

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARINA FORLAN CUNHA NECY

Juventude e as Estratégias de Redução de Danos

A experiência do Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas-
SEAD.

Orientadora: Lucélia Luiz Pereira

Brasília, Outubro de 2012.

MARINA FORLAN CUNHA NECY

Juventude e as Estratégias de Redução de Danos

A experiência do Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas-
SEAD.

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social do Instituto de Ciências Humanas da
Universidade de Brasília como requisito
para a obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social.

Orientadora: Lucélia Luiz Pereira

Brasília, Outubro de 2012.

MARINA FORLAN CUNHA NECY

Juventude e as Estratégias de Redução de Danos

A experiência do Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas-
SEAD.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Ms. Lucélia Luiz Pereira
Orientadora – SER/UNB

Prof.^a Ms. Priscilla Maia de Andrade
Membro interno – SER/UNB

Assistente Social Ms. Cláudia Regina Merçon Vargas
Membro externo – SEAD/HUB

Dedico este trabalho:

Aos meus pais, Regina e Sérgio (In
memoriam);

a minha família;

aos meus amigos e

aos técnicos e pacientes do SEAD.

AGRADECIMENTOS

À Deus que me ama incondicionalmente apesar de todas as minhas falhas e imperfeições;

Aos amigos espirituais por me guiarem nesta encarnação para que eu consiga resgatar minhas dívidas e crescer intelectual e moralmente;

À mamãe, minha heroína que sempre fez o possível para que não faltasse nada a mim e aos meus irmãos. Você é meu exemplo.

Ao papai (In memoriam) e irmãos, Glenda e Pablo, por terem dividido momentos bons e ruins ao longo da vida e que contribuíram para o meu crescimento e formação de caráter.

À minha tia Gladys, tio Renato, Ju, Ciro e João por terem me recebido em sua casa e terem me tratado como filha e irmã durante sete anos de convivência diária.

À minha família extensa que diariamente me mostra que família é o maior patrimônio de alguém.

Aos meus sobrinhos queridos, Pedro Lucas e João Matheus. É por vocês que eu tenho tentado ser alguém melhor.

Às minhas eternas Lulus, por serem companheiras de alegrias e angústias.

Ao meu querido semestre 2º/2006 por todos os inesquecíveis momentos que passamos dentro e fora da UnB.

Às minhas amigas de infância Celly e Themis por continuarem minhas amigas mesmo com a distância.

Ao Ricardo por me dar forças quando eu achei que tudo ia dar errado.

Às assistentes sociais Cláudia Merçon e Érika Suzana minhas supervisoras de estágio no SEAD que desprenderam muito do seu tempo para minha formação profissional.

Aos pacientes do SEAD que eu tive o privilégio de atender. Vocês me ensinaram que a fragilidade do ser humano pode ser fortificada a partir do comprometimento de profissionais em melhorar a sociedade em que vivemos.

E finalmente a prof. Lucélia Luiz Pereira, orientadora, pela compreensão nos momentos difíceis e por não ter desistido de mim. Obrigada professora!

Resumo

A presente pesquisa tem o intuito de verificar em que medida as estratégias de Redução de Danos (RD) auxilia no tratamento de jovens usuários de Substâncias Psicoativas (SPA's) que ingressaram no Serviço de Estudos e Atenção à usuários de Álcool e outras Drogas (SEAD) do Hospital Universitário de Brasília (HUB). Pretende-se com esse trabalho identificar as estratégias de RD adotadas pelos profissionais do SEAD no tratamento dos jovens atendidos bem como discutir a diminuição no uso das SPA's proporcionadas pelas estratégias de RD adotadas pelo Serviço. A pesquisa tem como finalidade também fomentar a discussão sobre políticas públicas para a juventude e sobre a RD. Esta pesquisa fez uso da metodologia qualitativa e apresentou as seguintes etapas metodológicas: 1. levantamento bibliográfico sobre categorias centrais para o desenvolvimento da pesquisa como juventude, políticas públicas, redução de dano; 2. trabalho de campo: a) análise dos questionários de triagem e folhas de evolução dos prontuários de 30 jovens inseridos no SEAD nos anos de 2008 e 2009; b) realização de quatro entrevistas (2 assistentes sociais e 2 psicólogas) com profissionais do SEAD/HUB; 3. análise dos dados coletados e elaboração do TCC. Os resultados dessa pesquisa apontam que a maioria dos jovens abandonaram o Serviço antes da conclusão do tratamento. A análise documental e entrevistas mostraram que os profissionais utilizam as estratégias de RD na maioria dos atendimentos e que em alguns casos, os jovens diminuem a utilização das SPA's em função do tratamento. Destaca-se também que as mudanças no padrão de consumo dos jovens está relacionada a diversos fatores como tipo de usuário (se dependente ou abusador), afinidade com o serviço ofertado, adoção de trabalho em equipe, apoio familiar, aspectos sociais e psicológicos, recursos institucionais etc. Desta forma, as estratégias de RD auxiliam na redução do consumo de SPA's e contribuem para a abstinência a longo prazo.

Palavras-chave: SEAD, juventude, substâncias psicoativas, redução de danos

Sumário

| | |
|--|----|
| Introdução | 9 |
| Capítulo 1. Da conceituação de juventude a elaboração de políticas públicas para este público | 11 |
| 1.1. Adolescência e Juventude | 11 |
| 1.2. Juventude e Vulnerabilidade | 13 |
| 1.3. Políticas Públicas de Juventude | 18 |
| 1.3.1 Primeiras Iniciativas e Advento do ECA | 18 |
| 1.3.2. Pós- ECA, Política Nacional de Juventude e Estatuto da Juventude | 21 |
| 1.4. Serviço de Estudos e Atenção à Usuário de Álcool e outras Drogas- SEAD | 29 |
| Capítulo 2. Redução de Danos | 32 |
| 2.1. Juventude e Redução de Danos | 32 |
| 2.2. Histórico das Estratégias de Redução de Danos | 33 |
| 2.3. Juventude e Redução de Danos no Brasil | 35 |
| Capítulo 3. Metodologia | 44 |
| 3.1. Abordagem metodológica e instrumentos de coleta de dados | 44 |
| 3.2. Seleção de Prontuários..... | 45 |
| 3.3. Levantamento de Dados dos prontuários..... | 46 |
| 3.4. Realização das entrevistas | 47 |
| 3.5. Cuidados éticos | 48 |
| Capítulo 4. Análise dos Dados Coletados | 49 |
| 4.1. Questionários de Triagem..... | 49 |
| 4.2 Folhas de evolução e cadastro geral de pacientes..... | 53 |
| 4.3. Estratégias de Redução de danos – análise documental e entrevistas com profissionais | 55 |
| Considerações Finais | 62 |
| Referências Bibliográficas | 65 |
| Anexos | 69 |

Lista de Abreviaturas e Siglas

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

Comissão Especial de Políticas Públicas de Juventude (CEJUVENTE)

Conselho Nacional de Juventude (CONJUVE)

Drogas Injetáveis (DI)

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

Fundações Estaduais de Bem- Estar do Menor (FEBEM's)

Fundação Nacional de Bem- Estar do Menor (FUNABEM)

Ministério Público (MP)

Ministério da Saúde (MS)

Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (NASAD)

Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID)

Organização das Nações Unidas (ONU)

Política Nacional de Bem Estar do Menor (PNBEM)

Plano de Integração ao Menor (PLIMEC)

Programa Nacional de Inclusão de Jovens (PROJOVEM)

Programa Saúde do Adolescente (PROSAD)

Redução de Danos (RD)

Secretaria de Estado de Saúde (SES)

Secretaria Nacional de Juventude (SNJ)

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida HIV/ AIDS

Sistema de Assistência ao Menor (SAM)

Usuários de Drogas Injetáveis (UDI)

Introdução

Ao longo do tempo tem sido difícil de distinguir adolescência de juventude. Porém, autores e organizações brasileiras e mundiais são categóricos em afirmar que existe um momento comum das duas fases da vida. A população jovem possui várias características que variam de acordo com aspectos culturais, religiosos e econômicos que vivenciam. Isto ressalta a heterogeneidade deste grupo, por isso neste trabalho adota-se o termo “juventudes” como parâmetro de trabalho. Este termo também é utilizado pelo Ministério da Saúde (MS). Aspectos como baixa escolaridade, violência urbana e utilização de SPA's além da dificuldade inerente “do ser” jovem tendem a ser fatores de vulnerabilidade para esta população.

No Brasil, o debate sobre Políticas Públicas para a juventude ganhou maior expressividade a partir da década de 1990. Em 1995 inúmeros eventos ocorreram com o intuito de debater e formular políticas de juventude. Um deles o que se pode considerar como um dos marcos do processo de consolidação de políticas para juventude foi a Lei n.11.129 de 2005 que criou a Secretaria Nacional de Juventude (SNJ), o CONJUVE e o Programa Nacional de Inclusão dos Jovens (Projovem).

A partir do governo Lula o Projeto Juventude fomentou o debate sobre juventude e resultou em seminários que foram a base da elaboração de uma proposta de políticas de juventude para o país. No mesmo período foi criada a Comissão Especial de Políticas Públicas de Juventude da Câmara dos Deputados, cujo objetivo era criar um Plano Nacional de Juventude. O trabalho da comissão juntamente com a participação dos jovens culminou na criação da Secretaria Especial de Políticas de Juventude, Instituto Brasileiro de Juventude e Conselho Nacional de Juventude. A Comissão também foi responsável pela elaboração de projetos de lei instituindo o Plano Nacional da Juventude e o Estatuto da Juventude, este ainda não foi aprovado no Congresso Nacional. Em relação as ações voltadas para a área da saúde, percebe-se que para a juventude a maioria dos programas tem foco na saúde sexual/reprodutiva. No âmbito nacional as ações voltadas para a área da drogadição aparecem em nível institucional como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Programas de Redução de Danos e Consultórios de Ruas. No DF centros de saúde e atendimentos ambulatoriais como o do SEAD também atendem este público.

O paradigma da RD como forma de tratamento de usuários de SPA's teve início na Europa e as primeiras manifestações ocorreram no Reino Unido e na Holanda. Em meados da década de 1980 na Europa o número de Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) infectados por HIV/ AIDS e hepatites era grande o que fez necessárias ações de prevenção destas doenças entre esta população. Entre 1986 e 1987 surgem os primeiros centros de distribuição de seringas e agulhas na Holanda e Inglaterra. No Brasil a RD se estabeleceu visando a redução dos riscos e danos associados ao uso de SPA's para o usuário, a família e a sociedade.

Segundo pesquisas, crianças e adolescentes experimentam drogas pela primeira vez muito precocemente, por volta dos doze anos de idade, o e o álcool é amplamente consumido, o que contribui para o aumento do número de casos de uso abusivo de álcool que necessitam de tratamento. E levando em consideração a disponibilidade do usuário de SPA's em parar ou não o consumo, a RD entra ai como forte ferramenta de "reflexão" quanto aos cuidados com a saúde. A questão da RD também permeia a legislação sobre drogas brasileira.

O projeto de pesquisa que originou o presente TCC foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas (CEP/IH) da Universidade de Brasília. A pesquisa ocorreu no SEAD do Hospital Universitário de Brasília (HUB) e tinha como **pergunta de pesquisa:**

“Em que medida a abordagem de RD contribuiu para a diminuição do consumo ou abstinência do álcool e/ou outras substâncias psicoativas entre os jovens de 18 a 25 anos de idade que ingressaram no SEAD nos anos de 2008 e 2009?”

O interesse pelo tema é originário da experiência de estágio curricular que a pesquisadora realizou na instituição. O presente trabalho está subdividido em cinco capítulos. No primeiro foi abordado a diferenciação da adolescência e juventude, a vulnerabilidade que cerca estes sujeitos e traça o histórico das políticas públicas voltadas para a juventude até a atualidade. O segundo capítulo refere-se a juventude e RD no âmbito nacional e traça um histórico sobre as primeiras iniciativas no âmbito internacional. O terceiro capítulo apresenta a metodologia adotada para a realização da pesquisa. O quarto capítulo analisa os dados coletados no campo finalizando com as considerações finais sobre o trabalho.

Capítulo 1. Da conceituação de juventude a elaboração de políticas públicas para este público

1.1. Adolescência e Juventude

Adolescência e juventude são construções sociais e por isso conceituá-las é muito difícil. O MS “delimita o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência, e o situado entre 15 e 24 anos como juventude. Há, portanto, uma interseção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude”. (BRASIL, 2010, p. 46).

Para a UNESCO, juventude refere-se ao período do ciclo da vida em que as pessoas passam da infância à condição de adultos e, durante o qual, se produzem importantes mudanças biológicas, sociais e culturais, que variam segundo as sociedades, as culturas, as etnias, as classes sociais e o gênero. (UNESCO, 2005, p 23).

As principais teorizações acerca da adolescência são de cunho biológico e cognitivo. A primeira diz que a adolescência se inicia com a puberdade e se estende até a maturidade sexual. A segunda é marcada pela mudança na estrutura do pensamento onde o indivíduo começa a ter um raciocínio científico e lógico. Aqui encontra-se também a fase inicial do raciocínio social,

“sendo importantes os processos identitários individuais, coletivos e sociais, os quais contribuem na compreensão de nós mesmos, as relações interpessoais, as instituições e costumes sociais; onde o raciocínio social do adolescente se vincula com o conhecimento do eu e os outros, a aquisição das habilidades sociais, o conhecimento e aceitação/ negação dos princípios da ordem social, e com a aquisição e o desenvolvimento moral e de valor dos adolescentes” (MORENO E DEL BARRIO, 2000, apud, LEON, 2005, p. 11).

Segundo Derval (1998), citado por León (2005), são três as correntes que representam a adolescência: a psicanalítica, a sociológica e de Piaget. A primeira explica que a puberdade modifica o psiquismo e produz uma vulnerabilidade da personalidade. A segunda concebe que a adolescência é fruto de pressões sociais ocasionadas do processo de socialização e necessidade de assumir um papel na sociedade. E a terceira, refere-se as mudanças de pensamento neste período da vida, onde começa-se a planejar o futuro e há transformação das relações afetivas e sociais.

O Conselho Nacional de Juventude (CONJUVE) definiu como jovem os indivíduos de 15 a 29 anos e classificou a juventude a partir de divisões etárias.

(...) o cidadão ou cidadã com idade compreendida entre os 15 e 29 anos.

(...) Nesse caso, podem ser considerados jovens os “adolescentes- jovens” (cidadãos e cidadãs com idade entre 15 e 17 anos), os “jovens- jovens” (com idade entre 18 e 24 anos) e os “jovens- adultos” (cidadãos e cidadãs que se encontram na faixa- etária dos 25 aos 29 anos). (BRASIL, 2006, p. 5).

O jovem é multifacetado e isto ocorre devido a fatores como: classe econômica em que está inserido, espaço geográfico que habita, gênero a que pertence, etnia, entre outros. Devido a esta pluralidade de condições, autores já mencionam o termo juventude no plural.

“A realidade social demonstra, no entanto, que não existe somente um tipo de juventude, mas grupos juvenis que constituem um conjunto heterogêneo, com diferentes parcelas de oportunidades, dificuldades, facilidades e poder nas sociedades. Nesse sentido a juventude por definição, é uma construção social, ou seja, a produção de uma determinada sociedade originada a partir das múltiplas formas como ela vê os jovens, produção na qual se conjugam, entre outros fatores, estereótipos, momentos históricos, múltiplas referências, além de diferentes e diversificadas situações de classe, gênero, etnia, grupo etc. (ESTEVES E ABRAMOVAY, 2009, p. 23)”.

O MS também concebe esses períodos de vida como juventudes, “com o intuito de se reconhecer a grande diversidade de experiências, condições de vida e características sociais, raciais, étnicas, religiosas, culturais, de gênero e de orientação sexual que compõem o universo desses segmentos populacionais” (BRASIL, 2010, p. 46).

Com o que foi exposto, podemos perceber que ao ter que lidar com a pressão social de adquirir um papel social, ter que enfrentar frustrações, de não ter meios necessários de exercer sua cidadania plena, por não terem o acesso a serviços públicos de qualidade, os jovens acabam se tornando pessoas vulneráveis a vários riscos, dentre eles a criminalidade, a violência intrafamiliar e sexual, mortalidade por causas externas, gravidez precoce, contaminação pelo HIV/ AIDS e álcool e outras drogas.

