

ESCOLA SUPERIOR DE TEOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEOLOGIA

IARANI AUGUSTA GALÚCIO LAUXEN

DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA ADOLESCÊNCIA E POLÍTICAS PÚBLICAS:
UM OLHAR SOBRE A PROBLEMÁTICA NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PA

São Leopoldo

2013

IARANI AUGUSTA GALÚCIO LAUXEN

DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA ADOLESCÊNCIA E POLÍTICAS PÚBLICAS:
UM OLHAR SOBRE A PROBLEMÁTICA NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PA

Trabalho Final de
Mestrado Profissional
Para obtenção do grau de
Mestre em Teologia
Escola Superior de Teologia
Programa de Pós-Graduação
Linha de pesquisa: Educação
Comunitária com Infância e
Juventude

Orientador: José Caetano Zanella

São Leopoldo

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L391d Lauxen, Iarani Augusta Galúcio

Dependência química na adolescência e políticas públicas: um olhar sobre a problemática no município de Santarém-PA / Iarani Augusta Galúcio Lauxen ; orientador José Caetano Zanella. – São Leopoldo : EST/PPG, 2013.

74 p. : il.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Teologia. Programa de Pós-Graduação. Mestrado em Teologia. São Leopoldo, 2013.

1. Toxicomania – Reabilitação. 2. Adolescentes – Uso de drogas – Santarém (PA). 3. Drogas – Abuso – Prevenção. 4. Drogas – Abuso – Tratamento. 5. Drogas – Abuso – Política governamental – Brasil. I. Zanella, José Caetano. II. Título.

Ficha elaborada pela Biblioteca da EST

IARANI AUGUSTA GALÚCIO LAUXEN

DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA ADOLESCÊNCIA E POLÍTICAS PÚBLICAS:
UM OLHAR SOBRE A PROBLEMÁTICA NO MUNICÍPIO DE SANTARÉM-PA

Trabalho Final de
Mestrado Profissional
Para obtenção do grau de
Mestre em Teologia
Escola Superior de Teologia
Programa de Pós-Graduação
Linha de pesquisa: Educação
Comunitária com Infância e
Juventude

Data:

José Caetano Zanella - Mestre em Desenvolvimento, Gestão e Cidadania - EST

Gisela Isolde Waechter Streck – Doutora em Teologia – EST

RESUMO

O presente trabalho analisa a situação de adolescentes dependentes químicos no Município de Santarém, Estado do Pará, observando os indicadores institucionais apontados pelo Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas- CAPS AD e pelo Centro Socioeducativo do Baixo Amazonas-CESEBA, quanto aos casos de adolescentes adictos registrados, dialogando com a proposta das Políticas Públicas existentes no Brasil para o enfrentamento desta problemática, na perspectiva de se avaliar a sua efetividade na garantia do direito a promoção da saúde mental ao adolescente em uso indevido de drogas, no que tange a implantação, efetivação e melhoria de programas, ações e atividades que assegurem a prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social destes adolescentes.

Palavras-chave: Adolescente. Dependência Química. Políticas Públicas.

ABSTRACT

This paper deals with the situation of chemically dependent adolescents in the municipality of Santarém in the state of Pará, observing the institutional indicators pointed out by the Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas- CAPS Ad (Center for Psychosocial Services Alcohol and Drugs) and the Centro Socioeducativo do Baixo Amazonas-CESEBA (Socio-educational Center of Lower Amazonas), as to the cases of registered addicted adolescents and dialogs with the proposal of the existing Public Policies in Brazil for confronting this problem, in the perspective of evaluating their effectiveness in guaranteeing the right to the promotion of mental health for the adolescent who is making improper use of drugs, as these policies relate to the implantation, effectuation and improvement of programs, actions and activities which assure the prevention, treatment, rehabilitation and social reinsertion of these adolescents.

Keywords: Adolescents. Chemical Dependency. Public Policies.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1 ADOLESCENTE, DROGAS E O ATO INFRACIONAL.....	11
1.1 Ser adolescente na sociedade contemporânea	11
1.2 Adolescente: do uso de drogas a dependência química.....	16
1.3 O ato infracional como impacto decorrente da drogadição na adolescência ...	21
2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ADOLESCENTE EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA	27
2.1 O direito de ser adolescente	27
2.2 Perspectivas sobre o Programa Saúde do Adolescente	31
2.3 Políticas sobre drogas para a prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social de adolescentes dependentes químicos	34
3 A SITUAÇÃO DO ADOLESCENTE USUÁRIO E DEPENDENTE QUÍMICO EM SANTARÉM-PA	51
3.1 Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Centros de Atenção Psicossocial para a infância e adolescência.....	51
3.2 A incidência de adolescentes dependentes químicos registrados pelo Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD em Santarém-PA.....	55
3.3 A incidência de adolescentes dependentes químicos privados de liberdade no Centro Socioeducativo do Baixo Amazonas-CESEBA	60
CONCLUSÃO.....	67
REFERÊNCIAS.....	71

INTRODUÇÃO

No presente trabalho final de mestrado profissional, buscou-se investigar a efetividade das políticas públicas sobre drogas no âmbito da justiça e da saúde na prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social de adolescentes dependentes químicos, no município de Santarém-PA. Diante da realidade gritante dos índices que apontam para o aumento dessa problemática, intentou-se verificar a existência de um serviço especializado para atenção a crianças e adolescentes em condição de uso ou dependência química neste município.

O trabalho teve como objetivos, discutir teoricamente os conceitos de adolescência, drogas, dependência química e impactos decorrentes da drogadição na adolescência e a relação com o ato infracional, além de buscar o número de casos registrados de adolescentes usuários de drogas ilícitas naquele município, caracterizando a população investigada quanto à faixa etária, origem, tipos de drogas mais consumidas, escolarização e situação escolar, reconhecendo como tem se dado a operacionalização da política de enfrentamento ao uso de drogas e ações existentes quanto à prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, apontando indicadores sociais que possibilitem a efetivação de novas políticas, como a criação do Centro de Atenção Psicossocial, especializado para crianças e adolescentes (CAPSi), no município, e/ou reformulações que contribuam com a prevenção, tratamento, recuperação, redução de danos e reinserção social desta demanda.

Para o alcance da proposta de trabalho se fez necessária a realização de pesquisa bibliográfica sobre temáticas da área, trazendo autores que discutam as categorias conceituais a respeito das seguintes questões: drogas, dependência química na adolescência, ato infracional, direitos e inclusão social, políticas públicas sobre drogas e normativas legais afins.

A pesquisa documental também permitiu levantar dados significativos, e preocupantes, para a reflexão sobre a emergência da intervenção sobre esta demanda, a qual realizada em instituições de atendimento a adolescentes que apresentam registros de dependência química, sendo possível consultar 100% dos prontuários das unidades, e levantando assim o número de casos registrados de adolescentes usuários de drogas ilícitas atendidos pelo Centro de Atenção

Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), o qual é vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, e números de internos que cometeram ato infracional comprometidos pela dependência química, em cumprimento da medida socioeducativa de internação custodiados no Centro Socioeducativo do Baixo Amazonas (CESEBA), ligado à Fundação de Atendimento Socioeducativo do Pará (FASEPA), ambos sediados no município de Santarém, Estado do Pará.

No conteúdo que se segue serão abordadas as bases conceituais sobre a infância e adolescência, drogas, dependência química, ato infracional, direito e inclusão social, as políticas públicas existentes para o adolescente e sobre drogas e indicadores de dependência química na adolescência, levantados no município de Santarém (PA).

O trabalho está dividido em três capítulos. No primeiro, há inicialmente abordagens acerca do adolescente, das drogas e do ato infracional, buscando reflexões quanto ao ser adolescente na sociedade contemporânea, especificamente o adolescente usuário ou dependente químico, bem como o ato infracional como impacto decorrente da drogadição na adolescência.

Enquanto que no segundo capítulo, há um olhar sobre as bases legais com o intuito de conhecer as legislações e normativas pertinentes a políticas públicas para a saúde do adolescente em dependência química, discutindo o direito de ser adolescente para o enfrentamento da exclusão social, buscando o que prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), as perspectivas sobre o Programa Saúde do Adolescente e as políticas sobre drogas para a prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, trazendo as prerrogativas da Política Nacional Sobre Drogas e a Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.

No capítulo três, buscou-se trazer evidências sobre a situação do adolescente usuário e dependente químico no município de Santarém, apresentando inicialmente a proposta dos serviços especializados ofertados pelo ministério da saúde, sendo: os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e os Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência (CAPSi). Posteriormente foi trabalhada a incidência de adolescentes dependentes químicos registrados pelo CAPS AD, em Santarém, e a incidência de adolescentes dependentes químicos privados de liberdade no CESEBA.

A seguinte análise mostra-se necessária a fim de propor reflexão, discussão e verificação das políticas públicas sobre drogas e sua efetividade, no sentido de apontar indicadores que possibilitem espaços de ampliação e reformulações de políticas adequadas no âmbito Federal, Estadual e Municipal, as quais envolvam também a participação da família e da sociedade, no intuito de garantir ao adolescente o direito a saúde, por meio da prevenção, promoção, tratamento, recuperação e reinserção social de adolescentes acometidos pela problemática social que tem sido a dependência química.

1 ADOLESCENTE, DROGAS E O ATO INFRACIONAL

1.1 Ser adolescente na sociedade contemporânea

Quando trabalhado a categoria adolescente passamos por uma diversidade de conceitos apontados por diversos estudiosos, perpassando também por uma multiplicidade de valores e entendimentos que definem o ser adolescente.

A partir do entendimento de Frota,¹ que aborda discussões sobre as diferentes concepções da infância e adolescência, enfatizando a importância da historicidade para sua construção, pode-se abrir uma reflexão para os modelos de sociedade desenvolvidos ao longo da história e como a criança era vista neste contexto.

Com apoio em Dourado,² sabe-se que a concepção de infância ao longo da história passou por diversas transformações, principalmente no século XX, quando passa a ser objeto emblemático, se tornando alvo de muitos olhares dos vários campos do saber que buscam compreendê-la na sociedade, diante das diversas formas que a infância veio sendo vista e tratada.

Não é difícil perceber que os processos sociais e econômicos impostos pelo modelo de produção capitalista são fatores geradores das mudanças ocorrentes quanto ao papel das crianças e adolescentes na sociedade.

No início da história a criança e o adolescente não eram vistos como um ser que merecia cuidados ou atenção especial, muito menos em suas particularidades e aspectos subjetivos, mas como um membro do processo de industrialização, os quais também deveriam contribuir com sua força de trabalho, sendo igualada e exposta à condição de adulto, sendo considerado um “adulto em miniatura”.³

Não diferentemente no Brasil, as primeiras comunidades formadas pelos indígenas possuíam práticas relacionadas ao costume, crenças e organização social influenciando a inserção de crianças no mundo do trabalho, elas desenvolviam

¹ FROTA, Ana Maria Monte Coelho. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, UERJ, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 147-160, abr. 2007.

² DOURADO, Ana Cristina Dubeux. História da infância e direitos da criança. *TV Escola/Salto para o Futuro*, ano XIX, n. 10, set. 2009.

³ FROTA, 2007, p. 5.

atividades que iam das mais leves às mais pesadas, os meninos trabalhavam na pesca, na caça, participavam das lutas tribais e as meninas bem antes dos sete anos teciam redes, trabalhavam na roça, na fabricação de farinha e nas atividades domésticas, além de serem submetidos a rituais violentos assim como os adultos.

Por muito tempo as crianças e adolescentes assumiam trabalhos arriscados e pesados, sendo submetidos a maus tratos e abusos sexuais, sendo reduzidas a um elemento de valor comercial nas práticas mercantis, realidade ainda presente nos dias de hoje.

Infelizmente, esse fator veio a contribuir para o amadurecimento precoce da infância, a exposição a condições de risco físico e social e as contradições socioeconômicas do cenário capitalista.

A esse respeito Frota referindo-se a estudos de Jardim destaca:

A infância, enquanto produção cultural da pós-modernidade, não pode ser pensada como cristalizada ou acabada. Constitui-se mesmo num devir, que incorpora a noção de transformação e dinamismo. Para Jardim (2003), “a idéia do devir criança nos leva a pensar a subjetividade em territórios para além da visibilidade superficial que nos leva ao tempo cronológico, uniforme e linear” (p. 28). Coloca-se, então a necessária compreensão dos diversos sentidos e significados de infância.⁴

Dessa forma é hora de pensar que o conceito de criança e adolescente precisa avançar, passando a se ter uma nova leitura emergente do ser criança e adolescente, e assim dar-lhe o tratamento adequado as suas peculiaridades.

Sabe-se que apenas em meados dos anos 1990 a infância no Brasil passou a ter um novo olhar por meio da mobilização de movimentos populares organizados, os quais exigiram urgentemente um novo posicionamento do Estado junto à problemática da criança e do adolescente no País. Foi a partir deste movimento, após anos de lutas para o reconhecimento dessa categoria social é que se deu origem à Lei Federal n. 8.069, promulgada em 13 de Julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que passou a ver a população infanto-juvenil como sujeito de direitos, mercedores de cuidados especiais, proteção prioritária e integral apontando para a efetivação de políticas que garantam cidadania.

⁴ JARDIM *apud* FROTA, 2007, p.152.

A compreensão de adolescente, por exemplo, apreendida a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) o define como toda pessoa com idade entre 12 anos completos e 18 anos incompletos. Esta fase compreende contradição e ação, vida e espera de oportunidades, compreensão, transformações, construções, ruptura e reaproximação.

A adolescência é considerada um período de mudança e transição, que afeta os aspectos físicos, sexuais, cognitivos, emocionais, biológicos, psicológicos, sociais e espirituais. Por outro lado, Freire,⁵ na *Pedagogia do Oprimido*, ressalta que na adolescência os jovens costumam tomar suas próprias iniciativas, decisões, escolhas, eles querem definir o próprio destino, em consequência, questionam, entram em conflito com eles mesmos e com a sociedade, reelaboram conceitos, valores, costumes, para que renovem seu jeito de ser e querer.

Referindo-se a Becker, Oliva⁶ considera o adolescente um ser em desenvolvimento e em conflito, o qual atravessa crises que perpassam a mudanças corporais, outros fatores pessoais e conflitos familiares, considerando “maduro” ou “adulto” quanto adaptado à estrutura da sociedade. Entretanto, Oliva aponta ainda conforme afirmam Aberastury e Knobel:

Busca de si mesmo e da identidade; tendência a agrupar-se; necessidade de intelectualizar e fantasiar; crise religiosa que pode ir do ateísmo ao misticismo fervoroso; desorientação temporal; o pensamento adquire as características de pensamento primário; manifestação que vai do autoerotismo até a heterossexualidade genital adulta; atitude anti-social ou associal de diferentes intensidades; contradições sucessivas em todas as manifestações da conduta dominada pela ação, e que se constituem numa forma de expressão; separação progressiva dos pais; constantes flutuações de humor e do estado de ânimo.⁷

Diante do conceito de adolescente construído explicita-se que a definição de identidade do adolescente é individual e coletiva; ele precisa de referências do outro, do grupo, para se diferenciar e construir sua própria identidade. Assim sendo, o desafio que se coloca ao trabalhar com adolescentes é a necessidade de atenção para as diferenças das mais sutis, que dizem respeito aos princípios morais, estéticos, étnicos e éticos, daí a importância de que um projeto de trabalho a ser

⁵ FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

⁶ OLIVA, Ângela. *O Estatuto da Criança e do Adolescente: um estudo sobre as medidas sócio-educativas e a reincidência*. Belém: UNAMA/FIDESA, 2003. p. 70-71.

⁷ ABERASTURY; KNOBEL *apud* OLIVA, 2003, p. 71.

desenvolvido com adolescentes presente como característica fundamental o diálogo, a construção coletiva das regras de convivência e o cumprimento das regras construídas pelo grupo.

