

JAIR IZAÍAS KAPPANN

CONSUMO DE DROGAS:

uma comparação entre dois levantamentos com estudantes da rede pública de ensino na cidade de Assis, São Paulo, em 2000 e 2010

ASSIS

2011

JAIR IZAÍAS KAPPANN

CONSUMO DE DROGAS:

uma comparação entre dois levantamentos com estudantes da rede pública de ensino na cidade de Assis, São Paulo, em 2000 e 2010

Tese apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP - Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Doutor em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientadora: Dr^a. Elizabeth Piemonte Constantino

Co-orientadora: Dr^a. Maria Laura Nogueira Pires

ASSIS
2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

K17c	<p>Kappann, Jair Izaiás</p> <p>Consumo de drogas: uma comparação entre dois levantamentos com estudantes da rede pública de ensino na cidade de Assis, São Paulo, em 2000 e 2010 / Jair Izaias Kappann. Assis, 2011</p> <p>132 f. : il.</p> <p>Tese de Doutorado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista.</p> <p>Orientadora: Dr^a Elizabeth Piemonte Constatino</p> <p>Co-orientadora: Dr^a Maria Laura Nogueira Pires</p> <p>1. Drogas. 2. Escolas. 3. Políticas públicas. 4. Crianças. 5. Adolescentes. I. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 615.788 361.61</p>
------	---

DEDICATÓRIA

Ao meu professor e orientador José Luiz Guimarães, falecido durante a
execução desta pesquisa;
Ao meu pai Helmuth Kappann, também falecido neste período.

A dor e as lágrimas são nossa primeira e natural reação ante a perda de um ente querido. Elas nos ajudam a suportar o luto, as primeiras semanas de sofrimento. Mas não bastam para refazer os laços que nos prendiam a quem partiu. No primeiro estágio da humanidade, havia o culto dos mortos: sacrifícios, flores sobre os sepulcros, monumentos e etc. Na fase atual, o sacrifício outrora oferecido aos mortos realiza-se dentro de nossa própria alma, através de celebrações fúnebres, de justas saudades, da viva recordação do ser amado, no íntimo do coração. Se assim procedemos, a pessoa desaparecida se chega mais a nós. Pomos a salvo sua imagem, e ela nos ajuda a tornar proveitoso o sofrimento.

Hermann Hesse

Professor

Ao Prof. José Luiz Guimarães

Um professor não obriga o aluno a apreender, mas desperta nele o desejo de saber

Um professor não precisa mostrar autoridade, ele é uma autoridade

Um professor não impõe respeito, adquire-o naturalmente

Um professor não exige disciplina, propõe autonomia e responsabilidade

Um professor não critica seus alunos, ensina-os a aprender com seus erros

Um professor não aponta erros, corrige imperfeições

Um professor não transmite certezas e verdades absolutas, e sim questionamentos

Um professor não só acredita no potencial do aluno, mas estimula-o realizá-lo

Um professor não precisa sempre ensinar, mas sempre aprender e, muitas vezes, com seus próprios alunos

Um professor nunca esquece que um dia já foi aluno

Um professor mesmo com dificuldades para ensinar, nunca desiste de um aluno

Um professor não transmite só informações e conhecimentos, mas atitudes

Um professor não ensina ética e comportamento, ele vivênci-a com seus alunos

Um professor tem uma relação com aluno não baseada na afetividade, mas sim no conhecimento: ensinar e aprender

Um bom professor ensina, um bom aluno aprende

Um professor ama seus alunos, não por ser melhores ou piores, mas por serem seus alunos

Um professor não ensina seus alunos para serem iguais a ele, mas para superá-lo

Um professor não propõe só problemas, mas sim soluções

Um professor ao ser confrontado não reage à provocação, mas age, com bom senso

Um professor reconhece seus erros para ensinar a humildade, omite seus acertos para não estimular a arrogância

Um professor não se culpa pelo fracasso do aluno, mas responsabiliza-se por seu insucesso

Um professor não diz eu sei ou eu não sei, mas sim, vamos aprender?

Um professor não estabelece objetivos para os alunos, aponta caminhos

Um professor não leva o aluno a trilhar caminhos por ele trilhados, mas a explorar novos caminhos

Um professor compadece-se do sofrimento do aluno e regozija-se com suas alegrias

Um professor não ensina um aluno para se formar, mas para saber pensar, sentir e agir

Um professor não forma profissionais, forma seres humanos
Um professor não ensina para que os alunos tenham sucesso e dinheiro, mas para que sejam felizes
Um professor ensina a razão, sem destruir a sensibilidade
Um professor não ensina só o que sabe, mas o que sente
Um professor tem uma família, mas muitos filhos afetivos e intelectuais
Um professor não sonha só, leva seus alunos a sonhar com ele
Um professor não caminha com o aluno, ensina-o a voar
Um professor sabe, que mesmo quando morrer seus alunos seguirão seus ensinamentos por toda a vida...

AGRADECIMENTOS

Aos professores(as), coordenadores(as) diretores(as) que autorizaram a pesquisa em suas escolas e salas de aulas;

Aos alunos que voluntariamente responderam os questionários;

A diretoria de Ensino de Assis que autorizou a pesquisa;

Às Professoras Maria Laura e Elizabeth que me orientaram nesta tese;

Aos funcionários da pós-graduação;

A Aline e Laís, companheiras de pesquisa;

Aos amigos, colegas do doutorado, por nossas trocas de idéias e discussões sempre muito proveitosas;

A todos os meus professores que tive durante todos esses anos de escola até chegar aqui;

À todos os meus amigos;

À minha família, minha mãe Amélia e meus nove irmãos;

À minha namorada Mayra, uma pessoa muito especial, que com carinho e muita paciência me acompanha em todos os momentos!

LISTA DE SIGLAS

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial
CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEPPA - Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool
CID 10 - Código Internacional de Doenças
CMDCA - Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente
COFEN - Conselho Federal de Entorpecentes
COMADS Conselhos Municipais de Políticas sobre Drogas
CONAD - Conselho Nacional Antidrogas
CONDECA - Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONANDA- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CONENS - Conselhos Estaduais de Políticas sobre Drogas
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
FUNABEM - Fundação Nacional do Bem Estar do Menor
FUNAD - Fundo Nacional Antidrogas
LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social
MS - Ministério da Saúde
NAPS - Núcleos de Atenção Psicossocial
NAS - Nível de álcool no sangue,
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONGS - Organizações Não Governamentais
ONU - Organização das Nações Unidas
PNBEM - Política do Bem-Estar do Menor
SAM - Serviço de Assistência do Menor
SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas
SISNAD- Sistema de políticas sobre Drogas
SPAS - substâncias psicoativas
SNC - Sistema Nervoso Central
SUS – Sistema Único de Saúde
UNIAD - Unidade de Pesquisa em álcool e Drogas
UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	127
---	-----

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A- Questionário.....	129
-------------------------------	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Prevalência do consumo de drogas entre estudantes por localidade	52
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Índices de uso na vida de drogas dos cinco levantamentos do CEBRID.....	48
Tabela 2- Características sociodemográficas dos estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública em 2000 e 2010.....	98
Tabela 3- Uso de drogas por alunos do ensino fundamental e médio de escolas públicas em 2000 e 2010, levando-se em conta os tipos de usos e as diferentes drogas individualmente.....	99
Tabela 4- Uso de drogas por alunos do ensino fundamental e médio de escolas públicas em 2000 e 2010; levando-se em conta o sexo e as diferentes drogas individualmente.....	100
Tabela 5- Uso de drogas por alunos do ensino fundamental e médio de escolas públicas em 2000 e 2010, levando-se em conta a idade e o uso na vida de diferentes drogas individualmente.....	101
Tabela 6- Uso de drogas por alunos do ensino fundamental e médio de escolas públicas levando-se em conta o sexo, tipos de uso de diferentes drogas individualmente.....	102
Tabela 7- Uso de drogas por alunos do ensino fundamental e médio de escolas públicas em 2000 e 2010; levando-se em conta a idade e os tipos de uso de diferentes drogas individualmente.....	103

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	16
-----------------	----

CAPITULO 1

Drogas: epidemiologia do consumo e efeitos no organismo	
1.1 Consumo de drogas psicoativas	24
1.1.1 Drogas psicoativas: classificação e formas de ação e efeitos no organismo.....	32
1.1.1.1 Drogas depressoras da atividade mental.....	33
1.1.1.2 Drogas estimulantes da atividade mental.....	38
1.1.1.3 Drogas perturbadoras da atividade mental.....	41
1.1.2 Panorama epidemiológico do consumo de drogas entre estudantes adolescentes.....	45

CAPITULO 2

Políticas públicas e controle social	
2. Políticas públicas.....	56
2.1 Políticas públicas para as drogas no Brasil.....	62
2.1.1 Política Nacional sobre Drogas.....	65
2.1.2 Política de Atenção Integral do Ministério da Saúde.....	70
2.2 Políticas públicas para crianças adolescentes.....	75
2.2.1 A infância e adolescência no Brasil.....	75
2.2.2 Políticas públicas e controle social.....	83
2.2.3 O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e o Conselho Tutelar.....	88
2.2.4 O Conselho Municipal sobre Drogas.....	91

CAPITULO 3

A pesquisa	
3.1 Método.....	94

3.2 Resultados.....	98
3.3 Discussão.....	104

CAPITULO 4

4. Considerações finais.....	109
Referências bibliográficas.....	118
Anexos.....	126
Apêndices.....	128

KAPPANN, Jair Izaías. CONSUMO DE DROGAS: uma comparação entre dois levantamentos com estudantes da rede pública de ensino na cidade de Assis, São Paulo, em 2000 e 2010. 2011.132 f. Tese de Doutorado em Psicologia-Faculdade de Ciências e Letras - Universidade Estadual Paulista, Câmpus Assis (SP).

RESUMO

O consumo de drogas é um fenômeno complexo, que envolve diferentes dimensões da experiência humana, possuindo diversos fatores que devem ser levados em consideração para a sua compreensão. Os levantamentos epidemiológicos são importantes por fornecer dados objetivos para dimensionar de uma maneira mais detalhada e isenta de julgamentos de valor a real magnitude do consumo. Os estudos demonstram que o consumo de drogas precisa ser avaliado periodicamente através de pesquisas, para o planejamento e implementação de uma política pública em relação às drogas. Analisando o fenômeno das drogas à luz das definições de políticas públicas, pode-se afirmar que o Estado brasileiro não tem uma política pública unificada e eficiente nesta área. Existem projetos, programas e leis que se caracterizam como tentativas de estabelecer diretrizes nacionais sobre o assunto, mas ainda são medidas isoladas e desarticuladas. A presente pesquisa teve como objetivo avaliar a prevalência do consumo de drogas entre os alunos das escolas da rede pública de Assis/SP e comparar estes dados com outros obtidos no ano 2000. A metodologia utilizada foi a mesma aplicada pelo CEBRID em todos os seus levantamentos. Foram aplicados questionários anônimos de auto preenchimento em uma mostra representativa dos alunos da rede pública de Assis. Os maiores índices de consumo, considerando uso na vida, foram: álcool (65,9%) e tabaco (15,4%); solventes (5,6%); maconha (8,0%); tranquilizantes (4,0%); anfetamínicos (2,7%); cocaína (3,0%). Não foi observada diferença significativa no uso entre o sexo feminino (18,5%) e masculino (16,5%). Em relação a pesquisa anterior, o consumo de tabaco apresentou uma queda significativa na frequência para o uso na vida. Também a frequência do uso de solventes diminuiu comparando-se os dados aos de 2000. O consumo de cocaína, contudo, teve aumento em seu uso. O total de usuários de outras drogas, no entanto, permaneceu constante em relação à pesquisa anterior.

Palavras chave: Drogas; Escolas; Políticas públicas; Crianças; Adolescentes.

KAPPANN, Jair Izaías. DRUG USAGE: a comparison between two surveys with public schools students in Assis City, São Paulo, in 2000 and 2010. 2011. 132f. Thesis (PhD in Psychology) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis (SP).

Abstract

Drug usage is a complex phenomenon that involves different dimensions of human experience, and has several factors that should be taken into consideration to be understood. Epidemiological surveys are important for providing objective data to scale in a more detailed and free from value judgments, the magnitude of the consumption. Studies show that drug use must be evaluated periodically through research, for planning and implementation of public policy toward drugs. Analyzing the phenomenon of drugs through the lights of public policy definitions, we can assert that the State did not have a unified and effective public policy in this area. There are projects, programs and laws that are characterized as attempts to establish national guidelines on the subject, but measures are still isolated and disjointed. This study aimed to evaluate the prevalence of drug use among students from public schools from the city of Assis (SP) and to compare these data with others obtained in 2000. The methodology applied was the same used by CEBRID in all its surveys. Anonymous and self-fulfillment questionnaires were applied in a representative sample of public school students from AssisCity. The highest rates of consumption, considering the lifetime use were: alcohol (65,9%) and tobacco (15,4%), solvents (5,6%), cannabis (8,0%), tranquilizers (4,0 %), amphetamines (2,7%), cocaine (3,0%). There was no significant difference of drug use between female (18,5%) and male (16,5%) sex. In relation to the previous research, tobacco consumption showed a significant drop in frequency for use in life. Also the frequency of use of solvents decreased comparing these data to the ones obtained in 2000. Cocaine use, however, had an increase in its use. The total number of users of other drugs, however, remained constant in relation to the previous research realized.

Keywords: Drugs; Schools, PublicPolicy, Children, Adolescent

Rehab¹
(letra original)

They tried to make me go to rehab
 But I said 'no, no, no'
 Yes, I've been black, but when I come back
 You'll know-know-know
 I ain't got the time
 And if my daddy thinks I'm fine
 He's tried to make me go to rehab
 But I won't go-go-go
 I'd rather be at home with Ray
 I ain't got seventy days
 'Cause there's nothing
 There's nothing you can teach me
 That I can't learn from Mr. Hathaway
 I didn't get a lot in class
 But I know it don't come in a shot glass
 They tried to make me go to rehab
 But I said 'no, no, no'
 Yes, I've been black, but when I come back
 You'll know-know-know
 I ain't got the time
 And if my daddy thinks I'm fine
 He's tried to make me go to rehab
 But I won't go-go-go
 The man said "why do you think you're here?"
 I said "I got no idea.
 I'm gonna, I'm gonna lose my baby,
 So I always keep a bottle near."
 He said "I just think you're depressed,
 Kiss me here, baby, and go rest."
 They tried to make me go to rehab
 But I said 'no, no, no'
 Yes, I've been black, but when I come back
 You'll know-know-know
 I don't ever want to drink again
 I just, ooh, I just need a friend
 I'm not going to spend ten weeks
 And have everyone think I'm on the mend
 It's not just my pride
 It's just 'til these tears have dried
 They tried to make me go to rehab
 But I said 'no, no, no'
 Yes, I've been black, but when I come back
 You'll know-know-know
 I ain't got the time
 And if my daddy thinks I'm fine
 He's tried to make me go to rehab
 But I won't go-go-go

Reabilitação
(tradução nossa)

Tentaram me mandar pra reabilitação
 Eu disse "não, não, não"
 É, eu estive meio mal, mas quando eu voltar
 Vocês vão saber, saber, saber
 Eu não tenho tempo
 E mesmo meu pai pensando que eu estou bem;
 Ele tentou me mandar pra reabilitação
 Mas eu não vou, vou, vou
 Prefiro ficar em casa com Ray (Charles)
 Não posso ficar 70 dias internada
 Por que não há nada
 Não há nada que possam me ensinar lá
 Que eu não possa aprender com o Sr. (Donny) Hathaway
 Não aprendi muito na escola
 Mas sei as respostas não estão no fundo de um copo
 Tentaram me mandar pra reabilitação
 Eu disse "não, não, não"
 É, eu estive meio mal, mas quando eu voltar
 Vocês vão saber, saber, saber
 Eu não tenho tempo
 E mesmo meu pai pensando que eu estou bem;
 Ele tentou me mandar pra reabilitação
 Mas eu não vou, vou, vou
 O cara disse: "Por que você acha que está aqui?"
 Eu disse "não faço idéia
 Eu vou, eu vou perder meu amor
 Então eu sempre mantenho uma garrafa por perto"
 Ele disse "acho que você só está deprimida,
 Me dê um beijo aqui, amor, e vá descansar"
 Tentaram me mandar pra reabilitação
 Eu disse "não, não, não"
 É, eu estive meio mal, mas quando eu voltar
 Vocês vão saber, saber, saber
 Eu não quero beber nunca mais
 Eu só oh, só preciso de um amigo
 Não vou desperdiçar dez semanas
 Pra todo mundo pensar que estou me recuperando
 Não é só meu orgulho
 É só até que essas lágrimas tenham secado
 Tentaram me mandar pra reabilitação
 Eu disse "não, não, não"
 É, eu estive meio mal, mas quando eu voltar
 Vocês vão saber, saber, saber
 Eu não tenho tempo
 E mesmo meu pai pensando que eu estou bem;
 Ele tentou me mandar pra reabilitação
 Mas eu não vou, vou, vou

¹ Amy Winehouse (1983-2001) cantora e compositora britânica morta aos 27 anos em decorrência do uso de álcool e outras drogas.

INTRODUÇÃO

Nossos adolescentes atuais parecem amar o luxo. Têm maus modos e desprezam a autoridade. São desrespeitosos com os adultos e passam o tempo vagando nas praças... São propensos a ofender seus pais, monopolizam a conversa quando estão em companhia de outras pessoas mais velhas; comem com voracidade e tiranizam seus mestres.

Sócrates (Século V a.C.)

Não vejo esperança para o futuro do nosso povo se eles depender da frívola mocidade de hoje, pois todos os jovens são, por certo, indizivelmente frívolos... Quando eu era menino, ensinavam-nos a ser discretos e a respeitar os mais velhos, mas os moços de hoje são excessivamente sabidos e não toleram restrições.

Hesíodo (Século VIII a.C.)

Em meados de 1998, ainda no primeiro ano do curso de Psicologia, procurei o Professor José Luiz Guimarães com a intenção de desenvolver um projeto de pesquisa. Depois de muitas idas e vindas, decidimos por estudar a questão das drogas no ambiente escolar.

Iniciamos com um projeto de iniciação científica sobre a prevalência do uso de drogas entre os adolescentes das escolas públicas e privadas de Assis, (GUIMARÃES et al., 2004), posteriormente realizamos o mesmo levantamento na cidade de Ourinhos, ambos com apoio da FAPESP.

Decidido a ingressar na carreira acadêmica, entrei no mestrado em 2003, também sob orientação do saudoso Prof. José Luiz. A necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as drogas nas escolas, e saber a opinião de professores e alunos sobre o assunto, nos levou a realizar uma pesquisa sobre a percepção que alunos e professores tem sobre as drogas em uma escola pública de Assis (KAPPANN, 2005).

Para o desenvolvimento da tese de doutorado, optamos por inovar e analisar dados epidemiológicos de uso de drogas entre os adolescentes e relacionar esses dados com as políticas públicas brasileira para esta área. Para a coleta de dados enviamos dois projetos de iniciação científica à FAPESP (processos 2009/51147-06 e 2009/51145-0), das alunas Aline Figueiredo Nunes e Laís Stocco Zancanaro, com vistas a somar esforços para a realização deste trabalho e também introduzir as alunas na pesquisa científica.

Com o falecimento do Prof. José Luiz Guimarães ocorrido em 01 de setembro de 2009, houve uma readequação dos projetos, mesmo assim procuramos manter a idéia original. Foi então que passei para a orientação da Prof^a. Elizabeth Piemonte Constantino e tendo como co-orientadora a Prof^a. Maria Laura Nogueira Pires, que gentilmente assumiu a orientação dos dois projetos de iniciação científica e também nos co-orientou na execução da presente tese.

A controvérsia teórica e argumentativa em relação às drogas, principalmente devido aos preconceitos, pressupostos ideológicos e morais, faz com que seja preciso deixar clara a postura do pesquisador frente ao assunto. Assumo de antemão as opiniões e argumentos defendidos na presente tese, ciente de que posso incorrer em erros ou defender idéias e argumentos equivocados, mas, é desta forma que se faz o conhecimento científico na área de Humanas, e espero que as

idéias e reflexões aqui apresentadas contribuam para o debate deste tema tão polêmico na atualidade.

Acredito que o fenômeno das drogas precisa ser abordado pela ciência de maneira objetiva, com base em fatos empíricos, porém não exclusivamente de uma forma positivista, sem levar em consideração as múltiplas dimensões subjetivas e sociais envolvidas na questão. As drogas precisam ser compreendidas tendo um enfoque multidisciplinar, abrangendo as diferentes áreas do conhecimento científico. No entanto, nossos objetivos ficarão restritos a um enfoque na área de Psicologia com ênfase nas políticas públicas e na legislação brasileira sobre o assunto.

O fenômeno das drogas é extremamente complexo e requer e uma análise que contribua para compreender os vários aspectos da questão. Existe o aspecto social e o conceito de legalidade ou ilegalidade de consumir determinada substância que tem uma estreita associação com as questões jurídicas e está relacionado com o tráfico de substâncias ilícitas. Há o aspecto da dependência de drogas que precisa ser contemplado por uma política de saúde pública eficiente e que ofereça um tratamento adequado àqueles que são acometidos por esta doença.

Há também o consumo recreativo e esporádico de drogas lícitas e ilícitas, que a princípio pode não trazer problemas mais graves ao usuário, mas seu uso excessivo pode gerar conseqüências sociais negativas e para a saúde do indivíduo. Para todos os aspectos, principalmente para o consumo e a possível dependência de drogas, reconhecidamente a melhor solução é a prevenção (SENAD, 2008), e este deveria ser o princípio básico de qualquer política pública que tenha como objetivo enfrentar os problemas causados pelo uso de drogas na sociedade. É preciso salientar que não trataremos como foco principal deste trabalho a questão do tráfico de drogas ilícitas, nem o tratamento da dependência química, mas ressaltamos que estes aspectos são inerentes ao objeto drogas e precisam ser levados em consideração.

Mesmo com as pesquisas que realizei e na revisão bibliográfica sobre as drogas que realizei no decorrer destes anos, ainda faltavam, a meu ver, estudos que levantassem a real dimensão do problema e, ao mesmo tempo, fornecessem subsídios para enfrentá-lo de uma forma mais efetiva.

E foi a minha experiência no assunto e o contato com a realidade das escolas que me motivaram para a realização do presente estudo, em que procurei analisar a evolução do consumo de drogas dez anos após nosso primeiro estudo em

Assis/SP e introduzir a questão das políticas públicas como uma possível forma de enfrentamento dos problemas decorrentes do consumo de drogas por crianças e adolescentes.

Tendo em vista que o consumo de drogas não pode ser enfrentado de forma isolada e alheia a outros fatores sociais, nem historicamente descontextualizado, contemplaremos, no presente estudo, além dos dados epidemiológicos, uma análise das políticas públicas na área de drogas, com ênfase na infância e adolescência. Procuramos fazer uma análise descritiva das concepções e diretrizes, presentes nas principais políticas em relação às drogas em nosso país.

Faremos também uma descrição da legislação pertinente à infância e adolescência e os mecanismos legais e de controle social existentes que são parte de uma nova concepção assumida pelo Estado brasileiro. Todo este aparato institucional é de fundamental importância na elaboração de políticas públicas para enfrentar todos os problemas que afetam as crianças e adolescentes, o que inclui a questão das drogas.

Dessa forma, esperamos que os resultados deste estudo se transformem em informações mobilizadoras de iniciativas e ações direcionadas à melhoria da qualidade de vida dos jovens, seja no âmbito das instituições e órgãos públicos ou nas escolas, seja na sociedade de um modo geral, pois

Discutir políticas públicas para a juventude é construto da democracia e responsabilidade social com a sustentabilidade da civilização, ou com as gerações que no presente se fazem gerações futuras, reconhecendo-se que na infância, na adolescência e na juventude se anunciam às gerações seguintes (UNESCO, 2004 p. 15).

Devido à vulnerabilidade a que estão submetidos, cabe à sociedade estabelecer políticas públicas específicas para essa faixa etária. Para que isso ocorra, é fundamental um conhecimento científico que forneça dados sobre seus hábitos, comportamentos, bem como suas formas de pensar e agir.

O consumo de drogas psicoativas faz parte do contexto escolar, como mostram inúmeros estudos que foram feitos com estudantes em nosso país (GALDURÓZ et al., 2005; GUIMARÃES et al., 2004). Na presente tese, pretendemos apresentar os resultados encontrados nas escolas públicas de Assis evidenciando

os tipos e a frequência do consumo de drogas pelos alunos e discuti-los com base nos dados de estudos epidemiológicos realizados em outras cidades.

Objetivamos também comparar os dados atuais com o estudo realizado anteriormente no ano 2000 para verificar se houve um aumento no consumo de drogas, como é constantemente alardeado pela mídia e pelo senso comum, e também se houve grande variação nos tipos e frequência de drogas consumidas pelos estudantes do município na última década. Por outro lado, descrevemos a política brasileira em relação às drogas, suas leis e princípios básicos visando fornecer subsídios para analisar sua efetividade e propor uma discussão mais ampla do fenômeno drogas em nossa sociedade.

Para tanto foi estabelecido como objetivo principal do presente estudo comparar a prevalência de consumo de drogas psicoativas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino obtidos nos levantamentos conduzidos em 2000 e 2010 na cidade de Assis/SP.

Considerando que as crianças e adolescentes fazem uso de drogas lícitas e ilícitas, defendo a tese de que para reduzir o consumo de drogas e suas conseqüências a melhor forma é o desenvolvimento de uma política pública ampla e eficiente que tenha como parâmetro a prevenção baseada no conhecimento científico sobre o assunto e que seja pautada na valorização da saúde e da qualidade de vida das pessoas.

No entanto, a produção bibliográfica consultada mostra uma lacuna na produção de conhecimento acerca do consumo de drogas e sua relação com as políticas públicas mais amplas. Tal constatação justifica os argumentos ora apresentados visando considerar o consumo de drogas como um problema que demanda políticas públicas específicas e que estas sejam efetivadas pelas instâncias federal, estadual e municipal com a participação de toda sociedade.

As drogas não podem ser compreendidas em sua complexidade sem levar em conta uma contextualização social e histórica, que contemplem os aspectos biológicos, psicológicos e culturais do fenômeno, sob pena de se fazer uma interpretação parcial, o que dificulta a compreensão.

O referencial teórico utilizado para analisar o objeto de estudo foi o conhecimento empírico produzido na área da psicologia, ciências sociais e da saúde que buscam uma visão mais objetiva do fenômeno tentando não se deixar influenciar pelos preconceitos morais ou ideológicos existentes na sociedade. Já em

relação às políticas públicas para crianças e adolescentes, nos baseamos na própria legislação existente, que é considerada uma das mais avançadas do mundo e, no entanto, ainda é pouco utilizada para fundamentação das ações destinadas a esta população.

Também foi considerado a historicidade do fenômeno, uma vez que nas ciências humanas, de uma forma geral, e na metodologia da pesquisa social, em particular, é necessário considerar os aspectos sócio-históricos e culturais. MINAYO (2004) aponta os principais princípios metodológicos que devem ser considerados neste tipo de pesquisa:

- O objeto é histórico. Os fenômenos, as relações, as estruturas sociais existem em um determinado tempo, em um determinado espaço. São mutáveis, provisórios, dinâmicos e passíveis de transformação;
- O objeto possui consciência histórica. As pessoas, os grupos estudados, assim como os pesquisadores são dialeticamente autores e frutos de um tempo histórico;
- A pesquisa social é sempre ideológica. A visão de mundo do pesquisador e dos atores sociais pesquisados está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho.

Para a autora todo objeto de estudo das Ciências Sociais é histórico:

Significa que as sociedades humanas existem num determinado espaço, num determinado tempo, que grupos sociais que as constituem são mutáveis e que tudo, instituições, leis visões de mundo são provisórios, passageiros e estão em constante dinamismo e potencialmente tudo está para ser transformado (MINAYO, 2004, P. 20)

Neste sentido, fazemos uma descrição geral sobre os conceitos de políticas públicas em relação às drogas e apontamos os princípios e fatos que a fundamentam, mas não nos propomos a fazer uma análise crítica exaustiva, devido às limitações do presente trabalho e por, metodologicamente não se mostrar viável um único estudo que possa aprofundar todas essas questões ao mesmo tempo. Assim, o objetivo dessa proposta foi apontar alguns fatos e discutir argumentos que contribuam para elucidar a questão e fomentar a discussão.

O trabalho está organizado da seguinte forma:

No capítulo 1 descrevemos a concepção social das drogas e usuários e apresentamos as substâncias pesquisadas e seus efeitos no organismo, bem como a epidemiologia de consumo entre as crianças e adolescentes.

Em seguida, no capítulo 2, traçamos um panorama das políticas públicas sociais de um modo geral e as políticas e legislação direcionadas às drogas em nosso país. Apontamos alguns fatos sociais e históricos que influenciaram a compreensão da sociedade em relação à infância e adolescência hoje em dia e que são pertinentes aos objetivos deste trabalho. Faremos também uma descrição da legislação pertinente à infância e adolescência e os mecanismos legais e de controle social existentes.

No capítulo 3 descrevemos a metodologia utilizada para a coleta de dados da pesquisa e apresentamos os resultados que são discutidos em seguida. No capítulo 4 apresentamos as conclusões finais do trabalho.

CAPITULO 1

DROGAS: EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO E EFEITOS NO ORGANISMO

1.1 Consumo de drogas psicoativas

O consumo de drogas é um assunto complexo, que envolve diferentes dimensões da experiência humana, possuindo diversos fatores que devem ser levados em consideração para a sua compreensão.

Dessa forma uma política pública sobre o consumo de drogas precisa ser estabelecida levando-se em conta os diferentes níveis de complexidade e os aspectos sociais, biológicos históricos e culturais. Deve fundamentar-se em dados científicos empíricos e efetivada de forma ampla envolvendo as diferentes instâncias institucionais e as diferentes áreas do conhecimento.

Além das substâncias, seus efeitos e formas de consumo, faz-se necessário considerar os aspectos históricos, sociais, econômicos, culturais, ideológicos, religiosos e psicológicos envolvidos na questão. A influência que exerce a aceitação ou condenação sobre a forma de consumir determinada droga pode ser tão decisiva como suas propriedades farmacológicas, pois essas são substâncias às quais, cultural e historicamente, sempre foram acrescidas determinadas características e qualidades (ESCOHOTADO, 1997).