1.2. Juventude e Vulnerabilidade

O jovem está em constante situação de vulnerabilidade pelos mais variados motivos, dentre eles a própria configuração do momento de vida em que passa até a fatores externos, como a exclusão social de todos os tipos, falta de emprego, moradia digna, educação pública de qualidade, recreação, práticas esportivas, além da exposição a uma cultura de consumo de massa, que muitas vezes não são possíveis de serem consumidos pela maioria dos jovens. Estas situações são decorrentes da fragilidade de políticas públicas voltadas para este segmento. As questões referentes ao sexual/reprodutivo e a educação, em geral ganham mais visibilidade junto ao governo, mas problemas relacionados ao álcool e outras drogas e ainda a violência, também merecem atenção.

O conceito de vulnerabilidade leva em consideração os aspectos históricos e sociais do indivíduo. Como o MS ressalta, a “vulnerabilidade deve ser considerada como resultado da interação de conjunto de variáveis que determina a maior ou menor capacidade de os sujeitos se protegerem de um agravo, de um constrangimento, adoecimento ou situação de risco” (BRASIL, 2010, p. 78).

Alguns dados sobre a população jovem facilitam o entendimento dos aspectos da vulnerabilidade a que os jovens estão cercados. Devemos destacar que devido as mudanças sociais que ocorreram nas últimas décadas como, por exemplo, o maior nível de escolarização da população brasileira, há quem defenda que a juventude persista até os 29 anos, no México e Chile as políticas públicas voltadas para a juventude agregam os indivíduos até esta idade. No Brasil, a maioria das políticas tem sido formuladas para jovens até os 24 anos e as estatísticas referentes a esta população seguiram esta tendência. Porém com as discussões sobre o tema nos últimos anos, algumas ações governamentais passaram a ampliar a população atendida estendendo a idade de cobertura dos programas para os 29 anos.

Conforme a figura 1 indica, percebe-se que os anos de estudo da população jovem no Brasil aumentou nos últimos anos. A população da área rural e urbana seguiram a mesma tendência. Porém devido as desigualdades destas áreas a população rural ainda possui índices menores de ano de estudo em comparação a urbana. As

disparidades regionais também impactam nos índices, as regiões norte e nordeste, apesar dos avanços mantiveram média inferior a nacional neste quesito. Enquanto as regiões sul, sudeste e centro- oeste tiveram índices maiores do que a média nacional.

Figura 1- Número Médio de Anos de Estudo para a Faixa Etária de 18 a 24 anos para as Localidades Rural e Urbana- Brasil e Regiões- 2001e 2009.

| BRASIL | | | |
|------------------|------|------|--|
| Localização/Anos | 2001 | 2009 | |
| Total | 7,9 | 9,4 | |
| Urbana | 8,3 | 9,8 | |
| Rural | 5,1 | 7,5 | |

| NORTE | | | |
|------------------|------|------|--|
| Localização/Anos | 2001 | 2009 | |
| Total | 7,4 | 8,8 | |
| Urbana | 7,4 | 9,1 | |
| Rural | 5,0 | 7,1 | |

| CENTRO-OESTE | | | |
|---------------------|------|------|--|
| Localização/Anos | 2001 | 2009 | |
| Total | 7,9 | 9,8 | |
| Urbana | 8,2 | 9,9 | |
| Rural | 6,1 | 8,5 | |

| NORDESTE | | | |
|------------------|------|------|--|
| Localização/Anos | 2001 | 2009 | |
| Total | 6,3 | 8,5 | |
| Urbana | 7,1 | 9,0 | |
| Rural | 4,1 | 6,9 | |

| SUDESTE | | | |
|------------------|------|------|--|
| Localização/Anos | 2001 | 2009 | |
| Total | 8,8 | 10,1 | |
| Urbana | 9,0 | 10,2 | |
| Rural | 6,1 | 8,4 | |

| SUL | | | |
|------------------|------|------|--|
| Localização/Anos | 2001 | 2009 | |
| Total | 8,6 | 9,9 | |
| Urbana | 8,9 | 10,1 | |
| Rural | 6,7 | 8,9 | |



Fonte: IBGE/ Pnad; elaborado por MEC/ INEP, 2010

Tabela 1- Analfabetismo Juvenil por Faixa Etária. Segundo Regiões e Unidade da Federação. 2001/2006

| UF/ REGIAO | FAIXA ETÁRIA | | |
|---------------|--------------|-------|-------|
| | 15/17 | 18/19 | 20/24 |
| NORTE | 2,7 | 2,3 | 3,1 |
| NORDESTE | 3,1 | 4,7 | 7,0 |
| SUDESTE | 0,7 | 0,7 | 1,1 |
| SUL | 0,7 | 0,7 | 1,2 |
| CENTRO-OESTE | 0,6 | 0,7 | 1,5 |
| BRASIL (2006) | 1,6 | 2 | 3,1 |
| BRASIL (2003) | 2,3 | 3,1 | 4,1 |
| BRASIL (2001) | 3 | 3,6 | 5,3 |

Fonte: Microdados PNAD/ IBGE

Na tabela 1 temos as taxas de analfabetismo por faixa etária e o que se percebe é que a última faixa etária que é a dos jovens de 20 a 24 anos é a que possui em todas as regiões e em todos os anos do levantamento a maior taxa de analfabetismo. Isso pode ocorrer devido as ações voltadas para a educação realizadas nos últimos anos, como por exemplo, o Programa Brasil Alfabetizado, que colaboraram para o aumento da alfabetização entre os mais jovens.

O grupo de jovens que não exercem atividades empregatícias e que não frequentam escolas, tornam-se mais vulneráveis a malefícios. Na tabela 2 podemos observar a questão com um enfoque de gênero.

Tabela 2- Proporção de mulheres que tiveram filhos, por faixa etária, segundo situação quanto a estudo e trabalho, Brasil, 2001 (%)

| Atividade | Mulheres com filhos | | | |
|-------------------------|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| | 15 a 16 anos | 17 a 19 anos | 20 a 24 anos | 25 a 29 anos |
| Não Trabalha nem Estuda | 66,7% | 61,2% | 55,7% | 53,8% |
| Apenas Trabalha | 11,4% | 20,6% | 32,9% | 37,4% |
| Apenas Estuda | 18,3% | 12,9% | 6,4% | 4,1% |
| Trabalha e Estuda | 3,6% | 5,3% | 5,0% | 4,7% |
| Total | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

Fonte: PNAD, 2001.

As mulheres que não trabalham e nem estudam em 2001 compreendiam 66,7%, justamente na faixa etária em que deveriam estar começando o ensino médio.

Os jovens são os mais sujeitos a violência. As causas de morte violentas atinge uma parcela significativa desta população. Os homens em geral estão mais sujeitos a violência urbana, enquanto as mulheres sofrem violência doméstica em escala maior.

A tabela 3 remete as causas violentas de morte dos jovens do sexo masculino. Em todas as regiões e em todos os anos pesquisados o homicídio foi o responsável pelo maior número de mortes entre os jovens.

Tabela 3- Porcentagem de Óbitos Masculinos na Mortalidade Por Causas Violentas por Unidade da Federação e Regiões. Brasil.-2001/ 2003/ 2005

| UF/ REGIÃO | % ÓBITOS MASCULINOS | | | |
|--------------|---------------------|-----------|------------|-------|
| | Homicídios | Suicídios | Transporte | Total |
| NORTE | 94,3 | 74,3 | 81,3 | 88,4 |
| NORDESTE | 94,6 | 70,3 | 82,7 | 90,2 |
| SUDESTE | 93,8 | 69,1 | 79,5 | 87,9 |
| SUL | 93,6 | 81,6 | 81,9 | 89,7 |
| CENTRO-OESTE | 93,8 | 77,4 | 81,8 | 88 |
| BRASIL 2005 | 94 | 75,5 | 81,8 | 89,3 |
| BRASIL 2003 | 93,6 | 75,4 | 82,4 | 89,7 |
| BRASIL 2001 | 93,5 | 76,2 | 82,5 | 89,7 |

Fonte: Microdados SIM/SVS/MS

Tabela 4- Óbitos Juvenis por Causas Internas Segundo Sexo, por Regiões e Unidades da Federação. Brasil 2000/ 2003/ 2005

| UF/REGIÃO | MASCULINO | FEMININO | TOTAL |
|---------------|-----------|----------|-------|
| NORTE | 59,8 | 40,2 | 100 |
| NORDESTE | 55,5 | 44,5 | 100 |
| SUDESTE | 54,7 | 45,3 | 100 |
| SUL | 57,3 | 42,7 | 100 |
| CENTRO- OESTE | 56,1 | 43,9 | 100 |
| BRASIL 2005 | 56,6 | 43,4 | 100 |
| BRASIL 2003 | 56,5 | 43,5 | 100 |
| BRASIL 2001 | 56,8 | 43,2 | 100 |

Fonte: Fonte: Microdados SIM/SVS/MS

Na tabela 4, contemplamos as Causas internas ou endógenas. Estas são responsáveis por um menor número de mortes da população jovem do que as por causas violentas. Neste ponto o número de homens no geral ainda é superior que o de mulheres, pode-se dizer que isto se deve ao menor cuidado masculino com as questões relacionadas a sua saúde, do que a observada no sexo feminino. Ações a respeito disto estão sendo implantadas, um exemplo é o Sistema de Atenção à Saúde do Homem, através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Tabela 5- Prevalência de uso na Vida de Substâncias Psicoativas, conforme a Faixa Etária dos Universitários.

| Substância Psicotrópica/ Faixa etária | Uso na vida (%) | | | | |
|--|-----------------|-------------|---------------|---------------|------------------|
| | Total | Até 18 anos | De 18-24 anos | De 25-34 anos | Acima de 35 anos |
| Alcool | 86,2 | 79,2 | 89,3 | 82,4 | 83,3 |
| Produtos de Tabaco | 46,7 | 26,7 | 45,5 | 47,4 | 54,6 |
| Uso de Drogas Ilícitas | 48,7 | 22,8 | 45,7 | 51,9 | 59,8 |
| Maconha/ Haxixe/ Skank | 26,1 | 5,9 | 26,9 | 29 | 21,1 |
| Inalantes e Solventes | 20,4 | 5,6 | 21,6 | 20,5 | 17,5 |
| Cocaína (Pó) | 7,7 | 0,7 | 5,3 | 10,5 | 13,9 |
| Merla | 0,8 | 0 | 0,4 | 1,8 | 0,5 |
| Crack | 1,2 | 0 | 0,3 | 2,9 | 2,4 |
| Alucinógenos | 7,6 | 2,7 | 7,9 | 9,6 | 3,6 |
| Cetamina® | 0,8 | 0,6 | 1 | 0,5 | 0,4 |
| Chá de Ayahuasca | 1,4 | 0,1 | 0,9 | 2,7 | 1,5 |
| Ecstasy | 7,5 | 0,9 | 7,5 | 11,2 | 1,8 |
| Esteróides Anabolizantes | 3,8 | 5,3 | 1,9 | 7,2 | 5,4 |
| Tranquilizantes e Ansiolíticos | 12,4 | 4,5 | 8,9 | 14,9 | 23,9 |
| Sedativos ou Barbitúricos | 1,7 | 0,5 | 1,1 | 1,1 | 5,5 |
| Analgésicos Opiáceos | 5,5 | 1,2 | 4,6 | 6,4 | 8,5 |
| Xaropes à Base de Codeína | 2,7 | 1,3 | 2,3 | 3,9 | 2,6 |
| Anticolinérgicos | 1,2 | 0,1 | 0,8 | 1,6 | 2,2 |
| Heroína | 0,2 | 1,3 | 0,1 | 0,5 | 0 |
| Anfetamínicos | 13,8 | 5,9 | 10 | 17,9 | 23,6 |
| Drogas Sintéticas | 2,2 | 0 | 2,1 | 3,3 | 0,9 |

Fonte: OBID, 2009.

Na tabela 5 apresentamos um levantamento realizado em 2009 sobre os universitários brasileiros e o uso de SPA's. Temos que considerar o uso na vida como qualquer experiência com SPAS's, mesmo que o uso tenha sido apenas experimental.

Percebe-se que os universitários mais velhos utilizam mais a substância tabaco e a frequência de uso de substâncias ilícitas também aumenta com a idade.

A partir destes dados percebe-se que as políticas públicas para este segmento populacional necessitam ser aprimoradas, num esforço conjunto do governo federal, estaduais e municipais para que ocorram melhorias na qualidade de vida destes indivíduos. O Brasil ao longo da história teve dificuldades de programar ações neste sentido, mas desde o início dos anos 1990, a sociedade brasileira vem reivindicando melhorias e algumas obtiveram sucesso e foram colocadas em práticas. Mas ainda se tem muito trabalho pela frente. Vejamos um pouco da história das políticas públicas brasileiras para a juventude.

1.3 Políticas Públicas de Juventude

1.3.1 Primeiras Iniciativas e Advento do ECA

No Brasil as primeiras iniciativas que podem ser consideradas como políticas públicas só surgiram no início do século XX. Anterior a este período o atendimento das necessidades da população brasileira foi feito pela Igreja Católica através das Santas Casas de Misericórdia. Apenas em 1922 no Rio de Janeiro, antiga capital da República nasce a primeira iniciativa pública relativa aos cuidados às crianças e adolescentes.

Segundo Simões (2007), em 1924 a Liga das Nações proclamou a Carta dos Direitos Universais da Criança, cujo ressaltava que era dever do Estado instituírem políticas de assistência e proteção a este segmento populacional. Em 1927 entra em vigor o Primeiro Código de Menores de autoria de Mello Matos. Em 1942 no período do Estado novo, auge da consolidação de políticas sociais, o governo brasileiro cria o Sistema de Assistência ao Menor (SAM) vinculado ao Ministério da Justiça, para o atendimento aos menores de 18 anos de idade que tivessem praticado ato infracional, seu caráter era correccional- repressivo apesar da assistência psicopedagógica oferecida. Outras instituições de atenção a crianças e adolescentes também surgiram neste período como a Legião Brasileira de Assistência (LBA), Casa das meninas e Casa do Pequeno

Jornaleiro, instituições estas vinculadas a Primeira Dama do País (COSTA, 1993, p.14-15).

Com a extinção do SAM o que se destaca são as Leis 4513/ 64 e 6697/ 79, a primeira estabelecia a Política Nacional de Bem- Estar do Menor (PNBEM) cujo órgão nacional desta política era a Fundação Nacional de Bem- Estar do Menor (FUNABEM) cujos órgãos executores eram as Fundações Estaduais do Bem- Estar do Menor (FEBEMs), aqui o intuito é passar para um modelo assistencialista. A segunda instituía o novo Código de Menores.

Simões a este respeito assinala que:

“a pretensão era, assim, passar do modelo correccional- repressivo para um modelo assistencialista, assente na concepção do menor como feixe de carências psicobiológicas, sociais e culturais. O atendimento passou a ser efetuado por postos de triagem e redes oficiais de internatos. Nessa linha veio o novo Código de Menores (Lei n. 6697 de 10/10/79), restrito ao *menor em situação irregular*, uma conceituação jurídica que se referia especificamente às crianças e adolescentes das famílias operárias que, por desagregação familiar, não estivessem se adequando à sua formação como futuros trabalhadores. Nele, os infratores não eram mais tratados, formalmente, como delinquentes, mas como autores de atos infracionais e a integração familiar como finalidade relevante; embora, na prática das FEBEMs, isso não se verificasse, prevalecendo a política carcerária” (SIMÕES, 2007, p 205).

Com o esgotamento do modelo das FEBEMs, devido a institucionalização compulsória e a coexistência das práticas herdadas do modelo do SAM juntamente com as da FEBEMs um novo plano é traçado, o Plano de Integração ao Menor- Comunidade (PLIMEC), no qual as crianças e adolescentes eram atendidos na própria comunidade a fim de evitar que acometidos por necessidades viessem a trabalhar ou morar na rua.

Junto com o período de redemocratização do país começou o movimento de reforma no qual focavam na concepção integral das crianças e adolescentes como sujeito de direitos. Neste período com o grande número de crianças e adolescentes em situação de rua, entidades tomaram a iniciativa de promover palestras e oficinas com estes indivíduos a fim de conhecer a realidade desta população. Neste contexto foi realizado o I Seminário Latino Americano de Alternativas Comunitárias de Atendimento a Meninos e Meninas de Rua, em Brasília no ano de 1984 onde se reforçou a necessidade de políticas voltadas para esta população. Em 1986 realizou-se em Brasília o I Encontro Nacional de Meninos e Meninas de Rua onde discutiu-se temas referentes a família, sexualidade, trabalho, educação e principalmente a questão da violência a que estavam vulneráveis permanentemente (COSTA, 1993, p.27).