Segundo Volpi,⁸ o adolescente é considerado como uma pessoa em desenvolvimento, sujeito de direito e destinatário de proteção integral. Sua condição de sujeito de direitos implica a necessidade de sua participação nas decisões de seu interesse e no respeito de sua autonomia, sendo de responsabilidade da família, do Estado e da sociedade garantir-lhe seu desenvolvimento integral. No entanto, na prática, o que se percebe é a desvinculação deste adolescente para que ele tome conta de arcar com suas vontades e necessidades básicas para sua sobrevivência. Contudo, “a adolescência é um conceito psicossocial, representa uma fase crítica no processo evolutivo em que o indivíduo é chamado a fazer importantes ajustamentos de ordem pessoal e de ordem social”.⁹

Nesta ótica o relatório da situação da adolescência brasileira de 2011¹⁰ traz reflexões importantes que apontam para um novo olhar sobre a adolescência, capaz de compreender seus estigmas e a diversidade de estereótipos, sabendo que ser adolescente vai muito além do processo biopsíquico, incorporando ao conceito de adolescência a ideia também de construção social dessa etapa da vida.

A esse respeito Ozella,¹¹ em sua contribuição com o Relatório supracitado, discute o conceito de adolescência, propondo a superação da ideia extremista que esta é uma fase problemática de crises e conflitos ou de “explosão de hormônios”, para a ideia de que a adolescência é uma construção histórica e social, contrapondo a ideia geral de alguns estudiosos que a tem unicamente como algo natural e universal.

A partir deste entendimento busca-se compreender a adolescência como um período de descobertas a ser ainda bem definida, tornando suas particularidades, ora vistas como negativas, uma potencialidade para tornar-se cidadão e protagonista

⁸ VOLPI, Mário. *O Adolescente e o Ato Infracional*. São Paulo: Cortez, 1999.

⁹ ROSA, Merval. *Psicologia Evolutiva*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1991. v. 3. p. 44.

¹⁰ FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. *Situação da Adolescência Brasileira 2011: O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades*. Brasília: UNICEF, 2011.

¹¹ OZELLA, S. (Org.). *Adolescências construídas: a visão da psicologia sócio-histórica*. São Paulo: Cortez, 2003.

de sua própria história. Essa reflexão aponta para um novo entendimento da adolescência, a ser vista em sua complexidade, sobrepondo o conceito restrito biológico como apenas uma fase de desenvolvimento humana, mas uma etapa de construção de sua personalidade e de sua cidadania.

Neste contexto o Relatório da Adolescência 2011 destaca:

Características associadas à adolescência são geralmente tomadas sob o ponto de vista negativo, como impulsividade, desejos de mudança e de extrapolar limites, extrema curiosidade pelo novo, intransigência com suas opiniões e atitudes, tornam-se, na verdade, oportunidades de aprendizagem e inovação para escolas, famílias, comunidades e para os próprios adolescentes.¹²

Ser adolescente vai muito além daquela relação consigo, do tempo meramente cronológico, parcial e momentâneo, mas uma etapa definidora da personalidade do ser humano; é um desabrochar para as relações sociais, para as trocas com o meio, ela não acontece sozinha, mas sofre influências externas produzidas pelo modo como a sociedade contemporânea caminha, se comunica e se reproduz.

Para Teixeira,¹³ é importante lembrar que os estudos e análises históricos e sociológicos esclarecem que o surgimento da adolescência, quer dentro do discurso científico ou na perturbação das relações no cotidiano das famílias, é resultado de complexos processos de mudanças sociais na estrutura e organização familiar, porém equivocadamente a adolescência ainda é construída como um problema, fonte de preocupações sociais. Isso tudo porque, segundo Wagner: “Nesta fase do desenvolvimento, as fronteiras entre o permitido e o proibido, o acessível e o inacessível são bastante flexíveis, já que as motivações essenciais do adolescente são o desafio e a descoberta”.¹⁴

É neste íterim que a sociedade como um todo deve estar alerta e preparada para as armadilhas que podem emboscar o futuro da juventude. Se lidar

¹² FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasil, 2011. p. 17. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/>>. Acesso em: 11 mai. 2013.

¹³ TEIXEIRA, Célia Maria Ferreira da Silva. Tentativa de Suicídio na Adolescência. *Revista da UFG*, v. 6, n. 1, jun. 2004 [on line]. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/juventude/suicidio.html>. Acesso em: 12 mai. 2013.

¹⁴ WAGNER, Adriana. *Adolescência e comunicação virtual*. São Leopoldo: Sinodal, 2009. p. 13.

com a adolescência em si, sua fase e desenvolvimento, como se ater a uma adolescência complexa e comprometida com o uso e/ou dependência de drogas ilícitas.

1.2 Adolescente: do uso de drogas a dependência química

Um dos problemas mais discutidos na sociedade pós-moderna é o uso de drogas ilícitas, e ainda torna-se mais preocupante quando esse uso é feito por adolescentes, levando-os à dependência química. A partir daí há tantas outras consequências de ordem social, psicológica, física e mental que podem atingir a vida destes adolescentes comprometendo o seu desenvolvimento pleno e suas relações sociais.

Antes de entrar propriamente na discussão acerca de drogas, faz-se importante saber o conceito dado a ela e sua classificação que está entre drogas lícitas e ilícitas.

A cartilha informativa drogas e álcool do Conselho Municipal de Entorpecentes de Caxias-RS define drogas segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual dispõe que são substâncias não produzidas pelo organismo que têm a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento.

A Cartilha define ainda o conceito de drogas lícitas, vejamos:

São aquelas comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição, dentre elas o álcool (venda proibida a menores de 18 anos) e alguns medicamentos que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial.¹⁵

Contudo, as drogas lícitas são aquelas que têm sua comercialização e consumo permitido na sociedade, dentre as mais comuns estão o Álcool e a Nicotina, os quais devido ao uso indevido e contínuo também podem levar à dependência e apresentar agravos à saúde.

¹⁵ CARTILHA INFORMATIVA Drogas e Álcool. Conselho Municipal de Entorpecentes. Prefeitura de Caxias do Sul/RS. 2010. p. 4. Disponível em: <http://www.caxias.rs.gov.br/_uploads/conselho_entorpecentes/cartilha.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2013.

Entretanto, a definição de drogas ilícitas perpassa por qualquer substância de uso não permitido que provoque reações psicoativas, dentre elas alucinações, delírios persecutórios, alterações de humor e outros prejuízos à saúde física e mental.

A esse respeito, Baptista define que droga:

[...] é empregada pela maior parte das pessoas em referência às substâncias ilícitas que alteram a consciência e /ou que causam dependência, o que exclui outras substâncias lícitas que possuem as mesmas propriedades, tais como medicamentos em geral, o álcool, o café e o tabaco (MALUF; MEYER, 2002).¹⁶

As drogas ilícitas também chamadas de substâncias psicoativas resultam em uma série de problemas de ordem psicossocial, assim como de saúde. Schuckit¹⁷ faz comentários gerais sobre os mecanismos farmacológicos, e discute que o uso de qualquer tipo de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, afeta o cérebro ou o sistema nervoso central. Ressalta que o uso dessas substâncias pode causar intoxicação, e todas induzem à dependência psicológica, utilizadas para alterar seu nível de consciência ou aumentar o conforto psicológico, não conseguindo o usuário dependente ficar um só dia sem o uso delas.

Como descrito por Schuckit¹⁸ são diversas as problemáticas causadas pelo uso de drogas ilícitas, sem contar que o autor não especifica faixas etárias. Portanto, adolescentes em uso poderão também apresentar reações adversas tanto quanto as pessoas adultas, crendo que os prejuízos são ainda mais desastrosos, considerando as particularidades vivenciadas nesta fase da vida.

Este mesmo autor define o conceito de uso e abuso de drogas, da seguinte forma:

[...] é o uso de uma substância que altera a mente de um modo que difere das práticas médicas ou sociais geralmente aprovadas. Em outras palavras, quando o uso continuado de uma substância que altera a mente representa

¹⁶ MALUF; MEYER *apud* BAPTISTA, Gustavo Camilo. *Adolescência e drogas: a escuta dos dependentes*. São Paulo: Vetor, 2006. p. 21.

¹⁷ SCHUCKIT, Marc; *Abuso de álcool e drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 23.

¹⁸ SCHUCKIT, 1991, p. 23.

mais para o usuário que os problemas causados por tal uso, pode-se dizer que a pessoa está abusando da droga.¹⁹

Dessa forma, o uso indevido de substâncias psicoativas, seja eventualmente ou ocasionalmente, pode levar à síndrome da dependência.

Laranjeira²⁰ trata a dependência química como uma doença cerebral, provocada devido ao uso contínuo e inicialmente voluntário gerando consequências desastrosas.

A consequência é que, a partir do momento em que a pessoa desenvolve uma doença chamada dependência, o uso passa a ser compulsivo e acaba destruindo muitas das melhores qualidades da própria pessoa, contribuindo para a desestabilização da relação do indivíduo com a sua família e com a sociedade.²¹

A esse respeito ainda “a dependência é também chamada de habituação ou o uso compulsivo, implicando uma necessidade diária física e/ou psicológica à droga”, conforme Schuckit.²²

Rodrigues, em seu livro *O adolescente de hoje*, aborda reflexões sobre as drogas de ontem, hoje e sempre, apontando que essa não é uma novidade problemática, mas um fenômeno ocorrente de difícil extermínio, porém de possível combate, referindo-se a ela como uma “epidemia social”, sabendo que as drogas podem empestar os jovens mesmo com uma boa educação familiar, não sendo um privilégio apenas de famílias com menos poder aquisitivo, mas uma doença que pode atingir qualquer faixa etária e pessoas de diferentes níveis sociais.²³

Rodrigues destaca que:

O uso de drogas pode causar dependência física ou psíquica. Na dependência física, o organismo se adapta a droga e se acostuma com ela. Na dependência psíquica, as alterações comportamentais favorecem a iniciação e manutenção do vício, passando a se tornar o centro da vida do usuário.²⁴

¹⁹ SCHUCKIT, 1991, p. 24.

²⁰ LARANJEIRA, Ronaldo. Legalização de drogas ilícitas no Brasil. In: *Drogas Políticas e Práticas*. São Paulo: Roca, 2011. p. 9.

²¹ LARANJEIRA, 2011, p. 9.

²² SCHUCKIT, 1991, p. 24.

²³ RODRIGUES, Denise. *O adolescente hoje*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000. p. 57.

²⁴ RODRIGUES, 2000, p. 65.

A autora aponta uma grande preocupação com esta demanda, sabendo que as drogas estão mais próximas do que possa imaginar, considerando a existência das drogas lícitas de livre comercialização, as quais segundo “estatísticas da OMS, o tabaco e o álcool são as drogas que mais matam em todo o mundo e são consideradas a porta de entrada para outras drogas”.²⁵

O Relatório da adolescência brasileira de 2011 também trata da questão das drogas e aponta o consumo de drogas na adolescência como um fator de vulnerabilidade que merece atenção, considerando os riscos e prejuízos ocorrentes ao desenvolvimento do adolescente das mais diversas ordens.

Considerando que:

Pessoas que usam drogas, ainda que eventualmente, estão mais propensas a se envolver em episódios de violência, como brigas e acidentes de trânsito, a fazer sexo de forma desprotegida e a se expor, portanto, a doenças como a hepatite e a AIDS, a acidentes no trabalho, e até mesmo ao abuso sexual. O uso de maneira constante representa esses e outros riscos, como o comprometimento da saúde física e psíquica, a degradação de relações familiares e comunitárias, o desemprego.²⁶

Em 2003, o Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas, por meio da Secretaria Nacional Antidrogas, realizou um levantamento sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, apontando um consumo frequente entre eles de substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas.

Das 2.807 crianças e adolescentes entrevistados nas 27 capitais brasileiras, quanto aos seus hábitos e práticas diárias, declararam estar o uso ilegal de drogas, como a maconha, cocaína e outras obtidas de forma clandestina, como o solvente e medicamentos psicotrópicos. Ocorrendo que 1932 deles afirmaram estar na rua mais do que moram com a família, 212 fazem uso ultrapassando um percentual de 11%, enquanto que 875 afirmaram não morar com a família, sendo que 435 deles fazem uso atingindo um percentual de 49,5%, sendo possível destacar que o uso

²⁵ RODRIGUES, 2000, p. 66.

²⁶ UNICEF, 2011, p. 47.

clandestino de drogas ilícitas torna-se mais frequente entre o grupo que considera não morar com a família.²⁷

A pesquisa apontou ainda que os motivos, atribuídos ao primeiro uso, estavam ligados à curiosidade e à influência do grupo, sintomas esses bem evidentes nesta fase da vida, como apontado por alguns autores ao conceituar adolescência, isto por se tratar de uma prática que define a identidade do grupo, ocorrendo que o desejo por integrar-se a ele, acabava definindo a decisão de experimentar. Porém, não se pode afirmar que este venha ser um fator preponderante, pois, “a decisão de usar (ou não) emerge da interação de vários fatores complementares e menos perceptíveis, como a própria fragilidade da situação de rua, o vínculo familiar, os limites, os medos, as expectativas e o fascínio pelo desafio”.²⁸

Contudo, não se pode atribuir dentro dessa cruel realidade a responsabilidade pelos prejuízos do uso e abuso de drogas estritamente ao adolescente, pois, ele está envolto de um contexto vulnerabilizante, o qual o expõe a situação de risco, onde na maioria das vezes sem os mecanismos devidos para lidar com essa fatalidade, ou seja, sem acesso às ações de prevenção pouco divulgadas e implementadas, este não consegue passar por ela sem ser atingido.

Neste sentido, faz-se importante saber que o Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA, Lei n. 8.069/90, aponta preocupação também quanto à questão do acesso, fornecimento e uso de drogas lícitas ou ilícitas, definindo em seu Art. 81:

Art. 81. É proibida a venda à criança ou ao adolescente de:
I - armas, munições e explosivos;
II - bebidas alcoólicas;
III - produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica ainda que por utilização indevida...²⁹

Portanto, observa-se que a problemática da droga generalizou as

²⁷ NOTO, Ana Regina et al. *Levantamento Nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 2003. p. 28-30. Disponível

em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/criancas_situacao_ rua/328241.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2013.

²⁸ NOTO, 2003, p. 32.

²⁹ ESTATUTO da Criança e do Adolescente - ECA. Lei n. 8.069, de 13 de Julho de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 02 fev. 2013.

preocupações, pois hoje não é vista apenas como um problema de ordem jurídica, mas de saúde pública e mental, e também de ordem social. Daí a importância de investimentos emergenciais na prevenção, tratamento, reabilitação e reinserção social, garantindo o futuro desses jovens, que devido ao envolvimento com o uso de drogas podem estar vulneráveis à infecção de doenças, ao desenvolvimento de patologias e transtorno mental, ao cometimento de atos infracionais, bem como ao envolvimento com o tráfico de drogas.

1.3 O ato infracional como impacto decorrente da drogadição na adolescência

Segundo o Art. 104 do ECA os menores de 18 (dezoito) anos são penalmente inimputáveis, porém responsáveis. Violar a lei enquanto adolescente é estar passível de submeter-se à aplicação de uma Medida Sócio-Educativa, sendo-lhe asseguradas todas as garantias contidas nesta lei.

Art. 104. São penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às medidas previstas nesta Lei.
Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei, deve ser considerada a idade do adolescente à data do fato.³⁰

Em correspondência absoluta com a Convenção Internacional dos Direitos da Criança (1989),³¹ considera-se o adolescente autor de ato infracional como uma categoria jurídica, passando a ser sujeito dos direitos estabelecidos na doutrina da proteção integral, inclusive do devido processo legal.

Isto é, a transgressão da lei é definida e limita a atuação da justiça nesta área, judicialmente verificada à prática do ato infracional, corresponde à atividade judicial à aplicação de medidas previstas no Art. 112 do ECA.

Art. 112. Verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas:
I - advertência;
II - obrigação de reparar o dano;
III - prestação de serviços à comunidade;
IV - liberdade assistida;

³⁰ ESTATUTO da Criança e do Adolescente, 2013.

