



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
CURSO SAÚDE COLETIVA

NATALIA GURGEL DO CARMO

**Um estudo sobre a Política Nacional sobre Drogas em relação a  
jovens em idade escolar do Distrito Federal**

**Brasília  
2017**



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA  
CURSO SAÚDE COLETIVA

NATALIA GURGEL DO CARMO

**Um estudo sobre a Política Nacional sobre Drogas em relação a  
jovens em idade escolar do Distrito Federal**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Saúde Coletiva,  
Faculdade de Ciências da Saúde,  
Departamento de Saúde Coletiva como  
requisito parcial para obtenção do grau de  
Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Dr. Leonardo Gomes Moreira

**Brasília  
2017**

## **Resumo**

O ambiente escolar é um local de intensa troca de saberes e tem um papel muito importante na educação da população de crianças e adolescentes em idade escolar. Neste trabalho, teve-se como objeto a identificação da política nacional sobre álcool e outras drogas para que fosse possível realizar um contexto com um território do Distrito Federal, especificamente a região de Samambaia, Ceilândia e entorno. Para tanto, foram coletados dados da unidade de atendimento – Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III), com o objetivo de elencar quantitativamente o público de criança e adolescente em idade escolar atendidos por uma unidade de saúde local para a temática de álcool e outras drogas, e relacionar estes dados com os achados da literatura científica e os últimos levantamentos nacionais com a finalidade de comparação e proposição de sugestões para tomadas de decisão. Os números de atendimentos identificados representam menos de 1% da população atendida no CAPS AD III de Samambaia. O tipo de droga mais identificado é múltiplas drogas (57%), seguida de maconha (31%), álcool e outros (ambas com 4%). Conclui-se que se faz necessário a realização de ações preventivas eficazes, direcionadas especialmente a esta população vulnerável de crianças e adolescentes em idade escolar.

**Palavras-chave:** ambiente escolar, álcool, drogas, políticas públicas, idade escolar.

## Sumário

<b>1. Introdução</b> .....	<b>5</b>
1.1. Políticas nacional sobre a temática de álcool e outras drogas .....	<b>5</b>
1.2. O ambiente escolar .....	<b>6</b>
1.3. Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas .....	<b>8</b>
<b>2. Justificativa</b> .....	<b>10</b>
<b>3. Objetivo</b> .....	<b>11</b>
3.1. Objetivo Geral .....	<b>11</b>
3.2. Objetivo específicos.....	<b>11</b>
<b>4. Método</b> .....	<b>12</b>
<b>5. Resultados e Discussão</b> .....	<b>13</b>
<b>6. Considerações Finais</b> .....	<b>21</b>
<b>7. Referências</b> .....	<b>22</b>

## 1. Introdução

### 1.1. Políticas nacional sobre a temática de álcool e outras drogas

O uso de álcool e outras drogas na população de criança e adolescente em idade escolar tem sido relacionado a complexos e inquietantes fenômenos na sociedade moderna (Elicker et al., 2015). No Brasil, este tema demanda ações de responsabilidade por parte do governo e da sociedade civil em prol de políticas atuais que auxiliem no cuidado, prevenção, reinserção social, bem como educação permanente e continuada (Brasil, 2006). A finalidade dessas ações preza por um consumo que seja menos danoso ou ausente, e/ou, que pelo menos que diminua sua contribuição frente a outros problemas tão complexos quanto, por exemplo a associação com a violência e a evasão escolar.

Segundo a Política Nacional sobre Drogas (PNAD), instituída por meio da Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD de 27 de outubro de 2005 e na Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, uma das grandes preocupações concerne ao fato de que a iniciação do indivíduo no uso indevido de drogas é cada vez mais precoce, além de novas drogas constantemente surgirem e serem mais perigosas e melhor elaboradas (Brasil, 2006).

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) desde 1987 vem monitorando os dados referentes a esta temática. A comparação entre a década de 80 para 90, mostrou o aumento do consumo de substâncias psicoativas entre crianças e adolescentes. Em 1997, o CEBRID apresentou que o percentual de adolescentes que já consumiram drogas entre 10 e 12 anos de idade foi extremamente significativo. Os resultados apresentados neste levantamento foram de: 51,2% relativos a indivíduos que já consumiram bebida alcóolica; sendo 11% para tabaco; 7,8% solventes; 2% ansiolíticos e 1,8% anfetamínicos. Apresentou também que a idade de início do consumo situou-se entre 9 e 14 anos (CEBRID, 1997).

Vinte anos após tal levantamento, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), do Ministério da Justiça e Segurança Pública, vem articulando pesquisas informadas por evidências científicas, além de promover ações de prevenção e reinserção social. Dentre as suas competências, destacam-se:

*“...II - Articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;*

*III - Propor a atualização da Política Nacional sobre Drogas, na esfera de sua competência;*

*IV - Consolidar as propostas de atualização da Política Nacional sobre Drogas”*

1

A SENAD foi criada pela medida provisória nº 1669, de 1998 e posteriormente transferida para a estrutura do Ministério da Justiça pelo Decreto Nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011 (Brasil, 2011). Dentro da SENAD, tem-se o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). Segundo a PNAD, o OBID foi criado para, dentre tantos objetivos:

*“...fundamentar, dentro de outras finalidades, o desenvolvimento de programas e intervenções dirigidas à redução de demanda (prevenção, tratamento e reinserção psicossocial), redução de danos e de oferta de drogas, resguardados o sigilo, a confidencialidade e seguidos os procedimentos éticos de pesquisa e armazenamento de dados.”*

O último levantamento sobre o tema focado na idade escolar, com adolescentes entre 14 e 17 anos realizado em 143 municípios brasileiros evidenciou que 75% já relataram terem consumido bebida alcoólica pelo menos uma vez na vida (Carlini et al., 2010).

