suprem da preocupação por problemas, muitas vezes fabricados, de segurança, controle e vigilância.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A. E KNOBEL, M. Adolescência Normal. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ABERASTURY, A. et al. Adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

ALMEIDA-FILHO, N. A Ciência da Saúde. São Paulo: Hucitec, 2000.

ALMEIDA, M. M. de; OLIVEIRA, M. A. de; PINHO, P. H. O tratamento de adolescentes usuários de álcool e outras drogas: uma questão a ser debatida com os adolescentes?. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 76-81, 2008.

ALVES, H. N. P., et al. Clinical and demographical aspects of alcohol and drug dependent physicians. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 51, n. 3, p. 139-143, 2005.

AMARAL-SABADINI, M. B.; SAITZ, R.; SOUZA-FORMIGONI, M. L. O. Do attitudes about unhealthy alcohol and other drug (AOD) use impact primary care professionals' readiness to implement AOD-related preventive care? Drug and alcohol review, v. 29, n. 6, p. 655-661, 2010.

AMARAL, M. B.; RONZANI, T. M.; SOUZA-FORMIGONI, M. L. O. Process evaluation of the implementation of a screening and brief intervention program for alcohol risk in primary health care: an experience in Brazil. *Drug and alcohol review*, v. 29, n. 2, p. 162-168, 2010.

ANDRADE, A. G. de, et al. Use of alcohol and other drugs among Brazilian college students: effects of gender and age. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 294-305, Oct. 2012.

APPLE, M. W. Ideologia e currículo: história do currículo e o controle social. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ARAÚJO, L. F. De, et al. Estudo das representações sociais da maconha entre agentes comunitários de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 827-836, Sept. 2006.

AYRES, J. R. C. de M. Sobre o risco: para compreender a epidemiologia. São Paulo, Hucitec, 1997.

_____. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L. B. (org.). *Programação em saúde hoje*. São Paulo, Editora Hucitec, p. 139-182, 1993.

_____. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1866-1867, Sept. 2011.

_____. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: MINAYO, M. C. S. E COIMBRA JR, C. E. A. (orgs.) *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 91-108.

BARROS, J. A. C. de. Ampliando espaços para a “medicalização”: instrumento para desfrute de melhores níveis de saúde? In: CAPONI, S. (et al.) *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Ed. Unisul, 2010. p. 89 -95.

BARROS, R. B.; BARROS, M. E. B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. **Trabalhador da saúde:**

muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí, RS: UniJuí, 2007. p. 61-72.

BAUMAN, Z. **Identidade**: entrevista à Benedetto Vecchi. Rio de Janeiro: J. Zahar Editor, 2005.

BRASIL, K. T., et al. Fatores de risco na adolescência: discutindo dados do DF. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 35, p. 377-384, Dec. 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria 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 SUS. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em novembro de 2015.

BÜCHELE, F.; COELHO, E. B. S. E LINDNER, S. R. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, n.1, p. 267-273.

BUCHER, R. A Ética da Prevenção. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. vol. 23 n. especial, 2007. p. 117-123.

BUCHER, R. E OLIVEIRA, S. R. M. O discurso do "combate às drogas" e suas ideologias. **Rev. Saúde Pública**. 28 (2), 1994. p. 137-145.

BUSTAMANTE, I. V. et al. University students' perceived norms of peers and drug use: a multicentric study in five Latin American countries. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. spe, p. 838-843, 2009.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CAMPOS, G. M. E FIGLIE, N. B. Prevenção ao uso nocivo de substâncias focada no indivíduo e no ambiente. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química**:

prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 481-494.

CANOLETTI, B. E SOARES, C. B. Drug consumption prevention programs in Brazil: analysis of the scientific production from 1991 to 2001, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, set.2004/fev.2005, p.115-129.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D. (org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 55-77.

_____. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, Sept. 2014a. p. 741-763.

_____. Viver e deixar morrer Biopolítica, risco e gestão das desigualdades. **Revista Redbioética/UNESCO**, 2014b. p. 27-37.