O consumo de drogas está presente na história da humanidade há milhares de anos. A palavra “droga” provavelmente deriva do termo holandês droog, que, entre os Séculos XVI e XVIII, significava produtos secos, servindo para designar um conjunto de substâncias naturais utilizadas, sobretudo, na alimentação e na medicina, embora o termo também tenha sido utilizado para a tinturaria ou como substância que poderia ser consumida por mero prazer. No Dicionário da Língua Portuguesa Recopilada de 1813, de Antônio Moraes Silva, encontramos a definição de drogas como todo o gênero de especiarias aromáticas, tintas, óleos, raízes oficiais de tinturaria e botica, mercadorias ligeiras de lã ou seda (CARNEIRO, 2005).

Podemos lembrar ainda que, no mundo ocidental, durante a época das grandes navegações, entre os séculos XVI e XVII, a existência de diferentes drogas nas diversas regiões da Terra foi a própria razão apresentada pelos homens para impulsionar o crescimento do comércio e o fomento às navegações e consequente descobrimento de novas substâncias, terras, povos e culturas. As Índias Orientais eram produtoras das chamadas “drogas quentes”, “temperadoras dos frios”, como a pimenta, a noz moscada, a canela, o cravo, o almíscar, o sândalo, o incenso, a mirra, entre outros. No Brasil, as duas drogas mais importantes dos dois primeiros

séculos da colônia foram o pau-brasil e o açúcar. Além dessas duas, o Brasil também se tornou fonte de outras drogas quentes e aromas balsâmicos, como a copaíba, quina, cacau, tabaco, entre outras. E assim, diferentes substâncias, como o pau-brasil, o açúcar e o tabaco, foram denominadas drogas pelos homens do período e se transformaram em algumas das principais riquezas buscadas no Oriente e na América durante a época das grandes navegações dos séculos XVI e XVII (CARNEIRO, 2005).

Desde as mais remotas épocas, o controle do fluxo das drogas no mundo articula interesses econômicos, políticos e culturais. Apesar de o consumo dessas substâncias estar em evidência na atualidade, em todas as épocas e em diferentes culturas sempre ocorreu o uso de drogas psicoativas, seja de origem vegetal ou química, às vezes em rituais religiosos, outras como remédio para aliviar a fome, a fadiga e toda espécie de sofrimento humano.

Segundo BUCHER (1996), o homem desde sempre tenta modificar suas percepções e sensações, bem como a relação consigo mesmo e com seus meios naturais e sociais. Recorrer a drogas psicoativas representa uma das inúmeras maneiras de atingir estes objetivos, presentes na história de todos os povos, no mundo inteiro. No entanto a classificação de uma substância específica como “droga” tem diferentes conotações, de acordo com as práticas sociais e as ideologias predominantes em diferentes momentos históricos de uma sociedade ou país.

Do ponto de vista do Estado e da sociedade ocidental de um modo geral, é apenas a partir da segunda metade do século XIX que o uso de drogas se constituiu enquanto problema social, fazendo com que o consumo de substâncias psicoativas e suas propriedades farmacológicas passassem a ser tratados como uma questão pública importante (FIORE, 2005).

A compreensão das drogas enquanto um problema social é complexa e envolve diversas representações a respeito de fenômenos específicos. Para o senso comum, o problema social das drogas existe simplesmente porque é um dado da realidade facilmente constatável nas ruas e avenidas das cidades e caberia às ciências buscar compreender os mecanismos pelos quais esse problema é instituído. Tal posicionamento não significa desmentir a existência do problema, uma vez que um problema reconhecido socialmente é um fato social. Todavia, o que é considerado “problema social” varia historicamente de acordo com as épocas e

regiões e pode desaparecer como tal precisamente nos momentos em que subsistem os fenômenos designados por eles (ADIALA, 1986).

Sendo assim, ao falarmos da transformação do uso de drogas enquanto questão social não conseguiremos isolar apenas um dentre os diversos fatores envolvidos nesta transformação, sejam eles históricos, sociais, políticos, religiosos, econômicos ou morais. Historicamente, podemos ressaltar o pioneirismo norteamericano na luta contra as drogas como o primeiro país que sediou um intenso debate público a este respeito e estabeleceu um aparelho burocrático exclusivo para o controle de drogas já no século XIX, quando entidades civis norteamericanas como a Anti-Saloon League, e até mesmo partidos políticos, como o Prohibition Party, lutavam ativamente pela supressão do “vício”, termo que englobava, na época, as bebidas alcoólicas, as outras drogas de um modo geral, a prostituição e o jogo. A partir deste período, sejam por pressões diretas do governo norteamericano ou por processos internos, a preocupação com a questão das drogas se expandiu progressivamente para boa parte do planeta, inclusive no Brasil (FIORE, 2005). Desta forma, embora este movimento já tenha sido iniciado nos Estados Unidos em meados do século XIX, é apenas a partir da virada do século XX que o Brasil passa a ser palco da transformação das drogas em uma questão social, com atores institucionais, estatais e não-estatais se ocupando diretamente do problema (ADIALA, 1986).

O surgimento da questão das drogas na modernidade sempre esteve associado a dois eixos principais: a criminalização e a medicalização, ou seja, mais do que apropriar-se da experiência do uso de drogas, o que as sociedades modernas fizeram foi praticamente criar o fenômeno das drogas, através da medicalização e da criminalização da experiência do consumo de substâncias que, até sua prescrição e penalização, não eram consideradas como drogas (VARGAS, 2001). Assim, foi a partir da preocupação com a saúde e segurança públicas, representadas pela medicalização e pela imposição de penas, que as sociedades direcionaram sua atenção para a questão das drogas.

Atualmente, para tentar compreender o comportamento de consumir drogas, busca-se apontar causas individuais e pessoais para tal atitude. Todavia, este raciocínio pode incorrer no erro de se tornar determinista e reducionista, o que tornaria esta análise simplista e limitada.

Os diferentes contextos sociais dos quais o indivíduo faz parte influenciam não só na decisão de usar drogas como nas suas consequências para ele e para a sociedade. Um universitário, por exemplo, que consome uma droga ilícita em uma festa na faculdade, provavelmente terá poucas consequências sociais negativas, mas se um jovem pobre da periferia fizer o mesmo, além de correr o risco de ser abordado pela polícia, terá sua imagem prejudicada e passa a ser visto em sua comunidade como “viciado”, “maconheiro”, “vagabundo”, prejudicando assim suas relações pessoais e sua inserção social.

De um conceito moral abstrato, como oposto às virtudes, para uma noção de comportamento excessivo, a questão do “vício” tem adquirido o paradigma de abuso de drogas. A noção de um hábito ou de um costume, assim como os termos técnicos de adição ou dependência, usados para designar quadros ou comportamentos considerados compulsivos ou obsessivos abrange, contudo, muitas e amplas esferas da atividade humana (FIORE, 2005).

De fato, a razão que leva um indivíduo a usar e até a tornar-se dependente de alguma substância não pode ser determinada com precisão. São muitos os fatores, alguns bem contraditórios, como estimular ou acalmar, ficar acordado ou dormir, emagrecer ou engordar, fugir dos problemas, ou melhor, enfrentá-los. Isso demonstra que o efeito não está só no produto ou no cérebro, mas na relação subjetiva com ele estabelecida, o que inclui também as relações sociais e as ideologias presentes em determinada sociedade e em diferentes épocas da história (BUCHER, 1992).

Portanto, a questão deve ser compreendida dentro de um contexto social e cultural mais amplo, e não ficar restrita ao indivíduo, tanto para buscar as motivações para o consumo, quanto para compreender as suas manifestações sociais no decorrer da história.

[...] a convivência da humanidade com as drogas não é uma questão de escolha, mas um fato histórico, na medida em que não há praticamente registro de sociedades onde inexista o uso de substâncias que alterem a consciência, seja para fins rituais, religiosos, recreacionais ou de delineamento de papéis sociais e hierárquicos (CARLINI-MARLATT, 2003 p.192).

As condições sociais como o desemprego, discriminação, pobreza, violência e disponibilidade das drogas também são fatores que influenciam o consumo de

drogas. Existem ainda outros fatores individuais que são de risco como a baixa auto estima e falta de autoconfiança, dificuldade tomar decisões, fatores biológicos, dinâmica familiar, violência doméstica, fracasso ou exclusão escolar e falta de consciência dos efeitos das drogas, em especial entre os adolescentes (CARLINI-MARLATT, 2003).

Quando se trata de adolescentes, é preciso evitar as rotulações e patologizações do envolvimento dos jovens com as drogas. Na maioria das vezes, este contato é passageiro e constitui um item de consumo que faz parte da construção de sua identidade, assim como itens de vestuário, música ou esportes radicais. Isso não significa que seu uso não seja arriscado ou danoso, mas que é necessário compreender que o uso de drogas não constitui, necessariamente, um distúrbio mental ou comportamental que exija tratamento ou punição exemplar (CARLINI-MARLATT, 2003).

O consumo excessivo de drogas em nossa sociedade deve servir para nos tirar de nossa indiferença, do nosso marasmo individualista e pensarmos sobre o mundo “esquizofrênico” que estamos vivendo. As consequências desse nosso modo de vida afetam principalmente os mais jovens,

[...] estamos legando à juventude uma imensa dívida social: a dificuldade em produzir valores capazes de nos mover para longe da indiferença e da intolerância para com os indiferentes, para longe da inércia diante dos desafios de conciliar nossos desejos de felicidade (VICENTIN; ANDRÉ, 1998, p.70).

O consumo de drogas é considerado por muitos como um dos principais males que afligem a sociedade atual e está destruindo a juventude, o chamado “mal do século”. Por trás de semelhante raciocínio, encontram-se alguns pressupostos equivocados: de que a droga é um mal em si mesma, e de que é um problema novo, que não existia em outras épocas e, portanto, precisa ser eliminado a todo custo.

Muitas vezes, esta condenação da sociedade em relação às drogas recai, quase sempre, nas drogas ilegais como a maconha, cocaína e crack e, no entanto, há uma convivência social ao consumo das drogas legalizadas, como os medicamentos, cigarro e álcool, que, em muitos casos, causam muito mais danos a saúde pública e à sociedade (DUALIBI; VIEIRA; LARANJEIRA, 2011).

Os critérios de proibição ou liberação são, portanto, socialmente construídos, e dependem do contexto sociocultural e histórico. No Brasil, por exemplo, as drogas que causam proporcionalmente mais danos e atingem um maior número de pessoas tem seu consumo liberado e até incentivado pela mídia, como é o caso do álcool e o tabaco. Outras como os solventes e os medicamentos são muito consumidos sem que haja um devido controle de sua comercialização pelos órgãos competentes (GALDURÒZ, et al., 2005).

Para compreender as drogas como um sintoma social é preciso ir além do discurso médico, que a considera uma patologia individual e além do discurso moralista que a considera como um comportamento desviante dos indivíduos moralmente condenável.

O primeiro autor que compreendeu o uso de drogas como um sintoma social foi Sigmund Freud que via nas drogas um antídoto contra a angústia e sofrimento provocado pela renúncia de nossos instintos em prol da civilização. Ele demonstrou que o ser humano é guiado pelo princípio de prazer, busca, portanto a felicidade e foge do desprazer e, uma das formas possíveis para isso é através do uso de drogas. Pensando a adolescência, observamos o descompasso entre as mudanças orgânicas e as suas consequências psíquicas e encontramos os apontamentos de Freud (1974) quando, ao diferenciar a infância da puberdade, situou o trabalho psíquico a ser realizado pelo púbere em função da maturação sexual. A adolescência é a fase em que se renovam as questões infantis que propiciarão ao sujeito o afrouxamento dos laços contraídos na infância em relação aos primeiros objetos de amor e à autoridade. É pela primazia da genitalidade que o sujeito adolescente encontra-se, segundo Freud (1974), no trabalho de vencer as fantasias incestuosas e encaminhar-se para novas escolhas de objeto, bem como libertar-se da autoridade dos pais para novas formas de autoridade. As “novas” escolhas realizadas pelos adolescentes tem, para Freud, um fundamento nas questões infantis. A operação adolescente é, então, um processo de retomada e relançamento das referências parentais e a criação do “novo” nesse lançamento é um processo sofrido (TOROSSIAN, 2007).

Ao tratar do tema da toxicomania, Freud (1974) enfatiza a função das substâncias psicotrópicas em relação ao alívio do mal-estar associado às renúncias provocadas pela civilização. Alívio de um sofrimento relativo ao peso da realidade e a conseqüente busca de prazer. Em outros momentos de sua obra, refere-se a

diferentes tipos de adições, inclusive aos tóxicos, explicando-os como uma substituição das pulsões sexuais. A utilização de álcool é ainda associada à diminuição da crítica superegógica e à supressão das inibições. Assim, para Freud, o sofrimento do trabalho psíquico a ser realizado na adolescência, a angústia provocada no adolescente pelo superego e a substituição das pulsões sexuais, relativa à primazia das pulsões sexuais genitais e às mudanças em relação à autoridade, seria aliviado pelo uso de drogas.

Em *Mal-Estar na Civilização*, Freud (1974) propõe sua visão das condições pelas quais o sujeito humano encontra-se inserido na cultura. Estas condições implicariam em um constante antagonismo entre as forças pulsionais e as demandas impostas pela vida em sociedade. A tarefa necessária, ao adolescente, ou púbere, na linguagem freudiana da época, seria inevitavelmente penosa e se consistiria basicamente na renúncia pulsional e reorganização das antigas pulsões infantis, resultando em uma contínua fonte de angústia e desconforto. Para amenizar as agruras desse mal-estar inerente à civilização, três tipos de lenitivos ou “calmantes” estariam disponíveis:

Tal como nos tem sido imposta, a vida nos resulta demasiado pesada, nos apresenta excessivos sofrimentos, decepções, empreendimentos impossíveis. Para suportá-la, não podemos passar sem lenitivos. Existem provavelmente três espécies: distrações poderosas que nos fazem parecer pequena nossa miséria; satisfações substitutivas que a reduzem; narcóticos que nos tornam insensíveis a ela (FREUD, 1974, p.75).

Destes três, o uso de drogas seria reconhecido como “o método mais tosco, porém também o mais eficaz” (idem, p. 77).

Na compreensão freudiana, os três meios fundamentais de superação da angústia própria à puberdade seriam as “satisfações substitutivas” e as “poderosas distrações”, consideradas por ele em sua obra como o cultivo da atividade científica e da apreciação artística, enquanto vias sublimatórias eficazes e fertilizadoras de novas criatividades, e o uso de substâncias tóxicas. Este último, alívio tão velho e tão fecundo quanto a própria humanidade e a história de sua civilização.

Ainda na adolescência ocorrem diversos rearranjos de processos inconscientes, juntamente com as drásticas mudanças corporais experimentadas, representariam para o sujeito adolescente profundas perdas, as quais

desencadeariam lutos tão inevitáveis quanto normais ao seu adolescer. Na concepção de Aberastury e Knobel (1981), ao luto pela perda do corpo infantil somam-se o luto pela perda da identidade e dos papéis infantis e o luto pelos pais idealizados de sua infância, os quais constituem o fundamento psíquico latente desta etapa, e cuja configuração manifesta assumiria, segundo estes autores, os moldes de uma verdadeira Síndrome Normal da Adolescência (ABERASTURY; KNOBEL, 1981). Segundo os autores, resumidamente, esta “síndrome” engloba os seguintes aspectos: (1) busca de si mesmo e da identidade; (2) tendência grupal; (3) necessidade de intelectualizar e fantasiar; (4) crises religiosas que podem ir do mais intransigente ateísmo até o misticismo mais fervoroso; (5) o pensamento adquirindo características do processo primário; (6) evolução sexual manifesta do autoerotismo à heterossexualidade genital adulta; (7) atitude social reivindicatória com variadas intensidades de tendências anti-sociais; (8) contradições sucessivas nas manifestações da conduta, dominada pela ação; (9) separação progressiva dos pais e (10) constantes flutuações do humor e do estado de ânimo.

Assim, é muito comum a associação do problema como a adolescência, como se fosse um problema exclusivo desta faixa etária. Por outro lado, os estudos epidemiológicos demonstram que o uso de drogas entre os jovens, principal alvo das preocupações sociais, não é tão alarmante quanto a mídia mostra ou que muitas pessoas acreditam, já que a maioria deles não usa nenhuma droga (GALDURÓZ, 2005). Dessa forma não faz sentido tratar a questão por um viés moralista ou ideológico que eleje esta ou aquela droga, este ou aquele grupo como sendo mais perigosos ou mais suscetíveis.

Neste sentido, as substâncias psicoativas não devem ser analisadas e combatidas tendo como fundamento a dicotomia legais/ilegais, mas sim tendo em vista os danos causados à saúde e qualidade de vida das pessoas, sem nenhum tipo de estereótipo social ou preconceito moral ou ideológico, sendo que este deve ser o objetivo do conhecimento científico sobre o assunto.

No que tange às legislações e políticas de Estado estabelecidas em nosso país estes aspectos não são considerados e ainda perdura uma visão legalista baseada em um paradigma moral/ideológico.

Uma melhor compreensão histórica e científica deste fenômeno, seus efeitos e danos sobre a vida das pessoas é o que buscamos abordar nos itens a seguir.

1.1.1 Drogas psicoativas: classificação e formas de ação e efeitos no organismo

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde droga é “qualquer substância natural ou sintética que administrada por qualquer via no organismo afete sua estrutura ou função”. As drogas psicotrópicas são as drogas utilizadas para alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental. O termo psicotrópicas é formado pelas palavras psico e trópico. O termo psico relaciona-se ao psiquismo e envolve as funções do sistema nervoso central. Já trópico significa em direção a. Assim, drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre o cérebro, alterando de alguma forma o psiquismo humano. Por essa razão, são também conhecidas como substâncias psicoativas (SPAS) (CEBRID, 2006).

Quanto à sua origem as drogas psicoativas podem ser classificadas em três grupos:

- Naturais: plantas que contêm princípios ativos, sendo esta matéria-prima utilizada na preparação da substância ou extraída e purificada;
- Semi-sintéticas: resultado de manipulações químicas realizadas, em laboratório, nas drogas naturais;
- Sintéticas: produzidas unicamente por manipulações químicas em laboratórios e não dependem de matérias primas de ordem vegetal ou animal para sua fabricação.

É importante ressaltar que mesmo as drogas agrupadas em uma mesma classe ou grupo têm estruturas químicas diferentes, usos terapêuticos distintos e riscos diversos. A concentração da droga e o local de atuação no organismo humano dependem das características da substância, sua forma de administração, metabolismo no corpo e condições físicas do usuário (DIAS; PINTO, 2006). Por exemplo, uma mesma droga tem efeitos distintos no homem e na mulher, em um adolescente ou em um adulto, em uma pessoa psicologicamente saudável e outra com problemas psicológicos.

Com base nos efeitos causados no Sistema Nervoso Central (SNC), as drogas lícitas e ilícitas são classificadas como depressoras, estimulantes e perturbadoras. Para compreensão da classificação e dos efeitos de cada tipo de substância, apresentamos a seguir as principais características das drogas que constam neste levantamento.

1.1.1.1 Drogas depressoras da atividade mental

Essa categoria inclui uma grande variedade de substâncias que diferem acentuadamente em suas propriedades físicas e químicas, mas que apresentam a característica comum de causar uma diminuição da atividade global ou de certos sistemas específicos do SNC.

Como consequência dessa ação, há uma tendência de ocorrer uma diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, e é comum um efeito euforizante inicial e, posteriormente, um aumento da sonolência.

As depressoras são aquelas que inibem o funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC) diminuindo a atividade cerebral. As mais conhecidas são: álcool, barbitúricos (Gardenal, Pentotal), benzodiazepínicos (Diazepan, Valium, Lorax e Lexotan), opióides (xaropes com codeína) e solventes ou inalantes (cola de sapateiro, acetona, lança-perfume, “cheirinho da loló”, removedores e éter), heroína e morfina.

Álcool

O álcool é a substância psicoativa de uso e abuso mais amplamente disseminada em grande número e diversidade de países na atualidade. Culturalmente aceita na sociedade ocidental, tem seu consumo estimulado pelas famílias e pelas campanhas publicitárias, tornando-se um ingrediente indispensável em festas e eventos comemorativos de um modo geral.

A Organização Mundial de Saúde considera como uso nocivo o padrão de uso de substância psicoativa que causa dano à saúde, podendo este dano ser físico (como afetações no fígado, pâncreas ou outros órgãos) ou mental (como episódios de transtornos depressivos secundários a um grande consumo de álcool). A síndrome da dependência é considerada como um conjunto de sintomas e fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma ou mais substâncias alcança uma prioridade muito maior para um indivíduo que outros comportamentos que antes tinham um valor maior, como o trabalho ou as relações com a família, caracterizando-se por um forte desejo de consumo desta substância, como o álcool, por exemplo (OMS, 1993).

O álcool etílico é um produto da fermentação de carboidratos (açúcares) presentes em vegetais, como a cana-de-açúcar, a uva e a cevada. Suas

propriedades euforizantes e intoxicantes são conhecidas desde tempos pré-históricos e praticamente todas as culturas tem ou tiveram alguma experiência com sua utilização.

O processo de fermentação produz bebidas com concentração de álcool de até 10% (proporção do volume de álcool puro no total da bebida). Para obtenção de maiores concentrações é utilizada a destilação.

De acordo com o critério de concentração alcoólica, as bebidas industrializadas podem ser classificadas como:

1. Fracamente alcoólica, com 4% a 5% de etanol, encontrado, por exemplo, em 350 ml de cerveja;
2. Medianamente alcoólica, contendo 12% a 20% de álcool etílico (90 ml de vinho);
3. Fortemente alcoólica, com uma concentração de etanol entre 40% e 50%, como se verifica em 50ml de bebidas destiladas (uísques, aguardente, vodcas e conhaques) (BARDELLI, 2003, p. 98).

Ao bebermos, cerca de 10% do álcool ingerido é absorvido no estômago, sendo o restante absorvido no intestino delgado. A concentração sanguínea máxima é alcançada em 30 a 90 minutos, geralmente, e em 45 a 60 minutos, dependendo se o álcool foi ingerido com o estômago vazio, o que aumenta sua absorção, ou com alimentos, o que retarda a absorção. Depois de absorvido pela corrente sanguínea, o álcool é distribuído para todos os tecidos do corpo e é uniformemente dissolvido em seus líquidos. Assim, os tecidos que contém uma alta proporção de água, como as gorduras e o fígado, recebem uma alta concentração de álcool (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Metabolismo é o processo pelo qual o corpo converte as substâncias ingeridas em outros compostos. O metabolismo do álcool envolve vários processos, sendo um deles a oxidação, através da qual o álcool é “purificado” e removido do sangue, impedindo que se acumule e destrua células e órgãos. Até que todo o álcool consumido tenha sido metabolizado ou excretado, ele é distribuído pelo corpo, afetando o cérebro e outros tecidos. Cerca de 90% do álcool absorvido é metabolizado por oxidação hepática, sendo os restantes 10% excretados de forma inalterada pelos rins e pulmões, através da urina e respiração. A metabolização do álcool é feita por duas enzimas, a álcool desidrogenase (ADH) e a aldeído

desidrogenase. A ADH catalisa a conversão do álcool em acetaldeído, que é um composto tóxico. A aldeído desidrogenase catalisa a conversão de acetaldeído em ácido acético (KAPLAN, SADOCK; GREBB, 1997).

Há uma relação entre os efeitos do álcool e os níveis da substância no sangue, ou NAS – nível de álcool no sangue, que variam em razão do tipo de bebida utilizada, da velocidade do consumo, do sexo do bebedor, da presença de alimentos no estômago e de possíveis alterações no metabolismo da droga por diversas situações, como na insuficiência hepática, em que a degradação da substância é mais lenta. Os efeitos dos níveis de concentração de álcool no sangue podem variar. Em doses baixas, o álcool é utilizado, sobretudo, por causa de sua ação euforizante e da capacidade de diminuir as inibições, aliviar a ansiedade, proporcionar um relaxamento que alivia as dores emocionais, evoluindo para diminuição da coordenação motora, prejuízo do raciocínio, risco alto de apagamentos ou blackouts, envolvimento em acidentes e outras condutas de risco, podendo ainda evoluir para o desmaio, coma e morte (MARTINS, 2006).

O álcool induz à tolerância, ou seja, à necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para se produzir o mesmo efeito desejado ou intoxicação. Assim, pessoas com histórico de abuso de álcool ao longo dos anos são capazes de tolerar concentrações muito mais altas de álcool do que outras não acostumadas a beber, podendo parecer que os bebedores contumazes estão falsamente menos intoxicados do que realmente estão (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997). A ingestão excessiva de álcool também pode produzir a chamada síndrome de abstinência, em que sintomas desagradáveis ocorrem com a redução ou com a interrupção do consumo da substância.

Diferentemente do que ocorre com as outras drogas, a metabolização do álcool no organismo humano também é afetado pelo fator sexo, não sendo metabolizado da mesma forma por homens e mulheres. A mulher alcança NAS mais alto do que os homens consumindo a mesma dosagem. Os motivos de maior sensibilidade do sexo feminino incluem menor peso, maior quantidade de gordura no corpo, o que facilita a retenção do álcool por mais tempo e as variações do ciclo hormonal (MARTINS, 2006). Alguns estudos ainda apontam que as mulheres apresentam um conteúdo mais baixo de álcool desidrogenase (ADH), uma das enzimas responsáveis pela metabolização do álcool no organismo o que, assim

como em outras pessoas com deficiências enzimáticas, poderia levar à fácil intoxicação e a sintomas tóxicos (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Os principais efeitos adversos em nosso organismo associados ao uso de álcool estão relacionados a danos ao fígado, como hepatomegalia, desenvolvimento de hepatite alcoólica e cirrose hepática. Porém, o álcool afeta nosso organismo como um todo. No sistema gastrointestinal, o consumo pesado de álcool está associado a esofagites, gastrite, acloridria e úlceras gástricas, assim como ao surgimento de varizes esofágicas, cuja ruptura leva a um quadro hemorrágico gravíssimo que pode levar à morte. Também se associam ao álcool o desenvolvimento de pancreatite, insuficiência e câncer pancreático, bem como transtornos no intestino delgado. O álcool ainda inibe a capacidade do intestino de absorver diversos nutrientes, como as vitaminas e aminoácidos. Este efeito, juntamente com os hábitos nutricionais frequentemente prejudicados dos indivíduos com transtornos relacionados ao uso de álcool, pode acarretar a uma deficiência vitamínica séria, em especial àquelas do grupo do complexo B (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997). São ainda comuns as intoxicações provocadas pela ingestão concomitante de álcool e outras substâncias, como os barbitúricos, resultando em uma combinação perigosa, e muitas vezes fatal. As causas mais comuns de morte entre pessoas com transtornos relacionados ao álcool são o suicídio, o câncer, as cardiopatias e as doenças hepáticas (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

Tranquilizantes ou benzodiazepínicos

Esse grupo de substâncias começou a ser usado na Medicina durante os anos 60 e possui similaridades importantes com os barbitúricos em termos de ações farmacológicas, com a vantagem de oferecer uma maior margem de segurança, ou seja, a dose tóxica, aquela que produz efeitos prejudiciais à saúde, é muitas vezes maior que a dose terapêutica, ou seja, a dose prescrita no tratamento médico (CEBRID, 2006).

Os benzodiazepínicos possuem cinco propriedades farmacológicas básicas: são sedativos, hipnóticos, ansiolíticos, relaxantes musculares e anticonvulsivantes e atuam potencializando as ações do GABA (ácido gama-amino-butírico), o principal neurotransmissor inibitório do SNC. Como são substâncias que atuam nos mecanismos do cérebro, produzem uma atividade cerebral caracterizada pela

diminuição da ansiedade, indução do sono, relaxamento muscular e redução do estado de alerta, dificultando, também, os processos de aprendizagem e memória. Seus efeitos potencializam-se quando misturadas com álcool, podendo levar o indivíduo ao coma e, caso sejam utilizados por alguns meses, podem levar a um estado de dependência (CEBRID, 2006).

As doses tóxicas dessas drogas são bastante altas, mas pode ocorrer intoxicação se houver uso concomitante de outros depressores da atividade mental, principalmente álcool ou barbitúricos. O quadro de intoxicação é muito semelhante ao causado por barbitúricos e tipicamente incluem falta de energia, dificuldade de raciocínio, lentidão na fala, sonolência, respiração fraca e, em casos graves, coma e morte. A dose letal varia bastante com a tolerância e de uma pessoa para a outra (CEBRID, 2006).

Existem centenas de compostos comerciais disponíveis, que diferem somente em relação à velocidade e duração total de sua ação. Alguns são mais bem utilizados clinicamente como indutores do sono, enquanto outros são empregados no controle da ansiedade ou para prevenir a convulsão. Segundo dados do CEBRID (GALDURÓZ et al., 2005), o Diazepam é o mais destacado membro desse grupo de substâncias conhecidas como benzodiazepínicos, apresentando um crescimento vertiginoso de uso, por volta de 1960 a 1980, sendo essas substâncias prescritas, indiscriminadamente. Essa situação se agrava no Brasil, pois, até pouco tempo, esses medicamentos eram vendidos em farmácias sem exigência de prescrição médica (GALDURÓZ et al., 2005). São exemplos de benzodiazepínicos: diazepam, lorazepam, bromazepam, midazolam, flunitrazepam, clonazepam, lexotan (CEBRID, 2006).

Solventes ou inalantes

Esse grupo de substâncias, entre os depressores, não possui nenhuma utilização clínica, com exceção do éter etílico e do clorofórmio, que já foram largamente empregados como anestésicos gerais.

Os inalantes e solventes são, também, substâncias utilizadas como drogas de abuso; sendo muito utilizadas, atualmente, por crianças em situação de rua e, também, por estudantes de ensino fundamental e médio, por seu fácil acesso e baixo custo (CEBRID, 2006).

Após a aspiração, seu efeito é muito rápido e desaparecem após cerca de 15 a 40 minutos o que predispõe o usuário a inalações repetidas, com consequências às vezes desastrosas. O uso crônico dessas substâncias pode levar à destruição de neurônios, causando danos irreversíveis ao cérebro, assim como lesões no fígado, rins, nervos periféricos e medula óssea. Embora haja tolerância, até hoje não se tem uma descrição característica da síndrome de abstinência relacionada a esse grupo de substâncias (CEBRID, 2006).