Para alcançar a população de crianças e adolescentes, no ano de 2016, foram lançados pelo governo federal, o Programa Jovem sem Tabaco (em parceria com o Instituto Nacional do Câncer, do Ministério da Saúde) e o Portal Mundo Jovem. Este era um ambiente virtual pensado para os adolescentes. Neste portal foram disponibilizados textos sobre o uso de drogas e suas consequências, prevenção, tratamento, riscos de doenças, orientações e muito mais (Brasil, 2006). Atualmente, o OBID encontra-se em reformulação, cujo relançamento está previsto para o início de 2018.

## 1.2. O ambiente escolar

A fase de pré-adolescência e a adolescência é um momento que o indivíduo tem o grande potencial para adquirir hábitos saudáveis. Entretanto, neste período existe a possibilidade de exposição a situações de risco, como a alimentação

---

<sup>1</sup> Competência estabelecida pelo Decreto nº 6.061, de 15 de março de 2007, Anexo I

inadequada, o tabagismo e o sedentarismo. Nessa mudança da adolescência para a vida adulta é quando se identifica que ocorre a experimentação de álcool e outras drogas, que põem em risco a saúde (Elicker et al., 2015).

Tendo isso em vista, é relevante considerar que o ambiente escolar é um dos principais locais de integração social e de estímulo ao desenvolvimento (Malta et al., 2011). O Programa Saúde na Escola (PSE) de 2007, reforça a importância da escola na saúde da criança e do adolescente. Este programa preza pela promoção da saúde e da cultura da paz. Além de propor caminhos para o enfrentamento das vulnerabilidades em saúde que comprometem o desempenho escolar. A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é à base do Programa Saúde na Escola. Como apresentado pelo Ministério da Saúde, o PSE tem como finalidade a integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras (Ministério da Saúde, 2017).

Em relação as pesquisas científicas, diversos estudos avaliam a violência entre crianças e adolescente em idade escolar no ambiente escolar associado ao comportamento de risco por álcool e outras drogas (Elicker et al., 2015; Cardoso, Malbergier, 2014; Malta, 2014; Priotto, Bonetti, 2009; Silveira, Moraes, Lima 2005).

Estes trabalhos destacam a associação do consumo de bebidas alcoólicas, o uso e abuso de drogas, tabagismo, sedentarismo, violência externa, evasão e reprovação escolar, estima diminuída e baixo nível socioeconômico. Todos esses fatores foram identificados como fatores que influenciam diretamente para o agravamento da saúde mental das crianças e adolescentes em idade escolar (Malta, 2014; Andrade et al., 2012; Silveira Moraes, Lima, 2005). Além disso, observa-se que estes estudos apontam para a conscientização da necessidade de realização de ações preventivas eficazes para este público em questão, especialmente pelo governo municipal, estadual e federal (Silveira, Moraes, Lima, 2005).

Outros estudos apontam que o uso de bebidas alcoólicas pode gerar acidentes de trânsito, homicídios e suicídios que representam a maior causa de morte entre jovens e, conseguinte, o uso excessivo dessas substâncias na vida adulta (Silva et al., 2017; Félix et al., 2016). Outro indicador crítico é que também pode afetar o desenvolvimento cerebral diminuindo a capacidade de aprendizado e memória (Malta, 2014). Apesar de não ser objeto de discussão neste trabalho, outro fator preocupante nesse tema é em relação ao início da atividade sexual precoce, sem proteção pela

falta de uso de preservativos, ou múltiplos parceiros e gravidez na adolescência que estão associadas ao uso de álcool nessa faixa etária.

Ao nível internacional, temos que a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem realizado levantamentos para monitorar essa faixa etária visando avaliar os comportamentos e fatores de risco e proteção entre adolescentes. No ano de 2011, a OMS comparou 40 países e destacou que 25% dos adolescentes de 15 anos do sexo masculino e 17% do sexo feminino ingeriram bebida alcoólica na última semana (OMS, 2015).

### 1.3. Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas

Em um município ou em uma região administrativa, como é o caso do Distrito Federal, tem-se unidades de atendimento específicas para a temática em questão, que são os Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III), instituída pela Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011).

No artigo 2º, do Capítulo 1 desta lei, pode-se compreender o objetivo com esta unidade, que é: *“Art. 2º - O CAPS AD III é o Ponto de Atenção do Componente da Atenção Psicossocial da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. ”*

Para o bom funcionamento deste Centro é fundamental que o serviço seja aberto, de base comunitária, com o foco na atenção contínua as pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas. Os CAPS AD III devem funcionar durante 24 horas em todos os dias da semana. Além disso, é imprescindível que este ambiente seja um local de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações complexas como é o caso de recaídas e abstinência, por exemplo (Centro de Atenção Psicossocial, 2017).