Com a Convocação da Assembleia Nacional Constituinte percebeu-se que era o momento de fazer alianças com os constituintes a fim de que eles tomassem como compromisso a questão da infância e adolescência na Carta Magna. A participação da sociedade neste processo foi importantíssima. Em outubro de 1988 a Constituição foi promulgada a temática foi contemplada com dois artigos o art. 227 e o art. 228. O primeiro diz:

“Art. 227- É dever da família da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito a vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade a convivência familiar e comunitária, além de colocá- los a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, crueldade e opressão.”

Desde 2010 esse artigo foi revogado pela Emenda Constitucional 65/ 2010 que inclui o jovem neste escopo, devido a mobilização de entidades ligadas a juventude haja vista que até então a palavra jovem ou juventude não apareciam na Constituição Federal. O artigo atualmente lê-se desta forma:

“Art. 227- É dever da família da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao **jovem**, com absoluta prioridade, o direito a vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade a convivência familiar e comunitária, além de colocá- los a salvo de toda a forma de negligencia, discriminação, exploração, crueldade e opressão.”

O artigo 228 refere-se à inimizabilidade:

“Art. 228- São penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às normas de legislação especial”.

Com a conquista na Constituição fazia-se necessário a Lei que anulasse a legislação vigente. As organizações não governamentais se articularam e promoveram eventos pelo país para discutir o projeto e elencar os temas importantes para a redação do documento, em 13 de julho de 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei n. 8068) foi sancionado pelo Presidente da República Fernando Collor regulamentando os artigos 227 e 228 da Constituição Federal.

No ECA, a noção de menor em situação irregular é abandonada e substituída pela proteção integral a todos as crianças e adolescentes do país. A infância foi estabelecida para pessoas até os doze anos de idade e adolescência dos doze aos 18 anos de idade. Após a instituição do estatuto, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e Adolescente – CONANDA (Lei n. 8242 de 12 de Outubro de 1991) formado por representantes da sociedade civil e por membros do governo de forma paritária.

Segundo Simões, “O ECA institui os direitos fundamentais e as medidas preventivas, socioeducativas e protetivas que objetivam assegurá-los. Estabelece as linhas de ação da política de atendimento, como as políticas e programas sociais, serviços de prevenção, entidades de atendimento, medidas de proteção e organização pública. Prioriza a reinserção familiar, como medida de ressocialização, em vez da tutela de instituições estatais ou conveniadas. Define os atos infracionais, estabelece os direitos e garantias processuais e as medidas socioeducativas, a remissão e as pertinentes aos pais ou responsáveis. Institui o Conselho Tutelar e a justiça de infância e de juventude, seus procedimentos, a participação do Ministério Público, por meio de seus promotores e dos advogados ou defensores, nomeados pelo juiz. Entre suas inovações, destaca-se o instituto da adoção, tal como instituído também pelo novo Código Civil (arts. 1618 e 1629), inclusive com novas regras sobre adoção internacional” (SIMÕES, 2007, p. 207).

Mesmo com a criação do ECA, no Brasil só se pode falar de políticas exclusivas para a juventude a partir de 2002. Porém desde 1995 com a realização do I Encontro Nacional de Técnicos em Juventude, observa-se um movimento no país para consolidação de políticas públicas específicas para este segmento populacional.

1.3.2. Pós- ECA, Política Nacional de Juventude e Estatuto da Juventude

A partir de algumas ações voltadas para a população jovem brasileira podemos notar que a preocupação existe de longa data. Um exemplo disto é a Lei n. 8.680 de julho de 1993, promulgada por Itamar Franco, sinalizando a necessidade de ações para a população jovem, que institui a Semana Nacional do Jovem. Avanços começaram a se desenvolver a partir do I Encontro Nacional de Técnicos em Juventude, realizado em 1995 que contou com a participação de especialistas e jovens de várias cidades do Brasil onde houve propostas para a elaboração de uma Política Nacional de Juventude, o encontro marca o início do período de desenvolvimento de políticas de juventude no país.

A Organização das Nações Unidas (ONU) já vinha desde 1965 trabalhando a temática, quando aprovou a “Declaração sobre o fomento, entre a juventude, dos ideais de paz, respeito mútuo e compreensão entre os povos”. Em 1985 o assunto voltou a tona quando o ano foi eleito pela ONU como “Ano Internacional da Juventude: Participação Desenvolvimento e Paz”. Então, a partir deste ano no âmbito internacional a juventude foi colocada em pauta para elaboração de políticas públicas em vários países do mundo, isto se expressa através da grande quantidade de eventos voltados para a discussão da juventude ao longo dos anos seguintes, como por exemplo: Congresso Mundial da Juventude em 1985; Criação da Organização Ibero- americana de Juventude em 1992; Aprovação do Plano de Ação de Braga para a Juventude em 1998 entre outros (CLEMENTINO, 2009).

No Brasil, o debate só inicia a partir da década de 1990 graças a movimentação internacional acerca do tema. Entre 1995 e 2002, período o qual a Presidência da República foi ocupada por Fernando Henrique Cardoso, pode-se destacar que as medidas executadas para a juventude foram de caráter preventivo, de controle ou efeito compensatório, em geral voltadas para a violência e consumo de SPA's. (CLEMENTINO, 2009). Em 1997 cria-se uma assessoria de juventude vinculada ao Gabinete do Ministro da Educação e a UNESCO inaugura um departamento de pesquisa de juventude no qual a violência é o foco.

Ao longo do governo de FHC, 30 programas voltados para a juventude foram realizados, e estes tinham como público alvo jovens de 18 aos 25 anos de idade, distribuídos nos ministérios da Saúde, Educação, Esportes e Turismo, da Justiça, da Assistência e Previdência Social, Ciência e Tecnologia. Dentre estes programas, apenas 18 segundo Spósito e Carrano (2003) podem ser considerados explicitamente dirigidos aos adolescentes e jovens. Estes autores listam estes programas de acordo com o Ministério a que estão vinculados:

- Ministério da Educação: Programa de Estudantes em Convênio de Graduação e Projeto Escola Jovem;
- Ministério do Esporte e Turismo: Jogos da Juventude, Olimpíadas Colegiais e Projeto Navegar;

- Ministério da Justiça: Serviço Civil Voluntário, Programa de Reinserção Social do Adolescente em Conflito com a Lei e Promoção de Direitos de Mulheres Jovens Vulneráveis ao Abuso Sexual e à Exploração Sexual e Comercial no Brasil;
- Ministério da Saúde: Programa de Saúde do Adolescente e do Jovem.
- Ministério do Trabalho e Emprego: Jovem Empreendedor.
- Ministério da e Assistência e Previdência Social: Programa Brasil Jovem e Centros da Juventude.
- Ministério da Ciência e Tecnologia: Prêmio Jovem Cientista, Prêmio Jovem Cientista do Futuro.
- Presidência da República/ Comunidade Solidária: Programa Capacitação Solidária e Rede Jovem.
- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: Brasil em Ação/ Grupo de Juventude.

Desde 1995 foram inúmeros os eventos ocorridos no país para o debate e formulação de políticas de juventude. Um deles o que se pode considerar como um dos marcos do processo de consolidação de políticas para juventude foi a Lei n.11.129 de 2005 que criou a Secretaria Nacional de Juventude (SNJ), o Conselho Nacional de Juventude (CONJUVE) e o Programa Nacional de Inclusão dos Jovens (Projovem). A participação da sociedade civil foi intensa no processo num esforço conjunto com os órgãos governamentais de elaborar políticas que contemplassem a juventude brasileira, as discussões em nível local também foram importantes para o episódio (CLEMENTINO, 2009, p. 76).

A SNJ passou a integrar todas as ações voltadas para o público jovem e a criar novas ações. Ao CONJUVE foi dada a tarefa de estabelecer as diretrizes da política nacional de juventude contemplando as idéias da sociedade civil e do governo. Já o Projovem foi o carro chefe das políticas voltadas para a juventude, visto que ele era voltado para ações relativas a educação e que pudessem viabilizar o trabalho, para um público que se estendia dos 18 aos 24 anos de idade. Houve outras iniciativas além do Projovem que vislumbravam ações de cultura, turismo, esporte, meio ambiente, entre

outras, mas vários destes programas foram efetuados de maneira desintegrada e desconexa diminuindo desta forma a eficácia das ações.

Em 2007 durante o governo Lula, o Projovem foi reformulado e se acrescentou a ele outros programas já existentes numa tentativa de integrar as ações. O intuito era atingir até 2010 quatro milhões de jovens, e o seu orçamento previa cerca de cinco bilhões de reais. Ele foi dividido em quatro modalidades: trabalhador, adolescente, campo e urbano e pela primeira vez na história do país um programa voltado para a juventude figura o plano plurianual. (CLEMENTINO, 2009). Inicialmente a faixa etária dos jovens atendidos se estendia dos 18 aos 24 anos, atualmente o Projovem possui uma segmentação para adolescentes cuja idade para a participação se estende dos 15 aos 17 anos e o Projovem que beneficia indivíduos de 18 a 29 anos.

Logo no início do governo Lula, em outubro de 2003 o governo federal criou o Programa Nacional de Estímulo ao Primeiro Emprego para os Jovens- PNPE,

“o público alvo do PNPE compreende jovens de 16 a 24 anos, sem experiência prévia no mercado de trabalho formal, que possuem renda familiar per capita de até meio salário mínimo, que estejam cursando ou tenham completado o ensino fundamental ou médio com destaque para quatro principais focos de discriminação social: gênero, raça/ cor, portadores de necessidades especiais e jovens em conflito com a lei” (BRASIL, 2004 apud BRENNER, LANÊS e CARRANO, 2005, p. 201).

Para Brenner, Lanês e Carrano (2005), nos dois primeiros anos do governo Lula, pode-se destacar três ações principais voltadas para as políticas de juventude: O Projeto Juventude, a Comissão Especial de Políticas Públicas de Juventude da Câmara dos Deputados- CEJUVENT e o Grupo Interministerial de Juventude.

O Projeto Juventude foi desenvolvido pela organização não- governamental Instituto Cidadania. Este foi fundado em 1991 pelo Lula e colaboradores, e dirigido por ele até o momento em que tomou posse na Presidência do País. Na instituição foram elaboradas propostas de políticas públicas alternativas as do governo Collor.

O projeto teve início no primeiro semestre de 2003 e logo o debate sobre juventude ganhou espaço e virou tema de discussão, resultando em seminários e pesquisas que foram a base da elaboração de uma proposta nacional de políticas de juventude (BRENNER, LANÊS e CARRANO 2005, p. 202).

Os temas levantados nos seminários que ocorreram pelo país trataram dos seguintes temas: violência, desigualdade social, jovens mulheres, drogas, trabalho, juventude partidária, saúde, esporte, mídia e cultura e um seminário internacional de intercâmbio de experiências com representantes de 17 países, durante a realização dos seminários, a participação dos jovens foi intensa (Brenner, Lanês e Carrano, 2005).

Ainda segundo Brenner, Lanês e Carrano (2005), o resultado dos seminários foi um documento que continha dados sobre a situação dos jovens no país, diretrizes para a política de juventude, agenda de ações e recomendações e propostas para as diversas áreas, dentre elas, saúde, educação turismo, drogas, sexualidade, desigualdade racial, jovens na área rural, juventude indígena, entre outras. Aborda também a questão da maioria penal, sociedade civil e questões institucionais de elaboração e execução de políticas públicas para a juventude.

A Comissão Especial de Políticas Públicas de Juventude da Câmara dos Deputados teve início também no ano de 2003. Composta por quarenta e três deputados federais esta comissão dividiu o tema juventude em seis segmentos: 1. deporto e lazer; 2. trabalho; 3. educação e cultura; 4. saúde, dependência química e sexualidade; 5. família, cidadania, consciência religiosa, exclusão social e violência e 6. o jovem como minoria. O objetivo era mapear indicadores sociais, elencar ações voltadas para a população jovem e demandas para conseguirem elaborar um Plano Nacional de Juventude que contemplasse a necessidade dos jovens (BRENNER, LANÊS e CARRANO 2005, p. 203).

Houve diversas reuniões públicas em Brasília com especialistas das áreas temáticas. Dois encontros foram importantes no processo e contaram com expressiva participação de jovens, o Seminário Nacional de Políticas Públicas para a Juventude realizado em setembro de 2003 e o Conferência Nacional de Juventude realizado em junho de 2004, estes eventos marcaram o começo e o fim do processo de consulta pública para a elaboração da política para jovens. Ocorreram posteriormente conferências estaduais que tinham como objetivo discutir o texto do Relatório redigido pela CEJUVENT e elaborar propostas a ele. Ao final de cada conferência estadual, que contava com a participação dos jovens locais, era elaborado um documento denominado Carta do Estado no qual falavam sobre as expectativas dos jovens quanto as políticas e

propostas para o Plano Nacional de Juventude (BRENNER, LANÊS e CARRANO 2005, p. 204).

No final do processo, durante a realização da Conferência da Nacional de Juventude foi proposta a criação da Secretaria Especial de Políticas de Juventude, Instituto Brasileiro de Juventude e Conselho Nacional de Juventude. Também houve a elaboração dos projetos de lei instituindo o Plano Nacional da Juventude e o Estatuto da Juventude e como já foi dito, promoveu a emenda constitucional que modificou o artigo 227, incluindo a palavra jovem no mesmo (BRENNER, LANÊS e CARRANO 2005, p. 204).

O Estatuto da Juventude, Projeto de Lei n. 04529/ 2004 até hoje não foi aprovado, ainda está em tramitação no Congresso Nacional aguardando apreciação do Senado Federal. O Estatuto considera como pessoa jovem os indivíduos entre os quinze e vinte e nove anos e dispõe sobre: o direito à cidadania, a participação social e política e a representação juvenil, todo jovem tem direito à educação de qualidade, e nos casos dos indígenas e jovens de comunidades tradicionais o ensino fundamental tem que ser lecionado na sua língua materna, assegura aos jovens com deficiência, afrodescendentes, indígenas e alunos oriundos de escolas públicas o acesso ao ensino superior através de políticas afirmativas, o direito a meia passagem nos transportes interestaduais e intermunicipais, desconto de no mínimo 50% nos eventos culturais, o direito à saúde integral, à cultura, ao lazer à comunicação entre outros (BRASIL, 2012).

O grupo Interministerial foi formado em março de 2004 com a função de definir em um período curto de tempo uma Política Nacional Integrada de Juventude. O grupo continha representantes de dezenove ministérios e secretarias especiais e mapearam as condições em que vivem os brasileiros jovens e os programas federais existentes para este segmento populacional.

Segundo documento publicado pelo Grupo Interministerial que faz um balanço das ações governamentais de Juventude no Governo Lula, foram identificadas 131 ações federais vinculadas em 25 programas e implementadas por 18 ministérios ou secretarias de Estado. Do total de ações identificadas, apenas 19 eram específicas para o público jovem (15 a 24 anos). As demais 112 ações, ainda que contemplassem os jovens, não foram desenhadas exclusivamente para eles (BRENNER, LANÊS e CARRANO, 2005, p. 205).

Ainda segundo os autores o que se verificou após o levantamento foi a necessidade de avaliação da eficácia dos projetos desenvolvidos, aumento da abrangência dos programas, a desconcentração das ações, integrar os programas e adequar os programas as necessidades dos jovens.

O CONJUVE cuja tarefa era estabelecer as diretrizes da política nacional de juventude contemplando as idéias da sociedade civil e do governo, publicou a Política Nacional de Juventude em 2006, documento que estabelece as diretrizes e bases para as ações voltadas para este segmento populacional. Onde o jovem é visto como sujeito de direito, que não deve ser estereotipado devido a pluralidade de identidades juvenis.