Um dos produtos utilizados no Brasil é o “cheirinho” ou “loló”, também conhecido como “cheirinho da loló”. Trata-se de um preparado clandestino (isto é, fabricado não por um estabelecimento legal, mas, sim, por pessoas do submundo), à base de clorofórmio mais éter, utilizado somente para fins de abuso.

O lança-perfume é o nome que designa inicialmente aquele líquido que vem em tubos e que é usado em nosso país principalmente no período do Carnaval. À base de cloreto de etila ou cloretila, é proibida sua fabricação no Brasil e só aparece contrabandeada de outros países sul-americanos. Mas cada vez mais o nome lança-perfume é também utilizado para designar o “cheirinho da loló” (os meninos de rua de várias capitais brasileiras já usam estes dois nomes – cheirinho e lança – para designar a mistura de clorofórmio e éter) (CEBRID, 2006).

1.1.1.2 Drogas estimulantes da atividade mental

São incluídas nesse grupo as drogas capazes de aumentar a atividade de determinados sistemas neuronais, o que traz como consequências um estado de alerta exagerado, insônia e aceleração dos processos psíquicos (CEBRID, 2006).

Os estimulantes agem aumentando a atividade do cérebro e nesta categoria estão o tabaco (cigarro), anfetaminas (“bolinha” ou “rebite”), que são os remédios para emagrecer (Moderex, Inibex, Hipofagin), cocaína (crack, merla e “mesclado”) e a mescalina (cacto mexicano) (CEBRID, 2006).

O tabaco

O tabaco é uma planta originária do continente americano, e era fumado pelos índios, antes da chegada dos colonizadores europeus. O hábito de aspirá-lo ou mascá-lo foi sendo adquirido, também, pelos viajantes europeus que vinham à América (CEBRID, 2006).

A nicotina é um alcalóide presente na folha do tabaco; começou a ser difundida em 1560, quando Jean Nicot, embaixador francês em Portugal, enviou as primeiras sementes do tabaco à rainha Catarina de Médicis, com intuito de aliviar suas enxaquecas, espalhando, assim, o hábito de fumar por toda a Europa. No século XVII, o hábito de fumar já era um vício generalizado em toda a Europa, África e Ásia, perdendo, contudo, a aura de "remédio para todos os males" (CEBRID, 2006).

A nicotina é um componente do tabaco e pode ser consumida por via oral ou nasal. É considerada uma droga estimulante, não possui nenhum efeito terapêutico, e provoca dependência física e psíquica. Provoca, ainda, a tolerância e síndrome de abstinência, quando o indivíduo deixa de usá-la, de repente (CEBRID, 2006).

Anfetaminas

As anfetaminas são drogas estimulantes sintetizadas em laboratório que alteram nosso psiquismo, estimulando ou acelerando o funcionamento do cérebro e sistema nervoso central. Seu mecanismo de ação é aumentar a liberação e prolongar o tempo de atuação de neurotransmissores utilizados pelo cérebro, a dopamina e a noradrenalina (CEBRID, 2006).

Os seus efeitos principais são: diminuição do sono e do apetite; sensação de maior energia e menor fadiga, mesmo quando realiza esforços excessivos, o que pode ser prejudicial; rapidez na fala; dilatação da pupila; taquicardia; elevação da pressão arterial. Com doses tóxicas, acentuam-se esses efeitos. O indivíduo tende a ficar mais irritável e agressivo e pode considerar-se vítima de perseguição inexistente (delírios persecutórios) e ter alucinações e convulsões. São também frequentes os relatos de sintomas depressivos: falta de energia, desânimo, perda de motivação, que, por vezes, são bastante intensos quando há interrupção do uso dessas substâncias.

As anfetaminas foram consideradas drogas psicotrópicas, por volta de 1970, quando sua comercialização passou a ser controlada, devido ao risco de dependência (CEBRID, 2006).

Cocaína

É uma substância extraída de uma planta originária na América do Sul, popularmente conhecida como coca (*Erythroxylon coca*). Entre os nativos dos Andes, mascar folhas de coca é um hábito secular para aliviar a fome e o cansaço e os efeitos da altitude (CEBRID, 2006).

A cocaína pode ser consumida na forma de pó (cloridrato de cocaína), aspirado ou dissolvido em água e injetado na corrente sanguínea, ou sob a forma de uma pedra, que é fumada, o crack (CEBRID, 2006). O crack é basicamente uma nova forma de apresentação da cocaína, uma vez que a forma básica da droga, obtida por adição de uma base, como sulfato de amônio ou bicarbonato de sódio, à pasta base da cocaína permite seu uso por via fumada. Esta via leva a uma disponibilidade quase imediata da droga no sangue, que atinge o cérebro em poucos segundos, sem o efeito da primeira passagem no fígado, o que confere a uma mesma dosagem da substância uma concentração muito maior na forma do crack (ALVES; RIBEIRO; CASTRO, 2011).

Existe ainda a pasta de coca, um produto menos purificado, que também pode ser fumado, conhecido como merla (CEBRID, 2006).

O mecanismo de ação da cocaína no SNC é muito semelhante ao das anfetaminas, mas a cocaína atua, ainda, sobre um terceiro neurotransmissor, a serotonina, além da noradrenalina e da dopamina. A cocaína apresenta também propriedades de anestésico local que independem de sua atuação no cérebro. Essa era, no passado, uma das indicações de uso médico da substância, hoje obsoleto (CEBRID, 2006).

Seus efeitos têm início rápido e duração breve. No entanto, são mais intensos e fugazes quando a via de utilização é a intravenosa ou quando o indivíduo utiliza o crack ou merla. Destacam-se como efeitos do uso da cocaína a sensação intensa de euforia e poder, excitação mental, hiperatividade, insônia, falta de apetite e perda da sensação de cansaço. Com doses maiores, observam-se outros efeitos, como irritabilidade, agressividade e até delírios e alucinações, que caracterizam um verdadeiro estado psicótico, a psicose cocaínica. Também podem ser observados aumento da temperatura e convulsões, frequentemente de difícil tratamento, que podem levar à morte se esses sintomas forem prolongados. Ocorrem ainda dilatação pupilar, elevação da pressão arterial e taquicardia. Os efeitos desta droga podem

levar até à parada cardíaca, uma das possíveis causas de morte por superdosagem. Existem evidências de que o uso dessa substância seja um fator de risco para o desenvolvimento de infartos do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais (AVCs) em indivíduos relativamente jovens, além de provocar alterações na circulação cerebral que podem se tornar persistentes em indivíduos dependentes de cocaína (CEBRID, 2006).

Particularmente no caso do crack, os indivíduos desenvolvem dependência severa rapidamente, muitas vezes em poucos meses ou mesmo algumas semanas de uso (CEBRID, 2006). O padrão de uso de crack é bastante intenso e compulsivo, (padrão binge), e sua utilização provoca uma euforia de grande magnitude e curta duração, seguida de intensa fissura e desejo de repetir a dose, o que leva muito dependentes a passarem a noite ou mesmo dias seguidos consumindo a droga até sua completa exaustão e a despeito de não dormirem ou se alimentarem minimamente. Tal padrão de uso implica em uma grande vulnerabilidade destes indivíduos a doenças clínicas, desnutrição, e a comportamentos violentos, impulsivos e promíscuos, sejam em decorrência de seus efeitos ou no sentido de obterem a droga ou dinheiro para comprá-la (ALVES; RIBEIRO; CASTRO, 2011).

A cocaína e o crack são a principal causa de busca de atendimento entre os usuários das drogas ilícitas, ainda que não sejam as mais consumidas. Estes dados evidenciam o grande impacto pessoal e familiar destas substâncias. O abuso e a dependência de crack e cocaína estão associados ao poliabuso de substâncias psicoativas e seus usuários geralmente apresentam grande prevalência de outras comorbidades, ou seja, outros problemas de saúde física ou mental associados ao problema da dependência química (ALVES; RIBEIRO; CASTRO, 2011).

1.1.1.3 Drogas perturbadoras da atividade mental

Fazem parte do grupo das substâncias perturbadoras ou alucinógenas do SNC, as que modificam, qualitativamente, a atividade do cérebro; ou seja, perturbam e distorcem o seu funcionamento. Estas substâncias, também, são chamadas de alucinógenos, psicodélicos, psicotípicos e alucinantes (CEBRID, 2006).

Algumas dessas substâncias são extraídas de plantas como a maconha (cannabis sativa), haxixe, chá de lírio, cogumelos, santo daime e outras são fabricadas em laboratórios, designadas como drogas sintéticas: ecstasy, speed, ice

e LSD (ácido), e os anticolinérgicos (Artane, Bentyl e Akineton). Já os orexígenos são remédios para estimular a appetite, Periatin, Apetivit, Periavida, etc (CEBRID, 2006).

A maconha

É o nome dado no Brasil à *Cannabis sativa*. Suas folhas e inflorescências secas podem ser fumadas ou ingeridas. Há também o haxixe, pasta semi-sólida obtida por meio de grande pressão nas inflorescências, preparação com maiores concentrações de THC (tetrahydrocannabinol), uma das diversas substâncias produzidas pela planta, principal responsável pelos seus efeitos psíquicos (CEBRID, 2006).

A maconha está entre as plantas mais antigas cultivadas pelo homem, tendo registros de que os chineses o faziam há 6 mil anos, para a obtenção de suas fibras. Eles ainda a utilizavam como medicamento e seus grãos como alimento há cerca de 27000 a. C. ainda hoje, em partes do Nepal, óleos comestíveis são produzidos a partir de seus grãos. Durante vários séculos e em muitas culturas, seu plantio foi incentivado para a utilização de seus talos na fabricação de cordas, fibras têxteis, palitos e até papel, além de seu uso como alimento, propósitos religiosos, recreativos ou medicamentoso (ZUARDI; CRIPPA, 2011).

A substância ativa (THC) é extraída das folhas e de seus topos floridos. Há uma grande variação na quantidade de THC produzida pela planta conforme as condições de solo, clima e tempo decorrido entre a colheita e o uso, bem como na sensibilidade das pessoas que a consomem, o que explica a variedade de sensações relatadas pelos usuários (CEBRID, 2006).

Na década de 60, juntamente com o LSD-25, foi considerada a droga da moda, sendo bastante consumida, até hoje, embora tenha perdido seu destaque em favor dos inalantes entre as classes mais desfavorecidas e, nas classes média e alta, em favor da cocaína. Com a obtenção de melhores resultados com a morfina e os barbitúricos, diminuiu o interesse e o uso médico da *Cannabis*. Hoje, seu emprego terapêutico é mínimo, embora pesquisas indiquem que o uso da *Cannabis* reduz ou inibe as náuseas e vômitos produzidos por medicamentos anticâncer, e apresente efeitos benéficos em alguns casos de epilepsia.

A maconha pode ser fumada ou ingerida, como ocorre nas populações indígenas. Ela é a droga de uso ilícito mais frequente e alvo de muitas controvérsias, pois, enquanto alguns condenam seu uso, alegando ser porta de entrada para a delinquência, outros a defendem (CEBRID, 2006).

Seus efeitos podem ser tanto físicos quanto psíquicos e variam de acordo com o tempo de uso da droga. Os efeitos físicos agudos são poucos (olhos avermelhados, boca seca e taquicardia), enquanto que os efeitos psíquicos agudos dependem da qualidade da maconha utilizada e da sensibilidade de quem fuma (CEBRID, 2006).

Para alguns, os efeitos são uma sensação de bem-estar acompanhada de calma e relaxamento, da diminuição da fadiga e vontade de rir; entretanto, para outros, os efeitos são desagradáveis: sentem angústia, ficam aturcidas, temerosas, trêmulo e suando, o que é comumente chamado de "má viagem". O uso da droga causa uma perturbação na capacidade de a pessoa calcular tempo e espaço, com prejuízo da memória e atenção (CEBRID, 2006).

Com o aumento da dose ou dependendo da sensibilidade, há uma predominância de delírios, alucinações e ilusões. O delírio é uma perturbação mental que provoca um juízo errado da realidade, ou seja, uma perturbação e prejuízo no julgamento daquilo que se vê, ouve ou sente. Diversos tipos de delírio podem ocorrer, mas é comum o tipo persecutório, em que a pessoa se sente perseguida por alguém ou algo. Este prejuízo no julgamento da realidade pode levar ao pânico ou a atitudes perigosas, como, por exemplo, "fugir pela janela", caso acredite estar sendo perseguida, ou a agredir as pessoas em uma atitude de defesa antecipada, uma vez que acredita estar sendo tramada alguma coisa contra ela, estados estes característicos da paranóia. As ilusões, em geral visuais, auditivas e sinestésicas, são uma percepção deformada de um objeto real. Por exemplo, a pessoa vê uma árvore, mas a identifica com a sombra de uma pessoa que a persegue, ou sente suas roupas como bichos subindo pelo seu corpo. Ocorrem ainda as alucinações, percepções e julgamentos distorcidos da realidade, sem que haja a presença de um objeto ou estímulo real. As alucinações podem ser de vários tipos e de conteúdos variáveis, desde muito agradáveis a terríficas. Um exemplo clássico de alucinação visual é a pessoa encontra-se sozinha no ambiente e ver outras pessoas ou animais ao seu redor. Todos estes efeitos alucinatórios são raros e mais

freqüentes em quem possui uma pré-disposição psíquica para tanto (DALGALARRONDO, 2009).

Os efeitos físicos crônicos do uso da maconha são maiores e podem afetar vários órgãos do corpo. Com o uso constante, o indivíduo pode desenvolver problemas respiratórios que são comuns, uma vez que a fumaça produzida pela maconha é muito irritante, além de conter alto teor de alcatrão (maior que no caso do tabaco) e nele existir uma substância chamada benzopireno, um conhecido agente cancerígeno. Ocorre, ainda, uma diminuição de 50% a 60% na produção de testosterona dos homens, podendo haver infertilidade (CEBRID, 2006).

Quanto aos efeitos psíquicos crônicos da maconha, o uso continuado interfere na capacidade de aprendizagem e memorização, induzindo a um estado de amotivação, levando algumas pessoas a um estado de dependência, ou seja, elas passam a organizar suas vidas de maneira a facilitar o uso da maconha, sendo que tudo o mais perde seu valor (CEBRID, 2006).

Embora seja claro que os usuários de maconha podem apresentar uma síndrome de abstinência e dependência, nem todos chegam a desenvolvê-la. Alguns fatores de risco a dependência incluem o poliabuso de outras drogas antes da maconha, uso antes do final da adolescência, baixa renda familiar, presença de comorbidades psiquiátricas e uso concomitante de álcool e outras drogas (ZUARDI; CRIPPA, 2011).

Ainda que os derivados da maconha possam apresentar potencial terapêutico para diversas condições, o uso recreativo da maconha pode levar alguns indivíduos a desenvolver sintomas psiquiátricos agudos e dependência. Não há consenso entre os pesquisadores se a maconha pode levar a transtornos psiquiátricos após a suspensão de seu uso, “porém, é certo que o uso regular de grandes quantidades de Cannabis implica problemas cognitivos, psicossociais e de saúde em uma parcela de sujeitos vulneráveis (ZUARDI; CRIPPA, 2011.p.168).

1.1.2 Panorama epidemiológico do consumo de drogas entre estudantes adolescentes

A epidemiologia do consumo de drogas é a área da ciência que se dedica a estudar a distribuição do número de usuários e os fatores relacionados ao uso de determinada substância por uma população específica em determinado período de tempo. Para tanto, pode usar os levantamentos populacionais com aplicação de questionários ou entrevistas, ou indicadores epidemiológicos obtidos de maneira indireta, através dos levantamentos de dados estatísticos disponíveis (GALDURÓZ; SANCHEZ; NOTO, 2011).

Os levantamentos epidemiológicos tornam-se importantes por fornecer dados objetivos para dimensionar, de uma maneira mais detalhada e isenta de julgamentos de valor, a real magnitude do fenômeno. Determinam, por exemplo, a quantidade e a frequência do consumo, diferenciando o uso esporádico, abusivo e a dependência, o tipo de droga preferida por determinada faixa etária, sexo ou segmento social e a prevalência do uso entre a população estudada. Possibilita assim estimar a necessidade de oferta de serviços de saúde, planejamentos de intervenções preventivas e elaboração de políticas públicas coadunadas com a realidade.

Os estudos demonstram que o consumo de drogas precisa ser avaliado periodicamente através de levantamentos epidemiológicos, levando-se em conta a constante mudança de hábitos, preferências dos usuários, o padrão de consumo, e suas diferentes variáveis, além dos processos de industrialização e distribuição que estão em constante transformação e as particularidades de cada região estudada (BUCHER, 1996).

As informações sobre as diferentes características de consumo são essenciais para a elaboração de estratégias e políticas públicas nesta área uma vez que

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 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.26).

Compreender essas peculiaridades é essencial para elaborar ações preventivas. Compreender a situação do uso de drogas de um país ou determinada

região permite conhecer os tipos de drogas, formas de consumo e grupos mais vulneráveis, facilitando a elaboração de estratégias de prevenção que devem ser enfatizadas em cada grupo ou comunidade (BESSA; BOARATI; SCIVOLETTO, 2011).

Para avaliar comparativamente o consumo de drogas é preciso selecionar os diferentes segmentos sociais pesquisados, devido à variação que pode ocorrer nas características de uso para cada grupo populacional específico. Existem estudos epidemiológicos para a população em geral, meninos de rua, idosos, estudantes universitários, alguns segmentos profissionais e entre crianças e adolescentes que frequentam a escola. Este último grupo é o foco principal do presente trabalho.

Para avaliar o consumo de drogas pela população em geral foram realizadas três pesquisas de abrangência nacional pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) em parceria com a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) em 1999, 2001 e 2005. O último levantamento foi realizado em 2005 com sujeitos de 12 a 65 anos de idade, distribuídos nas 108 maiores cidades brasileiras. No total, os resultados encontrados para o uso na vida de drogas, exceto álcool e tabaco, foram de 19,4%. As drogas mais consumidas foram: o álcool (68,7%), tabaco (41,1%), maconha (6,9%), solventes (5,8%), benzodiazepínicos (3,3%) e cocaína (2,3%). Este estudo identificou também que 11,2% da população brasileira são dependentes de álcool, índice que chega a 16% na região Nordeste, sendo que a prevalência de alcoolistas entre os homens é três vezes maior do que entre as mulheres. Há ainda 10,1% que se declararam dependentes do tabaco, índices quase dez vezes maior que a dependência da maconha, que foi de 1,4%. Comparando-se os dados de 2001 com os de 2005, de um modo geral, não houve diferenças estatísticas significativas no padrão de consumo de drogas (CARLINI, et al. 2006).

Os dados relativos à população em geral são necessários para pensar as políticas em relação às drogas de uma forma mais abrangente e não só pensando nos adolescentes. Quando comparamos os dados de consumo de drogas entre toda a população e entre os adolescentes, percebemos que não há uma discrepância tão grande nos índices de consumo entre eles, demonstrando que não faz sentido a ênfase que imprensa e as pessoas de um modo geral dão aos mais jovens, tendendo a atribuir o problema das drogas somente a eles.

Para pesquisar o consumo de álcool, a SENAD, em parceria com a Unidade de Pesquisa em álcool e Drogas (UNIAD), vinculada à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), pesquisou o padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre a população brasileira. Participaram da pesquisa 3.007 sujeitos, distribuídos em 143 municípios de todo o Brasil. Este estudo constatou que 52% dos brasileiros acima dos 18 anos fazem uso de álcool. Entre os homens, o consumo foi ainda maior: 11% declararam que bebem todos os dias e 28% relataram ter bebido pelo menos uma vez no último ano, no padrão internacionalmente conhecido como binge drinking, ou beber episódico se embriagando. Outro agravante é que 25% dos homens consumidores de álcool disseram ter dirigido após beber (LARANJEIRA, PINSKY, ZALESKI, CAETANO, 2007)

Um consumo excessivo e bem mais grave de drogas foi encontrado entre crianças e adolescentes em situação de rua. No estudo realizado pelo CEBRID em 27 capitais brasileiras, 88,6% das crianças e adolescentes que não moravam com a família consumiram alguma droga no mês anterior a pesquisa e 72,6% o fizeram diariamente. Já os que viviam na rua, mas ainda mantinham vínculos familiares, esses índices foram de 47,7% e 19,7% respectivamente. Nesta população específica, o uso de drogas está relacionado às carências das condições básicas de sobrevivência e à total falta de proteção social (GALDURÓZ; SANCHEZ; NOTO, 2011).

Para determinar a prevalência e o padrão de consumo das diversas substâncias entre as crianças e os adolescentes, o local preferido pelos pesquisadores é a escola, tanto pela facilidade de obtenção das amostras, quanto por ser considerado o local ideal para realizações de ações preventivas, uma vez que toda população dessas faixas etárias estão ou passaram pela escola (SOARES; JACOBI, 2000; CARLINI-COTRIM, 1998).

Os primeiros estudos epidemiológicos com adolescentes realizados no Brasil não contavam com uma metodologia padronizada, o que dificulta comparações com os atuais (BUCHER, 1992). Só a partir de 1986 os levantamentos começam a ser executados com critérios metodológicos mais cuidadosos e passaram a utilizar o questionário elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que pode ser

considerado um marco metodológico por introduzir uma padronização diferenciando os diferentes níveis de consumo² (SMART et al., 1980)

Os mais importantes estudos realizados com estudantes em nosso país foram conduzidos pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, vinculado à UNIFESP, que deu início em 1987 a uma série de cinco levantamentos epidemiológicos nacionais, começando com um estudo com alunos do 1º e 2º grau de 10 capitais brasileiras em 1987 e, posteriormente, 1989, 1993, 1997 e 2004 (GALDURÓZ et al., 2005). Os levantamentos do CEBRID tornaram-se referência e são tomados como parâmetros para analisar a evolução do consumo de drogas e seus fatores associados e também servem de modelo metodológico para a realização de pesquisas epidemiológicas em várias cidades brasileiras.

Na tabela seguinte são apresentados os índices de consumo na vida das principais drogas em todos os levantamentos.

Tabela 1- Índices de uso na vida de drogas dos cinco levantamentos do CEBRID.

Drogas	Ano				
	1987	1989	1993	1997	2004
Álcool	71,0%	72,9%	78,7%	65,0%	57,5%
Tabaco	22,0%	30,3%	29,9%	27,1%	23,7%
Solventes	14,7%	17,3%	15,4%	13,4%	15,4%
Ansiolíticos	5,9%	7,2%	5,3%	5,8%	4,1%
Anfetamínicos	2,8%	3,9%	3,1%	4,4%	3,7%
Maconha	2,8%	3,4%	4,5%	7,6%	5,9%
Cocaína	0,5%	0,7%	1,2%	2,0%	2,0%
Anticolinérgicos	0,5%	1,0%	1,4%	1,3%	1,2%
Barbitúricos	1,6%	2,1%	1,3%	1,2%	0,8%
Xaropes	1,3%	1,5%	1,3%	1,0%	0,4%

Fonte: GALDURÓZ et al, 2005.

A análise da tendência do consumo de drogas feitas pelo CEBRID só foi possível em 10 capitais que participaram de todos os estudos. Não houve mudanças

² Uso na vida: quando a pessoa utilizou qualquer droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida; Uso no ano: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica pelo menos uma vez nos doze meses que antecederam à pesquisa; Uso no mês: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica pelo menos uma vez nos trinta dias que antecederam à pesquisa; Uso frequente: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica seis ou mais vezes nos trinta dias que antecederam à pesquisa; Uso pesado: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica vinte ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa.

estatisticamente significativas na estimativa global do consumo de drogas nos cinco inquiridos. No entanto, analisando as substâncias isoladamente, nota-se uma tendência de aumento no uso na vida para a maconha em cinco capitais, de cocaína em seis, tabaco em quatro e o álcool teve uma pequena redução no consumo em todas as capitais (GALDURÓZ; SANCHEZ; NOTO, 2010).

O álcool foi a droga mais consumida em todos os estudos com estudantes. No levantamento do CEBRID, a capital brasileira que apresentou o maior uso na vida de álcool foi o Rio de Janeiro, com 68,9%, e a menor foi Aracaju, com 46,1%. Na faixa etária de 10 a 12 anos, 41,2% dos estudantes brasileiros da rede pública de ensino já tinham feito uso na vida de álcool, e as capitais com maiores porcentagens desse uso foram Campo Grande, com 57,1%, seguida por Rio de Janeiro, com 56,6%, Vitória, com 55,6% e Fortaleza, com 52,0%; o menor uso na vida de álcool na faixa etária de 10 a 12 anos foi em Rio Branco, com 15,8%. O uso frequente de álcool foi de 11,7% e o uso pesado foi de 6,7%, mostrando assim que o consumo de álcool tornou-se um grande problema de saúde pública (GALDURÓZ et al., 2005).

Fazendo uma análise geral dos estudos desenvolvidos com estudantes brasileiros do ensino fundamental e médio para pesquisar o uso de substâncias, as lícitas foram as mais consumidas. O uso na vida de álcool entre os alunos oscilou de 60% a 80%, já o uso frequente chegou até 24%. Para o tabaco os índices foram de 30% a 40% para uso na vida e 4,9% a 12% para o consumo frequente (MEDINA et al., 2010).

A comparação com os dados internacionais permite constatar que o padrão de consumo de drogas entre os estudantes brasileiros é relativamente baixo, principalmente se comparado com os países do primeiro mundo (índices descritos a seguir), porém são mais elevados que os índices de consumo dos outros países da América do Sul. A frequência de uso na vida de drogas, exceto álcool e tabaco, foi de 22,6%, dados ainda superiores aos da América do Sul e Central. Nos países da América do Sul os índices são: Chile, 19,8%; Uruguai, 13,5%; Equador, 12,3%; Venezuela, 6%; Paraguai, 5,6%. Na América Central, a Nicarágua apresenta um índice de 11,2%; Guatemala, 9,8% e Panamá, 9,6% (GALDURÓZ, SANCHEZ; NOTO, 2010).

Segundo a análise comparativa realizada pelo CEBRID (GALDURÓZ et al., 2005) em relação ao álcool no Brasil, o índice dos que experimentaram foi de 65,2%, porcentagem inferior ao países como Barbados, com 83,9%, Uruguai, com 78,8% e

Chile, com 78,6% e próximo de países como Venezuela (65,5%), Paraguai (66,9%) e Equador com 62,6% (CONACE, 2005; CICAD, 2005).

O uso na vida de tabaco, entre os estudantes brasileiros foi de 24,9%. Esse uso foi menor do que em todos os países sul-americanos onde se realizou pesquisa semelhante ao presente estudo. No Chile, 75,0% dos estudantes já haviam feito uso na vida de tabaco; no Equador, 61,4%; no Uruguai, 56,0%; no Paraguai, 37,3%, e na Venezuela, 31,8%. A comparação desta droga na faixa específica de 15 a 16 anos de idade mostra que mesmo assim o Brasil, com 32,2% dos estudantes, está abaixo de quase todos os seguintes países: Alemanha (77,0%), Finlândia (70,0%), França (68,0%), Itália (64,0%), Portugal (62,0%) e Holanda (57,0%). Porém, superior aos Estados Unidos onde apenas 13,8% dos estudantes fizeram uso na vida de tabaco aos 16 anos de idade (CONACE, 2005; E.M.C.D.D.A., 2005; NIDA, 2005; CICAD, 2005).

O uso de solventes sempre foi mais alto no Brasil (GALDURÓZ et al, 2005). A comparação com outros países mostra que o Brasil tem a porcentagem mais expressiva de uso na vida de solventes (15,4%), seguido da Grécia (15,0%), Estados Unidos (12,4%), Alemanha e França (11,0%), Dinamarca e Finlândia (8,0%), Chile (7,9%), Itália e Holanda (6,0%), Equador (2,6%), Venezuela (2,7%), Uruguai (1,7%) e Paraguai (0,7%) (CONACE, 2005; E.M.C.D.D.A., 2005; NIDA, 2005; CICAD, 2005).

A porcentagem dos estudantes do ensino fundamental e médio nas 27 capitais brasileiras que já fizeram uso na vida de maconha foi de 5,9% sendo que o uso frequente e pesado foram inferiores a 1%. A comparação com outros países mostrou que o uso na vida de maconha no Brasil foi inferior ao do Chile (21,6%), Uruguai (12,5%), Equador (8,6%), Guiana (7,2%), Panamá (6,9%) e Nicarágua (6,9%). Por outro lado, foi superior à em outros países como Paraguai (4,3%) e Venezuela (1,0%) (CONACE, 2005; CICAD, 2005). Na faixa específica de 15 a 16 anos de idade, o uso na vida de maconha no Brasil foi de 7,5%, bem inferior ao da França e Reino Unido, 38,0%; Estados Unidos, 35,1%; Bélgica, 32,0%; Espanha, 30,0%; Holanda 28,0%; Itália e Alemanha 27,0% (E.M.C.D.D.A., 2005; NIDA, 2005).

O uso na vida de cocaína no Brasil foi de 2,0%. A comparação com outros países mostrou que o uso no Brasil (2,0%) foi menor que nos Estados Unidos (5,4%), Espanha (4,1%), Chile (3,7%), Itália (3,5%), Guatemala (3,2%), Holanda e Reino Unido (3,0%), Uruguai (2,7%), Barbados (2,5%) e Equador (2,4%), porém

maior que no Paraguai (1,6%), Portugal (1,3%), Grécia, Venezuela e Suécia (1,0%) e Panamá (0,8%) (CONACE, 2005; E.M.C.D.D.A., 2005; NIDA, 2005; CICAD, 2005). O uso frequente e pesado de cocaína não atingiu 0,5% em nenhuma região do país.

Poucos estudos realizados em outros países separaram o uso de crack do de cocaína. No Brasil o uso na vida de crack foi de 0,7%, duas vezes menos que no Chile (1,4%) e cerca de quatro vezes menos que nos Estados Unidos (2,6%) (CONACE, 2005; NIDA, 2005).

