

Bethânia Monteforte Sasseron

“UNIDOS PARA CUIDAR”:

**Programa De Prevenção ao Crack Direccionado aos Adolescentes Referenciados Nos
Centros De Referência Em Assistência Social**

ULHT – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e de Ciências da Vida

Lisboa

2015

Bethânia Monteforte Sasseron

“UNIDOS PARA CUIDAR”:

**Programa De Prevenção ao Crack Direccionado aos Adolescentes Referenciados Nos
Centros De Referência Em Assistência Social**

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre no curso de Mestrado em Psicologia Forense e da Exclusão Social, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Despacho de Nomeacao do Juri nº 327/2015

Presidente: Prof. Doutor Carlos Alberto Poiares

Arguente: Prof. Doutor Pedro Pechorro

Orientador: Professora Doutora Valentina Chitas

ULHT – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Lisboa

2015

EPÍGRAFE

“Às vezes ela dizia besteiras com tanto entusiasmo, que eu não podia deixar de rir. Como poderia adivinhar que sua alegria, seus sorrisos loucos eram efeitos de haxixe ou de outra droga qualquer. Ela tinha 12 ou 13 anos, idade em que começamos a querer descobrir o mundo, queremos fazer experiências. Mesmo em meus piores pesadelos eu não poderia imaginar que se fumava haxixe na escola e que cocaína já era comum nas festas do bairro.”

A mãe de Christiane F, do livro “Filhos da Droga” ou no Brasil título traduzido como “Eu, Christiane F, 13 anos, drogada e prostituída”.

*“If you wanna hang out you've got to take her out; cocaine
If you wanna get down, down on the ground; cocaine
She don't lie, she don't lie, she don't lie; cocaine*

*If you got bad news, you wanna kick them blues; cocaine
When your day is done and you wanna run; cocaine
She don't lie, she don't lie, she don't lie; cocaine*

*When your day is done and you wanna run; cocaine
If you got bad news, you wanna kick them blues; cocaine
She don't lie, she don't lie, she don't lie; cocaine*

*If your thing is gone and you wanna ride on; cocaine
Don't forget this fact, you can't get it back; cocaine
She don't lie, she don't lie, she don't lie; cocaine*

She don't lie, she don't lie, she don't lie; cocaine”

“Cocaine”, JJ Cale e Eric Clapton

AGRADECIMENTOS

Vó Ana, que devido a demência, sua memória não permite lembrar-se de nossa família, mas eu não esqueci um dia sequer dos seus olhos brilhantes, da sua força de trabalhar e do cuidado que teve conosco, com sua terra, com seus animais.

Vó Bila, Vô Euclides, Vô Reinaldo, *in memoriam*, estão sempre presentes na minha vida, meus exemplos e bases fundamentais: família.

Mãe e pai, por terem sempre sido meu exemplo de correr atrás dos sonhos. Amo vocês e sei que a saudade e a dor da distância foram difíceis, mas valeram a pena, apesar da dificuldade das despedidas, haverão alegrias do reencontro!

Tia Lu, minha amada amiga e madrinha, obrigada por existir e fazer meus dias mais leves! Te amo incondicionalmente. Agradeço ao Tio Zé e sua descomplicada e admirável maneira de viver.

Léo, por ser parte da minha história, obrigada pelo amor incondicional.

Má Casalechi, obrigada pelo amor gratuito irmã, que sua vida continue sendo tão admirável e doce.

Família, obrigada pelo apoio de sempre!

Meu amigo Delso, não tem nem palavras para agradecer. Sempre juntos e em frente, porque há uma coisa boa em todo lugar, como você me ensinou. Te amo!

Atila, a nossa cumplicidade atemporal dispensa palavras.

Kiki, sua risada faz falta no meu cotidiano, assim como seu senso de justiça, seu empenho, filmes e companheirismo!

Ferdo, alma, amor, inspiração, luz para o caminho, obrigada!

Thiago, pelos tão bons momentos passados nesse país, que ainda tenham muitos mais sempre. Obrigada por participar tão ativamente neste trabalho, toda essa pena será compensada, com certeza!

Nina, Giovana, Anderson e Maria, porque a faculdade deixou algo lindo entre nós: a amizade! Com música, bons papos, amor e alegria, oito dias por semana!

Livia, nossas personalidades opostas comprovaram que paralelas se encontram no infinito e que em Portugal venta muito! Obrigada por tudo minha amiga!

Suzane, minha querida amiga e grande mãe de Cauã, que bom que Portugal nos uniu, dentre tanta gente chata e sem nenhuma graça, você veio!

Karina e Chris Sato, que Marx permaneça nas nossas rodinhas de conversa! Obrigada pelos artigos e pelas discussões que foram de grande valia!

Cintia Bernardes da Penha, que com paciência e com críticas construtivas, sempre incentivou e fez crescer profissionalmente todos ao seu redor.

Pessoal da Pasta House: foram mais de 2 anos convivendo todos os dias, num trabalho nada fácil, mas que tornava-se melhor com brincadeiras e companheirismo.

À Ana Carina Valente, que despertou-me querer saber ainda mais sobre assuntos relativos as substâncias psicoactivas, devido a excelente didáctica nas aulas.

À Maria Alexandra Dias Figueira e seu amor descontraído ao conhecimento, foi um prazer assistir suas aulas.

À Tânia Manuel, que tornou a Avaliação Psicológica Forense mais interessante e menos difícil, grande mérito.

À Maria Louro, que um dia sentou comigo para ensinar como era mais fácil estudar por palavras-chave e isso fez muita diferença na minha vida académica.

À Carlos Alberto Poiares, merecidamente reconhecido dentro da academia, será lido pelos meus alunos em breve.

À Valentina Chitas, com orientações tão pontuais e assertivas, obrigada!

Obrigada a Portugal, que ensinou-me a viver com pouco, a perder a arrogância, a amar a simplicidade e com o tempo, mostrou-se belo e acolhedor, que deu-me tantos conhecimentos para a carreira profissional, incontáveis experiências para minha vida, mudou-me, obrigou-me a crescer enquanto pessoa e mulher. Sonhei com um objectivo que foi um dia distante e hoje é real: o grau de Mestre. Para este país, uma frase, aprendida no maravilhoso Alentejo: estranha-se para entranhar!

PREFÁCIO

Meus primeiros contatos com substâncias psicoativas foram marcantes, iniciou quando li “Eu, Christiane F, 13 anos, drogada e prostituída”, em Portugal “Filhos da Droga”, eu tinha 11 anos e lembro-me de tê-lo deixado na cabeceira por meses, lia e relia. Também na música, no cinema, na mídia, as drogas estavam sempre presentes.

Com o tempo e a adolescência, convivi com as substâncias psicoativas próximas: entre amigos, faculdade, noite, diversão e o que era sinal de alegria momentânea, em alguns momentos tornou-se assustador, nas primeiras aulas de Psicofarmacologia, quando conhecê-las incluía saber de suas consequências e principalmente, a dependência química. Então, alguém próximo torna-se adicto, em fase de negação. A droga é a fuga, a verdade, a mentira, o motivo, a recompensa, o necessário, o preço dos sonhos; era uma cegueira à vida e ao tempo.

Em 2011, fui funcionária da Prefeitura Municipal de Poços de Caldas, como Psicóloga do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) SUL e realizava o acompanhamento de famílias em vulnerabilidades e risco social, dentro da Proteção Social Básica e afirmo que todas as casas, tinham o crack presente em algum lugar, fosse o filho, o irmão, o amigo, o vizinho, a mãe, o pai. O crack estava presente na realidade das crianças, jovens, adultos ou idosos, era impressionante e ao mesmo tempo, desesperador, pois não havia imunidade. O trabalho tornou-se muito próximo dos profissionais da Saúde, especialmente os Programas Saúde das Famílias (PSFs), do Centro Atenção Psico Social Alcool e Drogas (CAPS AD) e das Escolas, embora a rede sócio-assistencial funcione bem, não consegue abarcar a grande demanda. A busca de solução passou a ser uma questão latejante e diária.

Com o início do Mestrado e com o estudo das leis de Portugal, uma possível luz acendeu: A PREVENÇÃO. Após entender o processo que o país passou, da descriminalização e de implantar medidas preventivas em todas as idades, especialmente nos jovens, os resultados foram mostrando que esse é um caminho a ser seguido, responsabilizar o sujeito quanto as suas escolhas, não garantindo sua imunidade perante as drogas, mas responsabilizando-o sobre o consumo, em uma visão simplista. Os estudos expandiram e surgiu mais encanto ainda ao ver a política Holandesa, que além da descriminalização, legalização de algumas substâncias com rígidas regras de consumo e venda, com grandes programas preventivos e agora,

recentemente, o Uruguai, que vem sofrendo profundas e belas mudanças pelas mãos de José Alberto Mujica quanto a legislação e prevenção das substâncias psicoativas.

Com tudo isso, fica apenas uma certeza: é preciso estudar, pensar em grupo, unir os profissionais de diferentes áreas de atuação, é preciso aprender, ser tocado pela causa pois o Brasil é muito grande, tem uma realidade totalmente diferente da Europa, mas, é possível levar algo que pode ser implantado e adaptado, num trabalho de formiguinhas, pois “é no miudinho que fazemos a diferença”, como diria a grande professora, Roberta Ecleide Gomes Kelly.

O Programa de Prevenção “Unidos para Cuidar” tem como premissa essencial compreender o adolescente dentro de sua realidade e a partir dela, construir meios para que o jovem saiba dizer não ao Crack, a Cocaína e outras possíveis substâncias psicoativas. Para isso, é preciso um trabalho de diversos profissionais em áreas de atuação diferentes, com comprometimento e habilidades para exercer com eficácia o proposto. Considero a análise de Silvia Lane relevante para tanto:

“Uma pessoa é a síntese do particular e do universal, ou seja, sua individualidade se constitui, necessariamente, na relação objetiva com o seu meio físico, geográfico, histórico e social. que irão, através de suas ações, desenvolver, o psiquismo humano constituído, fundamentalmente, pelas categorias: consciência, atividade e afetividade. Empiricamente, podemos constatar as mediações constitutivas dessas categorias: as emoções, a linguagem e o pensamento, responsáveis pela subjectivação / objetivação do psiquismo humano. A análise só estará completa se considerarmos o ser humano, ontogeneticamente, como um ser sócio-histórico, ou seja, ele se desenvolveu através de ferramentas inventadas e de uma linguagem articulada a fim de transmitir a utilidade dessas para os seus pares. Estas relações se dão através da mediação de grupos sociais dos quais um indivíduo participa, necessariamente, a fim de garantir sua sobrevivência, assim, além de adquirir a linguagem produzida por esta sociedade, desenvolve o pensamento, os afetos e sentimentos. É neste processo de interação que se desenvolve a sua Identidade, como categoria constitutiva de seu psiquismo. Indivíduo e Sociedade são inseparáveis, segundo a dialética, pois o particular contém em si o universal, deste modo, se desejamos conhecer cientificamente o ser humano, é necessário considerá-lo dentro do contexto histórico, inserido em um processo constante de subjectivação / objetivação. Nosso organismo é estimulado a todo momento: percebemos, sentimos, reagimos, refletimos e agimos, objetivando a nossa subjetividade a qual por sua vez se transforma, num processo constante, de metamorfose, isto se não nos deixarmos cristalizar por papéis desempenhados sem uma reflexão crítica.” (Lane, 2002, p 12)

RESUMO

O presente trabalho tem como objectivo a implantação do Programa de Prevenção ao Crack, “Unidos para Cuidar”, direccionado aos adolescentes em situação de risco inscritos nos Grupos de Convivência e Fortalecimento de Vínculos dos Centros de Referência em Assistência Social do município de Poços de Caldas, Minas Gerais, Brasil. O programa encontra-se dividido em duas partes, uma em que sensibiliza e capacita os profissionais que atuarão com os adolescentes e a segunda parte são as actividades que visam desenvolver competências pessoais e sociais dos jovens, promovendo o empowerment e a participação dos adolescentes na procura de soluções para suas problemáticas, no sentido de oferecer possibilidades mais efectivas dos jovens mudarem suas atitudes perante o Crack e com isso, diminuir o consumo da substância. Baseado nos eixos estruturantes, temas transversais e dimensões metodológicas propostas pelo Ministério do Desenvolvimento Social, o programa de prevenção visa a articulação da rede de atendimento, em especial Secretaria Municipal de Promoção Social, Educação e Saúde do município.

Palavras-chave: Programa de Prevenção; Cocaína; Crack; Adolescentes, CRAS.

ABSTRACT

This work aims the implementation of the Crack Prevention Program, "United for Care" directed to adolescents in social risk that are registered in groups of Centres of Referency in Social Assistency in the city of Pocos de Caldas, Minas Gerais Brazil. The program is divided into two parts, one that raises awareness and trains professionals who will work with adolescents and the second part are the activities designed to develop personal and social skills of the public, promoting the empowerment and participation of adolescents in the search for solutions to their problems, in order to provide more effective opportunities to change their attitudes to Crack and thereby reduce consumption of the substance. Based on the structural axes, cross-cutting themes and methodological dimensions proposed by the Ministry of Social Development, the prevention program aimed at joint service network, especially Social Promotion, Education and Health.

Keywords: Prevention Program; Cocaine; Crack; Adolescence, CRAS.

ABREVIATURAS

CONAD - Conselho Nacional Antidrogas

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

DSM-IV-TR – Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MDS – Ministério de Desenvolvimento Social

NIDA – National Institute on Drug Abuse

NOB\SUAS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social

OEDT – Observatório Europeu de Droga e da Toxicodependência

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAIF – Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PSB – Proteção Social Básica

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PNSD - Política Nacional Sobre Drogas

SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

UNODC - O Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

ÍNDICE

EPÍGRAFE	3
AGRADECIMENTOS	4
PREFÁCIO	6
RESUMO	8
ABSTRACT	9
ABREVIATURAS	10
 PARTE A: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
I INTRODUÇÃO	14
II A EPIDEMIOLOGIA DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	20
2.1 Situação Mundial, Europa E Foco Na Cocaína	24
2.1.2 A apreensões de Substâncias Psicoativas	27
2.1.3 Prevalências de Consumo	39
2.1.4 Dados Sobre Tratamento dos Consumidores	30
2.1.5 Óbitos de Consumidores	31
2.2 Dados Sobre a Cocaína e seus Derivados	32
2.2.1 O Crack no Brasil	35
2.3 Conclusão do Capítulo	38
III CRACK, DEPENDÊNCIA E EXCLUSÃO SOCIAL	40
3.1 A Criminalização e a Descriminalização	43
3.2 Comportamentos Aditivos e Toxicodependência	45
3.3 A Cocaína	53
3.4 O Crack	57
3.4.1 A Neurociência do Crack	59
3.4.2 Consequências do Consumo	62
3.5 A Exclusão Social do Consumidor de Substâncias Psicoativas	64
3.6 Conclusão do Capítulo	67

IV A ADOLESCÊNCIA E A PREVENÇÃO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS	69
4.1 Noções Sobre a Adolescência	70
4.2 O Desenvolvimento Cognitivo, Intelectual e Social do Adolescente	82
4.3 O Adolescente e as Substâncias Psicoativas	88
4.3.1 Os Fatores de Risco	91
4.3.2 Os Fatores de Proteção	92
4.4 A Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoativas	93
4.5 O Adolescente Brasileiro no Contexto da Exclusão Social	103
4.6 A Prevenção e a Proteção Social Básica na Legislação Brasileira	108
4.7 Conclusão do Capítulo	113
 PARTE B	
V METODOLOGIA	116
5.1 Cartografia do Programa de Prevenção	121
5.1.2 Identificação do Local	121
5.1.3 População Alvo / Destinatários	122
5.1.4 Objetivo Geral	123
5.1.5 Objetivos Específicos	123
5.1.6 Ações do Programa	124
5.1.7 Calendarização	129
5.1.8 Recursos Humanos	129
5.1.9 Recursos Materiais	130
5.1.10 Avaliação do Processo	130
5.1.11 Avaliação de Resultados	132
 VI CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	140
 ANEXOS	I

PARTE A

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

I INTRODUÇÃO

Enquanto na maioria dos países o consumo¹ de cocaína tem diminuído, no Brasil consta a situação contrária: há aumento do uso, seja na forma intranasal (pó) ou fumada (crack, merla ou oxi), sendo o país citado como uma preocupação em relatórios mundiais (World Drug Report, 2013; International Narcotics Control Board, INCB, 2013) e em especial a conjuntura do crack, que tornou-se um problema de saúde pública (LENAD, 2012).

A situação agravou-se muito na última década e o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, a partir de um estudo populacional sobre os padrões de uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas na população brasileira relata que:

“... a prevalência consumo da cocaína uma vez na vida pela população adulta observada é de 3,8%, representando cerca de 5 milhões de brasileiros com 18 anos ou mais, sendo que a prevalência do uso de cocaína nos últimos 12 meses na população adulta observada é de 1,7% - representando mais de 2 milhões de brasileiros. No caso dos adolescentes, 2,3% declararam ter utilizado pelo menos uma vez na vida cocaína e 1,6% deles declararam ter utilizado nos últimos 12 meses – representando cerca de 225 mil adolescentes em todo país.” (Laranjeira; Madrugá; Pinsky; Caetano & Mitsuhiro, 2012, p 56, 57)

Segundo Laranjeira et al, 2012, através de 4200 entrevistas, foi possível concluir que a sociedade brasileira tem conhecimentos sobre as substâncias psicoativas, mas “seu conhecimento acerca dos padrões de consumo, da dependência, bem como dos problemas associados ao uso de cocaína, ainda são incipientes”. (Laranjeira et al, 2012, p 54). Segundo Negreiros (1983), apenas a informação ou mesmo “...uma educação cognitiva acerca das consequências do uso de drogas é insuficiente, senão mesmo, ineficaz.” (Negreiros, 1983; p 7).

“Percebe-se, então, que não há políticas públicas estruturadas e eficazes em reduzir esses problemas. De fato, o Estado apenas

¹ A expressão “consumo de substâncias” neste trabalho refere-se a qualquer ato de auto-administrar uma substância psicoativa, sendo uma expressão generalista que engloba todos os níveis de consumo, como por exemplo recreativo, abusivo, ocasional, prolongado, entre outros.

tateia entre ações que visam a punir ou tratar o consumidor de drogas, mas, de forma objetiva, o que se aparenta como política pública vigente e pertinente ao consumo de drogas visa, unicamente, o combate da conduta de consumir drogas.” (Triana e Oliveira, 2010 p 5)

Devido as circunstâncias, em 2011, a presidenta Dilma Rousseff iniciou o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”, que tem por objetivo coordenar as ações federais de prevenção, tratamento, reinserção social do usuário de crack e outras drogas, bem como enfrentar o tráfico em parceria com Estados, Municípios e Sociedade Civil. Esse Plano também prevê o fortalecimento da rede comunitária por meio de ações de capacitação voltadas para diferentes segmentos profissionais, conselheiros e lideranças comunitárias. (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2011)

O plano tem a intenção de articular entre os diferentes Conselhos, nos Estados e Municípios Brasileiros, integrando em rede as diversas áreas, como Segurança, Educação, Saúde, Direitos Humanos, Assistência Social, Infância e Adolescência, entre outras, “...permite, por meio da troca de saberes, conhecer melhor a realidade local e planejar ações intersetoriais. Essa articulação efetiva garante a verdadeira intervenção na prevenção do uso de drogas e fortalece a comunidade para a transformação da realidade”. (SENAD, 2011, p 8)

Poço de Caldas, município do interior de Minas Gerais e cidade a qual aplica-se este trabalho, apresentou um aumento crítico em índices criminais comparativos dos anos de 2011 e 2012. Segundo a Secretaria de Estado e Defesa Social de Minas Gerais (SEDS, 2013) houve um aumento de 559% no Índice de Crimes Violentos (ICV), de 786 para grupos de cem mil habitantes no ano de 2011 foi para 1225 no ano de 2012. Já os Registros de Crimes Violentos o aumento foi de 57%; os Homicídios Consumados apresentaram aumento de 495%; a Taxa de Homicídios foi de 13 para grupos de cem mil habitantes no ano de 2011 para 77 no ano de 2012. Já os Registros de Homicídios Consumados em Poços de Caldas apresentaram aumento de 500% no comparativo 2012/2011 e o uso e abuso de álcool e outras drogas estão diretamente ligados a estes índices apontados pela SEDS de Minas Gerais em 2013 (p 45). Os crimes violentos alastraram-se ainda mais, subindo de 190 em 2012 para 329 no ano de 2013. Cabe ressaltar que mais da metade destes números “...são crimes praticados por adolescentes e jovens que estão em situação de risco social.” (SEDS, 2013, p 28).

É importante levar em consideração que as substâncias psicoativas sempre estiveram presentes na história da humanidade e seu uso milenar corresponde à diversos objetivos de uso, como necessidades médicas, religiosas e gregárias. Elas fazem parte de rituais da sociedade, de cura, devoção, consolo e por isso são divinizadas em algumas sociedades (Nunes; Jolluskin 2007 *apud* Poiares, 1999). Também foram caracterizadas como sendo a ponte entre a realidade, os deuses e os mortos (Poiares, 1999). Assim, a análise sobre o assunto também é diferenciada e tem diversas interpretações e percepções, dependendo do ponto de vista social, científico, do usuário, da família, entre outros.

Nem todas as substâncias psicoativas tem a capacidade de provocar dependência e podem ser utilizadas como medicamento, porém, devem ser analisadas, testadas e preparadas para assumir essa função. As substâncias psicoativas tem um papel fundamental na história moderna da sociedade, tendo importância econômica, política e cultural (Poiares, 1999). Seus custos sociais, políticos, econômicos e de saúde afetam toda a sociedade, sendo benéficas (como por exemplo os medicamentos) ou maléficas (o narcotráfico), dependendo da abordagem do assunto e para compreensão do fenômeno, é preciso saber um pouco da história e do papel das drogas dentro da vida do homem.

Segundo Poiares (1999), com o passar dos anos, as drogas assumem múltiplos significados, dimensões e novos padrões de consumo. Nos últimos séculos, assumiu três dimensões históricas: a droga mercadoria, sendo uma ponte para as relações jurídico, econômicas e fiscais; a droga nas suas funções lúdico-terapêutica, sendo facilitadora do convívio social, desinibição e como instrumento de tratamento médico e a terceira dimensão sendo a droga enquanto o objeto e causa da criminalidade, sobretudo no século XX.

Até 2000, Portugal teve problemas com o alto consumo, sendo que na década de 90, o país chegou a ter 150 mil viciados em heroína (quase 1,5% da população) e em 2001 foi implementada a política de descriminalização, onde garantia que o usuário pudesse carregar pequenas quantidades das substâncias e encaminhamentos para tratamento, sendo assim, os usuários flagrados com posse de alguma substância eram encaminhados para o tratamento e não mais ao cárcere, assim, sua avaliação judicial será feita com base nos seus crimes e não no consumo de substâncias psicoativas. (Poiares, 1999)

Para uma análise mais profunda sobre o fenômeno das drogas é necessário compreender o contexto socio-histórico do indivíduo, sua relação com a substância, o tempo de uso, suas preferências, comorbidades, motivações ao consumir para a partir destes dados, montar um tratamento que seja eficaz, com intervenções focadas no sujeito, no grupo de pares e no território ao qual o público alvo pertence. (Martins, 2003)

A adolescência é vista como um momento de desajuste e rebeldia aos valores instituídos, porém, esta rebeldia apenas reproduz a lógica da sociedade de consumo vigente, regida pela “...lógica do prazer individual absoluto e da satisfação imediata, onde não há lugar para a castração ou para a falta. É o caso das condutas delinquentes, individuais ou coletivas, das toxicomanias, das condutas de risco em geral e determina os tipos de bandos de adolescentes.” (Coutinho, 2005 p 21)

“A adolescência constitui um período crucial no ciclo vital para o início do uso de drogas, seja como mera experimentação seja como consumo ocasional, indevido ou abusivo.” (Schenker e Minayo, 2004, p 708). Segundo as autoras, é preciso gerar discussões dentro do grupo de pares dos adolescentes, não apenas no indivíduo, pois a família é responsável por inserir seus membros na cultura e ser instituidora das relações primárias e “...influencia a forma como o adolescente reage à ampla oferta de droga na sociedade atual. Relações familiares saudáveis desde o nascimento da criança servem como fator de proteção para toda a vida e, de forma muito particular, para o adolescente.” (Schenker e Minayo, 2004, p 709). Buscar-se-á, portanto, dentro do programa de prevenção, inserir o tema das drogas também no contexto familiar e outros ambientes importantes para a prevenção do consumo de substâncias psicoativas, como é o caso do grupo de pares, da escola, a mídia, da comunidade em que o adolescente vive.

A intervenção deste trabalho, busca que os adolescentes participantes do SCFV nos CRAS de Poços de Caldas tenham uma abordagem emancipatória de participação ativa, que seja um programa de prevenção capaz de formar sujeitos com capacidade crítica, habilitados para propor mudanças dentro de seu grupo de pares, gerar reflexões acerca de suas escolhas e aos prejuízos relacionados ao consumo de drogas, considerando a valorização à vida, ao território, aos familiares e a comunidade, sem um olhar moralista ou repressivo, fortalecendo os indivíduos, seus vínculos e grupos sociais aos quais pertence o adolescente.

“A participação dos jovens reflete-se na responsabilidade destes perante as ações que desenvolvem, bem como perante seus

pares, conferindo um tom realista à prevenção. Merece atenção especial sua participação como multiplicadores por ser uma prática que inadvertidamente pode responsabilizar o jovem por desenvolver um trabalho que cabe ao Estado, no qual ele entra como colaborador e não como trabalhador.” (Soares & Jacobi, 2000 apud Canoletti e Soares, 2005 p 119)

A presente dissertação contém informações globais acerca das substâncias psicoativas, com estatísticas mundiais, consequências do consumo de substâncias psicoativas para o indivíduo e para a sociedade, ilustra efeitos das toxicodependências, buscando fomentar a importância da prevenção, a compreensão dos fatores individuais, culturais, biológicos, sociais e ambientais que se conjugam para aumentar ou diminuir as probabilidades do sujeito consumir a droga, especialmente relacionados com a iniciação ao consumo, mas não deixa de citar a dependência. Traz o papel dos profissionais da Saúde, Educação e Assistência Social, envolvidos no Programa de Prevenção, para que este seja eficaz dentro da realidade da cidade de Poços de Caldas e haja aderência dos jovens pertencentes ao SCFV.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes: A, que faz referência ao material bibliográfico e fundamentação teórica; B que inclui a Metodologia e a Cartografia do Programa de Prevenção “Unidos para Cuidar”.

