

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ CENTRO DE CIÊNCIAS
HUMANAS E SOCIAIS - CCHS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM CIÊNCIAS SOCIAIS - MESTRADO**

JOSEFA BRÁS DA SILVA

**UM ESTUDO DO PERFIL DOS MENORES INTERNADOS NA ALA DE
DESINTOXICAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ –
HUOP – E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO TEMA**

TOLEDO-PR

2018

JOSEFA BRÁS DA SILVA

**UM ESTUDO DO PERFIL DOS MENORE INTERNADOS NA ALA DE
DESINTOXICAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ –
HUOP - E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO TEMA**

Dissertação de Mestrado apresentada para o Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* Ciências Sociais – nível de Mestrado, linha de pesquisa *Cultura, Fronteiras e Identidade*, como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Azevedo

TOLEDO – PR
2018

JOSEFA BRÁS DA SILVA

**UM ESTUDO DO PERFIL DOS MENORES INTERNADOS NA ALA DE
DESINTOXICAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ –
HUOP - E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO TEMA**

Versão corrigida da Dissertação de Mestrado,
apresentada para o Programa de Pós-graduação
Stricto Sensu Ciências Sociais – nível de Mestrado.

Linha de Pesquisa *Cultura, Fronteiras e Identidade*,
como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Azevedo

VERSÃO CORRIGIDA

A versão corrigida encontra-se disponível na Biblioteca da Universidade Estadual do Oeste do Paraná e na Biblioteca Digital de Tese e Dissertação da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

TOLEDO – PR
2018

Catálogo na Publicação elaborada pela Biblioteca Universitária
UNIOESTE/Campus de Toledo.
Bibliotecária: Marilene de Fátima Donadel - CRB – 9/924

S586e	<p>Silva, Josefa Brás da</p> <p>Um estudo do perfil dos menores internados na ala de desintoxicação do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP – e das políticas públicas relacionadas ao tema / Josefa Brás da Silva .-- Toledo, PR : [s. n.], 2018</p> <p>98 f. : il. (algumas color.), figs., graf., quads.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Paulo Roberto Azevedo</p> <p>Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Campus de Toledo. Centro de Ciências Sociais e Humanas.</p> <p>1. Ciências sociais - Dissertações 2. Crianças - Uso de drogas - Tratamento 3. Adolescentes – Uso de drogas - Tratamento 4. Viciados em drogas - Serviços para 5. Drogas - Abuso – Prevenção - Política governamental – Brasil 6. Abuso de substâncias - Instalações de tratamento I. Azevedo, Paulo Roberto, orient. II. T</p> <p>CDD 20. ed. 305.23 362.29</p>
-------	--

JOSEFA BRÁS DA SILVA

**UM ESTUDO DO PERFIL DOS MENORES INTERNADOS NA ALA DE
DESINTOXICAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ –
HUOP – E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO TEMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, nível de Mestrado, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, campus de Toledo/PR, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Roberto Azevedo (Orientador)
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof.^a Dr.^a Maria Lucia Boarini
Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Silvio Antônio Colagnese
Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Toledo, 23 de fevereiro

2018

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão a Deus pela oportunidade a mim concedida, por Sua presença em todos os dias da minha vida, guiando-me, iluminando-me e me segurando em seus braços nos momentos mais difíceis. A Ele, toda honra e glória!

Ao meu esposo, Renato, que, durante estes dois anos, tem sido meu companheiro, meu cúmplice, meu esteio, minha força. Este trabalho também foi por você.

À minha filha, Maria Heloisa, que esteve sempre ao meu lado. *Amo-te* mais que a vida.

Agradeço, de modo especial, ao meu orientador Paulo Roberto de Azevedo, por ter me compreendido, ter me ensinado. Serei eternamente grata a você pela função desempenhada com primor, não apenas pelas competentes discussões e colaboração metodológica, mas por tudo. Considero-o um grande profissional e um ótimo professor. Obrigada por ter feito parte de minha história.

Um agradecimento mais que especial à professora Maria Lucia Boarini, por fazer parte deste momento tão especial para mim.

Agradeço aos professores Sílvio Antônio Colagnese, Paulo Henrique Dias, Andreia Vicente da Silva, Eric Gustavo Cardim, Miguel Ângelo Lazaretti e Osnir Dombrowski. Aos amigos do mestrado, Marta, Marli, Adriana, Marilana, Elza, Alexandre, Marcelo, Cristiano, pela amizade, por cada um dos encontros, pela paciência e pelo carinho.

Agradeço, especialmente, ao nosso querido reitor da Unioeste, Professor Dr. Paulo Sergio Wolff (Casca), por todo o empenho para realizarmos este sonho de sermos a primeira turma de técnicos da Unioeste a cursar o mestrado como alunos especiais. Muito obrigada, você foi a peça-chave para a realização deste sonho há muito almejado.

Agradeço à tão querida Marilucy do Carmo Carneiro Gregório, secretária do Programa de Ciências Sociais, que sempre nos acolheu prontamente com muita gentileza e carinho, muito obrigada.

Agradeço à Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste, particularmente ao Centro de Ciências Humanas e Sociais (SSHS), sobretudo ao Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, por ter aceitado esse desafio em proporcionar essas vagas remanescentes para nós, servidores.

A todos, muitíssimo obrigada!

SILVA, Josefa Brás da. Um Estudo do Perfil dos Menores Internados na Ala de Desintoxicação do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP – e das Políticas públicas relacionadas ao tema. Toledo, 2018. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Centro de Ciências Humanas e Sociais – CCHS, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Paraná, 2018.

RESUMO

Introdução: Esta pesquisa tem como objetivo a análise do perfil das crianças e adolescentes em condição de internação no programa de desintoxicação, oferecido pelo Hospital Universitário do Oeste do Paraná (HUOP). **Metodologia:** O estudo consiste em uma pesquisa qualitativa e quantitativa, de caráter exploratório-descritivo. Como suporte para a análise, o estudo trata não só da discussão bibliográfica sobre crianças e adolescentes em situação de uso de substâncias psicoativas, como também da normatização jurídica, prevista pelo Estatuto da Criança e Adolescente, e das diretrizes do SUS e do Ministério da Saúde. O presente estudo, também, adotou a análise documental para resgatar a história da implantação do Programa de Desintoxicação do HUOP e suas atividades. Para efetuar análises estatísticas sobre os usuários do programa, a pesquisa utilizou uma amostra de 400 prontuários físicos, contendo informações referentes aos pacientes. Todas as informações contidas nos prontuários físicos são coletadas no dia do internamento do paciente, pela assistente social de plantão do HUOP, e todas as perguntas são respondidas pelo próprio paciente e seu responsável. Os prontuários escolhidos são do período de 2007 a 2016, e esse período foi escolhido pelo fato de a Ala de Desintoxicação ter seu início de funcionamento em março de 2007. As variáveis estudadas foram idade, sexo, escolaridade, evasão escolar, renda familiar, experimentação, ordem cronológica de consumo de substâncias psicoativas, primeira substância, substâncias de maior uso, modo de obtenção da substância, ocupação, participação de programas sociais, composição familiar, ordem de nascimento, membro familiar com dependência, condições das moradias, procedência, bem como envolvimento em atos infracionais, cumprimento em medidas socioeducativas, comportamento sexual, pacientes que já engravidaram. **Resultados:** A maioria era do sexo masculino, com um percentual de 76,5%, enquanto o sexo feminino era de 23,5%. A média de idade dos pacientes variou entre oito e 17 anos, sendo que a maior faixa etária é dos 15 aos 17 anos, concentrando-se na faixa etária dos 15 anos. Quanto ao grau de escolaridade, observou-se que os usuários apresentavam algum grau de atraso escolar, 89,9% dos usuários possuíam o ensino fundamental incompleto e 9% tinham o ensino médio incompleto, e no dia do internamento mais de 60% estavam fora da escola. A renda média dos familiares da população

estudada é de um a dois salários mínimos. Quanto às características do uso das substâncias psicoativas, constatou-se que muitos iniciaram o uso destas, tanto lícitas como ilícitas, por influência de amigos, irmãos, parentes e até mesmo dos pais. O maior motivo que levou à experimentação das substâncias psicoativas foi a curiosidade. E, como a primeira substância psicoativa mais consumida foi o álcool, com quase 50% seguido pelo tabaco, evoluído para a segunda, que foi a maconha. Todos, antes do internamento, faziam uso de mais de um tipo de substância, só que a mais consumida era a maconha, com 59,2%, seguida pelo crack. Há também o uso de substâncias psicoativas entre os pais, chegando a 70,4%. O uso dessas substâncias pelos pacientes estava associado ao envolvimento com atividades ilegais para consegui-las, chegando a 92%. Havia o envolvimento em roubo, prostituição e, sobretudo, a adesão ao tráfico de substâncias psicoativas ilícitas. E 18,2% cumpriram medidas socioeducativas, 17,5% estavam em cumprimento de medida de prestação de serviço, 11,0%, em liberdade assistida, 2,6% estavam em cumprimento de medidas com privação da liberdade. Com relação à família, observa-se que 70,5% fazem parte de um núcleo familiar parental/monoparental. E o número de irmãos é pequeno, de dois a três filhos. O relacionamento dos pacientes com a família é uma relação ruim ou conflituosa com algum membro, sendo o pai com quem ocorrem os maiores conflitos. A maior modalidade de internação foi a involuntária, em que são trazidos pelos pais ou responsável, seguida pela compulsória. E 63,9% já tinham recorrido a algum tratamento antes da internação na ala. A mãe é a principal pessoa que mais acompanha os filhos nos internamentos. O comportamento sexual esteve mais associado ao de risco, com início precoce de atividade sexual, cuja prática é com parceiros diferentes, inclusive se prostituindo. E, da amostra dos 400 prontuários, 40 eram meninas, e, destas, 12 já tinham engravidado uma ou mais de uma vez.

Palavras-chave: Menores, Crianças e adolescentes; Substâncias psicoativas ilícitas; Diagnóstico social; Políticas públicas; Dependência química; HUOP; Desintoxicação.

SILVA, Josefa Brás da. A Study of the Minors' Profile in the Rehabilitation Ward at the Western Paraná University Hospital - HUOP - and the Public policies related to this theme. Toledo, 2018. Dissertation (Master in Social Sciences) - Center for Human and Social Sciences - CCHS, Western Paraná State University, Paraná, 2018.

ABSTRACT

Introduction: This research aims at analyzing children and adolescents' profiles under hospitalization conditions for the detoxification program offered by the Western Paraná University Hospital (HUOP). **Methodology:** This is a qualitative and quantitative research, with an exploratory-descriptive character. As a support for the analysis, the study deals not only with a bibliographical discussion about children and adolescents under psychoactive substances addiction, but also with the legal rulings established by the Statute of Child and Adolescent, and by the guidelines of SUS and Ministry of Health. The present study also adopted the documentary analysis to rescue the history of the implantation of the HUOP Detoxification Program and its activities. This research used a 400 physical-file samples with the patient's information in order to carry out statistical analyses concerning the program users. All the information was collected on the day the patient was hospitalized by HUOP's on-call social worker, and all questions were answered by the own patient and his / her caregiver. The selected files are from 2007 to 2016, which was chosen because the Detoxification Wing began its operation in March 2007. The studied variables were: age, sex, schooling, school dropout, family income, chronological order of consumption of psychoactive substances, first substance, substances most used, how the substance was obtained, occupation, participation of social programs, family composition, birth order, addicted familiar member, housing conditions, origin, as well as involvement in infractions, compliance with socio-educational measures, sexual behavior, patients who have become pregnant. **Results:** Most of them were male (76.5%), while females were 23.5%. Their mean age ranged from 8 to 17 years old, and the oldest age group ranged from 15 to 17 years old, whose focus was the 15-year old group. And regarding their schooling degree, it was observed that the users were behind in school degree. 89.9% of them did not have finish the elementary education and 9% had just part of secondary education. At their hospitalization day, more than 60% were out of school. The familiar average income of the studied individual ranged from one to two minimum wages. In order to get information about the characteristics of psychoactive substances used, it was observed that

many of them were introduced to both licit and illicit substances by influence of friends, siblings, relatives and even parents. The main reason that led them to try psychoactive substances was curiosity. And as the first psychoactive substance most consumed was alcohol, and almost 50% was followed by tobacco, and then marijuana. All those patients, before hospitalization, used more than one substance, but marijuana was the most consumed (59.2%), followed by crack. We also have the use of psychoactive substances, among parents reaching 70.4%. The use of psychoactive substances by patients was associated with involvement with illegal activities in order to get them. This index reached 92%. They were involved in robbery, prostitution and, mostly, they took part of illicit psychoactive substance trafficking. It was recorded that 18.2% of them complied with socio-educational measures, 17.5% were in compliance as a service measure, 11.0% were under assisted freedom, 2.6% were in compliance with freedom deprivation measures. Regarding the family, it is observed that 70.5% are part of a parental/single-parent family nucleus. And the number of siblings is small. There were two or three children. They had a bad or conflicting relationship with their family, but the greatest conflict was with their father. The major modality of hospitalization was involuntary, in which they are brought by the parents or guardian, followed by compulsory. The greatest majority was admitted at the hospital against their own will and were brought by parents or guardian, followed by the compulsory. 63.9% had already took part of some treatment before hospitalization in this Wing. The mother is the main person who most come with their sons and daughters to the hospital. Sexual behavior was more associated with risk, with early onset of sexual activity, whose practice is with different partners, including prostitution. Thus, there were forty girls from 400 sampling charts, and from those ones, twelve had already become pregnant at least once.

Keywords: Minors, Children and Adolescents; Illegal Psychoactive Substances; Social Diagnosis; Public policy; Chemical Dependency; HUOP; Detoxification.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	40
Gráfico 1 - Distribuição da amostra por sexo.....	58
Gráfico 2 - Distribuição da amostra por idade	59
Gráfico 3 - Obtenção de substâncias psicoativas.....	71
Quadro 1 - Grau de instrução	60
Quadro 2 - Pacientes que não frequentavam a escola no dia do internamento.....	60
Quadro 3 - Ordem de nascimento ocupada pelos pacientes	61
Quadro 4 - Circunstância em que se deu o primeiro uso.....	68
Quadro 5 - Motivo do primeiro uso das substâncias psicoativas	69
Quadro 6 - Qual a substância psicoativa que mais usava antes do internamento.....	70
Quadro 7 - Envolvimento em atos infracionais	72
Quadro 8 - Pacientes que já estiveram em cumprimento de medidas socioeducativas.....	73
Quadro 9 – Tipo de medidas socioeducativas	74
Quadros 10 - Pacientes que estiveram grávidas.....	76
Quadro 11 - Tratamentos já realizados pelos pacientes	77
Quadro 12 - Responsável pela procura de tratamento na Ala de Desintoxicação.....	78

LISTA DE SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos
APS – Atenção Primária à Saúde
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS ad – Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS – Centros de Atenção Psicossocial
CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas
CECCO – Centro Cultural Convivência
CESM – Conselho Estadual de Saúde
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CID - Código Internacional de Doenças
CONAD – Conselho Nacional Antidrogas
CRAS – Centro de Atenção Social
DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
FUNAD – Fundo Nacional Antidroga
HUOP – Hospital Universitário do Oeste do Paraná
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
MP – Ministério Público
NA – Narcóticos Anônimos
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OIJ – Organização Ibero-americana da Juventude
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONGs – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PRODAD – Programa de Saúde do Adolescente
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RDC – Resolução de Diretoria Colegiada

SAREH – Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar

SCIELO – *Scientific Electronic Library Online*

SENAD – Secretaria Nacional sobre Drogas

SEED – Secretaria da Educação do Estado do Paraná

SETI – Secretaria de Estado da Ciência Tecnologia e Ensino Superior

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SPA – Substância Psicoativa

SNC – Sistema Nervoso Central

SUS – Sistema Único de Saúde

THC – Tetra – Hidrocanabinol

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

UNICEF – Fundo das Nações Unidas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVO GERAL	18
2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL: A ATENÇÃO AOS PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	21
3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL.....	21
3.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL PARA INFANTOJUVENIL COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	23
3.3 O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E O DIREITO À SAÚDE PARA DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	30
3.4 A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	34
3.5 O USO HISTÓRICO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA SOCIEDADE: CONCEITO, CARACTERIZAÇÃO E EFEITOS	38
3.6 ADOLESCÊNCIAS, VULNERABILIDADE E O USO MENOS CONSCIENTE DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	43
3.7 CONSEQUÊNCIAS DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DURANTE A FASE INFANTOJUVENIL.....	46
3.8 JUVENTUDE BRASILEIRA: DIFERENÇAS E DESIGUALDADES SOCIAIS	48
4 RECONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA IMPLANTAÇÃO DA UNIDADE DE ATENDIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ – HUOP	50
4.1 A ALA DE DESINTOXICAÇÃO	50
5 DADOS DO PERFIL DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDOS PELA ALA DE DESINTOXICAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ – HUOP	57
5.1 RESULTADOS	57
5.1.1 Caracterização da população	58
5.1.1.1 Gênero.....	58
5.1.1.2 Faixa etária.....	59

5.1.1.3	Escolaridade.....	60
5.1.1.4	Evasão escolar.....	60
5.1.1.5	Ordem de nascimento.....	61
5.1.2	Programas sociais	62
5.1.2.1	Pacientes vinculados a um programa social e quais programas.....	62
5.1.2.2	Benefícios sociais recebidos pelos familiares.....	62
5.1.3	Caracterização familiar.....	63
5.1.3.1	Composição familiar.....	64
5.1.3.2	Renda familiar.....	64
5.1.3.3	Relacionamento familiar.....	66
5.1.3.4	Membro familiar com dependência química.....	66
5.1.4	Condições das moradias	66
5.1.4.1	Condições domiciliares.....	67
5.1.5	Características do uso das substâncias psicoativas.....	67
5.1.5.1	Experimentação.....	68
5.1.5.2	Motivação.....	69
5.1.5.3	Ordem cronológica de consumo das substâncias psicoativas.....	69
5.1.5.4	Substância psicoativa de maior uso.....	70
5.1.5.5	– Modo de obtenção das substâncias psicoativas.....	71
5.1.6	Envolvimento em atos infracionais e as consequências psicossociais	71
5.1.6.1	Tipos de crimes cometidos.....	72
5.1.6.2	Número de pacientes que cumpriram medidas socioeducativas.....	73
5.1.6.3	Tipos de medidas socioeducativas.....	74
5.1.7	Características do comportamento sexual	74
5.1.7.1	Comportamento sexual.....	75
5.1.7.2	Número de pacientes que já engravidaram.....	76
5.1.8	Características dos tratamentos	75
5.1.8.1	Tratamentos realizados.....	77
5.1.8.2	Responsável pela procura do tratamento na Ala de Desintoxicação.....	78
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	79
6.1	UMA DISCUSSÃO ACERCA DA TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PARA A POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL NO BRASIL	79

6.2 UMA DISCUSSÃO SOBRE A CRIAÇÃO DA ALA DE DESINTOXICAÇÃO, MODELO DE TRATAMENTO E CUSTO MÉDIO DE TRATAMENTO E OS VALORES PAGO PELO SUS.....	81
6.3 ANÁLISES DOS DADOS DA AMOSTRA DOS 400 PACIENTES	83
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	87
REFERÊNCIAS	91

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como eixo norteador o entendimento de que o tratamento do uso e da dependência química se mostra especialmente delicado na infância e na adolescência, em função das mudanças psíquicas que ocorrem nessa fase. Por todas essas questões, justifica-se a importância das pesquisas relacionadas às políticas públicas no Brasil, responsáveis pelas concepções e diretrizes existentes nos programas de atenção ao uso e ao abuso de entorpecentes entre crianças e adolescentes.

Este projeto é o resultado de um interesse pessoal e profissional que busca uma compreensão mais abrangente do campo conceitual e das práticas relativas a pacientes infanto-juvenis, internados por uso ou dependência de substâncias psicoativas. E, em virtude da participação na equipe como enfermeira durante quatro anos, a convivência frequente com os pacientes, o desejo de conhecer as influências sociais, presentes na vida dessas pacientes, a alta demanda de pacientes na Ala de Desintoxicação do HUOP e as recorrentes recaídas motivaram o desenvolvimento deste estudo, visto que o problema do uso e da dependência química gera impacto social e financeiro. Em face disso, esse conhecimento é fundamental para o embasamento de novas propostas e reestruturação do serviço.

A Política Nacional de Saúde Mental do SUS tem, na sua diretriz principal, a diminuição gradual e programada de leitos em hospitais psiquiátricos, bem como a desinstitucionalização de pessoas com um prolongado histórico de internações. Nesse sentido, tem priorizado a implantação de uma rede de serviço diversificada de saúde mental eficaz com base comunitária, capaz de atender com resolutividade aos pacientes que necessitem de cuidados. Além da fundação desses serviços assistenciais em saúde mental, a desinstitucionalização presume também as transformações culturais e subjetivas na sociedade (SUPERA, 2014).

De acordo com essa perspectiva, a rede de saúde mental deve ser constituída por várias ações e serviços de saúde mental, a saber: Atenção Primária à Saúde – APS (Equipe de Saúde da Família, NASF, Consultório de Rua); Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; Residências Terapêuticas; Unidade de Acolhimento; Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental (CAPS III e em Hospital Geral); Programa de Volta para Casa; cooperativas de trabalhos e geração de renda; Centros Culturais e de Convivência (CECCO), entre outros.

Apesar da quantidade de estudos referentes à temática adolescente, poucos são os que buscam realizar uma análise dos serviços que prestam atendimento a essa população com dependência química. A definição de qualidade dos serviços tem sido geralmente delineada

com base em uma série de atributos, destacada por Novais (2003). Esses atributos foram denominados como os sete pilares da qualidade dos serviços e incluem eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Baseando-se nesses segmentos de atributos, os serviços de saúde mental devem ser julgados como aceitáveis pelos próprios usuários em relação às suas diversas características, desde a sua acessibilidade, estrutura, conforto e higiene, organização, forma de atendimento e relacionamento dos profissionais com os usuários (NOVAIS, 2003).

Nesse contexto, cabe enquadrar a Ala de Desintoxicação do HUOP, que foi instalada em 2006 por determinação do Ministério Público e que começou a receber pacientes a partir de 20 de março de 2007. São jovens heterogêneos, em situação de vulnerabilidade social, com histórico de uso de substâncias psicoativas. A Ala de Desintoxicação é uma instituição de natureza pública, cuja finalidade é desintoxicar, e já atendeu a mais de 1.000 infanto-juvenis de todas as regiões do Estado do Paraná. Ela está alocada dentro do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, que se institui como um hospital geral, com 215 leitos destinados a atender às mais diversas especialidades. O Hospital Universitário foi criado em 1989, como Hospital Regional, e, em 2000, por meio da lei estadual nº 13.029/2000, passou a ser denominado Hospital Universitário do Oeste do Paraná, fazendo parte do patrimônio da Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Diante do exposto e a considerar a participação do enfermeiro no trabalho com crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas, sente-se estimulado para o desenvolvimento deste estudo.

2. OBJETIVO GERAL

O objetivo geral é analisar o perfil das crianças e adolescentes atendidos na Ala de Desintoxicação do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, a partir dos dados existentes nos prontuários físicos, compreendidos no período de 2007 a 2016.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- descrever a história da Ala de Desintoxicação e apresentar seus programas terapêuticos;
- realizar uma revisão bibliográfica, conceitual e analítica das abordagens em torno da drogadição e do tratamento para crianças e adolescentes;
- identificar e analisar as políticas públicas para crianças e adolescentes com dependência química e que foram adotadas a partir do ECA;

Trata-se também de uma pesquisa qualitativa e quantitativa, de caráter exploratório-descritivo. Para a realização desta, o procedimento técnico adotado foi a revisão de literatura, com consultas a sítios eletrônicos, jornais, livros e periódicos de diversas áreas do conhecimento. Com relação à coleta dos dados, foi realizada uma análise quantitativa amostral de registros administrativos, e como fonte primária foi feita a análise de prontuários de 400 pacientes de ambos os sexos, internados, compreendida no período da abertura da Ala, ocorrida em 2007 até o ano 2016.

Os dados receberam tratamento analítico descritivo e inferencial, usando o programa SPSS, *software* aplicativos científico. A amostra dos prontuários foi aleatória, enquanto os critérios de inclusão foram, como mencionado, os prontuários de crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas, internados na referida ala, no período de 2007 a 2016. Foram excluídos prontuários com informações inconsistentes e/ou com pouca informação, os compreendidos fora do período investigado, a duplicidade de registros.

Todas as informações existentes nos mesmos, com relação aos prontuários, são construídas no dia do internamento pela assistente social de plantão que realiza uma entrevista com o paciente e o responsável que o acompanha. A escolha dessa fonte de dados se deu por ser a melhor para a investigação proposta, uma vez que cada usuário acolhido tem sua ficha preenchida na primeira entrevista realizada no serviço. Durante a coleta dos dados, foi percebido que nem todos os prontuários estavam preenchidos com todas as informações

pertinentes ao mesmo. Esse problema fica claro na apresentação dos resultados, pois nem todas as variáveis estão com 400 informações.