_____. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 529-549, 2009.

CARVALHO, M. C. B. (Org.). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDUC/ Cortez, 2002.

CARTANA, M. do H. F. "Às vezes eles vão...": compreendendo qualidade de vida e promoção da saúde sob a ótica de uma mãe de pré-adolescentes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. spe2, p. 1177-1184, Dec. 2005.

CASTEL, R. **A gestão dos riscos - da antipsiquiatria à pós-psicanálise**. Editora: Francisco Alves, 1987.

CASTIEL, L. D. Riscos catastróficos e seus enredos: a hiperprevenção como forma de vida medicada. In: CAPONI, S. (et al.) **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Ed. Unisul, 2010. p. 49-71.

_____. **A Saúde Persecutória e os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

____. Identidades sob risco ou risco como identidade? A saúde dos jovens e a vida contemporânea. **R. Inter. Interdisc.** INTERthesis, Florianópolis, v.4, p. 02-16, jul./dez. 2007.

CASTRO, M. G. E ABRAMOVAY, M. Por um novo paradigma do fazer políticas: políticas de/para/com juventudes. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.19, n.2, jul./dez. 2002. p. 19-46.

CHANAME, E. et al. Normas percebidas por los estudiantes universitarios de enfermería acerca de sus pares y el uso de drogas en Lima, Perú. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. spe, p. 865-870, 2009.

COMIS M. A. E NOTO A. R. Reasons for not using ecstasy: a qualitative study of non-users, ex-light users and ex-moderate users. **BMC Public Health**. 2012 May 14;12:353.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 19, p. 123-140, 1989.

COSTA, A. C. et al. Drogas em áreas de risco: o que dizem os jovens. **Physis (Rio J.)**; 22(2): 803-819, abr.-jun. 2012.

COSTA, P. H. A. et al.. Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. **Rev Panam Salud Publica**. 2013; 33(5):325–31.

COSTA, M. C. O. et al. Experimentação e uso regular de bebidas alcoólicas, cigarros e outras substâncias psicoativas/SPA na adolescência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1143-1154, Oct. 2007.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez, 1998.

DE KEIJZER, B. Los discursos de la educación y participación en salud: del a evangelización sanitaria al empoderamiento. In: MINAYO, M. C. S. E COIMBRA JR, C. E. A. (orgs.) **Críticas e atuantes**: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 441-460.

DE MICHELI, D. E FORMIGONI, M. L. Are reasons for the first use of drugs and family circumstances predictors of future use patterns? **Addict Behav.** 27. p. 87-100, 2002.

DE MICHELI, D.; FISBERG, M. E FORMIGONI, M. L. O.S. Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 305-313, Sept. 2004.

DEMO, P. **Participação é conquista.** São Paulo: Cortez, 1999.

DIAZ C, J. B. et al. El consumo de drogas y su tratamiento desde la perspectiva de familiares y amigos de consumidores: Guatemala. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. spe, p. 824-830, 2009.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration.** Boston: Harvard University Press; 1973.

ECHER, I. C. et al., A contribuição de restrições sociais ao fumo para o abandono do tabagismo. **Revista gaúcha de enfermagem.** Porto Alegre. Vol. 29, n.4 (dez. 2008), p. 520-527.

EMCDDA. European Monitoring Centre for Drugs. **European drug prevention quality standards** – a manual for prevention professional. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2011.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde - um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 3-4, Apr. 2007.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, T. C. D. et al. Percepções e atitudes de professores de escolas públicas e privadas perante o tema drogas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 551-562, Sept. 2010.

FREITAS, I. C. M. de E MORAES, S. A. de. Dependência de álcool e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 2021-2031, Oct. 2011.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal; 1979. p. 79-98.

FUSCALDO, L. V.; BISOL, L. W.; LARA, D. R. How emotional traits and affective temperaments relate to cocaine experimentation, abuse and dependence in a large sample. **Addictive behaviors**, v. 38, n. 3, p. 1859-1864, 2013.