Os temas citados nesta Introdução serão explorados ao longo do texto e para o início, no Capítulo 2 está a análise de dados epidemiológicos, que configura-se como relevante, uma vez que a tentativa de identificar especificidades pode significar melhores condições para o desenvolvimento de novos estudos, com um maior conhecimento sobre o fenômeno das drogas, alinhado aos respectivos paradigmas. Para tanto, o próximo capítulo trata dos principais dados sobre substâncias psicoativas no mundo, com especial atenção à Europa e ao Brasil em relação ao consumo de cocaína e seus derivados.

Após, o terceiro capítulo será “O Crack, Dependência e Exclusão Social”, em uma análise focada na substância psicoativa, sua história, dados atuais e como o crack chegou até a sociedade, suas consequências sociais, individuais, biológicas; motivações para o consumo, a exclusão social do toxicodependente, os riscos do consumo, entre outros temas transversais.

O quarto capítulo, intitulado “A adolescência e a prevenção de substâncias psicoativas” trata da adolescência, o desenvolvimento do jovem biopsicosocial, a importância da prevenção, a realidade do adolescente brasileiro de baixa renda e

também discorre sobre a fase do desenvolvimento em que pode ocorrer o primeiro consumo de substâncias psicoativas: os fatores de risco e os de proteção, o papel da família, a responsabilização do jovem, os programas de prevenção e com isso, encerra-se a parte teórica desta tese.

Segue-se com a PARTE B, a metodologia do trabalho, o Programa de Prevenção “Unidos para Cuidar”, que será aplicado nos jovens pertencentes aos grupos do SFVC, nos CRAS da cidade de Poços de Caldas. Nesta parte do trabalho estará a caracterização do espaço, objetivos, financiamento, proposta de intervenção, quadro de recursos humanos, atividades propostas, métodos avaliativos, parcerias com entidades e outras secretarias, como Educação e Saúde da cidade de Poços de Caldas.

O capítulo 5 diz respeito a Metodologia Geral do trabalho, seguido pela cartografia do Programa “Unidos para Cuidar”, que traz a identificação do local, a apresentação do programa, o público alvo, objetivos gerais e específicos, o enquadramento geral da problemática, monitorização, avaliação,

Após, no Capítulo 6, seguem as “Considerações Finais”, com algumas reflexões acerca do trabalho.

Encerra-se com as Referências Bibliográficas e os Apêndices.

II A EPIDEMIOLOGIA DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A história da epidemiologia indica a raiz grega “epedeméion” que significa “aquele que visita”, e Hipócrates já usa epidemia em seus textos como epi (sobre) e demos (povo); modernamente associado com logia (falar, organizar – hoje ciência, estudo), portanto, epidemiologia significa a ciência do que ocorre sobre o povo. É responsável por estudar os fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças em grupos de pessoas. (Miranda, 2008)

“A epidemiologia como sendo a ciência que estuda o processo saúde-doença na sociedade, analisando a distribuição populacional e os fatores determinantes das doenças, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração, e avaliação das ações de saúde.” (Rouquayrol & Goldbaum, 2003 p 32)

A epidemiologia torna-se extremamente necessária para formulação de políticas públicas, principalmente quando é voltada para criar programas de prevenção, intervenção ou promoção e é essencial considerar as particularidades de cada região. “A realização de diagnósticos e levantamentos locais deve ter estrutura e ações adequadas, para então atingir o público alvo de forma efetiva.” (Rouquayrol & Goldbaum, 2003 p 34). Deve também ter padronizações, para que os dados tornem-se referência e possam ser comparadas ao nacional para uma análise profunda da situação.

É importante que sejam feitos levantamento de dados epidemiológicos com regularidade e numa perspectiva de avaliação local para se acompanhar a evolução do comportamento frente ao uso de substâncias psicoativas em diferentes momentos e realidades sociais (Noto, 2004).

Para criação e implantação de um programa de prevenção, é essencial conhecer o padrão do consumo de substâncias psicoativas, além de eliminar mitos existentes sobre o assunto, isso possibilita um direcionamento para desenvolver da melhor maneira possível as políticas públicas, com prevenção, promoção e tratamento, podendo portanto atingir resultados proveitosos. (Carlini-Cotrim & Barbosa, 1993)

A importância de estudos epidemiológicos sobre o consumo de substâncias psicoativas para a estruturação de políticas públicas adequadas e racionais, é apontada nos estudos de Carlini-Cotrim & Barbosa (1993). Segundo os autores, traçar o diagnóstico e perfil do uso de drogas contribui ainda para evitar as distorções

observadas neste campo e, portanto, os alardes sociais a partir de casos isolados como pode ser observado nas veiculações de informações sobre drogas pela mídia.

Segundo Noto (2004) ainda não há distribuição equilibrada das notícias veiculadas na mídia com os indicadores epidemiológicos, nem sempre o resultado dos relatórios são divulgados e isso reflete na percepção da percepção populacional, criando mitos em relação ao consumo de substâncias psicoativas e quanto a formulação de políticas públicas.

Nesse sentido, é importante que além dos estudos de abrangência nacional, também sejam realizados estudos regionais que utilizem a mesma metodologia trazendo à tona peculiaridades que possam estar influenciando o comportamento frente ao uso de drogas. Discussões sobre as políticas de prevenção nos meios de comunicação, em meio governamental, educacional, instituições de saúde, entre outros locais são indispensáveis para uma ampla e consistente divulgação dos resultados. (Noto, 2004)

As políticas públicas se tornarão mais efetivas quando forem formuladas a partir de dados empíricos e locais. A adoção de modelos externos ou formulação de políticas com base em dados amplos, por exemplo, dados da capital, ou em mitos, preconceitos e interesses comprometem a efetividade dos procedimentos. Assim sendo, pesquisas etnográficas e epidemiológicas com metodologias bem fundamentadas podem fornecer dados elucidando múltiplas questões, necessárias para trabalhar a prevenção a dependência química e não ao seu tratamento paliativo, reduzindo assim o custo pessoal e social que a adicção tem. (Noto, 2004)

O âmbito escolar e social favorece a implantação de políticas públicas voltadas aos adolescentes, muito embora seja necessário pensar que muitos estão fora da escola e que políticas devem ser elaboradas não só no sentido de assistir a esses jovens nos aspectos referentes ao consumo de substâncias psicoativas, como também de inseri-los na sociedade e disseminar o conhecimento ao seu grupo de pares. É importante, para a efetividade de ações de prevenção ou redução de danos, a adequação à realidade e o planejamento multidisciplinar. Logo, para a criação de um programa de prevenção para jovens, a escola, a família, os amigos devem atuar como parceiros, pois os adolescentes compartilham suas vidas com essas pessoas. (Carlini-Cotrim & Barbosa, 1993)

De acordo com o World Drug Report (2013), a detecção e identificação de substâncias psicoativas é um passo fundamental para acessar os riscos de saúde potenciais de novas substâncias e do ponto de vista científico, epidemiológico, forense e

toxicológico, as informações dessas substâncias devem ser colectadas, cadastradas e disseminadas.

Ainda de acordo com o World Drug Report (2013), as substâncias psicoativas ilícitas continuam a por em risco a saúde e o bem-estar de pessoas em todo o mundo. São uma ameaça à estabilidade e à segurança de regiões inteiras e prejudicam o desenvolvimento econômico e social. De muitas maneiras, as substâncias ilícitas, o crime e o desenvolvimento estão interligados. Assim sendo, a toxicodependência é agravada pelo baixo desenvolvimento social, econômico e há ligação com o tráfico de drogas, associando-se com muitas outras formas de crime organizado em todos os países, comprometendo o desenvolvimento humano. “É preciso quebrar esse ciclo destrutivo, a fim de proteger o direito das pessoas de um estilo de vida saudável e promover o desenvolvimento económico, crescimento, uma maior segurança e estabilidade.” (World Drug Report, 2013 p 6)

Os dados estatísticos abordados neste capítulo dizem respeito a alguns relatórios publicados recentemente e trazem a situação mundial, dando relevância aos resultados portugueses e brasileiros, com foco principalmente na cocaína e nos seus derivados. São utilizados as publicações dos seguintes relatórios:

- *World Drug Report*, publicado pelo United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) de 2013; O Relatório Mundial sobre Drogas é publicado anualmente pelo UNODC e reúne os principais dados e análises de tendências sobre a produção, tráfico e consumo de drogas ilegais em todo mundo. São enviados questionários aos países-membros, os resultados são compilados pelo UNODC e a partir disso, o documento passa a ser utilizado como norte para as políticas globais sobre drogas.
- *International Narcotics Control Board* (INCB, 2013); Também conhecido como a Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE), é um órgão de fiscalização de colabora com o UNODC e com outras organizações internacionais que preocupam-se com a questão do controle de drogas, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), Comissão de Narcóticos, Organização Internacional de Polícia Criminal (INTERPOL) e a Organização Mundial de Alfândegas (OMA). O relatório anual contém análise da situação do controle das drogas, as fraquezas nos sistemas operacionais para o cumprimento dos tratados, recomenda melhorias nacionais e internacionais.
- *Monitoring the Future*, promovido pelo National Institute of Drug Abuse (NIDA) em 2012; Este relatório é resultado de estudos em curso dos comportamentos, atitudes e valores dos alunos americanos do ensino médio, estudantes universitários e jovens adultos. Anualmente, um total de aproximadamente 50.000 alunos da 8ª série, 10ª e 12º anos são analisados.

- *A situação do país em matéria de drogas e toxicodependência, promovido pelo Serviços de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) em 2012*; Este relatório é apresentado anualmente à Assembleia da República e ao Governo Português com dados compilados sobre a população portuguesa, atuando como fornecedor de elementos de apoio à decisão política e ao planeamento das intervenções.
- *Inquérito Nacional em Meio Escolar (SICAD, 2011)*. Este relatório tem como alvo a população de alunos do ensino público e engloba dois inquéritos (3.º Ciclo e Secundário) e o objetivo é caracterizar, ao nível nacional, regional e local, o consumo das substâncias psicoativas, o acompanhamento, a evolução do fenómeno, a análise de tendências e necessidades de intervenções.
- *II Inquerito Nacional do Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa (SICAD, 2007)*; Este estudo vem na sequência do que foi realizado em 2001 e relata a evolução das prevalências, modos, circunstâncias e consequências dos consumos de substâncias lícitas e ilícitas na população portuguesa.
- *III Inquerito Nacional do Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa (SICAD, 2012)*; Este estudo vem na sequência dos que foram realizados em 2001 e 2007, abordado no item anterior e também relata a evolução das prevalências, modos, circunstâncias e consequências dos consumos de substâncias lícitas e ilícitas na população portuguesa.
- *Relatório Europeu sobre Drogas, promovido pelo European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2014)*; Este documento apresenta as tendências e evoluções da droga, os dados e estatísticas, as panorâmicas por país e as perspectivas sobre as drogas na Europa.
- *The 2011 European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) promovido pelo EMCDDA em 2011*. O relatório apresenta os dados coletados entre os estudantes de 15 e 16 anos de idade em países europeus, acompanha o consumo, as tendências de uso de substâncias e faz comparações entre outros países. Estes dados também são amplamente utilizados para a avaliação de planos de ação nacionais e internacionais e estratégias relacionadas ao álcool, incluindo as Drogas da UE Planos de Acção e Estratégia Global da OMS.
- *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país, promovido pelo SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas) em 2013*. É um estudo que procura delinear o perfil da população usuária de crack e outras formas similares de cocaína fumada (pasta base, merla e “oxi”) no Brasil e país e também estimar o número desses usuários, trabalho que foi realizado em parceria com Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.
- *II LENAD (Levantamento Nacional de Alcool e Drogas) publicado em 2012 pela unidade de pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)*, sendo este

um estudo populacional sobre os padrões de uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas na população brasileira. O estudo visa contribuir no desenvolvimento de políticas de saúde pública fornecendo evidências concretas de uma amostra representativa da população brasileira.

2.1 Situação Mundial, Europa E Foco Na Cocaína

Segundo o World Drug Report (2013), atualmente a situação global sobre o consumo de substâncias psicoativas tem mantido-se estavel no que diz respeito à usuários dependentes ou com transtornos relacionados ao consumo. Mesmo assim, houveram aumentos no número total de usuarios de substâncias iliticas, que podem ser justificados devido ao aumento da população mundial. Segundo a OMS (2004), cerca de 200 milhões d epeessoas consomem algum tipo de substância ilícita. Entretanto, o uso de múltiplas drogas, especialmente quando combinam-se as licitas com as ilicitas continua ser uma preocupação. O uso de sedativos e tranquilizantes é de preocupação particular, com mais de 60% dos países abrangidos no relatório de classificação de substâncias como os três primeiros tipos de substâncias usurpadas.

Em 2013, o consumo das substâncias psicoativas legais aumentaram à nível mundial e destacou que embora o uso de drogas como heroína e cocaína pareça estar em declínio em algumas partes do mundo, o abuso de medicamentos prescritos e drogas novas está em grande avanço. (World Drug Report, 2013)

Segundo o Relatório Europeu sobre Drogas, 2014, as substâncias psicoativas aumentaram 40% de 251 para 354 novas substâncias, enquanto o número de países que detectam dessas substâncias subiu de 70 para 90 e houve um considerável aumento no uso entre jovens. Isso levanta um questionamento sobre as motivações deste consumidor de substâncias psicoativas. Parte das justificativas apoiam-se no contexto sóciopolítico que reforça os valores baseados no consumismo e prazer imediatista, associado à pauperização de importante parcela da população em todo o mundo.

O modelo europeu apresenta-se bem sucedido em comparação a escala mundial, pois é possível observar tendencias positivas, porém, o fenomeno da droga é dinamico e evolui rapidamente, com novas ameaças que somam-se aos problemas residuais existentes. As substâncias atuais são diferentes e muito variadas, as técnicas de produção mudaram e isso afeta diretamente na potencia e consequencias, principalmente em relação às drogas sintéticas. (Relatório Europeu sobre Drogas, 2014).

Há preocupação com o recente aparecimento e aumento do consumo de novas substâncias principalmente sintéticas (World Drug Report, 2013; Relatório Europeu sobre Drogas, 2014). Essas drogas são extremamente potentes, em pequenas quantidades, podem ser utilizadas para produzir múltiplas doses. Não há dados suficientes para conhecer as implicações que estas evoluções terão futuramente em termos de saúde pública e de controlo da droga, mas não subsistem dúvidas de que parecem ser capazes de transformar a própria essência dos problemas que hoje enfrentamos. (Relatório Europeu sobre Drogas, 2014).

Estas evoluções do fenómeno das drogas sujeitam os sistemas de monitorização a uma pressão crescente, sendo essencial garantir que os mecanismos de vigilância tenham a sua eficácia. Há quase duas décadas, a Europa foi pioneira na criação de um sistema de alerta rápido para identificar as novas ameaças potenciais neste domínio. Esse sistema já deu provas da sua utilidade, mas, de um modo geral, a capacidade forense para identificar e comunicar as consequências das substâncias novas e tradicionais para a saúde pública ainda é insuficiente. Não podemos deixar de alertar para a importância de garantir a disponibilização de recursos suficientes para prosseguir e reforçar este trabalho e realçar o valor acrescentado que ele proporciona à comunidade europeia em geral. (Relatório Europeu sobre Drogas, 2014)

Segundo o relatório “A situação do País em Matérias de Drogas e Toxicodependência 2012”, do SICAD (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências) o consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa diminuiu, mas há “tendências preocupantes” quanto à prevalências e padrões de consumo entre mulheres e jovens, contrariante ao padrão geral de evolução, gerando novos desafios para o futuro.

Em 2013, o International Narcotics Control Board (INCB), publicou um relatório acerca da situação mundial e explicitou a importância da responsabilidade comum e partilhada, como sendo um princípio de direito internacional e aplicado a muitas áreas de cooperação, indo muito além do controlo das substâncias psicoativas. Considera que os tratados internacionais fornecem recursos para além das regras e obrigações de cada país, pois também compartilha o princípio da responsabilidade, o enquadramento de parcerias, com base em um objetivo comum de compreensão do problema, objetivos e a necessidade de atingir o objetivo com ações coordenadas.

Assim, o princípio de responsabilidade partilhada pode ser visto como um empreendimento conjunto que envolve instituições governamentais, setor privado,

sociedade civil, comunidades locais e indivíduos que concordaram em trabalhar juntos como parceiros e que têm compartilhado obrigações comuns, em diferentes níveis de resposta ao desafio da droga. Por conseguinte, o princípio de comum e de responsabilidade partilhada reforça a sua cooperação, não só a exercer a sua interesses próprios, mas também levar em conta os interesses dos os outros e para ajudar os partidos que precisam de ajuda. No entanto, responsabilidade compartilhada no controle das drogas a nível internacional será eficaz quando os Estados cumpram todas as suas obrigações a nível nacional. (INCB, 2013)

Este princípio tem evoluído ao longo dos anos a partir da conceito de responsabilidade coletiva no controle das substâncias psicoativas, iniciado na década de 1980, a responsabilidade compartilhada na década de 1990, e a responsabilidade comum desde a virada do século. Dirigindo-se aos elementos da responsabilidade compartilhada há exigência do reconhecimento dos critérios e princípios fundamentais, incluindo repartir responsabilidades entre múltiplos atores, a noção de prestação de contas, compreensão de dimensões, capacidades, papel e recursos de cada parceiro. (INCB, 2013)

A aplicação prática deste princípio, hoje é ainda mais importante, já que quase todos os países sofrem de abuso de substâncias psicoativas, produção, tráfico ou corrupção e violência relacionada com a droga. Estes dados relacionados com o número crescente, tornou-se um considerável problema de saúde pública, não só devido ao aumento de utilização, mas também da falta de pesquisa científica e compreensão de suas adversidades. (INCB, 2013)

Um estudo feito pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) com função de monitorizar os consumos de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas entre portugueses de 15 à 74 anos, foi feito em 2001, 2007 e 2012, com a diferença que a amostra foi de 15 mil entrevistas em 2001 e 6 mil em 2012 e o último estudo incluiu temas como o jogo, a religião e a participação cívica e política.

Os resultados, publicados como o II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População, aplicado pelo Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa, o consumo de substâncias ilícitas estabilizaram ligeiramente nos últimos cinco anos. Quanto à experimentação, a prevalência em 2001 era de 7,8%, foi para 12% em 2007 e baixou para 9,9% em 2012.

Em relação à Europa, o consumo de substâncias psicoativas estabilizou-se, embora ainda tenha um número elevado. Há o surgimento de novas substâncias

psicoativas, que são um grande desafio que os governos estão a abordar e há a questão do abuso de múltiplas drogas, álcool e substâncias não controladas. Em 2011, houve um aumento significativo de novos casos de infecção por HIV com base na alta prevalência do HIV entre usuários de drogas injetáveis, relatado pela Bulgária, Grécia e Roménia. (INCB, 2013)

Outro dado interessante publicado pela OMS (2013), é que a nível mundial, cerca de 200 milhões de pessoas, quase 5% da população entre 15 e 64 anos, usam drogas ilícitas pelo menos uma vez por ano e aproximadamente metade dos usuários usa regularmente, pelo menos uma vez por mês.

2.1.2 Apreensões de Substâncias Psicoativas

Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas, 2014, “...a maior apreensão na Europa em 2012 foi de Cannabis, seguida pela Cocaína, com 9%” (p 38). Embora a quantidade de cocaína apreendida na região Oeste e Central da Europa tem diminuído nos últimos anos, dando sinais de estabilização. Após um aumento de cerca de 50 toneladas em 2009 para cerca de 60 toneladas em 2010, as apreensões de cocaína na Europa Ocidental e Central manteve-se em cerca de metade do valor de pico de 120 toneladas em 2006, Espanha continuou a ser o país inquirido a maior quantidade apreendida (25 toneladas), quase metade do total para o Oeste e Europa Central, seguida pela Holanda (10 toneladas). (INCB, 2013)

Enquanto medidas para combate às substâncias psicoativas, o relatório da INCB 2013, cita a Operação Channel, realizado anualmente sob a auspícios da Organização do Tratado de Segurança Coletiva (CSTO), envolveu a aplicação da lei competente, autoridades aduaneiras e unidades de informação financeira dos CSTO Estados membros. No decurso do funcionamento, muitas toneladas de drogas e substâncias psicotrópicas foram apreendidos na União Européia, incluindo 11,6 toneladas de ópio, 17,4 toneladas de maconha, 3,2 toneladas de resina de cannabis e 871 kg de heroína. (INCB, 2013)

A quantidade de cocaína apreendida pelas autoridades aduaneiras em Europa Ocidental manteve-se relativamente estável, em cerca de 34 a 37 toneladas por ano entre 2009 e 2011, representando quase metade das apreensões mundiais de cocaína por costumes autoridades. Na Roménia, a quantidade total de cocaína apreendidos em 2011

foi de mais de 161 kg, aproximadamente 63 vezes a quantidade apreendida em 2010 (2,6 kg). quantidade apreendidos em 2011 foi principalmente o resultado de uma grande apreensão (157,5 kg) feita no porto de Constanta. (INCB, 2013)

O abuso de cocaína em Europa Ocidental e Central permanece estável, embora com alta prevalência anual de 1,2% sendo os navios o principal meio de transporte para cocaína, representando quase 80% da quantidade apreendida pelas autoridades aduaneiras em 2011, no entanto, as apreensões por parte das autoridades aduaneiras dos aeroportos foram responsáveis por 15% da quantidade apreendida na Europa Ocidental. (INCB, 2013)

A cocaína é cada vez mais traficadas para Eslovénia via contêiner da América Latina, com embarques também chegar nos portos do Mar Adriático e em seguida, entrar Eslovénia através dos Balcãs Ocidentais, sendo que 80% foi identificada como tendo origem na Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, República Dominicana, Equador, Panamá, Peru e Venezuela. Em 2010, entregas de cocaína para a Federação da Rússia chegaram principalmente do Equador. Essa tendência continuou em 2011, com duas apreensões realizadas no porto de São Petersburgo, de 20,6 kg e 4,5 kg de cocaína proveniente do Equador. (INCB, 2013)

Desde 2009, a região do Caribe tornou-se cada vez mais importante no tráfico de carregamentos de cocaína destinada à Europa. Por exemplo, a República Dominicana foi identificada como a origem de 273 embarques, no valor de 3,5 toneladas, de cocaína apreendidas pela alfândega autoridades na Europa Ocidental em 2011. Houve um aumento significativo, de 50% nas apreensões francesas de cocaína em 2011 (quase 11 toneladas) em comparação com 2009 e 2010 foi o resultado de apreensões no Caribe. (INCB, 2013)

Há partes do Oriente e do Sudeste Asiático que atualmente executam um maior risco de expansão do consumo de cocaína. As apreensões em Hong Kong, China, aumentaram dramaticamente, tendo sido 600 kg em 2010, e ultrapassou 800 kg em 2011. Isto pode ser atribuído a vários fatores, muitas vezes ligados para o uso recreativo associado à sua utilização e à emergência de camadas mais favorecidas da sociedade. (World Drug Report, 2013)

2.1.3 Prevalências de Consumo

Segundo o Relatório Mundial de Drogas (2013), quanto às prevalências de consumo ao longo da vida e consumo recente, os homens tem consumo mais elevado e continuam apresentando prevalência de consumo abaixo dos valores médios europeus. Houve um aumento, sobretudo nos últimos dois anos, novos utentes que referem a cannabis, cocaína e derivados como substâncias principais. (World Drug Report, 2013)

No relatório anual de 2009, a UNODC publicou que a cocaína é a droga mais consumida em Portugal, após, a cannabis e o ecstasy (p 47). Houve diminuição no consumo por parte da população escolar e da população reclusa. No relatório mundial de 2013, houve uma mudança, com uma prevalência média anual de 5,2%, a cannabis continua a ser a substância mais consumida na Europa, seguido de cocaína, anfetaminas e opiáceos (heroína, especificamente). Especialistas em numerosos países do Sudeste da Europa Oriental e relataram uma tendência de aumento no abuso de cannabis e estimulantes do tipo anfetamina, incluindo o relatório da Junta Internacional de Controlo de Estupefacientes o "Ecstasy", enquanto o abuso de opiáceos e cocaína relatada como estável. A prevalência anual de cannabis na Europa Oriental está estimada em 2,6%, de opioides a 1,2% e de opiáceos em 0,8%. Prevalência anual de abuso de cocaína na Europa Oriental e é estimado em entre 0.1 e 0.3% da população, abuso de estimulantes do tipo anfetamina em entre 0,2 e 0,5%, o abuso de "ecstasy" entre 0,5 e 0,6%. (World Drug Report, 2013 p 68 e 69)

O nível de abuso de cocaína continua a ser relativamente estável, com uma prevalência média anual na região oeste e Europa Central entre os adultos de 1,2% e uma gama de 0,1% para 2,7% (2,1 por cento entre as pessoas 15-34 anos). A diminuição da prevalência anual de abuso de cocaína entre os adultos foi notada ao longo dos últimos anos em países com altas taxas de prevalência, como Dinamarca, Irlanda, Espanha e Reino Unido. Na França, no entanto, a prevalência anual de abuso de cocaína entre adultos tem continuado a aumentar, de 0,3% em 2000 para 0,9% em 2010, enquanto a prevalência da vida entre os jovens de 17 anos diminuiu para 3% em 2011 a partir de 3,3 % em 2008, depois de ter aumentado de 0,9% em 2000. (INCB, 2013)

Segundo o III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa (INPG Portugal, 2012) publicado pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), no ano de 2012, os resultados são excelentes nas políticas públicas, após a descriminalização do consumo,

os programas de prevenção efetivados, a redução da oferta, redução da procura, redução de danos, o tratamento e a reinserção social. A prevalência subiu de 7,8% para 12% de 2001 a 2007 e em 2012, ano deste inquerito em análise, teve um declínio para 9,5%, transversal às substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, tanto no consumo do último ano e no consumo do último mês.