³¹ ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção sobre os Direitos da Criança. Resolução n. L. 44 (XLIV) da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989 e ratificada pelo Brasil em 20 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Crian%C3%A7a/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca.html>>. Acesso em: 02 fev. 2013.

V - inserção em regime de semi-liberdade;
VI - internação em estabelecimento educacional;
VII - qualquer uma das previstas no art. 101, I a VI.
§ 1º A medida aplicada ao adolescente levará em conta a sua capacidade de cumpri-la, as circunstâncias e a gravidade da infração.
§ 2º Em hipótese alguma e sob pretexto algum, será admitida a prestação de trabalho forçado.
§ 3º Os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual e especializado, em local adequado às suas condições.³²

O Ato infracional adotado no Art. 103 do Estatuto da Criança e do Adolescente é conceituado como sendo a conduta descrita como crime ou contravenção penal. “Considera-se ato infracional a conduta descrita como crime ou contravenção penal”.³³

O Relatório da Situação da Adolescência Brasileira elaborado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância, UNICEF-Brasil (2002),³⁴ ressalta que a prática do ato infracional por adolescentes tem gerado polêmicas, temores e propostas de soluções desmedidas na sociedade brasileira.

O entendimento sobre a prática de infrações por adolescentes oscila entre a atribuição exclusiva de responsabilidade ao próprio adolescente ou responsabilização das condições sociais nas quais o adolescente está inserido. Essas percepções extremistas dificultam a compreensão de que o delito é uma produção social e que o infrator age sempre num contexto de condições objetivas que podem ora estimular ora inibir sua atuação, mas que servem como explicações únicas ao fenômeno do conflito com a lei por parte de adolescentes.³⁵

Os adolescentes autores de ato infracional depois de comprovada sua participação na infração, pela legislação brasileira, são submetidos a medidas socioeducativas. Segundo Volpi a medida socioeducativa é ao mesmo tempo, a sanção e a oportunidade de ressocialização, contendo, portanto, uma dimensão coercitiva, pois o adolescente é obrigado a cumpri-la, e educativa, pois seu objetivo não se reduz em punir o adolescente, mas prepará-lo para o convívio social. Estas estão estabelecidas no Art. 112 do ECA, citado acima na página 22, nota 32.

³² ESTATUTO da Criança e do Adolescente, 2013.

³³ ESTATUTO da Criança e do Adolescente, 2013.

³⁴ UNICEF-Brasil. *Relatório da Situação da Adolescência Brasileira elaborado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância*. 2002, p. 46.

³⁵ UNICEF-Brasil, 2002, p. 48.

Qualquer uma destas medidas socioeducativas visa à inserção social do adolescente em programas sociopedagógicos que propiciem a ele o desenvolvimento educacional e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, construindo e reafirmando valores ético-políticos para a vida em comunidade.

Para Teixeira, a prática do ato infracional sempre revela prejuízo, quer seja o ato relacionado à sobrevivência ou a delitos graves, este adolescente sempre necessita de cuidados. O referido autor ainda afirma que a conduta da criança ou do jovem (mesmo quando rouba na família, por exemplo) deve ser compreendida como um pedido de socorro que deve ser decodificado e respondido pela família, pela escola, pela comunidade ou quando tudo falhar, pelo Estado.

É na biografia singular de cada adolescente que se inscreve a história de seu país, de sua comunidade, de seus grupos de pertencimento (família, amigos) atravessados, cada vez mais por redes transnacionais de comunicação e influência.³⁶

Portanto, a produção da violência do adolescente precisa ser vista não só como decorrente de fatores de ordem objetiva e isolada, mas também de ordem subjetiva, que está imbricada com a história de seu grupo de pertencimento, de sua classe social, de seu país. Neste sentido, indicadas com as determinações econômicas existem as determinações socioculturais, históricas e psicológicas que precisam ser consideradas na compreensão destes atos. Prova disso é a realidade constatada pelo Levantamento Nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras, apontando a diversidade de questões envolvendo também o uso de substâncias psicoativas, motivadoras de atos ilícitos podendo levar até mesmo ao cometimento do ato infracional.³⁷

É fato que existem fatores impicantes que levam o adolescente a entrar no mundo do crime, um deles é a própria desigualdade social tendo ferido o direito à igualdade, alimentação, lazer, moradia educação, muitas vezes o crime passa a ser sua única opção de ganhar dinheiro para sua sobrevivência, e a droga enganadora

³⁶ TEIXEIRA, 2004, p. 103.

³⁷ NOTO, 2003.

da fome. É neste cenário que se reflete a insuficiência de políticas públicas, ela é a responsável pela escassez de bons hospitais, boas escolas e assistência social para quem dela necessitam.

A violência e o tráfico de drogas também são fatores preponderantes, a droga, por exemplo, é a porta de entrada para o crime, isso porque as drogas ajudam a tirar a fome e dão uma sensação ilusória de poder, porém elas fazem com que o usuário se torne dependente delas. Infelizmente a maioria dos casos de adolescentes que se envolvem em ato infracional apresenta envolvimento também com uso e/ou tráfico de entorpecentes, muitos utilizam substâncias psicoativas para encoraja-los nas práticas delituosas.

Em pesquisa realizada no ano de 2007³⁸ sobre questões pertinentes à garantia de direitos para adolescentes privados de liberdade em cumprimento da Medida Socioeducativa de Semiliberdade no Estado do Pará, destacaram-se resultados que abordaram acerca do direito previsto no Art. 101 como medida específica de proteção, no qual prevê em seu inciso VI a inclusão de adolescentes quando necessário em programação oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e drogaditos.

Durante a pesquisa foram entrevistados 27 adolescentes dos 29 custodiados na época. Quanto à incidência infracional, foi possível observar que 53% deles haviam cometido roubos e 22% respondiam por homicídios, sendo muito comum iniciarem a prática de pequenos furtos para a manutenção do uso de drogas, uma vez não possuem recursos financeiros para tal, por outro lado os casos de homicídio foram motivados por relações de violência ocorrente na situação de rua em que vivem os drogaditos ou até mesmo na ocorrência de práticas de roubos seguida de morte da vítima.

Quanto ao envolvimento com drogas a pesquisa demonstrou ainda que nas unidades de semiliberdade grande parte dos adolescentes possuíam comprometimento com as drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. A questão da drogadição tem sido uma realidade entre os adolescentes, em que a maioria deles

³⁸ GALÚCIO, Iarani Augusta Soares. *Medida socioeducativa de semiliberdade: garantia de direitos para o adolescente autor de ato infracional*. 2007. 33 f. (Trabalho de Conclusão de Curso), Graduação em Serviço Social, Universidade da Amazônia, Belém, 2007. p. 24.

está sobre efeitos de substâncias psicoativas quando praticam ato infracional, lamentável ainda é o fato de que as Políticas Públicas tem sido insuficientes para garantir a todos esses adolescentes o direito assegurado na medida protetiva, possibilitando a inclusão desses jovens em programa de prevenção, auxílio, orientação e tratamento para usuários de drogas.

Os dados comprovaram que 48% dos adolescentes que cumpriam Medida de Semiliberdade no Estado do Pará em 2007 eram usuários de drogas ilícitas (maconha, e pó de cocaína), 41% usavam drogas lícitas (cigarro industrial e álcool), e 11% não responderam. Mostrou ainda que dos 27 adolescentes entrevistados 13 possuíam alto comprometimento com a drogadição, destes 46% faziam ou já tinham feito tratamento, no entanto 54% nunca fizeram tratamento algum, uns por não aceitarem, outros por serem usuários somente de droga lícita e outros por estarem aguardando uma oportunidade de vaga em uma das poucas unidades de recuperação existentes.³⁹

Diante desse fato é visível a omissão do Estado e da própria sociedade em relação às suas responsabilidades em que a estrutura social comete falhas, não implementando políticas bem definidas e estruturadas que forneçam elementos que propiciem condições necessárias para que o adolescente exercite sua cidadania como pessoa em desenvolvimento e sujeito, evitando assim a penosa experiência do envolvimento com as drogas e possivelmente com o ato infracional. Esta problemática precisa ser sanada e compreendida, pois o problema de drogadição deve ser encarado como doença que precisa ser tratada, é quando se deve garantir a medida protetiva disposta no Art. 101, inc. VI, do ECA:

Art. 101. Verificada qualquer das hipóteses previstas no Art. 98, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:

VI - inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;⁴⁰

A qual poderá ser aplicada isolada ou cumulativamente com uma Medida Socioeducativa, bem como substituída a qualquer tempo para se garantir a inclusão de drogaditos em programa oficial e comunitário de auxílio, orientação e tratamento

³⁹ GALÚCIO, 2007, p. 23.

⁴⁰ ESTATUTO da Criança e do Adolescente, 2013.

a alcoólatras e toxicômanos, garantindo o previsto constitucionalmente o direito a saúde.

2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ADOLESCENTE EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

2.1 O direito de ser adolescente

Ser adolescente na sociedade contemporânea tem sido um grande desafio, ou o maior desafio da história da infância no Brasil, isto porque, a história mostra um dilema na trajetória de reconhecimento e valorização da condição de ser criança e adolescente. Hoje, após lutas de movimentos sociais em defesa do direito da criança e do adolescente, foram conquistadas a partir da década de 1980 e 1990 leis que asseguram a implantação de políticas públicas para eles, contudo, ainda se mantém em debate o direito de ser adolescente, apesar de tudo, ainda se permanece na busca pela efetivação dessas políticas, que se demonstram frágeis.

O relatório da UNICEF da Situação da Adolescência Brasileira 2011 traz como tema “O direito de ser adolescente: oportunidades para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades”, buscando falar a linguagem desse grupo social abrindo espaços de protagonismo, pois quando a discussão é a situação da adolescência brasileira, eles querem falar. Marie-Pierre Poirier, representante do UNICEF no Brasil enfatiza na apresentação deste relatório o propositivo convite para a reflexão de um novo olhar para a adolescência, superando o discurso que se tem da adolescência como um problema, para passar a vê-la a partir de uma condição de oportunidades e desenvolvimento.⁴¹

O relatório traz consigo a chamada de alerta à sociedade brasileira para a ampliação, amadurecimento e aprofundamento das políticas fundamentais conquistadas nos últimos 30 anos, destacando a prioridade da garantia do direito de ser adolescente e exercer sua cidadania, afinal são mais de 21 milhões de cidadãos nesta fase, segundo UNICEF 2011.

O Brasil vive hoje o que vem sendo chamado de bônus demográfico. Com 11% de sua população vivendo a adolescência, o País tem uma oportunidade única: nunca houve e não haverá no futuro tamanho contingente de adolescentes. Um universo de 21.083.635 de meninos e meninas, um momento inédito de possibilidades reais para se fortalecer os importantes avanços das últimas duas décadas nas áreas da saúde, da educação, da inclusão, já realizadas para as crianças. Sem deixar de

⁴¹ O DIREITO de ser adolescente: *Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades*. Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília, DF: UNICEF, 2011. 182 p.

investir na garantia dos direitos da primeira e segunda infância, é chegada a hora de se avançar em conquistas para os adolescentes brasileiros. Não há tempo como este. O presente do Brasil é um presente.⁴²

Dessa forma se faz um apelo emergente para o investimento na adolescência brasileira, considerando que este é o momento do amadurecimento destes e das políticas específicas, sabendo que essa realidade populacional é única nesse tempo, que a tendência é o envelhecimento da sociedade, assim pretende-se investir nesse futuro, no sentido de se ter adultos seguros, comprometidos e éticos.

Diego Gomes de Moraes, 17 anos, de Hiliópolis-SP, comentou e foi publicado no relatório da UNICEF uma reflexão pertinente:

No papel, está lindo, o direito do adolescente a se expressar. Mas, na prática, acham que o adolescente não tem nada de útil, que não tem nada de bom para oferecer. Na verdade, a gente tem muito a contribuir. Apesar da pouca experiência e idade, nós vivemos muito e de tudo um pouco, e tentamos encaixar as vivências e experiências em qualquer situação.⁴³

Tem-se diante de nós uma ampla oportunidade, a partir de um novo olhar de resgate da adolescência das vulnerabilidades e dando-lhes condições de viver suas adolescências, com a multiplicidade de efeitos ocorrentes nesse processo de particularidades e essencialidades, vividas por eles. Para tal, a família, sociedade e Estado precisam redescobrir a adolescência garantindo-lhe o princípio de equidade, reduzindo as vulnerabilidades e desigualdades que comprometem seu pleno desenvolvimento, ampliando políticas focadas na universalidade de acesso e nas principais demandas. A partir da transformação das fragilidades em oportunidades é que se poderá garantir um protagonismo cidadão e o direito então de ser adolescente.

A categoria direito vem casar-se perfeitamente com a de **cidadania**, pois ela seria o usufruto e o exercício de todos os direitos garantidos à pessoa humana, aquilo que a torna livre, cidadão, 'homem' e gente, que garante a sua dignidade.

Sposati constrói um conceito de cidadania aqui considerado como o reconhecimento de acesso a um conjunto de condições básicas para que a

⁴² UNICEF, 2011, p. 14.

⁴³ UNICEF, 2011, p. 20.

identidade se construa pela dignidade, solidariedade e não só pela propriedade.⁴⁴ Esta dignidade supõe não só o usufruto de um padrão básico de vida como a condição de presença, interferência e decisão na esfera pública da vida coletiva.

A esse respeito, o relatório da UNICEF com muita propriedade conceitua:

Tradicionalmente, quando se fala em cidadania, pensa-se logo no direito de ter direito. Quem é cidadão de um país usufrui todas as garantias de direitos assegurados formalmente na sua Constituição Federal e nas legislações complementares. Essa visão resulta de uma redução do conceito de cidadania à formalidade das leis. Numa perspectiva mais ampla, pode-se dizer que a cidadania é mais do que simplesmente ter direito. É o direito de produzir a cada dia novos direitos, de reivindicá-los e obtê-los, concretamente, no dia a dia.⁴⁵

Couto ainda considera a cidadania como capacidade de alguns indivíduos ou de todos os indivíduos (no caso de uma democracia efetiva) de se aproximarem dos bens socialmente produzidos, de atualizarem as potencialidades de realização humana, abertas pela vida social.⁴⁶

Pensar na categoria direito para adolescentes privados de liberdade é poder tornar-se possível o exercício de sua cidadania e garantir a eles o direito de sentirem-se cidadãos, o direito destes produzirem em seu contexto novos direitos. Alguns infelizmente não conseguem definir ou construir qualquer conceito de cidadania porque esta lhe foi destituída em toda sua trajetória de vida, estar destituído destes direitos é estar excluído de todo processo de evolução social.

A ideia de *exclusão social* assinala um estado de carência ou privação material, de segregação, de discriminação, de vulnerabilidade em alguma esfera, estando a exclusão associada a um processo de desvinculação social/espacial.⁴⁷ O excluído não escolhe a sua condição; ela se dá numa evolução temporal como resultado das mudanças na sociedade, como, por exemplo, as crises econômicas outras formas de exclusão são a cultural, a territorial e a étnica.

⁴⁴ SPOSATI, Aldaíza. *Estudos sobre Exclusão/Inclusão Social*, 2000. Disponível em: <<http://www.dpi.inpe.br/diretório/gilberto/social/exclusion>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

⁴⁵ UNICEF. Situação da Adolescência Brasileira. 2002, p. 61. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/sab_3.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2013.

⁴⁶ COUTO, Berenice R. *O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação é possível?* 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006, p. 34.