O uso na vida de anfetamínicos no Brasil foi de 3,7%. A comparação do uso na vida de anfetamínicos do Brasil (3,7%) com o de outros países demonstrou porcentagem menor em relação aos Estados Unidos (5,3%), porém nesse país a metanfetamina é usada de forma abusiva para fins não médicos (usada clinicamente para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade) (NIDA, 2005). Além dos EUA, a prevalência do Brasil foi menor que a da Nicarágua (10,4%), Reino Unido (8,0%), Venezuela (6,4%), Uruguai (6,2%), Paraguai (5,9%), Chile (5,8%) e Dinamarca (4,0%). Porém, maior que ao do Equador (3,5%), Espanha (3,4%), Portugal (3,2%), Itália (2,6%), Grécia e Suécia (1,0%) (CONACE, 2005; E.M.C.D.D.A., 2005; CICAD, 2005).

Os ansiolíticos são benzodiazepínicos, medicamentos usados para diminuir a ansiedade, e o predomínio de seu uso ocorre mais entre o sexo feminino (GALDURÓZ et al., 2005). O uso na vida de ansiolíticos foi de 4,1% no Brasil. A comparação do Brasil (4,1%) com outros países mostrou que a porcentagem em nosso país é cerca de três vezes menor que a no Uruguai e na Venezuela (15,8%), Nicarágua (15,1%), Paraguai (15,0%), Guatemala (14,4%), França (12,0%); em outros países a diferença foi próxima ao dobro: Chile (9,1%), Bélgica (9,0%), Itália (8,8%), Holanda (8,0%), Estados Unidos (7,3%), Finlândia (7,0%) e Guiana (6,7%) (CONACE, 2005; E.M.C.D.D.A., 2005; NIDA, 2005; CICAD, 2005). Vale ressaltar que a análise dos índices de consumo de drogas entre diferentes países, mesmo usando metodologias padronizadas, servem apenas para se ter uma referência geral já que é extremamente difícil uma comparação detalhada devido as diferenças culturais e sociais e as diferentes formas e objetivos de uso de cada droga.

No contexto brasileiro, considerando a diversidade populacional e geográfica e as desigualdades sociais existente em nosso país, além das pesquisas com abrangência nacional, é preciso que haja estudos regionais que utilizem a mesma metodologia e tragam à tona as peculiaridades de cada localidade (CARLINI-

COTRIM; BARBOSA, 1993). Até recentemente, a maioria dos estudos no Brasil estava concentrada nos grandes centros.

Na região Oeste do estado de São Paulo, destacam-se os estudos por nós realizados com alunos do ensino fundamental e médio da cidade de Assis em 2000 (GUIMARÃES et al., 2004) e Ourinhos em 2002 (GUIMARÃES; KAPPANN, 2002). Outros estudos foram desenvolvidos em diferentes cidades brasileiras com metodologia padronizadas, semelhantes a do CEBRID o que permite uma comparação dos resultados. No quadro 1 são apresentados os dados referentes à prevalência de consumo das principais substâncias pesquisadas entre os estudantes

Quadro 1- Prevalência do consumo de drogas entre estudantes por localidade.

Autores	Ano	Localidade	Amostra	Principais resultados
Muza et al. (1997)a	1990	Ribeirão Preto-SP	1.025 alunos de escolas públicas e particulares	Álcool 88,9%; tabaco 37,7%; solventes 31,1%; maconha 6,8%; cocaína 2,7%; alucinógenos 1,6%; medicamentos 10,5%
Souza et al.(1998)	1995	Cuiabá-MT	1.061 alunos de escolas públicas	Álcool 78,6%; tabaco 29%; solventes 14,9%; ansiolíticos 6,%; anfetaminas 4,8%; maconha 3,8%; cocaína 1,8%; alucinógenos 0,9%
Tavares et al. (2001)	1998	Pelotas-RS	2.410 alunos de escolas públicas e privadas	Álcool 86,8%; tabaco 41,%; maconha 13,9%; solventes 11,6%; ansiolíticos 8,0%; anfetamínicos 4,3%; cocaína 3,2%
Baus et al.(2002)	1997	Florianópolis-SC	478 alunos de uma escola pública	Álcool 86,8%; tabaco 41,8%; maconha 19,9%; solventes 18,2%; anfetamínicos 8,4%; ansiolíticos 5,6%; cocaína 2,9%; alucinógenos 2,7%
Guimarães et al. (2004)	2000	Assis-SP	2.123 alunos de escolas públicas e privadas	Álcool 68,9%; tabaco 22,7%; solventes 10,%; maconha 6,6%; ansiolítico 3,8%; anfetamínicos 2,6%; cocaína 1,6%
Sanceverino ; Abreu (2004)	2003	Palhoça-SC	889 alunos de escolas públicas e privadas	Álcool 91,9%; tabaco 42,5%; solventes 18,1%; maconha 17,1%; ansiolíticos 7,4%; anfetamínicos 7,3%; cocaína 3,3%; alucinógenos 1,2%
Guimarães; Kappann, 2002).	2002	Ourinhos-SP	2.311 alunos de escolas públicas e privadas	Álcool 72,5%; tabaco 25,6%; solventes 9,6%; maconha 8,0%; ansiolíticos 4,7%; anfetamínicos 3,7%; cocaína

				1,7%; ecstasy 1,2%; alucinógenos 1,0%
Silva et al. (2006)	2003	São José do Rio Preto-SP	1.035 alunos de escolas públicas	Álcool 77%; tabaco 28,7%; solventes 18,1%; maconha 12,1%; anfetamínicos 3,7%; cocaína 3,3%; alucinógenos, 3,1%; crack 1,4%
Teixeira et al. (2009)	-	Goianá-MG	415 alunos de escolas públicas	Álcool 64,6%; tabaco 20,2%; solventes 11,1%; maconha 2,7%; ansiolíticos 2,9%; anfetamínicos 2,9%; e cocaína 0,5%; crack 0,5%
Costa et al. (2009)	2004	Feira de Santana-BA	1.409 alunos de escolas públicas	Álcool 57%; tabaco 23,3%; solventes 5,6%; maconha 6,9%; ansiolíticos 2,9%; cocaína 2,8%

Analisando os dados apresentados na tabela pode-se observar um padrão semelhante de consumo de drogas entre os estudos. Cabe ressaltar que todas pesquisas brasileiras apontam as drogas lícitas como as mais consumidas, aparecendo em primeiro lugar o álcool e depois o tabaco, para todas as faixas etárias, sexos e níveis sócio econômicos.

Em relação às diferenças de sexo, os alunos do sexo masculino usam mais drogas ilícitas e as meninas usam mais as drogas medicamentosas sem prescrição médica. Já o consumo de todas as drogas cresceu entre as meninas nas últimas décadas, se igualando aos meninos (GALDURÓZ et al., 2005).

As classes econômicas de maior poder aquisitivo também tiveram uma relação positiva com o maior consumo de drogas e esta relação fica mais clara quando se compara a frequência de consumo de alunos de escolas públicas e particulares que fizeram mais uso de drogas (GUIMARÃES et al., 2004).

Segundo Medina et al. (2010), restam ainda inúmeros desafios à epidemiologia do consumo de substância. Desafios que perpassam questões teóricas conceituais e metodológicas, que dêem conta de um maior embasamento da reflexão sobre o objeto e modelos de determinação e um aperfeiçoamento dos instrumentos de coletas e métodos de análise dos dados, além da avaliação e escolha de indicadores para o monitoramento de situações. Isso significa aprimorar as ferramentas epidemiológicas para dar conta da dificuldade de avaliar um cenário complexo que não tenha como objeto somente as substâncias, mas sim a relação estabelecida entre o indivíduo e as drogas.

Há carência em nosso país de estudos populacionais com grupos específicos que permitam uma análise e monitoramento de situações além de produção e disseminação de informações por centros especializados com a criação e fortalecimento de observatórios. Faz-se necessário também um investimento maior em estudos de fatores de risco e de proteção concomitante com pesquisas que avaliem as intervenções no âmbito da escola e de outras instituições no que diz respeito às ações preventivas e terapêuticas (MEDINA et al., 2010).

No próximo capítulo apresentamos a conceituação de políticas públicas de um modo geral e as relativas ao consumo de drogas de um modo particular.

CAPITULO 2

POLÍTICAS PÚBLICAS E CONTROLE SOCIAL

2.1 Políticas Públicas

A definição de políticas públicas na área social varia de um autor para outro, mas apesar de optarem por caracterizações e abordagens diferentes há certo consenso sobre sua importância e finalidade na sociedade.

Para Hofling (2001), as políticas públicas podem ser entendidas como o Estado em ação, o Estado aqui caracterizado como o conjunto de instituições permanentes, composto pelos órgãos legislativos, tribunais, exército e outros. Já o Governo é formado por um conjunto de programas e projetos que parte da sociedade como um todo, e é determinado pelo modelo político adotado por determinado governo que desempenha a função de Estado por um período de tempo determinado.

As políticas públicas sociais surgiram nos movimentos populares do século XIX, voltadas aos conflitos surgidos entre capital e trabalho, no desenvolvimento das primeiras revoluções industriais. Apesar de não haver um consenso comum entre os autores, Hofling (2001) faz uma distinção específica de políticas sociais:

Políticas sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico (HOFLING, 2001, p.31).

Segundo Souza (2006), do ponto de vista teórico e conceitual, as políticas públicas, principalmente na área social, são campos multidisciplinares e as suas teorias devem sintetizar e ser fundamentadas no conhecimento produzido nas áreas de Sociologia, Ciências Políticas, Economia e Psicologia. Das diferentes definições e conceito o autor enfatiza que as políticas públicas permitem distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que de fato faz; envolve diferentes atores, formais e informais, e diferentes níveis de decisão; é abrangente e não se limita às leis e regras; tem objetivos claros a ser alcançado e, geralmente, de longo prazo e sua proposição implica sempre na implementação, execução e avaliação.

Sob a responsabilidade do Estado, as políticas públicas são implementadas e mantidas por um processo de decisões de diversos órgãos e agentes da sociedade. Tais decisões são norteadas por conceitos, posturas teóricas,

proposições políticas e ideológicas e concepções de mundo que precisam estar claras para seus idealizadores e executores.

Para Rua (1997), as políticas públicas podem ser divididas em três componentes básicos: a decisão, a implementação e a avaliação. A decisão pode ser caracterizada como um conjunto de intenções sobre determinado problema que podem ser expressas em forma de leis, decretos, resoluções e etc. Para sair do campo das possibilidades para o da realidade concreta as políticas precisam passar pela fase de implementação e avaliação:

A implementação pode ser compreendida como o conjunto de ações realizadas por grupos ou indivíduos de natureza pública ou privada, as quais são direcionadas para a consecução de objetivos estabelecidos mediante decisões anteriores quanto a políticas. Em outras palavras, trata-se das ações para fazer uma política sair do papel e funcionar efetivamente. Este processo precisa ser acompanhado, entre outras coisas, para que seja possível identificar porque muitas coisas dão certo enquanto muitas outras dão errado entre o momento em que uma política é formulada e o seu resultado concreto (RUA, 1997, p.13).

Sendo assim, as ações planejadas e executadas pelo Estado não são automaticamente implementadas. Elas são dinâmicas, sofrem reações e contradições e podem gerar resultados diferentes do esperado, principalmente se não houver uma ampla participação da sociedade. Por outro lado, sua implementação pode gerar conflito de interesses e valores entre os atores envolvidos e os seus objetivos. Podem ainda entrar em confronto com forças econômicas e políticas poderosas que vão se opor sistematicamente a qualquer iniciativa que afete seus interesses. No caso específico do consumo de drogas, as políticas nesta área podem afetar os interesses das indústrias de medicamentos, bebidas alcoólicas, cigarros e do narcotráfico (DUALIBI; VIEIRA; LARANJEIRA 2011).

As políticas públicas na área social são evocadas a partir da existência de um problema e, para isso, as pessoas precisam se convencer de que algo precisa ser feito e exigir do governo a prioridade para a resolução deste problema. Existem três principais mecanismos de chamar atenção dos gestores e formuladores de políticas públicas para determinada demanda: a) divulgação de indicadores objetivos que demonstrem a dimensão do problema; b) eventos tais como catástrofes, desastres ou repetição contínua de um determinado problema e c) feedback,

informações e avaliações que mostram as falhas da política atual ou a inexistência de resultados (SOUZA, 2006).

Além disso, as políticas públicas não devem ser meramente compensatórias, visando suprir carências específicas dos governos, precisam ter uma abrangência mais ampla e buscar a transformação da realidade e o desenvolvimento social para não se tornarem meramente assistencialistas. Assim sendo, devem sempre nascer de uma demanda da própria sociedade e não somente da vontade dos governantes.

A definição de políticas públicas de Rua (1998) expressa bem estes princípios, são:

Conjuntos de decisões e ações destinadas à resolução de problemas políticos. Essas decisões e ações envolvem a atividade política compreendida como um conjunto de procedimentos formais e informais que expressam relações de poder e se destinam à solução pacífica de conflitos relacionados com bens públicos (RUA, 1998, p.731).

Neste sentido é necessário diferenciar políticas públicas de decisões políticas. Uma política pública envolve mais do que uma decisão política, de um determinado governo, por exemplo, e requer diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas, portanto nem todas as decisões políticas são políticas públicas, mas podem dela fazer parte e necessariamente demandam decisões políticas para o seu desenvolvimento. Elas devem também ser focadas para solucionar problemas políticos e demandas de determinados setores relevantes na sociedade, com a mobilização dos atores sociais e a conscientização da opinião pública. Para tanto, precisam identificar os problemas e demandas, recomendar ações e programas sociais, e, conseqüentemente, avaliar seus resultados, visando a transformação da realidade social da população à qual se destina.

Dentro de um contexto da multidisciplinaridade das políticas públicas, a Psicologia pode contribuir com o conhecimento científico acumulado sobre a subjetividade³ dos indivíduos a que elas se destinam. Na perspectiva da psicologia social, que implica considerar características individuais e considerar os aspectos sociais e históricos as políticas públicas devem:

³ Subjetividade é aqui apresentada como objeto de estudo da Psicologia e é definida por BOCK et al. (2002), como “síntese singular e individual que cada um de nós vai constituindo conforme vamos nos desenvolvendo e vivenciando as experiências da vida social e cultural... é o mundo de idéias significados e emoções construído internamente pelo sujeito a partir das relações sociais, de suas vivências e de sua constituição biológica e suas manifestações afetivas e comportamentais” p.23.

Ser democráticas, garantir os direitos sociais básicos, promover a cidadania, contar com a participação dos sujeitos a quem se destinam; devem criar condições para experiências de contatos, relações e vivências diversas, mas que suponham um sujeito capaz de atuar na direção de construir novas alternativas de vida, sempre emancipadoras de sua condição individual e social. A realização do indivíduo como sujeito histórico reconhece seu vínculo com a coletividade e seu compromisso com a transformação social (GONÇALVES, 2010 p. 23).

Desta forma, o homem é considerado um sujeito ativo, social e histórico, responsável por sua condição individual e coletiva na sociedade que está inserido. Concepções psicológicas naturalizadas e sem uma perspectiva crítica social e histórica implicam em práticas normativas, reguladoras e que impedem ou dificultam a transformação social. Desta forma muitas vezes se perdem em uma interpretação individualizante e abstraem o indivíduo de seu contexto, terminando por responsabilizá-lo, individualmente, pelo sucesso ou fracasso de suas ações.

Dessa forma, as contribuições da psicologia social no âmbito das políticas públicas, principalmente para crianças e adolescentes, são no sentido de introduzir a noção da dimensão subjetiva dos fenômenos sociais, considerar o indivíduo e também o coletivo sem a dicotomia indivíduo/sociedade e também considerar o grupo, as relações e o espaço social em que estão imersos (GONÇALVES, 2010).

As políticas públicas sociais representam na sociedade brasileira contemporânea um espaço de promoção de direitos, na direção da superação das desigualdades sociais. No entanto, é um campo repleto de contradições, expressão da contradição fundamental da sociedade capitalista que é a desigualdade social. A psicologia ao formular explicações e orientações para a intervenção deve levar em conta a produção histórica da subjetividade dentro deste contexto (BOCK; GONÇALVES; FURTADO, 2003). A visão que aponta para a historicidade dos fenômenos sociais permite indicar práticas voltadas à emancipação dos indivíduos, para que se reconheçam como sujeitos de direitos e conquistem autonomia, podendo se engajar na luta pelo reconhecimento social como atores e não espectadores das políticas públicas da sociedade.

No tocante à realidade brasileira, as políticas públicas implementadas pelo Estado, principalmente até o período da redemocratização, tinham um caráter autoritário e não nasciam e nem atendiam plenamente as demandas da sociedade. Eram orientadas pelos princípios da moralização dos indivíduos e a manutenção da

ordem social, visando proteger a sociedade do perigo potencial de determinados grupos e segmentos da população. No caso das crianças e adolescentes pobres, como descreveremos adiante, o objetivo era proteger a sociedade do potencial perigo representado por este grupo que era considerado “naturalmente” propenso a “delinquência”. Este modelo político de Estado estava alinhado a uma visão muito em voga entre os anos 1930 e 1970, que poderia ser classificada como intervencionismo ou keynesianismo.

As teses do britânico John Maynard Keynes (1883-1946) surgiram a partir da Crise de 1929 que decretou a falência do *laissez-faire* em que o livre jogo das forças econômicas se auto-regulariam. Keynes preconizava a intervenção do Estado como fundamental para o desenvolvimento econômico (substituição das importações) e social (o bem estar), e que o funcionamento espontâneo da economia levaria necessariamente ao caos social e desemprego. O keynesianismo foi o modelo para a implantação do Estado de Bem-Estar Social (Welfare State), tal visão foi predominante até o final dos anos 1970, quando o desencanto com os resultados obtidos e as crises econômicas e fiscais que afetaram muitos países, desembocou num novo paradigma caracterizado como “Estado Mínimo” (SILVA, 1996). Esse modelo, denominado neoliberal, afirmava exatamente o contrário do anterior e levou ao extremo a não intervenção, retomando as teses liberais do livre mercado. Assim o neoliberalismo passou a ser considerado a única saída possível para as crises econômicas e fiscais que assolavam vários países. O chamado “Consenso de Washington”, que reuniu os organismos financeiros internacionais em 1989, determinou que esses princípios deveriam ser seguidos por todos os países. Os governos da América Latina, entre eles o Brasil, tiveram que implantar reformas administrativas que reduzissem o poder do Estado através das privatizações e desregulamentações o que acabou se concretizando em um “Estado ausente”, abandonando os setores menos favorecidos da sociedade à sua própria sorte (SILVA, 1996).

Neste aspecto, a área social responsável pelo atendimento dos mais desfavorecidos e excluídos, e que não detém a força econômica, foi a mais prejudicada. Ambos os posicionamentos, o intervencionismo ou ausência do Estado, são posturas extremas e não asseguraram um desenvolvimento social sustentável, o que fez os governos de muitos países buscarem alternativas mais equilibradas em modelos intermediários buscando melhorar a gestão e o controle dos gastos para

que o Estado se torne mais eficiente. Tornou-se consenso entre os especialistas de que é preciso estabelecer novas concepções de práticas políticas que tenham como princípio fortalecer as formas democráticas de relacionamento entre Estado e sociedade, criar um corpo técnico e político com uma nova mentalidade, sintonizados com as modernas tendências de administração e gestão pública e maior autonomia financeira aos municípios, a fim de que os recursos possam ser fiscalizados e melhor aproveitados pela comunidade local (CARVALHO, 2002).

No Brasil, com o advento da democracia e promulgação da Constituição de 1988, tornou-se um desafio transformar essa realidade e tornar essas políticas descentralizadas e democráticas, bem como mais eficazes na solução dos problemas da sociedade. A chamada “Constituição Cidadã” está ainda para ser posta em prática com a criação de dispositivos legais e institucionais que permitam a plena aplicação de seus princípios. Neste sentido, no campo das políticas públicas sociais, vivemos a contradição de ter as referências constitucionais para sua ampliação e para a criação de sistemas de garantias de direitos e por outro a carência de decisões políticas para sua efetivação (GONÇALVES, 2010).

Como podemos constatar a elaboração e execução de políticas públicas em qualquer área é extremamente complexa e demanda um alto investimento político e uma grande capacidade de seus gestores para ser executada. No entanto, se forem observados os seus princípios básicos e realizado um planejamento adequado de como está e de onde se quer chegar é perfeitamente possível a sua aplicabilidade.

No caso do consumo de drogas a eficácia de uma política pública tornou-se uma demanda urgente para nossa sociedade. Para compreender o que já existe e apontar as carências, faremos a seguir uma descrição histórico-social da política e legislação brasileira e em relação ao fenômeno das drogas e seus princípios norteadores.

2.1.1 Políticas públicas para as drogas no Brasil

Diferentes teorias e abordagens sociológicas e psicológicas estudam o fenômeno das drogas na sociedade. Alguns autores concentram-se nos aspectos do comportamento desviante, fenômeno social e cultural ou aspectos legais. No entanto, não há uma teoria científica única que possa fornecer um embasamento para análise das políticas públicas para este fenômeno (MORAIS, 2005). Portanto, faremos alguns apontamentos embasados em diferentes autores para compreensão da situação brasileira no tocante à elaboração das políticas e descrição dos aspectos legais mais relevantes.

Os estudos de diversos autores que se debruçaram em uma análise dos princípios norteadores que fundamentaram a política e a legislação brasileira sobre a questão das drogas apontam um consenso sobre o modelo adotado. Há autores que o denominam como “combate as drogas” (BUCHER, 1994), justiça criminal (LARANJEIRAS, 2010), proibicionismo (ZALUAR, 2004; ESCOHOTADO, 1997), “guerra às drogas” (CARLINI-COTRIM, 1998).

Esta visão parte do princípio que as drogas precisam ser banidas da face da terra e o seu consumo precisa ter uma repressão implacável (BUCHER, 1994). Desta forma, parte de um equívoco, por desconsiderar as evidências históricas que apontam que o uso de substâncias psicoativas sempre existiu na história da humanidade e é, portanto, impossível sua eliminação total e definitiva (PASSOS; SOUZA, 2011).

Esta forma de encarar o fenômeno das drogas em nosso país foi fortemente influenciada pelo modelo preconizado internacionalmente pela ONU sob o comando dos EUA. Já os países europeus optaram por uma postura mais voltada para a saúde pública, muito embora haja grandes diferenças de abordagem entre os países (LARANJEIRAS, 2011).

Assim como em outros países, e seguindo os parâmetros sugeridos pela ONU, as políticas públicas predominantes no Brasil em relação às drogas tem tido um caráter coercivo e punitivo e tem como objetivo a repressão total do tráfico e do consumo, priorizando as drogas ilegais. Tal posicionamento é inspirado nos princípios da conhecida “guerra às drogas” (war on drugs), elaborada inicialmente pelos americanos e que teve seu ápice na década de 80 (CARLINI-COTRIM, 1998).

No final do século XIX e início do século XX, iniciou-se no ocidente um ciclo de intolerância às substâncias psicoativas. Nos Estados Unidos, as primeiras leis proibiam o ópio em forma de fumo e, posteriormente, no estado da Califórnia à cocaína passou a ser proibida, o que se estendeu para todo o país, com o Harrison Act, de 1914. De 1919 a 1933 vigorou o Valstead Act, também conhecido como a “lei seca”, que proibia a venda, distribuição e consumo de bebidas alcoólicas (ESCOHOTADO, 1997).

A “guerra às drogas” coordenada pelos americanos tem como princípio o combate à produção de substâncias ilícitas dividindo os países entre produtores, exportadores e consumidores, reprimindo a oferta dos países produtores, a procura dos países consumidores e a exportação em fronteiras portos e aeroportos. A estratégia é combater as drogas usando o poder bélico e econômico, principalmente nos países periféricos e principais produtores. A ênfase é enfrentar a demanda a partir da lógica da repressão da droga como produto e não uma atuação que leve em consideração o indivíduo consumidor.

Paradoxalmente, os EUA, que mais intensificaram a repressão e o consumo com gastos bilionários nesta área, tem hoje os maiores índices de consumo de drogas e possuem o maior número de traficantes e usuários encarcerados entre todos os países. O proibicionismo em relação às drogas teve como consequência uma intensificação sem precedentes do tráfico destas substâncias e um aumento considerável do poder econômico, social e político dos grupos de narcotraficantes que atuam nacional e internacionalmente (ZALUAR, 2004). A política repressiva tem como consequência a intensificação da estrutura do crime organizando que tem na venda destes produtos sua sustentação econômica para comprar armas e corromper as autoridades públicas gerando violência e aumentando a criminalidade. Estas graves consequências sociais atingem principalmente os bairros mais pobres das grandes cidades ocupando o espaço propiciado pela ausência do Estado. Segundo Alba Zaluar,

O tráfico de drogas, organizado internacionalmente, mas localizado nas suas pontas nos bairros pobres das cidades, além de criar centros de conflito sangrento nessas vizinhanças pobres, além de corromper as instituições encarregadas de reprimi-lo, também reforçou a tendência a demonizar o usuário de drogas. Isso, por sua vez, facilitou o isolamento social do usuário, aumento sua dificuldade de conseguir tratamento médico para deixar a dependência da droga

ou tratar os efeitos de seu uso indevido e o deixou nas mãos do traficante e do policial corrupto (ZALUAR, 2004, p. 74).

Apesar de o tráfico de drogas não ser objeto de nossa exposição no presente trabalho, não deve ser desconsiderado em uma análise mais ampla do fenômeno das drogas. Ele pode tanto explicar comportamentos sociais e a influência econômica, como pode contribuir para a estigmatização dos usuários e dependentes, que muitas vezes são considerados criminosos e causadores de violência. Por outro lado, as maiores vítimas da criminalidade gerada pelo tráfico são as crianças e adolescentes que estão em condição de vulnerabilidade social, o que favorece seu envolvimento com o tráfico, como forma de sobreviver e buscar ascensão social.

Um estudo que buscou analisar a motivação que leva os adolescentes a se envolverem com o tráfico de drogas demonstrou que os adolescentes buscam nesta atividade reconhecimento social e recursos para suprir suas necessidade de consumo de bens materiais. Apontou também para a falta de perspectiva social para estes jovens que abandonaram a escola precocemente e passaram por vários projetos sociais e órgão de controle social, sem que nenhuma instituição conseguisse atendê-los adequadamente e de uma forma protetiva (GRANER-ARAÚJO, 2009).

Já em relação aos atos infracionais cometidos por adolescentes atendidos nas medidas socioeducativas entre os anos de 2003 e 2008 na cidade de Assis, o furto foi a transgressão mais cometida, com 27% dos casos, seguidos pelo porte e o tráfico de drogas, 16% das ocorrências, sendo que, em muitos casos, os furtos eram cometidos para a compra de drogas (SANTOS, 2008).

A visão proibicionista e repressiva das políticas antidrogas também influenciaram a forma de atendimento oferecida aos usuários e dependentes químicos instituindo o paradigma da abstinência submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso (PASSOS; SOUZA, 2011). Assim a abstinência, desejável em qualquer tratamento de usuários, passou a ser instituída como política de atendimento realizada de forma coerciva e tornado-se como única direção possível no tratamento.

A ineficácia da visão repressiva ao consumo de drogas e suas consequências fez surgir no país uma abordagem alternativa baseada na chamada redução de danos, mudando o foco da esfera moral ou criminal para o da saúde e

qualidade de vida, tanto para o tratamento quanto para a prevenção do uso de substâncias. Os princípios da redução de danos influenciaram a forma de encarar o consumo de drogas, a prevenção e também o tratamento (PASSOS; SOUZA, 2011).

A redução e danos tem sua origem na Europa e parte da premissa de que as drogas sempre existiram e sempre vão existir na história da humanidade, sendo impossível eliminá-las definitivamente. Assim, é preciso criar estratégias que visem diminuir seu consumo e evitar as consequências negativas para o indivíduo e o meio social em que ele vive, apelando para a responsabilidade pessoal mais do que para a punição de comportamentos.

A redução de danos, segundo CARLINI-MARLATT (2003),

foca seus esforços na minimização do uso de drogas e dos problemas advindos dessa prática. Também defende o controle à oferta e comercialização de drogas, mas não faz do controle e combate ao tráfico o pilar de suas ações (CARLINI-MARLATT, 2003, p.192).

Foi o paradigma da redução de danos que tem o foco no usuário e não só na substância em si que inspirou a atual política nacional do Ministério da Saúde para a questão das drogas psicoativas, que será descrito mais adiante.

Compreender as políticas públicas relacionadas às drogas no Brasil é uma tarefa complexa, uma vez que não existe uma política centralizada e unificada que se enquadre nos princípios da política pública expostos anteriormente. A primeira tentativa de estabelecer parâmetros e diretrizes nacionais para a questão só aconteceu em 1998, quando o governo federal começou a implantar uma Política Nacional Antidrogas.

Analisaremos a seguir os principais aspectos da Política Nacional Antidrogas e a Política de Atenção Integral do Ministério da Saúde.

2.1.1.1 Política Nacional sobre Drogas⁴

A XX Assembléia Geral Especial das Nações Unidas foi realizada em junho de 1998 com a finalidade de discutir os princípios norteadores para a redução da

⁴O Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) publicou uma resolução em 23 de maio de 2005 em que retira o prefixo “anti” e substitui pelo termo “sobre drogas”.

demanda e consumo de drogas no mundo. O Brasil, que na época era governado pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, sofreu uma forte pressão internacional e aderiu a esta resolução e, a partir disto, tomou medidas para unificar a atuação do Estado nesta área.

Até então, em termos de política públicas, o governo brasileiro não tinha objetivos claramente definidos nem diretrizes nacionais nesse sentido. No mesmo ano de 1998 ocorreu o I Fórum Nacional Antidrogas, quando o governo convocou diferentes setores da sociedade para discutir o assunto e, posteriormente, transformar essas discussões na Política Nacional Antidrogas (MACHADO; MIRANDA, 2007).

O Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), que havia sido criado em 1980, no final do período da ditadura militar, foi substituído em 1998 pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). Neste mesmo ano foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) que é diretamente vinculada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. O COFEN é presidido pelo ministro-chefe do gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República e possui representantes do ministério da Saúde, Educação, Relações Exteriores, Previdência e Assistência Social, Justiça, Fazenda e Defesa e da SENAD.

