CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR
DIRETORIA LEGISLATIVA
COORDENAÇÃO DAS COMISSÕES

A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE USO DE BEBIDA ALCOÓLICA E/OU ENTORPECENTES POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Mônica Moura da Costa e Silva
Analista Legislativo Municipal
Área de Qualificação: Comissões / Sub-Área: Saúde Pública

ESTUDO TÉCNICO
FEVEREIRO, 2016

ESTUDO TÉCNICO: A notificação compulsória de uso de bebida alcoólica e/ou entorpecentes por crianças e adolescentes

Objetivo do documento: O estudo solicitado visa subsidiar do ponto de vista teórico-conceitual e com base em legislação específica, a votação do Projeto de Resolução (PLE) nº73/2015 que Dispõe sobre a obrigatoriedade dos hospitais públicos e privados e instituições congêneres notificarem ocorrências de uso de bebida alcoólica e/ou entorpecentes por crianças e adolescentes, de autoria da Vereadora Kátia Alves, pelos membros da Comissão de Saúde, Planejamento Familiar, Previdência e Seguridade Social. Entretanto, não cabe neste estudo qualquer análise relacionada ao mérito ou constitucionalidade da proposição em questão. Cumpre-nos apenas sistematizar os principais achados técnico-científicos e a legislação relacionada ao tema em questão com vistas a subsidiar a emissão e análise do parecer pela referida Comissão.

A NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE DOENÇAS E AGRAVOS PELO SUS

De acordo com a Lei Orgânica da Saúde, Lei no 8.080, de 1990, a Vigilância Epidemiológica (VE) é definida como "um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos". Assim, para atender à sua finalidade principal, a VE tem que ser alimentada com informações sobre as doenças e agravos que estão sob vigilância ou que possam ocorrer de modo inusitado.

Notificação é a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção das medidas de intervenção pertinentes. Destina-se, em primeira instância, ao serviço local de saúde incumbido de controlar a ocorrência. Quando reunidas de forma sistematizadas, as notificações passam a compor sistemas de informações próprios, que possibilitam o

acompanhamento, de forma mais ampla, das características do fenômeno estudado, quanto à sua distribuição e tendências.

A notificação compulsória é feita na situação em que a norma legal obriga aos profissionais de saúde e pessoas da comunidade a comunicar a autoridade sanitária a ocorrência de doença ou agravo que estão sob vigilância epidemiológica.

Historicamente, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) tem sido o principal instrumento da Vigilância Epidemiológica (VE). Assim, é importante que seja preservado e constantemente aprimorado, incorporando-se os avanços científicos e tecnológicos de cada período, pois, em parte, dele dependem a eficiência e a efetividade da VE. Dada a natureza específica de cada doença ou agravo à saúde o processo da notificação é dinâmico, variável em função de mudanças no perfil epidemiológico, dos resultados obtidos com as ações de controle e da disponibilidade de novos conhecimentos científicos e tecnológicos. As normas de notificação devem adequar-se no tempo e no espaço, quanto às doenças consideradas, áreas geográficas abrangidas, conteúdo de informação requerido, critérios de definição de casos, periodicidade de transmissão dos dados, modalidades de notificação e fontes de informação utilizadas.

As doenças que vêm compondo a Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória têm sido aquelas que podem colocar em risco a saúde das coletividades. Tradicionalmente, vem-se priorizando as doenças de natureza infecciosa, apesar da 21ª Assembleia Mundial de Saúde (1968) já discutir a abrangência do conceito de VE, e salientar a possibilidade da sua aplicação a outros problemas de saúde.

As subnotificações constituem-se em uma das principais dificuldades para a VE, e têm causas variadas que vão desde a pouca sensibilidade e informação dos profissionais de saúde, particularmente dos médicos (da rede privada ou pública), até mesmo à falta de prioridade da notificação das doenças na rede de serviços enquanto atividade básica e fundamental da saúde. Por outro lado,

as informações geradas (com algumas exceções em áreas limitadas e/ou para algumas doenças objetos de programas especiais) não são disponíveis nos diversos níveis do sistema de modo ágil e oportuno de maneira a responder prontamente ao processo informação - decisão - ação, principal objetivo da Vigilância Epidemiológica (Fossaert, Llopis & Tigre, 1974; Carvalho, 1998).