GABATZ, R. I. B. et al. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 140-146, Mar. 2013.

GARNELO, L. E LANGDON, J. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, M. C. S. E COIMBRA JR, C. E. A. (orgs.) **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 133-156.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. First household survey on drug abuse in São Paulo, Brazil, 1999: principal findings. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 121, n. 6, p. 231-237, 2003.

GALDURÓZ, J.C.F. E CARLINI, E.A. Use of alcohol among the inhabitants of the 107 largest cities in Brazil - 2001. **Braz J Med Biol Res**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 367-375, Mar. 2007.

GOMES, F. C. et al. Religion as a protective factor against drug use among brazilian university students: a national survey. **Rev Bras Psiquiatr**; 35(1): 29-37, Mar. 2013.

GRANADOS HERNANDEZ, M. (et al). Perspectiva crítica de la familia y de personas cercanas sobre factores de riesgo familiares y comunitarios en el uso de drogas ilícitas en San José, Costa Rica. **Rev.**

Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 17, n. spe, p. 770-775, 2009.

GUATTARI, F. E ROLNIK, S. **Micropolítica**: Cartografia do Desejo. Petrópolis: Vozes, 1986.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed. 2003.

HORTALE, V. A.; MOREIRA, C. O. F.; BODSTEIN, R. C. A.; RAMOS, C. L. (orgs.) **Pesquisa em saúde coletiva: fronteiras, objetos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.

JESUS, F. B. de et al. Vulnerabilidade na adolescência: a experiência e expressão do adolescente. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 359-367, June. 2011.

JUNGERMAN, F. S., et al. Abuso de fármacos anestésicos pelos anesthesiologistas. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 62, n. 3, 2012.

KALOUSTIAN, S. M. E FERRARI, M. Introdução. In.: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família brasileira: a base de tudo**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, p. 11-15, 2008.

KARAM, E.; KYPRI, K. E SALAMOUN, M.. Alcohol use among college students: an international perspective. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 20, n. 3, p. 213-221, 2007.

KNAUTH, D. R. et al. Manter-se acordado: a vulnerabilidade dos caminhoneiros no Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 886-893, Oct. 2012.

LANCETTI, A. E AMARANTE, P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. In: CAMPOS, G. W. de S. (et. al). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

LANCHEROS CARRILLO, L. P. E MAURO, M. Y. C. Uso e abuso de álcool e outras drogas: ações de promoção e prevenção no trabalho. **Rev. enferm. UERJ**; 11(1): 25-33, 2003.

LARANJO, T. H. M. E SOARES, C. B. Moradia universitária: processos de socialização e consumo de drogas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 6, p. 1027-1034, Dec. 2006.

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa, Portugal: Livros Horizonte, 1978.

LEYTON, V. et. al. Amphetamine, cocaine and cannabinoids use among truck drivers on the roads in the State of Sao Paulo, Brazil. **Forensic Sci Int**. 2012 Feb 10;215(1-3):25-7.

LOYOLA, C. M. D. et al. Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas na cidade do Rio de Janeiro - Zona Norte, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. spe, p. 817-823, 2009.

LOYOLA, M. A. O lugar das ciências sociais na saúde coletiva. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 9-14, Mar. 2012.

MALTA, D. C. et al. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 14, supl. 1, p. 166-177, Sept. 2011.

MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, A. A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In: CAPONI, S. (et al.) **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Ed. Unisul, 2010. p. 111-134.

____. **Antropologia médica**. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Barcelona: Anthropos Editorial, 2008.

MARTINI, J. G. E FUREGATO, A. R. F. Representações sociais de professores sobre o uso de drogas em uma escola de ensino básico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. spe, p. 601-606, Aug. 2008.

MARTINS, E. E SZYMANSKI, H. (2004). A abordagem ecológica de Urie Bronfenbrenner em Estudos com famílias. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**, 1(4), 66-77.