No ano de 2010 um levantamento sobre os principais programas de juventude do governo federal (em alguns casos há parcerias) foi feito e dezoito programas foram elencados. São eles de acordo com os Ministérios responsáveis pelas ações:

- Ministério da Educação: Escola Aberta, ProUni, Brasil Alfabetizado, Proeja, Programa Nacional do Livro Didático para o Ensino Médio, Programa Nacional do Livro Didático para a Alfabetização de Jovens e Adultos, Reforço às Escolas Técnicas e Ampliação das Vagas em Universidades Federais;
- Secretaria Nacional de Juventude: Projovem;
- Ministério da Cultura: Programa Cultura Viva;
- Ministério do Esporte: Bolsa Atleta e Programa Segundo Tempo;
- Ministério da Defesa: Projeto Rondon e Projeto Soldado Cidadão;
- Ministério da Justiça: Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania;
- Ministério do Desenvolvimento Agrário: Pronaf Jovem;
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome: Ampliação do Bolsa Família;
- Ministérios do Esporte e da Justiça: Praças da Juventude;

- Ministérios da Educação e do Meio Ambiente: Juventude e Meio Ambiente.

Em relação a área de saúde, percebe-se uma fragilidade em relação a ações específicas para a juventude. No levantamento não foi dada ênfase a esta área. Consultando o sítio do MS destacam-se as seguintes ações para os adolescentes/ jovens:

- Calendário de vacinação do adolescente;
- Caderneta de saúde do adolescente e
- Programa Saúde na Escola.

Ainda com base no sítio do MS podemos apreender que uma das maiores preocupações do governo federal é a questão da saúde sexual/ reprodutiva. As principais ações voltadas para a temática são:

- Planejamento familiar para adolescentes e jovens;
- Campanhas nacionais de planejamento familiar;
- Distribuição da Caderneta de Saúde do Adolescente;
- Distribuição de contraceptivos nas unidades básicas de saúde;
- Fabricação de preservativos masculinos e
- Implementação de políticas para adolescente vivendo com HIV.

No âmbito do Distrito Federal, podemos destacar a partir de pesquisa no sítio da Secretaria de Estado de Saúde- SES, o Programa de Atenção Integral ao Adolescente- PRAIA, e o Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente- NASAD que é vinculado ao Programa de Saúde do Adolescente – PROSAD, programa da OMS que está oficializado desde 1989.

O NASAD no DF tem o objetivo de atender os adolescentes de forma que contemple as esferas biopsicossocial, enfatizando a prevenção e promoção da saúde, mas executando também ações de tratamento e reabilitação. As unidades com atendimentos são basicamente centros de saúde espalhados por diversas regiões

administrativas no DF, mas também há atendimento em hospital de alta complexidade, o Hospital Regional da Asa norte- HRAN.

Ainda de acordo com consulta no sítio da SES, alguns dos programas em andamento são: 1. O Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, que objetiva promover a saúde dos adolescentes em relação à saúde sexual e reprodutiva, gênero, violência e etnia. 2. O Plano Operativo Estadual- POE, responsável pelo direcionamento das ações voltadas para a atenção integral de adolescentes em conflito com a lei que estejam em regime de internação e internação provisória. As ações do POE constituem-se em: ações de promoção à saúde, ações e práticas educativas e ações de assistência à saúde. 3. e o Programa Saúde na Escola que busca a promoção, prevenção e assistência à saúde de estudantes de escolas públicas (DISTRITO FEDERAL, 2012).

No âmbito nacional as ações voltadas para a área da drogadição aparecem em nível institucional como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Programas de Redução de Danos e Consultórios de Ruas. Em 2004 o MS instituiu o Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil com o intuito de construir uma política pública de saúde mental para este segmento populacional. O MS também ampliou a rede de CAPS voltados para crianças e adolescentes, mas não informam quantos existem no Brasil (BRASIL, 2010).

No Distrito Federal o Centro de Saúde nº 6 de Brasília, localizado na Asa Sul , o ADOLESCENTRO é quem atende boa parte da demanda de adolescentes usuários de álcool e outras drogas. No SEAD, há o atendimento de adolescentes menores de 18 anos de idade que estão cumprindo medida socioeducativa de semiliberdade devido a um projeto. Aos maiores de dezoito anos de idade, o ingresso no serviço é permitido, apenas se tem o requisito de que o usuário do serviço não frequente outro tratamento similar ao realizado no Hospital.

1.4. Serviço de Estudos e Atenção à Usuário de Álcool e outras Drogas- SEAD

O Hospital Universitário de Brasília (HUB) teve seu funcionamento autorizado pelo Decreto nº 70.178 de 21 de fevereiro de 1972. Inicialmente conhecido como HSU, passou a se chamar, após a sua inauguração, Hospital do Distrito Federal Presidente

Médici (HDFPM). No início dos anos 1980, passou a ser o hospital de ensino da Universidade de Brasília e recebeu o nome de Hospital Docente-Assistencial (HDA). Em 1990, foi cedido à Universidade de Brasília-UnB em ato assinado pelo presidente Fernando Collor e passou a se chamar Hospital Universitário de Brasília- HUB.

Neste contexto, foi criado em novembro de 1990, o Programa de Atendimento ao Alcoolismo, que tinha o intuito de contribuir para a diminuição dos casos de alcoolismo no Distrito Federal, colaborando desta forma para a redução dos danos causados às instituições sociais provenientes das mazelas causadas pela enfermidade.

Devido à demanda crescente por tratamento pelos usuários e dependentes de outras SPA's, o nome do programa passou a não mais representar o tipo de trabalho desenvolvido e se fez necessário uma modificação de seu nome. Depois de um longo período de dificuldades burocráticas para a mudança, finalmente em setembro de 2008 o Programa de Atendimento ao Alcoolismo passou a se chamar Serviço de Estudos e Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas- SEAD.

O SEAD estabelece como objetivos principais: a partir da abordagem da redução de danos, buscar melhorias na qualidade de vida do usuário ou dependente de SPA's e intervir junto a seus familiares, além de sensibilizar a comunidade para o problema e contribuir para capacitar tecnicamente as equipes de saúde que trabalham na área, bem como estimular a produção científica.

O trabalho desenvolvido no SEAD baseia-se em cinco princípios: atenção e respeito aos direitos de cidadania; especificidade na atenção ao paciente na sua relação com o álcool e outras drogas; diversidade de técnicas e forma de abordagem de acordo com a demanda; possibilidade de um espaço institucional ambulatorial que proporcione reestruturação e reorganização de vida e consideração do indivíduo em sua totalidade e respeito pela limitação que apresentam para a busca de solução para os seus problemas (Protocolo do Programa de Atendimento ao Alcoolismo).

O quadro de funcionários do SEAD atualmente é composto por:

- Duas assistentes sociais;
- Três psicólogas;
- Duas enfermeiras;

- Um psiquiatra;
- Um clínico geral;
- Três estagiárias de serviço social da graduação;
- Duas residentes de serviço social
- Duas residentes de psicologia
- Dois residentes de psiquiatria
- Uma atendente e
- Uma secretária.

As principais atividades desenvolvidas pelo SEAD: acolhimento e triagem, atendimento psicológico individual e de grupo, atendimento clínico, atendimento psiquiátrico, atendimento familiar, atendimento durante internação no HUB, atuação na comunidade, supervisão e assessoria a empresas e instituições, palestras, cursos e treinamentos realizados por profissionais de enfermagem, medicina clínica e psiquiátrica, psicologia e serviço social.

Existem diferentes formas de encaminhamento, que podem ser feitos por outras clínicas do próprio hospital, por outras instituições de saúde, por profissionais da área, por órgãos judiciais, por empresas públicas e privadas, por demanda familiar ou espontânea. O atendimento se dá de forma gratuita, pois o HUB integra o Sistema Único de Saúde- SUS, os atendimentos e consultas são marcados pessoalmente ou por telefone, os pacientes são atendidos pelas assistentes sociais e psicólogas com hora marcada. Devido o déficit de médicos no quadro de funcionários e as poucas horas semanais que estes dedicam ao serviço, pois estes trabalham poucos dias na semana no SEAD, nas consultas médicas os pacientes são atendidos por ordem de chegada. Os residentes também não trabalham todos os dias da semana no SEAD.

Vale a ressalva de que o SEAD praticamente só atende indivíduos que tenham ao menos 18 anos, a única exceção é o projeto de semiliberdade que atende adolescentes que estão cumprindo esta medida socioeducativa.

É a partir desta caracterização do SEAD, que passaremos ao próximo capítulo que tratará mais especificamente sobre o tratamento de usuários de SPA's.

Capítulo 2. Redução de Danos

2.1. Juventude e Redução de Danos

Praticamente durante toda história existem relatos da utilização de SPA's nas mais diversas comunidades e com várias finalidades. Como Silveira e Moreira destacam: “o uso de substâncias psicoativas é um fenômeno paralelo ao da história da humanidade. Ao longo dos séculos, o uso de drogas nas sociedades ocidentais, foi alternado entre a liberação (como por exemplo, para rituais religiosos) e a proibição, seja na forma de tabu religioso, de lei civil ou de proposta terapêutica” (SILVEIRA; MOREIRA, 2006, p. 1). Nas últimas décadas, o problema das drogas recebeu enfoque das autoridades públicas devido a proliferação das drogas sintéticas, que causam dependência com maior facilidade e aumento de usuários das mais variadas SPA's, situação que resulta em danos sociais e econômicos para um país.

A dependência se caracteriza pela perda do controle do uso de determinada substância, e a incapacidade de controlar o impulso de usá-la. Os transtornos psíquicos e neurocognitivos e as situações existenciais são variáveis que podem determinar a condição de dependência. Muitas vezes, os transtornos não diagnosticados levam o indivíduo a procurar uma válvula de escape para seu sofrimento e este encontra alívio ao consumir SPA's. No caso das situações existenciais, como por exemplo, situação de pobreza, isto também ocorre. Ressalta-se, a partir desta última assertiva, que os problemas sociais não são apenas decorrentes do comportamento dos usuários e dependentes de SPA's, mas o inverso também é verdadeiro, muitos indivíduos passam a consumir drogas devido à situação de pobreza em que se encontram, assim como a pressões familiares e sociais que, como, por exemplo, jovens sofrem, para que tenham uma boa profissão, um bom emprego, entre outras.

2.2. Histórico das Estratégias de Redução de Danos

O paradigma da RD como forma de tratamento de usuários de SPA's teve início na Europa e se contrapõe ao paradigma norte americano de repressão e abstinência total. Segundo Buning (2006), as primeiras manifestações ocorreram no Reino Unido e na Holanda. A primeira foi na década de 1920 na Inglaterra com o Relatório Rolleston, que garantia que médicos prescrevessem heroína e cocaína para dependentes a fim de controlar e minimizar os efeitos de crise de abstinência, posteriormente esta prática foi proibida. Em meados da década de 1980 na Europa o número de Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) infectados por HIV/ AIDS e hepatites era grande o que fez necessárias ações de prevenção destas doenças entre esta população. Entre 1986 e 1987 surgem os primeiros centros de distribuição de seringas e agulhas na Holanda e Inglaterra, no primeiro local é importante ressaltar a participação de uma associação de UDI.

No caso de Amsterdã, Buning (2006) afirma que os governantes estavam encurralados pela sociedade civil que exigia a solução do problema e a rede de saúde sentia na obrigação de atuar junto a população de usuários de forma a diminuir os problemas decorrentes do uso abusivo da heroína. Perceberam, por fim, que se os usuários não iam até a rede de saúde, os profissionais deveriam ir até eles, além de ficar claro que muitos usuários não estavam dispostos a parar totalmente o consumo. Foram muitas as dificuldades e preconceitos que atingiram os idealizadores e executores das primeiras estratégias de RD em Amsterdã, até que a população local e internacional (pelo menos em parte) percebesse que não se tratava de uma incitação ao uso de drogas e sim de uma forma de assegurar que os usuários de SPA's tivessem acesso à saúde, e que problemas sociais e econômicos fossem minimizados.

Abordagens simples foram empregadas no início do mapeamento de usuários de drogas em Amsterdã o que possibilitou a implementação das estratégias de RD, pois conseguiu-se observar a complexidade da situação e a partir daí traçar ações concretas no sentido de diminuir os prejuízos causados pela droga. Tais abordagens podem ser explicitadas de acordo com Buning, que ressalta:

“É preciso entrar em contato com todas as pessoas que usam drogas e causam problemas a si e/ou outros; é preciso escutá-los para entender qual é o problema e de que tipo de ajuda precisam; é preciso desenvolver um

sistema de registro para acompanhar os pacientes e é preciso mapear todas as instituições de assistência e otimizar o seu uso.” (Buning, 2006, p. 346).

Após o mapeamento dos usuários de drogas foi acordado a tentativa de inclusão de clínicos gerais no projeto, grande parte deles passaram a receitar aos pacientes usuários de SPA's a metadona (analgésico utilizado para diminuir os sintomas da crise de abstinência e que auxilia o usuário a reorganizar sua vida devido o maior tempo que o mesmo passa abstêmio).

Outro ponto importante a ser ressaltado sobre as estratégias de RD de Amsterdã foi a criação dos *coffeshops*, bares onde pode-se consumir *cannabis*. Esses estabelecimentos são decorrentes do fato de que os idealizadores acreditam na necessidade de se separar o consumo das drogas leves das pesadas. A prova é que não se pode comercializar opióides nestes lugares. Desta forma, os indivíduos que querem fazer uso de drogas leves podem fazê-lo num local seguro e onde não haverá ninguém incitando-os a trocá-las por uma droga pesada, além de que não terá pessoas vendendo produtos roubados e nem a possibilidade de ser preso, como seria na rua. Nos *coffeshops* são proibidos: a venda de drogas pesadas, a venda a menores de 18 anos, a propaganda e não se pode incomodar a vizinhança. A polícia é responsável por verificar irregularidades e se encontrá-las os estabelecimentos são fechados (BUNING, 2006, p. 347).

Buning (2006) explica ainda, que na década de 1970 grande número de surinameses imigraram para a Holanda em busca de melhores condições de vida, mas não encontraram, o que forçou-os a irem para as ruas trabalhar com o tráfico e muitos tornarem-se dependentes de heroína. Estes indivíduos, devido tabu existente em seu país de origem quanto a se espetar agulhas no corpo, disseminaram uma técnica alternativa para o consumo da heroína chamada de “cavalgar o dragão”, que consiste em fumar a droga, o que acarretou uma diminuição de riscos e danos e contribuiu para uma diminuição do número de casos de HIV/AIDS.

O ponto mais importante a ser ressaltado nesse projeto implementado em Amsterdã é o dos redutores de danos, o que seriam eles?

“Os redutores de danos são dependentes ou ex- dependentes de SPA's ou indivíduos que pelo seu estilo de vida estão perto do cenário de uso de drogas. Eles possibilitam a ponte entre usuários e a rede de saúde e ajudam nos momentos de crise e na disseminação de informações de proteção ao bem-estar do usuário. As delegacias e hospitais foram excelentes locais para contatar esses indivíduos, quando eram usuários ou ex- usuários. Tal

estratégia consistiu em uma ótima oportunidade para inseri- los na rede de saúde” (BUNING, 2006, p.348).

Práticas como a troca de seringas usadas por novas, introdução da metadona no tratamento de forma a diminuir os sintomas de síndrome de abstinência e possibilitar reestruturação da vida cotidiana, distribuição de preservativos, abertura de bares onde se comercializa *cannabis* foram essenciais para diminuir os problemas sociais, psicológicos e de saúde dos usuários que fazem uso de SPA's. Se no princípio esta pioneira empreitada foi alvo de observações e críticas, atualmente é tida como referência em políticas sobre droga em várias partes do mundo.

2.3. Juventude e Redução de Danos no Brasil

No Brasil dados de pesquisas realizadas nos últimos anos pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) mostram a magnitude da problemática do uso de SPA's no país. Segundo os dados em questão, crianças e adolescentes experimentam drogas pela primeira vez por volta dos doze anos de idade. O álcool e o tabaco geralmente são as primeiras SPA's a serem utilizadas pelos adolescentes. “A idade média para a experimentação é 12,5 e 12,8 anos respectivamente. O crack, maconha e cocaína mesmo que sejam drogas utilizadas após uso regular de outras SPA's ocorrem também muito cedo. O crack por volta dos 13,8, maconha 13,9 e cocaína 14,4 anos de idade. A partir da pesquisa realizada em 2005 sobre a taxa de dependentes de diversas substâncias no país, constata-se que o álcool, droga lícita e amplamente aceita nos círculos sociais, é a droga que mais causa dependência no país. A taxa de dependência do álcool é de 12,3, do tabaco é de 10,1, da maconha 1,2, dos benzodiazepínicos 0,5, dos solventes 0,2 e dos estimulantes 0,2” (BRASIL, 2005).

Diante desta realidade é necessário a flexibilização da atenção dispensada a indivíduos usuários e dependentes de álcool e outras SPA's, a fim de apaziguar os problemas decorrentes do consumo, atualmente a RD é a abordagem recomendada pelo MS.