A SENAD foi criada para atuar tanto na redução da oferta quanto na redução da demanda de drogas no país. Suas atribuições, descritas por lei, são: coordenar, articular e integrar as atividades relacionadas à redução da demanda de drogas (prevenção, tratamento, redução de danos e reinserção social dos usuários), secretariar o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e gerenciar o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD). No tocante à prevenção, repressão e ao tratamento, a SENAD teria a função de atuar prioritariamente na prevenção, o ministério da Saúde no tratamento e o ministério da Justiça, através da Polícia Federal, na repressão. Contudo, todos teriam uma responsabilidade compartilhada em todas estas ações (SENAD, 2008). Todavia, esta articulação de diferentes ministérios para a execução de uma política unificada fica comprometida diante dos impasses político-institucionais e da carência na determinação de responsabilidades.

Com a publicação do documento intitulado “Programa de Ação Nacional Antidrogas”, como resultado do “I Fórum Nacional Antidrogas”, em meados de 1998, foram delineadas as primeiras diretrizes de uma política nacional e foram instituídas

as primeiras normas para instituições de tratamento e assistência a dependentes químicos.

Também houve o reconhecimento dos serviços e centros de estudos e atendimentos na área da dependência e consumo de drogas como centros de referência. A maioria desses centros funcionam vinculados às universidades públicas, como o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad) do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), o Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos (Cordato) da Universidade de Brasília (UnB), o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (Nepad) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Somente dois centros foram criados pelo setor público estadual de saúde: o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), em Minas Gerais, e o Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH), em Pernambuco (MACHADO; MIRANDA, 2007). Estes centros adquiriram um papel importante na produção de conhecimento científico sobre as drogas e usuários, o que ajuda a embasar muitas das ações do poder público nesta área.

Em dezembro de 2001, realizou-se o II Fórum Nacional Antidrogas que foi responsável pela elaboração da Política Nacional Antidrogas, promulgada por decreto presidencial em 26 de agosto de 2002.

Como resultado do III Fórum Nacional Antidrogas foi elaborada uma nova legislação. A Lei 11.343 foi promulgada em 23 de agosto de 2006, revogando as Leis nº 6.368/76 e 10.490/2002. A nova lei instituiu o Sistema de políticas sobre Drogas – SISNAD e prescreve medidas para prevenção do uso indevido de drogas, atenção e reinserção social dos usuários e dependentes de drogas e estabelece normas para a repressão, a produção e o comércio de drogas ilícitas. Destaca-se como ponto positivo principal a distinção mais clara entre usuários/dependentes de drogas e traficantes, retratados em capítulos diferentes na lei.

Mesmo não descriminalizando qualquer tipo de drogas e considerando o porte de drogas como crime, a lei estabeleceu que os usuários e dependentes não estarão sujeitos à pena de restrição da liberdade e sim ao cumprimento de medidas

sócioeducativas determinadas pelo juiz. Aboliu-se o tratamento compulsório para dependentes de drogas e criou-se a concessão de benefícios fiscais para iniciativas ligadas a tratamentos, reinserção social de usuários e prevenção ao consumo de drogas (SENAD, 2008). A lei instituiu a prevenção do uso indevido de drogas como sendo a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade, aceitando as estratégias de redução de danos como uma estratégia de prevenção e não um incentivo ao uso e propondo a articulação, por intermédio do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), do desenvolvimento de estratégias de planejamento e avaliação nas políticas de educação, assistência social, saúde e segurança pública, em todos os campos relacionados às drogas.

A lei enfatizou também o combate à corrupção e à lavagem de dinheiro como as principais vulnerabilidades a serem alvo das ações repressivas, visando ao desmantelamento do crime organizado, em particular do relacionado com as drogas e com a produção e comércio de drogas ilícitas (SENAD, 2008).

A lei reconheceu as 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.

Em relação aos programas e projetos a serem implantados, estabeleceu:

Pesquisar, experimentar e implementar novos programas, projetos e ações, de forma pragmática e sem preconceitos, visando à prevenção, tratamento, reinserção psicossocial, redução da demanda, oferta e danos com fundamento em resultados científicos comprovados (SENAD, 2008, p.13).

Em relação à forma de encarar os usuários de drogas, mesmo pregando a não discriminação e diferenciação entre consumidor e traficante, permaneceu como pressuposto

Buscar a conscientização do usuário e da sociedade em geral de que o uso de drogas ilícitas alimenta as atividades e organizações criminosas que tem, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros (SENAD, 2008, p.13).

Desta forma, mesmo determinando a não criminalização dos usuários atribui a eles a responsabilidade pela existência do crime organizado e o narcotráfico e não ao fato destas substâncias serem legalmente proibidas. Esta política punitiva que

criminaliza o usuário equiparando-o a um traficante é um contra-senso, pois criminaliza um comportamento e estigmatiza o indivíduo aproximando-o ainda mais de condutas ilícitas, deixando-o à mercê do crime organizado. A situação do usuário, mesmo o que faz uso recreativo de drogas ilícitas, é extremamente desconfortável: por um lado, está vulnerável à ação dos traficantes e, por outro, ameaçado pelo Estado (ESCOHOTADO, 1997).

A nova lei previu o porte de drogas para consumo pessoal e medidas e penas alternativas (art. 28) àquelas da antiga lei de 1976, cuja pena para consumo ou tráfico era a privação de liberdade. No entanto, a determinação se a droga é para consumo pessoal ou para o tráfico é decidido pela polícia, que é o agente estatal responsável pela apresentação das provas. A polícia é quem lavra o auto e quem pode ou não iniciar o inquérito. Isto significa que a polícia é investida de enorme poder – isso pode explicar o alto nível de corrupção no interior desta instituição (ZALUAR, 2000).

Em relação ao consumo de álcool, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) instalou a Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool (CEPPA), composta por representantes dos órgãos públicos, especialistas, legisladores e sociedade civil.

A partir das conclusões do CEPPA, o Governo Federal criou, através de decreto presidencial, a Política Nacional Sobre o Álcool (nº6.117 de 22.05.2007). Esta política tem como objetivo o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool em todas as suas dimensões e estabelece princípios visando contemplar a intersetorialidade e a integralidade, orientando-se pela perspectiva da redução de danos sociais, à saúde e à vida, bem como às situações de violência e criminalidade associadas ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas.

Também foi promulgada em 19 de junho de 2008 a Lei nº11.705, regulamentando o Código de Trânsito Brasileiro e instituindo a alcoolemia zero ao volante e penas mais duras aos transgressores, visando diminuir os acidentes de trânsito causados pelo consumo de bebidas alcoólicas ao volante (SENAD, 2008).

Durante a campanha para a eleição presidencial em maio de 2010, atendendo a uma forte pressão social e da mídia em relação à “epidemia do crack”, o Presidente Lula promulgou o decreto nº 7.179 com o Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas.

O plano tem como objetivo principal atuar na prevenção, no combate ao tráfico de drogas, no tratamento e reinserção social dos usuários. Foi criado um comitê gestor que orientará as ações e serão oferecidas capacitações para profissionais de saúde que atuem no tratamento de usuários, aumento no número de leitos para internação, ações preventivas em âmbito nacional e a intensificação do combate ao tráfico de drogas ilícitas nas regiões de fronteira.

As drogas lícitas e ilícitas não deveriam ter um tratamento tão desigual pela legislação uma vez que o sujeito que consome bebidas alcoólicas ou cocaína o faz com a mesma finalidade que é a obtenção de prazer ou alívio do sofrimento. A pessoa não faz uso de drogas numa atitude deliberada de prejudicar a sociedade ou causar o mal a outras pessoas.

Historicamente, a criminalização e o grande investimento na repressão ao comércio e uso de drogas não eliminou e nem diminuiu significativamente a magnitude do problema nas últimas décadas. Isso por si só é um argumento incontestável da ineficácia forma com que os países encaram o fenômeno e isso fica muito claro na legislação brasileira.

O Estado não deve ser omissivo ou intolerante em relação às drogas. Mas, ao invés de desenvolver uma postura de punir deveria desenvolver uma política de educar. A inoperância do Estado em estabelecer uma política pública eficiente na área proliferou-se em todo país o uso e o comércio de drogas, às custas da degradação da vida de muitos cidadãos, seja devido à dependência ou às consequências do tráfico e da violência a eles associadas.

2.1.1.2 Política de Atenção Integral do Ministério da Saúde

A Constituição de 1988 instituiu a Seguridade Social nas áreas de saúde, previdência e assistência social. Em 1990, a Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90 organizaram estes princípios constitucionais garantindo o acesso universal à saúde a toda população. Dessa forma, a saúde passa a ser um direito do cidadão e um dever do Estado que é obrigado a garantir os meios para sua efetividade (Brasil/MS, 2003).

Reconhecendo que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, e dada a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS, o Ministério da Saúde elaborou uma política

específica nesta área, buscando subsidiar a construção de uma rede coletiva de enfrentamento envolvendo diferentes instâncias públicas e a sociedade civil de uma forma intersetorial.

A política do Ministério da Saúde de “Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas” tem nas diretrizes do SUS seus eixos centrais, sob os quais procura atingir os objetivos de oferecer uma atenção integral aos usuários de drogas, levando em consideração também os aspectos sociais.

Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e devem ser consideradas na compreensão global do problema. Cabe ainda destacar que o tema vem sendo associado à criminalidade e práticas antisociais e à oferta de “tratamentos” inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social (Ministério da Saúde, 2004, p. 07).

Lançado em 2003, o documento do Ministério da Saúde foi um avanço no sentido de estabelecer uma política pública sobre o consumo de drogas no Brasil com o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas. Os pressupostos teóricos e metodológicos que norteiam o documento são baseados numa concepção ampliada de redução de danos, que passa a ser assumida como prerrogativa de todas as ações do Estado na área da saúde.

O documento contraria a concepção do senso comum de que todo usuário é um doente que precisa ser internado ou preso e prega a mobilização da sociedade para práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Para assegurar e orientar as ações que devem ser promovidas, a política do Ministério da Saúde estabelece como princípios gerais:

- Alocar a questão do uso de álcool e outras drogas como problema de saúde pública;
- Indicar o paradigma da Redução de Danos nas ações de prevenção e de tratamento, como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada;

- Formular políticas que possam desconstruir o senso comum de que todo usuário de droga é um doente que requer internação, prisão ou absolvição;
- Mobilizar a sociedade civil, oferecendo condições de exercer seu controle, participar das práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, bem como estabelecer parcerias locais para o fortalecimento das políticas municipais e estaduais (RAUPP, 2006 p.42).

A política preconiza ainda os princípios de integralidade, intersetorialidade, interdisciplinariedade e do controle social, bem como a busca por parceria entre as instituições públicas e as entidades civis, buscando articular o trabalho em uma rede de proteção e atendimento.

Este documento estabelece um novo marco teórico e político que rompe com uma visão moral e ideologicamente reducionista e enfrenta a questão das drogas como um fenômeno complexo com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas que não deve ser objeto de intervenções exclusivas das áreas psiquiátricas e jurídicas (MACHADO; MIRANDA, 2007).

No tocante ao atendimento aos usuários e dependentes de drogas, as alterações no modelo de atendimento e tratamento de doenças mentais efetivados pela Reforma Psiquiátrica garantiram a assistência integral e descentralizada aos portadores de transtornos psiquiátricos e, conseqüentemente, aos usuários de substâncias psicoativas. Foram criados novos dispositivos de atenção representados pelos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS são serviços comunitários ambulatoriais responsáveis pelo atendimento de pessoas que sofrem de transtornos mentais, principalmente os transtornos graves e persistentes, sendo uma alternativa à internação em hospitais psiquiátricos. Oferecem o atendimento diário aos pacientes, tendo como objetivo principal promover a reabilitação psicossocial de seus usuários.

Especificamente para os consumidores de drogas foram criados os CAPSad (álcool e drogas), instituídos pela portaria do Ministério da Saúde de 2002 e instalados em cidades com populações superiores à 200 mil habitantes.

O CAPSad é uma unidade de saúde que presta atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas e seus familiares através de equipe interdisciplinar de profissionais da saúde. Oferecendo atendimento diário, é capaz de prestar atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua.

O CAPSad possibilita intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento, ao mesmo tempo em que também é responsável por ações preventivas na comunidade, visando a redução dos danos decorrentes do uso de drogas, através de parcerias com diferentes instituições públicas e privadas.

Os desafios inerentes ao atendimento de usuários de drogas e à exclusão social a que estão submetidos são muitos. Segundo a portaria do Ministério da Saúde, os principais fatores são:

1. Associação do uso de álcool e drogas à delinquência, sem critérios mínimos de avaliação;
2. O estigma atribuído aos usuários, promovendo a sua segregação social;
3. Inclusão do tráfico como uma alternativa de trabalho e geração de renda para as populações mais empobrecidas, em especial à utilização de mão de obra de jovens neste mercado;
4. A ilicitude do uso impede a participação social de forma organizada desses usuários;
5. O tratamento legal e de forma igualitária a todos os integrantes da “cadeia organizacional do mundo das drogas” é desigual em termos de penalização e alternativas de intervenção (Ministério da Saúde, 2004 p.27).

Todos estes fatores, somados à gravidade da dependência crônica de alguns usuários, torna a recuperação da saúde e da qualidade de vida anterior ao uso de drogas extremamente difícil. Cabe destacar que, dentre todas as drogas que causam dependência, o consumo indevido de bebidas alcoólicas é o maior vilão dos gastos em saúde no nosso país, respondendo por quase 90% do montante de despesas com tratamentos por uso de substâncias psicoativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Devido à importância do consumo de álcool para a saúde pública, a OMS realizou um estudo com vários especialistas de nove países sobre a efetividade das políticas preventivas ao consumo de bebidas alcoólicas. Selecionou as 10 melhores práticas com base nos critérios de evidência de efetividade, existência de suporte

científico, possibilidade de transposição para diferentes culturas e custos de implementação e manutenção. Cinco das medidas recomendadas são práticas regulatórias:

1. Estabelecimento e fiscalização de idade mínima legal para compra de bebidas alcoólicas;
2. monopólio governamental das vendas de bebidas no varejo;
3. restrição de horários ou dia de venda;
4. restrições de densidade dos pontos de vendas de álcool;
5. criação de impostos para o álcool.

Outras quatro medidas sugeridas dizem respeito à tolerância zero para se dirigir alcoolizado, com fiscalização mais efetiva e leis mais rigorosas para punir os infratores (DUALIBI; VIEIRA; LARANJEIRA 2011).

Analisando o fenômeno das drogas à luz das definições de políticas públicas anteriorente descritas, pode-se afirmar que o Estado brasileiro não tem uma política pública unificada e eficiente nesta área. Existem projetos, programas e leis que se caracterizam como tentativas de estabelecer diretrizes nacionais sobre o assunto, mas ainda são medidas isoladas e desarticuladas.

Uma política pública sobre o consumo de drogas precisa ser estabelecida levando-se em conta os diferentes níveis de complexidade e os aspectos sociais, psicológicos, biológicos, históricos e culturais. Deve fundamentar-se em dados científicos empíricos e efetivada de forma ampla, envolvendo as diferentes instâncias institucionais e as diferentes áreas do conhecimento.

Para que sejam eficientes as políticas em relação às drogas devem se integrar com as políticas sociais e assistenciais mais gerais, respeitando sempre as particularidades históricas, sociais e culturais de cada população ou região (BUCHER, 1992). No entanto, esta articulação de diferentes áreas e instituições está longe de ser concretizada em nosso país.

Segundo o psiquiatra Ronaldo Laranjeiras (2010), vários aspectos precisam ser levados em conta quando analisamos a política para as drogas de um país. O primeiro aspecto são os fatores externos que influenciam esta política, como os tratados internacionais, as políticas de saúde e de assistencial social, os direitos individuais, a autoridade e a autonomia dos médicos e outros. O segundo aspecto são os objetivos estabelecidos os quais influenciam não somente as políticas

formais, mas também sua implementação. E por último, as políticas recebem influência simbólica que transcende à sua implementação: pessoas influentes fazem declarações que atingem fortemente a legitimidade e a aderência das ações que podem influenciar a percepção dos danos de determinada droga, independente da situação real de uso (LARANJEIRAS, 2010).

2.2 Políticas públicas para crianças adolescentes

2.2.1 A infância e adolescência no Brasil

A infância e a adolescência, enquanto conceitos e períodos do desenvolvimento humano se constituem como construções sociais e históricas que assumiram diferentes variações no decorrer da história das sociedades ocidentais. Essas diferentes concepções e formas de compreensão destes fenômenos determinam também a forma de tratamento dado a estes grupos de indivíduos em cada época da história.

Há uma correspondência entre a concepção de infância presente em uma sociedade, as trajetórias de desenvolvimento infantil, as estratégias dos pais para cuidar e a organização do ambiente familiar e escolar (SALLES, 2005).

Durante a Idade Média não existia a noção clara de infância e adolescência, como fase diferente da vida adulta nem mesmo a noção de família, como nós conhecemos hoje em dia, existia neste período. A representação da adolescência como uma etapa intermediária entre a infância e a vida adulta é um fenômeno recente que se deu com a consolidação da sociedade moderna, no final do século XVIII, no mundo ocidental (ARIÈS, 1981).

Caracterizado e concebido como uma etapa preparatória da vida adulta, o corpo adolescente é então esquadrihado por uma série de discursos – médicos, psicológicos, sociológicos, religiosos, pedagógicos, jurídicos e políticos – que percorrem suas dimensões físicas, psíquicas, sexuais, morais e busca definir-lhes uma identidade própria. Começa então um longo processo de enclausuramento das crianças buscando a disciplinarização e a educação visando preparar a criança para o mundo adulto, função que é desempenhada até hoje pela escola (FOUCAULT, 1975).

A história do atendimento à infância no Brasil passou por várias fases que refletem a forma com a sociedade brasileira compreendia esta fase da vida, segundo Marcílio, (1998) podem ser dividida em três períodos: assistência caritativa, filantropia científica e política social para a infância.

O primeiro, que vai do descobrimento até meados do século XIX, pode ser considerado como de filantropia, quando a criança é tida como objeto de caridade através de esmolas e doações em que os mais ricos buscavam o reconhecimento social e salvação de suas almas inspirados no cristianismo. Destaca-se a neste período a fundação das Santas Casas de Misericórdia, instituições de caridade e a Roda dos Expostos, onde as crianças indesejadas eram depositadas, para que fossem transformadas em cidadãos pelos internatos mantidos pela Igreja Católica (MARCÍLIO, 1998).

A omissão, repressão e paternalismo são as dimensões que caracterizam as ações do Estado em relação à infância nesta época. A filantropização do atendimento evidenciava uma relação simbiótica entre o público e o privado onde o bem público era apropriado pelas instituições privadas encarregadas de “cuidar” das crianças (FALEIROS, 2009).

No segundo, que é denominado como filantropia científica ou higienista que vai até meados do século XX, houve profundas transformações no atendimentos para a infância abandonada. Neste período ocorreu a abolição da escravatura, a queda da Monarquia, a separação da Igreja e o Estado, o fim do monopólio religioso na assistência social, a instituição do estatuto legal de adoção e medidas legais que tem o Estado como protetor dos menores (MARCÍLIO, 1998).

Foi também criado um enorme corpo jurídico/institucional para o atendimento da infância seguindo as recomendações “científicas” da época que tinham como foco o controle de doenças epidêmicas e a ordenação de espaços públicos como escolas, internatos e prisões destaca-se neste período a importância do saber médico através de uma legislação com ênfase em medidas sanitárias (MARCÍLIO, 1998).

Em 1927 foi aprovado o primeiro Código de Menores que pode ser considerado um marco na assistência a infância na medida em que essa passa a ser um atributo do Estado. Foram instalados pelo Poder Judiciário os Juizados de Menores e foram implantadas as instituições de atendimento estatais com o Estado assumindo a tutela dos menores de 18 anos de idade. O código foi uma das

primeiras tentativas do Estado de estabelecer uma legislação específica para a infância e adolescentes, então chamados de menores.

Os diferentes campos do saber (medicina, direito) começaram então, a voltar suas atenções para a infância, visto que o grande número de crianças que perambulavam pelas ruas passou a ser compreendido como causa do aumento da criminalidade. Os menores de 18 anos nesta condição, eram declarados em situação irregular no Código.

A Doutrina da Situação Irregular, expressa neste código, apresentava duas categorias de crianças e adolescentes, a saber: os delinquentes, isto é, aqueles que haviam cometido algum ato infracional e os abandonados, ou seja, aqueles que eventualmente se encontravam sem moradia fixa (perambulando pelas ruas) ou cujos responsáveis legais tivessem condutas descritas como contrárias à moral ou aos bons costumes.

Com o objetivo recuperar e reintegrar os jovens à sociedade foi criado o Serviço de Assistência do Menor (SAM), fundado em 1942. Nesta época, surgem também os Reformatórios, que abrigavam, sob regime disciplinar, os “menores delinquentes”, a estrutura dos reformatórios era análoga ao sistema penitenciário, pois a disciplina e o trabalho eram os meios empregados para corrigir condutas que respondiam a defeitos morais.

Após o Golpe Militar de 1964 foram criadas a Fundação Nacional do Bem Estar do Menor (FUNABEM) no âmbito federal e as FEBEMs no estadual e o atendimento aos menores era feito pautado nos princípios do militarismo e suas práticas (SILVA, 1998). O SAM foi extinto, reformulando-se as formas de intervenção sobre as crianças e adolescentes, através da implantação da Política do Bem-Estar do Menor (PNBEM), que vigorou até 1988 (MARCÍLIO, 1998).

Em 1959 a ONU aprovou o texto da Convenção dos Direitos das Crianças onde ficou estabelecido solenemente que as crianças são sujeitos de direitos, ou seja, cidadãos. Reconhece a dignidade e liberdade inerente à pessoa humana, os direitos iguais e inalienáveis de todos os membros da família, a necessidade de proteção e cuidados especiais que a criança necessita em virtude do seu desenvolvimento e declara ser dever do Estado garantir esses direitos nas políticas públicas (FALEIROS, 2005).

A segunda versão do Código de menores, promulgada em 1979, não acatou os princípios estabelecidos pela ONU. Manteve como característica o grande poder autorgado ao judiciário, especialmente ao juiz, e a inexistência de direito à defesa aos menores, agravando ainda mais a situação das crianças e adolescentes. Como o anterior, postulava a noção de criança como sujeito de necessidades ou de situação irregular e apresentava o pressuposto de que o menor com conduta anti-social era um ser “doente” que necessitava de tratamento e disciplinarização.

Deste modo, as ações corretivas, como a implantação da FUNABEM – Fundação Nacional do Bem Estar do Menor, com suas funções estabelecidas no Código, fundamentaram-se em métodos terapêuticos e pedagógicos desenvolvidos com a finalidade de possibilitar a “reeducação” e a “reintegração” do “menor” à sociedade.

O Código de Menores de 1979 também acabou adotando uma posição contrária à inclusão dos princípios formulados pela Declaração dos Direitos da Criança de 1959, pois reiterava Doutrina da Situação Irregular, expressa no código anterior. O Código não fazia distinção entre crianças e adolescentes e todos eram agrupados sob a categoria de menor, não sendo definidos como sujeitos de direitos e não havendo menção a deveres do Estado ou da sociedade, nem penalidades previstas para quem cometesse atos de violências contra eles. Eram consideradas infrações somente aspectos referentes à divulgação de dados e imagens, frequência a determinados lugares ou o descumprimento de deveres relativos ao pátrio-poder por parte dos responsáveis legais (MARCÍLIO, 1998).

O final do regime militar e a redemocratização do país provocaram uma redefinição nas políticas sociais que reorganizaram o sistema de proteção social com base nos princípios de descentralização administrativa e garantias dos direitos à cidadania.

Em 5 de outubro de 1988 foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil, que é amplamente reconhecida como um marco do nascimento da democracia em nosso país. Ela possui três pilares fundamentais: respeito aos direitos humanos fundamentais, a consagração da soberania popular, a ser exercida pela via representativa e a plena liberdade política.

Outra característica fundamental da nova Constituição foi a descentralização político administrativa. O poder decisório, que ficava quase que exclusivamente na esfera federal, passa agora para os Estados e Municípios. Com isso, os Municípios

passaram a ter mais responsabilidades e novas atribuições e, conseqüentemente, mais autonomia inclusive para o desenvolvimento de políticas públicas. Porém, na prática, esta autonomia é relativa, por que os municípios dependem financeiramente de repasses estaduais e federais, o que limita a capacidade de auto-gestão municipal.

Nos artigos 227, 228, 229 da Carta Magna são concedidos às crianças e aos adolescentes a condição de cidadãos com direitos assegurados pelo Estado. Especificamente o artigo 227 da Constituição Federal introduziu no sistema de direito brasileiro a Doutrina da Proteção Integral da Organização das Nações Unidas (ONU), garantindo à infância e juventude os avanços da legislação internacional. Destaca-se o artigo 227 da Constituição:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-la a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1999, p. 124).

Estabeleceram-se assim os deveres das gerações adultas para com as gerações mais jovens. A família, a sociedade e o Estado passaram a ser considerados instâncias reais e formais de garantias dos direitos estabelecidos nas leis.

As ONGS (Organizações Não Governamentais) exerceram um papel importante na conquista desses avanços. No final da década de 1980 houve uma mobilização social e prol de uma nova visão da criança e do adolescente por meio de duas campanhas “Criança e Constituinte” e “Criança Prioridade Nacional” que contou com apoio de mais de 600 instituições públicas, privadas e internacionais (FALEIROS, 2009), culminou na criação do Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua (1985) e influenciou a criação do ECA.

Em 13 de julho de 1990 foi promulgada a Lei nº. 8.069 /1990 que criou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) que regulamentou a constituição e assegurou as conquistas ali contidas. Esta Lei propõe um novo paradigma de atenção à infância, com base na garantias de direitos preconizadas pela Constituição de 1989. Dessa forma repudiam-se as práticas assistencialistas,

estigmatizadoras e segregadoras e os dispositivos corretivos e repressores aplicados sob tutela estatal para práticas que assegurem o respeito aos direitos das crianças e adolescentes.

As principais alterações nas legislações existentes propostas pelo ECA, segundo Rizzini (1995) são:

- O objetivo da Lei: o novo texto parte da concepção da criança como sujeitos de direitos;
- Pátrio Poder: a falta de recursos materiais não constitui motivo suficiente para perda ou suspensão do Pátrio poder;
- Detenção de Menores: nenhum adolescente será privado de sua liberdade, senão em flagrante de ato infracional ou por ordem escrita e fundamentada da autoridade judiciária competente;
- Direito de Defesa: esta deixa de ser restrita à figura do Curador (Ministério Público), podendo ser exercida por outros atores durante o processo legal;
- A internação de Menores: que não mais pode ocorrer por prazo indeterminado;
- Posição do Magistrado: não mais absoluto;
- Mecanismos de participação, de forma privilegiada, do Conselho Tutelar e os demais Conselheiros Municipais, Estaduais e Federais, o que aconteceu paritariamente com a sociedade civil.

O ECA extrapolou o campo jurídico e revolucionou consideravelmente a realidade política e social da criança e do adolescente do país. Com a promulgação do ECA ficou revogado o antigo Código de Menores de 1979, o que trouxe mudanças significativas na forma como a sociedade e o estado devem lidar com esta população.

O Estatuto está dividido em duas partes. O Livro I garante o direito à vida, à saúde, educação, habitação, etc. A parte especial, Livro II, trata das formas de organização da sociedade, como a descentralização político-administrativa representados pelos conselhos de Direitos e Conselhos Tutelares e também preconiza as medidas que serão tomadas em caso de ameaça e violação desses direitos.

Sintetizando, seus principais artigos garantem que nenhuma criança ou adolescente deve sofrer negligências, discriminação, exploração, etc. As políticas sociais públicas garantirão proteção e condições dignas de existência à criança, ao

adolescente e à gestante. Será propiciado às gestantes condições de aleitamento materno, inclusive em presídios. O atendimento médico é assegurado através do Sistema Único de Saúde.

Às pessoas com deficiência caberá atendimento especializado e o poder público deverá fornecer gratuitamente medicamentos, próteses e outros recursos que se fizerem necessários.

A Lei trata ainda da criança e do adolescente como portadores do direito à liberdade, que compreende o direito de ir e vir, opinião e expressão, crença e culto religioso, brincar, praticar esportes, divertir-se e participar da vida comunitária, sem discriminação. É dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento ou constrangedor.

Fica assegurado que todas as crianças ou adolescentes tem o direito de serem criados e educados no seio de sua família. Aos pais cabe o dever do sustento, guarda e educação. Os filhos havidos fora do casamento poderão ser reconhecidos pelos pais. A criança ou adolescente terá direito a uma família substituta mediante guarda, tutela ou adoção.

Garante às crianças e adolescentes o direito à educação, visando o pleno desenvolvimento da pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-lhes igualdade de condições para o acesso e permanência na escola, direito de ser respeitado pelos seus educadores, direito de organização e participação em entidades estudantis, acesso à escola pública e gratuita próxima de sua residência, direito dos pais terem ciência do seu processo pedagógico e de participarem da proposta pedagógica escolar, entre outros.

Para a concretização das medidas estabelecidas, o ECA determina no seu artigo 86:

A política de atendimento aos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos estados, do distrito federal e dos municípios (ECA, 1991).

O ECA determina, dessa forma, a promoção dos direitos que deve efetivada por meio de políticas públicas, incluindo parcerias com órgãos da sociedade civil visando a garantia e a prevenção desses direitos com diagnóstico dos problemas enfrentados e planejamento de ações bem articuladas com orçamentos bem estabelecidos (FALEIROS, 2009).

Em relação aos problemas decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, o artigo 101, das Medidas Específicas de Proteção, estabelece o direito às crianças e adolescentes de receber atendimento especializado. Esse artigo determina que toda criança ou adolescente usuário de drogas deve

receber orientação, apoio e acompanhamento temporários; requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial, ou inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos (ECA, 1991, p. 36).

Essas mesmas medidas são aplicáveis aos pais ou responsáveis e são atribuições do Conselho Tutelar. Sobre as bebidas alcoólicas, cigarros e outras substâncias legalizadas, o artigo 81 do Estatuto proíbe a venda de produtos capazes de causar dependência a menores de 18 anos.

Além de garantir os direitos das crianças e adolescentes o ECA também estabelece as medidas sócioeducativas que devem ser tomadas em caso de infração da lei (ato infracional) no caso dos adolescentes acima dos 12 anos de idade, levando-se em conta sua capacidade de cumpri-la e a circunstância e gravidade do ato. São elas:

- I- advertência;
- II- obrigação de reparar o dano;
- III- prestação de serviços à comunidade;
- IV- liberdade assistida;
- V- inserção em regime de semi-liberdade;
- VI- internação em estabelecimentos educacional (ECA art. 112).