Haja vista a complexidade da vida durante a idade escolar, com suas nuâncias e descobertas, é válido destacar que o CAPS AD III também propõe uma atenção integral ao usuário, pois os profissionais devem possibilitar atividades de reabilitação

psicossocial dentre as várias, destaca-se aqui a da reinserção escolar. Bem como, estimular o papel dos usuários e familiares em prol de atividades participativas de controle social. Os CAPS possuem caráter aberto e comunitário, dotados de equipes multiprofissionais e transdisciplinares, realizando atendimento aos usuários com transtornos mentais graves e persistentes, a pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais em geral, sem excluir aqueles decorrentes do uso de crack álcool ou outras drogas.

Por fim, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013, sobre os Centros de Atenção Psicossocial, da qual trata sobre a organização nas modalidades de: *“CAPS AD III - atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.”* (Brasil, 2011)

## **2. Justificativa**

O ambiente escolar é um local de intensa troca de saberes e tem um papel muito importante na educação da população de crianças e adolescentes em idade escolar. Adiciona-se a participação fundamental da família e seus integrantes, que tem influência nesta faixa etária. Considerando ainda a importância da criança e da adolescência como uma fase vulnerável à aquisição de hábitos, os quais podem se tornar duradouros ao longo da vida. Observou-se ao longo das últimas décadas o aumento do uso e abuso de álcool e outras drogas, bem como o uso de novas drogas sintéticas em idade cada vez menor. Sabe-se que a prevalência do uso de álcool é significativa na população brasileira, bem como os dados sobre o uso e abuso de outras drogas também estão identificadas nessa população vulnerável. Diversos fatores contribuem para os números alarmantes que estão sendo identificados. Portanto, é importante avaliar as políticas públicas existentes sobre álcool e outras drogas, e, em conjunto, identificar os dados em unidades de saúde como CAPS AD III e os últimos levantamentos em uma população de crianças e adolescentes em idade escolar para que novas estratégias de prevenção ou revisão das políticas sejam propostas.

### **3. Objetivo**

#### **3.1. Objetivo Geral**

O presente estudo tem por objetivo geral avaliar as perspectivas da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) em conjunto com a literatura científica relacionada à temática, e comparar aos dados adquiridos em uma unidade de saúde da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), no âmbito do CAPS AD III na população de crianças e adolescentes em idade escolar.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Compreender a Política Nacional sobre Drogas (PNAD);
- Identificar os principais levantamentos nacionais na temática de álcool e outras drogas em populações de crianças e adolescentes em idade escolar;
- Realizar uma revisão da literatura sobre a temática de álcool e outras drogas, tendo como alvo a população apensada;
- Obter dados de uma unidade de saúde de nível CAPS AD III da SES-DF.
- Comparar os achados com a literatura investigada.

#### 4. Método

Este trabalho foi realizado por meio de pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, utilizando os principais bancos de dados, bem como busca de informações no portal do Ministério da Justiça e Segurança Pública, mais especificamente no portal da SENAD e do OBID, uma vez que o referencial teórico da análise é pautado nos dados de levantamentos nacionais e trabalhos científicos.

A pesquisa qualitativa do tipo exploratória é feita em áreas na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Devido a sua natureza de sondagem, este método não comporta hipóteses que, contudo, poderão aparecer durante ou ao final da pesquisa. Para tanto, buscou-se realizar um levantamento bibliográfico nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Cochrane Library, e utilizou-se os descritores: “adolescentes AND drogas”; “adolescentes AND distrito federal”; “drogas em idade escolar”. Os critérios de inclusão para seleção dos artigos foram serem em língua portuguesa ou em inglês, que estivessem disponíveis na íntegra e que abordam a temática de álcool e outras drogas para crianças e adolescentes em idade escolar.

Quanto às informações da unidade de saúde CAPS AD III da SES-DF, estas foram obtidas mediante solicitação anterior à Diretoria de Saúde Mental (DISAM), subordinada à Coordenação de Redes e Integração de Serviços (CORIS), da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS), da SES-DF, que por meio da Assessoria de Comunicação, informou via correio eletrônico algumas informações específicas sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes, referente a unidade de Samambaia. Esta unidade funciona 24 horas, todos os dias da semana. Dentre as principais características desse local para os usuários de álcool e drogas e seus familiares:

- Oferece acolhimento diário, por demanda espontânea;
- Projeto terapêutico individual, acompanhado por uma equipe multidisciplinar;
- Oferece oficinas terapêuticas e psicossociais
- Possui Unidade de Acolhimento transitório – UA;
- Realiza mais de 1000 atendimentos mensais;

- Equipes consistem de: psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, psiquiatras, clínico geral, enfermeiros, técnicos de enfermagem e técnicos administrativos.
- Atende moradores das regiões de Samambaia, Taguatinga e Recanto das Emas.

Por meio deste método foi possível avaliar as perspectivas da PNAD, comparar e analisar em relação aos dados fornecidos pela SES-DF.