Uma das características da juventude como já tratado anteriormente é a vulnerabilidade que o cerca, e isto pelos mais variados motivos, o que pode acarretar o uso de SPA's para lidar com os problemas.

Na sociedade brasileira, levando-se em consideração o paradigma norte americano de proibição e combate as drogas, tornou-se comum ligar o consumo destas substâncias à marginalidade, o que leva muitas vezes os pais a tomarem iniciativas para amendrontar os filhos afim de mantê-los afastados das SPA's, ao invés da atitude sadia de uma conversa franca e sem tabus, com o intuito de orientar o jovem a fazer suas escolhas conscientes de todos os riscos que está correndo.

Nesta perspectiva, para Feffermann e Figueiredo (2006) as estratégias de RD cumprem também o papel de estratégia educativa sobre drogas, uma vez que auxilia a juventude ao conhecimento real das consequências do uso e abuso de determinadas substâncias.

Como as pesquisas acima indicam, os jovens tem iniciado o consumo de SPA's cada vez mais cedo e o álcool é amplamente consumido, tornando-se um grande problema devido a aceitação da sociedade quanto a este consumo, o que dificulta o trato da embriaguez frequente desta população. Acredita-se que esta fase da vida é a que as pessoas mais ingerem bebida alcoólica.

Devido o exposto, para a diminuição do consumo de álcool pelos jovens de forma a prevenir doenças futuras relativas ao consumo exagerado de álcool, é necessário prestar informações com máxima seriedade para que estes adotem estratégias que reduzam os riscos e se possível promovam a saúde.

No país existem algumas iniciativas de programas que capacitam jovens para trabalhar na promoção da saúde. Um exemplo é o de Recife onde há o Programa Jovem Multiplicador na Redução de Danos que consiste em capacitar jovens para multiplicar informações sobre o álcool e outras drogas a fim de diminuir os casos de violência na família e comunidade.

Depois de um século de repressão ao uso de SPA's, a política sobre drogas no Brasil estabeleceu as estratégias de RD visando a redução dos riscos e danos associados ao uso de SPA's para o usuário, a família e a sociedade. Esta proposta surgiu do entendimento de que alguns usuários não estão dispostos a se submeterem à abstinência

total. Tal compreensão só foi possível devido ao aumento do número de casos de AIDS e de vários tipos de hepatite, que evidenciaram a ineficácia dos serviços de saúde pública em relação aos usuários de drogas e no geral da política sobre drogas então em vigor.

“É num contexto, nacional e internacional, de crescente uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas que se inserem as ações de redução de danos (RD), as quais partem de algumas premissas básicas: a) o uso de drogas é parte de qualquer sociedade; b) a utilização de drogas pode causar danos individuais e sociais, os quais podem ser minimizados ou evitados e c) as abordagens proibicionistas mostram-se pouco pragmáticas, uma vez que não impedem o consumo e mantêm na marginalidade os usuários, aumentando o risco de doenças e sequelas” (CARVALHO, ROCHET, PAULINO, 2008, p. 262).

Segundo Andrade (2001), citado por Silveira e Moreira (2008, p.11) “Redução de Danos é uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas”.

De acordo com Silveira e Moreira,

“as estratégias pragmáticas de RD começam a desmanchar as trincheiras da ineficaz “guerra às drogas”. Abre-se espaço para falar de serviços “amigáveis” ao dependente. Finalmente acenamos para o grande desafio: entender o outro, o diferente e incluí-lo. A moderação frente ao objeto de desejo passa a ser uma alternativa possível” (SILVEIRA; MOREIRA, 2006, p.6).

A estratégia mais comum apontada na literatura sobre o tema é a distribuição/troca de seringas para UDI, mas atualmente, como podemos verificar na cartilha Drogas e Redução de Danos: uma Cartilha para Profissionais da Saúde (BRASIL, 2008), podemos elencar uma gama de estratégias, como por exemplo:

- Para SPA's Injetáveis: orientação para o não compartilhamento de agulhas e seringas e distribuição de preservativos;
- Para SPA's Ingeridas: (anfetaminas, benzodiazepínicos, alucinógenos, e antiparkinsonianos, álcool e drogas sintéticas): informação ao usuário sobre dependência e efeitos maléficos da SPA's, sobre riscos de intoxicação, de desencadeamento de quadros psicóticos, controle da prescrição e venda de medicamentos, alternar o consumo de bebidas alcoólicas com bebidas não alcoólicas, não beber de estômago vazio e necessidade de ingestão de água para usuários de ecstasy.

- Para SPA's Inaladas e/ou Aspiradas (cocaína, éter, lança- perfume, thinner): orientação quanto à higiene nasal para evitar lesões, utilizar canudos de plástico para o uso, informação sobre os riscos do uso.
- Para SPA's Fumadas (maconha, crack e tabaco): negociação de troca de substância e/ou diminuição do consumo, informação a respeito dos danos que podem causar e uso do cachimbo para evitar que usuários de crack utilizem objetos sujos como latas para o uso.

Na última década, a legislação brasileira sobre drogas vem sofrendo modificações que não necessariamente se livra do modelo proibicionista, mas que vem sofrendo avanços, em relação aos direitos humanos dos usuários de SPA's.

A primeira dificuldade de regulamentação de estratégias de RD no país foi o embargo do Ministério Público (MP) nas ações desenvolvidas pela Prefeitura Municipal de Santos no ano de 1989 que consistia na distribuição de agulhas e seringas descartáveis para UDI. O MP considerou a iniciativa como crime devido ao entendimento de que a experiência estimularia o uso de SPA's. Apesar do retardo nas ações, com este fato a discussão foi colocada em pauta (DONEDA e GANDOLFI, 2006).

A década de 1990 foi marcada pela movimentação em favor da RD e algumas conquistas aconteceram, como por exemplo, o primeiro projeto financiado pelo MS que foi implementado pela Universidade Federal da Bahia e o surgimento de várias redes de associação como, por exemplo, a Associação Brasileira de Redutores de Danos (REDUC).

A partir de 2002, O MS começa a publicar normativos cujos objetivos eram a implementação da RD e estes acabam fomentando em 2004 uma proposta de Decreto que seria a Política Nacional de redução de Danos, mas o decreto não foi assinado pelo presidente Lula devido as críticas que sofreu de diversas partes, como a Igreja Católica e os Narcóticos Anônimos de São Paulo.

Segundo Carvalho, Rochet e Paulino (2008), a principal crítica fortemente veiculada na mídia, foi sobre as salas para consumo de SPA's, chamadas "narcossalas", que fez com a sociedade brasileira se colocasse em contraposição ao Decreto fortalecendo a posição da Igreja Católica. Para a Igreja, a RD não contribui para que a pessoa saia da situação de dependência, pelo contrário, incentiva o consumo e

proporciona novas experiências para não dependentes de SPA's. Já a crítica dos Narcóticos Anônimos está embasada na defesa da não utilização de nenhum tipo de SPA's para se recuperar o que se constitui em um dos princípios do grupo.

O assunto divide opiniões também no Congresso Nacional. Percebe-se que como o modelo proibicionista e repressivo se perpetuou por muitos anos no país, a sociedade tende a igualar o uso de SPA's ao tráfico. Esta associação resulta em pequeno interesse por parte dos deputados e senadores em debater o tema de RD, visto que assumir posição favorável às estratégias pode resultar numa diminuição de votos.

Mesmo com posicionamentos desfavoráveis, houve avanços significativos no campo legal. Neste sentido, o ano de 2002 foi importantíssimo para a solidificação das ações de RD tendo em vista que: 1. foi publicada a Lei n. 10.409 que dispõe sobre os problemas de saúde provocados pela dependência de álcool e outras SPA's que passam a ser remetidos ao SUS; 2. foi publicada a Portaria n. 816/ GM que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas e 3. foi publicado o Decreto n. 4.345, que instituiu a Política Nacional Antidrogas (PNAD), que tratava a RD num capítulo específico (CARVALHO, ROCHET e PAULINO, 2008, p. 274).

Em 2005 a Política Nacional sobre Drogas foi aprovada. Orienta-se pelo princípio da responsabilidade compartilhada, tendo como estratégia a cooperação e articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos. Evidencia-se a necessidade de: proteger a sociedade das drogas; diferenciar o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante; diminuir a discriminação que usuários e dependentes de drogas lícitas e ilícitas sofrem; conscientizar a sociedade em geral quanto a ação criminosa que o tráfico de drogas constitui e priorizar a prevenção do uso indevido de drogas (BRASIL, 2005, p. 13-14).

No que se refere especificamente ao tópico que institui a Redução de Danos sociais e à saúde, a Política Nacional sobre Drogas tem como destaque o reconhecimento da RD como medida de promoção da saúde e dos direitos humanos; o asseguramento às crianças e aos adolescentes do direito à saúde e o acesso as estratégias de RD conforme preconiza o ECA e destaca o apoio e divulgação de pesquisas científicas na área a fim de subsidiar as intervenções e desta maneira aprimorar e adequar a política sobre drogas e suas estratégias.

Em julho de 2005 a Portaria 1.028 institui a Política Nacional de Redução de Danos, na qual há o reconhecimento da RD como política de saúde e assegura a continuidade das ações que estavam sendo desenvolvidas e fomenta novas, além de consolidar o artigo 196 da Constituição Federal que diz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A questão das “narcossalas” não foi mencionada na redação final do documento.

Em 2006 a Lei n. 11.343 substituiu as Leis n. 6368/ 76 e a n. 10.409/ 02 e institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. “A nova lei coloca o país em destaque internacional nos aspectos relativos à prevenção, atenção, reinserção social do usuário e dependente de drogas, bem como ao endurecimento das penas pelo tráfico dessas substâncias” (BRASIL, 2008).

Na referida legislação a pena para tráfico de drogas passa a ser de cinco a quinze anos de prisão, para o financiador do tráfico, a pena varia de oito a vinte anos de prisão e usuários e dependentes passam a cumprir medida sócio-educativa como, por exemplo, tratamento ambulatorial e prestação de serviços à comunidade em contraposição a restrição de liberdade. Porém existe imprecisão na diferenciação entre usuário de SPA’s e traficantes visto que não há critérios de distinção, o que deixa a revelia do juiz levando em consideração a natureza e quantidade de substância, local e contexto da ação, circunstância pessoal e social, e também a conduta e antecedentes do indivíduo (BRASIL, 2008)

Dois aspectos se destacam na legislação. O primeiro é a concessão de benefícios fiscais para iniciativas de cunho preventivo, de tratamento, reinserção social e repressão ao tráfico e o segundo é o fim da obrigatoriedade dos tratamentos para usuários e dependentes de SPA’s.

Doneda e Gandolfi (2006) afirmam que no caso brasileiro, a estratégia de RD surgiu também devido à epidemia de AIDS. Em Santos, município de São Paulo, a taxa de UDI em 1989 que estavam infectados pelo HIV/AIDS se aproximava de 60%. A partir desta constatação neste mesmo ano a Secretaria Municipal de Saúde de Santos em conjunto com uma organização da sociedade civil executou a primeira tentativa de

distribuição de objetos para uso seguro de drogas injetáveis (DI) medida que logo foi barrada pelo MP que entendeu a ação como incitadora do uso de drogas. Este entendimento retardou o processo de implementação das abordagens de RD por cerca de cinco anos.

Segundo Silveira e Moreira (2006) os principais marcos para a aceitação e concretização da RD no Brasil foram:

- Em 1990 uma organização não- governamental clandestinamente começou a distribuir seringas novas para os UDI e a orientá -los quanto aos equipamentos usados para a drogadição;
- Em 1991, o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), iniciou um trabalho pioneiro em São Paulo que consistia em treinar os pacientes atendidos pelo serviço para distribuir hipoclorito de sódio para desinfetar seringas e orientação quanto ao não compartilhamento dos equipamentos de drogadição;
- Em 1993, sob a coordenação do Instituto de Estudos e Pesquisa em AIDS de Santos (IEPAS) se concretizou o primeiro projeto oficial no país envolvendo agentes de saúde nos locais de uso de drogas;
- Em 1994, o MS em parceria com o United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) e Banco Mundial lançaram o Programa Nacional DST e AIDS retornando definitivamente às estratégias de RD;
- Em 1995 através de um projeto em parceria com a Universidade Federal da Bahia e instância local e regional surge o primeiro programa de troca de seringas no país;
- Em 1997 é criada a Associação Brasileira de Redutores e Redutoras de Danos (ABORDA);
- Em 1998 é fundada a rede Latino-Americana de Redução de Danos (RELARD) e a Rede Brasileira de Redução de Danos. São realizados a IX Conferência Internacional de Redução de Danos e o I Fórum Nacional Antidrogas e é regulamentada a Lei n. 11.063 em Santa Catarina que autoriza a Secretaria de Estado a adquirir e distribuir seringas e agulhas descartáveis aos UDI;

- Em 2000 houve a regulamentação da Lei n. 11.562 no Rio Grande do Sul que dispõe sobre RD entre UDI;
- Em 2001 no Espírito Santo houve a regulamentação da lei que autoriza a Secretaria de Saúde a adquirir e distribuir seringas descartáveis aos UDI e obriga hotéis, motéis e estabelecimentos similares a fornecerem gratuitamente preservativos;
- Em 2002 os estados Mato Grosso do Sul e Minas Gerais regulamentaram a política de RD;
- Em 2005 o MS publicou as Portarias n. 1.028/ GM que regulamenta as ações de RD decorrentes do uso de SPA's e a n. 1.059/GM que trata do financiamento da RD nos CAPSad e
- Em 2006 há a regulamentação da Lei n. 11.343 que dispõe sobre a criação do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas (Sisnad), medidas para prevenção do uso de SPA's, atenção e reinserção social de usuários de SPA's e estabelece normas para a punição de produção, consumo e tráfico de drogas.

Para Doneda e Gandolfi (2006):

“As principais características das políticas de redução de danos no Brasil são: resposta governamental em parceria com a sociedade civil; desenvolvimento de pesquisas sorológicas e comportamentais para o levantamento de indicadores de impacto na saúde; desenvolvimento de estratégias de *outreach work* (trabalho de proximidade), ou seja, desenvolvimento de ações de distribuição de seringas e agulhas, distribuição de preservativos, oferta do teste anti- HIV e de hepatite nos locais e nos espaços sociais em que vivem, trabalham ou usam drogas; formação de usuários e ex- usuários para atuarem como multiplicadores entre seus pares, requalificando estas pessoas como agentes de saúde (redutores de danos); elaboração de material educativo pelos próprios usuários (*cartilhas, folheto*); acesso gratuito a seringas, agulhas e preservativos, diagnóstico do HIV e da hepatite e tratamento dessas e outras doenças na rede de saúde; promoção da participação do usuário de drogas nos espaços de definição de políticas de saúde, sua organização em associações e sua participação em outras organizações da sociedade civil que atuam no controle social em saúde e a construção de leis que garantam a redução de danos para sua execução local, sua inserção no cenário das leis nacionais e a inserção do direito à saúde do usuário de drogas que não pode, não quer ou não consegue parar de usar drogas no contexto dos direitos humanos e do direito à saúde” (DONEDA & GANDOLFI, 2006, p. 359).

Um dos principais alicerces das ações de RD desde o início tem sido o papel dos redutores de danos. Estes profissionais atualmente não podem mais ser presos ou terem material de trabalho apreendido como a antiga legislação sobre drogas permitia. O redutor de danos é o indivíduo treinado sobre temas de saúde e técnicas de

aconselhamento, que vai a campo para estabelecer contato com UDI. Normalmente são dependentes ou ex- dependentes de SPA's que conhecem o lugar e os UDI e que tem livre acesso nestes locais. Eles fazem a identificação dos UDI e tem a tarefa de realizar ações de prevenção, como prestação de informações sobre os perigos do uso de SPA's injetáveis e a distribuição e informação sobre a utilização correta dos kits de prevenção, além de encaminhar UDI para serviços de saúde sempre que for observado problemas de saúde, além da necessidade de realização de testes de HIV e hepatites e para a vacinação contra hepatite.

Além do trabalho desenvolvido nos consultórios de rua e com os UDIs, há também os profissionais que desenvolvem importante trabalho dentro dos CAPS e serviços ambulatoriais como é o serviço oferecido pelo SEAD.