MENDOZA-SASSI, R. A.; BÉRIA, J. U. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. **Addiction**, v. 98, n. 6, p. 799-804, 2003.

MENENDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2003, vol.8, n.1, pp. 185-207.

MOREIRA-ALMEIDA, A. E STROPPIA, A. Espiritualidade e saúde mental: o que as evidências mostram? **Revista debates em psiquiatria**. - Nov/Dez 2012. p 34- 40.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 242-250, Sept. 2006.

MOREIRA, F. G.; SILVEIRA, D. X. da E ANDREOLI, S. B. Knowledge and attitudes related to drug abuse and prevention displayed by public school educators. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 31, n. 2, p. 95-100, 2009.

NARDI, F. L. et al. Drug use and antisocial behavior among adolescents attending public schools in Brazil. **Trends Psychiatry Psychother.**, Porto Alegre , v. 34, n. 2, p. 80-86, 2012.

NAPPO S. A; GALDURÓZ J. C; RAYMUNDO, M. E CARLINI E. A. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. **J Psychoactive Drugs**. 2001 Jul-Sep;33(3):241-53.

NEVES, A. C. L. E MIASSO, A. I. "Uma força que atrai": o significado das drogas para usuários de uma ilha de Cabo Verde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 159-68, 2010.

NOTO, A. R. E GALDURÓZ, J. C. F. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 145-151, 1999.

OLIVEIRA, L. G. de, et al. Polydrug use among college students in Brazil: a nationwide survey. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 221-230, Sept. 2013.

____. Drug consumption among medical students in São Paulo, Brazil: influences of gender and academic year. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 31, n. 3, p. 227-239, Sept. 2009.

OLIVEIRA, E. B. de; FUREGATO, A. R. F. Nursing students' work, a risk factor for the consumption of alcohol and other drugs. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. spe, p. 565-571, Aug. 2008.

OVIEDO RODRIGUEZ, R. J., et al. Factores de protección relacionado al uso de drogas ilícitas: perspectiva crítica de familiares y personas cercanas a los usuarios de drogas, en la Ciudad de Guayaquil, Ecuador. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. spe, p. 831-837, 2009.

PASSOS, S. R. L., et al. Prevalence of psychoactive drug use among medical students in Rio de Janeiro. **Social psychiatry and psychiatric epidemiology**, v. 41, n. 12, p. 989-996, 2006.

PERNGPARN, U. et al. Drug and alcohol services in middle-income countries. **Current opinion in psychiatry**, v. 21, n. 3, p. 229-233, 2008.

PERES, C. A. (et al). Family structure and adolescent sexual behavior in a poor area of São Paulo, Brazil. **J Adolesc Health**. 2008 Feb;42(2):177-83.

PINTO, D. de R.; DE ALMEIDA, T. E. P.; MIYAZAKI, M. C. de O. S. A saúde e estresse ocupacional em médicos. **Arq. ciênc. saúde**, v. 17, n. 4, p. 201-205, 2010.

PORTO, P. N. E REIS, H. F. T. Religiosidade e saúde mental: um estudo de revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.37, n.2, p.375-393 abr./jun. 2013.

RAMMINGER, T. E BRITO, J. C. de. O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo , v. 33, n. 117, p. 36-49, June, 2008.