## **5. Resultados e discussão**

Atualmente, segundo dados do portal da Secretaria de Saúde do DF, a rede do DF tem 17 CAPS, além de 10.307 prontuários ativos, o que representa uma média de 607 pessoas assistidas semanalmente. unidade é a pioneira no Distrito Federal na prestação de serviço ininterrupto às pessoas que tenham transtorno mental grave e persistente. A SES-DF conta atualmente com nove Centros de Atenção Psicossocial voltados especificamente para o atendimento a usuários de álcool e drogas, e são eles: o CAPS AD III – Rodoviária, CAPS AD II – Itapoã, CAPS AD III – Samambaia, CAPS AD III Infanto-juvenil – Taguatinga, CAPS AD III – Ceilândia, CAPS AD III Infanto-juvenil - Brasília, CAPS AD II - Sobradinho, CAPS AD II - Santa Maria (Flor de Lotus) e CAPS AD II – Guará (Sobre a RA. Administração regional de Samambaia, 2017; Centro de Atenção Psicossocial, 2017).

Inaugurado em 2010, o CAPS III de Samambaia também é o primeiro a ser construído com estrutura voltada para o atendimento a usuários de álcool e drogas. Este CAPS disponibiliza um total de 34 grupos terapêuticos, como grupos de convivência, expressão corporal, fala, metas, família e oficinas de geração de renda e trabalhos manuais. Esta unidade também proporciona amparo às pessoas em situação de vulnerabilidade social com uso de álcool e outras drogas. O número de pessoas atendidas, segundo informações da SES-DF de 2016, é de mais de 1.500 pessoas e famílias mensalmente (Sobre a RA. Administração regional de Samambaia, 2017; Centro de Atenção Psicossocial, 2017).

O CAPS AD III de Samambaia está localizado no endereço QS 107 Conj. 07, lotes 3 e 4, e comporta atendimento também para as regiões Recanto das Emas e Taguatinga, com público-alvo para adultos usuários de álcool e drogas. Ressalta-se

que esta unidade também recebe adolescentes. É uma unidade de demanda espontânea ou de encaminhamento, necessitando apenas do cartão SUS, documento de identidade e comprovante de residência (Sobre a RA. Administração regional de Samambaia, 2017; Centro de Atenção Psicossocial, 2017).

Dentre os principais programas e projetos destacam-se: o acolhimento, visitas domiciliares, atendimento familiar e individual, oficinas terapêuticas, psicossociais e outras conforme a demanda (Sobre a RA. Administração regional de Samambaia, 2017).

Importante salientar que dentre as informações geográficas desta região habitacional, a cidade de Samambaia é constituída de áreas urbana e rural. A área urbana subdivide-se em 128 quadras residenciais (QRs), com 1.835 conjuntos e 38.815 lotes; 178 quadras comerciais e de serviços (Qs/QNs); duas quadras industriais (QIs); Setor de Mansões Sudoeste (SMSE), com 158 lotes; Área de Desenvolvimento Sul (ADS), com 21 conjuntos subdivididos em 496 lotes. Enquanto que a área rural estão desenvolvidas atividades agropecuárias, de lazer e turismo (Sobre a RA. Administração regional de Samambaia, 2017).

Hoje, Samambaia tem aproximadamente 200 mil habitantes, sendo a quarta Região Administrativa mais populosa do Distrito Federal. Segundo informações do portal da Região administrativa, a cidade tem cerca de 2,2 mil empresas e 21 mil trabalhadores no setor terciário. Segundo pesquisa da Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan), divulgada em 2011, a renda da população corresponde a R\$ 2.093 (Sobre a RA. Administração regional de Samambaia Região, 2017).

Em relação a estrutura urbana, a cidade de Samambaia é constituída de duas Delegacias de Polícia: a 26ª DP e a 32ª DP; um Batalhão de Polícia Militar (11ª BPM); nove postos de segurança comunitária vinculados à 11ª BPM; a 12ª Companhia Regional de Incêndio; cinco postos de saúde; um hospital público; um hospital particular; uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA); um estádio de futebol; três campos sintéticos; 25 quadras de esporte; um Centro Olímpico e uma Vila Olímpica (Sobre a RA. Administração regional de Samambaia Região, 2017).

No que tange as unidades de saúde, na Tabela 1, observam-se as unidades presentes nesta localidade:

Tabela 1. As unidades de Saúde existentes hoje em Samambaia.

	<b>Unidade de Saúde</b>	<b>Endereço</b>
<b>1</b>	CAPS-AD, tipo III	QS 107 Conj. 07, lotes 3 e 4
<b>2</b>	CAPS III	Quadra 302 Conjunto 05 Lote 01 - Centro Urbano de Samambaia
<b>3</b>	UPA – Unidade de Pronto Atendimento 24 H	QS 107, Conjunto 4, Área Especial - Samambaia Sul. CEP: 72.322-700
<b>4</b>	UBS 1033	QS 1033, Conjunto 01, Lote 04
<b>5</b>	UBS 501	QR 501, Conjunto 07, Lote 02
<b>6</b>	UBS 317	QN 317, Conjunto 01, Lote 01 – Área Especial
<b>7</b>	Clínica da Família 04	QS 302, Conjunto 05, Lote 01
<b>8</b>	Clínica da Família 03	QS 314, Conjunto 05, Lote 01
<b>9</b>	Clínica da Família 02	QS 122, Conjunto 06, Lote 01
<b>10</b>	Clínica da Família 01	QN 523, Área Especial 01
<b>11</b>	Centro de Saúde nº 4	QN 512 Conj. 2, Setor Sul
<b>12</b>	Centro de Saúde nº 3	QN 429 Conj. F Lote 1 – (Expansão da Samambaia)
<b>13</b>	Centro de Saúde nº 29	Quadra 611 Área Especial
<b>14</b>	Centro de Saúde nº 1	Quadra 408 Área Especial
<b>15</b>	Hospital Regional de Samambaia - HRSam	