Para a pesquisa ser viabilizada, destaca-se que os aspectos éticos seguiram a resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, a qual estabelece a diretriz e normas éticas da pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 1996). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética, Regulamento em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, para submissão e autorização, sendo que a coleta dos dados somente teve início após a aprovação do projeto pelo comitê. Somando-se a essas informações, os dados desta pesquisa serão utilizados tão somente para fins científicos e os resultados serão publicados em periódicos especializados e divulgados em eventos acadêmicos, como também apresentados às diretorias do HUOP para melhoria do serviço.

Diante do exposto, a realização da pesquisa foi dividida em duas fases. A primeira fase constitui no referencial teórico em que se aborda a busca pela compreensão do processo de como se configuram as políticas públicas no Brasil para a população de crianças e adolescentes, a atenção aos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas e a normatização jurídica, prevista pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. O arcabouço teórico encontra-se respaldado em Moreira, Balardine, Bordin, Bango, Delgado, Cardoso, Andrade, Carline, Scivoletto, Laranjeiras, Novais, Freitas, além de publicações do Ministério da Justiça, Secretaria Nacional Antidrogas, Supera, entre outros.

A partir da análise estatística dos dados extraídos dos prontuários físicos dos pacientes internados na Ala de Desintoxicação do HUOP, desenvolveu-se a segunda fase, com o intuito de se construir uma análise descritiva destes. As informações referem-se ao perfil das crianças e adolescentes, tendo como variáveis estudadas a idade, sexo, escolaridade, evasão escolar, renda familiar, experimentação, ordem cronológica de consumo de substâncias psicoativas, primeira substância, substâncias de maior uso, modo de obtenção da substância, participação de programas sociais, composição familiar, ordem de nascimento, membro familiar com dependência, condições das moradias, procedência, bem como envolvimento em atos infracionais, cumprimento em medidas socioeducativas, comportamento sexual, pacientes que já engravidaram.

Com essa opção metodológica, a dissertação se apresenta dividida em cinco sessões, incluindo esta introdução. Na primeira sessão, discorre-se sobre os motivos da pesquisa, além de se abordar a sua metodologia aplicada e o seu desenvolvimento. Na segunda sessão, busca-se delinear as políticas públicas no Brasil, voltadas para crianças e adolescentes com

dependência química, e como o Estatuto da Criança e do Adolescente aborda o assunto. O capítulo compreende sete tópicos que abrangem a política pública para adolescentes; as políticas públicas de saúde no Brasil para criança e adolescente com dependência química; o Estatuto de Criança e do Adolescente e sua garantia para o tratamento da dependência; a legislação brasileira e as substâncias psicoativas; a questão específica da fase da adolescência, vulnerabilidade e o uso menos consciente de substâncias psicoativas; a juventude brasileira e o uso de substâncias psicoativas; uma discussão acerca do uso histórico de substâncias psicoativas na sociedade: conceito, caracterização e seus efeitos; consequências do uso de substâncias psicoativas durante as fases da infância e da adolescência.

Na terceira sessão, abordar-se-á a reconstrução histórica da implantação da unidade de atendimento a crianças e adolescentes com dependência química no Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP. Serão apresentadas as atividades desenvolvidas na unidade. Na quarta seção, serão apresentados os resultados dos dados dos pacientes e, finalmente, a quinta seção trará uma discussão acerca da trajetória das políticas públicas para a população de crianças e adolescentes, finalizando-se com as considerações finais.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL NO BRASIL: A ATENÇÃO AOS PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

3.1. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO INFANTOJUVENIL

Quando se examinam as políticas públicas para a população infantojuvenil existente no Brasil, deve-se buscar uma compreensão de suas atribuições em nossa sociedade, a fim de se observar em nossa história como esse público em particular vem sendo contemplado, quais foram as prioridades estabelecidas ao longo das últimas décadas e as orientações predominantes atualmente. A ideia de política pública, segundo Sposito (2003), compreende um conjunto de ações estruturado com recursos próprios, envolvendo uma parcela de tempo (duração) e algumas medidas de impacto. Por sua vez, em uma definição operacional sobre política pública para a juventude, Balardine (1999 *apud* SPOSITO; CARRARO, 2003, p. 57) afirma que “política pública para a juventude é toda ação orientada do Estado, e a conquista e realização de valores e ações frente a uma situação”. O referido autor acrescenta outra definição de forma participativa, “a política pública para juventude” Baladine (1999 *apud* SPOSITO; CARRARO, 2003, p. 58) é também um instrumento de governabilidade democrática entre o Estado e o resto da sociedade, para em seu sentido mais amplo levar à convivência cidadã.

No Brasil os jovens, por meio de suas participações em revitalizados movimentos estudantis e partidos políticos como também nos movimentos sociais, desempenharam importantíssimo papel em prol do retorno da democracia. Esse fato não passou despercebido dos sistemas políticos reinstitucionalizados, já que essas gerações de jovens haviam depositado grande esperança na democracia, como meio de solução dos agudos problemas sociais que os afetavam mais particularmente (BANGO; FREITAS, 2003). Ainda, segundo os autores, historicamente, as políticas públicas para as crianças e adolescentes no Brasil foram criadas a partir da necessidade de se propor ações e criar instituições capazes de responder ao crescente processo de marginalização dos jovens pobres, principalmente, como medida de “prevenção social”. Na América Latina, conforme referido por Bango (2003), a década de 1990 marcou o início do processo de instalação de organismos governamentais, criados para atender exclusivamente às políticas de juventude. Isso demonstrou o esforço efetuado pelos diversos atores em colocar na agenda dos governos a questão juvenil.

Um importante ator desse processo foi a Organização Ibero-americana da Juventude (OIJ), formada como um mecanismo de coordenação intergovernamental, que hoje enverga o *status* de organismo de direito internacional, pois se propôs a fortalecer as políticas de juventude na região. Isso fica evidente a partir das ações políticas que procuram influenciar, com a inclusão sistemática da questão juvenil na ordem do dia das reuniões dos chefes de Estado da América Ibérica, que acontecem a cada dois anos. Um olhar criterioso coloca numerosos aspectos ainda pendentes para que a institucionalidade da juventude desempenhe de forma cabal o papel que motivou a sua instalação (BANGO; FREITAS, 2003).

Na história do Brasil, os programas e ações desenvolvidos pelo Executivo federal, de caráter específico para atenção aos adolescentes, surgem, na década de 1980, por meio da criação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD). As ações iniciais, na área da saúde, tentam responder ao avanço da epidemia das DST/AIDS, que passa a atingir a população jovem, ao maior consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e aos índices crescentes de gravidez precoce. Em face do aumento da criminalidade na década de 1990, o tema passa a fazer parte nos debates governamentais e com o crescimento das mortes juvenis por homicídios envolvendo redes de narcotráfico.

Alguns programas são empreendidos pelo Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República (PIAPS), sob o controle de um general do Exército, em geral, são programas de redução e prevenção da violência mediante ações nas escolas ou nos bairros. Nessa mesma década, com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), o movimento em torno dos direitos desses segmentos constituiu um novo significado para essas fases da vida, a infância e a adolescência, ancorado em uma concepção plena de direitos (RAUPP, 2006). Sob esse ponto de vista, Raupp (2006) afirma que

vivemos, no campo das políticas de juventude, tempos sociais simultâneos. Não usufruímos de políticas sociais de caráter universal, assegurando direitos básicos trazidos pela modernidade, e já vivemos, contraditoriamente, os dilemas das novas formas de sociabilidade e de constituição da subjetividade no interior do movimento da globalização que constitui as sociedades atuais. Ainda não foi garantido aos jovens brasileiros um patamar satisfatório de acesso ao sistema educativo, o que situa o Brasil em franca desvantagem diante de alguns países latino-americanos, que ampliaram e praticamente universalizaram o acesso ao ensino médio, contemplando os maiores índices de matrículas no ensino superior. Por outro lado, apesar da redução de trabalho infantojuvenil, ainda se exprime outra feição de nossos arcaísmos, ao lado de um conjunto não desprezível de adolescentes pobres, analfabetos e com atraso escola [...] (RAUPP, 2006, p. 58).

Contudo todos esses aspectos citados ainda não esgotam o aglomerado de exclusão e inclusão da juventude brasileira. Deseja-se saber o que pensa e sente o jovem tanto das capitais quanto do interior. Certamente, na elaboração de políticas públicas, torna-se necessário um diagnóstico mais abrangente, pois existem diferenças entre regiões do país, entre as zonas urbana e rural, que têm de ser levadas em conta. Há especificidades locais que podem atenuar ou acentuar algum dos vários vetores que produzem ou reproduzem desigualdades sociais.

[...] A desigualdade mais evidente remete à classe social. Esse recorte se explica claramente na vivência da relação escola/trabalho. Quando e como um jovem pobre que quer só estudar ou quando para de estudar para trabalhar; A resposta a essa questão expõe as fissuras de classe presentes na sociedade. O “quando” e o “como” revelam acessos diferenciados a partir das condições econômicas dos pais. Contudo, quando o assunto é inclusão e exclusão, as diferenças de origem social e a situação de classe não esgota o assunto. Gênero e raça são outros dois recortes que interferem nas trajetórias dos jovens. As moças pobres se “beneficiam” do crescimento de emprego doméstico, mas moças de classes sociais diferentes ganham menos que os rapazes quando ocupam os mesmos postos de trabalho, excluem os jovens e as jovens mais pobres, esse “requisito” atinge particularmente jovens negros e negras [...] (NOVAIS, 2003, p. 122).

Por fim, ao se assumir que a condição juvenil recobre uma pluralidade de situações e de sujeitos que vivem essa fase de vida percorrendo trajetórias diferentes, reconhecer-se-á que as políticas de juventude percorrerão necessariamente caminhos diversificados. Poderão ser de inclusão, afirmativas de identidades e de formas de expressão voltadas para o presente, ou de integração na vida adulta, mas o que as unifica deve ser as suas inserções no campo de luta pelos direitos e de construção da democracia, pois, certamente, políticas públicas inteligentes devem necessariamente contemplar todas as classes sociais, independentemente de cor, raça, sexo, renda e local de moradia (SPOSITO, 2003).

3.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL PARA A POPULAÇÃO COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Analisar as políticas públicas brasileiras de atenção aos problemas relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas consiste em tarefa complexa, pois se trata de um campo em movimentação, em que atuam forças distintas, com orientações diversas. Na breve descrição das políticas apresentadas na sequência, busca-se enfatizar a Política de Atenção Integral do Ministério da Saúde e a Política Nacional Antidroga, a qual deve servir como parâmetro regulador das políticas em níveis estadual e municipal.

Assim, o texto da lei 10.216, de 06 de abril de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou, de forma histórica, as diretrizes que constituíam o Sistema Único de Saúde, garantindo a todos que necessitam dos serviços de saúde mental a universalidade de acesso e direito à assistência, à integralidade e à descentralização do modelo de atendimento, determinando a estruturação de serviços próximos do convívio dos usuários. O Ministério da Saúde publicou a portaria GM / 336 em 19 de fevereiro de 2002 (MS, 2002), conforme foi deliberada na III Conferência Nacional de Saúde Mental, na qual define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistências em saúde mental. E em 20 de março de 2002 (MS, 2002) criou-se a portaria SAS/189 que regulamenta a portaria GM / 336, criando no âmbito do SUS os Centros de Atenção Psicossocial para desenvolvimento de atividades em saúde mental para pessoas com transtorno por uso de substâncias psicoativas.

O que levou o Ministério da Saúde a instituir o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras substâncias psicoativas, via portaria GM / 816, de 30 de abril de 2002 (MS, 2002); propondo a criação de 250 Centros de Atenção Psicossocial – CAPSad. Os CAPS devem oferecer atendimento diário, com capacidade para atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva, com planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua (DELGADO 2002).

As políticas e práticas dirigidas para pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas devem estar integradas e em consonância com os princípios da Política de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, vigente, que tem nas diretrizes do SUS seus eixos centrais. Uma vez regulamentada e respaldada pela lei federal 10.216 (MS, 2002), sancionada em 6/4/2001, constitui a Política de Saúde Mental oficial para o Ministério da Saúde, bem como para todas as unidades federativas. Essa lei federal é o instrumento legal/normativo máximo para a Política de Atenção aos Usuários de Substâncias Psicoativas, ela também se encontra em concordância com as propostas da Organização Mundial de Saúde (DELGADO, 2002).

[...] Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% das populações dos grandes e pequenos centros urbanos, inclusive no Brasil, consomem abusivamente substâncias psicoativas equivalentes e o enfrentamento deste problema constitui uma demanda mundial [...] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 5).

No Brasil, o enfrentamento e o tratamento da dependência de substâncias psicoativas por muito tempo foram relegados a segundo plano, sendo relacionados à criminalidade,

enquanto os serviços estavam sempre baseados na exclusão dos usuários do convívio social. Não havia uma política de alcance nacional, no âmbito da saúde pública. A principal resposta aos transtornos psiquiátricos consistia no internamento em hospital psiquiátrico. Nos últimos anos, a assistência psiquiátrica mudou de maneira quase radical em muitos aspectos, entre eles, a questão de internação. Hoje já não é o hospital psiquiátrico o único, nem o mais importante, dispositivo assistencial em psiquiatria. A partir de 2011, por meio do decreto/portaria 3.088 Brasil (2011), a atenção em saúde mental no Sistema Único de Saúde ganhou reforços para sua ampliação e consolidação em todo o país. Os CAPS, juntamente com outros serviços, formaram uma rede de efetiva de cuidados, composta por diferentes pontos de atenção desde a Atenção Básica a Estratégias de Geração de Renda, Desinstitucionalização e Acolhimento Residencial (BRASIL, 2011).

[...] A garantia de acesso aos serviços e à atuação do consumidor no tratamento são princípios assumidos como direitos fundamentais. Assim, a política do Ministério da Saúde enfatiza a importância do estabelecimento de vínculos e da construção da corresponsabilidade pelo tratamento. Para que o dependente químico tenha uma melhoria da qualidade de vida e do funcionamento social, o tratamento deve ser considerado como um conjunto de técnicas e intervenções desenvolvidas com o intuito de favorecer a redução ou a abstinência do consumo de substâncias ilícitas. Para que possam se valer dos benefícios, os pacientes devem permanecer em tratamento por um período de tempo suficiente – o tempo de permanência é um critério de sucesso e fator de proteção para o período pós-alta. O tratamento deve possuir metas específicas mensuráveis, estabelecidas em comum acordo entre a equipe e o paciente, realistas e limitadas no tempo [...] (LARANJEIRA, 2010, p. 55).

No campo da prevenção, hoje uma alternativa são as Estratégias de Redução de Danos que se trata de uma lógica de trabalho que utiliza medidas que diminuam os danos provocados pelo uso de substâncias psicoativas, mesmo quando o indivíduo não pretende ou não consegue interromper o uso dessas substâncias. As estratégias de redução de danos propõem a refletir sobre como cada indivíduo se relaciona com as substâncias psicoativas, que lugar estas ocupam na vida de cada pessoa, como também consideram as diferenças individuais, o fato de que as pessoas são diferentes entre si. A redução de danos é eficaz em diminuir os danos relacionados ao uso prejudicial das substâncias psicoativas, melhorando autonomia do usuário. (SUPERA, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde, para se romper com o estigma e a exclusão, quando se trata do dependente químico, é preciso ter os compromissos de formular, executar e avaliar as políticas de atenção voltadas ao público-alvo que detém o problema do abuso de substâncias psicoativas. Ainda, segundo o Ministério da Saúde, nas práticas de saúde o compromisso tem de ser ético e de defesa da vida, sempre se colocando em condição de acolhimento, pois cada pessoa se apresenta de maneira singular e expressa também a história

de muitas vidas, de um coletivo. Essa decisão também é recomendada pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001 (III CNSM, Relatório Final, 2001). O Ministério da Saúde propõe, para enfrentamento dos problemas relacionados ao uso de substâncias ilícitas, os seguintes objetivos:

- Defender a questão do uso de substâncias psicoativas como problema de saúde pública;
- Indicar o modelo da redução de Danos, como também ações de prevenção e de tratamento, como um método clínico-político inserido no entendimento de clinica ampliado;
- Elaborar políticas que possam desfazer o senso comum de que todo usuário de substâncias psicoativas é um doente que tem que ser internado ou preso;
- Buscar parcerias junto à sociedade civil, oferecendo oportunidade de exercer seu controle, participando das práticas preventivas, terapêuticas e de reabilitação, estabelecendo parcerias locais para fortalecer as políticas estaduais e municipais (RAUPP, 2006, p. 42).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípio a universalidade de acesso a uma assistência integral, com alcance a todas as ações e serviços de saúde, cujas metas são a promoção e a qualidade de vida para todos que precisam. A organização do SUS trabalha por meio de uma política de cuidados com uma rede de assistência, com um funcionamento regionalizado integrado e hierarquizado. Para a atenção ao dependente químico, foi desenvolvida a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em 2001, sob a portaria nº. 3.088 de Política Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. A Rede de Atenção Psicossocial, dentre suas diretrizes do cuidado, destaca-se como uma estratégia de saúde pública, pautada no princípio da ética do cuidado, na Redução de Danos (RD), a qual visa diminuir o risco das vulnerabilidades social, individual e comunitária, associadas ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas, sempre focando estratégias na defesa da vida (BRASIL, 2003).

A RAPS é constituída por sete pontos de atenção, Atenção Básica, Atenção Residencial, Urgência e Emergência, Atenção Hospitalar, Estratégia de Desinstitucionalização, Reabilitação Psicossocial e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que são tidos como estratégia central, seu redimensionamento foi por meio da portaria GM/MS 336/02, assim como também foi estabelecida uma linha de financiamento para criação de novos serviços e a manutenção destes. Estes serviços também são referência para o tratamento dos portadores de doenças mentais. Hoje, no Brasil, a lei nº 10.216/2001 garante atendimento a todos os que sofrem por transtorno decorrente do uso de substâncias psicoativas assim como aos que sofrem de doença mental. (BRASIL, 2009).

A lei nº 10.215/2001, em seu artigo 3º, define como responsabilidade do Estado o “desdobramento da política de saúde mental, como também a assistência e a promoção de ações a todos os portadores de transtorno mental decorrente do uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, com a participação da sociedade e da família e do dependente” (BRASIL, 2009). O CAPS é um serviço aberto à comunidade com dependência química, de referência e tratamento para pessoas com transtorno mental, a quem deve

[...] acolher, estimular sua integração social e familiar, apoiando o indivíduo em suas iniciativas e na luta pela sua autonomia, e oferecendo atendimento psicológico como também atendimento médico. O CAPS tem como característica principal a integração do indivíduo em um ambiente social e cultural, onde possa designar como seu “território”, o espaço da cidade onde vivem sua vida cotidiana de usuário e familiares [...] (BRASIL, 2004a, p. 9).

Observa-se que a portaria nº 3.088/2012, segundo o Ministério da Saúde, apresenta a divisão dos CAPS para usuários específicos e destina uma unidade especial para o atendimento e tratamento de crianças e adolescentes, por ordem crescente de porte e por complexidade e por número de habitantes: CAPS I, II e III, e CAPS i.

CAPS AD: atende pessoas que apresente sofrimento psíquico decorrente do uso de substâncias psicoativas de todas as faixas etárias. Este serviço é só indicado para os Municípios ou Regionais de Saúde com população acima de setenta mil habitantes. CAPS i: atende crianças e adolescentes que apresentam sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves, como também todos que necessite de assistência por sofrerem qualquer problema decorrente do uso de substâncias psicoativas. Indicado para municípios ou região com população acima de setenta mil habitantes (BRASIL, 2004 a, p. 3).

Apesar de o CAPS AD possuir papel crucial na organização e articulação da rede para atendimento da dependência química, a reorganização dos serviços e das ações em saúde mental fez surgir diferentes serviços de atenção, representados pelos

Ambulatórios especializados: esses serviços funcionam como referência para as unidades primárias de saúde e hospitais gerais e psiquiátricos.

Hospital-dia: trata-se de um serviço de transição, podendo funcionar como uma opção mais intensiva em relação ao atendimento ambulatorial, ou menos em relação à internação hospitalar.

Enfermarias especializadas: vêm sendo organizadas dentro dos hospitais gerais. É um espaço de estabilização e motivação. Durante esse período, os pacientes podem receber, além do tratamento farmacológico, atendimento psicoterapêutico individual e em grupos e terapia ocupacional.

Moradia assistida: é um ambiente de transição, que facilita a retomada da autonomia do paciente, seja partindo de internação, da situação de rua ou perda das condições de moradia por diversos motivos (RIBEIRO, 2010, p591, grifos do autor).

Consultório de Rua: é outra inovação trazida a partir do Plano Integral de Combate

ao *Crack*, o primeiro Consultório de Rua surge em 1999, em Salvador, na Bahia. Esse foi um projeto-piloto criado em decorrência da problemática de crianças e adolescentes que se encontravam na rua e sob o uso problemático de substâncias psicoativas. Em maio de 2004, um Consultório Rua foi implantado no primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD) de Salvador. O Ministério da Saúde, em 2010, incluiu o Consultório de Rua no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao *Crack*, onde se torne uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento de indivíduo com dependência química [...] (LARANJEIRA, 2010, p. 122, grifo nosso).

Outro órgão governamental responsável pelas diretrizes nacionais no que se refere à questão do impacto das substâncias psicoativas na sociedade brasileira é a Secretaria Nacional Antidroga (SENAD). Trata-se de um órgão vinculado ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, que tem o papel de articular as políticas públicas sobre entorpecentes, promovendo, integrando e facilitando o processo para o realinhamento de políticas públicas, e também de prevenção, tratamento, redução de danos e reinserção social.

Diferentemente do Ministério da Saúde, que se situa no plano das diretrizes preventivas e terapêuticas no âmbito da saúde pública, a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) atua tanto na redução da oferta quanto na da demanda de substâncias psicoativas no país. Além de secretariar o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e gerenciar o Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), a SENAD é o órgão responsável pelo Sistema Nacional Antidrogas, que abrange todos os conselhos estaduais e municipais de entorpecentes. Seu órgão normativo central é o Conselho Nacional Antidroga (CONAD) e trabalha em articulação com a Polícia Federal, no âmbito da redução da oferta de entorpecentes (BRASIL, 2011).

A SENAD foi criada em junho de 1998, sendo o órgão responsável por desenvolvimento de uma Política Nacional Antidroga. O Brasil até então não tinha objetivos claramente definidos nem diretrizes nacionais nesse sentido. No mesmo ano, ocorreu o I Fórum Nacional Antidrogas, quando o governo desenvolveu um amplo processo democrático com diferentes setores da sociedade para discutir o assunto e, posteriormente, transformar essas discussões na Política Nacional Antidrogas. No entanto somente em 2002 é que se instituiu essa política por meio do decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Pela primeira vez no Brasil, estabelecia-se uma política pública, voltada especialmente para o enfrentamento da dependência química em nível nacional, tanto no aspecto da prevenção, como do tratamento e da repressão ao tráfico de substâncias ilícitas.

Segundo Laranjeira (2010), essa legislação representou um avanço ao tratar da dependência enquanto um problema de saúde e não mais como “caso de polícia”, como tratava a legislação em 1976. E, em 2003, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Substâncias Psicoativas, reconhecendo a

dependência química enquanto um problema de saúde pública, isso representou um avanço, pois até então a dependência química não estava inclusa na agenda e nas ações governamentais na área de saúde. As diretrizes da SENAD, no que se refere à questão do tratamento dos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, consistem em

[...] buscar atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de substâncias ilícitas e do uso indevido de substâncias lícitas.

Identificar, reconhecendo as diferenças entre os usuários, os dependentes e as pessoas que fazem uso indevido e os traficantes, tratando-os de forma diferente.

Tratar sem discriminação e de forma igual, as pessoas usuárias ou dependentes de substâncias lícitas ou ilícitas.

Buscar conscientizar a sociedade e o usuário de que o uso de substâncias ilícitas alimenta as atividades criminosas que tem no tráfico sua principal arrecadação financeira.

Garantir a todas as pessoas com problemas decorrentes do uso de entorpecente o direito de tratamento adequado.

Priorizar a prevenção do uso indevido de entorpecentes, pois a prevenção é mais eficaz e de menor custo para a sociedade.

Planejar ações coordenadas com diversos órgãos envolvidos no problema, porque só assim impedirá a utilização do território Brasileiro para o cultivo a produção e armazenamento de substâncias psicoativas ilícitas.

Por intermédio do Conselho Nacional Antidroga - CONAD, garantir, incentivar e articular o desenvolvimento de estratégias de planejamento e parecer nas políticas de saúde, educação, segurança pública e assistência social nos campos relacionados a substâncias psicoativas.