Em uma comparação internacional, a prevalência do consumo de cocaína na população geral ao longo da vida, Portugal no ano de 2012 na população de 15 a 64 anos tem a taxa de 1,2%, a mais baixa em relação aos outros países como Espanha (2009 – 15 a 64 anos) 10,2%; em relação a França (2010 – 18 aos 64 anos) 3,8%; Inglaterra e País de Gales (2010 e 2011 – 16 aos 59 anos) 8,9% e Irlanda (2010/2011 – 15 aos 64 anos), 6,8%. (INPG, 2013).

A prevalência do consumo de cocaína na população geral no último ano, em comparação internacional apresenta os seguintes dados: Portugal (no ano de 2012, com idades entre 15 a 64 anos) 0,2%; Espanha (2009 – 15 a 64 anos) 2,7%; França (2010 – 18 aos 64 anos) 0,9%; Inglaterra e País de Gales (2010 e 2011 – 16 aos 59 anos) 2,2% e Irlanda (2010 – 2011 – 15 aos 64 anos), 1,5%. (INPG, 2013).

Em relação a prevalência do consumo de cocaína na população geral no último mês, em comparação internacional apresenta os seguintes dados: Portugal (no ano de 2012, nas idades de 15 a 64 anos) 0,1%; Espanha (2009 – 15 a 64 anos) 1,3%; Inglaterra e País de Gales (2010 e 2011 – 16 aos 59 anos) 0,8% e Irlanda (entre os anos de 2010 e 2011, nas idades entre os 15 e 64 anos), 0,5%. (INPG, 2013).

2.1.4 Dados Sobre Tratamento

As substâncias mais citadas quanto ao abuso de substâncias psicoativas e que iniciam tratamento na Europa Ocidental e Central eram opióides (48%), cannabis (25%), cocaína (15%) e outros estimulantes além da cocaína ou que a tinham como base (6%). A outra droga de mais frequentemente relatados abuso era cannabis. Entre 2004 e 2009, o número das pessoas que iniciam o tratamento pela primeira vez cujo principal droga de abuso foi cannabis aumentou em 40% em 18 países europeus. A anfetamina foi relatada como a principal droga de abuso em 5% dos novos casos de tratamento na Europa em 2009; no entanto, a anfetamina foi responsável por uma maior proporção de

novos casos de tratamento na Suécia (28%), Polónia (25%) e Finlândia (17%). (INPG, 2013)

Novas substâncias de abuso foram notificados como principal substância problema pela primeira vez em Portugal em 2009 (17 casos), aumentando para 213 casos em 2010, que excedeu o número de casos relatados por anfetaminas, "ecstasy" e inalantes combinados. No Reino Unido, em Inglaterra, o número de pessoas com menos de 18 anos sendo tratados principalmente para abuso de heroína e cocaína diminuiu 33% e 23%, respectivamente, entre 2009/10 e 2010/11; de modo semelhante, o número de jovens adultos (com idade entre 18-25 anos) iniciam o tratamento por causa do abuso de heroína e / ou cocaína crack caiu mais de 50% entre 2005/06 e 2010/11. No entanto, o número dos jovens com menos de 18 anos que está sendo tratado principalmente para o abuso de estimulantes do tipo anfetamina (excluindo o "ecstasy") aumentou 150% entre 2009/10 e 2010/11, devido à colocação de mefedrona sob controle nacional em 2010 sobre metade (58%) de 35 de jovens com idade inferior de 18 de acesso ao tratamento na Inglaterra por abuso de substâncias, incluindo o abuso de álcool, a cannabis citada como o principal droga de abuso, embora tenha havido uma ligeira redução do número de casos em comparação com o ano anterior. (INPG; 2013 p 137)

2.1.5 Óbitos de Consumidores

O número de mortes induzidas por substâncias psicoativas, estimado em 7237 na Europa, em 2010, manteve-se estável, assim como o número de mortes por overdose de drogas. Os opióides foram envolvido em cerca de três quartos das mortes relacionadas com a droga, e uma parte importante de todas as mortes relacionadas com a droga ocorreu em conexão com o abuso de múltiplas substâncias, com álcool, benzodiazepinas e outros opiáceos e cocaína frequentemente encontrados, além de heroína. (INPG, 2013)

Entre os europeus de 15-34 anos, as overdoses de drogas representaram para 4% de todas as mortes. Diminuíram os casos de afins-mortes à substâncias psicoativas na Alemanha, Itália e Reino Unido. Houve algum aumento de óbitos relacionadas com drogas na Estónia e Finlândia, devido em ambos os países, ao aumento no número de mortes decorrentes de opióides e na Finlândia também a um aumento no número de

mortes associadas à cocaína e derivados, estimulantes do tipo anfetamina, tranqüilizantes e sedativos. (INPG, 2013)

2.2 Dados Sobre a Cocaína e seus Derivados

O primeiro contato com a cocaína na população geral portuguesa dá-se entre os 18 e 24 anos, sendo que os adolescentes menores de 18 anos a porcentagem é de 14% e maiores de 18 anos a experimentação é de 23%. A amplitude do consumo, é dos 12 aos 30 anos. A idade média do início do uso é de 21 anos, com duração de 7 anos, com consumo inferior a 1 ano, prevalece de 25% para cerca de 30%. (INPG, 2012)

Sobre as temporalidades de consumo da cocaína na população portuguesa, o período entre o primeiro e o último consumo dá-se nas seguintes perspectivas: 29% dos consumos iniciais foram feitos há 5 anos, 13% iniciou-se entre 6 e 10 anos, 4% há 11 e 15 anos e 13% há 16 e 20 anos, sendo que 41% correspondem a inícios de consumo mais antigos que 20 anos. (INPG, 2012)

As médias de idade de início e fim e a duração do consumo aumentaram, em 2001 eram de 20, 25 e 5 anos, respectivamente; em 2007 são de 21, 27 e 6 anos e em 2012, de 21, 28 e 7 anos. (INPG, 2012)

A proporção de mulheres abstinentes é superior, o consumo encontra-se representado no masculino ligeiramente acima dos valores médios sobre a população, sendo assim, a ausência do consumo recente feminino é um valor três vezes maior que o masculino, de consumidores desistentes face a proporção feminina com o mesmo perfil de consumo. (INPG, 2012)

Entre os 35 e 44 anos, está o consumo desistente maior e entre os 25 e os 34 anos os consumos recentes e correntes. Em relação aos anos anteriores, há uma maior porcentagem de consumidores não recentes e o perfil dos novos experimentadores, que já tinha menor expressão nos inquéritos anteriores, em 2012 não houve nenhum caso. (INPG, 2012).

Como a pesquisa está em andamento, a UNODC não forneceu qualquer estimativa do global potencial de produção de cocaína em 2011. Em 2010, UNODC estima que o potencial total global fabrico de cocaína variou de 788 a 1.060 toneladas, indicando uma diminuição na produção em comparação com o período de 2005 a 2007.

Segundo o Relatório Mundial de Drogas (2013), a área de cultivo de coca segue inalterada em relação ao ano anterior, menor em 14% do que em 2007 e 30% menos do que em 2000. Estas são estimativas dos montantes de cocaína manufaturados, expresso em quantidades de 100% da substância tida como pura. Os maiores mercados de cocaína do mundo continuam ser relatados vindo da Colômbia (200 toneladas) e Estados Unidos (94 toneladas).

Há indicação de que nos últimos anos o mercado de cocaína tem mudado para várias regiões que não tenham sido previamente associadas com outros tráficos ou consumos. Aumentos significativos foram observados na Ásia, Oceania e América Central e América do Sul e Caribe e isso intensificou a concorrência no tráfico, levando a crescentes níveis de violência, o que afetou diretamente a questão da segurança nestes países. (World Drug Report, 2013)

No caso da América Latina, a maior parte do aumento parece ser ligada à grande disponibilidade e o valor relativamente barato, devido à proximidade para produzir países. Na América do Norte, apreensões e prevalência têm diminuído de forma considerável desde 2006 (com exceção de uma recuperação em apreensões em 2011). Entre 2006 e 2011, o consumo de cocaína entre a população nos Estados Unidos caiu 40%, o que é parcialmente ligada a uma menor produção em Colômbia, a intervenção policial nos cartéis. Enquanto, anteriormente, América do Norte e Europa Central/Ocidental dominaram o mercado de cocaína, hoje são aproximadamente metade dos usuários de todo o mundo, um reflexo do fato de que o uso parece ter se estabilizado na Europa e diminuiu na América do Norte. (World Drug Report, 2013)

Na Oceania, por outro lado, houveram as maiores apreensões de todos os tempos, principalmente em 2010 e 2011 (1,9 e 1,8 toneladas, respectivamente, acima de 290 kg em 2009). A prevalência anual taxa para o uso de cocaína na Austrália para a população idosa, 14 anos ou mais de idade mais do que dobrou, passando de 1,0% em 2004 a 2,1% da população adulta em 2010; um número superior à média europeia e ultrapassa as taxas de prevalência correspondentes nos Estados Unidos. (World Drug Report, 2013)

Segundo as estimativas do UNODC (2012), 17 milhões de pessoas usaram cocaína pelo menos uma vez no ano passado, o que equivale a 0,37% da população mundial entre 15-64 anos (a partir de 2011). Por um longo período, a demanda global por cocaína foi dominada por dois grandes mercados consumidores: América do Norte e

Europa Ocidental e Central. Atualmente, estes dois mercados são aproximadamente metade dos usuários de cocaína, a nível mundial.

Há diversos fatores que contribuem para o aumento dos mercados na África, Ásia, Oceania, América Latina, Caribe e Leste e Sudoeste Europeu. Além do social, psicológico e cultural influenciarem diretamente no consumo de cocaína, ou qualquer outra substância psicoativa é o “Spillover Effect”, em que a disponibilidade imediata do produto, um preço relativamente baixo e à proximidade as fontes de países produtores e de trânsito podem desempenhar um papel em dirigir-se a sua utilização. No caso de cocaína, que pode aplicar em especial para a América Latina e, em menor grau na África Central. As últimas estimativas do UNODC indicam que, em 2011, a América Latina, Caribe e África coletivamente responsáveis por 6,2 milhões de usuários (36% do total global).

Outro fator que pode determinar mudanças relaciona-se com a distribuição geográfica da população global. Os mercados relativamente estáveis da Europa Ocidental e Central Europa e América do Norte são responsáveis por apenas 14% da população mundial entre 15-64 anos, de modo que mesmo uma pequena alteração da taxa de prevalência destes mercados pode resultar em uma grande mudança na demanda global. Segundo as estimativas do UNODC (2012), as taxas de prevalência anual de 1,3% para a América do Sul, 0,43% para a África e 0,05% para a Ásia, todos os quais representam aumentos significativos em comparação com a sua avaliação dessas taxas para o período 2004-2005 (respectivamente, 0,7%, 0,2% e 0,01%).

Um fator relacionado que poderia impulsionar a demanda por cocaína (ou qualquer outra substância psicoativa), se todos os outros factores mantêm-se inalterados, é o crescimento da população mundial e a conseqüente crescimento do número de usuários potenciais. Dada a relativa estabilidade das taxas de prevalência, a população mundial parece ser, em si, um indicador razoável para o número de usuários de cocaína. Apesar do fato que os países da Ásia e da África tendem a apresentar maior população taxas de crescimento do que os países da América do Norte e Europa Ocidental e Central, a proporção do global população entre os 15-64 anos na Ásia e África juntas ficou em 74% em 2005 e ainda não havia atingido 75% até 2011. (World Drug Report, 2013)

As estimativas quando ao uso de cocaína não são exatas, pois a disponibilidade de dados da África e da Ásia é limitada, em parte porque o uso de cocaína nestas regiões até agora tem sido baixo e limitado a alguns países e, portanto, possivelmente tem não

era considerada como uma grande ameaça; portanto, o correspondente níveis de incerteza são especialmente pronunciados. Também é necessário pensar que as mudanças nas estimativas podem ser impulsionadas em parte pela melhorias na metodologia do UNODC e novas estimativas nacionais que tornaram-se disponíveis. Além disso, a média de consumo per capita de cocaína é determinada tendo em conta a significativa variação entre os diferentes países da cultura prevalente e alteração do modelo de utilização de diferentes formas de consumo. (World Drug Report, 2013 p 92)

2.2.1 O Crack no Brasil

Conforme dados do UNODOC (2010) o Brasil foi apontado como uma das nações emergentes onde o consumo de estimulantes como a cocaína está aumentando enquanto na maioria dos países o consumo está estabilizando ou diminuindo. (Laranjeiras et all, 2012)

Segundo o II LENAD (Levantamento Nacional de Alcool e Drogas, coordenado por Laranjeiras et all, 2012), o consumo de cocaína/crack pelo menos uma vez na vida é de 2,3% da população jovem, o que corresponde a aproximadamente 316.040 adolescentes. Nos últimos 12 meses, 1,6% dos jovens entrevistados consumiram a droga, ou seja 225.655 adolescentes.

A prevalência do uso de crack nos últimos 12 meses na população adulta brasileira é de 0,7% - representando mais de 800 mil brasileiros, na amostra a prevalência reflete a população de brasileiro que não vive em situação de rua, pois os estudos são voltados para população domiciliada. Já a prevalência do ou de crack alguma vez na vida observado foi de 1,3%, representando mais de 1,7 milhões de brasileiros. Entre adolescentes (jovens de 14 a 17 anos) a prevalência do uso de crack na vida e nos últimos 12 meses observadas foram de respectivamente 0,8% e 0,1%. (II LENAD, 2012; p 59)

A pesquisa mostra que o Brasil tem 2,6 milhões de consumidores de crack e cocaína, incluindo adolescentes e adultos, sendo metade deste número, 1,3 milhões de pessoas consideradas toxicodependentes. Deste total, 78% cheiram a substância exclusivamente (consumida na forma de pó); 22% fumam (crack ou oxi) simultaneamente e 5% consomem apenas pelos cachimbos, comuns principalmente em

territórios de consumo e tráfico da substância, conhecidas como cracolândias. (LENAD, 2012; p 7).

Segundo o LENAD (2012, p 23) do total de usuários brasileiros, 1,4 milhões (46%) são moradores da região Sudeste e 27% residem no Nordeste. No ranking de regiões, o Norte aparece em 3º lugar (10%) empatado com o Centro-Oeste. O sul, com 7% de concentração, está em último lugar. “Fizemos as análises por classe econômica e, diferentemente do esperado, não houve nenhuma diferença estatística. O padrão de consumo de cocaína, seja aspirada ou fumada, é o mesmo entre os ricos ou entre os pobres”, (LENAD, 2012, Laranjeira et al p 80). “Uma das hipóteses para este cenário é que o preço da cocaína está muito mais barato, o que facilita o acesso.”

Os pesquisadores participantes do estudo sugerem que assim como a cocaína se popularizou e chegou à classe média e média baixa, o crack também deixou de fazer parte apenas dos problemas da população de rua e da marginalidade, como era no início da epidemia. A droga hoje afeta todos os segmentos socioeconômicos.

“Não há no mundo país que venda cocaína de forma tão barata que no Brasil. Em média, o preço da venda aqui é U\$ 2, nos Estados Unidos custa 10 vezes mais e na Europa, o preço médio é de 5 euros, quase 8 vezes mais cara que o crack no Brasil. Além disso, os governos não fizeram a lição de casa nos últimos anos. Não há um combate efetivo do tráfico drogas e, ao mesmo tempo, não foi ampliada a rede de prevenção dos novos usuários e nem o aumento da oferta de tratamento para os já dependentes.” (Laranjeiras et al 2012, p 89)

Os 2,6 milhões de brasileiros que se declaram consumidores de cocaína, sendo 1 milhão deles consumidor de crack, já somam 20% do total de consumidores mundiais de cocaína, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) utilizados pela Unifesp. “O Brasil é o segundo mercado de cocaína do mundo, atrás apenas dos Estados Unidos, e provavelmente o primeiro do mundo de crack, já que os outros países não separam a forma de consumo, aspirada ou fumada”. (Laranjeiras et al, 2012 p 87).

Para terminar a pesquisa do LENAD 2012, os autores afirmam que o crack está diretamente associado à mortalidade e ao envolvimento com a criminalidade e que consumo não é totalmente declarado por parte dos usuários, portanto, os números são ainda maiores, principalmente entre jovens. “O uso da cocaína e do crack é alto e prevalente. Na Europa toda há um declínio da utilização. No Brasil, percorremos caminho inverso”. (Laranjeiras et al, 2012 p 89).

Em maio de 2010, foi lançado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, criado pelo Governo Federal por intermédio do decreto nº 7.179/2010, alterado pelo Decreto nº 7.637/2011, que instituiu o Programa “Crack, é possível vencer”. Os objetivos são aumentar substancialmente a oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários, aprimorar o enfrentamento às drogas e o desmantelamento das organizações criminosas ligadas ao tráfico, implantar o policiamento ostensivo de proximidade nos territórios onde haja concentração no uso de crack e outras drogas, com a disponibilização de bases móveis policiais e de sistema de vídeo monitoramento fixo e móvel, assim como ampliar as atividades de prevenção por meio da educação, informação e capacitação, especialmente junto às escolas públicas. (Agência Brasil, 2013)

Dessa forma, como parte do Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, foi idealizado, pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), um estudo que pudesse delinear o perfil da população usuária de crack e outras formas similares de cocaína fumada (pasta base, merla e “oxi”) no país e também estimar o número desses usuários, trabalho que foi realizado em parceria com Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Todas as etapas dessa pesquisa foram coordenadas pelos pesquisadores Francisco Inácio Bastos e Neilane Bertoni da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Para diagnóstico e início do plano, o SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas) entrevistou 370 mil pessoas em 26 capitais brasileiras mais Distrito Federal e o resultado foi alarmante, 35% total dos participantes são consumidores de drogas ilícitas e cerca de 14% do total são crianças e adolescentes, o que corresponde a aproximadamente 50000 crianças e adolescentes das capitais consumindo regularmente (25 dias nos últimos 6 meses, definição da Organização Panamericana de Saúde). (Bastos & Bertoni, 2011; Agência Brasil, 2013; FIOCRUZ, 2011)

No Brasil, os usuários de crack/similares entrevistados foram, majoritariamente, adultos jovens – com idade média de 30 anos. A estimativa encontrada, então, nas capitais do país e Distrito Federal, para a população desses municípios que consomem crack e/ou similares de forma regular é na proporção de, aproximadamente, 0,81%, o que representaria cerca de 370 mil usuários e a estimativa para o número de usuários de drogas ilícitas em geral (com exceção da cannabis) é de 2,28%, ou seja, aproximadamente 1 milhão de brasileiros. Sendo assim, usuários de

crack e/ou similares correspondem a 35% dos consumidores de drogas ilícitas nas capitais do país. (Bastos & Bertoni, 2011)

O estudo também avaliou o quantitativo de usuários de crack e/ou similares que são menores de 18 anos. Dessa forma, para as capitais do Brasil, observou-se que dos 0,81% da população que se estimou ser consumidora regular de crack e/ou similares, 0,11% eram crianças e adolescentes; e 0,70% eram maiores de idade.

“Cabe observar que, qualquer consumo de uma droga cujas consequências são sabidamente graves por parte de crianças e adolescentes constitui um achado particularmente preocupante. Ressalta-se também que a faixa de menores de 18 anos inclui grupos onde o consumo de crack é nulo (por exemplo, bebês menores de 1 ano) ou muito baixa/praticamente zero (por exemplo, crianças até 8 anos). Isso significa que, se fossem excluídas todas essas crianças de idade bastante baixa, o consumo proporcional por parte de adolescentes seria mais relevante e mais elevado, ainda que menor do que o consumo por parte de adultos.” (Bastos & Bertoni, 2011; p 7)

Como conclusão do estudo, os autores colocam que as políticas públicas brasileiras devem levar em consideração as diferenças quantitativas de cada região para elaboração e implementação de estratégias de prevenção, tratamento e afins. “É preciso evidenciar com urgência a importância de estratégias voltadas para a população de crianças e adolescentes, pois claramente, muitos estão em situação de risco e consumo regular”. (Bastos & Bertoni, 2011; p 12)

2.3 Conclusão do Capítulo

Uma análise compilada dos dados expostos nesse capítulo mostram que houve um aumento número total de substâncias psicoativas (World Drug Report, 2013; Relatório Europeu sobre Drogas, 2014; OMS 2004, 2013) e um aumento considerável principalmente entre jovens, sendo que o consumo diminuiu ligeiramente, mas há tendências preocupantes, prevalências e padrões diferentes entre mulheres e jovens, criando novos desafios para as políticas. (A situação do país em matéria de drogas e toxicodependência, 2012; Relatório Europeu sobre Drogas, 2014)

Segundo a OMS (2013), cerca de 200 milhões de pessoas, ou seja, 5% da população mundial entre 15 e 64 anos consomem substâncias ilícitas ao menos uma vez

ao ano e 2,5%, ou seja, 100 milhões de pessoas, consomem ao menos uma vez ao mês, o que é um número significativo. O ESPAD (2011), publicou que 21% jovens do sexo masculino e 15% de raparigas já utilizaram substâncias ilícitas ao menos uma vez na vida e que a idade de início foi de 13 anos ou menos para algumas dessas substâncias, sendo este um dado extremamente preocupante. O INPG (2013) publicou que 15% dos tratamentos para dependência química tinham a cocaína como a substância principal de consumo.

A segunda maior apreensão de ilícitos na Europa é de cocaína (Relatório Mundial sobre drogas, 2014; INCB, 2013); sendo esses valores de 34 à 37 toneladas da substância nos anos de 2009 à 2011. A UNODC publicou que em 2009, a substância ilícita mais consumida foi a cocaína. Além disso, a OMS (2004) relata que “ a maior prevalência de consumo mundial é da cannabis, seguida pelas anfetaminas, pela cocaína e os opióides. (...) O consumo destas substâncias também é mais prevalente entre jovens do que em grupos etários mais velhos, (...) sendo que no Canadá, EUA e países europeus quase 5% dos jovens relatam ter consumido cocaína durante a vida.” (OMS, 2004, p 10)

Estes dados demonstram que a cocaína e o crack merecem uma especial atenção no que diz respeito à políticas de prevenção, especialmente entre jovens. Atualmente, devido a crise mundial, a facilidade de acesso e a novos padrões de consumo, a cocaína vem sendo usada misturada com diversas outras substâncias de menor custo, transformando-se em uma outra droga, também tóxica e que recebe diversos nomes dependendo da mistura que é feita com a cocaína, como por exemplo, é chamada de crack, pedra, rock, guelsma, drusca, entre outros.

III O CRACK, A DEPENDÊNCIA E A EXCLUSÃO SOCIAL

Segundo a OMS (1981, p.23) a definição de droga é “qualquer entidade química ou mistura de entidades que alteram a função biológica e possivelmente sua estrutura”. Assim sendo, qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações no seu funcionamento fisiológico ou comportamental pode ser considerada uma substância psicoativa. Segundo a OMS (2004, p 7) “as substâncias psicoativas têm a capacidade de alterar a consciência, a disposição e os pensamentos”, o que torna-se necessário seu estudo e compreensão a partir também da neurociência, assunto que será abordado posteriormente.

“Na maioria dos casos, as pessoas consomem substâncias psicoativas porque esperam tirar benefício de tal consumo, seja por prazer ou para evitar dores, incluindo o consumo social. Mas o seu consumo também implica potencial de dano, a curto ou longo prazo.” (OMS, 2004, p 12)

Ainda segundo a OMS, 2004, os principais efeitos nocivos das substâncias estão divididos em quatro categorias, em primeiro lugar os efeitos crônicos, como por exemplo transmissão de agentes infecciosos através da partilha de seringas; os efeitos biológicos, agudos ou a curto prazo, incluindo principalmente a overdose, dose excessiva da substância ou os acidentes devidos aos efeitos após o consumo que interferem na coordenação física, concentração, discernimento. A terceira e quarta categoria incluem as consequências sociais prejudiciais “problemas sociais graves, tais como separações bruscas ou detenções, problemas sociais crônicos, tais como incapacidades em relação ao trabalho ou papel da família.” (OMS, 2004, p 12)

As substâncias que alteram o estado mental são conhecidas por “psicotrópicas”, já que sua atuação está diretamente ligada ao sistema nervoso central, ao psiquismo. Assim, são também conhecidas por substâncias psicoativas e dividem-se em três grupos principais: depressoras do sistema nervoso central, perturbadoras do sistema central e estimulantes do sistema nervoso central. (Olievenstein, 1980)

Como depressoras do sistema nervoso central podemos entender substâncias que diminuem a atividade cerebral, que deprimem seu funcionamento. “Causam lentidão, reduzem a atividade motora, ansiedade, atenção, concentração, capacidade de memorização e intelectual.” (Olievenstein, 1980 p 23). São também conhecidas como

psicolépticos e exemplo delas temos o álcool, inalantes\solventes, ansiolíticos, barbitúricos, benzodiazepínicos e opiáceos. (Olievenstein, 1980)

As perturbadoras do sistema nervoso central são substâncias que produzem distorções qualitativas no funcionamento do cérebro, como delírios, alucinações, alterações sensoriais e de percepção espaço-tempo. São também chamadas de alucinógenos. Exemplos são a cannabis, alucinógenos, LSD, anticolinérgicos. (Olievenstein, 1980)

Por fim, as substâncias estimulantes do sistema nervoso central, também conhecidas como psicoativos. Aceleram algumas atividades cerebrais, deixam os sistemas neuronais em estado de alerta exagerado, insônia e aceleração de processos psíquicos e causam dependência e tolerância. Exemplo das substâncias: tabaco, anfetaminas e cocaína, com seus derivados.