Em relação aos dados de atendimento no CAPS AD III, os mesmos foram obtidos após solicitação à Diretoria de Saúde Mental (DISAM), subordinada à Coordenação de Redes e Integração de Serviços (CORIS), da Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS), da SES-DF, que por meio da Assessoria de Comunicação, informou via correio eletrônico algumas informações específicas sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes. As tabelas foram fornecidas diretamente pela DISAM, bem como as representações gráficas geradas em formato pizza.

Na Tabela 2 estão os números de atendimento de usuários segundo o endereço residencial por faixa etária, e na última coluna da tabela, observa-se o número total de pessoas atendidas por cada faixa etária. Na Figura 1, em seguida, a

representação destes dados em porcentagem, por meio de representação gráfica de formato pizza.

Tabela 2. Números de atendimento de usuários por região e por faixa etária.

Faixa etária	Recanto das Emas + Taguatinga + Areal	Samambaia Norte + Águas Claras + Arniqueiras	Samambaia Sul + Vicente Pires	Total
De 18 a 29 anos	570	419	394	1383
De 30 a 39 anos	630	496	562	1688
De 40 a 49 anos	452	399	411	1262
De 50 a 59 anos	292	220	263	775
A partir de 60	105	82	85	272
Menor de 18 anos	34	23	17	14
			<b>TOTAL</b>	<b>5454</b>

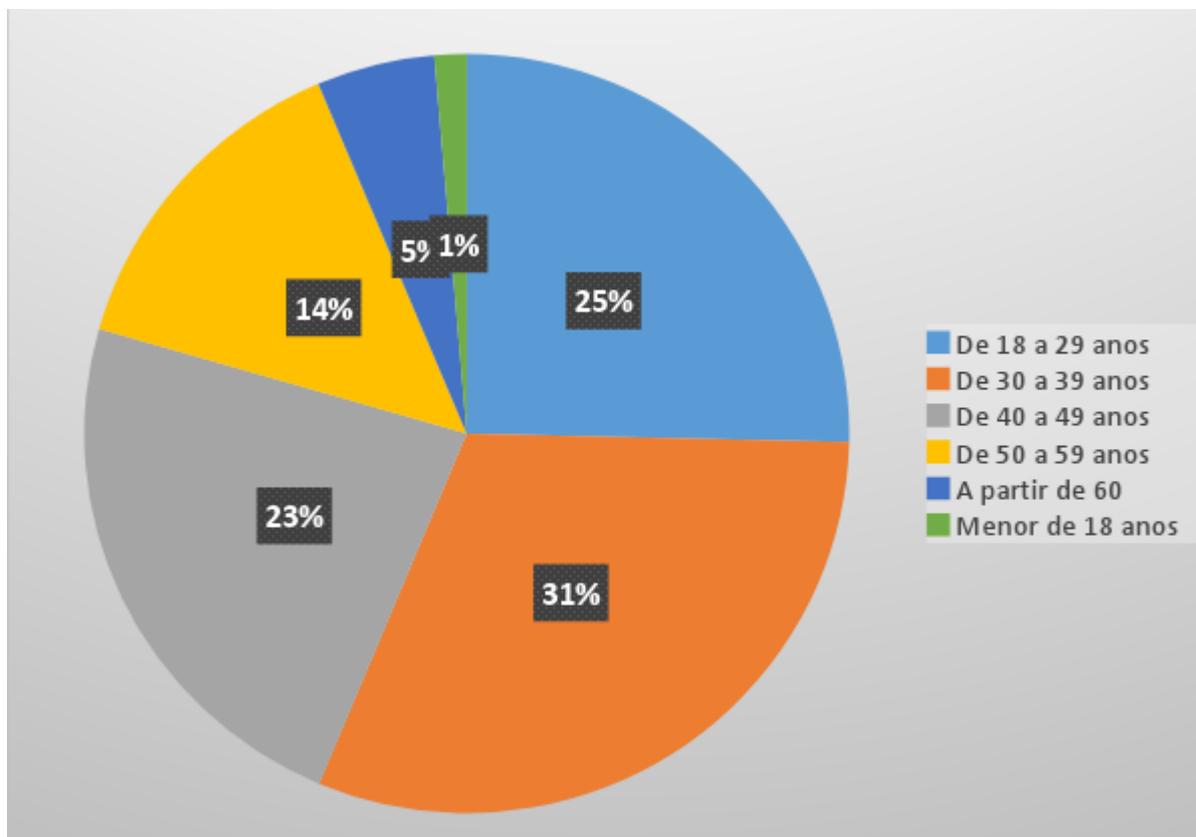


Figura 1. Gráfico em formato pizza relativo a idade dos pacientes atendidos no CAPS AD III de Samambaia-DF.