Realizar ações para redução da oferta de substâncias psicoativas, com ações coordenadas e integradas pelos órgãos responsáveis em níveis estaduais e federais.

Fundamentar e compartilhar com responsabilidade os esforços entre os órgãos do governo e a sociedade, buscando efetividade no resultado das ações.

Saber da importância da Justiça Terapêutica, pois ela é um canal de retorno do dependente químico para a redução da demanda.

Garantir que sejam implantados programas efetivos com ações e atividades na diminuição da demanda (prevenção no tratamento na recuperação e na reinserção social) como também na redução de danos.

Orientar e incentivar o aperfeiçoamento da legislação brasileira para garantir a criação e a fiscalização das ações das políticas públicas para os dependentes químicos.

Programar, pesquisar e experimentar novos programas, projetos com ações programáticas e livres dos preconceitos, visando à prevenção, tratamento, reinserção psicossocial e redução da demanda [...] (BRASIL, 2011, p. 13).

Nesse sentido, entendemos que as políticas de prevenção, tratamento e de educação, voltadas para pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, devem ser construídas nas interfaces intrassetoriais possíveis aos Programas do Ministério da Saúde. Assim sendo, torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centralizada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais e que seja centrada na reabilitação e reinserção social de seus usuários bem como da lógica ampliada de redução de danos, de forma integrada ao meio cultura e à comunidade em que estão inseridos, e sempre de acordo com a Reforma Psiquiátrica. Reitera-se que o uso e abuso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes são um grave problema de saúde

pública e o que se evidencia é que as práticas realizadas no campo da saúde mental parecem ainda bastante prejudicadas.

3.3 O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E O DIREITO À SAÚDE PARA DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O Estatuto da Criança e do Adolescente estabeleceu um modelo de integração das políticas públicas para a infância e a juventude, em que ações nas áreas da educação, saúde, habitação, assistência social, esporte, cultura e lazer devem tecer uma Rede de Proteção Integral. Segundo Cardoso (2011), o conjunto dessas políticas públicas é denominado Sistema da Garantia de Direitos e, com efeito, deve funcionar, integrando políticas, objetivos e procedimentos, formando um corpo organizado e abrangente de ações que, por meio de parcerias diversas, garantam, de fato, o acesso efetivo aos direitos a todas as crianças e adolescentes brasileiros.

A lei pretende garantir que a sociedade não esteja submetida apenas à boa ou má vontade do governante de plantão. Fundamentalmente, busca preservar a continuidade em relação das políticas, que devem prosseguir, sem interrupção, independentemente de questões partidárias e possíveis alternâncias de poder (CARDOSO, 2011). Em 1919, na cidade de Londres, ocorreu uma manifestação sobre os direitos da criança, *Save the Children*, e a Sociedade das Nações criou o Comitê de Proteção da Infância. Naquele ano, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), na primeira Conferência Internacional do Trabalho, adotou seis convenções, dentre as quais figuravam a definição da idade mínima de 14 anos para o trabalho na indústria e a proibição do trabalho noturno para mulheres e menores de 18 anos. Tratava-se dos primeiros passos para a lenta e gradativa inclusão da criança e do adolescente ao universo dos direitos. Em 1924, foi adotada, pela Sociedade das Nações, a Declaração dos Direitos da Criança de Genebra, tendo sido a primeira normativa especial para proteção à criança e ao adolescente (CARDOSO, 2011).

Em 1948, foi aprovada a Declaração Universal dos Direitos do Homem, que faz alusão à criança, em seus artigos 25 e 26, referenciando o seu direito como cidadão a um padrão de vida capaz de lhe assegurar saúde e bem-estar, incluindo a assistência especial à maternidade e à infância. Nesta consta que todas as crianças, independentemente de serem frutos de matrimônio, devem gozar de proteção social, bem como estabelece a instrução elementar como obrigatória (ONU, 1948, *apud* UNIC, 2009).

Em 1959, foi aprovada, pela ONU, a Declaração Universal dos Direitos da Criança, elevando-a à condição de sujeito de direitos, que estabelece, segundo Ribeiro (2010, p. 125), que “todo ser humano com menos de dezoito anos passam a ser consideradas crianças”. A partir de então foram explicitados os direitos exclusivos para as crianças, como proteção social com o intuito de proporcionar-lhes desenvolvimento físico, mental, espiritual e social, de forma sadia e normal, em condições de dignidade e liberdade, independentemente da cor, raça, sexo, religião, de origem nacional ou social, riqueza, ou qualquer outra condição, destas ou da família.

A toda criança foi reconhecido o direito a um nome e nacionalidade, tratamento adequado a sua condição peculiar, amor e compreensão, convívio com a mãe (salvo exceções extremas), educação gratuita e compulsória, de ser a primeira a ser socorrida e protegida em qualquer circunstância, proteção contra qualquer forma de negligência, crueldade e exploração de qualquer natureza, dentre outros (ONU, 1948, *apud* UNIC, 2009).

Entretanto isso não significou a imediata legitimação desses direitos, haja vista que os países signatários demoraram em torno de 30 anos para torná-la realidade, isto é, aprovar medidas legislativas e elaborar políticas públicas. No ano de 1989, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou a Convenção sobre os Direitos da Criança e, apenas no ano seguinte, o documento foi oficializado internacionalmente (UNICEF, 2015). O Brasil, pelo aumento dos movimentos e organizações sociais atuantes contra os maus-tratos infantis e em prol da proteção da criança e do adolescente, aliado ao fato de ser um dos países signatários da ONU, instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 13 de julho de 1990, sob a lei 8.069, que dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. O ECA, no artigo 2º, considera criança toda pessoa até os 12 anos de idade incompletos e o adolescente, entre 12 e 18 anos de idade incompletos (BRASIL, 1990).

As melhorias internacionais na área da infância e da adolescência repercutiram positivamente no Brasil: foi ratificada a normativa expressa na Convenção Internacional dos Direitos da Criança e aprovada a Lei Federal 8060/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente – que representam marcos de ruptura definitiva com o paradigma da “situação irregular” e consequentemente consolidação da Doutrina de Proteção Integral, fundamentada no princípio da Prioridade Absoluta, consagrado no Artigo 227, da Constituição Federal Brasileira [...] (BRASIL, 2001, p. 23).

A partir desse estatuto, ficaram assegurados à criança e ao adolescente todos os direitos inerentes à pessoa e aquele tem o intuito de garantir o direito às oportunidades, com o objetivo de lhes propiciar o desenvolvimento mental, físico, espiritual, moral e social, em condições de liberdade e dignidade. Estabelece no artigo 4º como dever “da família, da sociedade e do poder

público” assegurar, com integral preferência, a execução dos direitos concernentes “à vida, à alimentação à saúde, à educação, ao esporte e ao lazer, à profissionalização, à dignidade, à cultura, à liberdade, à convivência familiar, ao respeito e à convivência comunitária” (BRASIL, 1990).

Com o regulamento do ECA, em 1990, a política de proteção infantojuvenil no Brasil apresentou avanços e reveses. Conforme Ribeiro (2010), dos primeiros, toda a sociedade se beneficia. Quanto aos reveses, estes podem ser atribuídos, em boa parte, a uma série de mitos mal-entendidos acerca dessa legislação específica. Os avanços mais importantes estão relacionados ao fato de que, com o estatuto, as crianças e os adolescentes passaram a ser considerados sujeitos de direitos. Foi dada ênfase, no texto da lei, aos Princípios da Prioridade Absoluta e da Proteção Integral para o grupo de pessoas consideradas “em desenvolvimento”, toda a população entre o nascimento e os 21 anos de idade.

A primeira parte do ECA trata dos direitos à sobrevivência da criança e do adolescente. Sobre esse aspecto:

Para isto é preciso que haja o respeito à vida, à saúde, à alimentação. [...] o direito à educação, cultura, lazer e profissionalização. Ou seja, direito ao desenvolvimento pessoal e social, o direito de a criança desenvolver aquelas potencialidades que ela trouxe consigo ao nascer. [...] direito ao respeito à liberdade e a dignidade, como também à convivência familiar e comunitária, além de colocar a criança e ao adolescente salvo de toda forma de negligência, discriminação e exploração, violência, crueldade e opressão. É também a integridade física, psicológica e moral da criança e do adolescente. [...] (COSTA, *apud* PARANÁ, 2001, p. 65).

A segunda parte do ECA, denominada parte especial, trata da política de atendimento, com diretrizes, ações e forma de assistências a todos os adolescentes e crianças de zero a 18 anos de idade, que estejam em situações de risco pessoal e social. O artigo 86 do ECA ressalta:

Art. 86. A política pública de assistências dos direitos dos adolescentes e das crianças é realizada através de um conjunto de ações governamentais e não governamentais dos Municípios dos Estados, da União e do Distrito Federal [...] (BRASIL, 2003, p. 16).

Portanto, esse conjunto articulado de ações entre os federados tem como objetivo garantir o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento a todas as crianças e adolescentes. A partir de então, compreende-se que essa política tem o intuito de assegurar os direitos sociais sem distinção e discriminação, estendendo a proteção a toda a criança e adolescente que se encontrem em situação de risco pessoal e social. Para que sejam cumpridas as prioridades da política de atendimento, são estabelecidas linha de ações, definidas pelo ECA no artigo 87.

[...] Art. 87. São regulamentos das ações das políticas públicas de atendimento: I – políticas sociais básicas; II – políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que deles necessitem; III – serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão; IV – serviço de identificação e localização de pais, responsável, crianças e adolescentes desaparecidos; V – proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos da criança e do adolescente [...] (BRASIL, 2003, p. 16).

No ano de 2010, foi aprovada a Emenda Constitucional nº 65, que aprimorou a redação relativa à definição dos direitos sociais, complementando o artigo 227 da Constituição Federal do Brasil de 1988, capítulo XII: “[...] além de colocá-los a salvo de toda a forma de **negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão**” (grifo nosso). Por intermédio dessa emenda, foi acrescentado que o Estado deve promover programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente e do jovem, mediante políticas específicas.

No artigo 227 da Constituição Federal de 1988, os incisos III e VII dizem respeito também à “garantia de acesso do trabalhador adolescente e jovem à escola e a programas de prevenção e atendimento especializado à criança, ao adolescente e ao jovem dependente de entorpecentes e entre outros”. Dessa forma, a lei de proteção integral à criança e ao adolescente “parte do entendimento de que as normas que assistem as crianças e os adolescentes devem percebê-los que estão em desenvolvimento físico, psicológico e moral” (BRASIL, 2010).

Quanto à questão específica de tratamento dos problemas causados pelo consumo de substâncias psicoativas, vale ressaltar o artigo 101 do inciso V e VI do ECA, das Medidas Específicas de Proteção, que garante o direito a receber atendimento. Esse artigo assegura que toda criança e adolescente usuários de substâncias psicoativas devem receber apoio e orientação como também acompanhamento temporário. “A assistência médica, psicológica e psiquiátrica em regime hospitalar ou em ambulatório, e a inclusão em programas oficial ou comunitário de auxílio que também é um direito das crianças e dos adolescentes garantido pelo ECA” (ECA (2015, p. 28).

O artigo 98 do ECA deve ser aplicado sempre que for necessário, quando os direitos desta lei forem ameaçados, pois são medidas de proteção das crianças e dos adolescentes: “I - por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; II – por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável; III – em razão de sua conduta” (ECA 2015, p. 27).

Por fim, o ECA estabelece um novo modelo para o trato das crianças e adolescentes no país, compreende um dos exemplos históricos mais importantes da sociedade brasileira, visto que reside nas lutas em torno dos direitos da infância e da adolescência e está expresso na

conquista de um novo ordenamento jurídico-legal. O movimento em torno dos direitos desses segmentos constituiu um novo significado para a fase de vida, a infância e a adolescência, ancorando-se em uma concepção plena de direitos e em contraposição às imagens dominantes que atribuíam às crianças pobres condição de existência inferior, pois a elas a atribuição depreciativa incidia sobre a sua condição de “menor”, “infrator” ou “delinquente” (SPOSITO, 2003).

3.4 A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E AS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Abordar a temática da política pública sobre substâncias psicoativas tem exigido, da sociedade brasileira, o esforço de superar a visão do senso comum para promover um debate mais frutífero, visto que o assunto pressupõe uma complexidade que precisa ser reconhecida por todos. Uma das questões mais polêmicas da sociedade atual, o tráfico de substâncias ilícitas, não é um fenômeno novo, tendo-se em vista que o uso de substâncias psicoativas sempre houve desde os primeiros tempos da humanidade, o problema é a dimensão que o comércio de drogas atingiu nas últimas décadas e sua importância política e estratégica.

Segundo Feffermann (2006), na década de 1990, o Brasil consolidou-se como mercado consumidor de substâncias ilícitas, o segundo do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos. Nesse momento, tornou-se o “maior entreposto das substâncias psicoativas ilícitas enviadas da Colômbia” (FEFFERMANN, 2006, p. 51 *apud* MAGALHÃES, 2000) (representa no mínimo 80% da produção mundial) para os Estados Unidos e a Europa. Hoje, no Brasil, a produção de cocaína é muito pequena, apesar de haver plantações de EPADU, uma variedade de coca, na Amazônia. No território brasileiro, a maconha é a substância ilícita produzida em maior escala. “As colheitas do Nordeste abastecem parte do mercado. O resto vem de plantações no Paraguai. Cocaína, *crack*, heroína (em pouca quantidade), anfetaminas e metanfetaminas (como o *ecstasy*, substâncias sintéticas populares entre clubes) que chega ao Brasil praticamente do exterior. (FEFFERMANN, 2006, p. 51 *apud* MAGALHÃES, 2000). O produto de maior peso financeiro do tráfico de substância ilícita brasileira é a cocaína, a partir da coca cultivada notadamente na Colômbia, na Bolívia e no Peru, onde é considerada sagrada pelos indígenas desses países (FEFFERMANN, 2006, p. 51 *apud* MAGALHÃES, 2000).

No Brasil, o tráfico de substâncias ilícitas não tem uma dinâmica homogênea, contudo, segundo a imprensa no Brasil,

sempre deu como certo que o tráfico de drogas era dirigido basicamente pelo crime organizado. Até certo ponto, isso se deve à atenção despertada pelo tráfico no Rio de Janeiro, onde existem algumas organizações visíveis, embora não tão centralizadas ou onipotentes como se pretende. (FEFFERMANN, 2006, p. 61).

A decisão de tornar criminoso o uso de drogas no país é semelhante ao processo estadunidense. Até meados de 1910, não havia regulação de substâncias psicoativas como cocaína e a morfina. Essas drogas, geralmente, provinham da Europa e o seu consumo era restrito a bordéis luxuosos, frequentados por filhos de oligarquia cafeicultora de São Paulo. O controle das substâncias psicoativas no Brasil começou a partir da Conferência da Haia, em 1912. A regulação das substâncias ilícitas no país iniciou-se em 1921 com o primeiro decreto nº 14.969, de 3 de setembro, que condenava “qualquer utilização considerada para fins não-médico, o que se tornava mais ameaçador para os profissionais da saúde que para os usuários” (RODRIGUES, 2003, p. 81).

Com o passar do tempo, a criminalização da venda e do consumo só se aprofundou com o Código Penal de 1940, depois com a lei 4.451/64 que classificou como crime plantar qualquer espécie de vegetais dos quais se originam as substâncias proibidas (RODRIGUES, 2003). Já em 1968 um novo decreto de lei 385/68 criminalizava com a mesma pena de quem traficava as pessoas que faziam uso das substâncias entorpecentes. Em 1971, entrou em vigor a lei 5.726, a qual penalizaria com mais rigor, estabelecendo o crime de “quadrilha para quem trafica”, a partir daí são consideradas uma quadrilha duas pessoas ou mais que vendam qualquer tipo de substâncias psicoativas.

No entanto a consolidação das proibições feitas ocorreu com a aprovação da lei 6.368, de 1976, conhecida como Lei de Tóxicos, que regulou a questão das substâncias ilícitas no país até a aprovação da lei 10.409, de 2002, instituindo definitivamente as figuras “do traficante” como pessoa criminosa que deve ser punida com rigidez, e do usuário, pessoa incapaz que deve ser encaminhada para tratamento. O enfoque, no entanto, é marcadamente repressor (FEFFERMANN, 2006). Em 1998, o Brasil iniciou a construção de uma política pública nacional específica, referente à redução da demanda e da oferta de substâncias psicoativas. Nessa época, surgiu o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) que veio para substituir o Conselho Federal de Entorpecente (CONFEN) e também foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Estes órgãos tinham como objetivo coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade. Assim, com a mobilização desses órgãos, em 26 de agosto de 2002, foi instituído o decreto presidencial nº 4.345, criando a primeira Política Nacional Antidrogas – PNAD - do país (SUPERA, 2014).

No ano seguinte, em 2003, o presidente da República, Luís Inácio Lula da Silva, apontou para a necessidade de se construir uma Agenda Nacional para reduzir a demanda e a oferta das substâncias psicoativas ilícitas no Brasil, que contemplassem três pontos importantes: a integração das políticas públicas; o estreitamento das relações; e a descentralização das ações. Dessa forma, houve a reavaliação e atualização dos princípios da Política Nacional Antidrogas (PAND), sempre levando em conta as transformações sociais, políticas e econômicas por que o mundo vinha passando. Em 2004, foram realizados o Seminário Internacional de Políticas sobre Drogas, seis fóruns regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas, que trouxe como meta o processo de realimento e atualização da política (SUPERA, 2014).

Em 23 de agosto de 2006 foi sancionada a lei nº 11.343/2006 pelo presidente Luís Inácio Lula da Silva que veio para substituir as leis nº 6.368/76 e nº 109/2, legislação com mais de 30 anos, já ultrapassada e desconforme com as evoluções científicas na área e com as mudanças sociais. Esta nova lei foi considerada por alguns um avanço ao instituir o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, além de ter colocado o Brasil em evidência no cenário internacional ao criar medidas para prevenção, atenção, reinserção social do dependente e do usuário, em consonância com a atual política sobre substâncias psicoativas. Outro destaque é a revogação dos dois dispositivos legais que existiam, as leis 6.368/1976 e 10.409/2002, passando a ter o reconhecimento das diferenças entre a figura do traficante e a do usuário/dependente, os quais passaram a ser tratados de modo diferenciado e a ser julgados de modo diferente perante a lei (BRASIL, 2011).

No capítulo I nos artigos 4º e 5º da lei nº 11.343/2006 são apresentados os princípios e os objetivos do Sistema Nacional de Política Pública sobre Substâncias Psicoativas:

Art. 4º São princípios:

- I – [...] o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana;
- II – o respeito à diversidade e às especificidades populacionais;
- III – a promoção dos valores culturais, éticos e de cidadania;
- IV – a promoção de consensos nacionais, de ampla participação social;
- V – a promoção da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade;
- VI – o reconhecimento da intersetorialidade dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas;
- VII – a integração das estratégias nacionais e internacionais de prevenção do uso indevido de substâncias psicoativas, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
- VIII – a articulação com os órgãos do Ministério Público e dos Poderes Legislativo e Judiciário visando à cooperação mútua do Sisnad;
- IX – a adoção de abordagem multidisciplinar que reconheça a interdependência e a natureza complementar das atividades de prevenção do uso indevido;
- X – a observância do equilíbrio entre as atividades de prevenção do uso indevido
- XI – a observância às orientações e normas emanadas do Conselho Nacional Antidrogas [...] (BRASIL 2006, p. 29).

Art. 5º São objetivos:

- I – [...] contribuição para a inclusão social do cidadão, visando a torná-lo menos vulnerável;
- II – promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;
- III – promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes;
- IV – assegurar as condições para a coordenação, a integração e a articulação das atividades de que trata o art. 3º desta Lei [...]. (BRASIL, 2006, p. 29).

Em 2010, a Câmara dos Deputados aprovou o projeto de lei nº 7663/10, do deputado federal do PMDB, Osmar Terra, que altera os artigos 33 a 37 da lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, e entre as alterações estão a definição de critérios para a atenção aos usuários e dependentes, o financiamento das ações sobre drogas no país, a obrigatoriedade da classificação das drogas e a introdução das circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nesses artigos. Nessas alterações, entra o artigo 28 que define as penas previstas para quem guardar, tiver em depósito, transportar ou levar consigo para o uso pessoal qualquer substância psicoativa ilícita sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar e que será submetido às seguintes penas: I - advertência; II - prestação de serviços à comunidade; III - medida educativa de comparecimento à programa ou curso educativo. Para isso, o juiz observará a natureza e a quantidade apreendida, como também os antecedentes pessoais (RODRIGUES, 2003).

Com esse projeto, as penas previstas, que eram de cinco meses na primeira pena, passam a ser de dez meses e, em caso de reincidência, as penas previstas passam de 12 a 24 meses. Esse projeto, para muitos especialistas, configurou um dos maiores retrocessos legislativos dos últimos tempos quanto ao impacto da lei de drogas no sistema prisional, pois o que ocorreria seria o aumento do encarceramento dos jovens pobres e negros com a justificativa de combate às substâncias psicoativas (RODRIGUES, 2003). Entretanto essa proposta aguarda a apreciação do Senado Federal até este momento.

Hoje, em todo o mundo, encontram-se movimentos para a legalização das substâncias ilícitas, principalmente a maconha, por seus usos terapêuticos, mas isso tem gerado muitas controvérsias a respeito. Por um lado, estudos já demonstraram que o princípio ativo puro da maconha [delta-9-tetra-hidrocanabinol (THC)] é benéfico na melhora de vômitos e náuseas como também na estimulação do apetite. No entanto, em relação aos efeitos analgésicos, antiespasmódicos, anticonvulsivantes, de bronco-dilatação e para o alívio da pressão ocular, necessita de mais pesquisas. Atualmente, há medicamentos mais seguros e eficazes a partir de anos de pesquisas para essas patologias, não justificando a utilização de uma substância que

pode gerar dependência e cujos efeitos nocivos ainda não são completamente conhecidos (BORDIN, 2010).

A maconha é a substância ilícita mais consumida no mundo. Em, 2006, o *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) estimou que 166 milhões de pessoas, ou 3.9% da população mundial, de idades entre 15 e 64 anos, consumiram maconha. O número total de usuários de maconha cresceu levemente de 1997/1998 para 2006/2007, porém o crescimento no número de usuários não se sobrepôs ao da população geral. O I Levantamento Domiciliar sobre o uso de substâncias psicotrópicas no Brasil, realizado em 2001, indicou que 6.9% da população pesquisada nas 107 cidades com mais de 200 mil habitantes já haviam feito uso de maconha. Essa porcentagem foi de 8.8% no II Levantamento, realizado em 2005, aumento não estatístico. Em 2001, havia 1% de dependentes. Em 2005, 1.2%, aumento pouco significativo. Em ambos os levantamentos realizados, a maconha aparece como a droga ilícita mais utilizada no Brasil (BORDIN, 2010).

A questão do uso abusivo de substâncias psicoativas é um desafio para a atuação na perspectiva dos direitos humanos. Na realidade, está-se diante de um problema que a cada dia se torna maior e coexiste com o preconceito da sociedade que é a dependência química por substâncias ilícitas; do outro lado, os direitos humanos veem-se acuados pela sociedade e pela mídia oficial, sem poder informar à sociedade desavisada sobre os seus direitos, pois a mídia insiste em qualificar parte dos usuários de substâncias psicoativas como sendo “perigosos” e “delinquentes”, que não aceitam ajuda. Por outro lado, existe a ação fragmentada de criminalização do tráfico e do consumo de substâncias ilícitas do poder público que muitas vezes quer mostrar respostas rápidas para a sociedade de um problema complexo e antigo, que pode atingir qualquer pessoa.

3.5 O USO HISTÓRICO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA SOCIEDADE: CONCEITO, CARACTERIZAÇÃO E SEUS EFEITOS

Conforme mencionado anteriormente, o uso de substâncias psicoativas sempre esteve presente na história da humanidade. É comum ouvir que as drogas estão presentes na sociedade há muitos séculos, sendo utilizadas para os mais diversos propósitos. Segundo Moreira (2009), os primeiros ancestrais do homem eram herbívoros e os vegetais (frutas, nozes, raízes e tubérculos) eram sua principal fonte de alimentação e, já naquela época, as plantas psicoativas faziam parte da dieta alimentar. Como dependiam das forças da natureza para sobreviver, a

busca por plantas psicoativas tinha como objetivo aliviar o mal-estar causado pela perda ou falta de elementos fundamentais para o organismo, além de auxiliá-los a suportarem melhor as condições em que viviam. As primeiras formas de religião também utilizavam o álcool, o ópio, o cânhamo (maconha), os cogumelos, entre outros, como meio de entrar em contato com o sobrenatural.