Capítulo 3. Metodologia

3.1. Abordagem metodológica e instrumentos de coleta de dados

A pesquisa que deu origem ao presente TCC ocorreu no SEAD/HUB e tinha como **pergunta de pesquisa:**

“Em que medida a abordagem de RD contribuiu para a diminuição do consumo ou abstinência do álcool e/ou outras substâncias psicoativas entre os jovens de 18 a 25 anos de idade que ingressaram no SEAD nos anos de 2008 e 2009?”

Para Soriano, a pesquisa científica é um processo que começa quando se coloca um problema, e para encontrá-la o especialista social deve elaborar um projeto de pesquisa que lhe permita descobrir, explicar e, se possível, prever em termos probabilísticos ou de *tendência* determinadas situações, bem como as repercussões que a solução proposta há de ter no processo social. (SORIANO, 2004, p 25).

O presente estudo teve uma abordagem qualitativa baseada na perspectiva de Minayo. Para a autora

“A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.” (MINAYO, 2002, p. 21- 22).

Utilizou-se como técnicas de pesquisa o levantamento documental e entrevistas semi- estruturadas. Segundo Soriano (2004) “na pesquisa documental recorre-se a fontes históricas, monografias, informação estatística (censos, estatísticas vitais) e a toda a documentação existente sobre o tema para subsidiar a análise do problema.

A pesquisa documental foi realizada a partir de levantamento de documentos do SEAD, bem como do estudo de prontuários. Os prontuários são utilizados pelo SEAD e pelo serviço de saúde de forma geral para acompanhamento dos usuários do serviço. Para o estudo dos prontuários foi elaborado um roteiro com informações importantes a serem coletadas como, por exemplo, SPA's utilizadas pelos pacientes, padrão de

consumo no momento de ingresso na instituição, estratégias discutidas pelo profissional e paciente entre outras.

Além disso, foi realizada também a leitura de 28 questionários de triagem dos pacientes. Este instrumento é utilizado pelo SEAD no momento de entrada dos jovens no Serviço.

Por fim, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. A entrevista “não significa uma conversa despreocupada e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta de dados relatados pelos atores sociais, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada” (MINAYO, 2002, p, 57).

Para a entrevista adotou-se como instrumento um roteiro composto por questões sobre estratégias de RD utilizadas nos atendimentos, dificuldades na utilização de estratégias de RD nos atendimentos, mudanças no padrão de consumo de SPA's entre outras (anexo II).

A coleta de dados teve início no mês de agosto de 2011, mas foi interrompida devido ao afastamento da pesquisadora da Universidade por problemas pessoais. A pesquisa foi retomada em abril de 2012, mas interrompida devido a greve de professores, sendo finalizada somente em setembro de 2012 com as entrevistas.

3.2. Seleção de Prontuários

Como a pesquisa abarcou o período de ingresso dos jovens no SEAD entre 2008 e 2009, o primeiro passo para a seleção dos prontuários foi realizada a partir da agenda das assistentes sociais nos referidos anos, pois no SEAD essa categoria profissional é a responsável pelo acolhimento. O acolhimento consiste no primeiro atendimento ao usuário, momento o qual se deve compreender as necessidades emergenciais do sujeito, o motivo da procura pelo tratamento, sua história de vida, sua relação com a SPA que faz uso abusivo, compreensão dos fatores de proteção, estreitamento da relação profissional/sujeito, explicitação do funcionamento da instituição e da criação do vínculo institucional. Portanto, o primeiro contato do usuário na instituição é com assistentes sociais.

Nas suas agendas são registrados os seguintes dados dos pacientes: idade, situação do sujeito na instituição, número do prontuário e telefone para contato. Esta medida facilita o preenchimento da estatística dos atendimentos (documento elaborado por profissionais do SUS no final de cada dia de trabalho) e também o contato com o paciente caso seja necessário. Antes do segundo semestre de 2008 o MS não exigia a informação sobre idade dos usuários do SUS na estatística, mas a partir do segundo semestre de 2008 já se observa o registro da idade dos usuários nas agendas dos técnicos. As siglas registradas na agenda são as seguintes: CN (caso novo), CC (caso continuado), CO (não compareceu), GR (grupo de família), IN (internação). Elas foram essenciais para a visualização rápida dos ingressantes dos anos de 2008 e 2009 com a faixa etária pretendida para o estudo. Os primeiros prontuários selecionados para a pesquisa foram os que continham a sigla CN e idade entre 18 e 25 anos registrados nas agendas das assistentes sociais. Nesta fase foram selecionados 29 prontuários.

O segundo passo foi consultar o cadastro geral de pacientes do SEAD (documento que tem o intuito de aglutinar dados relativos a situação do usuário no tratamento). Nele consta os seguintes dados: nome, número do prontuário, e situação do paciente no SEAD (abandono do tratamento, em tratamento, alta, não adesão e não elegível) dos anos de 2008 e 2009 e a partir dele iniciou-se o processo de requisição de todos os prontuários dos dois anos que não haviam sido selecionados a partir das agendas pelo fato de não terem a idade registrada na mesma. Isso resultou em reclamações da chefia do arquivo pela quantidade de prontuários que estavam sendo requisitados e se levada até o fim demandaria muito tempo. Por isso, optou-se por uma alternativa mais rápida e eficaz, que foi recorrer novamente as agendas para selecionar os usuários que tinham a sigla CN, mas que não possuíam a idade registrada na mesma. Depois de ter em mãos todos esses prontuários (nove no total) verificou-se que apenas um prontuário se encontrava na faixa etária da pesquisa. Portanto, o universo da pesquisa foi de 30 pacientes.

3.3. Levantamento de Dados dos prontuários

Após o período de seleção dos prontuários, iniciou-se a leitura e coleta de informações nas folhas de evolução dos prontuários. Ressalta-se que optou-se por selecionar apenas as folhas de evolução preenchidas pelos assistentes sociais e

psicólogos do SEAD, tendo em vista a proximidade das áreas e do trabalho conjunto desenvolvido, a pertinência com os objetivos da pesquisa e a diversidade e extensão das informações, inviabilizando a coleta de informações de todas as áreas.

O prontuário é um documento que refere-se ao usuário de determinada instituição e pertence à esta que o assiste. Nesta pesquisa o documento possibilitou o entendimento da dinâmica dos encontros, a visão dos técnicos da instituição em relação ao tratamento dos usuários e em alguns casos percebe-se a “fala” dos pacientes também transcritas no documento.

Além disso, foram analisados questionários de triagem. Este instrumento é anexado ao prontuário do paciente e foi criado pela equipe do SEAD. Ele é utilizado comumente no primeiro atendimento do usuário no serviço (entrevista de acolhimento e triagem), que possui como função agregar as informações referentes aos dados socioeconômicos e demográficos (sexo, idade, religião, local de moradia, escolaridade, profissão, entre outros) além dos aspectos históricos do consumo de álcool. Ele também ajuda a determinar os focos principais da intervenção e informa ao usuário o seu padrão de consumo. O questionário de triagem possibilitou traçar o perfil socioeconômico e demográfico dos usuários do SEAD, pois somente a primeira parte que refere-se aos dados de identificação do paciente foi analisada, visto que em muitos casos os técnicos não utilizam as demais partes devido a necessidade de reformulação do mesmo.

3.4. Realização das entrevistas

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com quatro técnicas do SEAD, duas assistentes sociais e duas psicólogas. Deveriam ser realizadas com cinco, no entanto, a quinta profissional não participou da pesquisa porque estava de licença saúde no período de realização das entrevistas. Como já mencionado anteriormente, neste momento da pesquisa foi utilizado um roteiro de entrevista com as principais questões a serem abordadas (Anexo II).

Como a pesquisa tem como anos base 2008 e 2009, houve rotatividade dos profissionais na instituição. Portanto, as mesmas foram realizadas com técnicos que no período estudado estavam trabalhando na instituição e também com técnicos que iniciaram o trabalho no SEAD após o período estudado.

As entrevistas possibilitaram a verificação das idéias dos técnicos do SEAD em relação a eficácia da RD no tratamento dos jovens usuários de SPA's que ingressaram no SEAD, tanto no período de foco da pesquisa, como após, devido a rotatividade dos técnicos já mencionada acima.

3.5. Cuidados éticos

O presente estudo guiou-se por normas éticas no sentido de garantir aos pesquisados a participação voluntária, o sigilo das informações e o anonimato dos participantes.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas (CEP/IH) da Universidade de Brasília e foi aprovado. Devido a impossibilidade de localizar os pacientes do hospital ou parentes, por possíveis mudanças de endereço e telefone, ou por ter ocorrido óbito, mudança de residência para outros estados entre outros motivos, foi entregue ao CEP/IH uma solicitação de dispensa do TCLE que foi deferido pelo Comitê tendo em vista que o estudo envolvia a pesquisa documental nos prontuários e não entrevistas com jovens.

No caso dos profissionais do SEAD, ao iniciar a entrevista foi apresentada verbalmente a pesquisa e ressaltado a garantia do sigilo e do anonimato das informações e em seguida foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a leitura e se houvesse concordância, a autorização mediante assinatura, sendo que todos os que participaram das entrevistas assinaram o documento (anexo I).

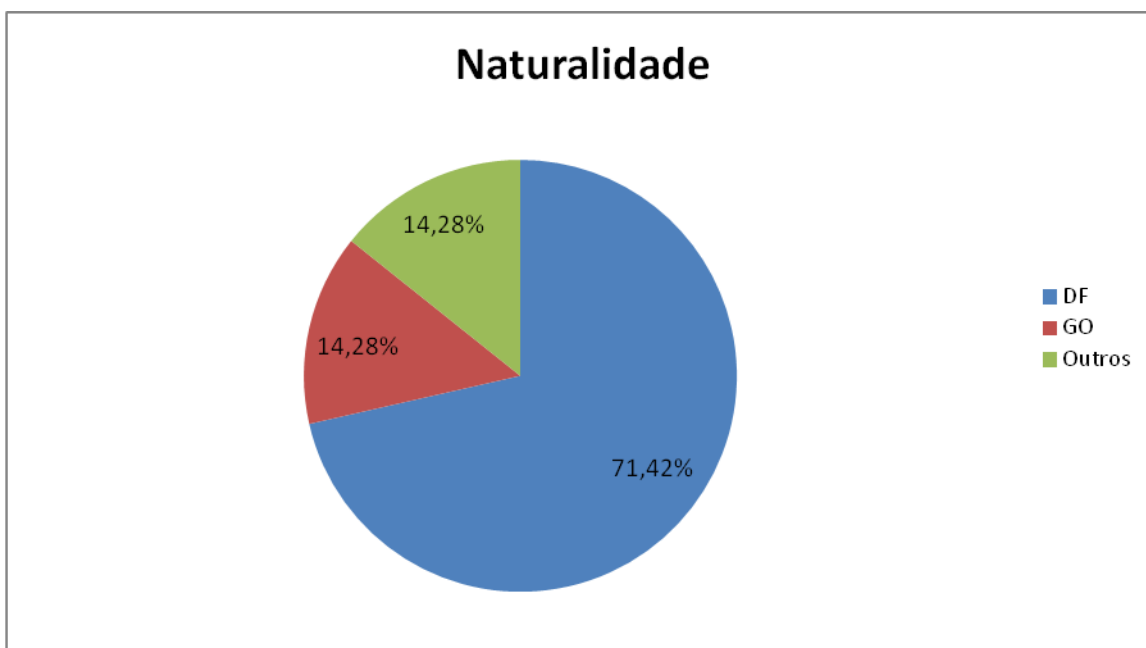
Capítulo 4. Análise dos Dados Coletados

4.1. Questionários de Triagem

Com os dados do questionário de triagem, foi possível traçar o perfil dos usuários com idade entre 18 e 25 anos de idade que ingressaram no SEAD nos anos de 2008 e 2009. A grande maioria dos usuários é composta pelo sexo masculino. Estes são 25 (83,3%) do total de pacientes e os do sexo feminino são apenas 5 (16,6%).

A maioria dos pacientes nasceu no DF, seguido do estado do Goiás. Rondônia, Paraíba, Minas Gerais e Bahia (no gráfico 1 aglutinados na opção outros), tinham um paciente por estado.

Gráfico 1- Naturalidade



Os dados relativos a região administrativa, tipo de moradia, situação quanto a propriedade, estado civil e existência de filhos, pode ser visualizado na tabela 1. O local de moradia dos usuários é bastante disperso, residindo em diversas regiões administrativas do DF, por isso, optou-se por discriminar na tabela apenas os locais

onde residiam pelo menos três pacientes. Destaca-se, que no geral, a maioria dos jovens atendidos no SEAD tem residência em Brasília (17,85%).¹

Tabela 1- Caracterização dos jovens usuários do SEAD por moradia, estado civil e quantidade de filhos

| Especificação | Usuários (100%) |
|-------------------------------|------------------------|
| São Sebastião | 10,71 |
| Taguatinga | 10,71 |
| Região Samambaia | 10,71 |
| Administrativa: Brasília | 17,85 |
| Ceilândia | 10,71 |
| Outros | 39,28 |
| Casa | 88,88 |
| Tipo Propriedade: Apartamento | 7,40 |
| Barraco | 3,70 |
| Própria | 64,28 |
| Propriedade: Alugada | 32,14 |
| Cedida | 3,57 |
| Casado | 21,42 |
| Estado Civil: Solteiro | 75,0 |
| Divorciado | 3,57 |
| Sim | 42,85 |
| Filhos: Não | 57,14 |

¹ A categoria outros aglutina as regiões administrativas Gama, Sobradinho, Paranoá, Candangolândia, Planaltina, Recanto das Emas, Brazlândia e as cidades do entorno, Cidade Ocidental e Santo Antônio do Descoberto.

Dos 28 questionários analisados, 27 tinham informação relativa ao tipo de propriedade. A grande maioria dos pacientes residem em casas (85,71%) que pertencem as suas famílias (64,28%).

Quanto ao estado civil, a maioria é solteiro e não possuem filhos. Porém, a diferença entre os pacientes que têm filhos (42,85%) e os que não tem (57,14%) é pequena.

Na tabela 2 podemos visualizar as questões de cor, escolaridade, renda familiar e a situação trabalhista dos jovens. Em dois questionários não havia registros quanto a cor dos indivíduos. Desta forma, apenas 26 questionários tiveram este critério analisado.

No quesito escolaridade, houve uma dispersão grande dos níveis. Mais de 45% dos jovens acessaram o Ensino Fundamental, no entanto, o percentual de jovens vai reduzindo com o aumento da escolaridade, por isso, somente 7,14% tiveram acesso ao ensino superior.

A renda familiar foi declarada em salários mínimos (SM) e a maioria declarou não saber a renda de sua família (39,28%). Dos 60% de jovens que declararam a renda, 32%, ou seja, mais da metade deles, tinham a renda familiar de até três SM.

Na situação trabalhista a categoria outros inclui os pacientes afastados do trabalho e estudantes. Tendo como base 27 prontuários com informação, haviam 37,03% de jovens trabalhando e 33,3% desempregados, apesar de não haver a possibilidade de desagregar a informação para verificar há quanto tempo os jovens estão sem trabalho e nem documentos constando informações sobre se o trabalho remunerado é formal ou informal.

Uma das questões encontradas também no questionário de triagem refere-se ao tipo de encaminhamento ao serviço, ou seja, por que meio o paciente chegou ao SEAD.

Na tabela 3 verifica-se que a grande maioria dos pacientes chegou ao SEAD encaminhados por autoridade legal (46,42%), ou seja, o judiciário encaminhou o jovem para participar do programa. A família é a segunda instituição responsável pela inserção dos jovens no SEAD. Somente 17,85% dos jovens procuram espontaneamente

o programa. É bom ressaltar, a dualidade da intermediação de instituições (judiciário e família) no processo de aproximação do jovem ao programa.

Tabela 2- Caracterização dos jovens usuários do SEAD por Cor, Escolaridade, Renda Familiar e Situação Trabalhista

| Especificação | Usuários (100%) |
|-------------------------|------------------------|
| Cor: Negro ² | 50,0 |
| Branco | 50,0 |
| Escolaridade : | |
| Analfabeto | 3,57 |
| Fundamental Incompleto | 17,85 |
| Fundamental Completo | 28,57 |
| Médio Incompleto | 17,85 |
| Médio Completo | 25,0 |
| Superior Incompleto | 7,14 |
| Renda Familiar: | |
| 1 SM | 10,71 |
| 2 a 3 SM | 21,42 |
| 4 a 5 SM | 10,71 |
| 6 a 7 SM | 3,57 |
| 8 SM acima | 14,28 |
| Não Sabe | 39,28 |
| Situação Trabalhista: | |
| Empregado | 37,03 |
| Desempregado | 33,33 |
| Autônomo | 11,11 |
| Outros | 18,51 |

² Junção de preto e pardo, como realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Isto pode determinar a evasão, principalmente se a intermediação for de cunho obrigatório, prescindindo da vontade do usuário. Por outro lado, não se pode descartar que ainda que inicialmente a relação do jovem com o programa seja obrigatória, pode ocorrer a criação de vínculos e identificação com o serviço.