As medidas são aplicadas pelos juízes da Vara da Infância e da Adolescência de forma progressiva e levando-se em consideração o princípio de que o sujeito encontra-se em uma condição peculiar de desenvolvimento, tendo, portanto, um objetivo sócio-educativo e não punitivo.

Com a promulgação do ECA são dadas as prerrogativas jurídicas de estabelecimentos de políticas públicas para crianças e adolescentes, mas sua implantação só foi efetivamente assumida pelas ONGS e demais entidades filantrópicas. O Estado, principalmente o Poder Executivo Federal, se eximiu em

muito de sua responsabilidade, o que comprometeu consideravelmente a efetivação prática da nova legislação.

Mesmo sendo a mais avançada legislação do mundo no tocante a crianças e adolescentes, a educação para a cidadania ainda continua subordinada a uma perspectiva criminalizadora dos antigos códigos de menores, pois a mentalidade jurídica no Brasil continua predominantemente encarceradora e nem sempre a aplicação das leis pelo judiciário segue os princípios contidos no Estatuto (PASSETTI, 2006).

Por outro lado, segundo Faleiros (2009), são necessárias mudanças na mentalidade da população e prioridade à questão pelo Estado:

Na cultura e estratégias de poder predominantes, a questão da infância não se tem colocado na perspectiva de uma sociedade e de um Estado de direitos, mas na perspectiva do autoritarismo/clientelismo, combinando benefícios com repressão, concessões limitadas, pessoais arbitrárias, com disciplinamento, manutenção da ordem, ao sabor das correlações de forças sociais ao nível da sociedade do governo. As polêmicas relativas às políticas para infância demonstram este conflito de visões e de estratégias, por exemplo, a que se refere à divergência entre os que privilegiam a punição e os que privilegiam o diálogo, a negociação, as medidas educativas (FALEIROS, 2009, p.35).

O Estado não oferece as condições básicas de dignidade aos jovens preconizadas pelo ECA, principalmente no que tange ao atendimento educacional e de saúde, e falha também no enfrentamento dos problemas relativos a essa faixa etária.

2.2.2 Políticas públicas e controle social

Na primeira parte deste trabalho ressaltamos que a infância e a adolescência devem ser contextualizadas historicamente, uma vez que em cada época existe uma forma diferente da sociedade compreendê-la que influenciará as políticas de atendimento pelo Estado. Destacamos a seguir algumas características que as políticas públicas para os jovens devem contemplar, segundo alguns autores.

A definição mais usada no Brasil, e também neste trabalho, quando se trata de definir os parâmetros das faixas etárias é a do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que em seu artigo 2º, considera como adolescente a pessoa

entre 12 e 18 anos de idade incompletos, e criança até os 12 anos de idade, não existindo uma caracterização etária para a juventude⁵ (BRASIL, 1990).

Levando em consideração os aspectos sócio-históricos que caracterizam a situação da infância e adolescência na sociedade contemporânea algumas particularidades características de nossa época devem ser levadas em consideração:

- A crise da família tradicional e a multiplicação de novas formas de família que mudaram as relações e funções de pais, mães e filhos;
- A dissolução das identidades ligadas à idéia de Nação, território ou país em consequência da globalização;
- A diminuição do período da infância, pressionada por uma adolescência que desponta cada vez mais cedo e perdura por muito mais tempo, atingindo até a idade adulta;
- A industrialização e urbanização da sociedade brasileira, que trouxe como consequência um crescimento caótico das cidades, empurrando a população carente para a periferia;
- A falência das ideologias tradicionais políticas, sociais e religiosas que culminaram em uma relativização de crenças e valores no imaginário social;
- A carência de modelos de indivíduos adultos com os quais se identificar, em decorrência da contradição de muitos adultos comportarem-se como adolescentes;
- A falta de perspectivas de ascensão social e econômica pelo trabalho e estudo, principalmente dos jovens pobres (ABAD, 2003 p.23).

Todas estas mudanças sociais, econômicas e culturais devem ser levadas em consideração quando pensamos nesta faixa etária. As transformações por que passam a sociedade e as instituições afetam principalmente os mais jovens, que se

⁵ A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1989), considera como adolescentes os indivíduos na faixa etária de 10 a 19 anos e jovens aqueles que tenham entre 15 a 24 anos. Organização Internacional da Juventude (OIJ), que define o jovem como o indivíduo que se encontra entre os 10 e 29 anos de idade (UNESCO, 2004). Neste trabalho usaremos as definições etárias contidas no ECA.

constituem como a parcela mais vulnerável da população devido ao seu processo de desenvolvimento.

Segundo Abad,

[...] pode-se afirmar que a nova condição juvenil se constrói sobre o pano de fundo da crise das instituições tradicionalmente consagradas à transmissão de uma cultura adulta hegemônica, cujo prestígio tem se debilitado pelo não-cumprimento e pela perda de sua eficácia simbólica como ordenadoras da sociedade (ABAD, 2003, p.25).

E é esta desinstitucionalização da juventude na atualidade que cria a possibilidade de uma vivência desse período de uma forma distinta do que foi em gerações anteriores. Há uma dificuldade dos jovens em adquirir parâmetros mais sólidos para a formação de sua identidade e seus valores e as transformações sociais acontecem em uma velocidade muito maior do que em épocas anteriores.

No Brasil, a situação das crianças e adolescentes é marcada pela exclusão social e econômica e por carências educacionais, culturais, de lazer e de saúde, que agrava ainda mais a situação dos jovens. Eles constituem uma população vulnerável em várias dimensões, figurando nas estatísticas de desemprego, violência, gravidez não desejada e consumo de drogas (FALEIROS, 2009).

A análise histórica da legislação jurídicas e orientações e políticas de atendimento às crianças e adolescentes no Brasil não contemplam essas dimensões. Até meados de 1970, a maioria dos programas e projetos considerava os adolescentes quase que exclusivamente como um problema social e um risco para a sociedade. Eles precisariam, portanto serem controlados, tutelados para a segurança do Estado e da organização social.

Tais princípios ainda norteiam as ações nesta área e há uma acentuada carência de ações que visem a inclusão desses jovens e que garantam a sua plena cidadania. Incluí-los, neste caso, significa também escutá-los, reconhecê-los, fazer com que se sintam membros da sociedade em que vivem, permitir que se expressem livremente e estabeleçam elos com as instituições (UNESCO, 2004).

Analisar essas políticas implica considerar as relações sociais, econômicas, ideológicas e políticas presentes na conjuntura histórica em que foram criadas. No caso brasileiro, as políticas que tiveram a infância e adolescência como objeto tem o foco na proteção da sociedade com estratégias de controle e repressão e não na garantia de proteção desses sujeitos.

As propostas e encaminhamentos de política para a infância fazem parte da forma como o Estado brasileiro foi se constituindo ao longo da história, combinando autoritarismo, descaso ou omissão para com a população pobre com clientelismo, populismo e um privilegiamento do privado pelo público, em diferentes contextos de institucionalidade política e de regulação das relações entre Estado e sociedade (Faleiros, 2009, p. 301).

No que diz respeito à elaboração de políticas públicas para a juventude, faz-se necessário a compreensão desses sujeitos em suas particularidades, atendendo aos seus interesses e demandas e levando-se em conta a socialização, a cidadania e a participação política para o desenvolvimento de um senso crítico frente à realidade social.

Para Léon (2003), as políticas públicas para os jovens deveriam contemplar os seguintes elementos centrais:

- a) Partir de uma noção precisa e explicitada do sujeito social a que se destinam, e sua característica;
- b) especificar o marco ético e político em que se insere, e seus fundamentos;
- c) assinalar os seus objetivos primordiais a serem cumpridos a curto, médio e longo prazo;
- d) fazer suas “ações preferenciais” dentro de um conjunto social dos destinatários;
- e) estabelecer os mecanismos e procedimentos de participação dos próprios sujeitos e/ou atores destinatários da política;
- f) considerar o desenvolvimento institucional (político, jurídico, financeiro e organizacional de recursos humanos) adequado às demandas e requisitos surgidos da política;
- g) conceber os alinhamentos base de um plano de ação que opere nos âmbitos contemplados.

Todos estes aspectos tem como princípio básico a consideração dos jovens como sujeitos ativos das políticas e não receptores passivos de medidas tomadas pelo Estado ou por outras instituições. Qualquer ação ou medida para esta faixa etária que não leve isso em consideração está fadada ao fracasso.

Também é necessário que haja uma atenção especial à inclusão social dos jovens para que eles se sintam sujeitos ativos para o exercício da cidadania:

Sentir-se incluído significa também ser escutado, ser reconhecido, sentir-se membro da sociedade em que vive, poder realizar projetos, obter espaços específicos e ter possibilidades para desenvolver a sua criatividade. Há necessidade do desenvolvimento de confiança na sociedade, de fazer-se escutar e criar elos com as instituições (UNESCO, 2004, p.18).

As políticas brasileiras não contemplam a maioria destes princípios básicos. Em uma pesquisa, SPÓSITO e CARRANO (2003) analisaram as ações e políticas públicas para os jovens realizadas pelo governo federal entre os de 1995 a 2002. Constataram que nenhum órgão da administração federal possui informações centralizadas sobre essa população. Há ainda uma fragmentação das ações em vários projetos com sobreposição de objetivos, falta de concepções estratégicas e tentativas baseadas no ensaio e erro, carecendo de conhecimento científico e da participação dos jovens como sujeitos.

Pode-se constatar que as políticas públicas dirigidas aos jovens se resumem a um conjunto de programas e iniciativas isoladas, sem um planejamento sistemático e orientado pelo senso comum e por ideologias de determinados grupos religiosos, sociais e políticos. Conduzidas na base da tentativa e erro, não é de se surpreender que não consigam resultados positivos em grande escala para a transformação da realidade dessa população.

A precariedade destas políticas não é exclusividade brasileira. Para Abad (2002), a evolução histórica das políticas para a juventude na América Latina podem ser sintetizadas em quatro diferentes modelos:

- a) A ampliação da educação e o uso do tempo livre (entre 1950-1980);
- b) O controle social de setores juvenis mobilizados (entre 1970 e 1985);
- c) O enfrentamento da pobreza e a prevenção do delito (entre 1985 e 2000);
- d) A inserção laboral de jovens excluídos (entre 1990 e 2000).

Todos estes modelos vêem os jovens como um problema social e os projetos e programas são mais para proteger a sociedade do perigo potencial por eles representados do que para atender seus direitos e reais necessidades.

A rigidez de alguns projetos e programas, por exemplo, pautados exclusivamente pela idade cronológica, exclui o jovem por ele ter completado determinada idade (18 anos). Todavia, esse jovem estará submetido à mesma

condição de vulnerabilidade anterior, uma vez que não será inserido automaticamente no mercado de trabalho e não poderá participar de outros programas, ficando sujeito ao desemprego e vulnerável exclusão social e à criminalidade (SPÓSITO; CARRANO, 2003).

O desafio atual para a sociedade civil e para o Estado em relação aos jovens é garantir mecanismos de transferência de renda, acesso à educação de qualidade e a atividades comunitárias que garantam o estabelecimento de laços sociais identitários e afetivos. Para isso, seria necessário transformar projetos e programas em políticas públicas bem planejadas e que tivessem continuidade, o que ainda é raro em nosso país (NOVAES, 2003).

Em muitos casos os jovens não representam um risco social para a sociedade e sim são as maiores vítimas. A mortalidade juvenil no Brasil está tendo um crescimento histórico preocupante, contrariando as tendências do restante da população, cujas taxas de mortalidade vêm caindo. O índice de mortalidade de jovens no Brasil é um dos mais altos do mundo (WAISELFISZ, 2007).

A principal causa de mortes dos jovens é a morte do tipo violenta. Praticamente duas em cada três mortes de jovens têm sua origem em causa violentas, como homicídios, acidentes de transportes e suicídios. Em muitos desses casos há relação com o consumo ou tráfico de substâncias psicoativas (WAISELFISZ, 2007).

2.2.3. O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e o Conselho Tutelar

A Declaração Universal dos Direitos das Crianças e Adolescentes da ONU propõe uma nova maneira de compreender as crianças e adolescentes como indivíduos em desenvolvimento que precisam um tratamento diferenciado priorizando a necessidade de protegê-los. A Constituição brasileira incorporou esses princípios que passaram a regulamentar, além do ECA, outras políticas específicas, como o Sistema Único de Saúde (SUS), a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB). Todas devem seguir o modelo da descentralização, participação democráticas e controle social.

Vale salientar que os direitos e garantias básicas atribuídos aos cidadãos pelo novo arcabouço jurídico são efetivamente assegurados com a implementação de políticas públicas e com a participação popular concretizada através do controle social. O conceito de controle social descrito na Constituição Federal pressupõe a participação da população na elaboração, implementação e fiscalização de políticas públicas. A sociedade civil organizada tem o papel de fiscalizar o Estado em suas ações e intervir e interagir com o mesmo na busca de soluções para os problemas sociais visando uma atuação menos burocrática e mais política.

A forma preconizada para essa atuação popular, segundo a Constituição, é via Conselhos. Para tanto foram criados:

- Conselho Nacional de Assistência Social – Lei nº 8.742 de 07/12/93
- Conselho Nacional de Educação – Lei nº 9.131 de 24/11/95
- Conselho Nacional de Saúde – Lei nº 8.142 de 28/12/90
- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.242 de 12/12/91
- Conselho Nacional de Segurança Pública – Decreto nº 5.834 de 06/07/06.
- Conselho Nacional Antidrogas – Lei nº 11.343 de 23/08/06

Os Conselhos são espaços de participação e atuação dos cidadãos no acompanhamento e fiscalização das decisões e ações do Estado e não visam substituí-lo:

a participação da sociedade civil na esfera pública- via conselhos e outras formas institucionalizadas- não é para substituir o Estado, mas para lutar para que ele cumpra seu dever: propiciar educação, saúde e demais serviços sociais com qualidade e para todos. Essa participação deve ser ativa e considerar a experiência de cada cidadão que nela se insere [...] (GOHN, 2004, p. 24).

No entanto, o exercício da democracia não é uma tarefa fácil e requer um aprendizado constante. Os estudos demonstram que o funcionamento dos Conselhos ainda está longe do ideal em muitas cidades do país ou estes funcionam só no papel ou atrelados ao poder Executivo, prejudicando as finalidades para as quais foram criados (SILVA, 2008).

Segundo GOHN (2004) estas dificuldades são inerentes ao processo democrático e criar estes espaços públicos com participação popular é uma tarefa extremamente complexa, porque

o poder local não existe a priori, tem que ser organizado, adensado em função de objetivos que respeitem as culturas e diversidades locais, que criem laços de pertencimento e identidade sociocultural e políticas (GOHN, 2004, p.24).

No que tange às crianças e adolescentes, o ECA estabelece em seus artigos 86 e 88 os dispositivos de controle social e participação da sociedade, que são os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente em nível municipal, Estadual e Federal e os Conselhos Tutelares que funcionarão nos municípios (ECA, 1991).

O Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente é um órgão que estabelece novas relações entre governo e sociedade civil organizada, bem como a co-responsabilidade na construção de políticas públicas adequadas às reais necessidades de cada município em particular.

Os conselhos existem nas instâncias nacional, estadual e municipal – CONANDA (Conselho Nacional da Criança e do Adolescente), CONDECA (Conselho Estadual da Criança e do Adolescente) e CMDCA (Conselho Municipal da Criança e do Adolescente). Sua implantação e funcionamento representam uma normativa no sistema de garantia de direito, e na definição das ações de atendimento às crianças e adolescentes.

As características do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente baseiam-se no pressuposto de que este seja formado de forma paritária por membros do Governo Municipal indicados pelo prefeito e membros da sociedade civil escolhidos e indicados por suas organizações representativas. O mesmo princípio deve ser aplicado aos conselhos estaduais e ao nacional.

Os Conselhos constituem espaços públicos que tem natureza deliberativa, ou seja, capacidade própria de decidir sobre a formulação, controle, fiscalização, supervisão e avaliação das políticas públicas, inclusive na destinação orçamentária e devem ser consultados pelos gestores públicos no direcionamento das políticas nesta área e tem a função de fiscalizar a efetivação dos direitos e garantias. São, portanto, mecanismos de mobilização e participação efetiva do cidadão na esfera pública para a garantia de seus direitos e o controle social das ações do Estado.

O CMDCA também fica responsável pela implantação do Conselho Tutelar que tem como função zelar pelo cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes estabelecidos no ECA. Também é responsável por aplicar as medidas protetivas em caso de violação de direitos de crianças e adolescentes.

O Conselho Tutelar é responsável pelo cumprimento da legislação e garantir sua aplicação, conforme determinam os artigos 131 e 132 do ECA:

Art. 131 - O Conselho Tutelar é um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta lei.

Art. 132 - Em cada Município haverá, no mínimo, um Conselho Tutelar composto de cinco membros, escolhidos pela comunidade local para mandato de três anos, permitida uma recondução (ECA, 1991 p. 50).

A autonomia autorgada ao CT consiste no fato de ela não precisar de ordem judicial para aplicar e decidir medidas protetivas, como encaminhamento aos pais e responsáveis, orientação, acompanhamento temporário dos casos e encaminhamento para instituições de abrigo ou de tratamento quando assim se fizer necessário. Suas ações são fiscalizadas pelo CMDCA, Ministério Público e a Vara da Infância e da Adolescência.

2.2.4. O Conselho Municipal sobre Drogas

Para a questão das drogas existem os Conselhos Estaduais de Políticas sobre Drogas – CONENS, criados por Decreto Estadual, são responsáveis por propor a política estadual de entorpecentes, compatibilizando-a com o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD. É responsável por formular diretrizes, avaliar, adequar e acompanhar a política estadual para prevenção ao uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. Os CONENS devem ainda estimular a criação de Conselhos Municipais de Políticas sobre Drogas - COMADS.

Os Conselhos Municipais sobre Drogas – COMADS, são órgãos consultivos, normativos, de deliberação coletiva e de natureza paritária. Em âmbito municipal, e segundo as particularidades locais se integram ao Conselho Estadual sobre Drogas e ao Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas - SISNAD, de que trata o Decreto Federal 5.912, de 27 de setembro de 2006.

Os COMADS promovem a atuação coordenada e integrada dos órgãos municipais governamentais, propiciando a participação da comunidade em atividades destinadas à fiscalização, prevenção, tratamento, reinserção social,

redução de danos sociais e à saúde e repressão sobre o uso e abuso de drogas e seus efeitos no indivíduo e na sociedade (SENAD, 2008).

Mesmo com a recomendação da Secretária Nacional Antidrogas de criar conselhos sobre drogas em todos os municípios muitos municípios ainda não se mobilizaram para a sua criação. A cidade de Assis, onde fizemos a pesquisa, ainda não possui um conselho municipal sobre drogas.

CAPITULO 3

A PESQUISA

3.1 Método

No presente trabalho foi realizada uma comparação dos dados atuais com os de uma pesquisa por nós realizada há 10 anos, em 2000 com 2.123 alunos de escolas públicas e particulares, da cidade de Assis, que utilizou a mesma metodologia (GUIMARÃES, et al., 2000).

Para a análise comparativa foi utilizado o mesmo banco de dados, porém as comparações ficaram restritas aos 1.803 questionários respondidos pelos alunos da rede pública de ensino de Assis fazendo as comparações dos principais resultados que são os objetivos do presente trabalho.

A metodologia utilizada nos dois levantamentos seguiu os critérios propostos pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) vinculado ao Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP (CARLINI-COTRIM; BARBOSA, 1993).

Em ambos levantamentos, a Diretoria Regional de Ensino de Assis forneceu o número de alunos de cada turma, o tipo de ensino (fundamental ou médio), a localização geográfica de cada escola (central e periférica) e o turno (diurno e noturno).

No ano de 2010, o plano amostral foi estabelecido com o auxílio do professor de estatística Dr. Fernando Frei da Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Unesp/Assis, adotando-s os critérios contidos no Manual de Orientações Gerais do CEBRID (CARLINI-COTRIM; BARBOSA, 1993). Nesse ano, o universo amostral constitui-se de 225 turmas de 12 escolas públicas de ensino fundamental e médio com 7.188 alunos matriculados. A amostra foi dimensionada considerando-se os números de alunos do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino, margem de erro de 4%, intervalo de confiança de 95% e proporção esperada de 50% (opção que gera a maior variância possível). Para essas condições, foi estabelecido o tamanho da amostra em 555 alunos, que foi aumentada em 20% para suprir eventuais perdas.

O sorteio sistemático das turmas foi proporcional à estratificação da amostra segundo tipo de ensino (fundamental ou médio), localização (central ou periférica) e turno (diurno ou noturno). Em relação à localização geográfica da amostra na cidade de Assis a divisão foi feita de acordo com dados do IBGE, disponibilizados pelo estatístico, que divide a cidade em micro regiões em função de critérios

socioeconômicos, garantindo assim a representatividade de todos os bairros na constituição da amostra. A amostra final resultou em 683 estudantes, excluindo os que tinham respostas discordantes ou afirmativas à droga fictícia (N=4) e em branco (N=2).

Os mesmos critérios foram adotados na composição da amostra no levantamento do ano de 2000. O cálculo amostral foi conduzido pelo professor de estatística Dr. Pedro Henrique Godinho (GUIMARÃES et al., 2004) e participaram do estudo cerca de 20% do total de 9.733 alunos matriculados nas 12 escolas do ensino fundamental e médio de Assis, resultando em uma amostra final de 1.803 questionários respondidos por alunos do ensino público.

Questionários

O questionário utilizado nos dois levantamentos é uma adaptação do instrumento proposto pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e desenvolvido pela Research and Reporting Project on the Epidemiology of Drug Dependence (SMART et al., 1980). No Brasil, foi adaptado por Carlini-Cotrim et al. (1993) e utilizado pelo CEBRID em todos os levantamentos realizados e também amplamente usado em pesquisas sobre o tema. Trata-se de um questionário fechado, de autopreenchimento e sem identificação pessoal do aluno.

O questionário contém questões abrangendo dados sociodemográficos (sexo, idade), frequência às aulas e padrão de uso de drogas psicoativas (tabaco, álcool, maconha, cocaína, crack, anfetamina e tranquilizantes). Contém ainda uma questão sobre drogas fictícias, sendo possível assim identificar respostas falsas e invalidar os respectivos questionários.

Treinamento dos aplicadores

Atuaram como aplicadores alunos do curso de Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras –UNESP, Câmpus de Assis.

Os aplicadores foram previamente orientados e treinados, recebendo um manual de instruções semelhante ao proposto por CARLINI et al. (1993).

A aplicação dos questionários foi feita simultânea e coletivamente em sala de aula, na ausência do professor. Os questionários foram então respondidos e depositados em urnas comuns, garantindo assim o anonimato.

Crítica dos dados

A análise crítica dos dados envolveu três fases independentes e sucessivas:

1. Crítica quantitativa: para detectar e corrigir erros de digitação;
2. Crítica qualitativa: cada questão será composta de vários itens que permitem a realização de teste de coerência interna. Por exemplo: responder não ao item a (uso na vida) e sim ao item b (uso no ano), caracteriza um tipo de incoerência;
3. Crítica de drogas: para verificar se a droga citada é ou não psicoativa e se enquadra nas categorias das drogas em questão (GALDURÓZ et al., 1997).

Análise dos Dados

Os questionários aplicados foram digitados em um banco de dados (Planilha Eletrônica do Microsoft Excel; 2007) e a análise dos dados foi realizada com a utilização do software Statistica 6.1 (Stat Soft, Inc.). Os questionários que continham resposta afirmativa de uso de droga fictícia ou com 3 ou mais questões anuladas foram excluídos do banco de dados.

Quanto à frequência do uso de drogas, adotou-se o critério de classificação utilizado por GALDURÓZ et al. (1997), produzido pela OMS (Organização Mundial de Saúde), que classifica em 3 tipos de usos:

- Uso na vida: quando a pessoa utilizou qualquer droga psicotrópica pelo menos uma vez na vida;
- Uso no ano: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica pelo menos uma vez nos doze meses que antecederam à pesquisa;
- Uso no mês: quando a pessoa utilizou droga psicotrópica pelo menos uma vez nos trinta dias que antecederam à pesquisa;

Os resultados estão expressos como porcentagens e comparações entre elas foi feita por meio do teste do qui-quadrado. Um valor de P menor ou igual a 0,05 foi considerado significativo. Vale notar que os cálculos das diferenças entre as

porcentagens na faixa etária acima de 18 anos ficaram comprometidos devido ao inexpressivo número de sujeitos.

Ética na pesquisa

Os alunos foram devidamente informados sobre o caráter voluntário do estudo e a liberdade de deixar de responder o questionário a qualquer momento ou de deixar questões em branco. O levantamento realizado em 2010 faz parte do Projeto Comportamentos de Saúde entre Jovens Estudantes e foi autorizada pela Diretoria de Ensino de Assis e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital Regional de Assis com o parecer nº 358/2010 (Anexo 1).

3.2 Resultados

A seguir são apresentados os dados relativos ao índice de consumo de drogas por alunos das escolas públicas de Assis na pesquisa realizada em 2010 e a comparação dos resultados encontrados com os dados obtidos em 2000.

Na tabela 3 pode-se observar que as características sociodemográficas das duas amostras de estudantes são relativamente similares, destacando-se, no entanto, uma redução no número de alunos com idade superior a 18 anos.

Tabela 2. Características sociodemográficas dos estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública do município de Assis-SP em 2000 e 2010.

Característica	2010 (N=683) %	2000 (N=1803) %
Sexo		
Masculino	51,4	46,2
Feminino	48,0	49,9
Faixa Etária (anos)		
10 a 12	15,7	27,0
13 a 15	50,8	35,8
16 a 18	28,8	30,2
> 18	1,0	5,16
Nível de Ensino		
Fundamental	58,3	58,7
Médio	41,7	41,2

Na Tabela 3 estão descritos os índices de consumo de cada droga por categoria de consumo. Destaca-se que houve uma redução no consumo de álcool no ano e no mês em relação a pesquisa anterior. O consumo de tabaco apresentou uma queda significativa na frequência para o uso na vida, no ano e no mês. A frequência do uso de solventes, na vida e no ano, diminuiu comparado aos dados de 2000. O consumo de cocaína, contudo teve um aumento de uso na vida em relação ao levantamento anterior. O total de usuários de outras drogas, no entanto, permaneceu constante.

Tabela 3. Uso de drogas por alunos do ensino fundamental e médio de escolas públicas de Assis, SP em 2000(N=1803) e 2010(683), levando-se em conta os tipos de usos e as diferentes drogas individualmente.

Drogas	Uso na vida %		Uso no ano %		Uso no mês %	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Álcool	67,6	65,9	57,0	45,5*	36,9	24,3*
Tabaco	22,2	15,4*	12,6	7,0*	8,0	4,3*
Solventes	8,9	5,6*	5,4	2,2*	2,3	1,2
Maconha	6,3	8,0	3,1	4,3	2,3	2,1
Tranqüilizantes	3,5	4,0	2,4	3,1	1,7	1,2
Anfetamínicos	2,2	2,7	1,9	1,8	1,2	1,2
Cocaína	1,7	3,0*	1,2	2,4*	0,8	1,6
Total *	15,9	14,3	10,5	9,0	6,2	4,6

*Diferença estatisticamente significativa entre as duas pesquisas (teste qui-quadrado, p 0,05).

**Total de usuários exceto tabaco e álcool

A Tabela 4 exibe dados referentes ao total de uso de drogas na vida em função do sexo nas duas pesquisas. Quando comparado com 2000, uma proporção menor de meninos fez uso na vida de álcool, tabaco ou solventes em 2010. Também houve uma diminuição significativa de meninas que já fizeram uso na vida de tabaco. Por outro lado houve um aumento no índice de consumo de cocaína para ambos os sexos.

Tabela 4. Uso de drogas na vida por alunos do ensino fundamental e médio de escolas públicas de Assis, SP em 2000(N=1803) e 2010(683); dados expressos em porcentagem, levando-se em conta o sexo e as diferentes drogas individualmente.

	Masculino		Feminino	
	2000	2010	2000	2010
Drogas				
Álcool	69,2	62,6*	68,0	69,2
Tabaco	22,4	16,4*	22,8	14,2*
Solventes	11,0	6,5*	7,3	4,7
Maconha	8,8	9,5	4,5	6,1
Cocaína	2,6	3,8	0,4	2,2
Tranquilizante	2,4	1,7	4,9	6,4
Anfetamínicos	1,4	2,0	3,1	3,4
Total **	17,8	13,3	15,1	15,1

*Diferença estatisticamente significativa entre as duas pesquisas (teste qui-quadrado, $p < 0,05$).

**Total de usuários exceto tabaco e álcool

Na tabela 5 são apresentados os dados para a experimentação de drogas entre os alunos de diferentes faixas etárias. De maneira geral, a maioria das proporções se mantiveram, destacando-se que em 2010 houve uma redução na experimentação de tabaco na faixa etária de 16 a 18 anos e um aumento no consumo de cocaína por alunos com idade entre 13 e 15 anos.

Tabela 5. Uso de drogas na vida por alunos do ensino fundamental e médio de escolas públicas de Assis, SP em 2000(N=1803) e 2010(683); dados expressos em porcentagem, levando-se em conta a idade e o uso na vida de diferentes drogas individualmente.

	10-12		13-15		16-18		>18	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Drogas								
Álcool	42,0	38,2	72,4	67,4	83,1	79,6	82,8	85,7
Tabaco	4,7	0,9	21,2	16,6	35,9	20,1*	43,0	14,3
Solventes	7,6	5,8	8,9	5,6	9,5	5,8	10,8	-
Maconha	0,8	-	4,7	7,3	10,6	12,2	21,5	14,3
Cocaína	0,2	-	0,9	2,9*	2,6	5,3	9,7	-
Tranqüilizante	0,6	1,9	2,5	3,8	6,6	5,1	8,6	16,7
Anfetamínicos	1,0	0,9	1,9	2,0	3,3	4,1	5,4	14,3
Total	9,9	7,8	13,3	13,0	21,7	18,0	33,3	33,3

*Diferença estatisticamente significativa entre as duas pesquisas (teste qui-quadrado, p < 0,05).