Conforme Bordin (2010), desde as antigas civilizações, diversas plantas com propriedades alucinógenas têm sido utilizadas com finalidades místicas, assumindo papel significativo nos rituais religiosos. Para diversos setores da sociedade, as substâncias psicoativas são relacionadas à violência e destruição de valores sociais. Essas ideias se opõem ao uso festivo e religioso desde os primeiros tempos das civilizações, uso este presente até os dias atuais. Ao longo da história, as substâncias psicoativas sempre transitaram na fronteira entre o lícito e o ilícito, o sagrado e o profano, o normal e o patológico.

O uso de substâncias psicoativas é tão antigo quanto o fenômeno da violência e sempre existiu, seja em rituais religiosos, místicos ou movimentos socioculturais. Pode ser uma expressão do contexto cultural, ou com fins terapêuticos, espirituais ou lúdicos. As substâncias psicoativas fazem parte da história do ser humano, desde a pré-história (da Ásia Menor e Europa), há mais de cinco mil anos, cujo uso do ópio se estendeu até a China, que por sua vez difundiu o uso da *Cannabis* (maconha ou cânhamo) pela Ásia e África (BORDIN, 2010, p. 45).

Este tema ainda é abordado por Bordin (2010), mostrando que, tanto na literatura nacional quanto na internacional, o uso de substância psicoativa é uma prática antiga e remota na história da humanidade, sendo um elemento integrante de manifestações culturais, ritos e festividades. A história da existência das bebidas alcoólicas e de outras substâncias psicoativas na cultura brasileira e no mundo envolve tanto os aspectos culturais da população nativa como as dos colonizadores. Para o autor, o conhecimento dessa história mostra-se de grande relevância para que se entenda a origem de estigmas moralistas e outras ideias equivocadas, associadas à utilização do álcool e de outras substâncias psicoativas, para se estabelecer ações adequadas de prevenção, intervenções e detecção precoce de tratamento para usuários de substâncias psicoativas.

Entretanto, o uso e abuso de substâncias psicoativas, como a cerveja, o vinho, a folha de coca, além de outras, são comuns na história da humanidade. Cada cultura, de acordo com seus princípios, normas e visão de mundo, desenvolve suas regras para a produção, circulação e para o uso de substâncias psicoativas, bem como quem pode usar (idade, gênero, classe social) e o que pode ser usado. Essa utilização nem sempre é compreendida como ameaça à saúde ou à ordem instituída, e seus impactos, problemas e soluções são formulados em contextos específicos (BRASIL, 2014 a, p. 28).

Moreira (2009) explica que, durante a Antiguidade Clássica, as substâncias psicoativas tiveram finalidades médicas, rituais e profanas. Na Idade Média, as bebidas alcoólicas fermentadas ocupavam lugar de relevo e eram utilizadas pelos nobres, consideradas sagradas pela moral cristã e compunham a alimentação diária da população. As demais substâncias, segundo Moreira (2009), inseridas em rituais pagãos, foram consideradas plantas infernais e preparações diabólicas (Figura 1), cujo consumo foi totalmente proibido.

Figura 1 - O Círculo Mágico: O quadro apresenta uma mulher preparando algo em um caldeirão, uma representação que pode ser relacionada à ideia popular de “bruxa” ou “feiticeira”.



Fonte: Waterhouse (1886).

Com o fim da Idade Média, os europeus realizaram sua grande expansão comercial por meio das navegações e isso permitiu que voltassem a entrar em contato com as substâncias conhecidas desde a Antiguidade e com outras produzidas no Novo Mundo. O ópio, por exemplo, tornou-se a substância predileta de muitas casas reais europeias e chegou a ser considerado um remédio mais eficaz e poderoso do que qualquer outro. Utilizar certas drogas para fins terapêuticos tornou-se sinônimo de bruxaria ou heresia. Assim, mesmo após a Reforma, os cristãos, tanto católicos como protestantes, passaram a punir o seu uso com torturas e morte.

Ainda segundo Moreira (2009), a partir do século XIX, as substâncias tiveram o seu uso voltado para finalidades praticamente recreativas. Foi um período de grande tolerância, com o aparecimento de vinhos e bebidas à base de folhas de coca (vinho Mariane e Coca-Cola) e a abertura de salões onde se consumiam ópio e maconha. Em 1806, com a descoberta da morfina,

o ópio foi relegado ao segundo plano, a ponto de membros da área artística e da alta sociedade frequentarem salões onde o consumo injetável de morfina era considerado prática de luxo.

Já o fim do século XIX e primórdios do século XX foram marcados pelo primeiro ciclo de intolerância ao uso de substâncias psicoativas. Nos Estados Unidos, esse ciclo teve início com a perseguição ao ópio em forma de fumo na Califórnia, e, na década de 1870, foi aprovada a primeira lei contra a cocaína (o denominado Harrisn Act.), culminando na aprovação de um dispositivo legal que proibia a venda, a distribuição e o consumo de bebidas alcoólicas, como a “Lei Seca”, que vigorou de 1919 a 1933.

O ciclo de intolerância foi um fenômeno mundial, que não ocorreu apenas nos Estados Unidos. Como exemplo, a Islândia foi o primeiro país ocidental a contar com uma lei, aprovada em 1908, que proibia o consumo de bebidas alcoólicas. No século XX, as décadas de 1960 e 1970 em vários países, foram marcadas por um período de grande intolerância com o consumo de substâncias psicoativas, caracterizado por muitos questionamentos. Artistas e intelectuais propagaram o uso de substâncias psicoativas, mas as especificamente alucinógenas, como a maconha e o LSD, ainda que proibidas, eram associadas a uma ideia de contracultura e de uma nova ordem social [...] (MOREIRA, 2009, p. 85).

Ainda no fim da década de 1970, Moreira (2009) afirma que o cenário das substâncias passou por um novo processo de mudança: vários países viveram o segundo ciclo de intolerância, promovido pelos Estados Unidos (“Guerra às Drogas”) e reforçado pela elaboração das Convenções-Irmãs da ONU: Convenção Única de Entorpecentes (1961), Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas (1971) e Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas em (1988).

Aos poucos, o posicionamento europeu foi se distanciando do norte-americano. Enquanto este foi se caracterizando por uma crescente intolerância, especialmente voltada para o consumo de substâncias ilícitas, os quais foram, gradativamente, admitindo novas maneiras de abordagem do problema, conforme era observada a ineficácia das abordagens repressivas. Apesar disso, ainda existem muitos países nos quais o uso de substâncias psicoativas ilícitas é um fenômeno indesejável que deve ser eliminado por todos os meios, normalmente por intermédio de uma política judicial repressiva e de tratamento baseado exclusivamente na abstinência (MOREIRA, 2009, p. 56).

Entretanto, na atualidade, a sociedade teme as substâncias psicoativas, ao mesmo tempo em que as cultua. Embora se argumente que a humanidade sempre fez uso de substâncias psicoativas e, por esse motivo, o seu uso seria inevitável, o assunto se torna grave quando o consumo é descontrolado e gera dependência em larga escala. Por essa razão, o abuso de substâncias psicoativas ilícitas tem sido alvo de preocupação em todo o mundo, sendo encarado como um problema social. Com base nesses fatores, a Organização Mundial de Saúde, na esfera

internacional, e o Ministério da Saúde, em território nacional, fixaram normas definidoras das substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e criaram leis que tentam proteger a sociedade do uso e abuso das substâncias ilícitas que causam dependência física ou psíquica (NOVAIS, 2003).

As substâncias psicoativas são definidas, pela Organização Mundial de Saúde (2006, p. 1), como “qualquer substância não produzida pelo organismo que, quando consumidas – ingeridas – injetadas ou fumadas –, produzem alterações no funcionamento do nosso organismo resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento”. As substâncias que modificam a atividade do sistema nervoso central, aumentando-a (estimulantes), reduzindo-a (depressoras) ou alterando a percepção (perturbadoras) são denominadas de psicoativas (NOVAIS, 2003). Dentre as substâncias psicoativas, algumas são procuradas (“tropismo”) pelos seus efeitos aprazíveis, podendo levar ao uso abusivo ou à dependência, estas são denominadas de psicotrópicas.

Para Noto (2009), a legislação brasileira escolheu o termo “entorpecente” para diferenciar substâncias psicoativas proibidas, que causam dependência física ou psíquica. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, OMS (2006), no *Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa*, a palavra “droga” vem do francês, *drogus*, que significa “ingrediente de tintura ou substância química e farmacêutica, remédio, produto farmacêutico”. Conforme esclarece Noto (2009), as substâncias psicoativas podem ser classificadas quanto a sua origem (naturais, sintéticas e semissintéticas), quanto a sua ação no Sistema Nervoso Central (SNC) (estimulantes, depressoras, perturbadoras-alucinógenas) e, também, lícitas, ilícitas ou controladas.

Noto (2009) explica que algumas dessas substâncias têm utilidade terapêutica no tratamento de diversas doenças. Contudo, por serem substâncias que afetam a capacidade de funcionamento normal do cérebro e, conseqüentemente, o comportamento do indivíduo, com risco significativo de uso abusivo e evolução de um quadro de dependência química, o uso terapêutico dessas substâncias é bastante restrito, principalmente hoje, quando há outras substâncias que podem perfeitamente substituí-las.

O uso de entorpecentes pode ser definido como a autoadministração de qualquer substância psicoativa, como o uso experimental, ocasional ou recreacional, enquanto o abuso (ou uso nocivo) de substâncias psicoativas é um padrão de uso contínuo, que causa danos físicos e/ou mentais à saúde do usuário, como pode acarretar ou aumentar problemas sociais ou interpessoais, sendo possível que ocorram negligência de obrigações ou problemas relacionados a questões legais, ainda que esse usuário não se encaixe nos diagnósticos para dependência, de

transtorno psicótico, induzido por substâncias psicoativas ou por outro transtorno relacionado ao uso de entorpecente (BRASIL, 2014 b).

Poucas ocorrências sociais produzem mais preocupações entre pais e professores, custos com justiça e saúde, dificuldades familiares e notícias na mídia do que o uso de álcool e substâncias psicoativas. Essa importância é ainda maior em relação a temas polêmicos, quando o uso de substâncias psicoativas ocorre entre crianças e adolescentes, tendo-se em vista que os mesmos estão em desenvolvimento físico e mental. Desse modo, é importantíssimo considerar crianças e adolescentes não apenas como parte de projeto político-ideológico, mas que possam ser reconhecidos e encontrar espaços de cuidados e de atenção que promovam a saúde, autonomia, participação social, isso deve ser a ação principal dos gestores dos profissionais e da sociedade (NOTO, 2009).

3.6 ADOLESCÊNCIA, VULNERABILIDADE E O USO MENOS CONSCIENTE DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A palavra “adolescência” tem origem do latim, *adolescencia*, assim como *adolescere* provém de *adolescere*. Os dois termos significam crescer, desenvolver-se, sair da infância e ir em direção ao “mundo dos adultos”, determinada a adolescência como um período de mudanças. Essas modificações ocorrem em vários níveis, não apenas no corpo do sujeito, pelas modificações da puberdade, como também em sua subjetividade e nas suas relações com o mundo em que vive (SCIVOLETTO, 1999). A adolescência é considerada por muitos uma fase crítica da vida de um indivíduo, sendo definida por um período caracterizado por grandes mudanças externas (surgimento e acentuação dos caracteres sexuais secundários) e internas. A criança começa a vislumbrar,

Cada vez mais, a capacidade de pensar subjetivamente, abandonando o pensamento concreto, surge aqui os grandes questionamentos dos adolescentes. “Este período pode ser dividido em termos cronológicos em três fases: adolescência inicial (12 a 14 anos), adolescência propriamente dita (14 a 16 anos), e adolescência tardia (16 a 18 anos)” (SCIVOLETTO, 1999, p. 139).

A adolescência configura um “período de formação dos próprios valores, da identidade, momento onde as escolhas devem ser tomadas [...] se caracteriza pelas transformações [...]”. Essa é a essência de todas as classes sociais e uma etapa de evolução própria do ser humano (OZELLA, 2003, p. 56). Ainda conforme o mesmo autor, até há algum tempo, a adolescência era vista simplesmente como uma etapa de transferência entre a infância e a idade adulta. Nas

últimas décadas, a adolescência vem sendo estimada como o momento crucial do desenvolvimento do indivíduo. Osório (1989) explica que há transformações biológicas psíquicas e sociais e, por esse motivo, caracteriza-se como um momento de grande instabilidade e fragilidade, além disso, é quando se iniciam várias doenças psiquiátricas. É na adolescência que os afetos e os conflitos são ampliados. O adolescente reexamina sua identidade e os papéis que deve desempenhar, em geral, ocorre um desajuste consigo mesmo, havendo maior necessidade de afirmação pessoal, de busca de autonomia e independência em relação à família.

Além de ser um período caracterizado por conflitos psicossociais (OZELLA, 2003), há necessidade de integração social, pela busca da autoafirmação e da independência individual. Para Laranjeira (2010), a adolescência coincide ainda com a consolidação da identidade sexual, outra fonte de emoções conflitantes, decorrentes das mudanças que se processam no próprio corpo. Ser adolescente é ser sonhador; é testar a possibilidade de “adulterar”; é ser onipotente e ir sempre na contramão do adulto, ser adolescente é crer que tudo é possível; é ser inconsequente e provedor natural de problemas para o mundo adulto (LARANJEIRA, 2010, p. 373).

Em muitas circunstâncias, o adolescente poderia ser marcado dessa forma, mas rotulá-lo assim, simplesmente, não esgota a complexidade do tema. Outra definição simplista, com base apenas na questão cronológica, é dizer que o adolescente é o ser que está em fase de transição – da infância para adulta –, mais ou menos dos 10 ou 12 anos até aos 20 anos. Embora tais caracterizações estejam presentes nesse período, conhecido por adolescência, não se pode reduzi-lo apenas a elas, pois é na adolescência que aflora todo o processo de desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo [...] (LARANJEIRA, 2010, p. 40).

Ozella et al. (2003) afirmam que a adolescência é uma etapa da vida repleta de turbilhões, na qual ocorrem rápidas, reais e significativas transformações físicas, psíquicas e sociais, gerando no adolescente uma crise impregnada de instabilidade emocional. Compreende também um momento muito peculiar, em que a criança deixa de ser totalmente dependente dos pais, para adquirir e exigir autonomia. Consequentemente, além da necessidade de formar novos laços afetivos, passa a conviver e interagir mais com o seu grupo de iguais, para se sentir amado e respeitado pelo que julga agora ser.

Para Laranjeira (2010), do ponto de vista psicológico, considera-se que a tarefa básica da adolescência é a obtenção do sentimento de identidade pessoal, por isso, diz que a crise progressiva do processo adolescente é, sobretudo, uma crise de identidade. Para o autor, a adolescência se define por uma série de perdas e aquisições: perda da dependência infantil, obtenção da autonomia adulta, perda da bissexualidade infantil e aquisição da sexualidade

adulta e também perda da comunicação ou linguagem infantil para adquirir uma comunicação ou linguagem adulta.

Surge, então, uma questão muito característica da adolescência: quem sou eu? Os adolescentes têm uma forma diferente de buscar a identidade das formas utilizadas pelas crianças; enquanto estas formam sua identidade infantil por intermédio dos modelos parentais presentes em suas vidas, os primeiros reúnem as várias identificações pregressas, modificando e atualizando-os para formar uma nova estrutura psicológica. No entanto, é uma fase de contradições, confusões, com valores diferentes, doloroso, caracterizado por fricções com o meio familiar e o ambiente circundante. Este quadro, com frequência, é confundido com crises e estado patológico, o que alarma o adulto e o leva a buscar soluções equivocadas [...] (OSÓRIO, 1989, p. 10).

Nesse período de mudanças, é normal que os adolescentes indaguem, duvidem de verdades prontas e se rebelem. Afinal, querem ser diferentes dos adultos e, ao mesmo tempo, pertencem a um grupo. Assim, expressam toda sua energia e criatividade características no estilo de vida, nas roupas, nas gírias, nas artes ou nos esportes. Entretanto tamanha energia pode também ser desviada para atividade de risco ou lesivas ao próprio bem-estar. As substâncias psicoativas particularmente, incluídas aí tanto ilícitas quanto lícitas, têm a perversa capacidade de desviar o curso de vida dos jovens, às vezes, de modo irreversível (SCIVOLETTO, 1999).

A adolescência é um período da vida em que, naturalmente, há dificuldades para se suportar as recorrentes condições de estresse inerentes a ele. Afinal, nessa idade há uma forte carga de pressão social a exigir que os jovens, ao deixarem a infância, tornem-se menos dependentes de proteção e cuidados. A transição de um estado de dependência absoluta para uma condição de autonomia pessoal deve ser um processo assistido, no qual o jovem receba todo apoio necessário dos pais, educadores ou responsáveis (BORDIN, 2010, p. 46).

Segundo Scivoletto (1999), também não se pode esquecer da denominada “crise do adolescente”, que é permeada por conflitos que envolvem

- Perda da identidade infantil (término dos privilégios de crianças *versus* obrigações e responsabilidades impostas).
- Luto pelos pais da infância (acolhimento e proteção *versus* conflito de gerações).
- Alterações corporais (perda do corpo infantil conhecido *versus* transformações corporais incontroláveis e involuntárias).
- Adoção de papéis sexuais (sociais e biologicamente impostos *versus* livre opção).
- Valores morais e éticos (absorvidos dos pais *versus* adquiridos por si mesmo); entre outros (SCIVOLETTO, 1999, p. 141).

A adolescência adquiriu diferentes configurações apenas no século XVIII, só nessa época apareceram as primeiras tentativas de defini-la. No entanto não seria em todo o percurso

da civilização ocidental, mas apenas a partir da modernidade que se poderia encontrar o que se caracteriza hoje como adolescência (OSÓRIO, 1989). A partir dos estudos do autor, passou-se a considerar a juventude como uma fase que só pode ser definida a partir de certas circunstâncias culturais, ou seja, como um fenômeno ocidental moderno. Em nossa sociedade, a juventude seria o testemunho da alteração, não apenas cultural, mas com repercussões subjetivas, que se elaborou na passagem da sociedade tradicional à moderna.

3.7 CONSEQUÊNCIAS DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS DURANTE A FASE INFANTOJUVENIL

Nos últimos 20 anos, de acordo com Laranjeira (2010), os avanços científicos mostram que a dependência é uma doença crônica e recorrente, que resulta de uma interação de efeitos prolongados da SPA no cérebro. Diversos são os fatores ou motivos para o início do uso de substâncias psicoativas na atualidade, pois é possível estabelecer diferentes modos de relação com as drogas, portanto, nem sempre quem as usa ou experimenta desenvolve algum problema relacionado à dependência. De acordo com Scivoletto (1999), crianças e adolescentes que fazem uso contínuo de substâncias psicoativas podem ter o desenvolvimento cerebral comprometido, como risco de manifestações ou agravamento de transtornos mentais (conhecido como diagnóstico duplo), precipitando comportamentos psicóticos, sendo difícil identificar se os sintomas são resultados de doença ativa ou do uso de substâncias psicoativas, pois as pessoas que apresentam transtornos psíquicos tendem a fazer uso de substâncias psicoativas, que os agrava. Laranjeira (2010) explica que, como muitas outras doenças cerebrais, importantes aspectos sociais, culturais, educacionais, de saúde e comportamentais são partes integrantes dessa doença.

[...] O fato de o adolescente apresentar outra doença psiquiátrica pode aumentar o risco de que se torne usuário regular de substâncias psicoativas após a experimentação. Têm-se também as complicações clínicas (ou biológicas) causadas ou acentuadas pelo uso de substâncias psicoativas, no meio das quais estão as doenças que atingem o fígado, o sistema cardiovascular, o pâncreas, o intestino, o sistema nervoso e alguns tipos de câncer. Algumas substâncias psicoativas, quando utilizadas por vias intravenosas, expõem o usuário a doenças, como AIDS, hepatite B e C, entre outras, pelo uso de agulhas contaminadas [...] (CARLINI et al., 2001).

As consequências do uso de substâncias psicoativas, segundo Carlini (2001), são devastadoras em um organismo que está em formação e, portanto, mais vulnerável à ação de uma substância psicoativa. O cérebro é o mais sofisticado e complexo dos órgãos, e, embora

seja formado basicamente na infância, é na adolescência que ocorre o processo de amadurecimento cerebral. Nessa fase, pequenas alterações podem resultar em alterações comportamentais, atingindo o desenvolvimento cognitivo e emocional do indivíduo para o resto de sua vida (ANDRADE, 1999). De acordo com Scivoletto e Andrade (1999, p. 143), “[...] quanto mais cedo se inicia o uso e a dependência de substâncias psicoativas na fase infantojuvenil, maior a probabilidade de ocorrerem atrasos no desenvolvimento e de prejuízos cognitivos, com suas respectivas repercussões”.

Com efeito, a observação clínica de crianças que iniciaram o uso de substâncias psicoativas antes mesmo da adolescência mostra que, na maioria das vezes, são indivíduos desprotegidos e expostos a álcool, tabaco ou outras substâncias de abuso. Nestes casos, a probabilidade de desenvolverem problemas durante a intoxicação e tornarem-se dependentes é maior do que aqueles que iniciaram o uso com 21 anos ou mais. Para Bordin (2010), não existe um fator único que explique a gênese da dependência química. Sabe-se que há um fator genético e hereditário, que, contudo, não resulta suficiente para desenvolver a dependência química. Participam muitos outros fatores predisponentes como ambientais, culturais, midiáticos, psicológicos individuais (como as cresças disfuncionais de que “só é possível se divertir sob o efeito das substâncias psicoativas”).

Outro agravamento, citado por Bordin (2010), reside no fato de o infantojuvenil não ter meios próprios para conseguir dinheiro, não possuir recursos para a manutenção do uso e desembocar na prática de atividades ilícitas, como prostituição, tráfico de substâncias psicoativas, roubos e furtos, de violência, sendo esta última a principal causa de morte dos adolescentes usuários. Nessa direção, segundo o discurso de Carlini (2001), cabe à sociedade civil organizada combater ao máximo a violência social vigente, que impede uma grande parcela de jovens de ter acesso aos bens públicos. Diante disso, são fundamentais a elaboração e a execução de políticas públicas, em especial nas áreas da educação de boa qualidade, oportunidade de habilitação profissional, geração de emprego e renda e saúde. Esse parece ser um dos mais eficientes caminhos de, se não evitar, pelo menos protelar ao máximo possível as crianças e os adolescentes de envolverem-se com as substâncias psicoativas e as consequências disso. Evidentemente a questão é bem mais ampla, pois implica a necessidade de um olhar que abranja não apenas crianças e adolescente, como também a família e, até mesmo, a comunidade onde se encontram inseridos.

3.8 JUVENTUDE BRASILEIRA: DIFERENÇA E DESIGUALDADES SOCIAIS

A categoria juvenil, como etapa específica do desenvolvimento humano, inserida entre infância e idade adulta, é fato relativamente recente da humanidade. A partir da segunda metade da década de 1990, o tema da juventude começa a ganhar projeção e complexidade no espaço público brasileiro, ao mesmo tempo em que aumenta a proporção de jovens de 15 a 24 anos no conjunto da população nacional, cresce o reconhecimento de que a juventude vai muito além do período da adolescência, seja do ponto de vista etário, seja nas questões que a caracterizam. Diante desse quadro, os projetos e ações dirigidos aos jovens exigirão outras lógicas, além da proteção garantida pelo ECA.

Além disso, graças à ação dos próprios jovens, assim como de ONGs e outros segmentos, surge a necessidade de reconhecê-los como sujeitos de direitos, fato que ganha força e legitimidade. De modo geral, os jovens passaram a chamar a atenção da sociedade, como vítimas ou protagonistas de problemas sociais (NOVAIS, 2003). Múltiplos projetos e ações foram criados, dirigidos majoritariamente a essa faixa etária, salientando, principalmente, as questões da violência, desemprego, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, substâncias psicoativas ilícitas. À medida que estas últimas adquiriam destaque entre as preocupações na sociedade, mais os jovens se identificavam com elas, reforçando no imaginário social a representação da juventude como um problema.

Mas afinal o que é ser jovem? Pode-se dizer que é comum falar de “juventude” segundo um conceito formado cultural e historicamente. Tem-se uma mudança dessa definição no tempo e no espaço que tem reflexo nas disputas políticas, no campo econômico e também entre “gerações” (NOVAIS, 2003, p. 26). Para muitos, a definição de jovens é ter entre 14 a 24 anos, no entanto esses limites de idades não são fixos (NOVAIS, 2003). Para os que não têm direito à infância, a juventude começa mais cedo. E, ao mesmo tempo, o aumento da expectativa de vida e as mudanças no mercado de trabalho permitem que muitos percam o denominado tempo da juventude que é até os 29 anos. Com efeito, qualquer que seja a “faixa etária” estabelecida, jovens da mesma idade sempre viverão juventudes diferentes, visto que a desigualdade social torna isso mais evidente. Esse recorte se explica claramente na relação escola/trabalho; quando e como um jovem começa a estudar ou trabalhar; e quando e como para de estudar ou de trabalhar, e as respostas a essas questões expõem as fissuras de classe presentes na sociedade.