“Mesmo naturalizando o uso das substâncias através da história, percebe-se que o recurso à utilização de substâncias químicas é uma questão, embora debatida de forma generalizada, considerada de maneira pouco democrática. As políticas públicas relacionadas às drogas continuam a objetivar a abstinência, mas, no entanto, a busca pelo prazer é colocada o centro de nossa vida social. Essas políticas ignoram que há, a todo o momento, uma grande incitação – e excitação – ao consumo.” (Triana; Oliveira, 2010 p 8)

Os primeiros dados sobre consumo de substâncias, são de 5000 anos antes de Cristo (ac), com a produção de bebidas alcoólicas. Em 4000 ac, os chineses usaram cannabis sativa e fibras de cânhamo. Os sumérios, na Mesopotâmia, em 3500 ac, são considerados os primeiros a utilizar o ópio e chamaram a flor de papoula, que significa a “flor do prazer”. A folha de coca é mastigada desde 3000 ac e é chamada de “presente dos deuses” na América do Sul. (Lopez, 2005 p 65)

Segundo Lopez (2005), os sumérios, gregos, indianos e hindus, em 2000 ac passaram a utilizar a cannabis, haxixe e a cerveja como cura para diversos males, consideradas plantas sagradas. Na China, em 100 ac, o cânhamo é empregado como produção de papel.

Em 1492, Cristovão Colombo entra em contato com índios do Caribe usando tabaco. No século XVI, Américo Vespúcio faz na Europa os primeiros relatos do uso de coca, com a conquista das Américas, especialmente os espanhóis. Neste mesmo período, os portugueses adotam a prática de fumar ópio, advinda da expansão marítima

para o Oriente. Em 1550, Jean Nicot, embaixador francês em Portugal, envia sementes de tabaco para Paris. (Lopez, 2005)

Na Holanda, o gim é inventado e popularizado na Inglaterra no próximo ano, causando um grande problema de saúde pública com o alcoolismo, no século XVII. Em 1845, o francês Moreau de Tous publica o primeiro estudo sobre substâncias alucinógenas, que tratava principalmente sobre a descrição dos efeitos sobre a percepção. (Lopez, 2005)

Segundo Poiares (1999), após a Conferência de Xangai, a droga passa a ser um objeto de múltiplas abordagens com a legislação criminalizadora que foi criada e implementada, inclusive das substâncias que eram tradicionais em diversas culturas. Esta jurisdição das drogas provocou prejuízos na área da saúde pública e trouxe consequências nas políticas sociais, culturais e econômicas.

A partir de 1900, o uso da cocaína aspirada torna-se popular, os problemas começam a surgir, principalmente por danos nasais e em 1942, a estimativa é de 5000 mortes relacionadas à substância nos Estados Unidos. Outras substâncias começam a surgir neste período, como o Ecstasy e o Ácido Lisérgico (LSD-25) e o MDMA e os estudos também avançam, com os padrões de consumo modificando. (Carneiro, 2002)

Segundo Carneiro (2002), logo após a “Lei Seca”, o uso da cannabis foi proibido nos Estados Unidos e no pós-guerra, foram criadas listas de substâncias controladas e proibidas, estabelecidas pela ONU (Organização das Nações Unidas) como sendo uma legislação Internacional. Essas mudanças acabaram por determinar um novo padrão de consumo contemporâneo e interferiu na expansão de formas de consumos que degradam, adulteram e são mais destrutivas, devidas substâncias acrescentadas.

Com o passar dos anos, no século XX, as formas de uso foram regulamentadas de forma diferenciada, iniciando as proibições de algumas substâncias e aceitação de outras. A discriminalização das substâncias foi feita de acordo com a cultura, o local e a economia, por exemplo, o alcool foi proibido através da “lei seca” nos Estados Unidos e voltou a ser liberado, assim como o tabaco. Já algumas substâncias derivadas da cannabis dependem do país para ter sua legislação de interdição ou possibilidades de uso (Carneiro, 2002). Geralmente, as justificativas usadas para interdição ou não das substâncias são os fatores médicos e de saúde pública, que tornam-se controversos com novas descobertas e novas drogas que surgem todos os dias.

3.1 A Criminalização e a Descriminalização

Segundo Gomes (2006) descriminalizar significa retirar de algumas condutas o caráter de criminosas. O fato deixa de ser crime, ou seja, deixa de ser uma infração penal. Quanto ao assunto das drogas, há dois tipos de descriminalização: a que retira o caráter de ilícito penal da conduta mas não a legaliza, ou seja, retira-se da conduta do consumo o crime, embora permaneça a ilicitude da substância. A segunda forma de descriminalizar é quando concomitantemente há a legalização da conduta, por exemplo, a venda de bebidas alcoólicas para adultos é permitida atualmente, porém, no século XX já foi proibida e sancionada por lei, hoje, sua comercialização, compra e consumo são permitidos. A opção de criminalizar determinadas substâncias é resultado de um processo político, histórico, econômico, cultural e social. Segundo Poiares:

“... a droga, no que tange ao seu consumo e actos conexos, não pode ser focalizada, de modo privilegiado, sob uma perspectiva jurídica, uma vez que se está perante um fenómeno que, com frequência, remete para um estado patológico caracterizado pela compulsão ao uso, com vista a atenuação do mal estar psíquico e psicológico. Nesta medida, subjacente aos comportamentos adictivos existe um sujeito consumidor, o que convoca abordagens diferenciadas e plurais, que não se confinam aos territórios jurídicos.” (Poiares, 2002; p 29)

A mudança da legislação criminalizadora implica na mudança de atitude legislativa e aplicativa. Segundo Poiares, 2002:

“...mudança de racionalidade, desde um registro criminalizador-terapêutico para um de motivação e encaminhamento para as vias terapêuticas, sem ameaça de sanção penal; mudança, ainda, na representação institucional do consumidor e do toxicodependente, que deixa de ser considerado um delinquente ou doente, emergindo antes como um sujeito que optou por um estilo de vida que não é saudável e que carece de apoio psicossocial. (...) Nesta medida, a lei criou instancias de autentica intervenção juspsicológica dando-lhes a palavra ao saber faz parte integrante o explicita das normações.” (Poiares, 2002 p. 35)

No Brasil, a lei nº 6.368, de 1976, aprovada durante o regime militar, vigorou até 2006, quando foi aprovado um projeto substitutivo desta, a lei nº 11.343/2006.

“A lei antiga utilizava-se de uma linguagem de segurança nacional, característica do Estado de exceção, e colocava como dever de todos, brasileiros e estrangeiros, o de colaborar na prevenção e no combate às drogas ilícitas e ilegais. A atual lei, por sua vez, retira essa obrigação, esse dever de todos de colaborar com a prevenção e erradicação do tráfico, mas continua com a opção pela criminalização de certas substâncias e pela repressão penal da produção, uso, porte e tráfico. Essa política, como vários autores já apontaram, também é ineficaz, e seu fracasso é inevitável, uma vez que, por não considerarem os interesses e a convivência das agências do Estado e por colocarem, na figura dos traficantes, a personificação do mal absoluto, dos grandes inimigos do Estado, essa política só gera medo, desconforto e terror na população.” (Triana e Oliveira, 2010 p 3)

É relevante considerar todos esses fatores na construção de um discurso sobre a criminalização e repressão às substâncias psicoativas consideradas ilícitas e, ainda, “...procurar os reais interesses que existem no sentido de manter essa legislação, cuja falência está empiricamente demonstrada na ineficácia das campanhas preventivas e no combate ao tráfico e ao uso.” (Triana e Oliveira, 2010 p 3)

Nesse sentido, a lei brasileira de 2006 prevê o porte de substâncias psicoativas para consumo próprio, medidas e penas alternativas (art. 28) à sua antecessora, cuja pena para consumo e tráfico era a mesma: privação de liberdade. A determinação se a droga é para consumo ou tráfico é dada pela polícia, que lavra o auto e pode ou não iniciar o inquerito e devido ao alto investimento de poder nos policiais, estes são facilmente seduzidos pelo crime, o que pode explicar o “alto nível de corrupção no interior desta instituição”. (Triana e Oliveira, 2010 p 4)

Além desta dicotomia legal ou ilegal torna-se necessário levar em consideração a realidade brasileira, dentro de um panorama mundial, ou seja, pensar nos jovens como vítimas da violência urbana “... traço cujo qual o Brasil segue padrões internacionais”. (Triana e Oliveira, 2010 p 4). Torna-se necessário compreender o fenômeno das drogas em sua totalidade e perceber o tráfico, como sendo “... antes da causa, a consequência direta e indireta da lógica da sociedade moderna e das leis que a regem.” (Triana e Oliveira, 2010 p 6).

É uma responsabilidade de todos, enquanto cidadãos, compreender a situação das substâncias psicoativas e suas facetas, para então poder tratar deste assunto e ir além da retórica. Como um tema transversal, o controle de drogas e seu quadro jurídico, o sistema internacional de controle de droga, tem o poder de efetivamente mobilizar muitos atores em departamentos governamentais, organizações não-governamentais, o

setor privado, profissional de saúde e organizações de consumidores e regionais e organizações internacionais. (INCB, 2013)

O fenómeno das drogas afeta quase todas as comunidades em cada país, portanto devem haver medidas realistas e práticas em que todos os atores estatais e não-estatais podem se mover em conjunto para alcançar os objectivos das convenções internacionais de controle de drogas. Governos, sociedade civil, comunidades locais e o setor privado precisam trabalhar juntos para uma vida saudável para os seus cidadãos e garantia de direitos. (INCB, 2013)

Atualmente, observa-se um aumento no consumo, produção e síntese de substâncias psicoativas, (World Drug Report, 2013), bem como a apologia de um padrão hedonista de uso das mesmas, com justificativa de fins recreativos. Como resultado desta busca de prazer há o abuso, que satisfaz uma exigência do momento e pode passar a desenvolver o desejo insaciável pelo uso e tornar-se uma dependência.

“As farmacodependências mostraram ser um transtorno crônico, recorrente com base genética e biológica e não uma simples falta de vontade ou de desejo de se libertar. (...) O preconceito associado ao consumo e à dependência de substâncias psicoativas pode impedir a procura de tratamento, assim como a implementação de políticas adequadas relacionadas com a prevenção.” (OMS, 2004, p 7)

3.2 Comportamentos Aditivos e Toxicodependencia

Segundo Oliveira (1989) *apud* Helen; Nowlis (Unesco, 1982), é preciso compreender as formas de consumo das substâncias psicoativas e elas podem ser divididas em diferentes cateforias: o experimentador, o usuário recreativo, o usuário habitual e o dependente ou toxicômano. Sobre o experimentador, o consumo da substância dá-se uma ou poucas vezes, principalmente motivada pela curiosidade, relacionada com a contradição das leis parentais, meios de comunicação, proibicionismo e amendontramento. Quando jovem, é comum este usuário associar o consumo exclusivamente aos aspectos ruins, como a violência, tráfico, dependência, o relato dos amigos. Com a divergencia de informações e o acesso disponível, o individuo pode ver surgir o desejo de descobrir sua própria experiência.

“Outros fatores podem contribuir diretamente para o uso experimental, como por exemplo, aceitação no grupo, desejo de novas experiências, sair da rotina. Não havendo mais curiosidade, nem sedução do novo e do segredo, o indivíduo para, deixa de existir a necessidade de recorrer novamente a droga e isso torna-se apenas um episódio pontual.” (Oliveira, 1989, p 63)

O usuário recreativo consome uma ou mais substâncias psicoativas de maneira esporádica, tem uma utilização hedonista buscando satisfação, prazer momentâneo e colocando a droga como um possível mediador de relações sociais. Este uso altera pouco a vida do indivíduo, só é utilizada em ambiente favorecedor e quando está facilmente disponível. Não há procura ou necessidade do consumo. (Oliveira, 1989)

No uso habitual há um consumo reiterado, que altera as relações do indivíduo, no nível afetivo, familiar e profissional. Segundo Oliveira (1989), a pessoa só consegue funcionar a partir do consumo da droga ou a associam a outros comportamentos diários e deixam de conseguir realizá-los se não usarem a substância, como por exemplo, associar a cocaína ao álcool. A droga inicia o processo de cristalização e passa a ter significado, ocupar um lugar na vida do indivíduo e torna-se um hábito, que, caso seja interrompido, ocasiona desequilíbrio na vida da pessoa. O autor coloca como sendo o “limite da dependência, pois a vida é mantida lado a lado com a substância.” (Oliveira, 1989; p 65)

As características essenciais do abuso de substâncias psicoativas são a intoxicação, abstinência, delírio induzido, demência persistente induzida, transtorno amnésico persistente, transtorno psicótico induzido, transtorno do humor induzido, transtorno de ansiedade induzido, disfunção sexual e transtorno do sono induzido por substância. (DSM IV, 1994)

Bion (1962) afirma que vai além do prazer do consumo de substâncias, há um sentimento de necessidade, que é insatisfatório, já que essa lacuna não é preenchida por essas substâncias, não satisfaz o sujeito emocionalmente. Isso, com o passar do tempo pode causar “dor mental”, que segundo o autor é constante, indefinida e incontrolável, sendo intolerável, por tanto.

Assim, a negação, recusa do psiquismo em tratar a toxicodependência e aceitar sua condição é um mecanismo de defesa, a forclusão, em que o aparelho psíquico livra o indivíduo de experiências dolorosas e insuportáveis, como se criasse um deserto

emocional. O psicólogo equaciona a possibilidade do sujeito aceitar, conter e transformar os conteúdos expelidos por identificação projetiva, devolve sua dependência de forma mais tolerável (Bion, 1962)

O conceito toxicodependência mudou muito desde 1960, quando a OMS coloca como sendo a Dependência de Drogas ou Química um estado do organismo proveniente do uso periodico ou continuo de certas drogas que leva a um desejo físico e ou psíquico do seu uso. Em uma recente revisão da OMS (1997) esta define a dependência química como um estado psíquico e físico que sempre incluem uma compulsão de modo contínuo ou periódico, podendo causar várias doenças crônicas físico-psíquicas, com sérios distúrbios de comportamento. Pode também, ser resultado de fatores biológicos, genéticos, psicossociais, ambientais e culturais, considerada hoje como uma epidemia social, pois atinge toda gama da sociedade, desde a classe social mais elevada a mais baixa.

A 10ª Revisão da CID 10 (1993), classifica a dependência química como Transtornos Mentais e de Comportamento devidos ao uso de uso de substância psicoativa, nas categorias F10 à F19, sendo a Síndrome de Dependência, caracterizada por um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após um consumo repetitivo de substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física. (CID 10, 1993)

No DSM IV (1994), a dependência química está classificada como Transtornos por uso de Substâncias. A característica essencial da Dependência de Substância é a presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. Existe um padrão de auto-administração repetida que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga. Os critérios devem ocorrer num período de 12 meses e o usuário deve apresentar pelo menos três dos seguintes sintomas: tolerância; abstinência; a substância é frequentemente usada em grandes quantidades ou por um período maior que o intencionado; desejo persistente ou esforço sem sucesso de diminuir ou controlar a ingestão da substância; grandes períodos de tempo utilizados em atividades necessárias

para obter a substância; usá-la ou recuperar-se de seus efeitos; reduzir ou abandonar atividades sociais; recreacionais ou ocupacionais por causa do uso da substância; uso continuado da substância; apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico ou recorrente que tenha sido causado ou exacerbado pela substância. (DSM IV, 1994)

No DSM V, publicado em 2013, ocorreram algumas alterações em relação ao DSM IV, a dicotomia entre o diagnóstico de abuso e de dependência de substâncias deixou de existir e o histórico criminal em decorrência do consumo de substâncias não é levado em consideração. Pela nova classificação, o usuário pode ter o diagnóstico de dependência leve, moderada ou grave, se atender aos critérios de uso em quantidades maiores ou por mais tempo que o planejado; desejo persistente ou incapacidade de controlar o desejo de consumir a substância; gasto importante de tempo em atividades para obter a substância, fissura (craving); deixar de desempenhar atividades sociais, ocupacionais ou familiares devido ao uso; uso contínuo apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais; restrição do repertório de vida em função do uso; manutenção do uso apesar de prejuízos físicos; uso em situações de exposição ao risco; tolerância; abstinência. (DSM V, 2013)

Discutir a quantidade de consumo da substância na dependência química supõe uma noção quantitativa para algo que está na verdade no âmbito qualitativo, implicando valores e sentidos, posições éticas mais do que lógicas ou exatas. Portanto, é essencial considerar o indivíduo com sua história, seu organismo e o contexto social no qual está inserido, porque o tipo de vínculo estabelecido não é determinado pela substância que o tornou dependente, nem pela quantidade consumida que possa ser pré-determinada. (Bucher, 1992)

Segundo Bucher (1992), a dependência química foi classificada pela OMS como uma doença, que requer cuidados específicos e isso significa que mesmo com a resistência dos próprios dependentes e seus familiares, é preciso compreendê-la como um estado mental, físico, que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga. É preciso vê-la também como uma doença fatal, pois a droga destrói diretamente o organismo, afetando a saúde do indivíduo, causa danos irreversíveis e pode chegar a morte por overdose ou consequências do consumo, devido a criminalidade que envolve e estar sempre em situação de risco, tanto o dependente quanto os que o acompanham, chamados de co-dependentes. Sob esta perspectiva, a substância pode levar o

dependente químico a roubar, mentir, maltratar a família, tornar-se irresponsável, negligente, matar ou morrer. Assim, a droga emerge em um campo afetivo de sofrimento, tristeza, medo, pois rompe-se o laço social, passa a existir somente a pessoa e a substância, não importando mais sua família, o trabalho, o social.

Segundo Colle (2001), há diversas evidências experimentais, antropológicas e sociológicas que comprovam uma inexistência de um efeito pre-determinado para as substâncias psicoativas, assim sendo, os efeitos não são apenas uma acção fisiológica simples, mas variam em função do estado psíquico, da situação social, do vínculo com a substância, da capacidade de controle sob a droga, da motivação que levou o usuário a consumi-la.

Segundo German & Sterk, 2002, o pensamento dos usuários está no consumo prioritário, não importando-se com sono, alimentação, responsabilidade, afeto, portanto, o senso de sobrevivência perde o significado. A sensação de urgência da substância e a falta de recursos financeiros, o toxicodependente vê-se forçado a participar de atividades ilícitas como tráfico, roubos, assaltos. A população feminina também tem complicações sérias pois costumam trocar sexo por crack e com isso submetem-se ao risco de infecções por HIV e doenças sexualmente transmissíveis. (German & Sterk, 2002)

Segundo Frasquilho (1997), o toxicodependente restringe naturalmente o processo de maturação, especialmente se forem adolescentes, pois as relações sociais são progressivamente substituídas por uma seleção de experiências apenas norteadas pelo desejo de consumir novamente a substância. Essa restrição, leva a decepção, perda de controle e o usuário começa mentir acerca do que fazem e sentem, evitando confrontar sua própria realidade, não reconhecendo comportamentos perigosos no abuso da substância, acentuando o uso e tornando impossível a argumentação lógica. (Frasquilho, 1997; Siqueira et al 2010)

O toxicodependente cria uma identificação com o objeto ideal, a droga, que toma todas as suas relações e que pode ser incorporado. O efeito fármaco-toxico potencia os mecanismos de dissociação e alucina o objeto ideal, eludindo toda a frustração. Frasquilho (1997), coloca outras defesas comuns entre adolescentes em uso ou já dependentes: a projeção, atribuindo a outros as próprias idéias e impulsos; o *acting out*, que é a expressão direta de um desejo ou impulso para evitar a consciência do afeto, ou a tensão que resultaria do seu adiamento; a racionalização, que é a justificação

de forma plausível de atitudes, sentimentos e comportamentos inaceitáveis; o isolamento, separação da memória do seu comportamento afetivo e por último, a autora descreve a “formação reactiva, que trata-se da expressão dos impulsos pelo negativo”. (Frasquilho, 1997 p 896) Ainda referindo-se aos adolescentes usuários:

“Adicionalmente a droga aumenta o *dystress* psicológico, tanto directa como indirectamente. O tóxico ao reduzir a participação nos papéis sociais próprios deste estadio do ciclo de vida acaba por interferir com finalidades educacionais e ocupacionais, resultando numa crescente e circular redução dos recursos psicossociais e numa baixa da auto-estima.” (Frasquilho, 1997 p 896 *apud* Johnson & Kaplan, 1990)

Frasquilho (1997) enumera em sua investigação outros riscos graves associados com a utilização de drogas e álcool pelos adolescentes, são eles o suicídio, o homicídio, traumatismos, morbilidade física, morbilidade psiquiátrica, doenças sexualmente transmissíveis, disfunções sexuais, gravidez indesejada, morbilidade peri-natal, desintegração social. A autora afirma que estas são grandes probabilidades de acontecer, considerando a vulnerabilidade dos jovens perante as drogas e afirma que tais hipóteses são suficientemente fortes e sérias para justificarem intervenções preventivas, diagnóstico e terapêutica precoce.

Segundo Guimarães & Fleming (2009) as hipóteses explicativas para os comportamentos aditivos são muitas, tais como o narcisismo, a regressão oral, a perversão, a relação de objeto anaclítica, o masoquismo, a fragilidade do ego, a angústia de separação do objeto e todas elas tem um denominador em comum: “a associação da toxicodependência com estados mentais dolorosos e com a incapacidade do aparelho psíquico com eles lidar e sua inscrição numa fase precoce do desenvolvimento”. (Guimarães & Fleming, 2009 p 2)

O uso de substâncias psicoativas pode ter raízes profundas na vida do indivíduo, pois pode estar ligada a traumas, perdas e falhas que teve em sua infância e isso acarreta lacunas em seu desenvolvimento psicológico. A dor mental “surgiria como um pano de fundo, uma vulnerabilidade associada a experiências não simbolizadas e intoleráveis à consciência do sujeito, que na patologia da adicção se consubstanciaria numa falta, sempre presente.” (Guimarães & Fleming, 2009 p3).

O consumo da substância funciona como uma gratificação narcísica sempre insatisfeita, que tem sua incorporação e a disforia induzida. A dor torna-se indefinida e incontrolável, a dor insaciável de preencher um vazio, substituir um sofrimento oculto, através de uma procura na substância a completude de seus sentimentos. É a dor mental, esse sofrimento psíquico, que faz o sujeito pedir ajuda, mesmo sem consciência, pois ela é uma forma de vazio advindo da perda de sentido da vida. É através dela que o sistema defensivo que subjaz à organização psicopatológica do sujeito. (Guimarães & Fleming 2009 *apud* Fleming 2005)

A estrutura psíquica do sujeito se dá a partir dessa relação com a falta. A sensação de incompletude causa imensa angústia, que por vezes, faz a pessoa tentar fugir da simbolização e recorrer a substitutos para o que antes representava o preenchimento em seu vazio entre os registros da fala. Esse funcionamento pode ser considerado da ordem da perversão, devido ao modo de lidar com a queda do objeto. A simbolização desta falta significativa, por meio da castração, libera o sujeito a esta busca incessante por objetos que o coloquem na posição fálica da completude, mas não tendo essa sensação, o sujeito torna-se escravo da sua busca objetual e o objeto de desejo neste caso, pode ser a substância psicoativa, que mesmo causando a auto-destruição, poderá sanar momentaneamente o buraco que o usuário tem dentro de si. (Costa, 2004)

Os usuários que tem uso contínuo, confrontam-se com o vazio de sua existência, da tristeza profunda e sem conteúdos que sua vida tornou-se, deixando-os desvitalizados, perdidos, com sintomas depressivos. Falam sobre as impressões dolorosas, a dificuldade de associar os pensamentos, idéias, vivências situadas no espaço e tempo. Descrevem uma dor que não conseguem caracterizar em palavras ou imagens, estão abúlicos, desatados, operatorios, desconectados de outras pessoas, tentando fugir de sentimentos, vínculos, apresentam ansiedade, angústia, instabilidade, culpabilidade retaliatória. Os usuários afirmam que diversas vezes o consumo é voltado para reduzir essa dor, aumentar ou criar a sensação intrínseca de prazer e bem-estar, mesmo que mínima e por pouco tempo, a substância acaba agindo como um alívio imediato. (Guimarães & Fleming 2009)

Segundo Loose (2000), o que caracteriza o uso e abuso das substâncias psicoativas, é a fixação dos usuários na fase oral do desenvolvimento, sendo que as drogas e o álcool funcionariam como substitutos por gratificações de desejos infantis, funcionando como uma perversão oral. A adicção como uma perversão é a satisfação de

um inconsciente infantil, que por algum motivo, nunca garantiu sua sublimação. Isso gera a sua incapacidade para lidar com frustração e sua demanda por satisfação imediata. Isso significa que os usuários preferem o prazer imediato ligado à satisfação do que a satisfação menos imediata inerente nas relações humanas.