⁴⁷ FEIJÓ, Maria Cristina. ASSIS, Simone Gonçalves de. O contexto de exclusão social e de vulnerabilidades de jovens infratores e de suas famílias. *Estud. psicol.* [online], Natal, v. 9, n. 1, p. 157-166, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22391.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

Feijó e Assis trazem em seu texto uma reflexão acerca da exclusão social:

O ser excluído traduz-se na falta de ganhos, de alojamento, de cuidados, de instrução, de atenção, de poder exercer sua cidadania. A falta de oportunidades para o indivíduo e sua família afeta seu sentido de existência e suas expectativas de futuro. Nas palavras de Castel (1995): “nos processos de vulnerabilidade que arruinam os pobres deve ser buscada a origem das perturbações afetando o equilíbrio social”.⁴⁸

Essa instigante realidade vem estimular a busca por elementos que garantam a *inclusão social*. Percebeu-se que o novo conceito de atendimento assistencial, pautado na cidadania e na humanização, tem provocado uma mudança subjetiva na consciência da população, em virtude do processo socioeducacional que recebe inserido no tratamento digno. Em função deste, desenvolve-se um rico trabalho de valorização humana e inclusão social, despertando no cidadão a capacidade de apreender e demandar a excelência na qualidade do seu atendimento, que envolve respeito, eficiência e conclusão nos serviços prestados.

Diante deste novo conceito faz-se reconhecer que a adolescência não é apenas o processo de desprendimento dos laços infantis, mas é também o encontro do ser humano com uma cultura e uma civilização, seus valores e sua ética, isto é dele por natureza, e não pode ser tirado. É a partir do processo socializador amplo, vivido na adolescência que o sujeito é colocado diante da possibilidade de experimentar seu lugar de cidadão na sociedade, em sua plenitude, é nesta ótica que consideramos a medida socioeducativa nos casos dos adolescentes privados de liberdade, com sua integralidade de garantias ao desenvolvimento e as unidades especializadas para adolescentes dependentes químicos a oportunidade de se dar oportunidades, no tratamento, recuperação e prevenção, quando infelizmente todos os outros mecanismos da esfera social falharem.

Dessa forma, poder devolver ao adolescente a oportunidade de que este se encontre com sua própria identidade e se reconheça como ser social, sentindo-se pertencente ao meio onde vive e responsável pelos resultados imprimidos a partir de

⁴⁸ FEIJÓ; ASSIS, 2004, p. 157-166.

suas ações, possibilitando o exercício de sua cidadania e como diria Frei Betto: “Sou cidadão quando sinto que o que acontece com o mundo acontece comigo”.⁴⁹

Contudo, o adolescente deve ser visto como pessoa em desenvolvimento e como sujeito de direito e proteção integral, cabendo a responsabilidade da família, Estado e sociedade garantirem-lhe o seu desenvolvimento integral.

2.2 Perspectivas sobre o Programa Saúde do Adolescente

Raposo ao discutir sobre a Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem na perspectiva de garantia de direito à saúde,⁵⁰ destaca a Política Nacional de Saúde do Adolescente e Jovem a qual vem preconizar a atenção integral a esse grupo populacional considerando suas necessidades específicas, além das características socioeconômicas e culturais da comunidade onde estão inseridos. Contudo ressalta que o modelo de atenção à saúde do adolescente e jovem é resultante de uma política pública integrada à Política Nacional de Saúde e articulada a instâncias governamentais e não governamentais, refletindo a perspectiva de intervenção do Estado na garantia e efetivação dos direitos sociais, ora regulamentados pela Lei n. 8.080/90, que dispõe sobre o SUS, e a própria Lei n. 8.069/90, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que juntas estabelecem diretrizes de assistência à saúde dessa demanda.

Após a conquista dos direitos para infância garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, reforçou-se ainda mais o direito à saúde previsto na Constituição Federal como princípio de acesso universal. Por outro lado, o ECA destaca a saúde como um direito fundamental à criança e ao adolescente, e é esta prerrogativa que impulsiona o poder público a criar estratégias para o atendimento especializado desta demanda. Contudo a política de saúde tem centralizado no atendimento à criança, uma vez que há uma série de exigências a serem cumpridas ao indivíduo logo ao nascer, como as vacinações obrigatórias, testes do pezinho, olhinho, orelhinha, e outros mais, tendo sido criados os conhecidos Centros “Casa

⁴⁹ FREI BETTO *apud* Fundo das Nações Unidas para a Infância: UNICEF. *Situação da Adolescência Brasileira*. 2002, p. 61. Disponível em: <www.unicef.org/brazil/pt/sab_3.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2013.

⁵⁰ RAPOSO, Clarissa. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? *Revista em Pauta*, Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, jul. 2009.

da Criança”, ficando a desejar o acompanhamento ao adolescente, fase precípua a um atendimento biopsicossocial.

O que se sabe é que a partir da visão de que tais sujeitos são bastante vulneráveis e necessitam de cuidados e estratégias especiais de saúde, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) pela Portaria n. 980/GM de 21 de dezembro de 1989. Este programa fundamenta-se na política de Promoção de Saúde, respeitando as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), garantidas pela Constituição Brasileira de 1988. Em 1999, o Ministério da Saúde ampliou o programa para indivíduos até 24 anos, considerando então a Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Essa política tem como missão a promoção de Saúde, a identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação para adolescentes (10-19 anos) e jovens (20-24 anos) de ambos os sexos, tendo como eixo central ações com caráter de integralidade, enfoque preventivo e educativo, ou seja, estratégias preventivas e curativas de forma articulada: multiprofissional; intersetorial; interinstitucional, através de sistema de referência e contra-referência nas várias instâncias operacionais do SUS.

Segundo a Portaria n. 980/GM de 21 de dezembro de 1989, o PROSAD tem como objetivos resumidamente:

- Promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento;
- Reduzir a morbimortalidade e os desajustes individuais e sociais;
- Normatizar as ações das áreas prioritárias;
- Estimular e apoiar a implantação e/ou implementação dos Programas Estaduais e Municipais;
- Assegurar o atendimento adequado às características dos jovens, respeitando as particularidades regionais e a realidade local;
- Promover e apoiar estudos e pesquisas relativas à adolescência;
- Formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude, a ser desenvolvida nos níveis Federal, Estadual e Municipal, e nos âmbitos governamentais e não governamentais.⁵¹

A proposta dessa política vem a calhar a diversidade de problemáticas vivenciadas pelos adolescentes nessa fase da vida e atender com particularidade e

⁵¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa Saúde do Adolescente (PROSAD). *Bases Programáticas*. 2. ed. Brasília; Ministério da Saúde, 1996. p. 12-13.

prioridade os mesmos desde a garantia da saúde pública para todos prevista na Constituição Federal de 1988 e no ECA de 1990. Vale ressaltar ainda que o PROSAD tem como áreas de ações prioritárias para o adolescente o crescimento e desenvolvimento, as imunizações, a questão da sexualidade e saúde reprodutiva, a família, saúde mental, saúde escolar, saúde bucal, prevenção de acidentes e violência e maus-tratos, propondo um atendimento integral aos adolescentes e jovens brasileiros.

O Programa é ditoso quando traz em suas bases programáticas reflexões pontuais e fundamentadas de aspectos característicos da adolescência, o que faz justificar a importância de se implantar políticas destinadas a essa população.

A adolescência contém, na sua expressão, a síntese das conquistas e vicissitudes da infância e as reformulações de caráter social, sexual, ideológico e vocacional, impostas por uma completa e radical transformação corporal, que impõe ao indivíduo a condição de adulto. É importante ressaltar que o crescimento, o desenvolvimento e as características pessoais dos adolescentes resultam da interação biológica, psicológica e social, no contexto da família, da sociedade e do ambiente sócio-cultural.⁵²

É na observância dessas particularidades que se convence da necessária intervenção interdisciplinar nessa fase da vida, considerando que o indivíduo é formado por uma complexidade de estados, os quais precisam estar em plena sintonia para o alcance do equilíbrio biopsicossocial.

Ao tratar da saúde mental o PROSAD afirma que o estado psicológico da adolescência está diretamente conectado à significação das modificações do corpo, do pensamento, do conhecimento, do modo como se socializa, conduzindo-o à formação da sua identidade. Destaca ainda que “o adolescente vê-se envolvido com as manifestações de seus impulsos instintivos, que tendem a exteriorizar-se através de condutas nem sempre consideradas dentro dos limites socialmente aceitos”.⁵³

Sabendo desta possível conduta inerente a esta fase da vida, destaca-se a importância do entendimento referente aos aspectos sinalizados os quais podem caracterizar normais ou patológicos, a fim de identificar o adolescente que pode vir apresentar riscos. Neste caso faz-se importante também a capacitação especializada de profissionais para tal intervenção, e assim, proporcionar um

⁵² PROSAD, 1996, p. 15-16.

⁵³ PROSAD, 1996, p. 20.

trabalho que aponte a prevenção de doenças, a detecção de patologias e seu tratamento, além da promoção da saúde. O documento ressalta ainda que “Não se pode omitir, nessa oportunidade, a grande incidência de acidentes, homicídios e suicídios, que são hoje as causas mais freqüentes de mortalidade para esse grupo etário”.⁵⁴ Assim como, “as depressões, o abuso de drogas, os desajustes na família, na escola e no trabalho”,⁵⁵ se identificado a tempo estas manifestações a equipe de saúde pode intervir contribuindo com a minimização do problema e redução de danos.

Diante da complexa demanda apresentada o poder público cria políticas para atender o adolescente através de programas que promovam a saúde mental, fato é que precisa de retaguarda reforçada, quando o abalo mental de adolescentes está sendo provocado pelo uso abusivo de substâncias psicoativas, precisando investir em políticas extras específicas que objetivem a prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social de jovens dependentes químicos.

Quanto ao direito à saúde do adolescente, o Relatório UNICEF (2011)⁵⁶ destaca grandes avanços e conquistas importantes nesta área nos últimos anos, nos quais se definiu marcos legais com o objetivo da redução de atuar no arrefecimento de vulnerabilidades e desigualdades sociais, com destaque para as Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, baseadas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens.

2.3 Políticas sobre drogas para a prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social de adolescentes dependentes químicos

Diante da proporcionalidade da problemática sobre drogas que tomou o Brasil, o Governo Federal passou a discutir estratégias de combate a esta problemática, ora vista como um problema do âmbito jurídico por se tratar de crime contra o Estado, e que mais tarde também acabou sendo considerado um problema de saúde pública. A fim de cuidar da ordem jurídica foi criada a Secretaria Nacional

⁵⁴ PROSAD, 1996, p. 20.

⁵⁵ PROSAD, 1996, p. 15-16.

⁵⁶ UNICEF, 2011, p. 90.

de Políticas sobre Drogas (SENAD), gerida pelo Gabinete de Segurança Institucional e nele também contido o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD).

O Conselho Nacional Antidrogas, tendo em vista o processo que realinhou a Política Nacional Antidrogas vigente anteriormente, editou a Resolução n. 03/GSIPR/CH/CONAD, em 27 de outubro de 2005, que aprovou a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) para o Brasil, contando com a participação de toda a sociedade a fim de discutir e opinar sobre os capítulos que dariam vinco a essa política, apontando o caráter democrático e participativo que redefine a corresponsabilidade entre o Estado e a Sociedade no trabalho de redução da demanda de drogas, sendo considerado um grande avanço nas políticas públicas sobre drogas em nosso país.

Foi uma longa caminhada de discussões e troca de experiências sobre a temática ocupando um âmbito de debate e intercâmbio ampliado iniciado pela realização do Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, que contou com a participação de sete países (Canadá, Itália, Países Baixos, Portugal, Reino Unido, Suécia e Suíça) onde foram apresentados e estudados modelos diferenciados de políticas sobre o tema. O encontro contou ainda com representantes de ONGs, comunidade científica, autoridades brasileiras, de áreas correlatas, e formadores de opinião.⁵⁷

O passo seguinte propôs a construção de seis fóruns de discussão, promovidos nas cinco regiões do Brasil, a partir da parceria com o SENAD, governos dos Estados e Conselhos Estaduais de Entorpecentes/Antidroga, sendo posteriormente criado o Fórum Nacional sobre Drogas, permitindo serem intensificadas as discussões regionais para o realinhamento efetivo da Política Nacional, garantindo a participação da população e assim sua legitimidade. Finalmente, Política Nacional sobre Drogas foi apresentada ao CONAD, que a aprovou sem ressalvas. Jorge Felix, Ministro-Chefe do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República e Presidente do Conselho Nacional Antidrogas, considera essa publicação uma iniciativa coletiva e democrática que entregou à sociedade uma Política revisada, atualizada e coerente com as muitas

⁵⁷ FELIX, Jorge. *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas*. Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília, 2010. p. 11.

realidades brasileiras, sem preconceitos e discriminação, garantindo a promoção da saúde, “o respeito aos direitos humanos e a inclusão social”.⁵⁸

Para o pleno andamento da proposta da PNAD foram apontados alguns pressupostos básicos, dentre eles:

- Reconhecer as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada.
- Tratar de forma igualitária, sem discriminação, as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas.
- Garantir o direito de receber tratamento adequado a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas.
- Priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade.
- Garantir, incentivar e articular, por intermédio do Conselho Nacional Antidrogas - CONAD, o desenvolvimento de estratégias de planejamento e avaliação nas políticas de educação, assistência social, saúde e segurança pública, em todos os campos relacionados às drogas.
- Garantir a implantação, efetivação e melhoria dos programas, ações e atividades de redução da demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos, levando em consideração os indicadores de qualidade de vida, respeitando potencialidades e princípios éticos.
- Reconhecer o uso irracional das drogas lícitas como fator importante na indução de dependência, devendo, por esse motivo, ser objeto de um adequado controle social, especialmente nos aspectos relacionados à propaganda, comercialização e acessibilidade de populações vulneráveis, tais como crianças e adolescentes.⁵⁹

Observa-se que esses pressupostos básicos demonstram uma preocupação significativa com a superação da discriminação do usuário ou dependente químico, dando destaque para o tratamento legal diferenciado a estes e ao traficante, além da priorização às iniciativas de prevenção ao uso, abuso e tráfico de substâncias ilícitas psicoativas e de promoção social e da saúde, evidenciando a especial atenção à população vulnerável de crianças e adolescentes, foco dessa pesquisa, o que enfatiza ainda mais a importância da existência e efetivação da Política Nacional Sobre Drogas-PNAD.

A PNAD tem como objetivos a implantação e implementação de rede socioassistencial integrada nos âmbitos públicos, privado ou intersetorial para atendimento de pessoas que apresentem transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, podendo, contudo, ofertar tratamento especializado e multidisciplinar para a redução das consequências sociais e de saúde decorrentes

⁵⁸ LEGISLAÇÃO e Políticas Públicas sobre Drogas, 2010, p. 12.

⁵⁹ LEGISLAÇÃO e Políticas Públicas sobre Drogas, 2010, p. 13-14.

do uso indevido de drogas para a pessoa, a comunidade e sociedade. Importante salientar também o seu objetivo educativo sobre os crimes, delitos e infrações relacionados às drogas ilícitas e lícitas, assim podendo trabalhar na prevenção promovendo a efetivação de políticas públicas que apontem para a melhoria da qualidade de vida do cidadão, assim como para programas socioeducativos de combate ao tráfico de drogas que busquem a promoção da saúde e a reparação dos danos causados à sociedade.

Esses objetivos também poderão ser alcançados por meio da manutenção e atualização contínua do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas - OBID, pois é por meio dele que se fundamenta a necessidade de reformulações de Políticas e programas de intervenção dirigidas:

[...] à redução de demanda (prevenção, tratamento e reinserção psicossocial), redução de danos e de oferta de drogas, resguardados o sigilo, a confidencialidade e seguidos procedimentos éticos de pesquisa e armazenamento de dados.⁶⁰

Com os objetivos e pressupostos básicos apontados, a PNAD define cinco campos que fundamentam sua proposta de trabalho, dentre eles: *1. a prevenção; 2. o tratamento, recuperação e reinserção social; 3. a redução dos danos sociais e à saúde; 4. a redução da oferta; 5. estudos, pesquisas e avaliações.*

Quanto às diretrizes dispostas para a **prevenção**⁶¹ à orientação geral que se têm, é de que para sua efetividade se faz necessário o comprometimento e a cooperação dos diferentes segmentos sociais e governamentais, seja na esfera Federal, Estadual ou municipal, seja nas não governamentais; fundamentado no pressuposto da responsabilidade compartilhada. Trata-se, com esta Política específica, do melhoramento da qualidade de vida e da promoção da saúde. Vê-se nesse processo o amadurecimento da PNAD a qual deixa de atentar apenas para a atenção criminalizatória do uso e dependência química e parte para o controle social a essa problemática não só no âmbito jurídico e da segurança, mas também no âmbito da saúde mental merecendo cuidado e atenção.