A “juventude”, por seus característicos, sua perplexidade e ambivalência, que alterna dúvida e construção de certezas, manifesta momento de desequilíbrio e

descontentamento, e assim surge como categoria propícia para simbolizar dilemas contemporâneos. Nos jovens, o desejo de experimentar o novo está acompanhado por incertezas, pela avidez de conhecimentos, pelo espanto e indefinições cotidianas de uma realidade que, simultaneamente, atrai e atemoriza. A juventude catalisa as tensões sociais como também as exterioriza – é vitrine de conflitos sociais. A sociedade escolhe um protagonista da violência atual, vítima e ator – a juventude – que estão corporifica o estigma de responsável pelo “perigo generalizado”. Os jovens passam a ser associados à rebeldia. Esta condição é acirrada quando alguns grupos juvenis expressam atitudes que levam a normas e padrões sociais novos [...] (FEFFERMANN, 2006, p. 12).

Os jovens aparecem como retrato de projeto da sociedade, considerando-se que as questões que envolvem a juventude remetem a um tema central, o “lugar” da juventude na sociedade, na cidade e na política, pois é se ocupando o espaço na sociedade e na política que se define a preparação para o futuro e a cidadania. Esse é o momento demográfico da onda jovem. São 34 milhões de pessoas entre 15 e 24 anos e essa onda é vista no Brasil como um risco de marginalidade, de violência, risco de risco. Ser jovem, no século XXI, significa ter o destino apoiado em um cenário, embora cada vez mais tecnologicamente globalizado, socialmente ainda excludente. O desafio da futura geração pode ser resumido em três palavras: autonomia, solidariedade e competência (NOVAIS, 2003).

4 RECONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA IMPLANTAÇÃO DA ALA DE ATENDIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ – HUOP

4.1 A ALA DE DESINTOXICAÇÃO

Em 20 de março de 2007 foi inaugurada a Ala de Desintoxicação do Hospital Universitário do Oeste do Paraná – HUOP - para crianças e adolescentes de ambos os sexos, com dependência química. A constituição desta ala faz parte de um mandato judicial, o Ministério Público do Estado do Paraná, por meio da 6ª Promotoria de Justiça da Comarca de Cascavel, conforme o ofício nº 375/2005 – M, em 1 de agosto de 2005, que notifica os diretores do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, com a seguinte redação:

Considerando a necessidade de abertura imediata de leitos psiquiátricos no HUOP, procedemos à recomendação administrativa ao Reitor da Universidade do Oeste do Paraná, e para conhecimento desta administração, estamos remetendo cópia da citada recomendação (HUOP, 2005, p. 1).

Em 12 de agosto de 2005, a *Gazeta do Paraná* apresentou a primeira reportagem noticiando o fato de que o Ministério Público estabeleceu um prazo de 60 dias para o HUOP adequar os 10% dos leitos que deveriam ser destinados a pacientes com surtos e em crises.

O Hospital Universitário do Oeste do Paraná tem 60 dias para começar a atender pacientes psiquiátricos de Cascavel e região, prazo dado pelo Ministério Público para o Reitor da UNIOESTE. Por lei, o HUOP terá que destinar 10% dos leitos aos pacientes com surtos e crises de ordem psiquiátrica (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2005, p. 14).

Depois de quase um ano, o pedido da promotoria não havia sido cumprido. O *Jornal Hoje*, do dia 25 de agosto de 2006, apresentou uma reportagem abordando o assunto, em que o Ministério Público entrava com outra ação por não cumprimento do HUOP, na qual pedia que 10% dos leitos fossem disponibilizados para atendimento psiquiátrico de adolescentes. Uma semana antes, o juiz da Infância e Juventude concedeu antecipação de tutela, determinando que a instituição disponibilizasse 10% dos leitos do hospital para tal finalidade em um prazo de seis meses.

Naquele mês, no dia 25 de outubro, o jornal *Gazeta do Povo* informou que a direção do HUOP optara por ceder 17 leitos de enfermagem clínica médica à nova ala psiquiátrica, devendo

ser criada até o dia 18 de fevereiro do ano seguinte. No entanto, segundo o diretor clínico, a medida poderia prejudicar ainda mais o atendimento do HUOP, pois, para obter espaço para a ala psiquiátrica, era necessário o fechamento de leitos de outros setores. Para o cumprimento da ação civil pública 273/06 e do mandato judicial, a direção do Hospital Universitário encaminhou para o magnífico reitor, no dia 30 de outubro de 2006, o memorando de nº 132/2006 (HUOP, 2006, p. 1).

A organização da ala consistiu em uma tarefa complexa, contemplada por inúmeras variáveis. De acordo com as reportagens jornalísticas do período, é possível observar que um dos maiores problemas enfrentados para a abertura da Ala de Desintoxicação sempre foi a questão do tipo de pacientes que seriam atendidos (crianças e adolescentes dependentes químicos). No Brasil, o enfrentamento e o tratamento da dependência química por muito tempo foram atividades relegadas a um segundo plano, sendo associadas à criminalidade e tendo serviços com base na exclusão dos usuários do convívio social (NOVAIS, 2003). As iniciativas do governo federal estavam restritas a poucos serviços ambulatoriais ou hospitalares, em geral vinculados a programas universitários.

Tamanha era a resistência desse hospital em cumprir a determinação judicial, que, depois de anunciar o local para o atendimento da Ala Psiquiátrica, a qual já tinha sido informada ao magnífico reitor, à Regional de Saúde, e à imprensa local, no dia 26 de novembro de 2006, o jornal *O Paraná* voltou a informar que o HUOP queria o fim da exigência da Ala Psiquiátrica, pois, segundo a direção, seria defendida, em uma reunião do Conselho Municipal de Saúde, a revogação da solicitação da justiça para criação de 17 leitos. O objetivo do hospital seria fazer com que o Conselho Municipal de Saúde buscasse uma alternativa para essa questão, ou que o juiz que decretou a medida revisse a sua posição (O PARANÁ, 2006).

Em 11 de dezembro 2006, às 14 h, aconteceu a primeira reunião da Comissão Estadual de Saúde Mental – CESM, para tratar da implantação da ala psiquiátrica do HUOP, em que se estiveram os representantes do Conselho Municipal de Saúde, do Hospital Universitário, da Regional de Saúde e um da Secretaria de Estado da Ciência e Tecnologia (SETI). A reunião tinha o tema “crise no Hospital Universitário de Cascavel” e, nela, foi apresentado o pedido da direção do HUOP à revogação da determinação da justiça para a implantação da ala. Entretanto, no depoimento, o chefe da 10ª Regional de Saúde, “falando da Ala Psiquiátrica, não tem mais o que ser discutido, o que temos a fazer é cumprir a decisão judicial” (HUOP, 2006).

Inúmeras foram as dificuldades relatadas pela direção do HUOP e depois de muita discussão, no dia 12 de fevereiro de 2007, a direção geral desse hospital encaminhou o memorando de nº 025/2007-DG para o reitor:

Considerando a readequação física da área destinada aos leitos de psiquiatria;
O Ofício nº 010/2207- DG, encaminhado a 10ª Regional de Saúde, em anexo, solicitando a pactuação do fluxo para abertura da Ala Psiquiátrica;
O remanejamento dos leitos e dos funcionários de enfermagem de outros setores para Ala Psiquiátrica. Informamos a Vossa Magnificência que foram cumpridas as providências, objetivando o atendimento a Decisão Judicial nº 273/2006 (HUOP, 2007, p. 1).

O local para atendimento da Ala de Psiquiátrica ficava anexa ao Pronto-Socorro e encontrava-se dividida por três quartos, uma sala para atividades terapêuticas e para alimentação e um posto de enfermagem, como mostrado pelo *Jornal Hoje*, no dia 22 de fevereiro de 2007. Os 17 leitos da Ala Psiquiátrica foram instalados, porém ainda faltavam alguns ajustes a serem definidos, como a regulamentação do atendimento por parte da 10ª Regional de Saúde para iniciar o atendimento (HUOP, 2007).

Com a ala pronta, começaram as expectativas para a inauguração: várias reportagens circularam pela cidade sobre a inauguração. Assim, em 20 de março de 2007, foi inaugurada a Ala Psiquiátrica (que hoje se denomina Ala de Desintoxicação), por meio da ação civil pública 273/2006 e pelo mandato judicial que determinou a criação da disponibilidade de 10% dos leitos para a rede pública de saúde mental para atender a crianças e adolescentes.¹

A ala conta com 17 leitos, sendo três para crianças até 12 anos e 14 para adolescentes de 12 a 17 anos, 11 meses e 29 dias. A Ala de Desintoxicação ficou conhecida popularmente entre os funcionários do HUOP como “Ala Psiquiátrica”, exclusiva para pacientes com transtornos psiquiátricos, decorrentes do uso de substâncias psicoativas, conforme explicitou o diretor geral, Alberto Pompeu, em sua declaração para a *Gazeta do Paraná*, em 9 de fevereiro de 2007.

O HUOP oferece atendimento a crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas, em regime de internação voluntária, com consentimento do responsável; involuntária; e compulsória em hospital geral, e a princípio, quando a ala foi criada, seu objetivo era a desintoxicação. A título de esclarecimento, “a desintoxicação é o processo de interrupção segura do uso de uma substância” (LARANJEIRA, 2010, p. 363), ou seja, o indivíduo é

¹ Informações obtidas por meio de cópia do ofício nº 011/2007 DG, do HUOP, a Jorge Luiz Vieira Trannin, diretor da 10ª Regional de Saúde (na época), Cascavel, Paraná, tendo como assunto o fechamento de leitos hospitalares em outras alas para a abertura da ala psiquiátrica.

afastado dos efeitos das substâncias psicoativas de forma que os sintomas de abstinência possam ser minimizados, com ou sem o uso de medicamento. No entanto, por se tratar de um procedimento clínico, a pessoa necessita de supervisão até se recuperar completamente da intoxicação.

Entretanto, desde a sua criação, a Ala de Desintoxicação tem passado por inúmeras mudanças, que vão desde a área física até o tratamento em si, que tem como objetivos a desintoxicação e a ressocialização. Hoje, a equipe é formada por psiquiatra, psicólogo, enfermeiros, técnico de enfermagem, assistente social. A partir de 2010, houve mudança de espaço físico, a ala foi transferida para uma área mais distante do Pronto-Socorro e passou a contar com cinco quartos, o que dinamiza a distribuição de vagas (entre feminino, masculino e pediátrico), uma sala para televisão, jogos lúdicos e educativos (inclusive com *videogame*), um refeitório, uma recepção/sala de reuniões, um posto de enfermagem, um consultório e uma área externa (com espaço para jogar bola, correr e brincar). Por ser uma ala de atendimento para um público específico, houve a necessidade de uma rotina diferenciada e de uma estrutura que comportasse atividades lúdicas e físicas, fato que aconteceu e continua a ocorrer gradativamente (HUOP, 2010).

Para efeitos da internação, a distribuição de vagas da Ala de Desintoxicação é feita por intermédio da Central de Regulação de Leitos do Estado do Paraná (com sede na cidade de Curitiba e vinculada à 10ª Regional de Cascavel), todos os meses a enfermeira responsável pela unidade passa, para Central de Regulação de Leitos, o número disponível de leitos para aquele mês, pois em muitos casos alguns pacientes permanecem internados por mais tempo. A Central Reguladora de Leitos atende a crianças e adolescentes de todo o Estado do Paraná, a partir de uma solicitação médica, ou por meio de uma ordem judicial. O tratamento na ala diferencia-se de outros tratamentos ambulatoriais, pois tem caráter intensivo de atenção em que o sujeito é afastado do seu convívio social e de suas atividades cotidianas e passa a viver a rotina da unidade, a qual é pautada por regras e um cronograma fixo de atividades.

A Ala de Desintoxicação tem atividades específicas e, como seus objetivos são a desintoxicação e a ressocialização social, segue uma metodologia de internamento conhecida como “**Internamentos por Ciclos**”. O “Ciclo” compreende um período determinado de internamento. Os pacientes permanecem em tratamento por um período no mínimo de 30 dias, podendo ser prorrogados por mais tempo conforme a necessidade daqueles. Os internamentos ocorrem em uma semana de cada mês, de terça a sexta-feira e geralmente se iniciam no dia seguinte à alta dos pacientes do “Ciclo” anterior e ocorrem da seguinte forma: as vagas são

disponibilizadas para a Central Reguladora de Leitos e a mesma encaminha as crianças ou adolescentes nas datas pré-estabelecidas. São crianças e adolescentes de todo o Estado do Paraná, acompanhados pelos pais/responsáveis, munidos de encaminhamento médico ou por ordem judicial. Ao chegar ao hospital, passam por uma consulta com médico psiquiatra. Nessa avaliação inicial, encontram-se presentes outros membros da equipe (enfermeiro, assistente social etc.) (HUOP, 2013).

Os internamentos na Ala de Desintoxicação duravam em torno de 15 dias, conforme preconizado pela portaria 1.612/GM, de 9 de setembro de 2005. Contudo, a partir da observação e das discussões nas reuniões semanais da equipe, constatou-se que o tempo de internamento de 15 dias era demasiadamente escasso para assegurar o tratamento proposto pela equipe do setor para os pacientes, tendo-se em vista que cada um tem suas necessidades específicas, e muitos deles necessitam de outras avaliações e tratamentos que o hospital poderia oferecer como tratamentos clínicos, odontológicos, ginecológicos, entre outros, como também reuniões de rede, encaminhamentos para outros serviços, acolhimento, medidas protetivas do Estado e outros encaminhamentos que a equipe acredita que sejam necessários no pós-alta, tendo em vista que muitos dos pacientes são moradores de municípios pequenos onde não são contemplados com uma rede de atendimento estruturada, o que não lhes permitia a continuidade do tratamento ou acompanhamento social necessário para sua reinserção social (HUOP, 2012).

Outro ponto observado e que se revelou decisivo para que houvesse mudanças na duração do tempo e na sistemática da internação foi o fato de que, a cada vez que ocorria uma nova internação, os que já estavam internados por algum tempo sofriam um processo de estresse, como se houvesse regressão no tratamento. Essa situação dificultava o trabalho da equipe no sentido de estabelecer uma relação salutar entre os que estavam em tratamento e os novos internos. O processo era dificultado para a equipe manter as atividades rotineiras do setor, o que tornavam as internações mais tumultuadas e as fugas eram mais constantes. A partir disso, em 2013, considerando-se a peculiaridade de seu público-alvo e o atendimento, iniciou-se uma discussão a respeito da autonomia da Ala de Desintoxicação com respeito à decisão sobre os internamentos. Assim, a equipe propôs fazer uma experimentação diferenciada quanto ao tempo e o modo de internação, criando então o denominado “Ciclo” (HUOP, 2013).

O primeiro internamento na modalidade por “Ciclo” teve duração de 20 dias, conforme previsto na portaria 1.612/GM, de 9 de setembro de 2005, a qual orienta a oferta de suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração. Entretanto, como referido, a equipe constatou a exiguidade do período para todas as atividades optou-se, então, por 45 dias, e foi

feita a experiência por dois ciclos de 45 dias, mas todo esse tempo revelou-se longo, com queixas de desgaste dos profissionais e dos pacientes.² Portanto, o período foi considerado não relevante para o êxito do internamento (HUOP, 2013).

Após as duas experimentações, a equipe chegou à conclusão de que o “Ciclo” deveria ter 30 dias aproximadamente, podendo variar entre 28 e 32 dias. Em face disso, passou-se a dispor de tempo suficiente tanto para os trabalhos em rede que compreendem o trabalho conjunto entre os serviços de atenção básica, escola, conselho tutelar, promotoria, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental e outros que a equipe considere necessários. Esse trabalho em rede de atenção teve início em fevereiro de 2012 e a equipe viu a necessidade deste junto com a rede de saúde e de assistência. Essa articulação tem sido um grande avanço nas questões sociais para os pacientes, pois abrange proteção, escolarização/profissionalização, continuidade do tratamento pós-alta, perspectiva de futuro melhor para crianças e adolescentes e, como pano de fundo, o suporte à família (HUOP, 2012).

As reuniões em rede ocorrem, geralmente, na segunda ou terceira semana em que o paciente está internado. O objetivo da equipe da ala é buscar um trabalho integrado com as equipes de referências para os pacientes internados, visto que só assim o trabalho pode ser potencializado, o cuidado, facilitado e a qualidade de vida dos indivíduos, melhorada. Com relação à alta dos pacientes, o dia é definido em reunião com toda a equipe da unidade que se reúne uma vez por semana. Nessas reuniões discutem-se os problemas de cada paciente e as estratégias que serão necessárias. Definidas essas questões, a equipe decide sobre alta de todos os pacientes que geralmente ocorre em um só dia, podendo ocorrer a necessidade de algum paciente necessitar de mais tempo de internamento por indicação médica ou judicial (HUOP, 2012).

As atividades terapêuticas da unidade, distribuídas nas rotinas diárias, abrangem quatro pontos principais, distribuídos em 1ª avaliação psiquiátrica diária, avaliação psicológica semanal, avaliação com a assistente social semanalmente, 2º tratamento farmacológico para todos os pacientes visando à estabilização de sintomas de abstinência ou outras comorbidades, que oferecem teste e informações sobre HIV, hepatite B e C e demais doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), 3ª oficina de cuidados pessoais e atividades físicas e recreativas, grupo terapêutico familiar, realização de passeios e participação em eventos, 4º atividades religiosas,

² Inclusive por causa do espaço físico reduzido, que acabava sendo extremamente estressante, em se tratando de adolescentes que passam 24 h por dia, sete dias por semana, no regime de internação fechado.

grupo de autoajuda NA, AA e o Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (SAREH), que é um programa educacional do Paraná, implantado pela Secretaria de Estado da Educação (SEED), tendo como finalidade o atendimento educacional para crianças, adolescentes e jovens que se encontram impossibilitados de frequentarem a escola em virtude da situação de internamento hospitalar para tratamento de saúde (PARANÁ, 2010).

5 DADOS DO PERFIL DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDOS PELA ALA DE DESINTOXICAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ HUOP

A base se deu nos dados pesquisados na amostra de 400 prontuários de crianças e adolescentes internados na Ala de Desintoxicação no Hospital Universitário do Oeste do Paraná, no período de 2007 a 2016, e a amostra foi selecionada aleatoriamente entre os mais de 1.000 prontuários existentes. Os critérios de inclusão foram crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas, internados na Ala de Desintoxicação do HUOP, no período de 2007 a 2016. Os critérios de exclusão foram prontuários com informações inconsistentes e/ou com poucas informações, prontuários compreendidos fora do período investigado, duplicidade de registros.

Ressalta-se que foram registradas altas taxas da ausência de informações em vários campos dos prontuários, por esse motivo não foi possível informar em todas as variáveis o número exato dos 400 prontuários pesquisados. Todas as informações existentes nos prontuários são coletadas pela assistente social de plantão, no dia do internamento dos pacientes, e são respondidas pelo o paciente e o responsável deste. Os dados receberão tratamento analítico descritivo e inferencial, usando-se o programa SPSS, que é um *software* aplicativo (programador) do tipo científico. As variáveis sociodemográficas dos infanto-juvenis são idade, sexo, escolaridade, evasão escolar, renda familiar, experimentação, ordem cronológica de consumo de substâncias psicoativas, primeira substância, substâncias de maior uso, modo de obtenção da substância, ocupação, participação de programas sociais, composição familiar, ordem de nascimento, membro familiar com dependência, condições das moradias, procedência, bem como envolvimento em atos infracionais, cumprimento em medidas socioeducativas, comportamento sexual, pacientes que já engravidaram.

5.1 RESULTADOS

Os resultados foram agrupados em oito partes, a saber: caracterização da população estudada; programas sociais, caracterização das famílias; condições das moradias; características do uso das substâncias psicoativas; envolvimento em atos infracionais e consequências psicossociais; caracterização do comportamento sexual; e características dos tratamentos.

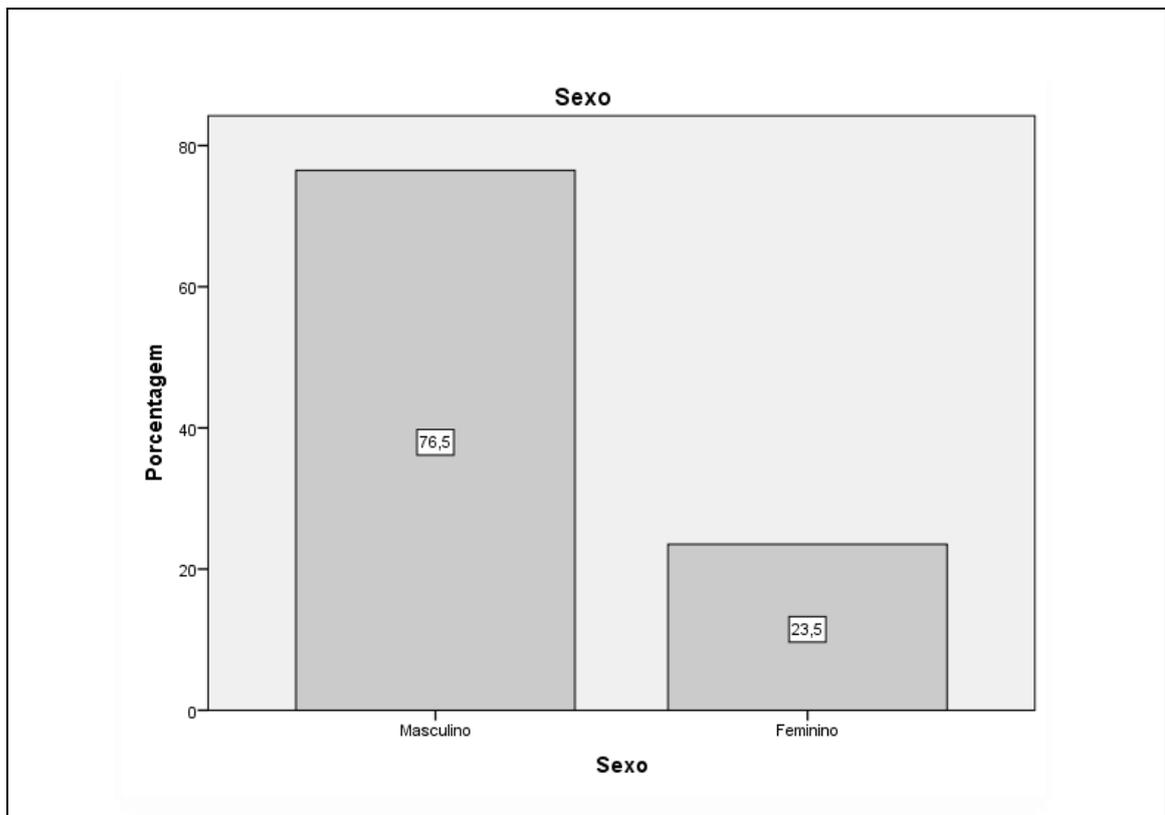
5.1.1 Caracterização da população

Inicialmente, foi descrita a caracterização da população estudada, tal como sexo, idade, escolaridade, evasão escolar, procedência, ordem de nascimento, relacionamento familiar, renda, programas sociais, benefícios sociais.

5.1.1.1 Gênero

A amostra foi construída por 400 crianças e adolescentes de ambos os sexos, dos quais 306 são do sexo masculino, que correspondem a 76,05% dos pacientes internados e 94 do sexo feminino, que chegam a 23,05% dos pacientes (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Distribuição da Amostra por sexo



Fonte: Dados coletados dos prontuários físicos dos pacientes atendidos na Ala de Desintoxicação – 2007/2016

O I e o II Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil e o *Relatório Brasileiro Sobre Drogas* (2009) revelam que, nos anos de 2001 e 2005, o sexo masculino foi o que apresentou o maior índice de uso de substâncias psicoativas tais como

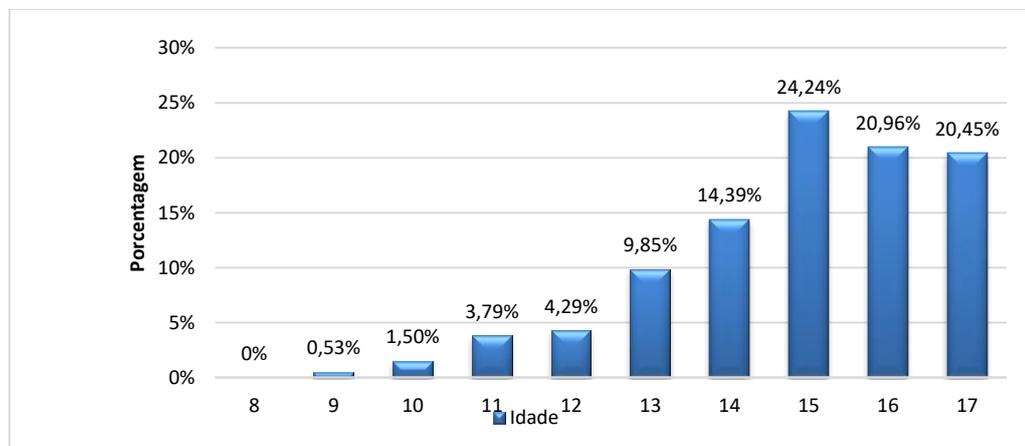
maconha, solventes, cocaína, alucinógenos, *crack* e esteroides. Entre o sexo feminino, o maior consumo foi de estimulantes, benzodiazepínicos, anorexígenos e opiáceos.