- RASSOOL, G. H. E VILLAR-LUIS, M. Tackling drug and alcohol misuse in Brazil: priorities and challenges for nurses. **International Nursing Review**, 51, p. 201–207, 2004.
- ROCHA, M. I. de U. M. da et al. Lifestyle, health characteristics and alcohol abuse in young adults who are non-daily smokers. **São Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 128, n. 6, p. 354-359, Dec. 2010.
- RODRIGUEZ FUNES, G. M., et al. Factores de riesgo relacionados al uso de drogas ilegales: perspectiva crítica de familiares y personas cercanas en un centro de salud público en San Pedro Sula, Honduras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. spe, p. 796-802, 2009.
- ROMANINI, M. E ROSO, A. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n. 1, p. 82-97, 2012.
- ROMERA, L. Drogas e mídia: influências no lazer da juventude. **Licere (Online)**, v.12, n.3, 2009. Disponível em:
<http://www.anima.eefd.ufrj.br/licere/pdf/licereV12N03_ar4.pdf>.
Acesso em: setembro de 2015.
- RONZANI, T. M.; MOTA, D. C. B.; SOUZA, I. C. W. de. Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 51-61, Aug. 2009.
- RONZANI, T. M. et al. Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 852-861, June. 2005.
- ROSO, A. E GUARESCHI, P. A. Megagrupos midiáticos e poder: construção de subjetividades narcisistas. **Política & Trabalho - Revista de Ciências Sociais**, n. 26, abril de 2007, p. 37-54.
- SANCHEZ, Z. V. D. M. E NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Rev. psiquiatr. clín.**, 2007, vol.34, suppl.1, p.73-81.

SANCHEZ, Z. V. D. M., DE OLIVEIRA L.G., NAPPO S.A.

Religiosity as a protective factor against the use of drugs. **Subst Use Misuse**. 2008;43(10):1476-86.

SANTOS, M. Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico internacional. São Paulo: Hucitec, 1994.

SCHENKER, M. E MINAYO, M.C.S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.707-717, 2005.

SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. **Rev. Trab. Educ.**, Belo Horizonte, n. 7, p. 38-46, jul./dez. 2000.

SILVA, F. A. E SILVA, E. S. Como prevenimos o uso indevido de drogas. In: PULCHEIRO, G., BICCA, C. E SILVA, F. A. (orgs.) **Álcool, outras drogas, informações:** o que cada profissional precisa saber. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

SILVA, J. da et al. Illicit drug use in seven Latin American countries: critical perspectives of families and familiars. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. spe, p. 763-769, 2009.

SILVA, V. A. da et al. Brazilian study on substance misuse in adolescents: associated factors and adherence to treatment. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 133-138, Sept. 2003.

SILVEIRA, C. M., et. al. Sociodemographic correlates of transitions from alcohol use to disorders and remission in the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. **Alcohol Alcohol**. 46(3), p. 324-332, May-Jun, 2011.

____. Gender differences in drinking patterns and alcohol-related problems in a community sample in Sao Paulo, Brazil. **Clinics**, v. 67, n. 3, p. 205-212, 2012.

SOARES, C. B. E JACOBI, P. R. Adolescentes, drogas e Aids: avaliação de um programa de prevenção escolar. **Cad Pesqui**. 2000; (109):213-37.

SOUZA, L. D. de M., et al. Bem-estar psicológico de jovens de 18 a 24 anos: fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1167-1174, June. 2012.

TEIXEIRA, R. F., et al. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de odontologia da Universidade Federal do Espírito Santo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 655-662, May. 2010.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna** – teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

TOCKUS, D. E GONÇALVES, P. S. Detecção do uso de drogas de abuso por estudantes de medicina de uma universidade privada. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 3, p. 184-187, 2008.

VARGAS, D. de; VILLAR-LUIS, M. A. Álcool, alcoolismo e alcoolista: concepções e atitudes de enfermeiros de unidades básicas distritais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. spe, p. 543-550, Aug. 2008.

VARGAS, E. V. Drogas: armas ou ferramentas? In: MINAYO, M. C. S. E COIMBRA JR, C. E. A. (orgs.) **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 587-608.

VARGENS, O. M. da C. et al. Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas, na cidade do Rio de Janeiro, Zona Norte, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. spe, p. 776-782, 2009.

VASTERS, G. P. E PILLON, S. C. Drugs use by adolescents and their perceptions about specialized treatment adherence and dropout. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 19(2), 317-324, 2011.

UNODC. **Diretrizes Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas**. 2014b. Disponível em: http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/UNODC_Normas_Internacionais_PREVENCAO_portugues.pdf
Acesso em: 12 de abril de 2015.

WAGNER, G. A. et al. Alcohol and drug use among university students: gender differences. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 123-129, June. 2007.