Tabela 3- Percentual de Usuários por tipo de Encaminhamento ao SEAD

| Tipo de Encaminhamento | Usuários (%) |
|-------------------------------|---------------------|
| Procura Espontânea | 17,85 |
| Família | 25,0 |
| Empresa | 7,14 |
| Autoridade Legal | 46,42 |
| Outros | 3,57 |
| Total | 100 |

4.2. Folhas de Evolução e Cadastro Geral de Pacientes

Para preservar a identidade dos participantes de pesquisa e facilitar a análise dos dados, tanto técnicos do SEAD quanto pacientes foram numerados. Os primeiros foram numerados de 1 a 4 de acordo com a ordem de realização das entrevistas e os pacientes foram numerados de 1 a 30 de acordo com a ordem que foram coletados os dados das folhas de evolução.

As folhas de evolução dos pacientes foram analisadas em sua totalidade (30) e a partir delas, juntamente com os dados do cadastro geral de pacientes dos anos de 2008 e 2009 (também 30) chegamos aos seguintes números: 10 pacientes foram classificados na categoria “não adesão” que são os casos de pacientes que não retornam do acolhimento, 19 usuários foram considerados “abandono do tratamento”, ou seja, aderiram ao tratamento durante um determinado período de tempo e depois ocorreu a evasão e, somente 1 paciente foi classificado na categoria “alta”, tendo concluído, portanto, o tratamento.

Este é um dado muito relevante, pois evidencia uma grande quantidade de jovens que abandonaram o programa, provavelmente ainda sem alcançar todos os resultados almejados quando da inserção no SEAD. Destaca-se, no entanto, que essa não é uma realidade isolada do programa, pelo contrário, segundo alguns autores apenas

30 a 35% de usuários de SPA's permanecem em tratamento. (SILVEIRA, JULIÃO e MOREIRA, 2006 apud FORMIGONI 1992). Ressalta-se ainda segundo Simões (2006) que “pelo menos para os usuários problemáticos, o uso de substância não é um problema isolado, está relacionado a uma série de características que indicam um comprometimento- desempenho escolar ruim, problemas mais gerais e características de personalidade”. Portanto, aspectos sociais e psicológicos evidenciam a complexidade do processo e sugere alguns dos motivos para o número elevado de abandonos de tratamento (SIMÕES, 2006, p. 286).

Com o intuito de descobrir o tempo médio de duração do tratamento para os pacientes que abandonaram o programa, analisou-se as folhas de evolução. No entanto, só foi possível precisar o tempo de tratamento de cinco pacientes que abandonaram o serviço, pois no cadastro geral de pacientes não há informação quanto a data que foi considerado o abandono do tratamento e na maioria dos registros feitos nas folhas de evolução (25) não existe essa informação. Destes cinco, a média de permanência no programa foi de 4 meses.

A partir também dos registros em folha de evolução, pode-se verificar que 10 pacientes considerados “não adesão” utilizavam SPA's como álcool, maconha, cocaína, crack e tabaco, as vezes associadas.

Tabela 4 - SPA's Utilizadas pelos Pacientes considerados Não Adesão

| SPA's | Pacientes |
|--------------|-----------|
| Álcool | 4 |
| Maconha | 4 |
| Cocaína | 4 |
| Crack | 1 |
| Tabaco | 1 |
| Não menciona | 3 |

Os pacientes que foram considerados “abandono do tratamento” utilizavam as seguintes substâncias: álcool, maconha, roypnol, cocaína, tabaco, anfetamina e merla. Este grupo se caracteriza por poliusuários que em grande número fazem uso de SPA's pesadas, como por exemplo, a cocaína que tem neste grupo um número maior de usuários do que a maconha. Aqui como no caso da tabela anterior, ressalta-se que um usuário pode utilizar mais de uma SPA's.

Tabela 5 – Número de pacientes que abandonaram o programa por SPA's utilizadas

| SPA's | Pacientes |
|--------------|-----------|
| Álcool | 14 |
| Maconha | 9 |
| Roypnol | 1 |
| Cocaína | 10 |
| Tabaco | 1 |
| Anfetamina | 1 |
| Merla | 4 |
| Não menciona | 1 |

O único paciente que recebeu alta do tratamento era poliusuário de SPA's e consumia tabaco, maconha, cocaína e álcool. Este permaneceu em tratamento no SEAD durante 12 meses.

Para a população jovem o consumo de álcool geralmente é tido como recreativo. No entanto, o uso abusivo desta substância causa danos não somente à saúde do indivíduo que o utiliza, mas à sociedade no geral, um exemplo disto são os acidentes causados pela combinação de álcool e direção. A longo prazo o uso abusivo tende a causar dependência, e como pesquisas (OBID, 2010) já demonstraram, o uso do álcool tem se iniciado cada vez mais cedo, portanto, é bem possível que no futuro próximo, os indivíduos desenvolvam dependência do álcool relativamente jovens.

4.3. Estratégias de Redução de danos – análise documental e entrevistas com profissionais

Como já dito anteriormente, as entrevistas foram realizadas com quatro técnicos do SEAD, sendo duas assistentes sociais e duas psicólogas. Uma das assistentes sociais trabalha no SEAD desde 1990 e foi idealizadora do serviço e a segunda trabalha na instituição desde abril deste ano. Uma das psicólogas entrevistadas já trabalhou no SEAD nos períodos de 2002 a 2004, depois de 2007 a 2008 e sua terceira passagem pela

instituição começou em fevereiro deste ano. A segunda psicóloga está no SEAD há 17 anos.

Relacionando o conteúdo das folhas de evolução com as entrevistas dos técnicos, podemos elencar as estratégias de RD que aparecem nos dois momentos da coleta de dados. São elas: Mapeamento dos principais fatores de risco e proteção, diminuição do consumo de SPA's, conscientização em relação a sexo seguro, monitoramento do consumo, auxílio na descoberta de novas atividades prazerosas/saudáveis e substituição de substâncias.

Quanto aos casos de não adesão, percebeu-se que em apenas um caso havia registros nas folhas referentes à sugestão do profissional e também estratégias do próprio paciente para controle do consumo do álcool, a única SPA's utilizada por ele. Neste caso, as estratégias sugeridas pelo profissional eram: Redução da quantidade de álcool ingerida, descoberta de atividades que lhe dessem prazer, aproximação familiar, orientação para não ir alcoolizado para a faculdade, evitar situações propensas ao consumo de álcool, tomar suco ao longo do dia, ingerir bebidas com sabor que não lhe agradasse para diminuir a quantidade. As estratégias sugeridas pelo paciente foram: Ler e voltar a morar com familiares. Mesmo que não tenha havido vinculação institucional, percebe-se que o profissional estimulou desde o acolhimento a reflexão por parte do paciente sobre possíveis maneiras de se chegar a um consumo de SPA's menos prejudicial.

Nas folhas de evolução pode-se perceber que dos 20 pacientes que participaram do programa (excluindo os 10 que não aderiram), havia registros nas folhas de evolução de apenas 7 pacientes mencionando mudanças/alterações no padrão de consumo. Nos demais prontuários não havia registro algum sobre este item, o que impossibilitou o aprofundamento sobre a questão considerada central para a pesquisa. Como o número passível de análise é reduzido, vejamos como ocorreram as mudanças para os pacientes na tabela 6.

Apenas no prontuário do paciente 6 há registro nítido sobre a trajetória que o paciente trilhou em relação ao seu padrão de consumo de SPA's ao longo do tempo que permaneceu em tratamento no SEAD. Primeiro ocorreu diminuição do consumo, em seguida período de abstinência, depois recaída e outro relato sem muita informação sobre período de abstinência do álcool.

Muito provavelmente houve outros casos de mudanças no padrão de consumo no período pesquisado. Por isto, ressalta-se a necessidade de maiores detalhes nos registros dos prontuários. Por vezes o profissional opta por não relatar detalhadamente os atendimentos como forma de resguardar o paciente, no entanto, acredita-se que o detalhamento ao longo do tratamento é a melhor forma de se acompanhar a evolução do mesmo.

Tabela 6 - Mudanças no Padrão de Consumo dos Pacientes considerados Abandono e Alta

| Pacientes | SPA's | Mudanças no Padrão de Consumo |
|------------------|-----------------------------------|---|
| 3 | Maconha, roypnol e álcool | Período de abstinência (houve síndrome de abstinência), mas não há registro sobre a SPA's que deixou de utilizar. |
| 6 | Álcool e cocaína. | Diminuição do consumo de álcool; Abstinência 2 meses depois do início do tratamento (não menciona de qual substância); Recaída(2 meses após o período de início da abstinência); Abstinência do álcool, mas uso de cocaína. |
| 7 | Maconha, álcool e merla | Diminuição do consumo de merla e álcool |
| 17 | Tabaco, maconha, cocaína e álcool | Abstinência de maconha (5 meses). |
| 20 | Não menciona substância utilizada | Abstinência de quatro dias. |
| 21 | Maconha, cocaína, merla e álcool | Diminuição da quantidade diária de maconha; Ao longo do prontuário três relatos de abstinência e apenas um relato de recaída. |
| 24 | Álcool e cocaína | Abstinência e quatro relatos de recaída. |

Ainda em relação as entrevistas podemos dizer que existiram pontos comuns na fala dos entrevistados e pontos divergentes. Todos os entrevistados disseram que utilizam estratégias de RD na maioria dos atendimentos, com ressalva de casos em que não se pode trabalhar a RD por motivo de doenças graves ou gravidez. O segundo consenso diz respeito as estratégias mais utilizadas nos atendimentos que são: diminuição da quantidade de SPA's ingeridas, diminuição da frequência de uso de SPA's, mapeamento dos fatores de proteção, substituição de SPA's, orientação para se alimentar antes de fazer uso de SPA's e descoberta de novas atividades prazerosas/saudáveis.

Quando o assunto é opinião sobre modificação do padrão de consumo de SPA's dos usuários jovens a partir de estratégias de RD, há algumas diferenças. Um das entrevistadas ressalta a importância da motivação do paciente em relação ao tratamento para que haja mudanças efetivas no padrão de consumo. Já outras duas entrevistadas afirmam que as estratégias com certeza auxiliam na mudança do padrão de consumo, mas que o trabalho da equipe interdisciplinar é muito importante no processo, visto que muitas vezes o paciente não é atendido apenas por um profissional dentro do serviço. Além disso, uma das entrevistadas ressaltou que não possui uma amostra representativa para poder afirmar, mas acredita que no geral RD é recomendável para tratamento de pessoas de faixas etárias distintas, inclusive para os jovens.

Ressalta-se que o trabalho da equipe dentro do processo de tratamento é importantíssimo juntamente como outras características que Crome (1999) destaca após realização de pesquisa no Reino Unido sobre características de programas de atendimento a usuários de SPA's com relação a redução no uso de SPA's. Para o autor programas maiores com mais recursos, programas cujas as equipes eram mais experientes, existência de terapia de grupo, intervenção na crise e arte e música como terapia foram os programas que obtiveram melhores resultados (CROME 1999 apud SIMÕES 2006, p. 286).

As modificações no padrão de consumo que as entrevistadas já perceberam durante os atendimentos que realizaram com pacientes jovens no geral referem-se a redução do consumo de SPA's; redução da frequência do consumo de SPA's; substituição de SPA's por outras menos prejudiciais; monitoramento do consumo por parte do paciente com o intuito do mesmo determinar o quanto ainda pode diminuir o

consumo de SPA's. Para uma das profissionais, este é um momento importante pois significa a tomada de consciência do indivíduo em relação a sua vida e as possibilidades do tratamento ser efetivo. Um exemplo citado é a experiência de um projeto do SEAD desenvolvido em parceria com o MP. Este projeto é uma atividade educativa cuja grande maioria dos participantes são jovens que foram abordados na rua por policiais portando SPA's para o seu consumo. A atividade consiste em 3 reuniões e uma entrevista. A profissional afirma que na última reunião e na entrevista ela pergunta aos participantes quais as mudanças ocorridas da 1º semana até o momento e *“ele responde que diminuiu o consumo de SPA's, que está comprando menos e por isso usando menos, que não está mais indo na boca com frequência, que está se policiando mais para não usar em lugares em que possa ser pego pela policia novamente”* (Técnica 2). Isso segundo a técnica é resultado do discurso de necessidade de reflexão que é trabalhado nas reuniões. Ela assinala que RD não é apenas apontar a necessidade de mudança de comportamento como sugerir trocas de substâncias ou diminuição do consumo, mas é também uma forma de despertar nos indivíduos a reflexão acerca da sua vida. E pelo exposto ela acredita que trabalhar com a perspectiva da RD é eficiente para o tratamento dos jovens. Concorda-se com a profissional na perspectiva de que a partir do momento que o indivíduo passa a tomar consciência sobre a realidade no qual está inserido, ele passa a questionar seus atos e pensar criticamente sobre o seu comportamento, o que sem dúvida pode contribuir para que o indivíduo adote medidas para diminuir os riscos os quais se expõe.

Entre as profissionais é unanimidade que o tempo necessário para que mudanças no padrão de consumo ocorram varia de acordo com o paciente. Para uma das entrevistadas a motivação do paciente é que vai determinar o tempo em que as mudanças começarão a ocorrer. Para outras duas entrevistadas o tipo de usuário (se é dependente ou abusador) que é determinante para que as mudanças ocorram a curto, médio ou longo prazo. A quarta entrevistada apesar de acreditar que o tempo depende do paciente, afirma que é possível perceber logo no início do tratamento algumas mudanças. Acredita-se que os aspectos envolvidos no tempo para que mudanças no padrão de consumo ocorram vão além da motivação do paciente e do tipo de usuário, aspectos sociais e psicológicos como, por exemplo, situação de pobreza ou transtorno psíquico podem determinar o tempo para que mudanças efetivas ocorram.

Quanto aos casos em que ocorrem diminuição do consumo ou abstinência três entrevistadas ressaltam que para este novo padrão perdurar por um período curto ou longo depende do paciente e do grau de envolvimento com a droga, ou seja, se ele é dependente ou abusador. Já a outra entrevistada acredita que depende de outros fatores, como apoio familiar, recursos institucionais, afinidade da equipe que atende o paciente, visto que não raras vezes alguns profissionais como os médicos tem dificuldades em aceitar abordagens de RD. Ressalta-se a importância da afinidade da equipe para que não haja choque das abordagens utilizadas.

As entrevistadas assinalam também as dificuldades encontradas na utilização de RD nos atendimentos. Assinalam que com alguma frequência quando o paciente é dependente é complicado trabalhar com RD, visto que para alguns é difícil conseguir monitorar e diminuir o consumo de SPA's, não são raras as vezes que para pacientes o discurso de abstinência surte mais efeito do que o da RD, mas isso tem que ser feito a partir de avaliação clínica, devido a possíveis síndrome de abstinência. Ressaltam ainda que uma dificuldade encontrada na utilização das estratégias de RD nos atendimentos é a resistência da família dos pacientes com relação a proposta divergente da proposta de abstinência. Uma das profissionais revela que tem dificuldades com frequência, visto que *“é muito difícil de lidar com indivíduos em construção. Cada momento da vida é diferente, possui características diferentes e o indivíduo possui motivações diferentes.”* (Técnica 2). Todas mencionam a questão da gravidez e problemas graves de saúde que não podem ser compatíveis com abordagem de RD. No caso de resistência da família do paciente em relação a RD, as entrevistadas ressaltam a necessidade de esclarecer a família quanto a abordagem e também estimulá-la a se tornar facilitadora do processo que o paciente tiver escolhido.

É unanimidade que as estratégias de RD podem tanto reduzir consumo, quanto levar o indivíduo à abstinência. Para duas entrevistadas, as estratégias de RD servem de “caminho” para a abstinência. Silveira, Julião e Moreira, (2006) ressaltam que a RD não se contrapõe ao modelo que visa abstinência de SPA's e destacam que 23% dos usuários de programas de RD no Brasil procuram posteriormente tratamento visando a abstinência.