Figlie et al. (2010) observam, em relação ao uso de substâncias psicoativas, que as meninas, aparentemente, fazem uso de substâncias psicoativas com menor evidência dos prejuízos sociais. Esse fato pode levar essa população à exclusão dos tratamentos vigentes, concentrando-se na população masculina que, geralmente, demonstra mais seus prejuízos sociais em decorrência do uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2004).

5.1.1.2 Faixa etária

Com relação à idade dos pacientes que compõem a amostra analisada, a idade mínima registrada foi de oito anos de idade e a idade máxima, de 17 anos e 11 meses (limite determinado por questões legais, pois, ao se completar 18 anos, ingressa-se na maioridade). A idade média registrada é de 14,88 anos, a mediana é de 15 anos, sendo que a maioria das crianças e adolescentes se apresentava na faixa etária entre 15 e 17 anos (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição da Amostra por Idade



Fonte: Dados coletados dos prontuários físicos dos pacientes atendidos na Ala de Desintoxicação – 2007/2016

Conforme Laranjeira (2010), a adolescência é marcada pela distinção no uso de roupas, acessórios, tatuagens, músicas e linguagens próprias. Compreende um período da vida quando se aprofundam as condições de vulnerabilidade e aumentam os riscos de se iniciar precocemente o uso de substâncias psicoativas. Portanto, representa um período em que o risco para a experimentação e o uso de substâncias psicoativas aumenta significativamente, podendo ser intensificado conforme as condições ambientais, familiares e individuais.

5.1.1.3 Escolaridade

Quadro 1 - Grau de Instrução

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Sem instrução	1	0,3	0,3	0,3
Ensino fundamental incompleto	320	80,0	89,9	90,2
Ensino fundamental completo	3	0,8	0,8	91,0
Ensino médio incompleto	32	8,0	9,0	100,0
Total	356	89,0	100,0	
Ausente Sistema	44	11,0		
Total	400	100,0		

Fonte: Dados coletados dos prontuários físicos dos pacientes atendidos na Ala de Desintoxicação – 2007/2016

Quanto ao grau de escolaridade, foi encontrado em (n=320) prontuários, dos 400 prontuários analisados, que 89,9% da amostra possuem ensino fundamental incompleto (entre 5º ano e o 9º ano); 0,8% (n=3) declarou ter ensino fundamental completo (9º ano); e 9,0% (n=32), ensino médio incompleto (Quadro 1). O ensino fundamental tem duração de nove anos, sendo a matrícula para pessoas com idade de seis e 14 anos. Considerando-se a idade média de 14 anos da população estudada, era esperado que já tivessem completado o ensino fundamental ou terminando o ensino médio aqueles que tinham mais de 14 anos. Essas informações demonstram que a população da amostra está em situação de desempenho escolar abaixo do ideal para a sua idade.

5.1.1.4 Evasão escolar

Quadros 2 - Pacientes que frequentavam a escola no dia do internamento

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Não informado	0,3	0,8	0,8	0,8
Sim	132	33,0	36,3	37,1
Não	229	57,3	62,9	100,0
Total	364	91,0	100,0	
Ausente Sistema	36	9,0		
Total	400	100,0		

Fonte: Dados coletados dos prontuários físicos dos pacientes atendidos na Ala de Desintoxicação – 2007/2016

No que diz respeito à evasão escolar (Quadro 2), dos 400 prontuários, em 364, verifica-se que o índice de abandono escolar é bastante expressivo, 62,9% não estavam frequentando a escola no dia do internamento. Uma das principais consequências psicossociais, observadas entre essa população atendida, é que esse fator acentua consideravelmente a questão da vulnerabilidade do adolescente, uma vez que a escola é um dos locais mais propícios para estratégias de socialização e prevenção. Não se podem relatar os motivos de tal fato, visto que estes não constavam nos prontuários.

Conforme Minayo (2005), a negação das consequências do uso de substâncias psicoativas faz parte do quadro de dependência, especialmente entre os jovens. Os adolescentes que fazem uso de substâncias psicoativas são menos propensos a aceitarem as consequências negativas do uso destas, acreditam que usá-las é normal ou que a maioria das pessoas o faz e, por extensão, que o abandono da escola não traz nenhum prejuízo.

5.1.1.5 Ordem de nascimento

Quadro 3 – Ordem de Nascimento Ocupada pelos Pacientes

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Caçula	78	19,5	23,1	23,1
Filho intermediário	69	17,3	20,4	43,5
Primogênito	191	47,8	56,5	100,0
Total	338	84,5	100,0	
Ausente Sistema	62	15,5		
Total	400	100,0		

Fonte: Dados coletados dos prontuários físicos dos pacientes atendidos na Ala de Desintoxicação – 2007/2016

A maior prevalência de internação é de filhos primogênitos, seguidos pelo filho mais jovem (caçula) e intermediário (Quadro 3). Conforme Moreira (2009), tradicionalmente, os filhos primogênitos desempenham uma posição específica diante dos outros irmãos: são os mais cobrados, e esperam-se deles papéis de responsabilidade como zelar pelos mais novos e pelos pais. Na história, sempre foram considerados os primeiros na linha de sucessão patriarcal como também na concessão de títulos de nobreza. Em se tratando de dependência química, no entanto, embora a amostra tenha apontado o primogênito como o mais frequente nos casos de internação no HUOP, não foram encontrados outros estudos que apontem ou justifiquem esta predisposição.

5.1.2 Programas sociais

5.1.2.1 Pacientes vinculados a um programa social e quais programas

Com relação a algum vínculo com programa social, dos 400 prontuários, em 264 constavam as informações de que 29,9% (79) têm vínculo com algum programa social oferecido como política pública pelo governo seja municipal, estadual ou federal. O Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS AD) foi citado por 22,1% dos entrevistados, sabe-se que esse centro faz parte da política pública de saúde do Estado, talvez haja esse entendimento pelo fato de o CAPS AD oferecer, além do tratamento, algumas atividades como música, pintura, entre outras. Outros programas citados foram o Centro de Estudo do Menor e Integração na Comunidade (CEMIC) 2,9%, Profan 1,5%, Centro de Referência de Assistência social (CRAS) 13,2%, Guarda Mirim 2,9%, Clube de Mães 1,5, ProJovem 11,8%, Menor Aprendiz 2,9%, Rua da Cidadania 2,9%, NA Francisco Beltrão 1,5%, Música 1,5%, Futebol 14,7%, Programa de Educação Tutorial (PET) 4,4%, Aula de Reforço 2,9%, Atitude 1,5%, Centro da Juventude 1,5%.

Nota-se, portanto, que o uso ou a dependência química estigmatizam em face do baixo número de pacientes com algum vínculo com os programas sociais. Conforme Freitas (2003), a desmistificação do mundo da dependência química exige ruptura com a autoimagem, o que leva o dependente químico à perda gradativa da autoestima, perda reforçada pela discriminação social.

5.1.2.2 Benefícios sociais recebidos pelos familiares

Em se tratando de benefícios sociais recebidos pelos familiares, em 213 prontuários dos 400 da amostra pesquisada, 41,8% (n=89) recebem algum tipo de auxílio. No tocante ao tipo de benefício recebido, 53,2% (n=83) recebiam Bolsa Família, 1,3% (n=2), Benefício Prestação Continuada (BPCO) 1,3% (n=2), Auxílio Doença, 0,6% (n=1), 0,6% (n=1) PETI, 0,6% (n=1) Tarifa Água Social. Boa parte dos pacientes é beneficiária do Bolsa Família, um programa do governo federal cujo objetivo é a transferência direta de renda, direcionado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza.

Hoje, no Brasil, segundo o mais recente levantamento do perfil da população atendida pelo Programa da Bolsa Família do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o programa atende a 45,8 milhões de pessoas, são 11,1 milhões de famílias. Esses números

representam que um em cada quatro brasileiros recebe auxílio da Bolsa Família. Este contingente, em grande parte, é criança de zero a 15 anos, chegando a um total de 18,6 milhões. O Bolsa Família consiste em um programa de transferência de renda, criado em 2003, pelo então presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, direcionado às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país, o qual busca garantir o direito à alimentação e o acesso à educação e à saúde.³

O programa oferece quatro tipos de benefícios: o básico, a variável, a variável para jovens e a superação de extrema pobreza. Para se receber o benefício, é necessário que as crianças estejam estudando e com a carteira de vacinação em dia. O valor do Bolsa Família varia de família para família, sendo que o primeiro valor é de R\$ 85,00 para famílias cuja renda mensal seja inferior a R\$ 85,00 por pessoa. Outra variável recai no número de filhos, em que a família recebe R\$ 39,00, sendo possível cadastrar no programa até cinco filhos. A família pode receber mais R\$ 46,00 por cada adolescente que esteja estudando, podendo cadastrar até dois jovens por família, o valor total recebido por família pode variar de R\$ 85,00 a R\$ 457,00.

Conforme Freitas (2003), atualmente, tem-se discutido bastante sobre políticas públicas de inclusão social, mas, para que haja desenvolvimento sustentável, é importante ocorrer crescimento econômico. Além disso, são necessários a justiça distributiva, oportunidades, proteção social, como também liberdades políticas e direitos civis. Ainda segundo o referido autor, em consonância com outros pesquisadores, o Brasil é um país desigual, que não chegou a fazer a experiência de um Estado de bem-estar social e a discussão e as políticas de assistência aos excluídos são insuficientes.

5.1.3 Caracterização familiar

Com relação às caracterizações familiares, serão apresentados procedência, composição familiar, membro da família com dependência química.

³ Convém lembrar que, com o golpe, em 2016, do presidente da República, Michel Temer, o número de famílias beneficiadas pelo programa Bolsa Família diminuiu drasticamente.

5.1.3.1 Composição familiar

Com relação à composição familiar, 363 casos da amostra de 400 prontuários pesquisados apresentavam as informações de que possuem pai e mãe. Destes, 99,2% (n=360) dos internos declararam ter mãe viva e 94,4% (n=286) possuem pai vivo. No quesito referente à situação conjugal dos pais, 70,5% (n=249) declararam que os pais são separados; 24,4% (n=86) informaram que os pais vivem em união estável; 4,3% (17) declararam que os pais são falecidos. Ainda com respeito à convivência familiar, 8,3% (n=33) internos informaram conviver com madrasta e 25,3% (101) convivem com padrasto.

Para Figlie et al. (2010), a constituição familiar e a própria definição de família dependem de aspectos como movimentos históricos, contexto cultural, gênero, etnia e época. Ainda conforme o autor, esses aspectos são modeladores de papéis e regras familiares que afetam e influenciam diretamente cada indivíduo e seu sistema. Atualmente, no campo da terapia sistêmica familiar, as famílias são definidas muito mais pelos laços afetivos do que por consanguinidade. Isso reflete em novas configurações, bastantes frequentes, como família com pais separados, avós que cuidam de netos, esposas que contribuem financeiramente, casamentos homoafetivos, famílias socioafetivas, entre outros. Diante dessa perspectiva de novos relacionamentos, de novas composições familiares, as figuras da madrasta e do padrasto passaram a ser comuns em nossa sociedade.

Com relação ao número de irmãos, as fichas de 291 prontuários dos 400 pesquisados continham essa informação. Nestes, 41,2% (n=120) dos internados declararam ter apenas um irmão; 30,6% (n=89) possuir dois irmãos; e 19,6% (n=57), três irmãos. Acima de três irmãos, há um percentual de 8,5% (n= 15) dos casos. Percebe-se que o número de filhos está dentro do esperado para a família brasileira que, conforme o IBGE (Censo Demográfico 2010), apresenta média de 1,6 filhos por unidade familiar, composta em média por 3,3 moradores por domicílio.

5.1.3.2 Renda familiar

No que diz respeito à renda familiar, em 222 prontuários, dos 400 pesquisados, consta que os valores eram correspondentes a um ou até dois salários mínimos. Os valores recebidos pelos pais foram comparados com a tabela dos valores nominais do salário mínimo de 2007 a 2016. Considerando-se somente a renda média familiar, a prevalência dos pacientes internados para desintoxicação no HUOP advém das camadas menos favorecidas da sociedade. Outros dados que reforçam essa conclusão são as famílias que participam de algum programa social,

que representam quase 50% da população estudada. Não significa dizer que a classe mais pobre tenha um consumo maior, ou seja, mais problemático que as demais classes sociais, mas é sabido que se trata de realidades distintas.

5.1.3.3 Relacionamento familiar

No quesito referente a dificuldades de relacionamento com algum membro da família, da amostra de 400, em 315 prontuários constava informação de que 54,3% (n=171) relatam não ter problema com nenhum membro da família; 21,3% (n=67) mencionaram um ambiente conflitivo, citando o pai como o desencadeador da desarmonia. A mãe vem em segundo lugar, com 11,1% (n=35), o padrasto, em terceiro lugar, com 7,0% (n=22) e a madrasta, com 2,3% (n=9), ainda há os que referiram ter dificuldades com o pai e a mãe 2,3% (n=9).

Sabe-se que, diante das dificuldades de se conviver com uma pessoa com sofrimento psíquico (dependente de álcool e outras substâncias), as famílias enfrentam problemas na condução das atividades corriqueiras. Conforme Figlie et al. (2010), quando os familiares não encontram o equilíbrio para lidarem com o problema, os cuidados paternos se tornam inadequados, podendo gerar falta de afeto e desembocar em altos níveis de crítica e hostilidade, disciplina ou supervisão relaxada ou inconsistente.

5.1.3.4 Membro familiar com dependência química

No quesito familiar com dependência química, 326 prontuários, dos 400 pesquisados, informavam que 70,4% (n=195) dos pais são usuários de algum tipo de substância psicoativa. Em 106 prontuários, informava-se que 31,1% (n=33) dos padrastos são usuários. Com relação às mães, 321 prontuários informavam que 29,6% (95) das mães fazem uso de alguma substância psicoativa. As madrastas, em 46 prontuários, 6,5% (n=3), também são usuárias.

Para Figlie et al. (2010), a família, independentemente de sua constituição, classe social ou situação financeira, pode ser surpreendida pelo uso de substância psicoativa por um dos seus membros. E, em uma família com filhos pequenos ou adolescentes, um dos efeitos mais sérios do abuso ou dependência de substância por um dos pais é que essa situação rouba a infância dessas crianças. E, quanto aos filhos adolescentes, é comum a experimentação de muitos comportamentos adultos, incluindo a de substâncias psicoativas.

A maior parte dos estudos dirigidos a essa população concentra-se em entender o alcoolismo parental, associado a características afetivas e comportamentais da criança e do adolescente. De acordo com Figlie et al. (2010), alguns estudos mostram que filhos de usuários de substâncias psicoativas crescem em ambientes caracterizados por falta de aproximação e altos níveis de conflitos entre os membros da família.

5.1.4 Condições das moradias

Como condições dos domicílios, abordam-se o tipo de domicílio, situação destes, tipo de construção, saneamento básico, abastecimento de água, fornecimento de energia e coleta de lixo.

5.1.4.1 Condições domiciliares

Com relação ao tipo do domicílio, das amostras, em 317 prontuários, dos 400 pesquisados, havia a informação de que 90,9% (n=288) moravam em casas; 2,2% (n=7), em apartamento; 6,9% (n=22), em outros modos de habitação. Quanto à situação dos domicílios, 302 prontuários continham informações de 57,9% (n=175) têm casa própria; 25,5% (n=77) moram em casa alugada; 11,6% (n=35), em casa cedida; 1,7% (n=5), em moradia invadida; e 3,3% (n=10), em moradia financiada. Quanto ao tipo de construção, em 279 prontuários, destes, 68,1% (n=190) moram em casa de alvenaria; 21,9% (61), em casa de madeira; 9,0% (n=25), noutros tipos de construção.

Com relação ao saneamento básico, de um total de 249 prontuários que apresentavam a informação, 64,7% (n=161) dos domicílios utilizam fossa rudimentar; 32,9% (n=82) estão conectados à rede de esgoto; e 2,4% (n=6) utilizam outras formas de esgotamento sanitário. Entre os 255 prontuários que apresentavam informações referentes ao abastecimento de água, 98,0% (n=250) declararam ter fornecimento via rede pública; 2,0% (n=5) utilizam poços artesianos ou nascentes. Com respeito ao fornecimento de energia elétrica, em 254 prontuários consta que 95,2% (n=242) têm fornecimento via da rede pública e com relógio próprio; 4,0% (n=10) têm fornecimento improvisado (gato); e 0,8% (n=2) não tem acesso à energia elétrica. O lixo domiciliar é coletado pelo serviço público em 99,6% (n=251) dos prontuários que apresentavam a informação, e apenas um domicílio declarou queimar o lixo produzido.

5.1.5 Características do uso das substâncias psicoativas

Com relação às características do uso de substâncias psicoativas, serão apresentados os dados desde a experimentação, o motivo do uso, a ordem cronológica de consumo de substâncias psicoativas, a substância psicoativa de maior uso e o modo de obtenção das substâncias psicoativas.

5.1.5.1 Experimentação

As interferências dos amigos na decisão do consumir das substâncias psicoativas é um fator preponderante entre os jovens internados na Ala de Desintoxicação do HUOP, aparecem, portanto, como a principal circunstância (Quadro 4).

Quadro 4 – Circunstância em que se deu o primeiro uso

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Ninguém	56	14,0	17,2
	Amigo	236	59,0	72,4
	Irmão	9,0	2,3	2,8
	Pai	4,0	1,0	1,2
	Parentes	21	5,3	6,4
	Total	326	81,5	100,0
Ausente	Sistema	74	18,5	
Total	400	100,0		

Fonte: Dados coletados dos prontuários físicos dos pacientes atendidos na Ala de Desintoxicação – 2007/2016

A associação entre grupos de amigos e uso de substâncias psicoativas já havia sido observada por Scivoletto (1998) que identificou na pressão exercida pelo grupo de amigos como um motivador importante para o início do consumo, sobretudo álcool e maconha. Esse fato é deflagrado a partir do momento em que se amplia a interação social além do círculo familiar.

5.1.5.2 Motivação

Quadro 5 – Motivo do primeiro uso das substâncias psicoativas

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Não sabe dizer	15	3,8	4,8	4,8
Diversão	17	4,3	5,4	10,2
Socializar com amigos	50	12,5	15,9	26,1
Ansiedade	10	2,5	3,2	29,3
Dificuldades com a família	43	10,8	13,7	43,0
Curiosidade	179	44,8	57,0	100,0
Total	314	78,5	100,0	
Ausente Sistema	86	21,5		
Total	400	100,0		

Fonte: Dados coletados dos prontuários físicos dos pacientes atendidos na Ala de Desintoxicação – 2007/2016

A curiosidade foi o principal motivo alegado para o primeiro consumo na vida (Quadro 5). Nesse sentido, Figlie (2010) esclarece que as curiosidades em experimentar estados de alteração da consciência e a busca de prazer ou diversão por meio do uso de substâncias psicoativas podem estar presentes em diversos contextos sociais e fase da vida, especialmente na adolescência.

5.1.5.3 Ordem cronológica de consumo das substâncias psicoativas

A informação quanto aos tipos de substâncias psicoativas utilizadas consta em 370 prontuários, cronologicamente, no decorrer da na vida dos pacientes. Como primeiras substâncias utilizadas aparecem álcool (fermentado) 29,5% (109), álcool (destilado) 24,6% (91), tabaco 18,4% (68), maconha (haxixe) 16,2% (60), *crack* 6,8% (25) e cocaína 4,6% (17). A segunda substância, em ordem cronológica de consumo, foi maconha 31,1% (101), tabaco 28,95 (97), álcool destilado 18,2% (61), cocaína 10,4% (35), *crack* 10,1% (34), inalantes, alucinógenas, álcool fermentado com menos de 1%. Como terceira substância psicoativa aparece maconha (haxixe) 46,0% (122), cocaína 20,0% (53), tabaco 19,6% (52), *crack* 9,1% (24), alucinógenas 2, % (8), inalantes 1,1% (3), anfetaminas, álcool destilado com menos de 1%.

Observou-se que a primeira substância consumida na vida pelos pacientes foi o álcool, seguido do tabaco. Dentre as substâncias ilícitas foi a maconha, seguida pelo *crack*. A segunda substância tem a maconha, seguida pelo tabaco e o álcool em terceiro lugar. Como terceira, há a maconha, seguida pela cocaína. Essa sequência é semelhante à descrita na literatura internacional, ao abordar que, geralmente, a criança e o adolescente iniciam com a substância psicoativa lícita e, depois, passam a fazer uso de maconha e outras (FIGLIE, BORDIN; LARANJEIRA, 2010).

5.1.5.4 Substância psicoativa de maior uso

Quadro 6 - Substância psicoativa mais usada antes do internamento

	Frequência	Porcentual	Porcentagem m válida	Porcentagem acumulativa
Álcool (fermentados)	8,0	2,0	2,6	2,6
Álcool (destilados)	12	3,0	3,9	6,5
Tabaco	19	4,8	6,1	12,6
Maconha, haxixe	183	45,8	59,2	71,8
Cocaína	18	4,5	5,8	77,7
<i>Crack</i>	66	16,5	21,4	99,0
Inalantes	1,0	0,3	0,3	99,4
Não informado	2,0	0,5	0,6	100,0
Total	309	77,3	100,0	
Ausente Sistema	91	22,8		
Total	400	100,0		

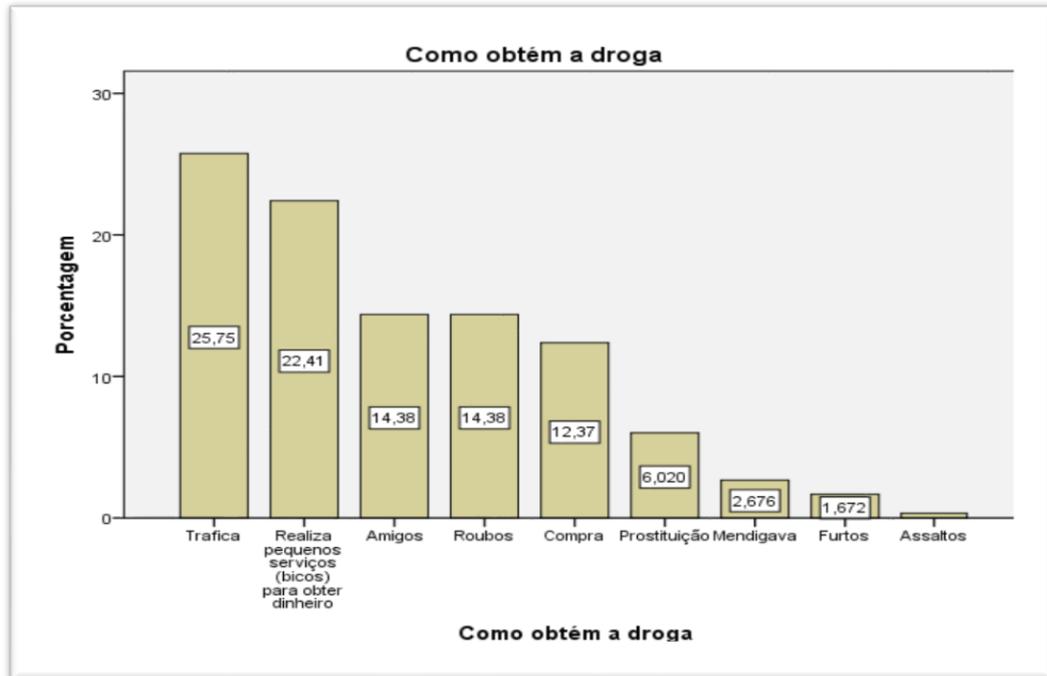
Fonte: Dados coletados dos prontuários físicos dos pacientes atendidos na Ala de Desintoxicação – 2007/2016

Com relação às substâncias psicoativas usadas no dia do internamento, observou-se que os pacientes fazem uso das seguintes substâncias: maconha, *crack*, tabaco, cocaína, álcool, inalantes (Quadro 6). Como substância psicoativa mais consumida, aparece a maconha, seguida pelo *crack* e depois vem a cocaína. Esse resultado difere do VI Levantamento Nacional de 2010 acerca do Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 capitais brasileiras, álcool e tabaco foram as drogas de maior prevalência de uso na vida em todas as escolas. Também foi observado que muitos dos pacientes fazem uso de múltiplas substâncias, sendo poliusuários.