**Total de usuários exceto tabaco e álcool

A Tabela 6 mostra as porcentagens de alunos que fizeram uso de substâncias psicoativas no ano e no mês em função do sexo. Destaca-se que em 2010, em comparação ao primeiro levantamento, houve uma diminuição significativa nas porcentagens de alunos, de ambos os sexos, que fizeram uso de álcool e de tabaco, tanto no ano quanto no mês.

Tabela 6. Uso de drogas por alunos do ensino fundamental e médio de escolas públicas de Assis, SP em 2000(N=1803) e 2010(683); dados expressos em porcentagem, levando-se em conta o sexo e o tipos de uso de diferentes drogas individualmente.

	Masculino		Feminino	
	2000	2010	2000	2010
No Ano				
Álcool	59,9	42,9*	56,3	47,6*
Tabaco	13,0	7,6*	12,7	6,2*
Outras	11,4	7,8	10,3	10,1
No Mês				
Álcool	40,5	23,9*	34,6	24,9*
Tabaco	8,9	4,9*	7,4	3,4*
Outras	6,2	5,4	6,4	3,8

*Diferença estatisticamente significativa entre as duas pesquisas (teste qui-quadrado, $p < 0,05$).

**Total de usuários exceto tabaco e álcool

Na tabela 7 estão apresentados os dados sobre o uso no ano e no mês de álcool, tabaco e outras drogas em função da idade. Em relação à pesquisa anterior, houve uma diminuição em 2010 na porcentagem de alunos que fizeram uso de álcool no ano e no mês em todas as faixas de idade. Em relação ao tabaco, houve uma diminuição entre os mais velhos, tanto para o uso no ano, quanto para o uso no mês.

Tabela 7. Uso de drogas por alunos do ensino fundamental e médio de escolas públicas de Assis, SP em 2000(N=1803) e 2010(683); dados expressos em porcentagem, levando-se em conta a idade e os tipos de uso de diferentes drogas individualmente.

	10-12		13-15		16-18		>18	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Ano								
Álcool	30,4	19,6*	62,2	45,6*	73,0	58,9*	69,9	71,4
Tabaco	3,1	0,0	11,6	7,4*	20,0	9,8*	26,9	0,0
Outras	7,4	4,9	8,7	7,8	15,6	12,2	10,7	16,7
Mês								
Álcool	15,4	5,9*	40,0	23,9*	50,6	34,2*	47,3	57,1
Tabaco	1,4	0,0	6,2	4,7	13,8	5,1*	20,4	0,0
Outras	3,1	2,9	5,9	4,2	8,3	5,8	10,7	0,0

*Diferença estatisticamente significativa entre as duas pesquisas (teste qui-quadrado, p 0,05).

**Total de usuários exceto tabaco e álcool

3.3 DISCUSSÃO

A utilização de questionário de autopreenchimento em sala de aula é o método mais utilizado para identificar a prevalência de uso de drogas entre estudantes adolescentes por ser economicamente mais viável, ter baixo índice de recusa e garantia de anonimato. Existem, no entanto, algumas limitações. Primeiramente, a avaliação em sala de aula pode excluir estudantes que abandonaram a escola ou que faltaram no dia da aplicação do questionário. Talvez eles faltem com frequência ou faltem justamente por apresentar problemas mais graves em decorrência do uso de substâncias, principalmente as mais danosas, como, por exemplo, o crack. Além disso, as respostas obtidas são relatos de consumo de drogas e não medidas do consumo em si, o que pode levar a subrelatos dos casos reais, por receio de fornecer a informação, ou superrelatos, por falsear os dados (GALDURÓZ et al., 2010).

Apesar de utilizar uma metodologia padronizada para este tipo de estudo, os dados ora apresentados não devem ser generalizados de maneira indiscriminada para outras populações de estudantes. Deve-se levar em conta as características diferenciadas entre escolas, perfis econômicos e sociais dos alunos e diferenças culturais de uma cidade ou região para outra.

Como salientamos anteriormente, avaliar a extensão do problema das drogas vai além de saber o número de usuários de cada tipo. As drogas diferem em termos de danos ao indivíduo e à sociedade. Também é necessário saber como são consumidas. Por exemplo, a cocaína cheirada produz um dano diferente do que a fumada na forma de crack. Por outro lado, a motivação para o uso, doenças psicológicas pré-existentes e a relação que o sujeito estabelece com o ato de consumir a droga são fatores importantes e não podem ser dimensionados nos estudos epidemiológicos (DUALIBI; VIEIRA; LARANJEIRA 2011).

Feitas as ponderações sobre o instrumento utilizado, podemos observar nos resultados apresentados que o consumo de substâncias psicoativas pelos alunos das escolas públicas de Assis é semelhante ao de outras localidades onde foram realizados outros levantamentos com a mesma metodologia, conforme exposto no quadro 1 na p.47 deste trabalho (MUZA et al.,1997; SOUZA et al.,1998; TAVARES et al., 2001; BAUS et al., 2002; SANCEVERINO; ABREU, 2004; GALDURÓZ et al., 2005; GUIMARÃES; KAPPANN ,2002; SILVA et al., 2006; TEIXEIRA et al.,2009;

COSTA et al., 2009). Os resultados destas pesquisas possuem como principais resultados em comum:

- ✓ As drogas lícitas são as mais consumidas;
- ✓ O sexo masculino usa mais drogas ilícitas e o feminino mais drogas lícitas, principalmente medicamentos;
- ✓ Tendência de alta no uso de drogas entre as meninas, que tradicionalmente usavam menos que os meninos;
- ✓ Associação positiva entre o consumo de drogas e baixo rendimento escolar;
- ✓ Associação entre uso de drogas e classe econômica de maior poder aquisitivo.

O álcool e o tabaco são as duas drogas mais experimentadas e mais frequentemente consumidas de acordo com todas as pesquisas analisadas, nacional e internacionalmente. Isto demonstra que as drogas lícitas continuam ocupando o primeiro lugar nos índices de consumo em todas as categorias e faixa etárias pesquisadas (GALDURÓZ et al., 2005).

Por outro lado, o consumo de qualquer droga quase sempre começa com o uso de álcool e tabaco. Em um estudo qualitativo realizado com usuários de crack, essas drogas foram apontadas como as primeiras por eles consumidas, e mantém o seu uso juntamente com as outras drogas (SANCHEZ; NAPPO, 2002).

Comparando-se, de uma forma geral, os resultados do ano de 2000 com os da presente pesquisa, pode-se constatar que houve uma semelhança dos índices de uso de drogas com pequenas variações para determinadas categorias e tipos de uso nos últimos 10 anos. No entanto, não se pode afirmar que há uma tendência à estabilização, diminuição ou aumento por que são só dois estudos que não fornecem parâmetros para estabelecer uma tendência. Porém os atuais níveis de consumo de drogas pelos estudantes é extremamente preocupante por manter-se em patamares elevados, principalmente para as drogas lícitas.

A tendência de estabilidade nos índices de consumo das principais drogas consumidas pelos estudantes foi verificada nos levantamentos do CEBRID em 10 capitais brasileiras que participaram dos cinco últimos levantamentos nos anos de 1987, 1989, 1993 e 2004. Em nenhuma das capitais pesquisadas houve tendência de aumento significativo de uso na vida de drogas (GALDURÓZ et al., 2005).

Em relação ao sexo, os levantamentos nacionais constataram uma redução no índice de consumo de drogas para o sexo feminino em cinco capitais e uma redução para o sexo masculino em outras cinco capitais, sendo que não houve um aumento significativo para ambos os sexos em nenhuma capital específica (GALDURÓZ, et al., 2005).

No presente levantamento também não foi constatado uma grande diferenciação no consumo entre os sexos e entre os índices atuais e os do ano de 2000 (GUIMARÃES et al., 2004).

Historicamente, as mulheres usavam menos drogas que os homens, porém, nas últimas décadas, elas tem consumido mais. Este aumento no consumo reflete a mudança social e cultural que acontece na sociedade com o sexo feminino conseguindo maior espaço e adquirindo maior independência. Por outro lado, também pode representar um subproduto da valorização excessiva, pelos meios de comunicação, do “corpo perfeito”, que exige da mulher a busca por medicamentos para emagrecer e diminuir a ansiedade, e o consumo de tabaco e álcool para se “acalmar” e “relaxar”. Essa tendência poderia ser revertida restringindo-se a propaganda desses produtos na mídia e aumentando o controle sobre a venda de medicamentos sem receita médica (GALDURÓZ et al., 2005)

O maior consumo de psicotrópicos pelo sexo feminino em relação ao sexo masculino é preocupante, uma vez que os estudos demonstram que as mulheres são mais suscetíveis à dependência e mais resistentes ao tratamento, em parte devido ao fato de elas utilizarem essas substâncias como alívio para problemas emocionais como ansiedade e depressão (BUCHER, 1996). O consumo de drogas medicamentosas merece uma atenção especial dado os danosos efeitos que causam ao organismo, principalmente por serem consumidas sem acompanhamento médico, e, muitas vezes, em conjunto com outras drogas, principalmente o álcool.

Com relação à idade, as faixas etárias que mais consumiram drogas foram dos 16 aos 18 anos. No entanto, houve uma redução nos índices de 2000 pra 2010 de 21,7% para 18% para os alunos que fizeram uso de alguma droga, exceto álcool e tabaco.

Já a idade em que os adolescentes começam a usar algum tipo de drogas pode ser considerada como extremamente precoce, em 2000: 9,9% dos alunos de 10 a 12 anos de idade usaram drogas ilícitas e 42 % consumiram álcool. Estes índices se mantiveram em 7,8% e 38,2%, respectivamente, na pesquisa atual.

A idade média de experimentação das substâncias foi de 12,6 anos para o álcool ($dp=2,5$) e tabaco ($dp=1,9$). Os resultados encontrados apontam que o consumo de álcool entre adolescentes pode ser considerado excessivo entre os alunos da rede pública de Assis, corroborando com os resultados de todas as pesquisas realizadas em outras localidades (GALDIRÓZ et al., 2005).

Outro fator que pode contribuir para a naturalização do uso de drogas entre adolescentes, ao menos as lícitas, diz respeito à disseminação cultural de seu uso em nossa sociedade. O uso de bebidas alcoólicas é um ingrediente da cultura brasileira e está presente em quase todas as festas e comemorações sociais.

Alguns fatores parecem colaborar para o consumo disseminado e precoce de álcool por adolescentes, como a propaganda de bebidas na mídia. A postura da mídia em relação às drogas é contraditória. Ao mesmo tempo em que faz um sensacionalismo e dramatização exagerada em relação às drogas ilegais é conivente e incentiva, através de anúncios publicitários, o consumo de substâncias lícitas. As propagandas de cigarro e bebidas constantemente associam estes produtos ao sucesso, poder e liberdade mostrando pessoas famosas ou patrocinando eventos esportivos e culturais.

Destaca-se também o uso abusivo de álcool relatado por 14,6%, que disseram ter se embriagado alguma vez na vida e 6,5% que disseram ter se embriagado (binge drinking), no último mês. A palavra inglesa binge pode ser traduzida como “bebedeira” ou “farra” e na literatura científica ele expressa o padrão de beber excessivo no qual a quantidade é de 5 doses para homem e quatro para mulheres em uma só ocasião. Devido ao alto custo social e consequências para a saúde o comportamento de “beber em binge” mesmo esporádico tem chamado atenção dos pesquisadores até mais que a própria dependência depois de instalada. Os efeitos de beber em binge vai depender de vários fatores como, peso, idade, velocidade de consumo, presença de alimentos no estômago e número de doses consumidas. O comportamento de beber em binge é típico dos jovens e adolescentes e é um fenômeno internacionalmente conhecido e estudado por estar associado à violência doméstica, violência sexual, agressões físicas homicídios e acidentes de trânsito (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Em relação ao alcoolismo no ambiente escolar, uma pesquisa realizada entre alunos de escolas públicas de Cuiabá-MT, detectou uma prevalência de 13,4% de

adolescentes alcoolistas e associação positiva maior para os que trabalhavam e também para o sexo masculino (AREKO; SILVEIRA, 2005).

O elevado consumo de álcool e tabaco por crianças e adolescentes encontrado em nossa pesquisa revela a ineficácia das leis do país que proíbem a venda e o consumo de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos (ECA, art. 181). Os resultados mostram que não há efetividade no cumprimento desta lei e corroboram a observação de especialistas que apontam uma tolerância social excessiva em relação ao álcool na sociedade brasileira (DUALIBI; LARANJEIRAS, 2007), bem como das pesquisas anteriores que demonstraram a facilidade dos adolescentes comprarem bebidas alcoólicas nos estabelecimentos comerciais sem comprovar a idade (ROMANO; DUALIBI; PINSKY; LARANJEIRA, 2007).

Os interesses comerciais da indústria do álcool e do tabaco são claramente contrários aos objetivos da saúde pública. Assim, o estado, responsável por garantir o direito coletivo da população, tem a obrigação de intervir de forma mais efetiva através de leis e medidas regulatórias que restrinjam a propaganda e a comercialização desses produtos, a fim de impedir que essas substâncias estejam acessíveis à populações mais vulneráveis, como as crianças e os adolescentes. (DUALIBI; VIEIRA; LARANJEIRA, 2011).

CAPITULO 4

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados ora apresentados mostram que há um consumo preocupante de drogas por crianças e adolescentes da cidade de Assis, porém não houve um aumento significativo nestes índices nos últimos 10 anos. Estes resultados demonstram que é perfeitamente possível desenvolver estratégias eficazes que possam reduzir o consumo e os problemas ocasionados pelo uso de drogas entre os adolescentes, tanto nas escolas, como na sociedade de uma forma geral.

Tal constatação demonstra que o consumo de drogas não está aumentando em um grau sem precedentes entre os mais jovens, como é alardeado pela mídia e por muitos setores da opinião pública. Isso possibilita uma visão mais serena sobre a questão, evitando atitudes e intervenções precipitadas. Os dados também abrem espaço à reflexão para um planejamento de políticas públicas permanentes e de longo prazo, a fim de evitar que o consumo de drogas se transforme em um problema com consequências ainda mais graves para as crianças e os adolescentes.

Mesmo que o foco do nosso estudo tenha sido o consumo de drogas entre estudantes adolescentes, vale ressaltar que o problema não pode ser encarado como algo exclusivo desta faixa etária, ou somente como um problema do contexto escolar, pois a efetividade das ações de políticas públicas nesta área depende de uma série de fatores, como foi anteriormente exposto, que incluem dimensões mais amplas que vão além dos muros da escola e exigem o envolvimento de toda a sociedade.

O consumo de drogas psicoativas é considerado como um dos grandes problemas que afetam a sociedade atual e o grupo populacional que está mais suscetível às consequências dele decorrentes é o de crianças e adolescentes, justamente por estarem em um processo de desenvolvimento físico, emocional e social.

Os dados sobre a prevalência do uso de drogas ora apresentados e as análises das políticas públicas relacionadas ao tema são importantes para pensarmos em ações que tenham como objetivo a diminuição do consumo de drogas e suas consequências pessoais e sociais para o usuário e para a sociedade.

A inércia dos governos em agir poderia ser modificada com a conscientização da população para exigir medidas a fim de resolver o problema. Todavia, o que se vê é que a opinião pública, estimulada pela mídia, só cobra mais vigilância e repressão, pensando serem estas as melhores soluções. Os dados

objetivos sobre as drogas, como por exemplo, o uso excessivo de drogas legalizadas, como o álcool, cigarro e os medicamentos, não parecem sensibilizar a opinião pública, e conseqüentemente, não provocam ações das autoridades.

Também não há o cumprimento efetivo da legislação pelo próprio poder público e, por outro lado, há uma resistência da população em relação ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e seus mecanismos de controle social. Isso ocorre pela existência de preconceitos e desconhecimento por parte das pessoas e pela falta de empenho do governo na sua aplicabilidade. A maioria das medidas protetivas estabelecidas no ECA não saíram do papel e a sociedade não usa os espaços institucionais criados para o exercício da cidadania e garantia do seus direitos, que são os conselhos.

Uma política pública para o fenômeno das drogas precisa ser estabelecida levando-se em conta a complexidade da questão em seus aspectos sociais, históricos e culturais. Deve ser fundamentada em dados científicos empíricos e efetivada de forma ampla envolvendo as diferentes instâncias institucionais e as diferentes áreas da saúde, educação e justiça.

Aparentemente, as ações para redução do uso de drogas entre os adolescentes na atualidade não estão sendo eficazes. Provavelmente isto ocorra devido ao fato de poucas dessas iniciativas levarem em conta a individualidade do sujeito, o contexto social e cultural em que esses adolescentes estão imersos e a complexidade dos vários fatores envolvidos. A elaboração de ações que levem estes fatores em consideração é um dos grandes desafios para as políticas públicas que visem à prevenção dos comportamentos de risco entre os adolescentes, entre eles o consumo de drogas. Para tanto, é amplamente reconhecido que entre todas as instituições sociais, a escola e a família tem uma influência muito grande na infância e adolescência, e são consideradas elementos chaves em propostas de intervenção para estas faixas etárias. A articulação destas instâncias torna-se fundamental para o sucesso de qualquer iniciativa ou política.

Nesse contexto, deve-se compreender que a prevenção do abuso de drogas visa a promoção de uma vida saudável e requer o envolvimento da família, escola, grupo de pares, comunidade em geral e a mídia. Esta abordagem exige uma difícil, mas factível articulação dos serviços social, educacional e de saúde, numa visão multidisciplinar, buscando o fortalecimento de fatores protetores e diminuição dos fatores de risco (SCHENKER; MINAYO, 2005; SLOBODA, 2004).

Apesar do conhecimento existente sobre as substâncias psicoativas, a classificação de uma determinada substância como “droga” tem diferentes conotações, de acordo com as práticas sociais e as ideologias predominantes em diferentes momentos históricos de uma sociedade ou país, como foi apontado no primeiro capítulo.

Até meados dos anos de 1976, a legislação brasileira era pautada em um enfoque exclusivo de criminalização do consumo e da condenação ao tráfico de substâncias, com pouca ênfase à prevenção. Foi com a ineficácia desta visão e a produção de estudos científicos que a legislação avançou em vários aspectos e passou a valorizar uma visão mais realista sobre o assunto (SENAD, 2008).

O Ministério da Saúde, através da medida “Atenção integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas” (2004), pautado em uma perspectiva ampliada de redução de danos, reconhece o problema como sendo de saúde pública com implicações sociais, psicológicas e econômicas que vão além do viés médico (Ministério da Saúde, 2004).

A legislação e as políticas para as drogas existentes no Brasil, mesmo tendo sido elaboradas sob influências dos organismos internacionais e permeadas por princípios proibicionistas e repressivos, já contemplam, em alguns pontos, o conhecimento científico sobre o tema, fornecendo a fundamentação para a realização de ações mais eficazes. Falta, portanto, aprimorar ainda mais a legislação e elaborar uma política pública unificada, com objetivos claros e um planejamento bem feito para colocar em prática muitos princípios positivos que jamais saíram do papel.

Mesmo com avanço da legislação em vários aspectos, como por exemplo, o reconhecimento da importância da prevenção, a ênfase na redução de danos e a descriminalização dos usuários, na prática isso não ocorre por que a mentalidade de muitas autoridades do poder público ainda é pautada na repressão. Com isso, mesmo sendo considerados pontos positivos por especialistas, não há aplicação adequada da lei na prática cotidiana do judiciário, das instituições policiais e nem na concepção de políticas nesta área.

A lei 11.343 de 2006 (SENAD, 2008), define como pena para usuários que forem flagrados portando drogas a advertência, a prestação de serviços à comunidade e medidas socioeducativas. No entanto, segundo dados do Ministério da Justiça houve um aumento de 118% na prisão por tráfico de drogas de 2006 a

2010 (Folha de São Paulo, 2011). O objetivo da lei era endurecer as penas para os traficantes e amenizar as sanções aos usuários, mas isso não está acontecendo. Fica a critério do delegado que atende a ocorrência e do juiz que estabelece a sentença a decisão de interpretar a lei, e ocorreu o efeito contrário do que era esperado, com uma penalização maior ao usuário. Muitos usuários continuam sendo autuados como traficantes, ocasionando ainda mais problemas, aumentando desnecessariamente a população carcerária e estigmatizando como criminosos consumidores ocasionais ou doentes que precisariam de tratamento.

A questão das drogas é um tema extremamente polêmico e considerado um tabu em nosso país. Recentemente começou-se um debate na sociedade brasileira sobre a descriminalização do uso de drogas, principalmente a maconha, o que trouxe a tona idéias e argumentos que provocaram muita discussão. Este posicionamento é defendido por muitas personalidades influentes, como o ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, e foi tema de um documentário chamado “Quebrando o Tabu”, lançado em maio deste ano, que contou com depoimentos de apoio do ex-presidente dos EUA, Bill Clinton, do escritor Paulo Coelho e do médico Drauzio Varella.

Muitos especialistas consideraram uma postura corajosa do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso, mas observam que, quando ele estava no governo, foi o mandatário desta mesma política repressiva que agora condena, demonstrando assim que, assumir uma postura mais liberal em relação às drogas pode ter um custo político muito alto que ele preferiu não assumir na época, assim como o fazem muitos outros políticos brasileiros que evitam defender um posicionamento que não seja favorável à repressão às drogas.

O tema é tão polêmico no país que o ex-secretário nacional de Políticas Antidrogas, Pedro Abramovay, foi exonerado do cargo por defender, em uma entrevista, penas alternativas para os usuários, exatamente como está previsto nas leis brasileiras sobre o assunto (Folha de São Paulo, 2011).

Outro fato que favoreceu o debate foi a liberação pelo Supremo Tribunal Federal das manifestações favoráveis à maconha que eram proibidas por serem consideradas uma apologia às drogas. Por outro lado, por parte dos cientistas, existe uma pressão para a liberação do uso da Cannabis para fins medicinais, o que ainda não é legalmente permitido em nosso país.

Em relação às drogas legalizadas, estão sendo discutidos no Congresso Nacional vários projetos de leis que propõe restrições às propagandas de bebidas e cigarro nos bares e outros estabelecimentos comerciais. Estes projetos provocaram forte reação contrárias das indústrias que alegam que terão prejuízos em seus negócios. Já no estado de São Paulo foi aprovada em abril de 2009 a lei de restrição ao fumo que proíbe fumar em locais públicos. Leis semelhantes estão sendo aprovadas em outros estados, devido à boa aceitação desta medida pela população, inclusive dos próprios fumantes.

Muitas destas iniciativas podem ser consideradas válidas, mas, as medidas restritivas, punitivas ou educativas que são aplicadas pelo Estado devem ser somadas e orientadas por uma visão de um contexto mais amplo, como parte de uma política pública, se não tornam-se ações isoladas com efeitos nulos sobre os problemas que objetivam enfrentar.

Com estas consideração não pretendo fazer apologia a uma visão liberalizante em relação às drogas, mas o que pretendo é defender uma visão realista embasada em uma argumentação que considere o contexto histórico-cultural do fenômeno. Frente a um tema tão polêmico é preciso haver uma postura clara sobre o assunto por parte de todas as pessoas envolvidas, inclusive dos pesquisadores. Assumo a postura contrária à legalização de todas as drogas ilícitas indistintamente, por que acredito que acarretaria problemas que ainda não podem ser adequadamente dimensionados pela ciência. Porém, os critérios de proibição ou liberação deveriam ter como parâmetro o conhecimento científico produzido para cada uma das substâncias em todos os seus aspectos.

Por outro lado, sou contrário à criminalização do comportamento de usar drogas, ou seja, à penalização do usuário. A punição do usuário historicamente tem se mostrado ineficaz e é uma das consequências de uma política repressiva de “guerra às drogas” fundamentada em preconceitos sociais e desconhecimento do problema (MORAIS, 2005).

Por outro lado, uma política pública mais ampla pressupõe um controle maior sobre as drogas lícitas que podem ser potencialmente mais danosas à sociedade e ao indivíduo, conforme apontam os estudos apresentados neste trabalho. Poderiam ser tomadas medidas que já se mostraram eficazes, como o aumento de preços de álcool e cigarros e a aplicação das leis em relação aos menores de 18 anos, bem como a restrição à publicidade destas substâncias na mídia (LARANJEIRAS, 2010).

Os medicamentos psicotrópicos são drogas eficientes no tratamento de doenças mentais, mas podem ter um alto poder destrutivo sobre a mente humana, se tomados indiscriminadamente. Por isso é preciso que haja um controle rigoroso e eficiente na comercialização, na automedicação e na prescrição médica excessiva. Segundo pesquisa apresentada no 3º Congresso Mundial de TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade) com dados de 5.961 jovens brasileiros de 4 a 18 anos de idade, das 459 crianças que haviam sido diagnosticadas com TDAH, somente 23,7% preenchiam os critérios para o diagnóstico, e das que foram medicadas 75% tiveram diagnóstico errado para a doença. Isso explica o aumento de 1.500% na venda desta droga no Brasil no período de 2000 à 2008 (Folha de São Paulo, 2011).

O uso de medicamentos sem receita e acompanhamento médico pode gerar graves consequências ao equilíbrio mental do indivíduo causando dependência e acidentes. Enquanto escrevo, a imprensa noticia que um motorista de caminhão perdeu o controle do veículo e avançou sobre uma parte interditada da pista matando 5 operários. O teste do bafômetro foi negativo, no entanto ele declarou, já que não há testes previstos nestes casos, ter ingerido anfetaminas (rebite), e estava há 12 horas sem comer e 20 horas sem dormir no momento do acidente.

Na lacuna social criada pela inoperância do Estado em estabelecer políticas públicas eficazes para o problema das drogas crescem as consequências negativas decorrentes do seu uso que atinge principalmente os mais jovens e os mais pobres. Se o Estado, por um lado, não deve ser intolerante com as drogas de forma repressiva, também não deve ser omisso às suas consequências e deixar que proliferem “crackolândias” pelo país, onde jovens consomem drogas até a morte, ou ser conivente com a perda de milhares de vidas por ano em acidentes de trânsito causados pelo uso de bebida alcoólicas e outras drogas lícitas.

Defendo também a prevenção do consumo de drogas como a alternativa mais viável para enfrentar os problemas decorrentes do seu uso. Mas as ações preventivas devem ser indiretas e ter como foco o indivíduo e a relação que este estabelece com as drogas. Isso poderia ser feito através do investimento maior em saúde e qualidade de vida e na educação de crianças e adolescentes com ênfase na liberdade de escolha, educação para o consumo e a valorização do exercício da cidadania.

A prevenção como estratégia mais eficiente para compor as políticas públicas em relação às drogas já é reconhecida pelo Estado brasileiro e está detalhada na lei:

- As ações preventivas devem ser pautadas em princípios éticos e pluralidade cultural, orientando-se para a promoção de valores voltados à saúde física e mental, individual e coletiva, ao bem-estar, à integração socioeconômica e a valorização das relações familiares, considerando seus diferentes modelos.
- As ações preventivas devem ser planejadas e direcionadas ao desenvolvimento humano, o incentivo à educação para a vida saudável, acesso aos bens culturais, incluindo a prática de esportes, cultura, lazer, a socialização do conhecimento sobre drogas, com embasamento científico, o fomento do protagonismo juvenil, da participação da família, da escola e da sociedade na multiplicação dessas ações.
- As mensagens utilizadas em campanhas e programas educacionais e preventivos devem ser claras, atualizadas e fundamentadas cientificamente, considerando as especificidades do público-alvo, as diversidades culturais, a vulnerabilidade, respeitando as diferenças de gênero, raça e etnia (SENAD, 2008).

Desta forma, a prevenção, como objetivo geral, é, indiscutivelmente, a melhor solução. Porém a maneira como ela deve ser realizada, seus princípios e objetivos precisam estar sintonizando no conhecimento científico de iniciativas preventivas já concretizadas, o que demanda por parte dos atores envolvidos um grande conhecimento sobre o tema. Quando não há diretrizes claras para a prevenção, pessoas ou instituições usam esta estratégia da forma que lhes é conveniente “pregando” uma visão de mundo e muitas vezes disseminando preconceitos que além de não evitar o envolvimento dos adolescentes com as drogas provocam o descrédito do próprio discurso preventivo.

Outra prática comum são as palestras de “ex-dependentes” que usam como referência sua própria experiência e passam a mensagem simbólica, ilusória, de que é possível e fácil usar drogas, “chegar ao fundo do poço”, se recuperar e ainda ficar “famoso” fazendo palestras ou montando uma clínica de recuperação. Assim como diabético não precisam fazer palestras e campanhas contra o consumo de açúcar, também os dependentes químicos em abstinência não deveriam se sentir na obrigação moral de fazer campanhas contra as drogas. Esta atitude talvez se deva ao fato deles precisarem se redimir de uma culpa e uma dívida social por um comportamento “desviante” que a sociedade lhes atribui da qual não são merecedores.

Finalizando, acredito que há a necessidade de realização de novos estudos que possam elucidar a relação entre o indivíduo e as drogas e o contexto social. Por outro lado, é preciso aprofundar o conhecimento sobre a prevenção ao consumo de drogas, apontada por todos os especialistas da área como sendo a estratégia mais eficaz para enfrentar os problemas causados pelas drogas em nossa sociedade.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABAD, M. Crítica política das políticas de juventude. In: FREITAS, M. V.; PAPA, F. C. (Org.). Políticas Públicas: juventude em pauta. São Paulo: Cortez, Ação Educativa Assessoria-Pesquisa e Informação, Fundação Friedrich Ebert, 2003, p.13-32.

ABERASTURY, A. A síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. Adolescência normal: um enfoque psicanalítico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. p. 24-62.

ADIALA, J. C. A criminalização dos entorpecentes. In: Papéis avulsos, crime e castigo. Rio de Janeiro: Fundação Casa Rui Barbosa, 1986, v.1.

ALVES H.N.P.; RIBEIRO M.; CASTRO D.S. de, Cocaína e crack. In: DIHEL, A.; DUALIBI, S.; VIEIRA, D. L.; LARANJEIRA, R. Dependência química. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 170-9.

ARECO K. N.; SILVEIRA FILHO, D. X. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. Revista de Saúde Pública, n. 39, v. 4, p. 585-92, 2005.

ARIÈS, P. História social da criança e da família. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1981.

BARDELLI, C. Álcool. In: FUNDAÇÃO ROBERTO MARINHO (Org.). Tá na roda: uma conversa sobre drogas. São Paulo: Secretaria de Estado e Educação/ Governo do Estado de São Paulo, 2003, p. 93-103.