Infere-se destes dados que a faixa etária predominante em atendimento é a de 30 a 39 anos em Samambaia. Menores de 18 anos apresentaram apenas 14 registros. Este dado demonstra que ainda é muito pouco a quantidade de adolescentes que

buscam auxílio na unidade de saúde específica, que é voltada para o atendimento a usuários de álcool e drogas. Entretanto, apesar desses números identificados, uma das explicações plausíveis é a subnotificação e também que muitas famílias desconhecem que o jovem está viciado ou tem vergonha de buscar por ajuda nas unidades de saúde considerando que aquele momento seja uma fase da juventude.

Apesar disso, a população de crianças e adolescentes é alvo de constantes levantamentos e pesquisas quali-quantitativas a respeito do tema de álcool e outras drogas, tanto na esfera governamental quanto acadêmica. Um dos motivos é que este é um público do qual as melhores oportunidades de prevenção podem ser inseridas e articuladas. Portanto, se bem direcionadas às políticas públicas sobre drogas, os resultados a médio e longo prazo podem ser muito animadores. Deve-se levar em consideração que jovens adolescentes e crianças são multiplicadores de saberes, levando o conhecimento para seus lares, e são passíveis de adoção de hábitos saudáveis com maior facilidade do que quando comparados a adultos e idosos.

Na Tabela 3 estão os números de pessoas menores de 18 anos por tipo de droga identificados nos usuários atendidos na unidade de saúde em questão, e na última coluna da tabela, observa-se o número total de pessoas identificadas por tipo de droga. Na Figura 2, em seguida, a representação destes dados em porcentagem, por meio de representação gráfica de formato pizza.

Tabela 3. Números de pessoas menores de 18 anos por tipo de droga identificados nos usuários atendidos no CAPS AD III de Samambaia.

	<b>Samambaia Norte + Águas Claras + Arnieiras</b>	<b>Samambaia Sul + Vicente Pires</b>	<b>Taguatinga + Recanto + Areal</b>	
<b>Tipo de droga</b>	<b>Quantidade</b>			<b>Total</b>
Álcool	0	2	1	3
Múltiplas drogas	12	10	20	42
Cocaína	0	0	1	1
Crack e Merla	0	0	0	0
Cannabis	9	3	11	23
Psicotrópicos	0	0	0	0
Outros	1	1	1	3
Subnotificação	1	1	0	2
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>17</b>	<b>34</b>	<b>74</b>

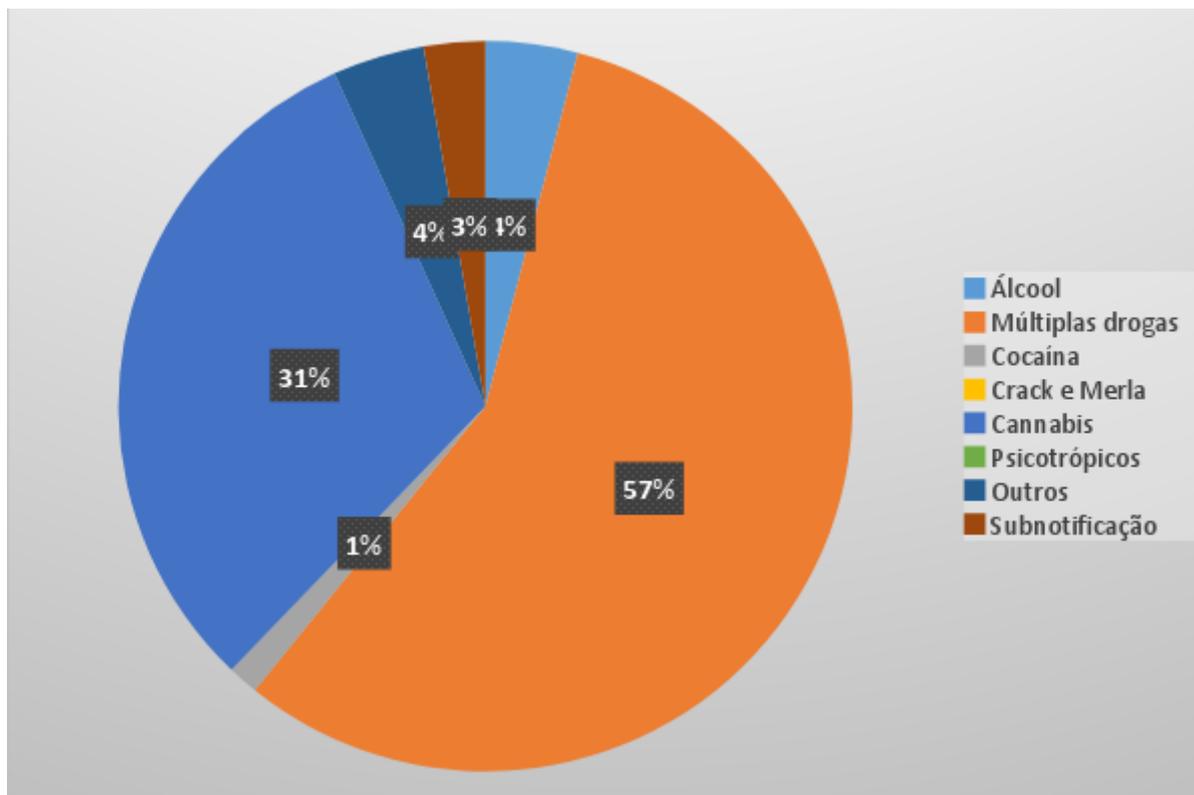


Figura 2. Tipos de drogas considerados como de uso problema por adolescentes no CAPS AD III de Samambaia-DF em porcentagem.