Uma possível explicação para esse fato seria que se trata de uma população na qual o consumo de substâncias ilícitas ocorre em taxas mais elevadas que na população geral.

5.1.5.5 – Modo de obtenção das substâncias psicoativas

Gráfico 3 - Obtenção de Substâncias Psicoativas



Fonte: Dados coletados dos prontuários físicos dos pacientes atendidos na Ala de Desintoxicação – 2007/2016

O uso de substâncias psicoativas nessa população estava associado ao envolvimento em atividades ilegais, conforme se observa no Gráfico 3. A forma mais comum para obtenção das substâncias é por meio do tráfico, seguida pelo roubo, prostituição, furtos e assaltos. Há aqueles que conseguem recursos por meio de pequenos serviços (bicos), outros por meio de amigos, foram registrados também casos de mendicância como forma de obter recursos para comprar as substâncias.

Por meio de seu comportamento, os adolescentes expressam seu estado conflituoso. Suas atividades são impulsivas e, frequentemente, eles se expõem a situação de risco, e o início precoce do uso de substâncias psicoativas tem se mostrado fator de risco para o envolvimento em atividades ilegais, e vários são os fatores que levam um adolescente a situações de risco, porém cada caso apresenta influência maior de um ou de outro fator de risco, sendo que todos os fatores devem ser analisados em conjunto (Freitas (2003)). Ainda conforme o referido autor,

nos adolescentes, o desejo de experimentação e satisfação da curiosidade e o processo de formação de sua identidade adulta, agravada pelo fato de se sentir indestrutível, imune, “imortal”, simultaneamente, atraem e atemorizam, fazendo-o tornar-se alvo fácil dos policiais, dos traficantes e da sociedade.

5.1.6 Envolvimento em atos infracionais e as consequências psicossociais

Será demonstrado o envolvimento em atos infracionais, prisões e cumprimento de medidas socioeducativas.

5.1.6.1 Tipos de crimes cometidos

Quadro 7 – Tipo de crimes cometidos

	Frequência	Porcentual	Porcentagem m válida	Porcentagem acumulativa
Não envolvimento	2	0,5	0,8	0,8
Furtos em lojas/mercado	107	26,8	41,2	41,9
Porte de drogas	81	20,3	31,2	73,1
Falsificação	1	0,3	0,4	73,5
Roubo carro/casa	28	7,0	10,8	84,2
Assaltos	6	1,5	2,3	86,5
Homicídio ou tentativa de homicídio	4	1,0	1,5	88,1
Estupro	2	0,5	0,8	88,8
Prostituição	9	2,3	3,5	92,3
Desacato à autoridade	2	0,5	0,8	93,1
Agressão	18	4,5	6,9	100,0
Total	260	65,0	100,0	
Ausente sistema	140	35,0		
Total	400	100,0		

Fonte: Dados coletados dos prontuários físicos dos pacientes atendidos na Ala de Desintoxicação – 2007/2016

No presente estudo, verificou-se que os tipos de crimes mais praticados pelos pacientes são roubo, com 41,2%, e tráfico de substância ilícita, com 31,2%, estes resultados não diferem com os dados apresentados pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), ao demonstrar que as maiores das infrações cometidas eram por roubo, com 40%, seguido por tráfico de substâncias ilícitas, com 23,5%, e 8,75% por

latrocínio (roubo seguido de morte), 3,4% por furto, 1,1% por estupro e 0,9% por lesão corporal (Brasil 2012).

Além dos indicadores do (IBGE), no mapa da violência de 2011, conforme o Ministério da Justiça do Brasil (2011), entre os anos de 1998 e 2008, os jovens entre 15 e 24 anos destacam-se como as maiores vítimas da violência e como os principais autores dos homicídios. No Paraná, em 2000, a taxa de homicídios entre jovens de 15 a 24 anos era de 33,8% por 100,000 mil habitantes e ocupava a posição 14º no *ranking*. Em 2010, essa taxa passou para 72,4 por 100,000 mil habitantes, ocupando o 6º lugar no cenário nacional.

5.1.6.2 Número de pacientes que cumpriram medidas socioeducativas

Quadros 8 – Pacientes em cumprimento de medidas socioeducativas

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Não	238	59,5	81,5	81,5
Sim	53	13,3	18,2	99,7
Não informado	1	0,3	0,3	100,0
Total	292	73,0	100,0	
Ausente Sistema	108	27,0		
Total	400	100,0		

Fonte: Dados coletados dos prontuários físicos dos pacientes atendidos na Ala de Desintoxicação – 2007/2016

Entre os adolescentes estudados, observou-se que 18,2% deles já haviam passado por internação em cumprimento de medidas socioeducativas. Ressalta-se que 41,2% dos crimes que envolvem os jovens internados na Ala de Desintoxicação do HUOP estão relacionados com roubos e 31,2% relacionados ao tráfico de drogas, seguidos por outros crimes, como informa o Quadro 8 deste estudo. O número de adolescentes envolvidos em atos infracionais tem aumentado a cada ano, segundo os dados do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), órgão ligado à Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, e do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), de 2008 a 2013, no intervalo de cinco anos a quantidade de adolescentes em unidades para infratores cresceu 38%, atingindo 23,1 mil.

Hoje, no Brasil, 17,4% da população encarcerada são de adolescentes e, conforme a mesma fonte, dos adolescentes internados em cumprimento de medidas socioeducativas no Brasil, 75% são usuários de entorpecentes. No Estado do Paraná, o aprisionamento dos adolescentes é

realizado no Centro Socioeducativo (CENSE), conforme determinação do ECA. De acordo com o artigo 98 do ECA, para crianças até 12 anos incompletos cabem somente medidas de proteção e, para adolescentes com até 18 anos incompletos, recebem medidas socioeducativas.⁴

5.1.6.3 Tipos de medidas socioeducativas

Quadro 9 – Tipos de Medidas Socioeducativas

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Não	155	38,8	68,0	68,0
Liberdade assistida	25	6,3	11,0	78,9
Prestação de serviços	40	10,0	17,5	96,5
Centro Socioeducativo	6	1,5	2,6	99,1
Não informado	2	0,5	0,9	100,0
Total	228	57,0	100,0	
Ausente Sistema	172	43,0		
Total	400	100,0		

Fonte: Dados coletados dos prontuários físicos dos pacientes atendidos na Ala de Desintoxicação – 2007/2016

As medidas socioeducativas são medidas aplicadas pelo juiz da Infância e da Juventude a crianças e adolescentes de 12 a 18 anos de idade após a prática de qualquer ato infracional, previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Essas medidas, segundo o ECA (1990), devem ter caráter predominantemente educativo e não punitivo. As medidas são as seguintes, em ordem crescente de responsabilidade:

- advertência: consiste em admoestação verbal, aplicada pelo juiz em qualquer momento do processo;
- obrigação de reparar o dano: é a restituição, reparação ou ressarcimento do dano, quando houver prejuízo patrimonial;

⁴ Por isso, crianças e adolescentes são exploradas pelo tráfico, no sentido de traficarem pequenas quantidades. A criminalização do sujeito consta na lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que, no capítulo III, trata dos “crimes e penas” e o artigo 28 estabelece que “Quem adquirir guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas [...]” (BRASIL, 2006).

- prestação de serviço à comunidade (PSC): consiste na realização de tarefas gratuitas em entidades assistenciais como escolas, hospitais, programas comunitários;
- liberdade assistida (LA): a autoridade designa pessoas capacitadas para acompanhar, orientar e auxiliar o adolescente;
- inserção em regime de semiliberdade: medida que funciona como período de transição para o meio aberto;
- internação em estabelecimento socioeducativo: consiste em medidas privativas de liberdade.

5.1.7 Características do comportamento sexual

Neste tópico serão descritos o comportamento sexual e a gravidez na adolescência.

5.1.7.1 Comportamento sexual

No que se refere à iniciação sexual dos 400 prontuários pesquisados, em 140 prontuários 77,9% (n=111) declararam-se sexualmente ativos. A idade para a primeira relação sexual, segundo Figlie (2010), é de 16 a 17 anos em média, momento esses quando a descoberta da sexualidade não é somente a capacidade de procriação, mas de desejo da relação sexual como forma de prazer e desenvolvimento da independência e individualidade. Dentre os jovens com vida sexual ativa, 39,3% (n=55) informaram ter relações sexuais com o sexo oposto, com diferentes parceiros, 32,9% (n=46) informaram relação sexual com sexo oposto com parceiro fixo. Com relação à opção de parceiros, 2,9% (n=4) relataram relação sexual com parceiros do mesmo sexo, e 2,9% (n=4), com parceiros de ambos os sexos e parceiros diferentes.

Quanto ao uso de preservativo nas relações sexuais, 78,4% (n=80) referiram ter feito uso de preservativo e 15,7% (n=16) informaram que não costumam utilizar nenhum método anticonceptivo. Figlie (2010) explica que, se as relações sexuais são vinculadas ao consumo de substâncias psicoativas, isso poderá aumentar a probabilidade de situações indesejadas – e as vezes graves – na vida do adolescente, principalmente, pela promiscuidade e pela prática de relações sexuais sem as devidas proteções (comum em usuários abusivos, por terem a capacidade de avaliação e o juízo crítico rebaixado sob o efeito do álcool e outras substâncias).

5.1.7.2 Número de pacientes que já engravidaram

Quadro 10 – Pacientes que já estiveram grávidas

		Frequência	Porcentual	Porcentagem m válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Não se aplica	2	0,5	5,0	5,0
	Sim	12	3,0	30,0	35,0
	Não	26	6,5	65,0	100,0
	Total	40	10,0	100,0	
Ausente	Sistema	360	90,0		
Total		400	100,0		

Fonte: Dados coletados dos prontuários físicos dos pacientes atendidos na Ala de Desintoxicação – 2007/2016

A iniciação sexual precoce entre jovens e adolescentes é fator determinante na elevação dos índices de gravidez não planejada e do número de jovens com DST e AIDS, resultantes, em muitos casos, da ausência de conhecimentos referentes à sexualidade e aos métodos preventivos para essas patologias. Dessa forma, aumentam-se os índices de gravidez não planejada. Os resultados desta pesquisa mostram que, dos 40 prontuários das meninas analisados, 30% (n=12) já estiveram grávidas uma ou mais de uma vez.

Por se tratar de adolescentes, pode-se classificar como um número considerável, pois existem casos em que a adolescente já esteve grávida mais de uma vez. A gravidez na adolescência envolve não só problemas físicos, como também sociais e emocionais. A associação de gravidez na adolescência e o consumo de substâncias psicoativas tornam-se uma preocupação maior, considerando-se que, além de trazerem complicação clínica obstétrica e social para a mãe, também ocorrer complicação para o concepto.

5.1.8 Características dos tratamentos

Neste item serão abordados os tratamentos realizados e o perfil de quem procurou tratamento na Ala de Desintoxicação.

5.1.8.1 Tratamentos realizados

Quadro 11 – Tipos de tratamentos já realizados pelos pacientes

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Não	100	25,0	28,2	28,2
CAPES AD	159	39,8	44,8	73,0
Consultório de rua	21	5,3	5,9	78,9
Ambulatório especializado	66	16,5	18,6	97,5
PROFAN	1,0	0,3	0,3	97,7
Entidades religiosas	8,0	2,0	2,3	100,0
Total	355	88,8	100,0	
Ausente Sistema	45	11,3		
Total	400	100,0		

Fonte: Dados coletados dos prontuários físicos dos pacientes atendidos na Ala de Desintoxicação – 2007/2016

O tratamento da dependência é complexo, pois não pode ser dissociado das complicações orgânicas e psíquicas e, por isso, apresenta múltiplos aspectos (SCIVOLETTO, 1998). Observa-se, na pesquisa, que 63,8% da população estudada já haviam realizado algum tipo de tratamento antes de ser internados na Ala de Desintoxicação. As informações indicam que 44,8% fizeram tratamento no CAPS AD, enquanto outros procuraram tratamento ambulatorial, em consultório de rua e em entidades religiosas. Conforme Araújo (2006), o atendimento a dependentes químicos pode caracterizar três etapas principais: primeiro vem a consciência da dependência pelo usuário; depois, a desintoxicação, objetivando a interrupção do uso das substâncias psicoativas, que compreende a fase mais difícil, pela síndrome de abstinência; e a manutenção, cujo objetivo é a reorganização da vida do indivíduo sem o uso de substâncias psicoativas em regime de abstinência ou em uso recreativo.

Para Freitas (2003), a adesão e a efetividade do tratamento para a dependência química permanecem um desafio que tem se mostrado ainda maior entre crianças e adolescentes. A resistência ao tratamento nessa fase da vida é comum dada a simplificação/minimização do problema por parte do adolescente.

5.1.8.2 Responsável pela procura do tratamento na Ala de Desintoxicação

Quadro 12 – Responsável pela procura do tratamento na Ala de Desintoxicação

	Frequência	Porcentual	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Paciente	25	6,3	11,4	11,4
Família	85	21,3	38,8	50,2
Família e paciente	40	10,0	18,3	68,5
Conselho tutelar	17	4,3	7,8	76,3
Determinação judicial	52	13,0	23,7	100,0
Total	219	54,8	100,0	
Ausente Sistema	181	45,3		
Total	400	100,0		

Fonte: Dados coletados dos prontuários físicos dos pacientes atendidos na Ala de Desintoxicação – 2007/2016

A família ou os responsáveis são parceiros fundamentais em ações para tratamento contra as substâncias psicoativas, mas, independentemente do nível socioeconômico, encontram-se mal preparados e inseguros para enfrentarem os desafios relativos a esse uso por parte dos jovens. Com relação à procura por internação na Ala de Desintoxicação, há a família como os principais envolvidos nessa busca, e as internações ocorrem nas modalidades voluntárias, o próprio indivíduo solicita a internação e a família ou responsável autoriza; involuntária, a internação é solicitada pela família ou responsável; e compulsória, o internamento é realizado por ordem judicial. No caso de paciente menor de idade, a internação voluntária é inviável, pois é considerado pela lei incapaz para tal decisão, necessitando sempre da autorização dos pais ou do responsável legal.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O enfrentamento e o tratamento da dependência química de substâncias psicoativas em crianças e adolescentes são um processo complexo e desafiador. Trata-se de um campo permeado de incertezas e dificuldades, no qual não existem métodos infalíveis, visto que não há um tratamento específico para a dependência. Diante disso, a produção de pesquisa na área pode ajudar a obter mais respostas para esse desafio que se configura como um grave problema de saúde pública. Os objetivos centrais desta pesquisa foram identificar o perfil das crianças e adolescentes atendidos na Ala de Desintoxicação do Hospital Universitário do Oeste do Paraná, HUOP e descrever as políticas públicas existentes no Brasil para esse público, como as diferentes formas de enfrentamentos na questão da drogadição na adolescência. Portanto, em um primeiro momento, procurou-se compreender quais são as concepções e diretrizes presentes nas principais políticas públicas, que orientam e prescrevem essas práticas de tratamento.

Os resultados serão discutidos em três partes: 1) uma discussão tratando da trajetória das políticas públicas para crianças e adolescentes no Brasil; 2) uma discussão sobre a resistência da criação da Ala de Desintoxicação e o modelo de tratamento; 3) a análise dos dados da amostra dos 400 prontuários.

6.1 UMA DISCUSSÃO ACERCA DA TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL

Analisar as políticas públicas no Brasil, voltadas para adolescência, exige compreender qual o papel desses adolescentes em nossa sociedade, e de que forma, historicamente, estes vêm sendo contemplados por essas políticas, quais foram as suas prioridades ao longo das últimas décadas e quais as orientações predominantes atualmente. No entanto observa-se que ainda não são oferecidas políticas sociais de caráter universal nem garantido aos jovens brasileiros um patamar satisfatório de acesso ao sistema educativo e igualdades sociais.

Portanto, as políticas sociais não podem limitar-se exclusivamente a uma dimensão de prestação de serviços, é importante pensar na juventude como uma categoria relacional, é preciso abrir-lhe espaços políticos, locais, nacionais e internacionais, ouvi-la na formulação e avaliação de projetos, assumi-la como atriz e parceira no desenho e implementação de políticas públicas. Sabemos que a infância dos pobres sempre foi objeto da política, dentro de um complexo processo de articulação entre Estado, sociedade e as diversas forças atuantes na área,

com suas diferentes visões do problema e estratégias de controle, proteção, legitimação ou repressão. Necessitam-se de políticas públicas capazes de desenvolver efetiva convivência democrática entre iguais, que priorize, com igual ênfase, a liberdade e igualdade dos indivíduos na sociedade.

[...] políticas públicas são um conjunto de decisões e ações destinadas à resolução de problemas. 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 [...] (LEÓN, 2003, p. 78).

Percebe-se que o tema dos jovens já está instalado na “agenda” de quase todos os governantes, mas isso ocorre sem que existam argumentos e acordos sólidos com respeito ao que deve ser feito e o modo de fazer. Sobre as questões estruturais relacionadas à saúde infantojuvenil com dependência química, na história do Brasil, as primeiras ações e programas desenvolvidos pelo Executivo Federal, de caráter específico, surgiram na década de 1980, por meio da criação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD). O programa tentava responder ao avanço da epidemia das DST/AIDS e ao crescimento do consumo de substâncias psicoativas ilícitas.

Naquele período, realizou-se, no país, o primeiro levantamento epidemiológico, referente ao uso de entorpecente, tal estudo coincidiu com a implementação da política norte-americana de guerra às drogas. No Brasil, o enfretamento e o tratamento da dependência química foram, por muito tempo, relegados a um segundo plano, a qual está associada à criminalidade. Dessa forma, a característica geral dessas abordagens foi marcada pela exclusão dos usuários do convívio social. Uma alteração nessa perspectiva foi apresentada na III Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 2001, ali se deliberou que

[...] o atendimento às pessoas usuárias de álcool e outras substâncias e seus familiares seja integral e humanizado, realizado por equipe multidisciplinar, na rede de serviços públicos (UBS, CS, PSF, NAPS, CAPS, hospital-dia e unidade mista para tratamento de fármaco-dependência, serviço ambulatorial especializado, atendimento 24 horas), de acordo com a realidade local [...]. (MS, 2002, p. 61).

Um dos resultados desse esforço é a Política Nacional Antidrogas (PNAD) que prevê a articulação e a integração entre o governo e a sociedade. Está se sustenta em três perspectivas principais: integração das políticas públicas setoriais com a política de substâncias psicoativas, descentralização das ações em nível municipal, estreitamento das relações entre a sociedade e a comunidade científica. Outro ponto importante nessa área é a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente (lei 8.079/90 – ECA), que representou a criação de oportunidades e

uma nova abordagem dos direitos humanos de crianças e adolescentes. Por intermédio de ações nas áreas de educação, saúde, habitação, assistência social, esporte, cultura e lazer, busca-se tecer uma Rede de Proteção Integral. Hoje, o ECA representa uma das lutas mais importantes da sociedade brasileira com relação aos direitos da infância e da adolescência.

6.2 UMA DISCUSSÃO SOBRE A CRIAÇÃO DA ALA DE DESINTOXICAÇÃO, O MODELO DE TRATAMENTO E O CUSTO MÉDIO DE TRATAMENTO POR PACIENTE E OS VALORES PAGOS PELO SUS

O registro historiográfico da implantação da Ala de Desintoxicação do HUOP é de que teve seu início de funcionamento aproximadamente há dez anos. Como fontes para pesquisa desse serviço foram utilizadas informações da mídia jornalística, bem como documentos existentes na própria instituição. De acordo com o material pesquisado, é possível observar a resistência da direção do HUOP à implantação do serviço de atendimento infantojuvenil com dependência química. Essa resistência não partia apenas da direção, como também abrangia setores da classe trabalhadora do hospital e é possível que tenha se fundamentado numa perspectiva vigente já há muito tempo no Brasil e no mundo, ou seja, o isolamento do paciente psiquiátrico. E, ainda hoje, quando se percorrem diferentes setores ligados ao hospital, nota-se que a atenção a esse público usuário de substâncias psicoativas configura-se como uma “questão-problema”.

O Hospital Universitário do Oeste do Paraná é uma entidade pública e todo o seu atendimento é realizado pelo SUS, inclusive a Ala de Desintoxicação. Embora funcione há mais de dez anos, esta ainda não foi credenciada pelo SUS como um serviço de saúde mental. Em face disso, não recebe o pagamento do SUS pela tabela vigente de serviço especializado de saúde mental, são pagos pela tabela vigente como clínicos, com um valor mais baixo e fixo, que hoje é de R\$ 746,70 por paciente, por 30 dias de tratamento. Pesquisados alguns serviços particulares em Cascavel, que prestam atendimento a dependentes químicos adultos, o valor mensal de internamento é, em média, R\$ 3.000,00.

Com relação ao modelo de tratamento do serviço pesquisado, verifica-se que seu programa terapêutico condiz ao modelo “moral de tratamento”, presente de forma direta ou indireta. Segundo Freitas (2005), o “modelo moral” representa o viés mais tradicional de tratamento ao usuário ou dependente químico, tendo a internação como modalidade única de atenção e sem o necessário acompanhamento antes do internamento e na continuidade do

tratamento pós-alta. Freitas (2005) lembra que se vive em uma sociedade brasileira que tem forte raiz autoritária, convive-se com a tortura, com a injustiça e com a limitação da liberdade, gerando nos serviços uma “verdadeira mania de internar”.

Ainda, segundo o autor, apesar das novas políticas de atendimento aos direitos das crianças e adolescentes, instituídas pelo ECA, não ocorre efetividade dessas políticas, ficando comprometidas pelo desinteresse dos governantes e pela ausência de mecanismo eficazes para propor, cobrar, subsidiar e avaliar as políticas sociais. Nessa direção, a prática de tratamento da Ala de Desintoxicação do HUOP não segue o que é preconizado pelos critérios e normativas das leis.⁵

Com base nos aspectos legais da Internação Psiquiátrica de Crianças e Adolescentes com Transtorno Mental, recomendada pelo Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, instituída pela portaria GM 1.608, de 3 de agosto de 2005, as internações psiquiátricas devem ser entendidas como uma modalidade de tratamento mais excepcional. Sempre se respeitando aspectos referentes à liberdade, recomenda-se que as ações sejam voltadas a reverter a tendência de recolhimento de crianças e adolescentes, seja nos campos de saúde mental, social, jurídico, ou da educação. O tratamento deve ser assegurado à criança e ao adolescente de acordo com a sua necessidade de saúde e não em relação à sua condição de privação de liberdade ou ao seu comportamento infracional. Isso porque a internação socioeducativa e a internação terapêutica, embora possuam as mesmas características da contenção física em um ambiente fechado, não apresentam os mesmos preceitos jurídicos, nem iguais objetivos.

A lei 10.216/01, no artigo 4º, define que a internação psiquiátrica deve ser marcada pelas características da excepcionalidade e transitoriedade, devendo esgotar todas as formas de tratamento, e, só quando tais tentativas forem frustradas, adotar a internação. Posto isso, entende-se que a internação deve ser a mais excepcional das modalidades de assistência psiquiátrica para crianças e adolescentes, considerando-se os aspectos relacionados ao preconceito, ao estigma, à baixa resolutividade e todos os malefícios das políticas de isolamento prolongado, sofridos pelos pacientes portadores de transtorno mental.

Ainda no que se refere à internação de crianças e adolescentes na Ala de Desintoxicação, cabe ressaltar que esta não cumpre a recomendação do artigo 12 do ECA que recomenda que todos os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável pela criança ou pelo adolescente nos casos de internação. Segundo Freitas (2005), com a criança e o adolescente em tratamento

⁵ Que define a internação psiquiátrica como a última a ser recomendada tendo em vista sua excepcionalidade.

a presença de alguém próximo contribuirá, evidentemente, para a recuperação daqueles.

6.3 ANÁLISE DOS DADOS DA AMOSTRA DOS 400 PACIENTES

A análise ocorreu por meio de informações extraídas da amostra de 400 prontuários, todas as informações existentes nos prontuários foram colhidas pela assistente social de plantão no dia do internamento, entre o período de 2007 a 2016. Esta análise demonstrou que o perfil das crianças e adolescentes atendidos no HUOP segue, em seus traços gerais, as características de usuários de substâncias psicoativas em tratamento, descritas em outras pesquisas.