Uma delas explica ainda que: *“Quando a pessoa tenta se afastar das drogas ela vai vivenciar um luto, uma perda. Quando você trabalha com RD o indivíduo vai*

vivenciar com menos angústia o luto. A pessoa vai aprendendo a lidar com a situação e parece menos doloroso num primeiro momento. Um ponto importante é responsabilizar a pessoa pelo seu desejo, pelo o que está acontecendo com ela. A idéia de parar é muito assustadora, você deixa o paciente viver a ambivalência que existe nele ao longo do processo. RD como objetivo final ocorre em duas circunstâncias, a primeira é quando o paciente é abusador e passa a fazer uso recreativo da droga. A segunda é quando o caso é tão grave que ter chegado a reduzir é um ganho significativo”. (Técnica 3)

Para outra profissional as estratégias de RD “*prepara a pessoa para a abstinência. Ela ajuda a pessoa a ir se preparando e se convencendo a mudar, é aquela história de tomada de consciência, ela vai experimentar uma forma diferente de viver. A RD é um caminho que implica ao sujeito a se tornar protagonista do seu tratamento. Ela é uma prática emancipatória porque cada um vai conduzindo o seu processo, o paciente é quem decide, tem o desejo dele envolvido e quando é assim o resultado é melhor”* (Técnica 4).

Ao longo da análise de dados coletados foi marcante a falta de registros nas folhas de evolução dos prontuários dos pacientes. Isto com certeza dificultou conclusões sobre a pesquisa. Além do número de pacientes que não aderiram ao tratamento ou que o abandonaram, ficam limitadas as possibilidades de discutir em que medida as estratégias de RD utilizadas por profissionais do SEAD contribuem para reduzir o uso de SPA's quando do tratamento de usuários jovens de SPA's, pois os documentos utilizados na análise (ficha de evolução, cadastro, prontuários) nem sempre disponibilizava informações sobre SPA's utilizadas no início do tratamento e SPA's que jovem permanecia utilizando quando do abandono e/ou alta do programa.

Percebe-se, no entanto, que fatores como a complexidade do tratamento, a pouca homogeneidade do grupo pesquisado, encaminhamento do judiciário e família na maioria dos casos, possíveis quadros de dependência (principalmente em relação aos usuários de SPA's pesadas), a baixa escolaridade e renda familiar, podem ter dificultado a adesão do paciente ao serviço ou a continuidade do tratamento.

No entanto, levando em consideração a pergunta de pesquisa deste trabalho, podemos dizer que as estratégias de RD contribuíram sim para a diminuição do consumo e abstinência de alguns pacientes jovens que ingressaram no SEAD nos anos

de 2008 e 2009, não só a partir dos prontuários que apresentaram tal dado, mas também com base nas falas e percepção das profissionais entrevistadas.

Considerações Finais

A RD é uma política de saúde que trata o usuário de SPA's como sujeito de direito e proporciona que ele conduza o processo de tratamento no qual está inserido de acordo com a sua vontade e possibilidades. A partir da análise das entrevistas, pode-se afirmar que a RD incentiva o usuário a refletir sobre a situação no qual está envolvido e a partir desta reflexão ele tende a se conscientizar a respeito dos riscos inerentes ao consumo de SPA's ao qual está exposto e como resultado positivo pode mudar comportamentos para diminuir os malefícios sociais e a sua saúde.

A partir da análise dos dados coletados pode-se afirmar também que as estratégias de RD contribuíram sim para a diminuição do consumo e abstinência de alguns pacientes jovens que ingressaram no SEAD nos anos de 2008 e 2009. No entanto, a falta de registros nos prontuários dificultou uma análise mais completa acerca dos fenômenos que envolvem o tratamento dos jovens na instituição pesquisada.

A partir dos dados coletados nos questionários de triagem foi possível traçar o perfil dos pacientes do SEAD. Estes em sua maioria nasceram no DF, residem na região administrativa de Brasília, moram em casas da sua própria família, são solteiros e não possuem filhos. A metade dos pacientes do período estudado eram negros e a outra metade brancos. Muitos cursaram o ensino fundamental, no entanto apenas 7,14 chegaram ao ensino superior. A renda familiar predominante foi a de dois a três salários mínimos, o que é considerada uma renda baixa. Em contrapartida também tem usuários do serviço com renda familiar de 8 salários mínimos acima. A maioria dos jovens estava empregado quando ingressaram no tratamento no SEAD.

As últimas categorias mencionadas, baixa escolaridade, baixa renda familiar e emprego, podem fazer parte de um mesmo processo. O fato do paciente trabalhar pode estar diretamente ligado a necessidade da família de baixa renda complementar os ganhos familiares. E ao jovem começar a trabalhar para ajudar a família, em alguns

casos podem dificultar a continuidade da vida escolar, o que justificaria a baixa escolaridade predominante no grupo estudado.

A forma de encaminhamento ao SEAD merece destaque. A maioria dos jovens foram encaminhados por autoridade legal, fator que pode ter contribuído para o número alto de casos de abandono de tratamento, visto que era uma medida imposta pelo judiciário. Vale lembrar que neste processo também pode-se somar diversos aspectos da vida humana.

A média de tratamento dos pacientes que foram considerados abandono foi de 4 meses. As SPA's mais utilizadas por estes pacientes foram: álcool, maconha e cocaína. No entanto, neste grupo havia mais pacientes usuários de cocaína do que de maconha.

Ressalta-se que o álcool foi a droga que mais figurou no grupo de abandono, teve destaque também nos casos de não adesão e o paciente que recebeu alta também o utilizava. Para a população jovem o consumo de álcool geralmente é tido como recreativo. No entanto, o uso abusivo desta substância causa danos não somente à saúde do indivíduo que o utiliza mas à sociedade no geral.

Em apenas sete casos houve condições de acompanhar a evolução das mudanças no padrão de consumo dos pacientes, episódios de períodos de abstinência, recaídas, diminuição de quantidade de SPA's utilizadas e redução da frequência de uso foram algumas destas mudanças.

Os resultados mostraram que todas as profissionais entrevistadas utilizam estratégias de RD nos atendimentos e defendem que são eficazes para a mudança no padrão de consumo de SPA's dos pacientes em tratamento. Fatores como motivação do paciente em relação ao tratamento, tipo de usuário (dependente ou abusador), afinidade do usuário com serviço, apoio familiar, trabalho em equipe são fatores que interferem no consumo, seja na redução ou abstinência.

O tempo para ocorrências de mudanças no padrão de consumo segundo as técnicas varia de acordo com a motivação e perfil do paciente, se é abusador ou dependente. Ressalta-se ainda que os aspectos envolvidos podem também ser determinados por aspectos sociais e psicológicos como, por exemplo, situação de pobreza ou transtorno psíquico.

Fatores como apoio da família, recursos institucionais e entrosamento da equipe profissional influenciam não só para o alcance dos objetivos de RD, mas também na continuidade do tratamento visando a abstinência.

Quanto as dificuldades encontradas pelas profissionais do SEAD na utilização das estratégias de RD, pode-se elencar: dificuldade da família em aceitar a estratégia de RD e defendem a abstinência, grau de dependência do paciente, pois em há casos que eles não conseguem monitorar o consumo e nestes casos a melhor opção é trabalhar com a perspectiva da abstinência. A questão relacionada a pacientes com estado de saúde delicados e gravidez também inviabilizam o tratamento pautado em RD.

Por fim, conclui-se pautado na análise dos dados coletados, da revisão de literatura e das entrevistas com as profissionais do SEAD, que RD pode tanto auxiliar na redução do consumo de SPA's quanto pode resultar numa abstinência a longo prazo. Como foi colocado pelas profissionais a RD pode servir de "caminho" para a abstinência, mas para tal é necessário enfrentar o desafio da permanência dos jovens no programa. Novos estudos podem contribuir para a discussão sobre evasão do serviço bem como percepção dos familiares sobre RD.

Referências Bibliográficas

ARAÚJO, M.; MOREIRA, F. História das Drogas. In: SILVEIRA, D. X. ; MOREIRA, F.G.(orgs.) *Panorama Atual de Drogas e Dependências*. 1º ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p.9-14

BRASIL, *Informações sobre o Estatuto da Juventude*. Senado Federal. Disponível em: http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=102925 Acesso em: 04 de abril de 2012.

BRASIL, *Informações sobre o Projovem Adolescente*. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaobasica/servicos/projovem>. Acessado em: 20 de setembro de 2012.

BRASIL, *Informações sobre o Programa Saúde na Escola*. Ministério da Educação. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3APrograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817 Acessado em: 20 de setembro de 2012.

DISTRITO FEDERAL, *Informações sobre a Saúde Integral do Adolescente*. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=8042 Acessado em: 22 de setembro de 2012.

DISTRITO FEDERAL, *Informações sobre o Núcleo de Atenção Integral a Saúde do Adolescente*. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/005/00502001.asp?ttCD_CHAVE=6804 Acessado em: 21 de setembro de 2012.

BRASIL, *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil*. 1º ed. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília, 2008.106 p.

BRASIL, *Drogas e Redução de Danos: uma Cartilha para Profissionais de Saúde*. 1º ed. Ministério da Saúde. Brasília, 2008. 90 p.

BRASIL, *Relatório de Desenvolvimento Juvenil 2007*. 1º ed. Secretaria de Ciência e Tecnologia para Inclusão Digital. Brasília, 2007. 167 p.

BRASIL, *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Proteção, Promoção e Recuperação da Saúde*. 1º ed. Ministério da Saúde. Brasília, 2010. 131 p.

BUNING, Ernst. Vinte e Cinco Anos de Redução de Danos: a experiência de Amsterdã. In: SILVEIRA, D. X. ; MOREIRA, F.G.(orgs.) *Panorama Atual de Drogas e Dependências*. 1º ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 345-354.

CARVALHO, D. B.B.; PAULINO, F.O.; ROCHET, J.. Política Pública de Redução de Danos e uso de Drogas no Brasil: Contradições do Processo de Construção de uma Política Nacional. In: Boschetti, I. el. Al (orgs.) *Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas*. 1ª ed. São Paulo. Cortez, 2008. p. 260- 280.

CARRANO, P, C,R; SPÓSITO, P, M. *Juventude e Políticas Públicas no Brasil*. Revista Brasileira de Educação, Rio de Janeiro, n. 24 ,p. 6- 24, 2003.

CLEMENTINO, J.V. *As Políticas de Juventude na Agenda Pública Brasileira. Desafios e Perspectivas*. Fortaleza, 2009. 130 p. Dissertação, (Mestrado Profissional em planejamento e Políticas Públicas).

COSTA, A.C.G.. *De Menor a Cidadão: Notas para uma história do novo direito da infância e juventude no Brasil*. 1ª ed. Brasília: Senado, 1993.

DONEDA, D. GANDOLFI, D. O início da Redução de Danos no Brasil na Perspectiva Governamental: Ação Local com Impacto Nacional. In: SILVEIRA, D. X. ; MOREIRA, F.G.(orgs.) *Panorama Atual de Drogas e Dependências*. 1º ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 358 – 360.

FEFFERMANN, M; FIGUEIREDO, R. *Redução de Danos como Estratégia de Prevenção de Drogas entre Jovens*. Instituto de Saúde de São Paulo, São Paulo, 2006.

FREITAS, M. V. (org.). *Juventude e Adolescência no Brasil Referências Conceituais*. 1ª ed. São Paulo. Ação Educativa, 2005.

JULIÃO, A.; MOREIRA, F.; SILVEIRA, D. Transtornos Relacionados ao uso de Drogas: Roteiro Terapêutico e Acompanhamento Psiquiátrico. In: SILVEIRA, D. X. ; MOREIRA, F.G.(orgs.) *Panorama Atual de Drogas e Dependências*. 1º ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 107- 112.

LÂNES, A; CARRANO, Y. *A Arena de Políticas Públicas de Juventude no Brasil: Processos Sociais e Propostas Políticas*. JOVENES Revista de Estudios sobre Juventud. México, nº 22, p. 194- 211, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 3ª ed. Petrópolis - Rio de Janeiro: Vozes, 2002

Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>. Acesso em: 13 de agosto de 2010.

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. *Políticas Públicas de/ para/ com juventudes*. 2^a ed. Brasília: Escritório UNESCO, 2005.

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. *Juventudes: outros olhares sobre a diversidade*. 1^a ed. Brasília, Escritório UNESCO, 2009.

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. *Juventude e Contemporaneidade*. 1^a ed. Brasília, Escritório UNESCO, 2007.

PAULINO, M; JEOLÁS, L. *Jovens, Drogas, Risco e Vulnerabilidade: Aproximações Teóricas*. Serviço Social em Revista. Londrina, v. 3, nº 1, p. 39- 60, 2000.

SIMÕES, M. Adolescência e uso de Drogas. In: SILVEIRA, D. X. ; MOREIRA, F.G.(orgs.) *Panorama Atual de Drogas e Dependências*. 1^o Ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 281- 288.

SIMÕES, Carlos. *Curso de Direito do Serviço Social*. 1^a ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MOREIRA, F; SILVEIRA, D. Reflexões Preliminares sobre a Questão das Substâncias Psicoativas. . In: SILVEIRA, D. X. ; MOREIRA, F.G.(orgs.) *Panorama Atual de Drogas e Dependências*. 1^o ed. São Paulo: Atheneu, 2006. P. 3-7

SORIANO, R. Manual de Pesquisa Social. Tradução Ricardo Rosembrich. Petrópolis, R.J. Editora Vozes, 2004.

Anexos

ANEXO I

Universidade de Brasília - UnB

Instituto de Ciências Humanas – IH

Departamento de Serviço Social – SER

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Juventude e a Estratégia de Redução de Danos: A experiência do Serviço de Estudos e Atenção à usuários de Álcool e outras Drogas- SEAD”, que resultará em dados que serão analisados por Marina Forlan Cunha Neco, estudante de graduação em Serviço Social da Universidade de Brasília. O Trabalho de Conclusão de Curso é orientado pela prof^a. Lucélia Pereira e possui o objetivo de analisar em que medida a abordagem de Redução de Danos contribuiu para a diminuição do consumo ou abstinência do álcool e/ou outras substâncias psicoativas entre os jovens de 18 a 25 anos de idade que ingressaram no SEAD nos últimos dois anos.

A sua participação neste estudo será por meio de uma entrevista semi-estruturada. Como forma de devolução dos dados, será entregue uma cópia impressa do Trabalho de Conclusão de Curso para o SEAD.

Informo que a sua privacidade será respeitada, ou seja, o seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa identificá-lo (a) será mantido em sigilo. Você poderá se recusar a participar do estudo, ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e, caso deseje sair da pesquisa, não sofrerá qualquer prejuízo. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente trinta minutos.

Quanto aos benefícios, uma análise da efetividade do tratamento dos jovens usuários de álcool e outras drogas atendidos contribuirá para a melhoria dos atendimentos e para a diminuição dos casos de dependência no DF.

Este projeto foi submetido e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CEP/IH). O e-mail que você poderá se comunicar com o CEP/IH é: cep_ih@unb.br.

Declaro que entendi o objetivo da pesquisa, assim como as condições nas quais será realizada a pesquisa e concordo em participar.

Participante da pesquisa

Pesquisadora

Contatos para esclarecimentos de dúvidas, críticas e/ou sugestões: E-mail: marina.forlan@gmail.com/
Cel: (61)81760567 / Lucélia Pereira (61) 8117 0281.

Anexo II

Roteiro de entrevista

- 1) Você utiliza estratégias de RD nos seus atendimentos?
- 2) Quais estratégias de RD você utiliza nos atendimentos?
- 3) Você acha que as estratégias de RD modificam o padrão de consumo de SPA's dos usuários jovens que você atende ou já atendeu?
- 4) Quais modificações você já notou?
- 5) Como você analisa a questão do tempo entre a inserção no serviço/ início do tratamento e as mudanças ocorridas? Geralmente as mudanças ocorrem em quanto tempo?
- 6) Nos casos em que ocorre diminuição do consumo ou abstinência, você acha que dura pouco ou um período longo? Porque?
- 7) Você já tem ou já teve dificuldades em utilizar as estratégias de RD?
- 8) Caso sim, qual dificuldade?
- 9) Você adotou alguma medida para superá-las?
- 10) Quais?
- 11) Você acredita que as estratégias de RD podem proporcionar a abstinência de forma permanente ou somente auxilia na redução? Porque?