⁶⁰ LEGISLAÇÃO e Políticas Públicas sobre Drogas, 2010, p. 15.

⁶¹ LEGISLAÇÃO e Políticas Públicas sobre Drogas, 2010, p 16-17.

As disposições gerais destacam ainda que para a execução desta política, no campo da prevenção deve haver a descentralização das ações nos municípios, contando com o apoio dos Conselhos Estaduais de políticas públicas sobre drogas e da sociedade civil organizada, sempre buscando atingir as particularidades locais e priorizando os grupos de maior vulnerabilidade, identificados por meio de diagnóstico contínuo, e nesta lógica apontar para a necessária criação de espaço deliberativo e de fortalecimento da política através dos Conselhos Municipais sobre Drogas.

Outro ponto que merece destaque relativo às ações preventivas dispostas na PNAD é a ênfase dada ao planejamento direcionado ao desenvolvimento humano, por meio do incentivo a ações educativas para uma vida saudável, acesso à cultura, lazer, esportes e a socialização do conhecimento sobre drogas propondo a inclusão de conteúdos na educação básica e superior, relativos à prevenção ao uso indevido de drogas, inclusive por meio de base científica, apontando, portanto, para o fomento do protagonismo juvenil, da participação da família, da escola e da sociedade tornando-se multiplicadores dessas ações.

Quanto às ações referentes ao **tratamento, recuperação e reinserção social**⁶² as orientações gerais apontam uma série de medidas a serem tomadas. A primeira delas é a garantia por meio do Estado, organizações não governamentais e entidades privadas de ações responsáveis e éticas que ofereçam o tratamento, recuperação, reinserção social de forma descentralizada e técnica atingindo os usuários, dependentes químicos, seus familiares e populações específicas.

Este ponto destaca que todas as ações referentes ao tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional devem estar vinculadas a pesquisas científicas, com disponibilidade de recursos para financiamento considerando que são os resultados delas que apontam a necessidade de intervenção na promoção de ações de reinserção familiar, social e ocupacional, por ser este considerado um instrumento que pode romper com o ciclo de consumo.

Tem como diretrizes o desenvolvimento de ações que devem estar adaptadas às diversas modalidades de tratamento de acordo com as características

⁶² LEGISLAÇÃO e Políticas Públicas sobre Drogas, 2010, p 17-19.

da demanda dos grupos específicos, por exemplo, “crianças e adolescentes, adolescentes em medida socioeducativa, mulheres, gestantes, idoso, portadores de qualquer comorbidade, população carcerária e egressos, trabalhadores do sexo e populações indígenas”.⁶³ Além disso, promover a articulação com a rede socioassistencial, que envolve os diversos tipos de CAPS, Unidades Básicas de Saúde, comunidades e centros terapêuticos, grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, e demais atores envolvidos no cenário de ações interventivas contra as drogas.

A **redução dos danos sociais e à saúde**⁶⁴ busca a redução dos riscos e das diversas consequências e que podem ser ocasionadas devido ao uso de álcool e outras drogas para a pessoa, a família e a sociedade, considerando o bem-estar individual e comunitário, observando as particularidades locais e o contexto de vulnerabilidade e em situação de risco. Suas diretrizes estão amparadas pelo Art. 196 da Constituição Federal, como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos, podendo ser garantida por organizações governamentais e não-governamentais, asseguradas de acordo com as previsões da política pública de saúde.

A proposta prevê a redução dos impactos socioeconômicos, culturais e da saúde associados ao uso de álcool e outras drogas, a capacitação de profissionais da saúde para o atendimento específico, incluindo a promoção de estratégias de elaboração e divulgação de material educativo, sensibilização e discussão com a sociedade sobre redução de danos, a implementação de programas de geração de renda como alternativa e elemento de redução de danos, além de assegurar às crianças e aos adolescentes o direito à saúde e o acesso às estratégias de redução de danos, conforme preconiza o Sistema de Garantia de Direitos do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Ao tratar da **redução da oferta**⁶⁵ a política apresenta como orientações gerais a elaboração de estratégias voltadas para a redução dos crimes promovidos pelo tráfico e uso abusivo de drogas, uma vez considerado grande responsável pelos altos índices de violência no país. Dessa forma, desempenhando ações

⁶³ LEGISLAÇÃO E Políticas Públicas sobre Drogas, 2010, p. 18-19.

⁶⁴ LEGISLAÇÃO e Políticas Públicas sobre Drogas, 2010, p. 19-20.

⁶⁵ LEGISLAÇÃO e Políticas Públicas sobre Drogas, 2010, p. 21-23.

contínuas de repressão, buscando a erradicação e apreensão permanente das substâncias produzidas no Brasil, bem como o bloqueio das fronteiras rota de passagem de drogas oriundas do exterior.

Suas diretrizes apontam principalmente para a conscientização popular, de instituições e órgãos responsáveis pela prevenção e repressão ao tráfico de drogas, apoiando ações de investigação, denúncias, fiscalização, controle, apreensão e destruição do estoque de tais substâncias.

A política também traz disposições para a efetivação de **estudos, pesquisas e avaliações**⁶⁶ que permitam o aprofundamento do conhecimento sobre drogas, quanto a extensão, consumo, evolução, prevenção do uso indevido, repressão, tratamento, reabilitação, redução de danos, reinserção social e ocupacional e redução da oferta, observando os preceitos éticos e oferecendo meios necessários através de empenho de todas as esferas do governo, considerando o diagnóstico necessário para a definição da demanda que poderá apontar a continuação ou reformulação de novas políticas.

Em 2010, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas publicou uma coletânea com Legislações e Políticas Públicas sobre Drogas. Paulina Duarte e Anna Branco em comentário a legislação Brasileira Sobre Drogas destacam que a Lei n. 11.343/06, substituiu as Leis n. 6.368/76 e n. 10.409/02, as quais até então eram as legislações existentes sobre drogas no país.⁶⁷ Elas argumentam que a nova lei passa a colocar o Brasil em destaque no cenário internacional nos aspectos relativos à prevenção, atenção, e reinserção social do usuário e dependente de drogas, bem como no endurecimento das penas pelo tráfico dessas substâncias.

A nova Lei n. 11.343/06 instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e tem como finalidade “articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas”.⁶⁸ Além disso, deu grande ênfase à repressão ao tráfico de entorpecentes, se alinhando perfeitamente com a Política Nacional sobre Drogas e com os pactos internacionais adotados pelo país.

⁶⁶ LEGISLAÇÃO e Políticas Públicas sobre Drogas, 2010, p. 23-24.

⁶⁷ DUARTE, Paulina; BRANCO, Anna. *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas*. Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília, 2010. p. 27.

⁶⁸ DUARTE; BRANCO, 2010, p. 27.

O importante a ser destacado é que com o novo sistema as drogas permanecem não sendo descriminalizadas, a legislação passa a ser mais rígida para quem trafica substâncias psicoativas, aumentando seu tempo de prisão e continuando a responsabilizar os usuários e dependentes delas evitando as penas privativas de liberdade, porém determinando o tratamento compulsório e ao cumprimento de medidas socioeducativas, destacando claramente a diferença entre usuários/dependentes de drogas e traficantes, tratando-os conforme sua atuação.

O SISNAD apresenta princípios que fundamentam a sua existência e dentre eles destacam-se aqueles que preveem o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, dando destaque à autonomia e à liberdade; a promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania, reconhecendo-os como fatores de proteção para o uso indevido de drogas; a promoção da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, sinalizando a importância da participação social; da integração de estratégias nacionais e internacionais de intervenção à problemática; além da adoção de abordagem multidisciplinar para observância do equilíbrio entre as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito, visando garantir a estabilidade e o bem-estar social.⁶⁹

Seus principais objetivos estão em contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas e para o tráfico ilícito, promovendo a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas, integrando políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e às políticas públicas setoriais das três esferas do governo, assegurando condições precípuas para a coordenação, a integração e a articulação das atividades dessa natureza.

O Decreto n. 5.912/2006 define a composição e organização do Conselho Nacional Antidrogas - CONAD, responsável pela normatização e deliberação coletiva do sistema, o qual está vinculado ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República; a da Secretaria Nacional Antidrogas - SENAD, na qualidade de secretaria-executiva do colegiado; além do Poder Executivo Federal;

⁶⁹ DUARTE; BRANCO, 2010, p. 29.

Estados, Municípios e Distrito Federal, e organizações, instituições ou entidades da sociedade civil que atuam nas áreas da atenção à saúde e da assistência social e atendam usuários ou dependentes de drogas e respectivos familiares.⁷⁰

Traz ainda em seu bojo além dos princípios e diretrizes para as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, o destaque especial ao objeto de estudo deste trabalho, observando as especificidades de atividades de prevenção do uso indevido de drogas dirigidas à criança e ao adolescente as quais deverão estar em consonância com as diretrizes emanadas pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente-CONANDA.

Quanto às atividades de atenção e de reinserção social de usuários ou dependentes de drogas, o SISNAD destaca os seguintes princípios e diretrizes:

- I - respeito ao usuário e ao dependente de drogas, independentemente de quaisquer condições, observados os direitos fundamentais da pessoa humana, os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Política Nacional de Assistência Social;
- II - a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e reinserção social do usuário e do dependente de drogas e respectivos familiares que considerem as suas peculiaridades socioculturais;
- III - definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de danos sociais e à saúde;
- IV - atenção ao usuário ou dependente de drogas e aos respectivos familiares, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais;
- V - observância das orientações e normas emanadas do Conad;
- VI - o alinhamento às diretrizes dos órgãos de controle social de políticas setoriais específicas.⁷¹

Contudo, observa-se que a lei dá grande ênfase ao atendimento universal de usuários e dependentes químicos, trazendo a assistência à saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) como porta de entrada para a intervenção biopsicossocial, por meio da garantia de atendimento individual multidisciplinar aos usuários e dependentes de drogas assim como da sua família, dando destaque à reinserção social e ao resgate da cidadania, sendo observados pelo Conselho Nacional Sobre Drogas, o qual deve normatizar, deliberar coletivamente e fiscalizar a efetividade da Política Sobre Drogas no Brasil.

⁷⁰ DUARTE; BRANCO, 2010, p. 47.

⁷¹ DUARTE; BRANCO, 2010, p. 32.

Além dessas prerrogativas o SISNAD se ocupa em definir também diretrizes relativas à repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, dos crimes e das penas, do procedimento penal relativo à investigação e instrução criminal, da apreensão, arrecadação e destinação de bens do acusado e da cooperação internacional para intercâmbio de informações sobre o assunto de drogas.

A esse respeito Marques ressalta que as Políticas devem contemplar principalmente a prevenção e também a repressão, como por exemplo, o controle do acesso do adolescente à compra de drogas ilícitas.⁷² A solução seria começar por direcionar as políticas específicas para cada grupo populacional, adotando medidas que possam efetivar políticas para adolescentes, como indica Marques:

As políticas devem ser ajustadas a cada região/estado/município e a cada grupo populacional, de acordo com diferentes variáveis previamente estudadas.

A promoção e prevenção precoce devem ser aplicadas de acordo com a faixa etária, a partir de mensagens claras de não uso.

O controle social dos adolescentes precisa ser efetivado por meio do cumprimento das leis, desenhadas em cima de mensagens claras de não uso.

Tratamentos com base em evidências científicas e ajustadas a cada local com múltiplos recursos e equipe multidisciplinar podem ajudar.

A pesquisa e a avaliação permanente devem ser instituídas.

A divulgação sistemática dos resultados é imprescindível.

O treinamento e a supervisão devem ser continuados

O financiamento deve ser garantido.

E a fiscalização também!⁷³

Dessa forma o monitoramento e avaliação das políticas devem ser contínuos, no sentido de garantir sua efetividade, promovendo desse modo o controle social dessa demanda, e espaços que ofereçam ações de tratamento, recuperação, redução de danos, prevenção e reinserção com integralidade, observando a particularidade do grupo social (adolescentes), que requer um atendimento sistematizado, especializado, considerando suas especificidades.

Com a constatação do uso abusivo de drogas ilícitas e suas consequências e agravos à saúde pública no país, mobilizados pela proposta expansionista da Política Nacional Sobre Drogas, o Ministério da Saúde-MS também se movimenta

⁷² MARQUES, Ana Cecília. *O adolescente usuário de drogas psicotrópicas no Brasil*. Disponível em: <<http://www.papodema.com.br>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

⁷³ MARQUES; 2013.

para o enfrentamento desta problemática. Assumindo sua corresponsabilidade, propõe a implantação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, sob elaboração da Coordenação Nacional de DST/AIDS, publicada no ano de 2003.

Nela é possível encontrar discussões acerca do cenário contemporâneo e o marco teórico-político que vem tratar a lógica que separa o campo da saúde, acerca da redução de danos, rede de saúde como local de conexão e inserção, o panorama nacional para álcool e outras drogas, especificamente sobre o maior problema considerado pela saúde pública: o alcoolismo, sobre o uso de drogas e início da vida sexual, a situação de meninos e meninas de rua e o consumo de drogas, a epidemia da AIDS e a rota do tráfico e uso de drogas injetáveis, dando destaque às diretrizes para uma política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, no que diz respeito à intersetorialidade, atenção integral, prevenção, promoção e proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas.

A apresentação da Política de Atenção Integral para Usuários de Álcool e Drogas do MS fundamenta a real necessidade de intervenção considerando ser esta uma demanda mundial. De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, publicado no ano de 2005, “cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo”.⁷⁴ Pensar essa realidade é pensar em políticas racionais que poderiam contribuir na redução dessa problemática e assim evitar o aumento dos índices.

Humberto Costa, Ministro da Saúde na época de publicação desta Política, manifesta-se nesse documento reforçando a consolidação de novas estratégias a Política de Saúde para um modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que garanta o seu atendimento pelo SUS, dando destaque ao relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em dezembro de 2001, a qual evidenciou de forma ética e diretiva a nova proposta considerando a dependência

⁷⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2003. p. 5.

química de caráter multifatorial, porém, sem reduzir a questão a uma problemática exclusiva do sistema de atenção à saúde.

Assim sendo, torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.⁷⁵

Dessa forma é possível entender que a política de prevenção, tratamento e de educação direcionada a esta problemática deverá ser estabelecida à medida do possível, de forma intra e intersetorial, uma vez que as ações devem ser de responsabilidade também de outras esferas do governo, além de organizações não-governamentais e sociedade civil organizada. É nesta lógica que se reafirma que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, devendo ser assumido pelo SUS, garantindo políticas públicas com garantia de acesso aos cuidados à saúde mental.

O diferencial da Política de Atenção Integral em álcool e outras drogas é contrapor simplesmente o sentido da clínica no tratamento, que carregava resquícios do modelo arcaico da contenção, sanatórios e exclusão social, e efetivar a ideia de saúde coletiva, levando em consideração a diversidade de cada grupo e especificidades de cada indivíduo contemplando a complexidade da problemática, reconhecida por resultantes multifatoriais com possíveis implicações biopsicossociais, econômicas e políticas.

Discutindo sobre o panorama nacional sobre drogas, a política apresenta grande preocupação com a população infanto-juvenil, por considerar um grupo populacional de alto risco, principalmente pelo consumo cultural do álcool no Brasil, e por ser este porta de entrada também para outros tipos de drogas. Afirma ainda que “os transtornos mentais e de comportamento têm ocorrência relativamente

⁷⁵ BRASIL. Ministério da Saúde, 2003, p. 6.

comum durante a infância e adolescência”,⁷⁶ e pouco são detectados pela falta de conscientização popular, além de também apontar custo financeiro, contudo se constitui como grave problema de saúde pública mundial, apresentando grande agravo uma vez que os transtornos ocorrentes nesta fase do desenvolvimento humano podem de manifestar na idade adulta, em caráter evoluído.