Quanto às características gerais da população estudada, a maioria era do sexo masculino com um percentual de 76,5%, enquanto o sexo feminino era de 23,5%. Esse fato pode ser explicado pela hipótese levantada por Carlini (2001) de que as adolescentes consomem menos substâncias psicoativas, como ocorre na população adulta em relação ao consumo de substâncias lícitas e ilícitas que é bem maior entre os homens. Além disso, dados do VI Levantamento Nacional sobre o uso de substâncias psicoativas entre estudantes do ensino fundamental e médio nas 27 capitais brasileiras (CEBRID, 2010) também encontraram maior ocorrência do uso de substâncias psicoativas em meninos. Alguns estudos mostram que os serviços de atendimento a adolescentes são mais procurados pelos homens (SCIVOLETTO, 1997), tais achados podem ser explicados pelas diferenças de padrões de consumos de substâncias psicoativas entre os gêneros.

A média de idade dos pacientes usuários do serviço variou entre oito e dezessete anos. O maior número de usuários foi observado na faixa etária dos 15 aos 17 anos, concentrando-se na dos 15 anos. O uso substâncias psicoativas frequentemente se inicia na adolescência, sendo que, para muitos jovens, a experimentação pode durar pouco tempo, não deixando nenhuma seqüela. Em outros casos, contudo, a experimentação pode levar ao padrão de consumo com graves problemas biopsicossociais (CARLINI, 2001). Para Scivoletto (1997), a ocorrência de problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas é maior quando o início ocorre antes dos 15 anos.

Quanto ao grau de escolaridade, observou-se que os usuários apresentavam algum grau de atraso escolar, pois 89,9% dos usuários possuíam o ensino fundamental incompleto e 9% tinham o ensino médio incompleto. Com relação aos que estudavam no dia do internamento mais de 60% estavam fora da escola, e esta representa um fator de proteção, ou seja, um caminho para inclusão social do cidadão, trata-se do local que a criança e adolescente deveriam

frequentar diariamente. O abandono escolar que caracteriza esse grupo acaba por torná-lo ainda mais vulnerável a assumir comportamento de risco, bem como ampliar a dimensão dos efeitos negativos das substâncias psicoativas.

Neste estudo a renda dos familiares da população estudada é de um a dois salários mínimos, isso confirma que os pacientes internados advêm de camadas menos favorecidas da sociedade. Quanto às características do uso das substâncias psicoativas, conforme as afirmações das crianças e dos adolescentes estudados constatou-se que muitos iniciaram o uso de substâncias psicoativas tanto lícitas como ilícitas por influência de amigos, irmãos, parentes e até mesmo dos pais. Com relação aos motivos que levaram à experimentação, a curiosidade revelou-se como o principal.

De modo geral, vários são os fatores que podem levar um adolescente a usar substâncias psicoativas, no entanto cada um apresenta influência maior de um ou de outro fator de risco, sendo que os fatores devem ser analisados em conjunto (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2010). Alguns fatores normalmente citados são influência de amigos, finalidade de obter prazer, sociabilidade, simples curiosidade e para aliviar alguma sensação psíquica desagradável como angústias, ansiedade, depressão e outros sintomas psiquiátricos mais graves. Neste estudo, observou-se que os pacientes tiveram como a primeira substância psicoativa mais consumida na vida o álcool, com quase 50%, seguido pelo tabaco, evoluído para a segunda, a maconha, seguida pelo tabaco, e a terceira, a maconha e o crack. Essa sequência assemelha-se à descrita na literatura internacional, que mostra que os adolescentes habitualmente começam com substâncias lícitas, seguidas por maconha e outras substâncias psicoativas.

Convém salientar que, quando se procura tratamento para o adolescente por abuso ou por dependência química, geralmente este faz uso de múltiplas substâncias, conforme observou Scivoletto (1997). Fato idêntico foi verificado nessa população, pois se observou nos prontuários que os pacientes faziam uso de mais de uma substância, mas a mais consumida antes do internamento era a maconha, com 59,2%, seguida do *crack*. Outro fato estudado mostrou que o uso de substâncias psicoativas estava associado ao envolvimento com atividades ilegais para consegui-las. O início precoce do uso de substâncias psicoativas tem se mostrado fator de risco para o desenvolvimento de transtorno de conduta como o envolvimento em roubo, prostituição e, sobretudo, adesão ao tráfico de substâncias psicoativas ilícitas como principal ocupação como fonte de renda e para ter acesso à substância para seu uso. Muitos ingressam no tráfico e passam a conhecer as vantagens e as desvantagens disso e outros.

Por fim, com relação às substâncias psicoativas, a prevalência de uso entre os pais das crianças e adolescentes atendidos na Ala de Desintoxicação chega a 70,4%. Algumas condições estão associadas à maior probabilidade do uso de substâncias, sendo considerados fatores de risco, e a dependência química de um dos pais tem sido fator atrativo para o público infantojuvenil. Para Carline (2001), toda dependência tem sua fonte inspiradora na família ou no meio social imediato ou mediato. Ainda, segundo a autora, quando se tratar uma criança ou adolescente com dependência química, é de extrema relevância o tratamento da família, e, embora a criança ou o adolescente não queiram se tratar, começa-se uma mudança na estrutura familiar.

Com relação ao problema de conduta, o envolvimento em atos infracionais foi pesquisado nos 400 prontuários, e em 260 prontuários estava respondido: 92% já estiveram envolvidos em algum ato infracional, enquanto 18,2% cumpriram medidas socioeducativas, 17,5% estavam em cumprimento como medida de prestação de serviço, 11,0%, em liberdade assistida, 2,6% estavam em cumprimento de medidas com privação da liberdade. Diante disso, torna-se evidente que as substâncias psicoativas representam atualmente um importante problema sociopolítico, e as autoridades são convocadas a instrumentalizar novas práticas para responder a esse desafio. Devem-se levar em conta os contextos socioeconômico e cultural em que o problema de conduta ocorreu e considerar que o tratamento do adolescente não deve ser centrado no sintoma (a droga), mas, principalmente, na relação que esse jovem estabelece com essas substâncias em sua vida.

Com relação à família, observa-se que 70,5% fazem parte de um núcleo familiar parental/monoparental. Também se verifica que o número de irmãos está dentro do esperado das famílias brasileiras, ou seja, um número pequeno de filhos. Sobre o relacionamento dos pacientes com a família, muitos afirmaram ter uma relação ruim ou conflituosa com algum membro, sendo o pai com quem ocorrem os maiores conflitos.

Quanto ao tratamento na Ala de Desintoxicação, a maior modalidade de internação foi a involuntária, em que são trazidos pelos pais ou responsável, seguida pela compulsória. A mãe é a principal pessoa que mais acompanha os filhos nos internamentos. Com relação aos tratamentos anteriores ao da ala, muitos da população estudada já haviam recorrido a um em algum momento de sua história, inclusive o regime de internação. Segundo Minayo (2005), a recuperação raramente ultrapassa o índice de sucesso de 30%, tendo-se em vista que a ciência ainda não conseguiu identificar com clareza o perfil desse percentual que consegue ser bem-sucedido no tratamento e o motivo de falha com os outros. O referido autor esclarece que cerca

de 30% de dependentes se recuperam “espontaneamente”, sem recorrerem a nenhum tratamento formal ou a um grupo de ajuda.

O comportamento sexual esteve mais associado ao de risco, com início precoce de atividade sexual, cuja prática é com parceiros diferentes, inclusive se prostituindo. Além disso, observou-se que, das 40 meninas estudadas, 12 já tinham ficado grávidas uma ou mais de uma vez. Nesse sentido, já existem evidências científicas em relação do uso de substâncias psicoativas na adolescência e a prática de comportamento sexual de risco (SCIVOLETTO, 1997).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cabe finalizar esta pesquisa enfatizando-se que não existem “fórmulas mágicas” nem tratamentos infalíveis para se enfrentar uma questão tão complexa na qual houve aumento significativo e notório no consumo e no envolvimento de crianças e adolescentes com as substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. Nesse sentido, torna-se extremamente útil a discussão de temas como fatores de riscos e de proteção como também os princípios da Redução de Danos. O conhecimento de tais fatores e de sua utilização no processo terapêutico pode contribuir muito para a mudança do comportamento aditivo em crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas e ser extremamente eficaz em programas preventivos. Ressalta-se serem vitais trabalhos preventivos, e esta dissertação sugere que se deve investir em programas capazes de sensibilizar não apenas os familiares bem como as escolas, os profissionais de saúde, as comunidades, as autoridades e toda a sociedade civil para a necessidade de se colocarem à frente desse problema tão sério.

Com base nos resultados, e considerando-se as limitações desta pesquisa, foi possível concluir que, com relação às políticas públicas voltadas para essa população, o Brasil incorporou tardiamente a elaboração de políticas que vêm ao encontro das necessidades desse público. E, ainda, existe defasagem entre o que as políticas públicas preconizam para o infantojuvenil e o que realmente é cumprido pelos governantes.

Tratando-se das políticas públicas e da legislação brasileira sobre as substâncias psicoativas e a dependência química, há leis preciosas e avançadas tais como o ECA/1990; na saúde, a lei 10216/2001, a portaria 3088/2011 e o decreto 7508/2011, dentre outras, no campo jurídico, mas existe falta de direcionamento político estratégico para a prevenção, o tratamento, a recuperação, a reinserção social, a redução da oferta das substâncias psicoativas e a melhoria dos problemas sociais que afetam a juventude brasileira como o uso excessivo e dependência química. Percebe-se também a carência de lugares específicos para o atendimento infantojuvenil em relação aos problemas oriundos do abuso de substâncias psicotrópicas, o que contrasta com a amplitude e urgência dessa demanda. Compreende-se que as diretrizes do ECA, do SUS, da política e da legislação sobre as substâncias psicoativas continuarão na instância teórica enquanto não houver o cumprimento dessas leis por todos, atendendo às especificidades das crianças, adolescentes e jovens no contexto atual.

A partir das observações efetuadas no serviço pesquisado e nas incursões de campo que precederam a coleta de dados, quando se percorrem diferentes setores ligados à Ala de

Desintoxicação, observa-se que a atenção a essa população (usuária de substâncias psicoativas) se configura como uma “questão-problema”. Com relação às modalidades de internação, ocorridas na Ala de Desintoxicação, grande parte dos internamentos são involuntários e compulsórios, portanto, compreendem um processo de judicialização do cuidado em saúde mental de jovens usuários de substâncias psicoativas. Este processo acaba por colocar a internação compulsória como uma ferramenta prioritária e, em muitos casos, exclusiva de tratamento para esses jovens.

Da mesma forma, contrariando o que se poderia esperar, o Judiciário e o Ministério Público têm sido convocados a agir quando esses jovens passam a despertar a atenção da sociedade por “causarem problemas”. Nessas situações, ao responder a essas convocações, o Judiciário age, muitas vezes, em sentido oposto ao que preconizam a lei nº10.216/01 no seu artigo 4º, e o artigo 101 do ECA que prevê que a internação em regime fechado seja a mais excepcional das modalidades de tratamento. De acordo com esta normativa do ECA, diversas outras formas de tratamento devem ser tentadas antes da internação, assim, tal procedimento é admitido quando todas as demais tentativas forem frustradas. As internações involuntárias e compulsórias podem ocorrer desde que se respeitem os requisitos legais. O agravante é que, embora sejam revestidas de discursos de proteção e cuidado, as internações vêm sendo utilizadas como mecanismos de controle, punição, ou seja, uma postura centrada na repressão à produção e ao consumo de substâncias ilícitas.

Aqui se retoma a questão da falta de preparação dos profissionais ligados à rede de atenção, incluindo-se a atuação dos juízes, os quais determinam o cumprimento de medidas, encaminhando crianças e adolescentes para internamentos, muitas vezes desconhecendo a complexidade da problemática destes ou as concepções que embasam as práticas desses locais. A política pública, como está sendo empregada hoje, conta com o apoio do clamor popular e simplesmente recolhe e segrega o dependente de substâncias psicoativas, com a nítida postura punitiva. Nesse sentido, buscar as formas julgadas mais “eficazes” e “instantâneas” de “recuperação, e que repetem, não por acaso, o mesmo modelo segregacionista e excludente de que sempre foram vítimas os adolescentes, agora o é pela caneta do Estado-Juiz: “tratar” e “recuperar”.

A título de conclusão, enfatiza-se a forte resistência a tratamentos alternativos por parte de muitos profissionais de saúde, inclusive de familiares de pacientes. Nestes casos, as internações atendem mais às necessidades de sua família do que às do próprio paciente (decorrentes até da falta de alternativas ao modelo hospitalcêntrico). Outra via de entendimento

do excesso de tratamentos segregacionistas como a internação é entendê-los como parte de uma estratégia repressiva e proibicionista, de controle, em face do uso de substâncias psicoativas, pautado pela lógica da abstinência. Isso ocorre apesar da ausência de resultados positivos e da evidência de consequências negativas que a internação ao longo da vida das crianças e dos adolescentes pode causar. Também, é pouca a tendência a se adotar a forma de abordagem, baseada nos princípios da Redução de Danos. A "lógica" da Redução de Danos não se baseia no ideal de um mundo livre de drogas, no momento em que constata que o uso dessas substâncias acompanha a história da humanidade, ocupando determinado papel nos âmbitos econômico e social. O Ministério da Saúde defende o paradigma de “Redução de Danos Sociais e à Saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) como uma diretriz a ser implementada na rede nacional de atenção. Contudo constata-se que essa orientação é ainda incipiente e convive com uma diversidade de paradigmas e abordagens terapêuticas.

Além desses danos imediatos, deve também ser considerado o elevado custo de recursos financeiros públicos nesses procedimentos duvidosos quanto à sua eficiência e certamente nocivos aos seus pacientes (ou, talvez, vítimas). Estes mesmos recursos são os alegadamente escassos em se tratando de políticas preventivas que passam necessariamente por atuar nos fatores sociais que levam o infantojuvenil a consumir substâncias psicoativas. Para uma população excluída socialmente, a maior prevenção é promover sua inclusão social.

Nesse caso, a história das instituições psiquiátricas como lugares de exclusão dos que, de alguma forma, incomodam ou não se encaixam nos padrões socialmente estabelecidos, perpetua-se na atualidade. Constata-se que o tratamento oferecido na unidade de internação não estabelece um plano terapêutico, capaz de contemplar as necessidades e singularidades dos adolescentes, ou ainda que seja adequado à substância utilizada e grau de abuso, tendo-se em vista que o número maior de pacientes internados é de usuários de maconha e, em muitos casos, uso esporádico.

Salienta-se a questão do direito ao acompanhamento em tempo integral, um dos pais ou responsável pela criança ou adolescente internado (previsto no Estatuto da Criança e Adolescente, em seu Artigo 12), e nota-se que essa recomendação não tem sido cumprida pela Ala de Desintoxicação. Tratando-se de um direito fundamental sob a perspectiva da doutrina da proteção integral, é possível concluir que a presença do responsável pode ser fundamental na recuperação e na aceitação do tratamento por parte do paciente, além de contribuir no aspecto fiscalizatório deste, propriamente dito. Convém lembrar que a população infantojuvenil em situação de internamento é afastada de seus familiares e do seu convívio social e de suas

atividades rotineiras, em troca, assume a rotina da unidade pautada por regras e um cronograma fixo de atividades diárias.

Ao longo deste estudo também foi possível compreender não só a importância das informações contidas nos prontuários dos pacientes para a continuidade e avaliação do trabalho de todos os membros da equipe de saúde, bem como para o ensino, a pesquisa e os serviços públicos de saúde. Entretanto foi notada grande ausência de informações em muitos campos dos prontuários dos pacientes da Ala e isso, sem dúvida, inviabilizou uma análise estatística mais completa e exata. Sendo assim, vale reforçar o quão importante são as informações reportadas nos prontuários. Compreende-se que estas informações são imprescindíveis para a realização de pesquisas referentes ao público atendido e para se estabelecer um planejamento a partir das suas necessidades e faixas etárias, práticas que precisam ser adotadas em todos os serviços voltados para essa população.

Além disso, faz-se necessário que centros de atendimento, como o analisado, pautem seu programa terapêutico, efetivamente, nas diretrizes do SUS e no MS, na Reforma Psiquiátrica e nas concepções que fundamentam o ECA, buscando implementar as diretrizes de integralidade na assistência, tendo como estratégia a participação do usuário no tratamento, já que, sobretudo na adolescência, buscam-se autonomia e definição de identidade. Também são importantes a participação da comunidade, a igualdade na assistência, considerando-se sempre o sujeito e suas motivações profundas, investindo-se em espaços capazes de propiciar acolhimento, continência, escuta e meios de simbolização dos conflitos psíquicos que levam uma criança ou um adolescente ao uso de substâncias psicoativas.

Acreditando-se na possibilidade de transformação dessa realidade, considera-se que a Ala de Desintoxicação deve receber maior atenção e investimentos, pois vem ocupando lugar primordial nesse campo, constatação não exclusiva à Ala de Desintoxicação, mas de outros serviços destinados a esse público. Vale sublinhar que a luta por mais incentivos públicos precisa ser abraçada por todos para que os programas de prevenção abranjam e beneficiem uma parcela bem maior da população, minimizando, assim, de forma bem menos onerosa, a sociedade e diminuindo um problema social de crescente gravidade. Da mesma forma, recomenda-se a criação de mecanismos que garantam a efetivação de um trabalho em rede entre a Ala de Desintoxicação e os distintos equipamentos públicos e sociais. Para que isso seja possível, os serviços devem ser planejados, visando-se às especificidades e dificuldades do trabalho terapêutico com adolescentes, não se tendo a internação em unidade fechada como a primeira opção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A Justiça manda instalar a unidade ate fevereiro. **Jornal Hoje**, Cascavel, 20 de outubro de 2006.

ARAÚJO, T. **Almanaque das drogas**: um guia informal para o debate racional. 2ª ed. São Paulo: LeYa, 2014.

BALARDINE, S. **Políticas de juventude**: conceptos y la experiencia argentina. Última Década. Viña del Mar: Ed. CIDPA, 1999.

BANGO, J. Políticas de juventude na América Latina, cp 2 In: FREITAS, M. V.; PAPA, F. C. (Org.). **Políticas públicas**: juventude em pauta. São Paulo: Cortez: Ação Educativa Assessoria, Pesquisa e Informação: Fundação Ebert, 2003.

BORDIN, S. **Aconselhamento em dependência química** 2. ed. São Paulo: Roca, 2010.

BRASIL. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 12 set. 2016.

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

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

BRASIL. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm#art75> Acesso em: 20 out. 2016.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias/ Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 6. ed. Brasília, DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014a.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**: módulo 1. 7. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014b.

CARLINI, E. A. **II Levantamento nacional sobre o uso de psicotr3picos entre estudantes de 1º e 2º graus** – 1989 - Centro Brasileiro de Informa33es sobre Drogas Psicotr3picas. S3o Paulo: Departamento de Psicologia da Escola Paulista de Medicina, 2001.

CARDOSO, A. C. B. **Conselho tutelar como instrumento de participa33o da popula33o e de efetiva33o da pol3tica social de atendimento da crian3a e do adolescente** f, 175. 2011 Disserta33es (Mestrado em Ci3ncias Jur3dicas e Sociais) – UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul 2011.

CEBRID CENTRO BRASILEIRO DE INFORMA33ES SOBRE DROGAS
PSICOTR3PICAS CEBRID. **I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotr3picas no brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do pa3s. S3o Paulo: Cromosete Gr3fica e Editora Ltda., 2001.

COSTA, J.F. **Viol3ncia e psican3lise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

DELGADO G.P. **Drogas**: desafios da sa3de p3blica. Em: Acelrad G, organizado Avessos do Prazer: drogas, Aids, e direitos humanos. 2º. Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

FEFFERMANN, M. **Vidas Arriscadas** – O cotidiano dos jovens trabalhadores do tr3fico. Petr3polis, RJ: Vozes, 2006.

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em depend3ncia qu3mica** 2. ed. S3o Paulo: Roca, 2010.

HU libera ala na pr3xima semana. **Gazeta do Paran3**, p. 3, Cascavel, 07 de fevereiro de 2007.

HU QUER revoga33o de ala psiqui3trica. **O Paran3**, Cascavel, 26 de novembro de 2006.

HU TER3 de destinar 10% dos leitos a adolescentes. **Jornal Hoje**, Cascavel, 25 de agosto de 2006.

HUOP. Of3cio nº 476/2005-GRE. **Senhor Promotor**. Cascavel, 16 de agosto de 2006.

II Levantamento Nacional sobre o uso de psicotr3picos entre estudantes de 1º e 2º graus – 1989.

HUOP. Memorando nº 003/2007. **Reforma do Pronto Socorro**. Cascavel, 5 de janeiro de 2007.

HUOP Of3cio nº 012/2007 – DG. **Reuni3o**. Cascavel, 14 de fevereiro de 2007.

HUOP. Memorando nº 028/2007 – DG. **Encaminha documento**. Cascavel, 16 de fevereiro de 2007.

HUOP. Memorando nº 025/2007- DG. **Ala psiquiátrica**. Cascavel, 12 de fevereiro de 2007.

JUIZ MANDA HU implantar ala psiquiátrica. **O Paraná**, Cascavel, 20 de outubro de 2006.

LARANJEIRA, M. R. **O tratamento do usuário de crack**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

MARLATT, B. C. Drogas e jovens: abordagem contemporânea. In: FREITAS, M. V.; PAPA, F. C. (Org.). **Políticas públicas: juventude em pauta**. São Paulo: Cortez: Ação Educativa Assessoria, Pesquisa informação: Fundação Friedrich Ebert, 2003.

MINAYO, M. C. S.; SCHENKE, M. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 11, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300002>>. Acesso em: 20 maio 2016.

MINISTÉRIO PÚBLICO dá prazo de 60 dias para HU se adequar. **Gazeta do Paraná**, p. 14, Cascavel, 12 de agosto de 2005.

MINISTÉRIO PÚBLICO exige leitos para pacientes psiquiátrico. **Gazeta do Paraná**, p. 03, Cascavel, 15 de outubro de 2005.

MINISTÉRIO PÚBLICO exige ala com 15 leitos. **Folha de Londrina**, p. 06, Cascavel, 20 de outubro de 2006.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARANÁ. **Ofício** nº 375/2005. Cascavel, 1 de agosto de 2005.

MOREIRA, F. G. O desenvolvimento na adolescência. In: NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. **Dilemas modernos: drogas, família e adolescência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

NOTO, A. R. Os índices de consumo de psicotrópicos entre adolescentes no Brasil. In: PINSKY, I.; BESSA, M. A. (Orgs.). **Adolescência e drogas**. 2. ed., São Paulo: Editora Contesto, 2009.

NOVAES, R. Juventude, exclusão e inclusão social: aspectos e controvérsias de um debate em curso. 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.

PARA ABRIR a nova ala, HUOP terá que fechar leitos de outros setores, alerta diretor. **Gazeta do Paraná**, p. 04, Cascavel, 25 de outubro de 2006.

PIRES, E. K. P. A família e a relação com a droga. In: NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. **Dilemas modernos: drogas, família e adolescência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Glossário de Álcool e Drogas**. Tradução e notas: J. M. Bertolote. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração dos Direitos do Homem**. [s.n.]: UNIC, Rio, agosto, 2009.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório de situação regional sobre o álcool e saúde nas Américas: Um Resumo**, 2015. Disponível em: <www.paho.org/alcoholreport2015>. Acesso em: 20 out. 2015.

OSÓRIO, L. C. **O adolescente hoje**. Porto Alegre: Arte Médica, 1986.

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

RAUPP, L. A. **Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo**. 2006. 56 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – UFRGS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre RS, 2006.

RIBEIRO, M. Organização de Serviço de Tratamento para Dependência Química. In: FIGLIE, N. B.; BORDIM, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. 2. ed. São Paulo: Ed. Roca, 2010.

RIBEIRO, M. O plano de tratamento. In: LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

RODRIGUES, T. **Narcotráfico: uma guerra na guerra**. São Paulo: Desatino, 2003. [Série Elementos].

SCIVOLETTO S. et al. **Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento**. Porto Alegre: Editora Arte Médicas Sul Ltda., 1999.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **Política nacional Antidrogas**. 2011. Disponível em: <<http://www.senad.gov.br>> Acesso em: 25 jun. 2016.

SENAD. (SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS)/OBID OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. 2010.

SPOSITO M. Trajetória na construção de políticas públicas de juventude no Brasil, cp 3. In: FREITAS, M. V.; PAPA, F. C. (Org.). **Políticas públicas: juventude em pauta**. São Paulo: Cortez: Ação Educativa Assessoria, Pesquisa informação: Fundação Friedrich Ebert, 2003.

SUPERA. Encaminhamento, Interversão breve, Reinserção social e Acompanhamento. FORMIGONI, M. L. O. S. (Coord.). **O Uso de Substâncias Psicoativas no Brasil: módulos 1 e 2**. 5. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

UNIC. CENTRO DE INFORMAÇÕES DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. UNIC: Rio, 2009. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/wp-content/uploads/2014/12/dudh.pdf>> Acesso em: 20 dez. 2016.

UNICEF. FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Genebra, 1989.

UNIOESTE. Ofício nº. 477/220- GRE. **Senhor Secretário**. Cascavel, 16 de agosto de 2005.