BAUS, J.; KUPEK, E.; PIRES, M., Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. Revista de Saúde Pública, n. 36, v.1, p. 40-6, 2002.

BESSA M.A.; BOARATI M.A.; SCIVOLETTO S. In: DIHEL, A.; DUALIBI, S.; VIEIRA, D. L.; LARANJEIRA, R. Dependência química. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 360-374.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O. e TEIXEIRA, M. L. Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia. São Paulo: Saraiva, 2003.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei 8069, de 13.07.1990. São Paulo: Cortez, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde (Org.). A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BUCHER, R. Drogas o que é preciso saber para prevenir. São Paulo: Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo, 1996.

_____; OLIVEIRA, S.R.M. O discurso do “combate às drogas” e suas ideologias. Rev. Saúde Pública, n.28, v.2, p.137-45,1994.

_____. Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CARLINI-COTRIN, B.; BARBOSA M. T. S. Pesquisas epidemiológicas sobre o uso de drogas entre estudantes: um manual de orientações gerais. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas (CEBRID), 1993, p 01-56.

CARLINI-COTRIN, B.; PINSKY, I. Prevenção do abuso de drogas na escola: uma revisão da literatura internacional recente. Cad. de Pesquisa, n. 69, p. 48-52, 1989.

CARLINI-MARLATT, C. B. Drogas e jovens: abordagens contemporâneas In: FREITAS, M. V.; PAPA, F. C. (Org.). Políticas Públicas: juventude em pauta. São Paulo: Cortez, Ação Educativa Assessoria-Pesquisa e Informação, Fundação Friedrich Ebert, 2003 p.181-192.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A., I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil-2001. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas (CEBRID), 2001.

_____. II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. São Paulo: CEBRID – UNIFESP, 2006.

_____. Drogas na escola: prevenção, tolerância e pluralidade. In: AQUINO, J. G. (Org.). Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas. São Paulo: Summus, 1998, p.19-30.

CARNEIRO, H. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (Org.). Álcool e drogas na história do Brasil. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2005.

CARVALHO, A. M. Globalização, estado e políticas públicas. In: MUNIZ J.N.; GOMES E.C. Participação social e gestão pública: as armadilhas da política de descentralização. Belo Horizonte, 2002.

CEBRID, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas. São Paulo: CEBRID/SENAD, 2006.

CHILE. Ministerio del Interior. Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE). Quinto Informe Anual sobre la Situación de Drogas em Chile, 2005. Disponível em <http://www.conacedrogas.cl/inicio>>. Acesso em: 1 fev.2011.

DALGALARRONDO, P. Semiologia e Psicopatologia dos Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIAS J. C.; PINTO I. M. Substâncias psicoativas: classificação, mecanismos de ação e efeitos sobre o organismo. In: SILVEIRA, D. X. (Org.). Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu, 2006, p. 39-48.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C. LARANJEIRA, R. Álcool In: DIHEL, A.; DUALIBI, S.; VIEIRA, D. L.; LARANJEIRA, R. Dependência química. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 129-144.

Droga para déficit de atenção tem uso excessivo, diz estudo. Folha de São Paulo, São Paulo, 03 de maio de 2011. Caderno Cotidiano p.6

DUALIBI, S.; VIEIRA, D. L.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas para o controle de álcool, tabaco e drogas ilícitas. In: DIHEL, A.; DUALIBI, S.; VIEIRA, D. L.; LARANJEIRA, R. Dependência química. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 497-506.

ESCOHOTADO, A. O livro das drogas: usos e abusos, preconceitos e desafios. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.

FALEIROS, V. P. Políticas para infância e adolescência e desenvolvimento. Políticas sociais - acompanhamento e análise, IPEA, n.11, p. 171-177, Ago., 2005.

_____. Infância e processo político no Brasil. In: PILOTI, F.; RIZZINI, I. (Orgs.). A arte de governar crianças – história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. São Paulo: Cortez, 2009, p.33-96.

FIORI, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R. P. e CARNEIRO, H. (Org.). Álcool e drogas na história do Brasil. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUCMinas, 2005.

FOUCAULT, M. Vigiar e punir. Petrópolis: Vozes, 1975.

FREUD, S. O mal estar na civilização. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. 21.

GALDURÓZ, J. C. F.; SANCHES, Z. V. D. M; NOTO, A. R. Fatores associados ao uso pesado de álcool entre estudantes das capitais brasileiras. Revista de Saúde Pública, n. 44, v. 2, p. 267-273, 2010.

GALDURÓZ, J. C. F.; SANCHES, Z. V. D. M; NOTO, A. R. Epidemiologia do uso, do abuso e da dependência de substâncias psicoativas. In: DIHEL, A.; DUALIBI, S.; VIEIRA, D. L.; LARANJEIRA, R. Dependência química. Porto Alegre: Artmed, 2011, p. 49-58.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO A. R.; FONSECA A. M.; CARLINI, E. A. IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras-1997. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. CEBRID/Escola Paulista de Medicina, 1997.

_____. V levantamento nacional sobre o uso de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras, 2004. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. CEBRID/Escola Paulista de Medicina, 2005.

GOHN, M.G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. Saúde e Sociedade, n.13, v.2, p. 20-31, 2004.

GONÇALVES, M. DA G. Psicologia, subjetividade e políticas públicas. São Paulo: Cortez, 2010.

GRANER-ARAÚJO, R. C. E. Quando eu crescer quero ser como ele: adolescente, o tráfico de drogas e a função paterna. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, São Paulo, 2009.

GUIMARÃES, J.L.; KAPPANN, J. I. GODINHOP.H.; CRUZ, R.; TOSTA, L.A.J. Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP. Revista de Saúde Pública, n. 38, v. 1, p.130-132, 2004.

HÖFLING, E. M. O estado e políticas (públicas) sociais. Caderno Cedes, ano XXI, n. 55, 2001.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. Compêndio de psiquiatria. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KAPPANN, J. I. As drogas segundo a percepção de professores e alunos do ensino fundamental. Dissertação. 2005 (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2005.

_____; GUIMARÃES J. L. Prevalência do uso de drogas psicoativas por adolescentes de escolas públicas e particulares de Ourinhos SP. Relatório de pesquisa, 2002.

LARANJEIRA, R. Legalização de drogas e a saúde pública. Ciências & Saúde Coletiva, n. 15, v. 3, p. 621-63, 2010.

_____; PINSKY, I. ZALESKI, M. CAETANO, R. I. I Levantamento Nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

Lei antidrogas aumenta lotação carcerária. Folha de São Paulo, São Paulo, 25 de julho. Caderno Cotidiano p.1

LEÓN, O. D. Da agregação programática à visão construtivista de políticas de juventude. In: FREITAS, M.V. de; PAPA, F. de C.(org). Políticas públicas juventude em pauta. São Paulo: Cortez, Ação Educativa, Fundação Friedrich Ebert, 2003, p.75-94.

MACHADO, A. M.; MIRANDA, P.S.C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. História, Ciências Saúde, n. 3, v. 14, p.801-821, 2007.

MARCÍLIO, M. L. História social da criança abandonada no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1998.

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

MARTINS, R. A. Uso de álcool, intervenção breve e julgamento sócio-moral em adolescentes que bebem excessivamente. 2006. 211 f. Tese (Livre Docência) - Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas, Universidade Estadual Paulista, São José do Rio Preto, São Paulo, 2006.

MEDINA, M. G.; SANTOS, D. N.; ALMEIDA FILHO, N. M.; BAQUEIRO, C. C. D. Epidemiologia do consumo de substâncias psicoativas. In: SEIBEL, S. D. Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu, 2010, p. 71-97.

MINAYO M. C. S. O desafio do conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasca, 2004.

MORAIS, P. C. C. Drogas e políticas públicas. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Humanas: Sociologia e Política). Universidade federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2005.

MUZA, G. M.; BETTIOL, H.; MUCCILLO, G.; BARBIERI, M. A., Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP. I - Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. Revista de Saúde Pública, n. 31, v. 1, p. 21-29, 1997a.

_____. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). II - Distribuição do consumo por classes sociais. Revista de Saúde Pública, n. 31, v. 2, p. 163-170, 1997b.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). High School and Youth Trends, 2005. Disponível em <<http://www.drugabuse.gov/infobox>>. Acesso em 02 jul. 2011.

NOVAES, R. Juventude, exclusão e inclusão social: aspectos e controvérsias de um debate em Curso. In: FREITA S. M. V.; PAPA, F. C. (Org.). Políticas públicas - juventude em pauta. São Paulo: Cortez, Ação Educativa, Fundação Friedrich Ebert, 2003, p. 121-142.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) (Coord.). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas. Porto Alegre: ArtMed, 1993.

ORGANIZATION OF AMERICAN STATES. Inter-American Drug Abuse Control Commission(CICAD). Inter-American Observatory on Drug (OID), 2005. Disponível em <[http:// www.cicad.oas.org/oid](http://www.cicad.oas.org/oid) >. Acesso em: 1 fev. 2011.

OUTEIRAL, J. *Adolescer*. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia e Sociedade*, n. 23, v. 1, p. 154-162, 2011.

RAUPP, L. M. *Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo*. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2006.

RIZZINI, I. Pontos de partida para uma história de assistência pública à infância. In: PILOTTI, F.; RIZZINI, I (Org.). *A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano del Niño/USU/Amais, 1995, p. 237-298.

ROMANO M, DUAILIBI S, PINSKY I, LARANJEIRA R. Pesquisa de compra de bebidas alcoólicas por adolescentes em duas cidades do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública*, n. 41, v. 4, p. 495-501, 2007.

RUA, M. G. As políticas públicas e a juventude nos anos 90. In: BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD). *Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas*. Brasília: CNPD, 1998.

SALLES, L. M. F. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. *Estudos de Psicologia*, n. 22, v. 1, p. 33-41, 2005.

SANCEVERINO, S. L.; ABREU, J. L. C. Aspectos epidemiológicos do uso de drogas entre estudantes do ensino médio no Município de Palhoça 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 9, v. 4, p.1047-1056, 2004.

SANCHEZ, Z.V.M; NAPPO, S. A., Seqüência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Revista de Saúde Pública*, n.36, v.4, p.420-30, 2002.

SANTO J. R. O. *Adolescentes em conflito com a lei na cidade de Assis/SP*. 2008 Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, São Paulo, 2008.

SCHENKER, M; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e proteção para uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, n.10, v. 3, p. 707-717, 2005.

SECRETÁRIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. Legislação e Políticas Públicas sobre drogas. Brasília: Presidência da República, SENAD, 2008.

SILVA, C. A. A ideologia da incompetência do outro e outras ideologias de conveniências na relação neoliberalismo e educação. In: SILVA, C. A. et al. Infância, educação e neoliberalismo. São Paulo: Cortez, 1996, p. 74-93.

SILVA, C. S. G. G. Crianças e adolescentes, sujeitos de que? Um estudo sobre políticas públicas e controle social no município de Adamantina, Estado de São Paulo. 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, São Paulo, 2003.

SILVA, E. F.; PAVANI, R. A. B.; MORAES, S.M.N; CHIARAVALLLOTI, F.C. Prevalência do uso de drogas entre escolares do ensino médio do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, n. 22, v. 6, p. 1151-1158, 2006.

SILVA, L. B. da. Conselho de direitos e conselho tutelar: mecanismos de controle social e gestão de políticas públicas para crianças e adolescentes. 2008. Dissertação(Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, São Paulo, 2008.

SLOBODA, Z. Programas de prevenção ao uso de drogas em escolas dos EUA. In: PINSKI, I.; BESSA, M. A. (Org.). Adolescência e drogas. São Paulo: Contexto, 2004, p. 106-121.

SMART, R. G.; HUGHES, D. P. H.; JOHNSTON, L. D.; ANUMONYE, A.; KHANT, U.; MEDINA-MORA, M. E.; NAVARATNAM, V.; POSHYA-CHINDA, V.; VARNA, V.K.; WALUD, K. A. A methodology for students drug-use surveys. Geneva: World Health Organization, Offset Publication, n. 50, 1980.

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

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias, n.16, p.1-18, 2006.

SPÓSITO, M. P.; CARRANO, P. C. R. Juventude e Políticas Públicas no Brasil. Revista Brasileira de Educação, n.24, p.1-37, 2003.

TAVARES, F. B.; LIMA, M. S.; BÉRIA, J. U., Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. Revista de Saúde Pública, n. 35, v. 2, p. 150-158, 2001.

TEIXEIRA, A. F.; ALIANEP, P.; RIBEIRO, L. C. R.; RONZANI, T. M. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de Goianá, MG. Estudos de Psicologia, n. 14, v. 1, p. 51-57, 2009.

UNESCO. Por um novo paradigma do fazer políticas públicas de/para/com juventudes. Brasília: UNESCO, 2004.

UNIÃO EUROPEIA. EuropeanMonitoring Centre for DrugsandDrugAddiction (E.M.C.D.D.A.), 2005. Disponível em <[http:// www.emcdda.eu. int/index](http://www.emcdda.eu.int/index)>. Acesso em 2 jul., 2011.

VARGAS, E. V. Os corpos intensivos, sobre o estatuto social das drogas legais e ilegais. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. (Org.). Doença, sofrimento, perturbação, perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001,

VICENTIM, M. C. G.; ANDRÉ A. S. A droga, o adolescente e a escola: concorrentes ou convergentes. In: Drogas na escola alternativas teóricas e práticas. AQUINO J.G. (org.) São Paulo: Summus,1998. p. 67-82.

VITALE, M.A.F.; ACOSTA, A.R.(Orgs.). Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Cortez, Instituto de Estudos Especiais, PUC/SP, 2008.

WASELFISZ J. J. Mapa da violência 2006: os jovens do Brasil. Brasília: OEI, 2007.

ZALUAR, A. Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

ZALUAR, A. Violência, dinheiro fácil e justiça no Brasil: 1980-1995. In: ACSELRAD, G. (Org.) Avessos do Prazer: drogas, aids e direitos humanos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

ZUARDI A.W.; CRIPPA J.A.de S. Maconha.In: DIHEL, A.; DUALIBI, S.; VIEIRA, D. L.; LARANJEIRA, R. Dependência química. São Paulo: Artmed, 2011, p. 161-9.

ANEXOS

Parecer do comitê de ética em pesquisa



Hospital Regional de Assis
Governo do Estado de São Paulo
Faculdade de Medicina de Marília
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
 Aprovado pela CONEP/MS em 09/11/2004 - RN 25000.165648/2004-93
 Renovado em 13/12/2007
 Praça Dr. Simphrônio Alves dos Santos s/nº. 19810-000 - Assis - SP
 Tel.: (18) 3302-6000 R. 6079 E-mail: etica@hra.famema.br

Parecer nº 358 /2010

Assis, 19 de Abril de 2010.

Profª Dra. Maria Laura Nogueira Pires

Com referência ao Projeto de Pesquisa sob título: "**Comportamento de saúde entre jovens estudantes**" de vossa autoria, recebeu **PARECER FAVORÁVEL**.

Ressaltamos sobre a obrigatoriedade do pesquisador em entregar relatório final ao Comitê quando do término da referida pesquisa.

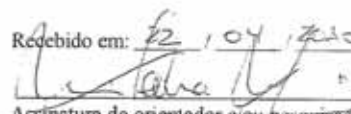
Sendo só para o momento, aproveitamos o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.


 Enfª Teresa Cristina Prochet
 Coordenadora

Melena Maria Felício
 ENFERMEIRA
 COREN-SP 68.180

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
 Hospital Regional de Assis

Recebido em: 12 / 04 / 2010


 Assinatura do orientador e/ou pesquisador

APÊNDICES

Questionário



A UNESP quer saber de você:

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa sobre comportamentos de jovens brasileiros.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária, ou seja, você tem a liberdade de participar ou não deste estudo.

Se não quiser responder alguma pergunta entregue sem resposta. Caso não queira participar desta pesquisa entregue o questionário em branco.

Esta pesquisa está sendo realizada pelos pesquisadores da UNESP/Assis e ninguém mais terá acesso aos questionários, nem o diretor, e nem os professores.

É muito importante que você leia cuidadosamente as perguntas e as alternativas de resposta. Basta assinalar um X na resposta que você ache que seja a mais adequada.

Não existe resposta certa ou errada, responda de acordo com suas experiências.

Responda com sinceridade e procure não deixar questões em branco. Os resultados desta pesquisa servirão para que profissionais da área de saúde e educação conheçam melhor os comportamentos dos jovens e possam melhorar a qualidade de seus serviços.

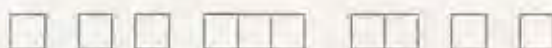
Não copie as respostas do colega, qualquer dúvida me chame que vou até a sua carteira para esclarecer.

Se você não souber responder a alguma questão, deixe em branco e passe para outra questão.

Quando terminar de responder o questionário, aguarde em silêncio na sua carteira até que um de nós vá até você e o recolha.

A aplicação terminará quando todos tiverem respondido e entregue os questionários.

Agradecemos muito a sua participação nesta pesquisa.



1. Sexo:

1 Masculino 2 Feminino

2. Quantos anos você tem? _____ anos.

3. Como você se sente em relação ao seu peso?

1 Eu gostaria de ser um pouco mais magro(a)
 2 Eu gostaria de ser muito mais magro(a)
 3 Acho que estou com o peso ideal
 4 Eu gostaria de ser um pouco mais gordo(a)
 5 Eu gostaria de ser muito mais gordo(a)

4. A. Quantos dias você faltou na escola nos últimos 30 dias?

1 Não faltou 3 Faltou de 4 a 6 dias
 2 Faltou de 1 a 3 dias 4 Faltou 9 dias ou mais

B. Qual foi o principal motivo das suas faltas nos últimos 30 dias?

1 Não faltou 4 Eu me atrasei ou perdi a hora
 2 Por doença ou consulta médica 5 Para passear ou me divertir
 3 Por preguiça 6 Outro motivo _____

5. Você já experimentou alguma bebida alcoólica? Exemplos: cerveja, chopp, vinho, pinga, caipirinha, aperitivos, sidra, outras.

1 Não 2 Sim

B. Que idade você tinha quando tomou bebida alcoólica pela primeira vez?

1 Nunca tomei 3 Não lembro
 2 Eu tinha _____ anos

C. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tomou alguma bebida alcoólica?

1 Não 2 Sim

D. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou alguma bebida alcoólica?

1 Não 3 Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês
 2 Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês 4 Sim, tomei 20 dias ou mais no mês

6. A. Você já tomou alguma bebida alcoólica até ficar embriagado ("de porta")?

1 Não 2 Sim

B. De um mês para cá, você tomou alguma bebida alcoólica até ficar embriagado ("de porta")?

1 Não 3 Sim, tomei de 6 a 19 dias
 2 Sim, tomei de 1 a 5 dias 4 Sim, tomei em 20 dias ou mais

C. Onde você estava quando experimentou bebida alcoólica pela primeira vez?

1 Nunca bebi 4 Casa de amigos/conhecidos
 2 Em casa 5 Não me lembro
 3 Bares/danceterias/bote

3. Quantos lugares visitados pela primeira vez?

1 Nunca bebi 4 Comprei sozinho
 2 Familiares 5 Outros _____
 3 Amigos 6 Não lembro

E. Você já comprou pessoalmente alguma bebida alcoólica (mesmo que não tenha sido pra você)?

1 Não 2 Sim
 3 Já tentei, mas não consegui

7. A. Você já fumou cigarro?

1 Não 2 Sim

B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você fumou algum cigarro?

1 Não 2 Sim

C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você fumou algum cigarro?

1 Não 3 Sim, fumei de 6 a 19 dias no mês
 2 Sim, fumei de 1 a 5 dias no mês 4 Sim, fumei de 20 dias ou mais no mês

D. Que idade você tinha quando fumou cigarro pela primeira vez?

1 Nunca fumei 3 Não lembro
 2 Eu tinha _____ anos

E. Se você fuma, quantos cigarros você fuma por dia?

1 Não fumo 3 De 11 a 20 cigarros por dia
 2 De 1 a 10 cigarros por dia 4 Mais de 20 cigarros por dia

8. A. Você já cheirou algum produto para se sentir "alterado/diferente"? Exemplos: lóli, lança, cola, éter, removedor de tinta, gasolina, benzina, acetona, tiner, esmalte, agarrês, tinta. (NÃO VALE COCAÍNA)

1 Não 2 Sim

B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você cheirou algum produto para se sentir "alterado/diferente"?

1 Não 2 Sim

C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você cheirou algum produto para se sentir "alterado/diferente"?

1 Não 3 Sim, cheirei de 6 a 19 dias no mês
 2 Sim, cheirei de 1 a 5 dias no mês 4 Sim, cheirei 20 dias ou mais no mês

D. Que idade você tinha quando cheirou algum desses produtos para se sentir "alterado/diferente" pela primeira vez?

1 Nunca cheirei 3 Não lembro
 2 Eu tinha _____ anos

E. Se você cheirou algum desses produtos, na última vez que cheirou, onde você os conseguiu?

1 Nunca cheirei 4 Não lembro
 2 Tinha em minha casa 5 Outros _____
 3 Ganhei de amigos

9. A. Você já experimentou maconha (ou hash)?

1 Não
2 Sim

B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos meses, você usou maconha?

1 Não
2 Sim

C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você usou maconha?

1 Não
2 Sim, usei de 1 a 5 dias no mês
3 Sim, usei de 6 a 19 dias no mês
4 Sim, usei 20 dias ou mais no mês

D. Que idade você tinha quando experimentou maconha pela primeira vez?

1 Nunca experimentei
2 Eu tinha anos
3 Não lembro

10. A. Você já tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica? Exemplos: Anfepramona, Femproporex, Mazindol, Hpolaginé, Inibaxil, Doscobetil, Modafinil, Abateyl, Fagoipo®, Duaid®, (NÃO VALE ADOÇANTE, SHAKE, NEM CHÁ EMAGRECEDOR)

1 Não
2 Sim. Qual o nome do que tomou por último?

B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica?

1 Não
2 Sim

C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica?

1 Não
2 Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês
3 Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês
4 Sim, tomei 20 dias ou mais no mês

D. Que idade você tinha quando tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado) sem receita médica pela primeira vez?

1 Nunca tomei
2 Eu tinha anos
3 Não lembro

E. Se você já tomou algum remédio para emagrecer ou ficar acordado (ligado), como você o conseguiu pela primeira vez?

1 Nunca tomei
2 Alguém da minha família me deu
3 Peguei na minha casa
4 Consegui com amigos
5 Comprei na balada
6 Não lembro
7 Outros

11. Você já tomou Holoten®, Carpinol® ou Medavane® para se sentir "alterado/diferente"?

1 Não
2 Sim. Qual o nome do que tomou por último?

12. A. Você já tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica? Exemplos: Diazepam, Dienpanil®, Valium®, Loraz®, Rohypnol®, Psicoedril®, Somalim®, Apracil®, Rivotril®, Alprazolam, Lexotan®, Dalmadormil®, Domnidil®, Bromazepam, Frontal®, Oicadil®. (NÃO VALE CHÁS, NEM PRODUTOS NATURAIS COMO MARACUJINHA)

1 Não
2 Sim. Qual o nome do que tomou por último?

B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica?

1 Não
2 Sim

C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica?

1 Não
2 Sim, tomei de 1 a 5 dias no mês
3 Sim, tomei de 6 a 19 dias no mês
4 Sim, tomei 20 dias ou mais no mês

D. Que idade você tinha quando tomou algum tranquilizante (calmante) sem receita médica pela primeira vez?

1 Nunca tomei
2 Eu tinha anos
3 Não lembro

13. A. Você já experimentou cocaína?

1 Não
2 Sim

B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você usou cocaína?

1 Não
2 Sim

C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você usou cocaína?

1 Não
2 Sim, usei de 1 a 5 dias no mês
3 Sim, usei de 6 a 19 dias no mês
4 Sim, usei 20 dias ou mais no mês

D. Que idade você tinha quando experimentou cocaína pela primeira vez?

1 Nunca experimentei
2 Eu tinha anos
3 Não lembro

14. A. Você já experimentou crack ou merla?

1 Não
2 Sim. Qual você usou?

B. De um ano para cá, ou seja, nos últimos 12 meses, você usou crack ou merla?

1 Não
2 Sim

C. De um mês para cá, ou seja, nos últimos 30 dias, você usou crack ou merla?

1 Não
2 Sim, usei de 1 a 5 dias no mês
3 Sim, usei de 6 a 19 dias no mês
4 Sim, usei 20 dias ou mais no mês

D. Que idade você tinha quando experimentou crack ou merla pela primeira vez?

1 Nunca experimentei
2 Eu tinha anos
3 Não lembro

15. Você já experimentou LSD (ácido, doce, docinho) ou chá de cogumelo?

1 Não
2 Sim

16. Você já experimentou éxtase (love, pílula do amor)?

1 Não
2 Sim

17. Com quantos irmãos você tem? (VOCÊ PODE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

1 <input type="checkbox"/> Pai	5 <input type="checkbox"/> Irmã(s) ou irmão(s)
2 <input type="checkbox"/> Padrasto	6 <input type="checkbox"/> Avô(s) ou avó(s)
3 <input type="checkbox"/> Mãe	7 <input type="checkbox"/> Outros
4 <input type="checkbox"/> Netos	

18. Seus pais:

1 <input type="checkbox"/> Vivem juntos	3 <input type="checkbox"/> Um deles já morreu (ou os dois)
2 <input type="checkbox"/> Vivem separado	4 <input type="checkbox"/> Outros

19. Como é o seu relacionamento com seu pai?

1 <input type="checkbox"/> Bom	3 <input type="checkbox"/> Ruim
2 <input type="checkbox"/> Regular	4 <input type="checkbox"/> Não tenho contato com meu pai

20. Como é o seu relacionamento com sua mãe?

1 <input type="checkbox"/> Bom	3 <input type="checkbox"/> Ruim
2 <input type="checkbox"/> Regular	4 <input type="checkbox"/> Não tenho contato com minha mãe

21. Como é o seu relacionamento entre seu pai e sua mãe?

1 <input type="checkbox"/> Bom	3 <input type="checkbox"/> Ruim
2 <input type="checkbox"/> Regular	4 <input type="checkbox"/> Não vivem juntos

22. Como é o seu relacionamento com seus irmãos?

1 <input type="checkbox"/> Bom	3 <input type="checkbox"/> Ruim
2 <input type="checkbox"/> Regular	4 <input type="checkbox"/> Não tenho irmãos

23. Como é o seu relacionamento com os seus professores?

1 <input type="checkbox"/> Bom	3 <input type="checkbox"/> Ruim
2 <input type="checkbox"/> Regular	

24. Como é o seu relacionamento com os seus colegas de escola?

1 <input type="checkbox"/> Bom	3 <input type="checkbox"/> Ruim
2 <input type="checkbox"/> Regular	

25. Como você acha que seu pai é?

1 <input type="checkbox"/> Autoritário (marido)	3 <input type="checkbox"/> Liberal (boa praça)
2 <input type="checkbox"/> Moderado	

26. Como você acha que sua mãe é?

1 <input type="checkbox"/> Autoritária (mãe)	3 <input type="checkbox"/> Liberal (boa praça)
2 <input type="checkbox"/> Moderada	

27. A. Você trabalha fora de casa? 1 Não
2 Sim
3 Sim, Com carteira assinada

B. Se trabalha, quantas horas por dia? _____ horas.

C. Em que horário do dia? 1 Manhã
2 Tarde
3 Noite

28. Você já participou de algum programa ou atividade de prevenção ao uso de drogas?

1 Não 2 Sim, Qual? _____

29. Se você já participou de algum programa ou atividade de prevenção de drogas, onde ele foi realizado?

1 Nunca participei 2 Na escola 3 Fora da escola

30. Você já recebeu informações educativas sobre drogas? (PODE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

1 <input type="checkbox"/> Não	8 <input type="checkbox"/> Sim, através de livros ou revistas
2 <input type="checkbox"/> Sim, na minha escola	7 <input type="checkbox"/> Sim, através de internet
3 <input type="checkbox"/> Sim, na minha família	8 <input type="checkbox"/> Sim, através de amigos
4 <input type="checkbox"/> Sim, na minha igreja ou grupo religioso	9 <input type="checkbox"/> Sim, outras
5 <input type="checkbox"/> Sim, através de televisão ou rádio	

31. Se você quisesse procurar alguma informação sobre drogas, o que você teria? (PODE ASSINALAR MAIS DE UMA RESPOSTA)

1 <input type="checkbox"/> Nada	
2 <input type="checkbox"/> Conversaria com algum professor ou funcionário da minha escola	
3 <input type="checkbox"/> Conversaria com alguém da minha família	
4 <input type="checkbox"/> Conversaria com alguém da minha igreja ou grupo religioso	
5 <input type="checkbox"/> Procuraria informações em livros ou revistas	
6 <input type="checkbox"/> Procuraria informações na internet	
7 <input type="checkbox"/> Conversaria com amigos	
8 <input type="checkbox"/> Conversaria com algum profissional de saúde	
9 <input type="checkbox"/> Outros	

32. Você já foi obrigado a cumprir alguma medida sócio-educativa da justiça, como por exemplo, liberdade assistida ou prestação de serviços à comunidade?

1 Não 2 Sim, Qual? _____

33. Você acha que alguém na sua família bebe demais? (pode assinalar mais de uma alternativa)

1 <input type="checkbox"/> Não	3 <input type="checkbox"/> Mãe	5 <input type="checkbox"/> Outros
2 <input type="checkbox"/> Pai	4 <input type="checkbox"/> Irmãos	

34. Quantos dos seus amigos você acha que bebem demais?

1 <input type="checkbox"/> Nenhum	3 <input type="checkbox"/> Muitos
2 <input type="checkbox"/> Poucos	4 <input type="checkbox"/> Todos

35. Quantos dos seus amigos que você acha que usam drogas?

1 <input type="checkbox"/> Nenhum	3 <input type="checkbox"/> Muitos
2 <input type="checkbox"/> Poucos	4 <input type="checkbox"/> Todos

36. Você participa de algum projeto social? (EXEMPLO: Broto Verde, Bombeiro Mirim, Cidade do Futuro, etc.)

1 Não 2 Sim, Qual? _____

37. Você considera sua escola:

1 <input type="checkbox"/> Boa	2 <input type="checkbox"/> Regular	3 <input type="checkbox"/> Ruim
--------------------------------	------------------------------------	---------------------------------