Estudos evolutivos do Ministério da Saúde apontam que transtornos mentais observados em adultos podem ter iniciado ainda na infância, como por exemplo, transtornos depressivos. Diagnósticos como esses específicos à infância e adolescência, e outros mais como “distúrbios de atenção e hiperatividade, distúrbios de conduta e transtornos emocionais da infância podem constituir fatores de risco para a ocorrência futura de comorbidades diversas – especialmente, o uso de álcool e outras drogas”.⁷⁷

Ressalta-se que o marco teórico político e a discussão do panorama nacional para álcool e outras drogas dispostos na política do MS estão bem fundamentados nas discussões anteriores dispostas na PNAD e no SISNAD. Porém, faz-se importante salientar as diretrizes propostas para a efetivação da política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas do MS, a qual traz disposições acerca da intersetorialidade, atenção integral, prevenção, promoção e proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas, além da definição dos modelos de atenção que são os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e redes assistenciais e controle de entorpecentes com padronização de serviços, sabendo que suas diretrizes estão em consonância com a Política de Saúde Mental disposta pela Lei Federal n. 10.216.⁷⁸

Para a reformulação de estratégias da Política Nacional de Álcool e Drogas, faz-se importante destacar características do campo de práticas, notadas no âmbito nacional e internacional:

1. o consumo de drogas não atinge de maneira uniforme toda a população e sua distribuição é distinta nas diferentes regiões do país apresentando inclusive diferenças significativas em uma mesma região, tanto nos aspectos sociais quanto nas vias de utilização e na escolha do produto;

⁷⁶ BRASIL. Ministério da Saúde, 2003, p. 12.

⁷⁷ BRASIL. Ministério da Saúde, 2003, p. 13.

⁷⁸ BRASIL. Ministério da Saúde, 2003, p. 25.

2. a pauperização do país, que atinge em maior número pessoas, famílias ou jovens de comunidades já empobrecidas, apresenta o tráfico como possibilidade de geração de renda e medida de proteção;
3. o aumento no início precoce em uso de drogas legais entre os jovens e utilização cada vez mais freqüente de uso de drogas de design e crack, e o seu impacto nas condições de saúde física e psíquica dos jovens, notadamente pela infecção ao HIV e hepatites virais;
4. a definição de políticas internacionais que contextualizam os países em desenvolvimento somente a partir de sua condição de produção, refino e exportação de produtos nocivos à saúde.⁷⁹

Fatores como esses em destaque são ponto de partida para reflexões mais profundas a reformulações de políticas que atendam a complexidade de manifestação da problemática e da situação vivenciada pela demanda nas mais diversas realidades apresentadas, conscientes que a tardia implementação de políticas de proteção e promoção social para usuários e dependentes de álcool e outras drogas foram determinantes para o aumento de vulnerabilidades nesta área.

A intersectorialidade proposta por essa Política reconhece o uso de álcool e outras drogas como um tema transversal, que merece atenção de outras áreas não somente da saúde, mas da justiça, educação, social e de desenvolvimento, e para que haja sua plena execução faz-se necessário estabelecer capilaridades com as demais políticas no sentido de garantir atenção integral ao consumidor de álcool e outras drogas, estando pautada na integralidade de ações governamentais em âmbito nacional e também com contribuições internacionais, organismos não governamentais e sociedade civil organizada, priorizando atendimento no SUS, buscando alternativas e sustentabilidade de financiamentos, iniciativas de descentralização dos serviços nos Estados e municípios, criação de espaços de formação e capacitação dos profissionais da saúde voltados ao acolhimento da nova proposta de cuidado à saúde mental dessa especificidade.

A atenção integral abarca as propostas de promoção da saúde nos diversos níveis envolvidos, apontando ações de prevenção, promoção e proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas, do controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica, e de precursores, a padronização de Serviços de Atenção à Dependência Química e os modelos de Atenção (CAPS) e Redes Assistenciais.

⁷⁹ BRASIL. Ministério da Saúde, 2003, p. 26.

A prevenção dentro do projeto de atenção integral aparece bem definida na política como estratégia planejada voltada para a redução dos multifatores de risco e vulnerabilidade que as drogas de forma geral podem criar, e por meio dela pode-se esperar o fortalecimento de mecanismos de proteção. Para sua efetivação faz-se necessária a implementação de práticas coletivas e comunitárias que busquem compartilhar responsabilidades trabalhando a redução do consumo, sensibilização para o conhecimento das consequências do uso em parâmetros de acometimento global da problemática, nela podendo se identificar a proposta de redução de danos, na perspectiva de atingir não somente o grupo de risco, mas também toda a população, inclusive os já ativos no uso de drogas.

Este tópico aponta ainda para a grande preocupação com o enorme contingente de crianças e adolescentes do país, considerando o compromisso ético que a sociedade deve ter para com o cuidado deles, apontando a importância de se dar destaque às políticas de prevenção à população nesta faixa etária, sabendo que a negligência de hoje poderá refletir em um futuro preocupante e desgastante. E neste contexto apresenta como alternativa o investimento nos ambientes de formação e aprendizado, como a escola, onde se constrói conceitos e onde também aparecem as manifestações sejam das dificuldades de convivência em grupo, conflitos, práticas de violência e descobertas da fase do desenvolvimento ou mesmo da disponibilidade de álcool e drogas localizadas nos arredores desse ambiente, reforçando que a temática transversal das drogas faça parte do processo educativo, dando destaque também para a importância da educação e saúde como estratégia de prevenção, podendo ocorrer nas escolas, associações de bairros, hospitais, unidades de saúde por meio do Programa Saúde da Família e nos mais diversos espaços possíveis.

Portanto, as ações preventivas tendem a contribuir para a promoção da atenção, cuidado e qualidade de vida, possibilitando acesso à rede de suporte social por via de inserção e integração comunitária, desburocratizando o serviço e propondo alternativa de proteção e resistência ao envolvimento com uso e abuso de drogas.

Quanto à promoção e proteção à saúde de consumidores de álcool e outras drogas, a Política reforça ainda o investimento no programa de redução de danos e das ações preventivas, girando em torno de atuações de menor custo financeiro,

pois a prevenção é vista como um meio eficaz de proteção às vulnerabilidades e representa também menor custo que com os investimentos na assistência.

Ao tratar a discussão acerca do controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica e de Precursores – Padronização de Serviços de Atenção à Dependência Química ressalta a necessidade de controle das drogas ilícitas utilizadas para a medicina, referindo-se à fabricação, distribuição, prescrição e venda, assim como a definição de padrões de funcionamento dos serviços especializados na prevenção e recuperação de dependentes químicos. Sendo de responsabilidade do Ministério da Saúde o controle e fiscalização do uso de substância, medicamentos, entorpecentes e psicotrópicos, amparados pelo Art. 6.º da Lei n. 6368/76, originalmente previstos no Art. 6.º da Lei n. 6.368/76, hoje revogado e substituído pela Lei n. 11.343/2006 que instituiu o SISNAD, e ainda de acordo com os preceitos da Lei n. 8.080 do SUS, que prevê a proteção da saúde da população por meio da garantia de produtos e serviços com segurança sanitária.

Contudo, observa-se uma política de saúde mental específica fundamentada e em pleno diálogo com as políticas de base que tratam sobre drogas, capaz de dar conta do enfrentamento a problemática.

3 A SITUAÇÃO DO ADOLESCENTE USUÁRIO E DEPENDENTE QUÍMICO EM SANTARÉM-PA

3.1 Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Centros de Atenção Psicossocial para a infância e adolescência

Santarém está localizada na região oeste do Estado do Pará, possuindo uma população de 294.580 habitantes, segundo dados do Censo IBGE de 2010, divulgados em abril de 2011. Corresponde esta área às exigências da Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, do Ministério da Saúde a qual prevê a capacidade operacional de uma população superior a 70.000 habitantes para implantação do Centro de Tratamento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) para atendimento nos municípios.

A questão da saúde mental infanto-juvenil está sendo tratada pelo Ministério da Saúde, o qual tem disponibilizado Centros de Atenção Psicossocial e também Centros Especializados de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), porém esses centros estão habilitados apenas para atender jovens a partir dos 18 anos de idade.

Este Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas tem sido disponibilizado, por meio da Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, emitida pelo Ministro da Saúde, considerando a Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionando o modelo assistencial em saúde mental. Nela também se encontram dispostas considerações acerca da implantação dos Centros Psicossociais para crianças e adolescentes.

Quanto ao CAPS AD, a portaria define ser um serviço de atenção psicossocial para atendimento a pacientes que apresentem transtornos em decorrências do uso e dependência de substâncias psicoativas, tendo como características as seguintes:

- A- constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;
- B- sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;
- C- possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou

do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

D- coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;

E- supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

F- realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

G- funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas;

H- manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.⁸⁰

A assistência a ser prestada aos pacientes que apresentem transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas deve garantir o atendimento individual com oferta de psicoterapia, orientações, desintoxicação, e medicamentos quando necessários, visitas e atendimentos domiciliares; e atendimento à família; ser ofertado ainda atendimentos grupais que também promovam espaços psicoterápicos, ajuda mútua, grupos operativos psicossociais, atividades e oficinas de reinserção sócio-familiar, que possam integrar o dependente químico à comunidade.

Além disso, deve dispor de uma equipe técnica mínima composta por um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; um médico clínico, psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional de nível superior necessário ao projeto terapêutico; além de profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão, a fim de atender o indivíduo com a premissa da integralidade, perpassando pelo processo preventivo a recaídas, pelo tratamento, recuperação, promoção e reinserção social.

Para o atendimento a crianças e adolescentes em uso, abuso ou dependência química, deve disponibilizar os chamados Centros de Atenção Psicossocial para a infância e adolescência (CAPSi), que são os Centros de Atenção Psicossocial especializados para atendimento de crianças e adolescentes usuários

⁸⁰ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2013. p. 7-8.

ou dependentes de álcool e outras drogas, uma proposta que contempla essa demanda dispondo de ações de prevenção, tratamento, recuperação, redução de danos e reinserção desses jovens de forma efetiva com a intervenção de uma equipe multidisciplinar.

A Portaria n. 336/GM de 2002, que dispõe acerca da proteção e dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, define o CAPSi II como um serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se referência de parâmetro populacional conforme critérios epidemiológicos, e de acordo com o gestor local, devendo constituir-se de serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes que apresentem transtornos mentais; assemelhando-se a critérios de funcionamentos e a realização de atividades conforme os demais CAPS, com a diferença de frisar sempre a particularidade da infância e adolescência, dentre eles, destacam-se dois dos sete critérios:

- c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;
- d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência.⁸¹

A assistência prestada ao paciente no CAPSi II, além de todas atividades prestadas em comum aos demais CAPS AD, realiza atividades comunitárias que promovam a integração e reinserção da criança e do adolescente na família, na escola e na comunidade, desenvolvendo ações intersetoriais, que contemplem a assistência social, educacional e de justiça. Para tal deverá contar com equipe técnica mínima para atuação, sendo um médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; um enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; além dos profissionais de apoio, sabendo da necessidade de conhecimento e experiência no atendimento básico a crianças e adolescentes e à família.

⁸¹ BRASIL. Ministério da Saúde, 2002, p. 6.

Segundo o Manual sobre CAPS do Ministério da Saúde, este reforça ainda mais que “o CAPSi é um serviço de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psicologicamente, sendo incluídos os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves”,⁸² e todos aqueles que possuem sua condição psíquica comprometida.

O manual afirma ainda que a partir de experiências pautadas na lógica da atenção diária e integral se indica uma ampla possibilidade de resultados positivos quando crianças e adolescentes são submetidos a atendimento o mais breve possível, assim que diagnosticado, cabendo ao CAPSi estabelecer uma rede socioassistencial que garanta saúde, educação e assistência social ligadas ao cuidado integral à infância e juventude, pontuando alguns destaques ao tratamento.

[...] É preciso envolver-se com as questões das relações familiares, afetivas, comunitárias, com a justiça, a educação, a saúde, a assistência, a moradia etc. A melhoria das condições gerais dos ambientes onde vivem as crianças e os adolescentes tem sido associada a uma melhor evolução clínica para alguns casos. [...] Deve-se ter em mente que no tratamento dessas crianças e adolescentes, mesmo quando não é possível trabalhar com a hipótese de remissão total do problema, a obtenção de progressos no nível de desenvolvimento, em qualquer aspecto de sua vida mental, pode significar melhora importante nas condições de vida para eles e suas famílias.⁸³

Dessa forma é evidente a importância do investimento nas políticas de saúde para a infância e adolescência, considerando todos os marcos legais que preveem o atendimento integral e na perspectiva de um direito social. O que tem sido alarmante é a incidência de consumo de álcool e de outras drogas entre crianças e adolescentes, e espaços como o CAPSi passam a ser emergentes, abrindo a discussão para o redimensionamento deste Centro tornando-o também AD, o que pouco se vê discutir.

Quanto à problemática da drogadição infanto-juvenil o documento do Ministério da Saúde que trata das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde, traz no bojo da análise da saúde de adolescentes e jovens, a situação da saúde, destacando estudos realizados sobre o consumo de álcool e de outras ressaltando

⁸² SAÚDE Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 23.

⁸³ SAÚDE Mental no SUS, 2004, p. 23.

um alto consumo destas substâncias entre crianças e adolescentes de 9 a 19 anos.⁸⁴

Portanto, sinaliza uma preocupação quanto à saúde mental de adolescentes dependentes químicos, os quais podem não apresentar previamente um transtorno mental, porém podem vir a desenvolvê-lo devido ao uso abusivo de drogas ilícitas, assim instigando a ampliação da política de saúde mental, a fim de contemplar esta demanda, investindo na garantia da qualidade de vida e garantindo a promoção das potencialidades capazes de influenciar positivamente e produtivamente o desenvolvimento do país, proporcionando uma sociedade de paz com menos violência e menos doente.

Em contraponto às previsões legais existentes a garantia à assistência a adolescentes drogaditos, a sequência vem apontar indicadores levantados no município de Santarém-Pará relevantes a reflexão, sabendo que parte de adolescentes envolvidos com essa problemática já entraram em conflito com a lei.

3.2 A incidência de adolescentes dependentes químicos registrados pelo Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD em Santarém-PA

O Centro está em funcionamento no município de Santarém desde o ano de 2010, e atua buscando atender aos princípios da Portaria n. 336/GM 2002 do Ministério da Saúde. Pelas características apontadas aos CAPS AD, este está direcionado para o atendimento de jovens a partir dos 18 anos, e na ausência de um CAPSi, ele acolher emergencialmente esses sujeitos, embora a equipe não possua o preparo adequado, e a instituição não ofereça estrutura apropriada para o atendimento especializado a esta demanda.

Na busca de atender aos objetivos deste trabalho de pesquisa realizou-se levantamento documental na instituição,⁸⁵ a partir de dados coletados desde o início de funcionamento do Centro, tendo sido registrado no período de Junho de 2010 a

⁸⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 41.

⁸⁵ PESQUISA Documental realizada no Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD. Santarém/PA, fevereiro de 2013.

abril de 2013, o acolhimento de 146 adolescentes, sendo possível apontar que 29,50% daqueles adolescentes são usuários de drogas lícitas (álcool e cigarro), ocorrendo que 65% apresentaram envolvimento com uso e dependência química. Dentre as drogas ilícitas mais consumidas está a cocaína e seus derivados (crack e pasta), considerando ainda que na maioria dos casos a associação de drogas ilícitas e lícitas é frequente, sendo considerado fator agravante as condições de saúde, conforme dados da Tabela 01.

Tabela 01 – Quanto ao uso e tipo de drogas

Drogas	Percentual	Tipologia	Percentual
Lícitas	29,50%	Álcool	60,50%
		Nicotina	34,80%
		Associados	4,70%
		Total	100%
Ilícitas	65,00%	Maconha	1,05%
		Cocaína	18,95%
		Associados	80,00%
		Total	100%
Não Informado	5,50%		
Total	100%		

Fonte: Coleta de dados CAPS AD, 2013.