Dos dados apresentados na Tabela 3 e na Figura 2 observa-se que as múltiplas drogas estão representando 57% do tipo de droga identificado nos jovens atendidos no CAPS AD de Samambaia. Em segundo lugar, observa-se o uso de *cannabis* ou maconha com 31%, e em terceiro lugar o uso de álcool e outros, ambos com 4%.

Sabe-se que o Brasil é signatário dos tratados e das convenções sobre os direitos humanos. Em 1989 foi promulgada a Convenção dos Direitos da Criança por meio do decreto nº. 99.710, a qual versa sobre os valores baseados no respeito à dignidade e nos direitos fundamentais de crianças e adolescentes. No nosso país, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) preconiza que a criança e o adolescente são sujeitos de direitos e que tem condição peculiar de desenvolvimento, que segundo o estatuto tem como prioridades compreender: “a) a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; (b) a precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; (c) a preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; e (d) a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.”

Outros estudos, tanto no Distrito Federal quanto no restante do Brasil, demonstraram fatores individuais e familiares associadas a este complexo assunto como apresentado no referencial teórico. Os dados quantitativos observados no CAPS AD do Distrito Federal apresentados aqui, apesar de não serem completos, nos dão uma ideia do quão grave e presente é problema de álcool e drogas entre os jovens. Os dados apresentados não são normativamente completos, como visualizados em diversos levantamentos, em grande parte devido à muitos jovens não serem acolhidos e/ou não estarem sendo monitorados nos CAPS AD III. Uma justificativa plausível para esses casos é porque estes não podem ser forçados a estes centros para cuidados e tratamentos.

Um dos trabalhos que tem notoriedade na área é o de Malta et al. (2014). Eles apresentaram como resultado a análise da prevalência de consumo de álcool entre escolares adolescentes por meio de dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE), com amostra de 59.699 escolares do 9º ano, residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, em 2009. Neste trabalho foi ressaltado que o maior consumo de álcool nos últimos 30 dias esteve independentemente associado ao perfil de mulheres com 15 anos ou mais, de cor branca, filhas de mães com maior escolaridade, que estudam em escola privada. Interessantemente, este perfil também demonstrou associação com jovens que experimentaram tabaco e drogas, que tiveram consumo regular de tabaco e que já tiveram relação sexual (Malta, 2017).

Em Camaçari, Bahia, um trabalho identificou a falta de informação a cerca dos efeitos do crack e outras drogas em jovens de idade escolar nas escolas públicas. Este trabalho também conseguiu identificar que dos seus 118 participantes, 11 fizeram uso exclusivamente da maconha, outros 29 usaram essencialmente o crack, 19 traficantes vendiam somente maconha e 1 não fez uso mais nenhuma substância química. Foi identificado que os usuários de crack também consumiam maconha seja isoladamente, seja misturada com o crack. No que se refere à primeira experiência com a maconha e o álcool, ela se situou entre os 12 e 18 anos (Matos, 2016).

Segundo estudo da Organização Mundial da Saúde, o qual comparou 40 países, demonstrou que 25,0% dos adolescentes de 15 anos do sexo masculino e 17,0% do sexo feminino consumiram álcool na última semana (Currie et al., 2012).

O CEBRID, como dito no início, apresentou um trabalho em 2006 no qual identificou o padrão de consumo de bebidas alcoólicas, sobretudo entre adolescentes e jovens. Este levantamento foi realizado com adolescentes de 14 a 17 anos, em 143

municípios brasileiros, apontou que 75% disseram já ter consumido bebida alcoólica pelo menos uma vez na vida (CEBRID, 2006).

Um outro estudo no ano de 2012, feito por Andrade e colaboradores, demonstrou que os problemas com o consumo de álcool e drogas foi significativamente associado com a violência física entre os adolescentes do sexo masculino. O uso de álcool e de drogas ilícitas foi considerado um indicador de comportamentos violentos entre adolescentes e associado a outras consequências negativas à saúde. Este trabalho ainda destacou que a prevalência de uso de drogas ilícitas foi considerada pequena nos estudos.

Em relação de como as famílias podem ajudar, infelizmente, muitas famílias desconhecem os efeitos das drogas lícitas e ilícitas. Outro detalhe é a falta de notório saber em como tratar do tema com seus filhos e onde procurar ajuda, quando necessária. Fica evidente que são necessárias estratégias de prevenção com enfoque para as famílias que tenham filhas(os) em idade escolar.