O ego é uma imagem, uma identificação de uma imagem com o corpo. Loose (2000) utiliza a teoria Lacaniana para compreender tal afirmação, de que quando consideramos o ego, isto é, devemos considerar uma imagem do corpo. Isto segue a imagem da unidade que Freud nomeou libido, onde as unidades originam no corpo e exigem a representação pela psique. O problema é que nem tudo da unidade e do corpo pode ser representado, porque aqui há a língua ou o discurso do Outro: a linguagem e o Outro são incompletos. O sujeito que é designado por idioma e representado pelo significante tem que viver com o que lhe é dado e com sua própria demanda, seus desejos, sua libido e o que causa tais pulsões. A demanda insiste e o desejo está em curso. A causa do desejo é a causa do sofrimento e, portanto, a causa do nosso descontentamento enquanto civilização. E aqui, entra a eficácia das drogas, pois são eficazes em relação a algo irrepresentável. As drogas e de álcool têm um efeito que pode ser extremo e massivo porque funcionam fora da esfera da linguagem. (Loose, 2000)

O ego do indivíduo tenta o tempo todo criar uma boa relação com o ambiente, só assim, ele consegue seguir e o aparelho psíquico funcionar. Sendo o ego ameaçado por uma realidade interna ou externa, acaba sendo dominado por unidades que ameaçam destruí-lo, Loose (2000) afirma que a reação do ego frente a ameaça é sempre prejudicial e pode por exemplo desenvolver um estágio depressivo. Então o ego inicia a busca por um substituto para parar de “atormentar-se” e “reprovar a si mesmo” (p 60). Neste momento, o efeito das substâncias psicoativas encaixa-se perfeitamente no que o ego precisa: retorna ao estado narcísico original em que sente-se onipotente. Porém, como a sensação é temporária, os sentimentos de culpa e depressão voltam e o ego inicia sua busca novamente para voltar ao estado eufórico. Este ciclo piora cada vez mais com o uso contínuo, quando interfere entre o ego e outras pessoas e a substância passa a dominar os relacionamentos do usuário. O ego rende-se ao consumo da substância e sente-se cada vez pior sobre si mesmo, estando à mercê de uma punição severa do super-ego e com o que Freud chama de pulsão de morte cada vez mais alta. (Loose, 2000)

“O ego tem que lutar contra uma grave batalha com tendências masoquistas, mas o caminho das drogas acaba por ser um uma esperança. A euforia química, inflação, do ego reativou a crença narcisista em ser invulnerável, mas esta ilusão não pode ser sustentada para sempre e um dia todo o ciclo entra em colapso. Neste período de crise, há três possibilidades a serem seguidas pelo usuário: a suspensão temporária das drogas e do álcool, a fim de restaurar o ciclo vicioso; o suicídio, como uma rendição do ego às forças masoquista autodestrutivas, mas, curiosamente, também como um agir que deve confirmar a sua imortalidade, e, finalmente, a psicose, como o resultado da adicção avariou a função de proteção do ego, deixando-o à mercê de todo o tipo de alucinações e delírios.” (Loose, 2000 apud Rado 1926, p 62)

Segundo Loose (2000), nenhuma substância consegue preencher este vazio para torná-lo essencial. Na verdade, as drogas e o álcool acabam apenas levando o sujeito a um impasse, entre satisfazer o imediato e percorrer a trajetória em círculos em torno do objeto. Essa trajetória o faz perder-se, pois o objeto e sua necessidade são diferentes, o preenchimento instantâneo não é real, apenas “engana o ego, já dilacerado, momentaneamente” (p 78). O objeto e a unidade não podem ser conectados por meio de um elo essencial. Há sempre um "elo perdido" e é precisamente esse "elo perdido" que designa o lugar do sujeito. O "elo perdido" é o próprio sujeito, com suas lacunas e situações internas para lidar. (Loose, 2000 p 78)

As substâncias psicoativas muitas vezes mascaram lacunas relacionais e dissimulam problemas psicológicos complexos, por isso, a intervenção deve ir além do plano farmacológico e físico, implica em estar junto com os familiares e o próprio usuário, com refortalecimento de vínculos e laços que foram quebrados devido as consequências da toxicodependência. Colle (2001) aborda o fenômeno da dependência em seis níveis: “dependência de efeitos, dependência relacionas afetivas, dependência de do sistema de distribuição, dependência financeira para aquisição de substâncias, dependência de outros toxicómanos, dependência de crenças na eficácia da dependência.” (Cole, 2001 p 108)

3.3 A Cocaína

A região da América do Sul é uma das maiores responsáveis pelo cultivo ilícito de folha de coca, papoula e a cannabis planta, bem como o fabrico e produção das

substâncias decorrentes deste cultivo. Há um abuso significativo e crescente de medicamentos à base de plantas entre a população da região, como também um crescente uso de drogas sintéticas. Em 2011, a área total do cultivo de coca diminuiu significativamente na Bolívia (27.200 hectares) e um ligeiro aumento na Colômbia (64.000 hectares) e Peru (62.500 hectares). O total área sob cultivo ilícito de arbusto de coca na América do Sul em 2011 foi estimada em 153.700 hectares, indicando uma pequena diminuição a partir dos 154.200 hectares relatados em 2010. (World Drug Report, 2013)

A cocaína é o principal alcalóide do arbusto *Erytroxylon coca* que é encontrado ao leste dos Andes e acima da Bacia Amazônica. O abuso da substância tem início nas antigas civilizações pré-colombianas dos Andes, que há mais de 4500 anos, utilizavam a folha da planta de diversas formas, conhecida como coca boliviana, conforme foi comprovado através de análise de escavações no Peru e Bolívia. Até hoje em dia, os moradores a mascam, devido a grande altitude e acreditam em diversas lendas, que a substância está associada à fertilidade, ao poder da sobrevivência, da morte e também as práticas curativas. (Ferreira & Martini, 2001)

Nas antigas civilizações Incas, a planta era sagrada, presente do Deus Sol, que a trouxe para o Lago Titicaca para ensinar-lhes artes, agricultura e presentear-lhes com a folha de coca. (Ferreira & Martini, 2001). No Brasil, em especial na Amazônia, os índios também mantêm o hábito de mascar o “epadu”, como é chamada, também a ingerem na forma de pó, com colheres, buscando o efeito anestésico, euforizante e a sensação de bem-estar. A quantidade utilizada pelos índios é muito baixa e não é misturada com outras substâncias, portanto, não apresentam problemas ou quadros doentios.

Quanto à Europa, a cocaína teve seus primeiros relatos feitos por Américo Vespúcio, publicados em 1507, onde descreve a mastigação da folha com cinzas, que causava euforia. Na Espanha, era considerada uma planta satânica e foi proibida por um período, até perceberem que os índios precisavam da coca para realizar o trabalho duro, por isso o Rei Felipe II da Espanha declarou que mascar coca era essencial à saúde do índio. (Ferreira & Martini, 2001)

Entre 1850 e 1900 a coca passa a ser utilizada como anestesia em operações de garganta e é extraída pela primeira vez a cocaína da planta. Seu uso anestésico é popularizado por toda a Europa. Com a mistura de morfina e um ácido semelhante ao vinagre, a heroína é inventada na Inglaterra. (Lopez, 2005)

Freud foi um fator decisivo na história da cocaína, pois além do consumo habitual da substância, ele empenhou-se em estudá-la e em 1884, publicou um livro chamado “Uber Coca”, no qual defende seu uso terapêutico, como sendo estimulante, afrodisíaca, anestésico local, eficiente no tratamento da histeria, sífilis e mal estar relacionado à grandes altitudes. (Conte, 2003)

Havia um grande comprometimento por parte do autor em relação à cocaína, não somente pelo uso para obtenção de diferentes efeitos, ele também tinha o desejo de encontrar um remédio extraordinário, que o destacasse na comunidade científica, pois, nas primeiras publicações desta época sobre histeria e o princípio da psicanálise, ele era desacreditado por outros cientistas e chegou a ser expulso de diversos congressos. (Conte, 2003)

Freud aprofundou os estudos com o passar dos anos, inclusive iniciando o tratamento com seus pacientes com a cocaína. Alguns anos mais tarde, um deles desenvolveu problemas sérias consequências geradas pela dependência de cocaína e morfina, associadas, tendo sintomas esquizofrênicos, delírios paranoides, e alucinações de formigamento, instabilidade de humor. Isso o levou a escrever uma retificação de “Uber Coca”, em 1892, modificando sua visão sobre a cocaína e aos inconvenientes que ela pode causar, principalmente à dependência. Segundo Conte, 2003:

“Freud, entretanto, mostrava-se ambivalente em relação à cocaína. Ora pressentia que sua investida podia ser uma ilusão, frente à qual reservava certa descrença, ora aventurava-se em apostar em uma perspectiva inovadora, frente a algo desconhecido. Estaria Freud fascinado com a possibilidade de ter encontrado o produto capaz de muitas coisas, inclusive de tirá-lo do anonimato e de salvar seu amigo Fleischl da morfinomania. Alguns anos depois, Freud foi acusado por Erlenmeyer de dar vazão à terceira praga da humanidade, depois do álcool e da morfina. Freud, em defesa própria, escreve um artigo, redigido em 1887, chamado Observações sobre o cocainismo e a cocainofobia, no qual reconhece que a utilização da cocaína para aliviar sintomas da abstinência da morfina resultou no uso errado da substância e deu aos médicos a oportunidade de descreverem um novo quadro clínico: a dependência crônica da cocaína.” (Conte, 2003; p 42-43)

Como os riscos e danos ainda não eram claros, no final do século XIX e início do século XX, a cocaína era usada em larga escala em tratamentos terapêuticos como anestésias locais, em bebidas refinadas para a nobreza, e após, bebidas isentas de álcool, com adição de extrato de nóz de cola, utilizada como tônico para o cérebro e os nervos,

nascendo a Coca-Cola, atualmente, a cocaína foi substituída pela cafeína, o alcaloide foi excluído em 1906. (Karch, 1999)

Segundo Karch (1999), em 1885, um farmacêutico chamado Parke Davis descobre como refinar a cocaína, para que pudesse ser transportada em longas viagens sem perder sua concentração. Isso foi aprimorado nos anos seguintes, o que causou um aumento na exportação e importação, os preços caíram e o consumo aumentou substancialmente. Como não haviam leis limitando o consumo, a cocaína estava presente em farmácias, mercearias e bares. Suas principais formas de comercialização eram como charutos, cigarros, inalantes, cristais, licores e soluções. Alguns anos mais tarde, os casos de dependência, tolerância, toxicidade e morte começaram a alastrar-se, sendo ainda mais graves quando as seringas hipodermicas surgiram, facilitando a chegada da cocaína na corrente sanguínea. (Ferreira & Martini, 2001)

Segundo Ferreira & Martini (2001), houve uma diminuição do consumo de cocaína no início do século XX, com exceção dos países andinos que ainda mascavam a folha de coca. Diversos fatores foram responsáveis por essa redução no número de usuários, como por exemplo as novas publicações sobre a substância, que traziam suas consequências, danos e riscos, além disso, surgiram leis e tratados restritivos à nível mundial, como exemplo é possível citar o Tratado de Haia ou a Convenção Internacional do Ópio², tornando a cocaína menos disponível para população. Após 1930, surgiram outras substâncias como as anfetaminas e outras drogas estimulantes mais baratas e mais disponíveis, o que também influenciou na diminuição do uso, até a década de 80, quando a cocaína volta para as ruas e o consumo reaparece com índices extremamente elevados. (Ferreira & Martini, 2001; Karch, 1999)

Na década de 70, as publicações sobre os riscos da cocaína diminuíram e a substância volta principalmente com o uso recreativo, com crenças de que não causava maiores danos à saúde. A partir dos anos 80, o mercado cresceu ainda mais, devido à produção ter aumentado e distribuição eficaz de grandes carteis de traficantes sul-americanos. Com maior oferta, o preço caiu e o consumo da substância assumiu diferentes padrões, para então na década de 90, o uso frequente passar a ser maior do que o uso ocasional e regular, segundo o NIDA (1994). Para facilitar a venda, aumentar a quantidade e não ter custo maior, os traficantes passaram a misturar o pó da cocaína com outras substâncias, como cimento, farinha, bicarbonato de sódio e isso, em 1985,

² A Convenção Internacional do Ópio, assinada em Haia em 23 de janeiro de 1912, durante a Primeira Conferência Internacional do Ópio, foi o primeiro tratado internacional de controle de drogas.

nas Bahamas, muda a história da cocaína, pois surge o crack, em forma de pedra, com alto grau de toxicidade e nível de dependência maior. (Ferreira & Martini, 2001)

Sendo as pedras de crack adulteradas com substâncias inertes ou de baixo custo, sua pureza é muito menor que a da cocaína. Os prazeres físicos e psíquicos são muito intensos e acontecem 15 à 20 segundos após o consumo e os sintomas da síndrome de abstinência são rapidamente desenvolvidos, na segunda ou terceira vez que o usuário consome a droga. O crack é considerado uma jogada de marketing dos traficantes, pois, é mais barato, a abstinência é muito maior que a da cocaína e atinge todas as classes econômicas. (Ferreira & Martini, 2001)

O uso e abuso de cocaína esteve presente em diversas etapas do homem, mas na atualidade, tornou-se uma grande preocupação e digna de estudos à nível mundial, principalmente às complicações neuropsiquiátricas, cardiocirculatórias, transtornos sociocupacionais, econômicos e legais associados a substância fazem com que o fenômeno necessite cada vez mais de estudos e esforços dos países para sua prevenção. (Ferreira & Martini, 2001). Há um aumento nas taxas de morbidade e mortalidade, principalmente devido ao preço baixo e disponibilidade da substância, além do aumento da população mundial (World Drug Report, 2013; Relatório Mundial de Drogas, 2014).

3.4 O Crack

O crack é a forma impura de cocaína, vendida a preços muito mais baratos que a substância pura e que seu consumo pode desencadear graves sintomas de agressividade e de psicose. A substância é o produto da mistura da pasta base da coca com bicarbonato de sódio, éter ou amoníaco. É fumada com recurso a cachimbos ou pode ser injectada se for diluída. O crack ficou conhecido nos Estados Unidos nos anos 80 e foi apelidado de ‘coca dos pobres’ por ser mais barato. (German & Sterk, 2002).

Quando são misturados o bicarbonato de sódio com adulterantes ao cloridrato de cocaína, também chamada de pasta base, a mistura é fervida para separar a parte sólida e depois resfriada. O que solidificou-se é colocada para secar e cortada em pedaços, que são as pedras do crack, prontas para serem comercializadas. Os adulterantes modificam a cor da pedra, que normalmente deve ser branca e pastosa, quando contêm diluentes como farinha, bicarbonato de sódio, talco, pó de vidro, pó de mármore e até mesmo fezes de animais. Dependendo da quantidade destas substâncias, a pedra pode tornar-se amarela e de consistência rígida. (German & Sterk, 2002)

Nos Estados Unidos a situação é alarmante, embora já haja indícios de uso controlado, caracterizado como um consumo a longo-prazo, não diário e racional, em que o usuário, com estratégias de auto-controle, não permite o domínio da substância na sua vida. No Brasil, não foi detectado o uso controlado entre os usuários de crack, persiste o uso dependente do crack e os graves problemas sociais que causa, como marginalização, criminalidade, recursos escassos de tratamento, efeitos físicos e psíquicos devastadores. (German & Sterk, 2002)

A relação do crack e mortalidade não é direta, está mais ligada quando associada a elementos de tráfico, disputa de território, enfrentamentos com a polícia, compartilhar seringas, aumentando a possibilidade de infecção pelo vírus da HIV. O uso desencadeia comportamentos agressivos, especialmente em períodos de abstinência e então os territórios dos toxicodependentes acabam apresentando altos índices de violência, crimes e homicídios. (Kessler & Pechansky, 2008)

No Brasil, o uso é vasto, com muitas “Cracolândias”, lugares para compra e uso, onde a toxicodependência é tão grande que a polícia não consegue adentrar, ou quando o faz, normalmente usa de violência para conter os usuários. É considerado um problema de saúde pública no país e ainda está em situação crítica. Segundo Fernandes & Pinto (2006), os lugares em que a vida gira em torno de substâncias psicoativas, seja para comercialização, convivência ou consumo, são chamados de territórios psicotrópicos. O território passa a ser reconhecido pela função que desempenha, sendo também sedutor para outros usuários que tenham interesses nas drogas, como consumidores ou traficantes e apresentam regras informais, que regem seus estilos de vida, além de comportamentos de defesa frente a estranhos que ocupem o espaço. “Constitui-se como interstício espacial e ponto final do processo de produção e distribuição das substâncias psicoativas, normalmente os territórios psicotrópicos ficam nas periferias das cidades, mas podem estar em localizações centrais também.” (Fernandes & Pinto, 2006, p 34)

As primeiras publicações sobre o crack iniciaram-se no final dos anos 80 e a descreviam como uma nova e potente forma de uso da cocaína, a inalação do vapor expelido da queima das pedras, após o cozimento da pasta básica misturada com outras substâncias. Quando queimada em um cachimbo, fazia um ruído típico de estalo, tendo sido este o motivo de chamá-la de “crack”. Os usuários descreviam a sensação como muito estimulante, extremamente prazerosa, rápida, porém, com efeitos rápidos que acabavam bruscamente e os deixavam com vontade quase incontrolável de a consumir

novamente, sentindo-se escravos dos seus efeitos e sucumbindo devido aos danos causados ao organismo. (Kessler & Pechansky, 2008)

Segundo German & Sterk (2002), os efeitos do crack são extremamente rápidos, pois, assim que o crack é inalado ou injectado, chega ao cérebro muito mais rápido que a cocaína em pó. O tempo gasto para chegar ao cérebro é de 10 à 15 segundos, enquanto o da cocaína é de 10 a 15 minutos e a duração do efeito do crack pode durar até 20 minutos, dependendo do grau de pureza e das substâncias que foram misturadas a pasta base. O mecanismo de acção do crack está na interrupção da recaptação de dopamina, que é liberada pelo cérebro durante actividades prazerosas, através do mecanismo de bloqueio do receptor de dopamina, impedindo o processo normal de reabsorção pelo neurónio. Depois da sinapse neuronal, a dopamina segue estimulando o receptor, o que cria um sentimento permanente de empolgação, entusiasmo e euforia no usuário, como também, deixa em alerta seu estágio de vigília, por isso é comum os usuários apresentarem paranóia, delírios e alucinações. Durante este processo, o usuário também pode vir a perder a proteína VMAT2, transportadora de monoaminas, causando prejuízos no sistema dopaminérgico, o que resulta em transtornos de humor, principalmente a depressão nos indivíduos com dependência severa.

Assim que o crack é consumido, os sintomas imediatos são euforia, suor, taquicardia, calafrios, diminuição da fadiga, aumento da pressão arterial, contração de vasos sanguíneos, pupilas dilatadas, olhos protusos, tremores e dependendo da quantidade administrada, crises convulsivas. O uso continuado pode levar a isquemias, infarto do miocárdio, lesões neuronais com atrofia cortical, perturbações comportamentais como violência, agressividade, alucinações, delírios, hipervigilância, paranoia. O crack inalado pode induzir alterações pulmonares agudas, incluindo hemorragia alveolar, edema pulmonar agudo, infiltrações pulmonares, sendo os sintomas mais comuns a dor torácica, dispnéia, tosse, febre hemoptise, expectoração sanguinolenta através da tosse. (Gossop & Ridge, 2006; Silveira Filho, 1995; Poitevin & Stefanon, 2010; German & Sterck, 2002; Kessler & Pechansky, 2008)

3.4.1 A Neurociência do Consumo de Crack

A fumaça do crack, quando inalada chega ao cérebro com grande velocidade e potência extremas. Ao prazer intenso e efêmero, seguem-se urgência de repetição da

dose e agressividade do usuário. Além das consequências neurológicas, doenças pulmonares, e circulatórias que podem levar a morte, os usuários expõem-se a violências e situações de risco sem perceberem as consequências, cegos pela necessidade de outra dose da substância. (German & Sterk, 2002)

A alta organização do cérebro acontece em regiões distintas e cada uma com funções especializadas. No tronco cerebral ficam estruturas que controlam a respiração e a vigilância. O mesencéfalo é uma região que implica a motivação e aprendizagem de importantes estímulos ambientais, no reforço de comportamentos que produz consequências agradáveis e essenciais para a vida, tal como comer e beber e é profundamente afectado com o consumo de substâncias psicoativas.

O prosencéfalo, responsável por pensamentos abstractos e planeamento, associação de pensamentos e lembranças, através de técnicas de imagem do cérebro nestas regiões, foi possível perceber as áreas ativadas por estímulos induzem na pessoa consumidora uma necessidade imperiosa («craving») de consumir a droga e outras regiões interligadas passam a funcionar de maneira anormal depois da ingestão aguda ou crónica de substâncias e da dependência instalada. (OMS, 2004 p 15)

A comunicação entre neurónios é feita através dos mensageiros químicos liberados nas sinapses na fenda sináptica. Essas substâncias químicas, chamadas neurotransmissores tem estruturas e funções específicas e o tipo do agente libertado depende do tipo do neurónio. São neurotransmissores e afectados pelo consumo das substâncias psicoativas a dopamina, a serotonina, o GABA (ácido gama-aminobutírico), o glutamato e os opióides endógenos. (OMS, 2004, p 16)

A via mesolímbica da dopamina reside no mesencéfalo, onde os corpos celulares de tais neurónios enviam projecções “às regiões do cérebro implicadas em emoções, pensamentos, memórias, planeamento e execução, afectando a motivação e aprendizagem, na sinalização do valor dos estímulos.”. (OMS, 2004, p 21).

As substâncias psicoativas têm a propriedade de imitar os efeitos de neurotransmissores naturais ou endógenos, ou de interferir na função normal do cérebro bloqueando uma função, ou alterando os processos normais de acumulação, liberação e eliminação de neurotransmissores. Um mecanismo importante de atuação das substâncias psicoativas é o bloqueio da recaptura de um neurotransmissor depois da sua liberação pelo terminal pré-sináptico. A recaptura é um mecanismo normal de eliminação do transmissor da sinapse pela membrana pré-sináptica. “Bloqueando a recaptura, os efeitos normais do neurotransmissor são exacerbados.” (OMS, 2004, p 16)

“As diferentes substâncias psicoactivas têm maneiras diferentes de agir no cérebro para produzir os seus efeitos. Ligam-se a tipos diferentes de receptores e podem aumentar ou diminuir a actividade dos neurónios(...). Em consequência, têm diferentes efeitos sobre o comportamento, diferentes taxas de desenvolvimento de tolerância, diferentes sintomas de abstinência e diferentes efeitos a curto e longo prazo. (OMS, 2004, p 17)”

A OMS 2004 (p 19) relata que o consumo de cocaína e seus derivados agem com mecanismo de acção primário directamente na recaptura de transmissores como a dopamina, prolongando seus efeitos. É possível que ocorra tolerância e abstinência, sendo a depressão comum entre pessoas dependentes. Devido ao consumo prolongado, há deficiências cognitivas, anomalias em regiões específicas do córtex, insuficiências na região motora e diminuição do tempo de reacção.

Segundo os estudos de Cunha, Nicastrí, Gomes, Moino & Peluso (2004), em comparação, a avaliação da capacidade de atenção entre dependentes de cocaína e crack e um grupo de controle que não consome a substância é notável, tendo os usuários alterações na capacidade de reter e manipular informações na mente. As funções executivas também mostraram-se afetadas, com alterações pré-frontais, relacionadas a deficits na tomada de decisões destes individuos e as bases neurobiológicas foram severamente afetadas.

Outros resultados do estudo de Cunha et all (2004) revelaram diferenças estatisticamente relevantes nos testes de fluencia verbal fonologicas, evidenciando deficits significativos de expressão verbal, sendo que houveram alguns dos participantes que estavam ainda sob o efeito da substância, tiveram a produção verbal alargada, comprovando a ação direta do crack e da cocaina na Area de Broca do cérebro, o cortex responsável pela motricidade da fala e na Area de Wernicke, responsável pela compreensão verbal.

Os dependentes de cocaína e crack apresentaram deficits de memória visual tardia, falhas na consistencia da recuperação de memória, falhas no aprendizado verbal, sugerindo que os usuários apresentam problemas no armazenamento de novas informações verbais, possivelmente associadas a alterações funcionais dos lobos frontal e temporal. Também foram pontuadas alterações em regiões do hipocampo, modificando o mecanismo *Long-Term Potentiation* (LTP), que é o processo de

formação de novas memórias. Durante a abstinência, a diminuição da disponibilidade de dopamina e serotonina causa deficits de aprendizado e memória e todas estas alterações podem prejudicar significativamente a capacidade do paciente de incorporar estratégias necessárias para a prevenção de recaídas. (Cunha et all, 2004)

São claros os prejuízos neurocognitivos em dependentes de cocaína e de crack, quando comparados a indivíduos normais. Foram encontradas alterações em testes de atenção, fluência verbal, memória visual, memória verbal, capacidade de aprendizagem e funções executivas. Os dados comprovam que o consumo das substâncias está associado a deficits neuropsicológicos significativos, semelhantes aos que ocorrem em transtornos cognitivos, possivelmente relacionados em regiões cerebrais pré-frontais e temporais. “O conhecimento de danos neurológicos específicos pode ser útil no planejamento de programas de prevenção e tratamento mais efetivos para abuso de cocaína/crack.” (Cunha et all, 2004; p 106)

3.4.2 Consequências do Consumo

Segundo Gossop & Ridge (2006) os usuários de crack costumam apresentar feridas na boca, nos lábios, rosto e dedos, devido ao contato repetido com o alumínio das latas onde fumam, o que lesa o tecido cutâneo e causa mal aspecto a quem vê. Este tipo de consumo é mais comum em classes sociais mais baixas e ao aquecer as latas com as pedras de crack, aumentam o nível sérico de alumínio, predispondo o usuário a uma possível intoxicação e danos neurológicos irreversíveis.

Segundo Junior (1998), consequências do uso de substâncias psicoativas variam de acordo com o tipo, a dosagem e interação da substância utilizada, e apresentam uma evolução mais rápida entre os adolescentes se comparados com indivíduos adultos. O consumo contínuo pode desencadear episódios de violência domiciliar e criminalidade, comportamentos de risco com consequências secundárias à família e as pessoas que acompanham a vida do usuário.

Segundo Siqueira, Moreschi, Backes, Lunardi, Lunardi & Dalcin (2010), o crack é apreendido pelas famílias como um fenômeno devastador e desagregador por gerar sentimentos de incerteza, vergonha, raiva, importância perante a droga, sofrimento, desordem no ambiente familiar, insegurança, medo, a tomada de atitudes

desesperadas e por vezes equivocadas, como por exemplo, financiam a aquisição da substância porque não conseguem lidar com a abstinência ou para manter o indivíduo longe de situações de risco. “O crack causa desestruturação familiar, desgaste físico e mental, situações de depressão e confusão mental principalmente por parte das mães, que relataram ter pensamentos suicidas diversas vezes.” (Siqueira et al, 2010 p 252)

As famílias entrevistadas pelos pesquisadores também relataram que o uso do crack, de maneira direta ou indireta, afeta todos os integrantes da casa e surge a desestruturação familiar, afetando profundamente as relações, a convivência e a interdependência entre seus componentes. “As repercussões do fenômeno crack no cotidiano de familiares estão basicamente associadas à sobrevivência em condições de incerteza.” (Siqueira et al, 2010 p 253)

O uso do álcool com o crack é considerado uma associação comum, que resulta no prolongamento da euforia, aumento da toxicidade e diminuição da disforia em períodos de abstinência. A junção das duas substâncias gera maior perda do controle de consumo, problemas sociais, condutas violentas que levam a comportamentos de risco. (Kessler & Pechansky, 2008; Chasin, 1996; German & Sterck, 2002)

Fatores hereditários devem ser levados em consideração quando o assunto é dependência de substância e suas possíveis comorbidades, principalmente os ligados aos Transtornos de Humor. Fatores sociais, como nível de escolaridade, vulnerabilidade social, envolvimento em situações de risco também podem estar envolvidos mais diretamente com a prevalência do consumo nesta população. A análise de todos os transtornos associados e sua detecção precoce de quadros psicopatológicos contribui para uma maior eficácia no tratamento (German & Sterck, 2002).