A Faixa etária desses adolescentes que se envolveram com a dependência química é bem mais frequente entre os 15 a 18 anos, porém se é possível perceber o precoce envolvimento com drogas ilícitas sabendo que há quem se envolveu ainda no período dos 12 a 14 anos, ocorrendo um maior registro de adolescentes do sexo masculino, porém acolhendo também adolescentes femininas, como pode ser visualizado na Tabela 02 a seguir.

Tabela 02 – Quanto a Idade e Sexo

Idade	Percentual	Sexo	Percentual
12 a 14 anos	6,90%	Masculino	91,03%
15 a 18 anos	93,10%	Feminino	8,97%
Total	100%	Total	100%

Fonte: Coleta de dados CAPS AD, 2013.

Diante do exposto recorre-se a Tiba, que busca refletir acerca dos multifatores que podem levar o adolescente a envolver-se com drogas ilícitas, pontuando principalmente que na necessidade destes de provar sua segurança, podem vir a experimentá-las, seja motivados pela curiosidade, incapacidade de enfrentar problemas, a onipotência juvenil, excesso de confiança em si mesmo, ou

ser aceito pelo grupo em que as usa, demonstrando grande tendência para o aumento de casos.⁸⁶ Nestes termos, Rodrigues chama a atenção à problemática, que já não é mais uma novidade, tendo se mostrado de difícil extermínio, e por considerá-la uma epidemia é que precisa ser combatida com maior brevidade possível.⁸⁷

Por outro lado, os dados da Tabela 03 a seguir apontam uma incidência maior de envolvimento com drogas por aqueles adolescentes residentes em bairros periféricos, considerados áreas de risco e maior ocorrência de tráfico de drogas, apontando a necessidade de investimento das políticas de prevenção e de combate principalmente nestas regiões.

Tabela 03 – Quanto aos bairros de origem por Distritos

Drogas	Porcentagem
Grande Área de Aldeia	21,59%
Grande Área da Prainha	34,10%
Grande Área do Maicá	7,62%
Grande Área da Nova República	17,64%
Grande Área do Santarenzinho	8,89%
Sistema Penitenciário e socioeducativo	10,16%
Total	100%

Fonte: Coleta de dados CAPS AD, 2013.

Contudo, passa-se a observar ainda os prejuízos sociais causados pela dependência química, dentre eles a baixa escolarização ou a interrupção dos estudos, conforme os dados indicados na Tabela 04. Esse fenômeno pode estar relacionado à falta de concentração ou à perda do interesse pelos estudos, o que poderá vir a acarretar problemas futuros referentes à dificuldade de profissionalização, inserção ao mercado de trabalho e ao próprio desenvolvimento intelectual.

⁸⁶ TIBA, Içami. *123 respostas sobre drogas*. São Paulo: Scipione, 2003.

⁸⁷ RODRIGUES, H. B. C. *Relatos de Transferência e Instituição*. Trabalho apresentado no II Encontro da Formação Freudiana, maio de 1995.

Tabela 04 – Quanto à escolaridade

Nível	Status	Porcentagem
Fundamental	Não alfabetizado	4,14%
	Alfabetizado	0,69%
	Incompleto	83,44%
	Completo	4,14%
Médio	Incompleto	5,52%
	Completo	1,38%
Superior	Incompleto	0,69%
	Completo	0%
Total		100%

Fonte: Coleta de dados CAPS AD, 2013.

O mais preocupante neste triste cenário são os dados apontados pela Tabela 05 a seguir, a qual traz o retrato referente à manutenção do tratamento, sendo percebível que dos 146 pacientes acolhidos no CAPS AD desde sua implantação até a realização desta pesquisa, apenas 2 concluíram o tratamento e receberam alta da equipe multidisciplinar, 2 dos pacientes foram a óbito, 46,24% deles não deram continuidade ao tratamento sem definição dos motivos, podendo estar relacionado a recaídas ou mesmo à falta de adaptação ao espaço, por de fato se tratar de um Centro voltado para o atendimento de adultos, não especializado e estruturado para um atendimento a adolescentes, sabendo que 34% deles não permaneceram por “residirem em outros municípios” (ver Tabela 6).

Tabela 05 – Quanto ao tratamento

Participam	Porcentagem	Motivo da ausência
Sim	16,56%	
Não	46,24%	
	1,38%	Alta
	1,38%	Óbito
	34,44%	Retornou à cidade
Total	100%	

Fonte: Coleta de dados CAPS AD, 2013.

Dados como estes demonstram a fragilidade do serviço ofertado para atendimento, onde os resultados são ínfimos aos números de incidências, o que contradiz as prerrogativas das Políticas Públicas Sobre Drogas, as quais preveem que estas devem estar “ajustadas a cada Região/Estado/Município e a cada grupo

populacional” e que o “controle social dos adolescentes precisa ser efetivado por meio do cumprimento das leis”, segundo destaques de Marques.⁸⁸

A situação da migração de pacientes de outros municípios em busca de tratamento no município de Santarém é bem comum, sendo observado na Tabela 06 um elevado percentual de adolescentes advindos de cidades vizinhas e de até mais distantes como da Cidade de Altamira em busca de atendimento especializado, por também não existir o tratamento indicado em seus domicílios de origem. Lamentavelmente acabam retornando frustrados, seja pela impossibilidade de permanência no tratamento, relacionadas às dificuldades financeiras de se manter na cidade de Santarém, seja pelo fato destes deverem ser assistidos pelos seus respectivos Municípios conforme prevê a base legal de oferta dos serviços.

Tabela 06 – Quanto ao município de origem.

Município	Percentual
Alenquer	0,69%
Almeirim	0,69%
Altamira	13,80%
Anapú	1,38
Belém	0,69%
Belterra	0,69%
Campo Grande	0,69%
Itaituba	4,83%
Juruti	2,04%
Monte Alegre	2,76%
Monte Dourado	0,69%
Novo Progresso	2,76%
Óbidos	1,38%
Oriximiná	4,83%
Porto de Moz	0,69%
Prainha	1,38%
Santarém	53,11%
São Geraldo do Araguaia	0,69%
Terra Santa	2,76%
Planalto	0,69%
Não Informado	2,76%
Total	100%

Fonte: Coleta de dados CAPS AD, 2013.

Porém, o que ocorre com os demais Municípios não é diferente de Santarém, eles também não contam com um CAPSi especializado para o atendimento da clientela adolescente. Nos demais Municípios também não existe o CAPS AD, e

⁸⁸ MARQUES, Ana Cecília. *O adolescente usuário de drogas psicotrópicas no Brasil*. Disponível em: <<http://www.papodemae.com.br>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

nestes casos os CAPS I ou II poderiam acolher emergencialmente a demanda, no entanto, muitas vezes são burocratizados os acessos referenciados, apontando aqui uma transferência de responsabilidades infindável ocasionadas pela fragilidade da Política que ainda não conseguiu chegar àqueles Municípios do interior do Estado.

Contudo, observa-se uma incidência significativa de adolescentes em dependência química registrados no CAPS AD em Santarém-PA, porém com uma série de dificuldades apontadas para a manutenção e permanência destes no tratamento em decorrência da ausência de um Centro Especializado para o atendimento de crianças e adolescentes que se encontram nestas circunstâncias.

3.3 A incidência de adolescentes dependentes químicos privados de liberdade no Centro Socioeducativo do Baixo Amazonas-CESEBA

A medida sócio-educativa de internação (Art. 121, ECA) é destinada aos adolescentes que cometem ato infracional grave. Constitui-se como medida privativa de liberdade e segundo o ECA esta não poderá ultrapassar três anos de reclusão, com liberação compulsória aos 21 anos de idade, sendo reavaliados a cada seis meses. Com base em estudos técnicos, apresenta conotações coercitivas e educativas. Esta medida é somente aplicada como última alternativa. Portanto, o ECA vem assegurar direitos que proporcionem ao adolescente meios pelos quais haja o seu resgate, enfatizando a educação em detrimento a punição, possibilitando assim a inserção do autor de ato infracional ao convívio social.

A medida de internação deve ser cumprida em entidades exclusivas para adolescentes. No Estado do Pará a FASEPA é responsável em operacionalizar programas de proteção e socioeducativos ao nível de uma política de assistência conforme o ECA, para atender crianças em situação de risco pessoal e social e adolescentes em situação infracional.

A FASEPA possui várias unidades operacionais ofertando as medidas socioeducativas de Semiliberdade e Internação em instituições localizadas nas principais cidades do Estado, dentre elas, o Centro Socioeducativo do Baixo Amazonas (CESEBA), cujo regime é fechado, e é destinado apenas para adolescentes do sexo masculino, onde todas as atividades educativas são desenvolvidas pelo adolescente no interior da instituição. Este Centro foi outro

espaço identificado no município onde se poderia identificar a incidência de dependência química na adolescência.

Ao deparar-se com o cenário percebe-se a discrepância que existe entre aquilo que dispõe o ECA e a realidade em que o adolescente privado de liberdade é submetido, o que para Teixeira pode se tornar “um círculo vicioso sem rupturas: o mundo produz estes adolescentes que devem ser responsabilizados por suas ações e quando vão cumprir aquilo que é determinado pela lei, encontram uma situação de violência que os produz mais violentos”.⁸⁹

A pesquisa documental realizada no CESEBA⁹⁰ apontou que existiam no Município 34 adolescentes em cumprimento da medida socioeducativa de internação, sendo a maioria deles na faixa etária de 15 a 18 anos, todos do sexo masculino por se tratar de uma Unidade específica para este grupo conforme indica a Tabela 07.

Tabela 07 – Quanto a Idade e Sexo

Idade	Percentual	Sexo	Percentual
12 a 14 anos	8,84%	Masculino	100%
15 a 18 anos	91,16%	Feminino	0%
Total	100%	Total	100%

Fonte: Coleta de dados CESEBA, fev/2013.

A Tabela 08 a seguir vem indicar a procedência desses adolescentes, sendo constatado que a maioria deles é de outros Municípios, fator este que prejudica tanto o processo de reinserção social, quanto a recuperação da dependência química, devido à ausência da família, peça essencial, seja pela responsabilidade primeira que esta carrega embora seus adolescentes estejam institucionalizados, seja pela importância de uma intervenção mútua a ser realizada junto ao dependente químico/família.

⁸⁹ TEIXEIRA, Maria Lurdes Trassi. O futuro do Brasil não merece cadeia. In: LEVISKY, David Léo. *Adolescência e Violência: ações comunitárias na prevenção*: conhecendo, articulando, integrando e multiplicando. São Paulo: Casa do psicólogo, 2001. p. 104.

⁹⁰ PESQUISA Documental realizada no Centro Socioeducativo do Baixo Amazonas – CESEBA. Santarém/PA, fevereiro de 2013.

Tabela 08 – Quanto ao município de origem

Município	Percentual
Altamira	11,76%
Itaituba	11,76%
Monte Alegre	2,94%
Novo Progresso	8,82%
Óbidos	2,94%
Oriximiná	2,94
Porto de Móz	5,88%
Prainha	2,94%
Rurópolis	2,94%
Santarém	23,52%
Senador José Porfírio	14,70%
Terra Santa	8,82%
Total	100%

Fonte: Coleta de dados CESEBA, fev/2013.

Por outro lado, o que se chama atenção para os dados referentes aos atos infracionais mais ocorrentes entre os adolescentes autores de ato infracional, e dentre eles estão o Art. 121 do Código Penal Brasileiro-CPB que corresponde a homicídios, com 33,85% dos adolescentes envolvidos, seguido dos Art. 155 e 157 do CPB respectivamente compreendendo casos de roubos e assaltos, correspondendo um percentual de 20,79 %, sendo visível também o envolvimento com tráfico de drogas (Art. 33 do CPB), mínimo, porém ocorrente, como se ver na Tabela 09.

Tabela 09 – Artigos pelo qual o adolescente cumpre ou aguarda a sentença

Artigo	Porcentagem
14	9,45%
29	3,78%
33	5,67%
35	1,89%
72	3,78%
121	33,85%
129	5,67%
147	1,89%
155	9,45%
157	11,34%
163	1,89%
217	5,67%
288	3,78%
331	1,89%
Total	100%

Fonte: Coleta de dados CESEBA, fev/2013.

Em contraposto à pesquisa realiza por Galúcio em 2007, nas unidades de Semiliberdade do Pará, se observou a predominância naquela época de envolvimento com roubos seguidos de homicídios, dados esses correspondentes ao

perfil de cada medida, sendo que os dados referentes ao tipo de crimes praticados pouco diferem dos apresentados na pesquisa de 2013.⁹¹ Contudo, alerta-se para o alto índice de cometimento de infrações consideradas hediondas e do envolvimento com drogas na prática dos atos ilícitos.

O preocupante foi o grande envolvimento destes adolescentes com o uso de drogas lícitas e principalmente ilícitas, sendo que dos 34 prontuários pesquisados identificou-se que 47% daqueles adolescentes que cometeram ato infracional são usuários de drogas lícitas (álcool e cigarro), e que 53% apresentaram envolvimento com uso de drogas ilícitas e dependência química. Contudo, todos eles já usaram algum tipo de droga nesta fase da vida. Dentre as ilícitas mais consumidas estão a maconha seguida da cocaína e seus derivados (crack e pasta), ocorrendo ainda na maioria das vezes a associação no uso de drogas lícitas e ilícitas compreendendo 65% deles, conforme mostra os dados da Tabela 10.

Tabela 10 – Quanto ao uso e tipo de drogas

Drogas	Percentual	Tipologia	Percentual
Lícitas	47,00%	Álcool	62,50%
		Nicotina	0%
		Associados	37,50%
		Total	100%
Ilícitas	53,00%	Maconha	50,00%
		Cocaína	38,90%
		Associados.	11,10%
		Total	100%
Total	100%		

Fonte: Coleta de dados CESEBA, fev/2013.

Morais leva ao entendimento que o adolescente está encantado pelo seu percurso humano que naturalmente pede a satisfação dos seus desejos, evidenciando um ser de emoções, pensamentos lógicos e construções culturais-éticas, definindo como um processo de difícil superação e conflitos, os quais podem levar a práticas inconsequente, descrita pelas seguintes palavras:

Se a infância pôde ser mais regida pelo princípio do prazer (Eros) e pelos vãos da imaginação, a adolescência vê-se desafiada pelo princípio de realidade, ou principalmente por este. Daí certa introspectiva amedrontada, certo desencanto pelas banalizações adultas do amor, por exemplo certo

⁹¹ GALÚCIO, 2007.

ceticismo por de algum modo sentir-se traído pelas mascarações do mundo dos adultos e um tanto de amargura por sentir a realidade política desumanizada. Escreve Charbonneau: “Que resta, então, senão a fuga? Ora, o recurso mais seguro para consegui-la é precisamente a droga”.⁹²

A drogadição utilizada para a amenização das frustrações pode levar ao cometimento de atos infracionais, sobretudo a roubos e assaltos, ou mesmo o envolvimento com o tráfico de drogas na garantia de financiar o vício, ao perceber os prejuízos e impactos negativos das drogas ao ser privado da sua liberdade é promovido a um desencantamento prematuro da infância, sendo aí o encontro com a dura realidade para a tomada da decisão: o tratamento e a recuperação.

Dados como estes, apresentados acima, apontam para uma relação frequente entre drogadição e ato infracional, indicador este preocupante sobre a situação do adolescente que se revitimiza ao entrar na dependência química, e posteriormente vindo a se envolver em ato infracional.

Neste contexto ainda, observa-se não diferente do perfil dos pacientes do CAPS AD – um público estacionado no Ensino Fundamental conforme a Tabela 11, os quais estavam inativos no momento da prisão, ou seja, já tinham abandonado a escola, considerando neste aspecto a mesma reflexão dada à situação dos pacientes daquela unidade de saúde, os quais apresentam a mesma problemática de comprometimento com a escolarização devido ao envolvimento com as drogas.

Tabela 11 – Quanto a escolaridade

Nível	Status	Porcentagem
Fundamental	Não alfabetizado	0%
	Alfabetizado	0%
	Incompleto	88,20%
	Completo	0%
Médio	Incompleto	0%
	Completo	11,88%
Superior	Incompleto	0%
	Completo	0%
Total		100%

Fonte: Coleta de dados CESEBA, fev/2013.