O debate atual ao reconhecer um conceito mais ampliado de saúde e dos seus determinantes (Constituição de 1988) e que incorpora a proposta de descentralização na qual o município é a instância privilegiada para o desenvolvimento das ações de saúde (Lei nº 8.080), recoloca para os gestores das três esferas de governo a necessidade cotidiana de aperfeiçoar a vigilância de doenças e agravos de notificação compulsória na perspectiva do desenvolvimento do SUS (Fossaert, Llopis & Tigre, 1974; Carvalho, 1998).

As discussões que se intensificaram a partir da década de 1990 em torno da reorganização do sistema de 'vigilância epidemiológica', continham pelo menos três elementos que deveriam estar integrados:

1) a 'vigilância' de efeitos sobre a saúde, como agravos e doenças, tarefa tradicionalmente realizada pela 'vigilância epidemiológica';
2) a 'vigilância' de perigos, como agentes químicos, físicos e biológicos que possam ocasionar doenças e agravos, tarefa tradicionalmente realizada pela 'vigilância sanitária';
3) a 'vigilância' de exposições, através do monitoramento da exposição de indivíduos ou grupos populacionais a um agente ambiental ou seus efeitos clinicamente ainda não aparentes (subclínicos ou pré-clínicos), este último se coloca como o principal desafio para a estruturação da 'vigilância ambiental' (Freitas & Freitas, 2005; EPSJV, 2002).

Em 2013, foi publicada a Portaria nº 1.139 que define, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as responsabilidades das esferas de gestão e estabelece as Diretrizes Nacionais para Planejamento, Execução e Avaliação das Ações de Vigilância e Assistência à Saúde em Eventos de Massa. Consta

na Norma, Anexo II, o uso de bebida alcoólica como um dos critérios para avaliação do risco em eventos de massa.

Em junho de 2014, o Ministério da Saúde atualizou a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional e publicou a Portaria nº 1.271. Não consta nesta lista a obrigatoriedade de notificação dos casos de ocorrência de uso de bebida alcoólica e/ou entorpecentes por crianças e adolescentes.

USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS POR CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Neste contexto, vale destacar, que com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente, ocorrido em 13 de julho de 1990, ficou estabelecido como infração penal o ato de vender, fornecer, ministrar ou entregar à criança ou adolescente, produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica, ainda que por utilização indevida (art. 243).

Segundo o Ministério da Saúde (2009) o uso constante de álcool causa dependência física e psicológica, transformando o usuário ocasional em viciado, podendo levar à morte pelo consumo excessivo e até mesmo debilitar progressivamente o organismo de quem a usa. A magnitude do problema do uso indevido de álcool, verificada nas últimas décadas, ganhou proporções tão graves que hoje é uma questão de saúde pública no país. Além disso, este contexto também é refletido nos demais segmentos da sociedade por sua relação comprovada com os agravos sociais, tais como: acidentes de trânsito e de trabalho, violência domiciliar e crescimento da criminalidade.

Várias pesquisas têm demonstrado os riscos do uso de bebidas alcóolicas na infância ou adolescência. De acordo com Zorzetto (2007), no Brasil 10% das mortes e doenças têm o álcool como responsável direto ou indireto, ao passo que no mundo esse índice está entre 3% e 4%. Os acidentes de trânsito são as

principais causas dessas mortes, especificamente no Brasil, 20 mil pessoas morrem todos os anos em acidentes.

No contexto desta discussão sobre uso de álcool e outras substâncias psicoativas, os adolescentes formam o grupo mais vulnerável ao uso de drogas e aos problemas decorrentes desse. De acordo com Pinsky e Bessa (2004), o período da adolescência é caracterizado por conflitos psicossociais, pela busca de integração social e independência, além da consolidação da identidade sexual, tais processos, entre outros, são fontes de emoções conflitantes e de difícil entendimento para o próprio jovem.

Martins (2006) considera que, além disso, a dificuldade em avaliar a própria conduta e as consequências relacionadas ao uso de drogas faz com que os jovens se exponham a problemas de saúde, a problemas sociais como envolvimento em situações de risco e relações familiares conflituosas e a problemas com as leis, uma vez que mesmo as drogas legais são de uso proibido para crianças e adolescentes.