Segundo Gossop & Ridge (2007), os efeitos vasoconstritores causados pelo consumo do crack ou cocaína diminuem a absorção do álcool e este por sua vez, parece ser mediado pela formação do cocaetileno, metabolito da cocaína formado na presença de álcool, aumentando o período de intoxicação, colocando a saúde do usuário em risco, podendo causar colapso. A associação do crack a outras substâncias tende a piorar a situação, possibilitando o desenvolvimento de dependência múltiplas de drogas, o que dificulta a recuperação do usuário e compromete a reinserção na sociedade.

O crack tem estreita ligação com comorbidades psiquiátricas, como os transtornos de personalidade e os de humor, a droga tem alta velocidade na deteriorização da vida mental, orgânica e social do indivíduo, além de sérias

consequências para os filhos de dependentes ou o fenômeno chamado *Baby Crack* que são as crianças intoxicadas pela substância durante a gravidez, que quando não desencadeia o aborto espontâneo, pode causar prematuridade, diminuição do crescimento do feto e alterações perinatais. Os que conseguem nascer vivos, apresentam grandes índices de retardo, transtornos mentais e comportamentais, que influenciam diretamente seu crescimento e suas vidas. (Kessler & Pechansky, 2008)

Além da questão do *Baby Crack*, segundo Kessler & Pechansky (2008) durante a gestação o uso da cocaína ou do crack pode provocar má formação do feto, pois a droga diminui a oxigenação. Os efeitos podem ser: fetos natimortos, nascimento de bebês com microcefalia, retardo mental, alterações ósseas, baixo peso, irritabilidade, atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor e algumas vezes nascem com crises convulsivas, ainda sob efeito da droga passada através da mãe.

3.5 A Exclusão Social do Consumidor de Substâncias Psicoativas

Os usuários de substâncias psicoativas também enfrentam outras consequências provenientes do consumo: a exclusão social. Ela configura-se como um fenômeno multidimensional ou um conjunto de fenômenos sociais interligados que contribuem para a produção e manutenção do excluído. Acresce o fato da exclusão social ter um caráter cumulativo, dinâmico e persistente, encerrando no seu núcleo processos de reprodução, através da transmissão geracional, e evolui para novas formas, garantindo vias de persistência, sendo causas e consequência de múltiplas rupturas na coesão social, implicando manifestações de dualismos e fragmentação social. (Rodrigues, Samagaio, Ferreira, Mendes & Januário, 1999)

Segundo Rodrigues et al (1999), o excluído encontra-se fora dos universos materiais e simbólicos, sofrendo a ação de “uma espiral crescente de rejeição” (p 65) que culminará no sentimento de auto-exclusão. Esta dimensão assume-se na transformação da identidade do indivíduo, inevitavelmente marcada por um sentimento de inutilidade, ligado a incapacidade de superar obstáculos e os processos que provocam ou intensificam a exclusão. Estes processos de exclusão social causam o rompimento de laços do indivíduo com a sociedade, acumulando deficiências ou insucessos em várias

esferas sociais, estando estritamente ligada a desintregação social, ou seja, a quebra de laços de solidariedade e risco de marginalização, a desintregação do sistema de atividade e das relações sociais e familiares, gerando uma grande crise estrutural.

Poiares (2008) afirma que a exclusão é um estado deficitário a dois níveis, o individual, que considera sua história de vida, suas relações com os outros e com o sistema e o nível coletivo ou institucional, derivado de pressupostos de Poder. “O desvio assume-se como a geratriz da exclusão, da auto-exclusão e, particularmente, da exclusão coerciva”. (p 975) “A exclusão é dessintonia social, o espaço das assimetrias, quando a vida extravasa as fronteiras do normativo (social, jurídico ou clínico).” (p 976)

Segundo Poiares (2008), “a exclusão é velha como a história, velha como a humanidade” (p 974). A exclusão social traduz uma maneira de gerir a realidade, “independente das condicionantes político-institucionais, sócio-econômicas e histórico-culturais” (p 972), pois ela faz parte da história da humanidade e com função seriadora e segregacionista. Sendo assim, quando exclui-se, há um exercício de poder entre partes, onde uma delas tem maior força, tratando-se de um “processo de exclusão coercitiva” (p 972). E também, em outras circunstâncias, o próprio indivíduo se auto-exclui, “que se aparta para além das fronteiras das normatividades, grupais, sociais ou institucionais, assumindo a divergência e a colisão” (p 972).

“ O excluído é uma desgraça visível, que agita a discreta adesão dos outros às normas e que põe em causa a ordem e a disciplina social. (...) Exercita-se a tolerância: toleram-se os excluídos, desenham-se tentativas de os assimilar, não no espaço afetivo dos cidadãos ditos normalizados, mas preferencialmente, nos cenários de institucionalização, eles mesmo produtores de novas estigmatizações.” (Poiares, 2008 p 972-973)

O indivíduo é portador de uma história, de uma trajetória de vida, com afetos, emoções e crenças. Muitas vezes, acontece a auto-exclusão, quando ocorre o abandono de si, essa opção emerge, por vezes, como uma opção que tange os pressupostos culturais das comunidades, tornando-se um problema. A situação está para além do que é aceito pela sociedade e por isso “ a exclusão dói, mesmo quando dela somos expectadores somos, agressiva dos nossos pequeninos tronos da calma estabilidade da vida.” (Poiares, 2008 p 974)

Segundo Poiares (2008) o poder segrega e exclui, “a exclusão é resultante de uma correlação de forças entre as racionalidades dominantes e as regras dessas lógicas decorrentes, em cenários que favorecem, ou não, o processo de expurgação político-social” (p 974). O autor afirma que o ponto entre a correlação é a norma, mas norma e desvio são apenas construções sociais que provêm de investimentos simbólicos e de interesses políticos conjunturais.

Uma outra visão sobre o excluído é em relação à perigosidade. Quando é dado este rótulo, de perigosos à sociedade, porque são diferentes dos outros e não correspondem ao que os detentores de poder esperam ou mesmo do padrão da maioria, o indivíduo torna-se desvinculado sob as perspectivas pessoal e político-social, do excluído, faz-se um estranho. (Poiares, 2008).

Sobre a palavra estranho, neste contexto de indivíduos excluídos socialmente, cabe uma reflexão psicanalítica sobre o termo. Freud (1919) usa o termo *Unheimlich* para descrever uma inquietante estranheza, o estranho-familiar, aquilo que causa terror, remonta o que é conhecido há muito tempo e ao qual há muito se está acostumado. A palavra tem origem alemã e é a negação padrão para *Heimlich*, que significa familiar, de casa, aconchegado, seguro. Consequentemente, o familiar é guardado, oculto da exterioridade, escondido e o que é desconhecido gera o sentimento de ameaça, temível, desconfortável, incomodo, sombrio ou “perigoso”, fazendo uma analogia com Poiares, 2008 (p 974).

Freud (1919) coloca que o estranho-familiar é o retorno do mesmo, algo a que se atribui um significado e por aparecer repetidamente, tem origem na compulsão. A repetição que o inconsciente sobrepõe “para além do princípio do prazer às outras pulsões” (p 216). A partir deste conceito e da teoria de que cada afeto transforma-se em medo através do recalque, então, o medo do desconhecido não é nada mais que “o retorno do recalque” (p216) e esta espécie de medo é a inquietante estranheza, que acontece quando complexos infantis são reativados e com eles os valores morais, sociais que o indivíduo adquiriu.

Lacan (1975) relê o termo *Unheimlich* como sendo uma paralisia, onde não há possibilidade de uma ação entre as partes. Toda ação humana é regulada e definida por relações entre coisas e seus nomes, mas o que as une está perdido, na dimensão do simbólico imaginário. A estranheza impede a ação no real, e por isso, ela indica a “inércia do imaginário” (p 240).

“A inquietante estranheza advém incontestavelmente do imaginário (...); quero dizer que à medida em que o imaginário se desdobra segundo o modelo de dois círculos, que se associam ao imaginário do corpo, algo como uma inibição específica se instaura, se caracterizando especialmente pela inquietante estranheza. (...) Quando ele (o mundo) começa a nos provocar o olhar, começa então o sentimento de estranheza. Do momento em que este mundo, que por olhar o sujeito o angustia, se mostra exibicionista, passamos do real do olhar a uma dimensão que traz já em si os traços do desejo e da demanda - tal como vemos no quadro da perversão. O olhar passa de uma mancha a algo que se liga a uma imagem de objeto, algo provido de sentido, passível de causar angústia, por ser estranho mas ao mesmo tempo familiar.”(Lacan, 1975 p 71-72)

O excluído socialmente sofre o peso do olhar da sociedade, da rotulação e de saber que causa este incomodo em quem o vê, mesmo que o que incita tal movimento, é reconhecido pelos outros e é familiar, a simples presença do usuário de substâncias psicoativas causa inquietude e desconforto aos demais. Quando o indivíduo usa, abusa ou é dependente químico, é passível de sofrer também desta consequência, a de não pertencimento, de invisibilidade pública e da exclusão social.

3.6 Conclusão do Capítulo

A cocaína tem uma longa história na vida do ser humano, já tendo sido legalizada e proibida diversas vezes. Hoje em dia, já são conhecidos seus riscos e danos iminentes e novas formas de consumo. As consequências do uso das substâncias psicoativas atingem todos os âmbitos do indivíduo usuário, afetando-o psicicamente, biologicamente e socialmente, ou seja, toda sua vida, suas relações, sua família, sua identidade, principalmente se ela estiver em formação, na adolescência, que é uma fase de transição e maturação para o indivíduo poderão estar comprometidas dependendo do lugar que a substância psicoativa assumir para o usuário.

Essa é a grande vantagem dos programas de prevenção: atuar enquanto o indivíduo ainda não chegou ao pior, quando ele tem contato com a substância mas escolhe não usá-la, por conhecer suas consequências, sua história e o que pode acontecer em sua vida, caso a droga entre. É possível trabalhar com técnicas terapêuticas para o jovem lidar com suas dores internas e preencher os vazios de formas não auto-destrutivas, junto com seu grupo de pares. Porém, para isso, é necessário o

apoio da família, dos amigos, da comunidade, para atuar juntos enquanto atores sociais na prevenção a substâncias psicoativas e protecção dos jovens. Isso demanda conhecimento da fase em que estão passando, dos factores de risco e de protecção que há disponíveis para então, conseguir prevení-los, através de informação e conhecimento de forma efectiva.

As substâncias psicoativas muitas vezes entram na vida do sujeito como sendo uma compensação, substituindo laços afetivos e relacionais, que podem ser provenientes de uma vinculação perturbada na infância com experiencias traumáticas. Além da grande possibilidade de desenvolver uma dependencia quimica, nem sempre o usuário tem noção das consecuencias fisiológicas e neurológicas que sofre durante o consumo. Enquanto profissionais, é preciso abarcar o comprometimento social que isso causa, trabalhar no fortalecimento dos laços sociais rompidos, a indesejabilidade social, a exclusão social que o usuário sofre, a dor mental que a droga causa, a fissura durante a abstinencia, a não credibilidade perante a família e a sociedade e as atitudes dos co-dependentes, que estão vivenciando a situação todos os dias e nem sempre sabem como agir, excluindo-o de seu meio social. Para conseguir prevenir o uso, abuso e a toxicodependencia das substâncias é essencial ter noção de todo o ambito que a droga ocupa na vida do indivíduo, desta forma a prevenção começa a ganhar espaço na busca de suportes para sustentar programas e propostas de formação nesta área.

IV A ADOLESCÊNCIA E A PREVENÇÃO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

O consumo de substâncias psicoativas entre jovens pode ser considerado um problema de saúde pública, pois a droga afeta o indivíduo, a família e a comunidade, com sérias repercussões à saúde devido à associação com a violência, os acidentes, a gravidez não programada e as doenças sexualmente transmissíveis. Sendo assim, “fumar, beber, consumir substâncias ilícitas são as principais causas de morbidade e mortalidade durante a adolescência e em idades posteriores” (Monitoring the Future, 2012 p 23). Como a idade de início, maioritariamente dá-se nesta fase da vida, problemas emergentes acompanham a pessoa, e para haver eficácia na política de intervenção, grande parte dos esforços devem-se a recolha de dados fidedignos, com validade e confiabilidade.

Desde a década de 60, quando houve uma expansão no uso de drogas ilícitas, há uma preocupação mundial em analisar como dão-se as mudanças deste fenómeno. Há grande necessidade de estudos nessa área pois o consumo de substâncias na população jovem “...é diversificado, rápido e exige frequentes avaliações e reavaliações”. (Monitoring the Future, 2012, p 23)

O Projeto Escola Europeia sobre Álcool e Outras Drogas, de 2011, pesquisa de estudantes com idade entre 15-16 anos em 37 países, descobriu que a prevalência de abuso de drogas ilícitas foi de 18% em 2011, um aumento de 11% em relação a 1995, mas um nível que se manteve estável desde 2007, sendo uma significativa diminuição da prevalência acumulada de abuso de drogas ilícitas foram vistos na Irlanda, de 37% em 1995 para 19% em 2011, e nos Estados Unidos, a partir de 42% em 1995 para 29% em 2007, enquanto o maior aumento foi de 9% foi registrado em Mônaco. (INCB, 2013)

Segundo o relatório ESPAD, de 2011, em média, 21% dos meninos e 15% das meninas já consumiram drogas ilícitas pelo menos uma vez durante a sua vida, entre os 15 e 16 anos. A grande maioria dos estudantes que já experimentaram drogas ilícitas relataram ter sido cannabis, 16% dos estudantes em 2011, enquanto 6% tentaram uma ou mais drogas incluídas no índice de ilícitos do questionário. Ecstasy e anfetaminas resultaram em 3% cada e a cocaína, crack, LSD e heroína somaram 2%. (ESPAD, 2011).

A idade de início dos abusos de 13 anos ou mais novo foi relatado em média, 4% dos respondentes para inalantes, 3% para a cannabis e entre 1 e 2% para os não sujeitos a receita tranquilizantes ou sedativos, anfetaminas ou "ecstasy". (INCB, 2013)

A pesquisa constatou que 8% dos estudantes na França haviam experimentado cannabis com 13 anos, e que 15% dos estudantes na Croácia, e 1 em cada 10 alunos Letônia e Eslovênia, havia usado inalantes com a idade de 13. A prevalência anual e vitalícia de abuso de cannabis foram relativamente estável em 13% e 17%, respectivamente. (INCB, 2013). Os maiores aumentos na prevalência anual foram observadas em França (24-35%) e Mônaco (de 21 a 33%), e grandes aumentos também foram vistos na Polônia (12-19%) e Portugal (de 10 a 16%). (INCB, 2013)

Há apenas alguns países onde a proporção entre os estudantes que consumiram drogas ilícitas é mais baixa em 2011 do que era em 1995, o mais caso de destaque é a Irlanda, onde 37% haviam consumido em 1995, mas apenas 19% em 2011 e no Reino Unido que diminuiu de 42% em 1995 para 29% em 2007. A impressão global é que o aumento do consumo de substâncias psicoativas entre os jovens de 1995 (11%), 2003 (18%), 2007 (20%) e 2011 (20%) está em um impasse. (ESPAD, 2011).

A partir da análise destes dados é relevante entender o que durante a adolescência, os acontecimentos na vida do sujeito nessa fase de transição e mudanças, podem gerar transgressões, rupturas com a ordem familiar e social, como uma abertura a novas relações com o ambiente e com o outro.

4.1 Noções Sobre a Adolescência

“A adolescência não é só o conjunto das vidas dos adolescentes. É também uma imagem ou uma série de imagens que muito pesa sobre a vida dos adolescentes. Eles transgridem para serem reconhecidos, e os adultos, para reconhecê-los, constroem visões da adolescência” (CALLIGARIS, 2000, p 35).

A adolescência é um assunto que pode ser desenvolvido a partir de diversos pontos, como a faixa etária, um período da vida, contingente populacional, categoria social ou geracional (Rassial, 1997). Todas essas esferas dizem respeito principalmente à transição entre a fase infantil e a fase adulta da pessoa.

Há diferentes abordagens e estudos com posturas diferenciadas sobre a adolescência e o jovem, em seus diferentes processos. Este período de transição, com manifestações e necessidades próprias da idade, relacionam-se com um período de indecisão subjetiva e incerteza social, chamado por Rassial (1997) de uma “crise psíquica crucial” (p 77), uma posição no intervalo, já que o adolescente não pode ser identificado como criança nem como adulto. A partir desta ótica, o jovem busca um lugar próprio, questiona as adequações sociais, tenta aprender funções adultas e passa a reconhecer-se em novos lugares, como por exemplo fora da família.

O adolescente percebe diversas mudanças acontecendo, internas e externas, das quais ele não consegue controlar, que o invadem e transformam. Esse crescimento gera sentimentos de perda da condição infantil, dúvidas em relação a segurança, dependência, proteção, autonomia e liberdade. Ocasiona que os comportamentos oscilam entre os de uma criança e de um adulto, criando dificuldade para os cuidadores lidarem com tais mudanças: as responsabilidades e circunstâncias estão diferentes. Segundo Calligaris (2000), “entre a criança e o adulto há o adolescente, que pode ser comparado a um espelho que nem sempre reflete uma imagem clara” (p 45). É uma fase de grande fragilidade, depressão, comportamentos de risco, possíveis crises e até tentativas de suicídio em casos mais graves, pelo fato de não haver reconhecimento pelo que aparece nesta imagem.

Esta transição entre a dependência infantil e autonomia adulta, caracterizada por conflitos afetivos, relacionais, sociocognitivos, sexuais, identitários, normativos, o encontro com o luto, desilusões e prazer pode causar angústia e sofrimento no jovem, ainda não preparado emocionalmente para lidar com tanto. Calligaris (2000) aponta que isso causa uma transformação social, e o adolescente deve ser considerado como um todo, não apenas nas mudanças biológicas. A adolescência é um fenômeno contemporâneo, onde o jovem busca recursos internos para aprender a lidar com situações novas, como amor, sexualidade, trabalho, ainda estando sob tutela dos responsáveis. Calligaris (2000) chama este período de uma “moratória” (p 34), que inclui elementos culturais, sociais, psíquicos e familiares para o desenvolvimento do adolescente e o tornar-se adulto.

Neste período de transição entre a infância e a vida adulta é um momento especial de construção da sua personalidade e o jovem tende a não aceitar orientações, pois testa seus limites, poder e controle sobre si mesmo. É um momento peculiar de distanciamento das famílias e aproximação ao seu grupo de amigos. O jovem ainda não

tem capacidade de abstração para refletir, avaliar e optar sobre muitos assuntos e isso será refletido a partir do grupo ao qual se integrou. (Calligares, 2000). Pode ocasionar usar as mesmas roupas, terem valores similares, mesmas regras e se o uso de substâncias psicoativas estiver presente, pode ser comum à todos. Por essa razão, o estudo de fatores de risco para o uso de substâncias psicoativas entre adolescentes pode auxiliar na detecção de grupos vulneráveis e deve-se levar em consideração que ao ter este contato com drogas, em um período de maior vulnerabilidade, os riscos são acirrados, o fenômeno é frequente, complexo e de difícil abordagem e prevenção.

Hall (1904) descreve a adolescência em seus estudos como sendo um período de turbulência e instabilidade emocional, provocados principalmente pelo início da sexualidade. O jovem está em construção e segundo ele, é passível de mudanças, adquirir qualidades, defeitos, mudanças de humor repentinas, alta sensibilidade, fortalecimento de capacidades, adquire valores morais, éticos, religiosos, económicos e políticos. Há um desenvolvimento intelectual, cognitivo e emocional em formação, sendo portanto um período vital na evolução para a humanidade.

Em seus estudos, Hall (1904) discute a prevalência de transtornos de humor, especialmente a depressão entre adolescentes. O autor descreve como este período de desenvolvimento se dá, o desenvolvimento biológico, a questão de haver mais transgressões, a adolescência como sendo um período de procura de experiências, susceptibilidade a influências da mídia, mudança de relações entre pares.

Entre as causas da depressão, Hall (1904) cita: “a suspeita de ser detestado por amigos, de ter falhas perante os outros que não podem ser superadas, a fantasia de um amor eterno, relações sociais com amigos e parceiros românticos com expectativas e frustrações” (p 78). O desenvolvimento sócio-cognitivo na adolescência também contribui para o aumento da depressão, de acordo com Hall (1904): “...lentamente o adolescente cria a consciência de si mesmo, é possível reflectir e levar a auto-crítica e a entender que a consciência pode ser mórbida. Ele pode se tornar capcioso e ter censuras de si e dos outros.” (p 314). O autor também afirma que essa habilidade avançada de raciocínio permiti-lhes ver situações que lhes ameacem o bem.estar, em casa, com amigos ou na escola.

Segundo Hall (1904), as estatísticas criminais, já desde aquela época, apontam um aumento acentuado no crime entre a idade de doze e catorze anos, de vários tipos de crimes. Na maioria dos adolescentes, o comportamento delinquente é temporário,

podendo ter sido fruto de problemas anteriores a este período, durante a infância e com o crescimento, aproximam-se da maturidade.

Hall (1904) traz em seus estudos que as sensações são intensificadas na adolescência e que há a necessidade de um romance: "... em nenhum momento da vida o amor tem tanta emoção e é tão forte como na época da adolescência..." (p 368). O autor afirma que o jovem anseia por fortes sentimentos e novas sensações, quando a monotonia, rotina, e os detalhes são intoleráveis. Durante este período, as sensações são mais objetificadas, o prazer e a dor são fortemente sentidos. Esta busca de sensações pode estar directamente ligada aos comportamentos de risco, pela curiosidade, necessidade de novas experiências e novas sensações, que se não encontradas em aspectos do cotidiano, podendo ser procuradas nas substâncias psicoactivas, no sexo ou na bebida.

Anna Freud (1958), coloca que as crises da adolescência são diferenciadas por alguns factores, sendo eles a intensidade do id, aqui podendo ser entendido como impulsos biológicos acompanha os processos fisiológicos da puberdade; a grandeza da capacidade do ego de confrontar o id, competindo ou cendendo as forças instintivas; a eficácia dos mecanismos de defesa à disposição do ego.

Partindo do princípio do prazer, “a criança é escrava da gratificação imediata a qualquer necessidade e com seu desenvolvimento satisfatório, aprende a lidar com isso na adolescência” (Anna Freud, 1958, p 76). Quando bebe, os impulsos biológicos (id) são os predominantes e a existência humana está centrada na satisfação deles até que com o tempo, surgem as tendências civilizadoras. Segundo Anna Freud (1958), a turbulência dos adolescentes pode ser atribuída pelo confronto entre o id forte e um ego relativamente fraco. Isso influencia directamente na libido do jovem, que com o desenvolvimento biológico, hormonal e social, acciona mecanismos de defesa para conseguir dar conta de todo o processo. Logo, surgem os paradoxos de ser independente como adulto, mas dependente como bebe.

O ascetismo do adolescente representa uma desconfiança generalizada aos seus desejos instintivos, biológicos, como a sexualidade, alimentação, sono. Com a intelectualização, vem as mudanças de interesses das questões essencialmente concretas para as abstractas e segundo Anna Freud (1958), o conflito é vivido durante toda a vida da pessoa, pois a grande dúvida entre levar-se pelos impulsos ou renunciá-los exige escolha e consequências, mesmo que a escolha seja para a liberdade ou restrição dos próprios impulsos. A autora também coloca que isso influencia nas ligações afectivas do

jovem e que a transitoriedade destas relações pode ser um indicativo de mecanismos de defesa. Os velhos desejos edipianos reaparecem junto com a sexualidade e os conflitos internos entre amor e ódio pelos pais tornam-se difíceis de gerir, então, o jovem busca outro objecto de amor, que são os parceiros sexuais, românticos, idolatria a heróis, serem facilmente influenciados pelos amigos, são apenas algumas representações de tentativas para preencher esse vazio emocional gerado pelos conflitos parentais.

Anna Freud (1958) atribui a adolescência a função de formação do caráter e partilha do conceito de que esta fase é um estágio de desenvolvimento, caracterizando-se como turbulento, passível das consequências ambientais, porém, há mais influência de factores biológicos e instintivos. A autora argumenta que a sexualidade inicia-se desde o primeiro ano de vida e que é durante a infância que inicia o desenvolvimento sexual. Descreve que na adolescência há instabilidades emocionais, desequilíbrio psíquico, comportamento instável, falta de maturidade, associados principalmente a maturação sexual.

Segundo Anna Freud (1958), a adolescência como um período egocêntrico, materialista, com possíveis ideais revolucionários. São passíveis de grandes paixões, que iniciam e terminam com rapidez, introduzem-se socialmente com grupos, onde costumam eleger um líder, a quem são submissos e desafiam autoridades, leis, como forma de perceber limites, também tem momentos de solidão extrema.

Erick Erikson (1968), utilizando as propostas da psicanálise e os achados da Antropologia Cultural, propõe a Teoria do Estabelecimento da Identidade do Ego, na qual sugere que o ambiente também participa na construção da personalidade do indivíduo. Essa mudança na visão do desenvolvimento é de grande importância, posto que abre novas fronteiras para o entendimento do desenvolvimento e, mais especificamente, da adolescência. De uma forma geral, antes de Erikson, os teóricos concebiam a adolescência como um estágio do desenvolvimento, ou seja, um período universal, como a infância e a idade adulta, com características específicas, constituindo-se em um período necessária e naturalmente conturbado

Segundo Erikson (1976), na adolescência ocorre a integração da identidade social, há a necessidade do estabelecimento da identidade relacionada à possibilidade de criar autonomia e independência e com o momento de incerteza, mudança o autor utiliza a expressão crise de identidade, sendo portanto um período característico para o desenvolvimento da pessoa. O autor denomina “moratória social” este período de transição, onde o adolescente cria recursos para exercer funções adultas, identificar-se

com novos papéis de competência e invenção e aceita uma perspectiva ideológica mais implícita.