⁹² REGIS DE MORAIS J. F. Drogadição: um mega-problema atual. SERRAT, Saulo Monte (Org.). *Drogas e Álcool: prevenção e tratamento*. 3. impr. Campinas: Komedi, 2008. p. 21-22.

Tiba dispõe acerca dessa temática:

Seria ideal que a escola complementasse essa filosofia de vida familiar e acrescentasse em seu currículo programas que preparassem seus alunos para enfrentar não só a droga, mas a vida desmistificando-as, por meio de conhecimentos básicos científicos sobre seus efeitos físicos, psicológicos e sociais (saber como agem os adolescentes saudáveis, os usuários e os dependentes; como elas são traficadas; etc.). Somente a convivência diária pode transmitir uma postura de vida, uma prevenção primária, e não palestras magistrais e únicas dirigidas aos jovens.⁹³

É neste contexto que se pode observar a responsabilização do Estado e da sociedade, investindo na prevenção como um princípio disposto na PNAD, visto ser capaz de grande eficácia. A escola para o adolescente é o espaço ideal para serem trabalhados esses aspectos, pois é onde se concentra a grande massa deles, dessa forma garantindo a integridade física e mental do indivíduo e sua permanência na formação intelectual, por meio de um tratamento preventivo sobre os impactos da drogadição na sociedade.

Contudo, observou-se que a grande maioria dos adolescentes que cometeram ato infracional possuía envolvimento com a dependência química. Analisando os dados de Galúcio referente à pesquisa de 2007, realizada nas Unidades de Semiliberdade, nota-se que não se avançou muito, pois a drogadição estava e ainda está bem presente na vida desses adolescentes que são levados ao cometimento de atos infracionais.

O mais preocupante são os dados apontados pela Tabela 12 a seguir a qual trata acerca do acesso ao tratamento, recuperação e reinserção social na dependência química.

Tabela 12 – Quanto ao tratamento

Participam	Porcentagem	Motivo da ausência
Sim	5,90%	
Não	94,10%	
	0%	Alta
	0%	Óbito
	0%	Retornou a cidade
Total	100%	

Fonte: Coleta de dados CESEBA, fev/2013.

⁹³ TIBA, 2003, p. 68-69.

Esse quadro vem apontar grande alerta, pois mesmo com a implementação de novas Políticas sobre drogas no Brasil, pouco se avançou referente à efetividade de garantias de direitos à saúde do adolescente autor de ato infracional, permanecendo esta bem comprometida.

Considerando os indicadores da Tabela 12 da pesquisa realizada em 2013 na Unidade CESEBA da FASEPA, em comparação com os dados indicados por Galúcio em pesquisa realizada em 2007⁹⁴ em unidades socioeducativas de Semiliberdade da mesma Fundação no Pará, observou-se que pouco progrediu quanto ao tratamento em dependência química a esta demanda.

Os resultados demonstram que adolescentes que infracionaram envolvidos com a dependência química não têm tido acesso ao tratamento devidamente, ora prescrito pelas Políticas sobre drogas e no próprio ECA. Esta realidade pode vir a acarretar práticas futuras de recaídas ou mesmo de reincidência ao ter contato novamente com as drogas, inclusive podendo o adolescente vir a reproduzir a mesma conduta na sua idade adulta.

⁹⁴ GALÚCIO, 2007, p. 23.

CONCLUSÃO

O uso indevido de drogas ilícitas tem afetado indivíduos, comunidades e as sociedades, visto, pois, que os sintomas da problemática ora instalada não se manifesta apenas no indivíduo por meio das reações adversas psicoativas, mas se alastra por todo o ambiente no qual este está inserido, gerando conflitos sócio-familiares. A geração de prejuízos sociais como o abandono escolar, envolvimento com tráfico de drogas e o cometimento de atos infracionais é enorme. Com isso vem também o aumento da violência, o desenvolvimento de morbidades e agravos à saúde. Por isso, o uso de drogas ilícitas é reconhecido como uma problemática social a ser enfrentado e passa a ser ainda mais desafiador quando o grupo de risco é de adolescentes dependentes químicos, um assunto que não se esgotou, tendo superado o âmbito da justiça, passando a ganhar enfoque agora também no cenário da saúde pública.

Para nós, educadores e formadores de opinião, é conveniente se pautar nas conquistas alcançadas historicamente pela classe da adolescência, utilizando-as como fundamentos para uma formação cidadã, dando um olhar revelador a eles, exercitando o compromisso e o discernimento ético, garantindo-lhes referenciais positivos, valorizando e considerando os contextos onde estão inseridos e também suas experiências de vida, respeitando a construção da identidade pessoal e cultural de cada um, superando a idéia conservadora de menor, para compreender o adolescente em sua diversidade, complexidade e subjetividade.

É necessário dar-lhe a devida atenção e prioridade no que lhe cabe, sabendo que este indivíduo precisa ser percebido como sujeito de direito, protagonista da sua história e nesse desvelar-se para a vida reconhece-se como um jovem normal, igual, real, permitindo que ele exerça sua cidadania e também contribua positivamente e propositivamente com a sociedade em que vive.

Diante do cenário apresentado pelo Município de Santarém referente à situação de adolescentes envolvidos com a dependência química, é visível perceber a omissão do Estado e da própria sociedade em relação às suas responsabilidades. Saber que até a conclusão desta pesquisa existem 180 adolescentes comprometidos com a dependência química registrados nas unidades pesquisadas são mínimos indicadores, pois estima-se a existência de mais adolescentes

envolvidos na problemática esperando por um resgate, considerando os números nacionais.

Dos casos registrados em Santarém, apenas 2 (dois) deles conseguiram concluir o tratamento e receber alta e 26 (vinte e seis) estão fazendo algum tipo de tratamento no CAPS AD. A grande maioria não consegue acessar o serviço, muito provavelmente pelo desconhecimento ocasionado pela falta de investimentos das ações preventivas, ausência de sensibilização ao tratamento, burocracia de acesso, ou mesmo a inexistência do serviço especializado para infância e adolescência, elementos estes que podem estar cerceando um direito constituído historicamente.

Foi possível observar ainda um índice elevado de incidência de uso de drogas ilícitas por adolescentes residentes em bairros periféricos, campo de vulnerabilidade ao envolvimento com o tráfico de drogas e conseqüentemente com o ato infracional, emergindo investimentos na área de prevenção, sensibilização e combate à distribuição de drogas, uma ação conjunta que deve ser adotada pelo Ministério da Justiça e da Saúde. Outros prejuízos são apontados também como o abandono da escola, indicando que adolescentes envolvidos com as drogas possuem baixa escolaridade.

Outra informação relevante é a que considera os dados alarmantes apresentados pelo CESEBA os quais apontam registros de adolescentes envolvidos em atos infracionais, dos quais grandes percentuais deles estão ligados à dependência química, e os que não são já experimentaram algum tipo de droga, apontando a extrema necessidade de investimento em ações preventivas. Dados como estes indicam a relação evidente das drogas com o aumento da violência.

Contudo, sabe-se da existência de políticas muito bem estruturadas e reformuladas, porém pouco eficazes e um tanto amadoras diante da complexidade da problemática exposta na sociedade Brasileira. Com isto, indica-se a necessária implantação de um Centro de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência-CAPSi no município de Santarém-PA, a fim de se ocupar do cuidado com a saúde mental de crianças e adolescentes na sua integralidade, principalmente no que tange ao enfrentamento e tratamento da dependência química, considerando o esgotamento do serviço ofertado pelo CAPS AD, o qual não está habilitado para o atendimento a esta demanda, considerando a necessidade de cumprimento dos princípios direcionados pela Portaria n. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, que

dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, quando se refere especificamente ao CAPSi para assistência específica a população infanto-juvenil.

Entretanto, não se pode exigir uma juventude ideal, pois não é simples superar sozinho tantos estigmas históricos que esta categoria vivenciou, e ainda hoje sofre. Porém, é uma responsabilidade da família, do Estado e da sociedade contribuir para que crianças e adolescentes sejam tratados com respeito, igualdade, dignidade, cuidado, proteção e atenção em sua integralidade permitindo-lhes o acesso prioritário a todas as políticas públicas, principalmente as de saúde, educação e assistência social, implementando políticas bem definidas e estruturadas que venham a fornecer elementos que lhe propiciem condições necessárias para que exercitem sua cidadania, como sujeitos de direito e pessoa em desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Fernando Pessoa de. *Agravos à saúde mental dos homens envolvidos em situações de violência*. Dissertação. 99 f. (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de Medicina Preventiva, São Paulo, 2012.

BAPTISTA, Gustavo Camilo. *Adolescência e drogas: a escuta dos dependentes*. São Paulo: Vetor, 2006.

BOBBIO, Norberto. *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/regulamento_sus_240909.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2013.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. 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*. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas.

_____. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa Saúde do Adolescente (PROSAD). *Bases Programáticas*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069compilado.htm>. Acesso em: 12 abr. 2013.

_____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), Convenção sobre os Direitos da Criança, Lei de Criação do Conanda (Lei nº 8.242/1991), Regimento Interno do Conanda (Resolução nº 99/2004)*. Disponível em: <<http://www.sedh.gov.br/clientes/sedh/sedh/spdca/publicacoes/.arquivos/.spdca/eca.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2013.

CAMPOS, Alessandra Costa. *O CAPS Ad e o Atendimento aos Adolescentes Usuários de Drogas Ilícitas em Juiz de Fora/MG*. Dissertação. 179 f. (Mestrado) – Faculdade de Serviço Social/Programa de Pós-graduação em Serviço Social (UFJF), 2010.

CARTILHA INFORMATIVA Drogas e Álcool. Conselho Municipal de Entorpecentes. Prefeitura de Caxias do Sul/RS. 2010. Disponível em: <http://www.caxias.rs.gov.br/_uploads/conselho_entorpecentes/cartilha.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2013.

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998.

DOURADO, Ana Cristina Dubeux. História da infância e direitos da criança. *TV Escola/Salto para o Futuro*, ano XIX, n. 10, set. 2009.

DUARTE, Paulina; BRANCO, Anna. *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas*. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

FEIJÓ, M. C.; ASSIS, S. G. O contexto de exclusão social e de vulnerabilidades de jovens infratores e de suas famílias. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 9, n.1, p. 157-166, jan./abr. 2004.

FELIX, Jorge. *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas*. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FROTA, Ana Maria Monte Coelho. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 147-160, abr. 2007.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Brasil. 2011. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/>>. Acesso em: 11 maio 2013.

_____. *O Direito de Ser Adolescente: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades*. Brasília: UNICEF, 2011. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2013.

_____. *Situação da Adolescência Brasileira*. 2002. Disponível em: <www.unicef.org/brazil/pt/sab_3.pdf>. Acesso em: 17 maio 2013.

_____. *Situação da Adolescência Brasileira 2011: O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades*. Brasília: UNICEF, 2011.

GALÚCIO, Iarani Augusta Soares. *Medida sócio-educativa de semiliberdade: garantia de direitos para o adolescente autor de ato infracional*. 2007. 33 f. (Trabalho de Conclusão de Curso), Graduação em Serviço Social, Universidade da Amazônia, Belém, 2007.

LAPORT, Tamires Jordão; MOREIRA, Rafael Bezerra de Souza. *Políticas Públicas: intersectorialidade e o enfrentamento ao crack*. Disponível em: <[políticas-publicas-intersectorialidade-enfrentamento-ao-crack](#)>. Acesso em: 20 maio 2013.

LARANJEIRA, Ronaldo. Legalização de Drogas ilícitas no Brasil. In: *Drogas: políticas e práticas*. São Paulo: Roca, 2011.

LEGISLAÇÃO E Políticas Públicas sobre Drogas / Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2010. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/material-informativo/serie-por-dentro-do-assunto/legislacao-e-politicas-publicas-sobre-drogas-no-brasil>>. Acesso em: 05 abr. 2013.

MARQUES, Ana Cecília. *O adolescente usuário de drogas psicotrópicas no Brasil*. Disponível em: <<http://www.papodema.com.br>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

MIRANDA, Sônia Guariza. *Criança e adolescente em situação de rua: políticas e práticas sócio-pedagógicas do poder público em Curitiba*. Tese. 340 f. (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação do Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005.

MOLINA, Adão Aparecido; LARA, Ângela Mara de Barros. *Considerações sobre as Políticas Públicas para a infância no Brasil na década de 90, final do século XX*. Disponível em: <http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2004/Painel/Painel/12_13_27_consideracoes_sobre_as_politicas_publicas_para_a_infancia_no.pdf>. Acesso em: 13 maio 2013.

OLIVA, Ângela. *O Estatuto da Criança e do Adolescente: um estudo sobre as medidas sócio-educativas e a reincidência*. Belém: UNAMA/FIDESA, 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Convenção sobre os Direitos da Criança. Resolução n. L. 44 (XLIV) da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 20 de novembro de 1989 e ratificada pelo Brasil em 20 de setembro e 1990. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Crian%C3%A7a/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca.html>>. Acesso em: 02 fev. 2013.

ORTHOFF, Sylvia. Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil: Capsi. PREFEITURA DE PETRÓPOLIS. Assistência especializada. Disponível em: <<http://www.petropolis.rj.gov.br/ssa/index.php/assistencia-especializada/divisao-de-saude-mental/77-capsi-centro-de-atencao-psicossocial-infanto-juvenil.html>>. Acesso em: 15 maio 2013.

OZELLA, S (Org.). *Adolescências construídas: a visão da psicologia sócio-histórica*. São Paulo: Cortez, 2003.

RAPOSO, Clarissa. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? *Revista em Pauta*, Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, v. 6, n. 23, jul. 2009.

REGIS DE MORAIS J. F. Drogadição: um mega-problema atual. SERRAT, Saulo Monte (Org.). *Drogas e álcool: prevenção e tratamento*. 3. impr. Campinas: Komedi, 2008.

RODRIGUES, Denise. *O adolescente hoje*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2000.

RODRIGUES, H. B. C. *Relatos de Transferência e Instituição*. Trabalho apresentado no II Encontro da Formação Freudiana, maio de 1995.

ROSA, Merval. *Psicologia Evolutiva*. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1991. v. 3.

Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SCHUCKIT, Marc. *Abuso de álcool e drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

SILVA, David Medina da. *Novas Considerações sobre o Art. 243 da Lei n. 8.069/90*. Disponível em: <<http://www.mp.rs.gov.br/areas/infancia/arquivos/art243.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2013.

SISTEMA NACIONAL DE ATENDIMENTO SOCIOEDUCATIVO (SINASE). Brasília, 2006. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:AjUEX5jeDFIJ:ftp://balcao.saude.ms.gov.br/horde/sisppi/unei/Legislacao/Sinase.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 15 maio 2013.

SPOSATI, Aldaíza. Estudos sobre Exclusão/Inclusão Social. Disponível em: <<http://www.dpi.inpe.br/diretorio:/gilberto/social/exclusion>>. Acesso em 10 abr. 2013.

TEIXEIRA, Célia Maria Ferreira da Silva. Tentativa de Suicídio na Adolescência. *Revista da UFG*, v. 6, n. 1, jun. 2004 [on line]. Disponível em: <http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/juventude/suicidio.html>. Acesso em: 12 maio 2013.

TEIXEIRA, Maria Lurdes Trassi. O futuro do Brasil não merece cadeia. In: LEVISKY, David Léo. *Adolescência e Violência: ações comunitárias na prevenção: conhecendo, articulando, integrando e multiplicando*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

TIBA, Içami. *123 respostas sobre drogas*. São Paulo: Scipione, 2003.

UNICEF. Situação da Adolescência Brasileira. 2002. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/sab_3.pdf>. Acesso em: 15 maio 2013.

VOLPI, Mário. *O Adolescente e o Ato Infracional*. São Paulo: Cortez, 1999.

WAGNER, Adriana. *Adolescentes e suas transformações*. São Leopoldo: Sinodal, 2009.