Hussong (2000), examinando os cenários em que acontece o uso de álcool e outras drogas pelos adolescentes, aponta que os usuários de álcool relataram beber em sua própria casa e na casa dos amigos. O estudo de Cruz (2006) apontou que a experimentação ou início do consumo de bebida alcoólica pelos adolescentes se dá com familiares e posteriormente passa a ser compartilhado com o grupo de pares. As investigações de Dallo (2008) apontam que "os adolescentes bebem quase sempre na companhia de alguém, principalmente dos amigos, em locais como festas, onde a bebida mais usada é a cerveja e o motivo principal é para festejar ou por influência dos amigos".

Partindo do fato de que o consumo de álcool e outras drogas pelos jovens é um problema de saúde pública que demanda políticas públicas "saudáveis"[1] e

[1] A noção de "Políticas Públicas Saudáveis" — PPS apareceu no debate internacional durante a 8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, no mesmo ano em que, no Brasil, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco do processo brasileiro de Reforma Sanitária.

investimentos em programas sociais. Pesquisadores têm discutido os possíveis caminhos de enfrentamento do problema. Faz-se necessário o fortalecimento de políticas públicas pautadas na intersetorialidade, com foco na integração de práticas das áreas da educação e saúde. Considerando o trabalho com temas e questões relacionadas à saúde dentro da escola e o compromisso da educação com a formação humana, autonomia e posicionamento crítico do sujeito em relação à realidade que o cerca, a interface entre esses dois contextos, por certo, possibilitará a reflexão sobre o bem estar físico, mental e social dos integrantes de determinada comunidade, o que dá origem à promoção da saúde, definida como processo de capacitação dos sujeitos para atuar na melhoria da sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. LEI nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União 20/9/90**. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 1990.

BRASIL. Lei n. 8069 de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Brasília. Senado Federal, 2004.

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

BRASIL. **Módulos de Princípios de Epidemiologia para o Controle de Enfermidades.** Módulo 4: vigilância em saúde pública / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde ; Ministério da Saúde, 2010.52 p.: il. 7 volumes.

Carvalho DM. **Sistemas de informação e alocação de recursos: um estudo sobre as possibilidades de uso das grandes bases de dados nacionais para uma alocação orientada de recursos**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 1998.

CRUZ, L. A. N. **Uso de álcool e julgamento sócio-moral de estudantes do ensino médio**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Marília, 2006.

DALLO, L. **Padrão de uso de álcool e outras drogas entre estudantes de Cascavel/PR**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Marília, 2009.

Fossaert DH, Llopis A, Tigre CH. Sistemas de vigilância epidemiológica. **Boletim da Oficina Panamericana** 76:512-525, 1974.

FREITAS, M. B. & FREITAS, C. M. A vigilância da qualidade da água para consumo humano – desafios e perspectivas para o Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 10(4): 993-1004, out./dez., 2005.

HUSSONG, A.M.; CHASSIN, L. Substance use initiation among adolescent children of alcoholics: testing protective factors. **Journal of Studies an Alcohol**, p. 272-278, may 1997.

HUSSONG, A. M. Differentiating peer context and risk for adolescent substance use. **Journal of Youth and Adolescence**. v.31, n.3, june, 2002.

MARTINS, R. A. **Uso de álcool, intervenção breve e julgamento sócio-moral em adolescentes que bebem excessivamente**. Tese (Livre Docência) - Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas, São José do Rio Preto, 2006.

Moraes IHS. **Sistemas de informações em saúde: reflexões sobre sua prática fragmentada**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991, 342 p.

Paim SJ, Teixeira MG. Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *In*: **Anais do Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica**. FNS, CENEPI Brasília, 1993.

PINSKY, I.; SILVA, M.T. A frequency and content analysis of alcool advertising am Brazilian television. **Journal os Studies on Alcool**, v.60, p. 349-359, 1999.

Silva LP, Chequer PJ. Sistema de informação em saúde e a vigilância epidemiológica. *In*: **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Brasília, Brasil, 1994.

Teixeira MG, Costa MCM. Vigilância Epidemiológica. *In*: **Manual de normas e procedimentos técnicos em vigilância epidemiológica**. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Superintendência de Saúde, Gerência de Vigilância Epidemiológica, Salvador, 1990.

ZORZETTO, R. A ressaca da festa. **Revista Ciência e Tecnologia no Brasil** – Pesquisa FAPESP, n.139, p. 43-49, 2007.

Rua Ruy Barbosa, s/n, Centro, Salvador - Bahia