A identidade do Ego está em formação e para tanto, conta com mudanças, conflitos psíquicos, biológicos, também a influência do social na formação desta identidade. Erickson (1976) relata que tais condições podem ocasionar retraimento do jovem, estados inacessíveis e de rebeldia extrema, principalmente se o adolescente sentir-se privado de alguma suposta necessidade.

A adolescência, segundo Aberastury (1992), é marcada por novas relações com os pais e o social. Isso é caracterizado por contradições, ambivalência, conflitos, condutas e comportamentos de risco, sendo um reflexo das mudanças e das divergências entre a dependência infantil que ainda existe, além de uma nova expressão cultural e como base do desenvolvimento, os fatores psicológicos. As transformações psicológicas têm correlação com as mudanças corporais da puberdade e levam o adolescente a estabelecer novas relações parentais e sociais. A autora compara esta evolução com o processo de luto, de perdas reais e simbólicas, elaboradas num tempo próprio com dimensões muito pessoais.

Aberastury (1992) nomeia a fases observadas desse luto como sendo a negação, onde o jovem nega todas as transformações; a ambivalência entre a necessidade de evoluir e a dificuldade de sair do mundo infantil, aqui começam as avaliações e o sofrimento sobre as perdas. O adolescente vive então a digressão, onde questiona a família e o mundo, rompe vínculos e busca iguais que estejam no mesmo processo para haver identificação, além de isolar-se, para auto-identificação. No final do processo, há a interiorização, quando quase adulto, o jovem aceita-se enquanto pessoa e continua o processo evolutivo em busca de maturidade. Todas as fases são descritas pela autora como sendo um conjunto de defesas necessárias para a resolução satisfatória da adolescência.

Aberastury (1992) nomeia os lutos dos adolescentes como sendo: o luto pelo corpo infantil, onde o processo é vivido de forma incoercível, com modificações somáticas, causando a reformulação da auto-imagem, novo esquema corporal e o sentimento de uma invasão agressiva deixa o jovem impotente e perplexo. O segundo luto trata-se da identidade infantil, onde o adolescente sente o paradoxo entre a dependência e independência dos pais e do mundo. Na tentativa de resolver essa fase, há manipulações de afetividade, surgindo brigas, questionamentos para haver essa separação, que pode ser dolorosa para as partes envolvidas e normalmente cria conflitos

de gerações. O terceiro luto é o luto pelos pais da infância, onde o adolescente atinge a etapa final do desenvolvimento cognitivo, construindo a realidade de forma mais concreta, onde o jovem consegue desconstruir os pais idealizados da infância, vistos como líderes e heróis e passa a entendê-los enquanto pessoas, o que causa sofrimento aos pais também, que precisam reelaborar estratégias e estarem passíveis a julgamento dos próprios filhos. O quarto e último luto diz respeito ao adolescente elaborar a bissexualidade, definir seu papel sexual e exercer sua sexualidade, revivendo todas as etapas de sua sexualidade infantil e encontrar o próprio caminho da necessidade de ser amado e a necessidade de amor, com as consequências que isso impõe ao sujeito. (p 45)

As condições familiares, culturais e a relação com o grupo de pares poderão influenciar diretamente no desenvolvimento da identidade do sujeito, mas não impedem que o adolescente elabore por si mesmo suas perdas e ganhos para então assumir a responsabilidade dos papéis de adulto. “O risco para ter comportamentos desviantes é maior quando a família é desengajada em suas relações interpessoais, ou possui vínculos frágeis.” (Aberastury, 1992 p 48). O adolescente prefere acompanhar os amigos, que são mais atraentes, tem os mesmos ideais, principalmente quando a família não tem uma educação básica efetiva, que usa de equilíbrio, afeto, atenção e limites para os filhos. Isso é possível com estabelecimento de regras claras, coerentes e uma relação de vínculo e afeto entre eles. (Aberastury, 1992)

Na adolescência, mesmo com a importância que os amigos ganham, os pais continuam influenciando seus filhos e são responsáveis por eles. Assim, por mais conflituosa que a relação esteja, os pais devem estar envolvidos com a vida dos filhos, mas também deixar que ele cresça para tornar-se independente. Na prática do atendimento psicológico de adolescentes, é importante que os responsáveis estejam envolvidos para haver uma reconstrução de vínculos, negociação de mudanças nas relações de ambos os lados, atendendo a necessidade de cada um, possibilitando o desenvolvimento do jovem (Aberastury, 1992).

As práticas educativas, criação da família e os papéis dos responsáveis pelo adolescente podem facilitar ou não comportamentos de risco, ou seja, a família pode atuar como facilitadora ou como protetora em diversas proporções (Aberastury, 1992), o que será discutido mais adiante neste trabalho.

A família é uma instituição privada, que tem o lugar privilegiado da socialização primária da pessoa. É ela quem apresenta o mundo ao jovem e deve garantir a segurança, afeto e cultura. A organização dos responsáveis pode ser passível

de diversos arranjos e desde que a base seja constituída com vínculos fortalecidos, garante que o jovem consiga realizar novas experiências de forma que não o prejudique, mas que consiga ter resiliência e aprendizado nas situações. Devido as outras influências de laços sociais, torna-se necessária a responsabilização dos pais pela formação dos filhos, conhecimento de seu papel fundamental na orientação e tutela dos adolescentes, mesmo que a atenção do jovem esteja voltada para fora do lar e centrada nos amigos, compreendê-lo torna-se fundamental para integrá-lo à cultura e bases para seu desenvolvimento. (Aberastury, 1992)

As questões parentais exercem grande influencia no adolescente, assim como o grupo de pares e o meio social em que o indivíduo está. Relações inadequadas entre mãe-bebê ou grupo de pares, carência e perturbação de cuidados parentais, perda de um dos progenitores, pai funcionalmente ausente ou que interfere de forma negativa, não demonstra desejo de nomear e impor leis à criança. (Lacan, 1981) Cada um dentro da família e do grupo de pares tem um papel e é responsável por afetos particulares na vida do jovem, cabe ao Psicólogo encontrar as referências dele a partir disso trabalhar em conjunto para compreender e ter acesso ao mundo particular do adolescente.

Segundo Aberastury, 1992, a família como instituição cuidadora é quem transmite valores éticos e morais, por isso, é indiscutível a relevância dos membros familiares contribuírem para a prevenção de substâncias psicoactivas. Para desenvolvimento de programas, o ponto de partida pode ser olhar para este agrupamento como um núcleo reunido por razões afectivas, “que compartilham o cotidiano, e, no decorrer das trocas intersubjectivas, transmitem tradições, planejam futuro, acolhem-se.” (Aberastury, 1992, p 89)

Segundo Schenker e Minayo (2003), a família influencia crenças, atitudes e comportamentos sociais dos seus membros, por exemplo hábitos saudáveis como alimentação e exercícios físicos ou como o uso de álcool estão no contexto familiar. “A família aparece, no mundo contemporâneo, como eixo estratégico ao longo do qual organiza-se a socialização e a sobrevivência diária e pelas quais passam, necessariamente, ações de controle social, no sentido de conformidade ou da emancipação.” (Schenker; Minayo, 2003 p 45).

Segundo Chitas (2010) em relação à família,

“... no âmbito da influência das práticas parentais nos comportamentos de risco na adolescência, mostraram a necessidade de levar em conta a forma como estes factores podem ser moderados por outras variáveis como o género, a idade do adolescente, a cultura de origem da família, o estatuto sócio-económico ou a estrutura da família. Por sua vez, os modelos de mediação evidenciaram o facto de as influências das práticas parentais e outras características das famílias nos comportamentos de risco serem mediadas por outros factores relacionados com o desenvolvimento pessoal e social do adolescente.” (p 296)

Segundo Schenker e Minayo (2003), a família é uma instituição privada, passível de diversos arranjos. É “o lugar privilegiado da socialização primária cuja proposição principal é o asseguramento de comportamentos normalizados pelo afeto e pela cultura, por isso, fundamento no tratamento do uso e abuso de drogas” (Schenker e Minayo, 2003 p 34)

Segundo Costa (1999) a família nas suas mais diversas configurações, é o meio relacional básico para as interações com o mundo, da norma a transgressão, da saúde à patologia. A transmissão de valores está ligada ao desenvolvimento da maturidade emocional, em diversos agrupamentos sociais, sendo assim, é através dos grupos de pares e dos responsáveis que consegue-se ter acesso ao jovem e atuar como propulsor do adolescente para o mundo adulto.

A relação materna e paterna passa por um período de grande criticidade, devido à essa fase de testagem de limites, mas também a incapacidade de lidar com situações de fracasso. Freud (1926) atribui à incapacidade de tolerar frustração o fracasso da função simbólica e o conseqüente fracasso do pensamento, isso gera a sofrimento, ou seja, a reação a própria perda do objeto e angústia em reação ao perigo que essa perda comporta, perda de um amor já constituído e “...isso influencia diretamente na qualidade das relações primárias e no laço social que a criança vai fazer”. (p 87)

Segundo Lacan (1981): “É na ordem original de realidade que constituem-se as relações sociais que necessárias para compreender a família humana... a ordem da realidade em questão é o próprio objecto desta ciência” (p 24). Através dos sentimentos torna-se possível observar os complexos emocionais conscientes, em particular os sentimentos familiares que são muitas vezes a imagem invertida de complexos

inconscientes. Os complexos imagos, sentimentos e crenças vão ser percebidos na relação com a família e em desenvolvimento com o psíquico que eles organizam desde a criança, passando para a adolescência e chegando até o adulto que a reproduz.

O complexo de desmame fixa no psiquismo a relação da amamentação, o que Lacan (1981) chama de “nourissage” (p 27) sendo esta a forma de representação da forma primordial da imago materna, isso funda os sentimentos mais arcaicos e mais estáveis que unem o indivíduo à família. A partir deste complexo, o mais primitivo de todos, todos os outros posteriores se compõem.

A primeira vez que o bebê mama, são criados significantes em seu psiquismo, como o saciar a fome via oral, o cheiro da mãe, a sensação de aconchego, temperatura, a aproximação e afastamento do adulto, reconhecimento do rosto humano, da função maternal, tentativa da adaptação afectiva, sensações ainda não conhecidas e mais uma diversa gama de novos acontecimentos para o pequeno ser, que pode vir a sentir-se pleno pela primeira vez.

“De facto, o desmame, por qualquer uma das contingências operatórias que ele comporte, é frequentemente um traumatismo psíquico cujos efeitos individuais, anorexias ditas mentais, toxicomanias pela boca, nevroses gástricas, revelam as suas causas à psicanálise. (...) O desmame deixa no psiquismo o rasto permanente da relação biológica que interrompe.” (Lacan, 1981 p 28)

Neste período, o bebê acabou de passar pelo “Mal-estar interoceptivo” (Lacan, 1981 p 31), as sensações caóticas interoceptivas, como a angústia, cujo protótipo aparece na asfixia do nascimento, o frio, ligado a nudez do tegumento, o mal-estar labiríntico ao qual responde a satisfação do embalar “... organizam pela sua tríade o tom penoso da vida orgânica que, para os melhores observadores, domina os seis primeiros meses de vida do homem e o seguem até a vida adulta.” (Lacan, 1981 p 31)

Mesmo quando já foi sublimada, a “imago do seio materno”, (Lacan, 1981 p 35) e aqui podemos entendê-la como primeira fonte da satisfação, conforto, segurança do bebê, continua a desempenhar um papel psíquico importante no desenvolvimento da criança. Assim, “(...) tudo o que constitui a unidade doméstica do grupo familiar torna-se para o indivíduo, a medida em que ele consegue abstrair, o objecto duma afeição distinta daquelas que o unem a cada membro deste grupo. “ (Lacan, 1981 p 36).

Lacan (1981, p 36) afirma que “(...) a saturação do complexo funda o sentimento maternal. A sua sublimação contribui para o sentimento familiar; a sua liquidação deixa traços onde ela pode ser reconhecida: é a estrutura da imago que fica na base do progresso mental que reformularam.” A mãe representa para o bebê “uma assimilação perfeita da totalidade do ser”. (Lacan, 1981 p 36), como uma miragem metafísica da harmonia universal, abismo místico da fusão afectiva, utopia social duma tutela totalitária.

“O complexo de Édipo define particularmente as relações psíquicas na família humana, Freud dá este elemento psicológico como a forma específica da família humana e lhe subordina todas as variações sociais da família” (Lacan, 1981 p 50). As pulsões são a base do complexo e a frustração forma o seu nó:

“Ainda que inerente à prematuração essencial destas pulsões, a frustração está relacionada pela criança ao terceiro objecto que as mesmas condições de presença e de interesse lhe designam normalmente como obstáculo à sua satisfação: a saber o progenitor do mesmo sexo. A frustração que ele experimenta acompanha-se, com efeito, comumente de uma representação educativa que tem por fim impedir todo o fim destas pulsões e especialmente a sua realização masturbatória. Por outro lado, a criança adquire uma certa intuição da situação que lhe é interdita tanto pelos sinais discretos e difusos que atraíam à sua sensibilidade as relações parentais como pelos acasos intempestivos que se lhe desvelam. Por este duplo processo, o progenitor do mesmo sexo aparece a criança ao mesmo tempo como agente da interdição sexual e o exemplo da sua transgressão.” (Lacan, 1981 p 51)

Desta forma, a tensão assim constituída resolve-se, por um recalçamento da tendência sexual, que ficará latente, dando lugar a interesses neutros como por exemplo a aquisição educativa, até a puberdade. Por outro lado, pela sublimação da imagem parental que perpetuará na consciência o “ideal representativo” (Lacan, 1981 p 51), o que garante a consciência futura das atitudes psíquicas e das atitudes fisiológicas na altura da puberdade. Este duplo processo tem uma importância genética fundamental, porque ele inscreve-se no psiquismo em duas instâncias permanentes: “(...) a que recalca chama-se super-eu, e a que sublima, o ideal do eu. Elas representam o fim da crise edipiana.” (Lacan, 1981 p 52) e o início da vida social do jovem.

Segundo Coslin (2009), “a adolescência começa com a puberdade. Retoma a biológica da maturação sexual, esta é acompanhada de uma renovação pulsional que põe fim a um período de latência.” (p 15). Segundo o autor, a puberdade tem repercussões psicológicas distintas na mulher e no homem, com variações cronológicas, individuais e coletivas.

O desenvolvimento da sexualidade vai muito além da genitalidade, que trata dos aspectos biológicos, que também geram mudanças nos corpos dos adolescentes. A sexualidade está ligada aos aspectos afetivos, à história de vida e aos valores culturais, os quais contribuem para a formação da identidade geral e para com os componentes da identidade sexual: identidade de gênero, papel de gênero e orientação sexual. (Costa; Lopes; Souza; Patel, 2001). Segundo Costa *et al* (2001) “O desenvolvimento psicossocial e sexual, o equilíbrio emocional e as relações sociais do indivíduo estão subsidiados pelas suas experiências sexuais, tidas ou não, durante a infância e adolescência em direção à fase adulta.” (p 217).

“Na adolescência, a vivência da sexualidade é como um caminho no qual a evolução e a maturidade vão determinar o itinerário. A expressão da sexualidade nessa fase se dá de diferentes formas. A primeira é a repressão do próprio impulso, principalmente se os primeiros contatos forem frustrantes. Outra atitude frente ao ato sexual é aceitar, mesmo sem envolvimento afetivo, talvez essa seja a forma de expressão mais freqüente na adolescência inicial e intermediária. A preferência sexual com afeto é o posicionamento que demonstra postura mais integrada frente à sexualidade, escolha esta que se encontra subsidiada pelas vivências que cada adolescente enfrenta ao longo de sua vida, sejam elas sexuais, ou não, e que são socialmente rotuladas de atitudes amadurecidas.” (Costa *et al*, 2001 p 219)

Segundo Costa *et al*, 2001, o desenvolvimento psicosssexual do adolescente deve ser considerado dentro do contexto global de sua vida, “no qual se inclui seu relacionamento com os companheiros, sua vida familiar, seu trabalho ou sua atividade escolar” (p 220). Isso inclui experimentações e descobertas acerca de si e do outro, e são normalmente de grande intensidade, logo, a sexualidade e seu desenvolvimento não devem ser ignorados quando o trabalho é com adolescentes, que nesta fase de sua vida, sentem tudo com maior vivacidade.

4.2 O Desenvolvimento Cognitivo, Intelectual e Social do Adolescente

Segundo Barros (2008), durante a adolescência já é possível ao sujeito raciocinar cientificamente, criando hipóteses e encontrando maneiras de comprová-las, na realidade ou no pensamento, ou seja, pode imaginar situações possíveis, o que era impossível quando criança, pois seu psiquismo envolvia apenas objectos concretos. “Quando tem por volta de 15 anos, o adolescente resolve problemas analisando-os logicamente e formulando hipóteses a respeito de resultados possíveis, a respeito do que poderia ocorrer.” (Barros, 2008, p 109)

Segundo Piaget e Inhelder (1976), o adolescente está no estágio de desenvolvimento das operações formais, que ocorre após os 12 anos. O pensamento formal é hipotético-dedutivo, não necessita mais de manipular objectos concretos, “...sendo capaz de deduzir suas conclusões de puras hipóteses, sem necessidade de observação real” (p 74).

Segundo os autores, o pensamento formal é uma orientação generalizada que pode ser implícita ou explícita, para solução de problemas. “Uma orientação no sentido de organizar os dados, isolar e controlar variáveis, formular hipóteses, justificar e provar os fatos” (Piaget e Inhelder, 1976, p 78). Segundo os autores:

“As operações formais podem ser caracterizadas não só em termos descritivo-verbais gerais, como também em termos das estruturas lógico-matemáticas que são seus modelos abstratos. As operações interposicionais não são ações isoladas sem relações mútuas. Tal como os agrupamentos das operações intraposicionais dos anos intermediários da infância, elas formam um sistema integrado, e o problema consiste em determinar a estrutura formal deste sistema.” (Piaget; Inhelder, 1976 p 79)

Segundo Faw (1981), a capacidade de pensar formalmente aumenta a habilidade do adolescente para solucionar problemas antes insolúveis, como também ao idealismo típico desta idade. Faw (1981) cita características da cognição formal, baseada na teoria de Jean Piaget, sendo elas: enfoque em conclusões lógicas e não em informação factual; raciocínio dedutivo hipotético; geração de todas as combinações potenciais e permutações de eventos; consideração simultânea de mais um aspecto de uma situação e relacionamentos entre eles; prevalência do pensamento formal.

Coslim (2009) também relata que os adolescentes não estão conscientes do conjunto das características do seu próprio pensamento. “Mas o estágio formal vai conduzi-los à capacidade de pensar em seus próprios pensamentos, ou seja, a metacognição, conhecimento ou actividade cognitiva respeitante à actividade cognitiva ou controlando-a.” (p 98), assim, como o jovem desenvolve também a capacidade de analisar o que pensam, sentem e elaboram os outros, que pode ser traduzida como a cognição social, o que quando criança, havia dificuldades em compreender as intenções que não fossem próprias.

O adolescente adquire um certo domínio na metacognição, capacidades favorecidas pela tendência introspectiva, o jovem passa a ter “...reflexão sobre as emoções, elaboração de grandes teorias e análise das relações sociais (...) tentar compreender e fazer parte do mundo constitui uma das actividades mais importantes na adolescência” (Coslim, 2009, p 99)

Coslin (2009) relata que a adolescência:

“...aparece enfim como um período privilegiado para as aprendizagens sociais e culturais na medida em que o jovem ainda não está condicionado a conformar-se a papéis definidos com rigor e onde as flutuações dos seus sistemas deixam espaço para a tentativa e para o erro.” (p 17)

O conteúdo dos pensamentos dos adolescentes varia de acordo com sua cultura, porem, segundo Piaget e Inhelder (1976) o denominador comum é que “a criança se ocupa, sobretudo com o presente, com o aqui e a agora, o adolescente amplia seu âmbito conceitual e inclui o hipotético, o futuro e o espacialmente remoto.” (p 84). Esta diferença tem um significado adaptativo pois o adolescente começa a assumir papéis adultos, para ele o mundo de possibilidades futuras pessoalmente relevantes, como por exemplo a escolha profissional, a escolha do parceiro, o aumento da responsabilidade e das cobranças em relação a sua postura. Tudo isto passa a ser o objeto de reflexão mais importante. De modo semelhante, o adulto que ele será em breve deverá relacionar-se intelectualmente com coletividades sociais muito menos concretas e imediatas do que a família e o círculo de amigos: a cidade, o estado, os pais, o sindicato, a igreja, grupos.

A socialização, segundo Coslin (2009), pode ser definida como “o processo de aquisição das atitudes, dos valores e dos comportamentos que permitem a adaptação social do indivíduo” (p 191). Para o autor, o adolescente insere-se na sociedade dos

adultos por meio de projetos, de programas de vida, de sistemas muitas vezes teóricos, de planos de reformas políticas ou sociais e a verdadeira adaptação à sociedade vai-se fazer automaticamente quando o adolescente, de reformador, transformar-se em realizador. “A experiência reconcilia o pensamento formal com a realidade das coisas, o trabalho efetivo e constante, desde que empreendido em situação concreta e bem definida, cura todos os devaneios”. (Coslin, 2009 p 123)

Segundo Coslin (2009), estas construções sucessivas consistem em descentralização do ponto de vista, imediato e egocêntrico, para situá-lo em coordenação mais ampla de relações e noções, de maneira que cada novo agrupamento terminal integre a atividade própria, adaptando-a a uma realidade mais global. A afetividade liberta-se pouco a pouco do eu para se submeter, graças à reciprocidade e a coordenação dos valores, às leis da cooperação; a afetividade que atribui valor às atividades e lhes regula a energia, mas ela atua em conjunto com a inteligência, que lhe fornece meios e esclarece fins.

O grupo de pares tem um papel fundamental na socialização do adolescente. O movimento emancipatório das influências familiares é na verdade, paralelo aos investimentos em atividades sociais que implicam parceiros similares a eles. “A influência dos pares não começa na adolescência e exerce-se desde o início da vida social onde assume as mesmas funções: desenvolver capacidades que permitam interações sociais adequadas, partilhar interesses, preocupações e sentimentos.” (Coslim, 2009, p 202)

Os jovens passam a abandonar suas antigas identificações e a ruptura que isso traz o obriga a buscar um sentimento de identidade. “Para encontrar a si mesmo, para preencher esta necessidade de alguém próximo, procura novos modelos dos seus pares” (Coslim, 2009, p 205). O deslocamento da libido pode então operar-se sobre outros pares, como amigos, relações amorosas, ídolos. A amizade protege contra o risco de depreciação, de desvalorização; é narcisistamente tranquilizadora e segura. “Os amigos dão ao adolescente um sentido novo e ajudam-no a construir um universo de valores (...) novas relações que ele poderá conseguir entrar no mundo dos adultos ao qual aspira”. (Coslim, 2009, p 205)

Com as novas amizades e a descoberta de uma nova identidade, o jovem adere a grupos ou bandos, onde identifica-se com os membros e resulta no ideal do eu colectivo. “O jovem não entra no grupo com finalidade primordial de nele encontrar os

outros, mas de preferência para tentar (...) encontrar-se”. (Coslim, 2009, p 209). Há um paradoxo neste fenómeno pois os jovens buscam originalidade individual, mas ao mesmo todo, imitam um modelo único ao submergirem na massa, e isso inclui mesmas atitudes, vestuários, linguagem. Os grupos tem as próprias normas, um líder reconhecido por todos e a rejeição do grupo é vivido como prova do seu não valor, sendo extremamente frustrante para o adolescente. Segundo Coslim, 2009:

“O jovem adota no grupo uma comunidade de condutas através das quais se afirma enquanto, aparentemente, põe uma mascara comum a vários. Que fume ou se drogue, que se dedique a certas actividades e crenças como nas seitas, ele pretende demonstrar que já não é uma criança e que conquista o estado de adulto. Ao emancipar-se da família, caminha para a autonomia e independência.” (p 210)

Parte da socialização do jovem acontece na escola, onde ele passa grande parte do seu dia. A escola apresenta um contexto diversificado de desenvolvimento, aprendizagem, regras e valores, que são permeados por conflitos, problemas e diferenças. É neste espaço físico, psicológico, social e cultural que os indivíduos “...processam o seu desenvolvimento global, mediante as actividades programadas e realizadas em sala de aula e fora dela” (Dessen; Polonia, 2007).

“O sistema escolar, além de envolver uma gama de pessoas, com características diferenciadas, inclui um número significativo de interações contínuas e complexas, em função dos estágios de desenvolvimento do aluno. Trata-se de um ambiente multicultural que abrange também a construção de laços afetivos e preparo para inserção na sociedade (Oliveira, 2000 *apud* Dessen; Polonia, 2007).”

Segundo Dessen e Polonia (2007), a escola é uma instituição fundamental para o sujeito, sua constituição enquanto pessoa, sua evolução individual e na sociedade. A concepção das autoras é que a escola propicia recursos psicológicos para evolução intelectual, social e cultural do homem, por desenvolver actividades sistemáticas, articular conhecimentos e formar laços sociais com os alunos, ela possibilita a apropriação da experiência, do pensamento, da acção e novas formas de interacção com o mundo.

A escola também propicia o emprego de linguagem simbólica, apreensão de conteúdos acadêmicos e compreensão dos mecanismos envolvidos no funcionamento mental, fundamentais ao processo de aprendizagem. “Assim, a atualização do conhecimento cultural e sua organização constante são premissas importantes para entender o papel dela e sua relação com a pessoa em desenvolvimento” (Dessen; Polonia, 2007 p 27). A escola reelabora os conhecimentos socialmente produzidos, com o intuito de promover a aprendizagem e efetivar o desenvolvimento das funções psicológicas superiores: memória seletiva, criatividade, associação de idéias, organização e seqüência de conhecimentos, dentre outras.