Sugere-se que materiais didáticos, como exemplo a veiculação de cartilhas possam a vir esclarecer aos jovens, que somente uma minoria bebe demais, fuma ou usa outras drogas. Com o auxílio constante da escola e dos familiares, uma cartilha pode ser uma ferramenta útil para desencorajar a experimentação, além de ser o mais correto, do ponto de vista das estatísticas brasileiras.

## **6. Considerações Finais**

A política nacional sobre drogas apresenta objetivos claros e concisos. A evidência científica deve ser norteadora para proposição de novas estratégias para redução de danos e para prevenção. A escola tem papel elementar na saúde da criança e do adolescente. Os dados demonstram que muitos jovens estão sendo expostos a cultura do álcool e outras drogas. Isto pode causar danos à saúde que ainda podem ser revertidos. O momento de ação-chave é nesta fase da vida para a conversão em indivíduos de hábitos saudáveis e multiplicadoras de saberes.

O presente estudo identificou um número significativo entre adolescentes de uma região específica do Distrito Federal que merecem atenção em relação ao problema do uso de álcool e outras drogas. Propõem-se, por fim, que estudos e levantamentos com dados estatísticos robustos devam ser continuamente feitos pelo governo federal e universidades para se ter uma série histórica com dados significativos sobre esta população visando novas propostas de prevenção, cuidado e reinserção escolar, além de novas abordagens de prevenção para a política nacional sobre drogas.

## 7. Referências

1. Andrade SSCA, Yokota RTC, Sá NNB, Silva MMA, Araújo WN, Mascarenhas MDM, et al. Relação entre violência física, consumo de álcool e outras drogas e bullying entre adolescentes escolares brasileiros. *Cad Saúde Pública*. (2012); set;28(9):1725-36.
2. BRASIL, Lei. "11.343, de 23 de agosto de 2006." Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas-Sisnad.
3. BRASIL. Decreto nº 7.426, de 7 de janeiro de 2011. Brasília (DF): Ministério da Justiça, 2011.
4. BRASIL. Política Nacional sobre Drogas. RESOLUÇÃO Nº3/GSIPR/CH/CONAD, DE 27 DE OUTUBRO DE 2005.
5. BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2013
6. Cardoso LRD, Malbergier A. School problems and the consumption of alcohol and other drugs among adolescents. *Psicologia Escolar e Educacional* 18.1 (2014): 27-34.
7. Carlini ELA, Noto AR, van der Meer Sanchez Z, Carlini CMA, Locatelli DP, Abeid LR, et al. VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2010 [Internet]. Brasília: SENAD; 2010. 503 p. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/328890.pdf>
8. Carlini, E.A., José Carlos F. Galduróz e Ana Regina Noto. IV Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º Graus em 10 Capitais Brasileiras – 1997. UNIFESP/CEBRID, São Paulo, 1997.
9. CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (BR). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: UNIFESP; (2006).
10. Centro de Atenção Psicossocial. Região Administrativa de Samambaia. [Internet]. Acesso em 15/11/2017. Disponível em

<http://www.samambaia.df.gov.br/2016/08/08/centro-de-atencao-psicossocial-caps-2/>

11. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, Looze M, Roberts C, et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen (2012). Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf). 2012>
12. Elicker, Eliane, et al. Use of alcohol, tobacco and other drugs by adolescents students from Porto Velho-RO, Brazil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 24.3 (2015): 399-410
13. Félix, Tamires Alexandre, et al. Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no brasil. *Revista Contexto & Saúde* (2016): 16.31,173-185.
14. Malta DC, Mascarenhas MDM, Porto DL, Duarte EA, Sardinha LM, Barreto SM, et al. Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da pesquisa nacional de saúde escolar. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. (2011):14 supl 1:136-46.
15. Malta, Deborah Carvalho et al. Exposição ao álcool entre escolares e fatores associados. *Rev. Saúde Pública, São Paulo* (2014): v.48, n.1, p.52-62. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000100052&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100052&lng=en&nrm=iso)>.
16. Matos, Vera Lúcia Gomes de. A informação e o uso do crack na escola: o caso da Escola Municipal Amélia Rodrigues, Monte Gordo, Camaçari. MS thesis. 2016.
17. Ministério da Saúde. Programa Saúde na Escola [Internet]. Acesso em 08/11/2017. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>
18. Organização Mundial da Saúde (OMS). Global school-base student health survey [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2015. Disponível em: <http://www.who.int/chp/gshs/en>
19. Priotto EP, Bonetti LW. Violência escolar: na escola, da escola e contra a escola. *Rev Dialogo Educ* [Internet]. 2009: 9(26):161-79. Disponível em: [www2.pucpr.br/reol/index.php/DIALOGO?dd1=2589&dd99=pdf](http://www2.pucpr.br/reol/index.php/DIALOGO?dd1=2589&dd99=pdf)

20. Silva, Daniel, et al. Intento de suicidio y factores de riesgo en una muestra de adolescentes escolarizados de Chile. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* (2017): 22.1.
21. Silveira FJF, Moraes EV, Lima EC. Prevalência do uso de drogas em adolescentes escolares. *Rev. méd. Minas Gerais* 15.1 (2005): 16-20.
22. Sobre a RA. Administração regional de Samambaia. [Internet]. Acesso em 15/11/2017. Disponível em <<http://www.samambaia.df.gov.br/>>