Segundo Dessen e Polonia (2007), “...a escola é uma instituição em que se priorizam as atividades educativas formais, sendo identificada como um espaço de desenvolvimento e aprendizagem e o currículo, no seu sentido mais amplo, deve envolver todas as experiências realizadas nesse contexto” (p 29). Torna-se necessário portanto levar em consideração “...os padrões relacionais, aspectos culturais, cognitivos, afetivos, sociais e históricos que estão presentes nas interações e relações entre os diferentes segmentos” (p 29). Dessa forma, os conhecimentos oriundos da vivência familiar podem ser empregados como mediadores para a construção dos conhecimentos científicos trabalhados na escola. Assim, pode-se concluir que parte da socialização do adolescente acontece na escola, portanto, é de grande importância entender o papel que ela exerce na vida do sujeito.

Segundo Cardoso; Tomas e Siqueira (2013), a escola tem um papel fundamental na passagem da adolescência para a vida adulta, pois ela contribui para a formação global do jovem e da sociedade. Os autores reforçam a importância da prevenção nesta idade:

“...não dando ênfase às consequências, como a doença e a drogadição, mas sim, lembrando que prevenir consiste em educar crianças e jovens capacitando-os para desenvolverem sua identidade; como, também, integrar a educação intelectual e emocional, incentivar a cidadania, a responsabilidade social e possibilitar que eles incorporem hábitos saudáveis no seu cotidiano.” (Cardoso *et al*, 2013, p 54)

Segundo o Ministério da Saúde (2012), a escola pode oferecer factores de protecção ao adolescente como o bom desempenho escolar, a boa inserção e adaptação no ambiente escolar, ligações fortes com a escola, oportunidades de participação e decisão, vínculos afetivos com professores e amigos, realização pessoal, possibilidades de desafios e expansão da mente, descoberta de talentos pessoais, o prazer em aprender e a descoberta e construção de projectos de vida, porem, ela também pode ser conter factores de risco, como o baixo desempenho escolar, a falta de regras claras, as baixas expectativas dos professores em relação aos alunos, a exclusão social, a falta de vínculos com as pessoas ou com a aprendizagem, problemas de socialização. (p 48).

Segundo Chitas (2010), em relação aos factores escolares,

“...uma das questões que se coloca quando nos debruçamos sobre o impacte da escola nos comportamentos de risco e insucesso escolar é a de perceber de que modo as características deste sistema podem potenciar ou diminuir a influência dos efeitos dos factores de risco identificados ao nível social e familiar. Os estudos neste domínio concluíram que as escolas que se caracterizam por proporcionarem contextos significativos de aprendizagem, valorizarem os processos de aprendizagem, ao invés dos resultados, conferirem aos alunos alguma autonomia no controlo dos mesmos, promoverem práticas não discriminatórias e apoiarem os alunos nas suas dificuldades sócio-emocionais podem constituir-se como um contexto protector relativamente às condições que colocam em risco o desenvolvimento equilibrado dos adolescentes. Por oposição, a escola pode constituir-se como um contexto que reforça estas mesmas condições de risco sociais e familiares através das suas práticas discriminatórias (ao nível social e racial), da valorização da competição e favorecimento dos alunos que atingem melhores resultados, da ausência de suporte, da concentração no mesmo espaço de alunos que provêm de backgrounds desfavorecidos, reproduzindo as redes sociais de risco, das elevadas dimensões do espaço escolar e da falta de recursos (tais como equipamentos e espaços físicos degradados).” (p 297)

Coslim (2009) apresenta um conceito interessante sobre os “jovens das urbanizações”, que são adolescentes “que produzem uma microsociedade de sobrevivência e de defesa contra a exclusão social dos subúrbios.” (p 212). Estes jovens vivenciam muitas vezes o processo de rejeição e de exclusão, e têm o sentimento de ser dominantes no interior da urbanização, mas acabam por ser “dominados e não dominadores” (Coslim, 2009, p 212) Suas relações com o espaço ficam claras, pois

dominam alguns espaços públicos como praças ou caves, mas, espaços exteriores são inacessíveis, “invocando o custo dos transportes, os controles da polícia, mas também manifestam o sentimento neles de serem estrangeiros” (Coslim, 2009 p 212).

Retomando a teoria da moratória, de Erikson (1978), perante a estigmatização, o sentimento de identidade negativa limita as suas capacidades para se reconhecerem como sujeitos inscritos em relações sociais. As dificuldades que apresentam o investimento na linguagem podem ser associadas “...a um sentimento de desvalorização, podem conduzir a formas de despersonalização. O discurso colectivo encobre então a dificuldade de nominação pessoal, contudo essencial para se reconhecer enquanto pessoa” (p 36).

“Os problemas de integração social e as dificuldades de adaptação relacionais e institucionais podem ser considerados perturbações no processo de socialização”. (Coslim, 2009 p 227). Dentre as crises da adolescência que podem surgir conflitos puramente violentos, que podem ter origem antiga da ordem edipiana ou são reativados por alguma situação que o jovem não consegue ainda decodificar. Trata-se então de algo primitivo, não resolvido e mal elaborado e pode vir a comprometer toda ou parte de uma evolução afectiva do adolescente. (Coslim, 2009).

Tais condutas são influenciadas por factores do desenvolvimento da infância para a idade adulta; pela descoberta da possibilidade de liberdade e autonomia; por factores ambientais ou ainda emanando do próprio sujeito, com suas pulsões e defesas, que acaba por conduzir sua vida por acções em que perde o controle.

“Estas atuações são muito diversificadas, indo das cóleras, agressões ao outro, fugas, suicídios, comportamentos de risco, uso de drogas, algumas delas revelam-se verdadeiramente delinquentes, outras, mais banais, ilustrando o quadro da crise identitária”. (Coslim, 2009, p 228)

4.3 O Adolescente e as Substâncias Psicoativas

As normas para os comportamentos sociais, incluindo o consumo de substâncias psicoactivas, são aprendidas predominantemente no contexto das interações com as fontes primárias de socialização que, na sociedade ocidental, são a família, a escola, e os amigos na adolescência. Cada uma das conexões das fontes primárias, ou o

grupo de pares, com o jovem envolve um vínculo que provê um canal para a comunicação de normas. Vínculos frágeis entre o jovem e essas fontes são fatores de risco para a instalação de desvios. Vínculos e ajustes saudáveis com a família e com a escola previnem a associação do jovem com as complicações da socialização. Segundo Chitas (2010), o tema adolescência remete a

“... a ideia de que os adolescentes não são todos iguais e que os riscos e oportunidades que cada um experimenta variam em função dos contextos sociais, do gênero, da cultura, da etnia, entre outros factores. Ir ao encontro das necessidades dos jovens, das suas perspectivas, dos seus modos de vida e das suas alternativas de inclusão, não significa deixar de olhar para as situações de vulnerabilidade que muitos deles vivenciam e que têm sido agravadas pela influência das transformações sociais, económicas e culturais que marcam as últimas décadas, as quais têm atingido particularmente os jovens dos meios urbanos, onde os fenómenos da pobreza, do desemprego, da exclusão social e do isolamento convivem com uma cultura que faz apelo ao consumo, à afirmação do ser pelo ter, à competitividade, à busca incessante de resultados em detrimento dos processos, à obtenção imediata de passaportes mágicos para o prazer, para o sucesso e para a felicidade.” (Chitas, 2010 p 23)

Segundo a OMS (1974), “é na adolescência que o indivíduo busca localizar-se como um adulto sexual, produtivo e responsável, com um aparato razoável de atitudes e valores a serem adotados” (p 33). Nesta busca incessante de sua identidade, o indivíduo dentro deste processo chamado adolescência passa por diversos momentos de questionamento e tentativa de imposição de sua personalidade. Quando confrontado diante da negativa de abertura deste espaço, tem-se que muitas vezes o adolescente adota um comportamento contrário, como forma de libertação ou expressão de sua identidade em processo de formação, conforme tratado no início deste capítulo.

A adoção de comportamentos de risco, portanto, está ligada a sua construção de identidade, e a utilização de substâncias psicotrópicas pode ser entendida, desta forma, como um meio de ruptura, descoberta e imposição do seu “eu” quando neste estágio da vida. A OMS (1974) relata que os principais motivos para experimentação de substâncias psicoativas são: “satisfação de curiosidade, necessidade de participação em um grupo social; expressão de independência; ter experiências agradáveis, novas e emocionantes; melhorar a criatividade; favorecer uma sensação de relaxamento; fugir de sensações, vivências desagradáveis.” (p 35)

Schenker e Minayo (2003) colocam que o início do consumo de substâncias psicoactivas pode ocorrer por diversos motivos como: “hedonismo, curiosidade, alívio da dor e sofrimento que, provavelmente, persistirão após a dependência, como também, com o objetivo de vivenciar novas experiências” (p 48). Apesar da adolescência ser encarada como uma fase de risco, sobre o consumo de substâncias psicoactivas, a literatura aponta que o real motivo do início do consumo é variado. Os principais estão relacionados com características individuais e sociais, incluindo a sociedade, a família e o grupo de pares, especialmente.

Sendo assim, Schenker e Minayo (2003) apontam que os fatores de risco e protecção em relação ao consumo de substâncias psicoactivas estão relacionados a seis domínios: “o individual, o familiar, o escolar, o midiático, os amigos e a comunidade de convivência” (p 49), e também afirmam que eles apresentam relações entre si, sendo que cada pesquisa na área enfatiza determinadas variáveis, como sexo, idade, nível sócio-económico, desempenho escolar, uso de drogas na família, entre outros. Os adolescentes costumam buscar uma série de justificativas para o consumo das substâncias, acreditando que possuem o controle da situação e que podem parar no momento em que desejarem, muitas vezes não tendo consciência das consequências que isso pode acarretar em suas vidas.

“Numa perspectiva de prevenção das toxicodependências, torna-se pertinente um conhecimento aprofundado dos factores de risco e protecção para a ocorrência desta doença, para que se possa actuar sobre os mesmos, procurando atenuar os efeitos negativos dos primeiros e reforçando os efeitos positivos dos segundos.” Pacheco; Murcho; Jesus; Pacheco, 2009, p 35)

Segundo Pacheco *et all*, 2009, há diferentes níveis de factores de risco e de protecção, que são organizados de acordo com os contextos psicossociais ambientais onde o indivíduo está inserido. Em cada um destes níveis existem ambos os tipos de factores, “os quais interagem entre si e com a pessoa, sendo que o desenvolvimento humano saudável resulta de um equilíbrio dinâmico entre estes mesmos factores” (p 36). Os autores afirmam que os factores de risco e de protecção da toxicodependência podem ser: “do tipo interno ou externo, psicológicos ou biopsicossociais e podem estar relacionados com a substância, o indivíduo, a família, os aspectos psicossociais e escolares e o contexto social” (Pacheco *et all*, 2009, p 36)

4.3.1 Os Fatores de Risco

Segundo Schenker e Minayo (2004), risco é uma “conseqüência da livre e consciente decisão de se expor a uma situação na qual se busca a realização de um bem ou de um desejo, em cujo percurso se inclui a possibilidade de perda ou ferimento físico, material ou psicológico.” (p 707)

Segundo a OMS (1981), os principais fatores de risco para o consumo de substâncias psicoativas são: indivíduos sem adequadas informações sobre os efeitos das drogas; saúde deficiente; insatisfação com sua qualidade de vida; personalidade deficientemente integrada; com facilidade de acesso às drogas .

A Addiction Research Foundation Group Youth & Drugs (1981), aponta que entre os fatores que desencadeiam o consumo de substâncias psicoativas entre os jovens, os mais importantes são “as emoções e os sentimentos associados a intenso sofrimento psíquico, como a depressão, a culpa, a ansiedade exagerada e a baixa auto-estima” (p 15-16).

Além destes fatores de risco, devem ser considerados também aspectos culturais, interpessoais, psicológicos e biológicos. Sendo exemplo de alguns deles a disponibilidade e proximidade com as substâncias, as leis, normas sociais, privações econômicas extremas, consumo de substâncias ou atitudes positivas em relação ao uso pela família, conflitos familiares graves, violações de direitos sociais, comportamentos problemáticos como agressividade, alienação e rebeldia, evasão escolar, alienação, início precoce do uso, susceptibilidade ao consumo e vulnerabilidade ao efeito de psicoativos. (Addiction Research Foundation Group Youth & Drugs, 1981)

Segundo a Fundacion de Ayuda contra la Drogadiccion (2002), os fatores de risco estão relacionados com a substância, pois cada uma tem um efeito, função e contexto no seu utilizador; os fatores de risco também dependem do próprio indivíduo, como sua idade, iniciação do consumo, estado biológico do organismo, tolerância as frustrações, aceitação ou não de normas, assertividade, aprovação social, autonomia, valores pessoais, entre outras características; o consumo também pode envolver o contexto social, podendo ter “carater microsocial” (p 39), designadamente relacionados a família, meio escolar, grupo de pares, atitudes sociais, meios de comunicação social.

Segundo o Ministério da Saúde (2012) o trabalho com adolescentes em situação de risco social apresentam os fatores de risco relativos ao indivíduo, que é a insegurança, a insatisfação com a vida, apresentar sintomas depressivos, a curiosidade e

a busca de prazer; factores de risco relativos à família que são adolescentes cujos pais consomem substâncias psicoactivas, pais que sofrem doenças mentais, pais excessivamente autoritários ou muito exigentes; factores de risco relativos a realidade social, que são a violência, a desvalorização das autoridades sociais, a falta de recursos para prevenção e atendimento, a descrença nas instituições, a falta de oportunidades de trabalho e lazer; factores de risco em relação a substância, que é a facilidade e disponibilidade para compra, propaganda que incentiva e mostra apenas o prazer que a droga causa, o prazer intenso que leva o indivíduo a querer repetir o uso.

4.3.2 Os Factores de Protecção

Segundo Schenker e Minayo (2004), proteger é uma noção que “...faz parte do contexto das relações primárias e do universo semântico das políticas sociais. Significa, oferecer condições de crescimento e de desenvolvimento, de amparo e de fortalecimento da pessoa em formação” (p 711).

Segundo Pacheco *et all*, 2009, os factores de protecção são as variáveis que modulam previnem ou limitam o consumo de substâncias psicoactivas. Elas moderam os efeitos da exposição aos riscos, que podem estar no sujeito ou no ambiente. Os autores, também afirmam que os factores de protecção não são o oposto dos factores de risco, “ (...) mas sim uma outra realidade, distinta, se bem que interactuante em relação a estes últimos” (Pacheco *et all*, 2009 p 34)

Segundo Pacheco *et all*, 2009, *apud* Lozano & Gonzales, 1998, os factores de protecção possuem dois mecanismos principais de acção: “o de risco-protecção (mediante o qual os factores de risco estão modulados pelos de protecção) e o mecanismo de protecção-protecção (no qual um factor de protecção potencia um outro, fortalecendo o seu efeito).” (p 35).

Os factores de protecção identificados na pesquisa de Pacheco *et all*, 2009, *apud* Lozano e Gonzales (1988) estão na área pessoal: a religiosidade, os valores de respeito corpo e vida, a auto-aceitação, o quociente de inteligência, o controle interno, os valores, o respeito pela legislação, as expectativas de futuro, e a capacidade para adquirir compromissos; Na família: o apego afectivo, as normas claras, a estabilidade e

a coesão, o núcleo familiar pequeno, a função directiva, os rituais, e a família estruturada; Na área da relação social: a participação nas actividades religiosas, o apoio social, os modelos não-consumistas, as actividades grupais positivas, e o escasso ou nulo consumo de drogas nos grupos de amigos; Na área da relação escolar: o apego à escola e aos professores, a comunicação pais-escola, e as normas claras; Na área comunitária: o apego à comunidade e o apoio normativo.

Segundo Pacheco *et all*, 2009, outros factores também devem ser identificados como sendo de protecção: “A influência social, a sociabilidade, a auto-valia, o controle/responsabilidade, a intimidade, a educação, a capacidade de formular objectivos e a direcção espiritual.” (p 36)

Segundo a Fundacion de Ayuda contra la Drogadiccion (2002), a sociedade está em constante mudança e evolução, o que muda também os contextos socioculturais. Isso faz com que surjam diferentes factores de risco e de protecção, diferentes dos já conhecidos. Logo, a investigação deve ser uma constante e adaptada a realidade que se aplica, uma vez que:

“...só um conhecimento mais completo e exaustivo possível dos factores de risco e de protecção permitirá uma intervenção eficaz a nível da Prevenção Primária das Toxicodependências, a qual deverá incidir na redução dos factores de risco e na busca de comportamentos alternativos ao consumo de drogas, nomeadamente a nível da promoção da responsabilidade individual e social na manutenção da saúde, entendida como um processo de desenvolvimento contínuo a nível físico, psíquico e social” (Fundacion de Ayuda contra la Drogadiccion, 2002, p 67).

Segundo o Ministério da Saúde (2012), os factores de protecção no trabalho com adolescentes em situação de risco social relativos ao indivíduo são as habilidades sociais, a cooperação, as habilidades para resolver problemas, os vínculos positivos com pessoas, instituições e valores, a autonomia e auto-estima do jovem; os factores protetivos familiares são os pais que acompanham as actividades dos filhos, o estabelecimento de regras de conduta claras, o envolvimento afetivo com a vida dos filhos, o respeito aos ritos familiares, o estabelecimento claro da hierarquia familiar; os factores protetivos sociais incluem o respeito às leis sociais, a credibilidade da mídia, as oportunidades de trabalho e lazer, as informações adequadas sobre as drogas e seus efeitos, um clima comunitário afetivo, a consciência comunitária e mobilização social; e

os factores protetivos em relação ao indivíduo são informações contextualizadas sobre efeitos e regras e controle para consumo adequado.

Segundo os estudos de Chitas (2010), “muitos comportamentos de risco na adolescência se encontram associados” (Chitas, 2010 *apud* Jessor, 1979; Brook, Whiteman, Balka, & Cohen, 1997; McGee & Newcomb, 1992 p 293), assim, segundo a autora, o estudo da relação entre protecção e risco é necessário, “...para uma compreensão do carater multideterminado destes comportamentos, dos modos de agenciamento e das modalidades de interacção entre os diferentes factores de risco e de protecção.” (p 293)

Em relação a sinergia entre os comportamentos de risco, Chitas (2010) coloca que os “os modelos aditivos vieram enfatizar a importância de se considerar uma perspectiva cumulativa do risco e protecção” (Chitas, 2010 *apud* Sameroff, Bartko, Baldwing, Baldwing, & Seifer, 1999; Stouthamer-Loeber, Wei, Rarrington, & Wikstroem, 2002, p 293). A autora cita em seu trabalho também os modelos interactivos, que só exercem influencia na presença ou ausência de outro fator de risco e os modelos transaccionais que enfatizam a não linearidade entre “...o indivíduo e o seu contexto interpessoal, sublinhando o facto dos diferentes factores de risco e protecção se encontrarem correlacionados entre si e poderem exercer relações indirectas nos comportamentos de risco”. (Chitas, 2010, p 294).

Segundo Chitas, 2010, em relação aos factores individuais, há uma relação entre determinadas características disposicionais, como a procura de sensações o temperamento caracterizado por uma emotividade negativa, níveis elevados de actividade e impulsividade e o consumo de drogas e comportamentos anti-sociais. Ainda segundo a autora, os factores relacionados com as competências sociais, “a capacidade dos adolescentes planearem as suas decisões e comportamentos, controlarem as emoções, utilizarem estratégias adequadas para lidar com o stress e outros problemas e adiarem a gratificação em função de objectivos futuros constituem factores de protecção face aos comportamentos de risco” (Chitas, 2010 p 294).

Em relação as expectativas e atitudes face ao consumo de substâncias psicoactivas e outros comportamentos de risco, Chitas (2010) coloca a importância de compreender “as relações que se estabelecem entre estas dimensões biológicas, psicológicas e sociais do comportamento individual na determinação dos comportamentos de risco, as quais podem ser traduzidas nos princípios subjacentes aos modelos epigenéticos do desenvolvimento” (p 294)

Segundo Chitas (2010), para além da família, o grupo de pares, a escola e o bairro exercem grande influência no desenvolvimento do adolescente. “O grupo de pares assume no período da adolescência um lugar privilegiado no processo de socialização, de construção de uma identidade e de validação das competências sociais.” (p 296) Ainda segundo a autora, em uma análise mais compreensiva destas relações implica considerar “...outros factores micro e macro-ambientais que poderão mediar ou moderar estas relações, nomeadamente os factores familiares e os factores inerentes às características e modos de organização das comunidades (escolas e redes de vizinhança/bairros)” (p 296).

4.4 A Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoativas

A reunião de alto nível do Grupo Pompidou do Conselho da Europa em dezembro de 2011 decidiu reforçar a cooperação com os países do Leste europeu com o Sudeste, especialmente nas áreas de prevenção e tratamento, e adotou um documento de orientação sobre drogas lícitas e ilícitas e uma localização estratégica documento um acordo político em relação às substâncias psicoativas. No mesmo período, a Comissão Europeia propôs a estabelecimento de um sistema de vigilância das fronteiras europeias (EUROSUR) para prevenir e combater a criminalidade grave, incluindo tráfico de drogas. (INCB, 2013)

Em dezembro de 2011, o Conselho da União Europeia União adoptou conclusões sobre as novas substâncias psicoativas, e em Junho de 2012, foram acordadas novas estratégias na União Europeia para o período 2013-2020, que abordam o consumo de múltiplas drogas, a rápida disseminação de novas substâncias psicoativas, o uso indevido de medicamentos controlados, o uso da Internet na distribuição de drogas ilícitas, o desvio de precursores, a qualidade dos serviços de redução da demanda e da elevada incidência de doenças transmitidas pelo sangue. Combate aos sintéticos, medicamentos e novas substâncias psicoativas foram identificadas pelo Comité Permanente para a Cooperação Operacional em Segurança Interna (COSI) da União Europeia como uma das prioridades no combate ao crime organizado. (INCB, 2013)

Em maio de 2012, no âmbito do Grupo Pompidou do Conselho da Europa, uma conferência internacional sobre álcool, drogas e prevenção no local de trabalho,

realizada em Estrasburgo, França, adotou um quadro de referência para políticas de prevenção álcool e uso de drogas no local de trabalho. (INCB, 2013)

A XIV Reunião de Alto Nível da Mecanismo de Coordenação e Cooperação sobre Drogas entre a União Europeia e da Comunidade de Latino-Americano e do Caribe, realizada em Bruxelas, em Junho de 2012, manifestou o seu apoio, nomeadamente, continuou cooperação entre as duas regiões para enfrentar o problema mundial das drogas, com destaque para a necessidade de abordar prevenção, intervenção precoce, tratamento, reabilitação, reinserção social e redução da saúde negativa e as consequências sociais do abuso de drogas. (INCB, 2013)

O houve o terceiro Fórum Mundial de Luta contra as Drogas, realizada em Estocolmo em Maio de 2012, com foco nos direitos humanos, o direito da criança de ser protegida de drogas ilícitas, ilícito uso de drogas e problemas de tráfico na América Latina, e a prevenção primária. A declaração conjunta foi assinado no Fórum pelos representantes da Itália, o Rússia, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos, reiterando o seu compromisso de garantir a disponibilidade adequada de estupefacientes e substâncias psicotrópicas para o alívio da dor, tratamento de doença e de pesquisa; prevenir e reduzir o uso de tais drogas para qualquer outra finalidade e reduzir o consequências de tal uso e pedindo uma equilibrada abordagem para o problema mundial das drogas, com uma reforçada parceria internacional. (INCB, 2013)

O segundo Congresso da Federação Mundial de Luta contra a Droga, também realizada em Estocolmo maio 2012, resultou em uma declaração destacando a necessidade de apoiar o controle internacional de drogas convenções e promover políticas destinadas a limitar o efeitos nocivos das drogas através da prevenção, a lei programas de aplicação e tratamento e recuperação. (INCB, 2013)

Atualmente, em Portugal, em matéria de prevenção há o Programa Operacional de Respostas Integradas (PORI), no nível de intervenção integrada, na área de comportamentos aditivos e dependências, através do desenvolvimento e implementação de metodologias de diagnósticos, como por exemplo o Programa de Respostas Integradas (PRI).

O PORI basea-se na territorialidade, integração e parcerias, atuando na luta contra a pobreza e exclusão social. Estes princípios estratégicos, definidos pela Organização Internacional do Trabalho, atuam em caráter multidimensional, como o uso e abuso de substâncias psicoativas, tipos e padrões de consumo. As intervenções devem ser coerentes e sustentáveis no tempo. Buscam o empowerment dos envolvidos, sendo o

processo de mudança desejável no sentido de reforço da autonomia dos territórios diagnosticados, para resolução de problemas. Atualmente, na Identificação de Zonas, há 90 Concelhos com problemas associados aos fatores e situação de risco. Na Identificação de Territórios, há 163 identificados. A Seleção de Territórios tem 92 selecionados, distribuídos por 71 dos 278 concelhos de Portugal Continental, segundo o SICAD.

O PRI é um programa de intervenção que integra respostas interdisciplinares e multisetoriais, com outras intervenções no âmbito da prevenção, dissuasão, redução de riscos, minimização de danos, tratamento e reinserção, decorrente dos resultados de um diagnóstico realizado no território. Os objetivos com a implementação do PRI são definidos em sede de Núcleo Territorial, que também os implementa, tendo por base a análise dos dados existentes, os grupos alvo e os problemas identificados. São constituídos por entidades parceiras públicas ou privadas, em articulação com o SICAD e a Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) da Administração Regional de Saúde, I.P. (ARS, I.P), responsável por aquele território, de acordo com as leis do Ministério da Saúde. Entre os objetivos do PRI, estão assegurar a integração das intervenções que constituem o PRI; dinamizar e promover a implementação destas intervenções; garantir a adequação das intervenções ao público-alvo; monitorar o desenvolvimento das intervenções; avaliar o PRI em seu todo, relativamente à territorialidade, integração, parceria e participação, com avaliação anual.

Além do PORI e do PRI, o SICAD também atua com outros programas e projetos na área da prevenção, desenvolvidos em conjunto com parceiros governamentais, não-governamentais, nacionais e internacionais. O Eu e os Outros, por exemplo, um programa de prevenção universal dos problemas ligados ao consumo de substâncias psicoativas. Nele, as substâncias são abordadas de forma integrada com outras temáticas comuns aos adolescentes. Foi criado em 2006, por uma equipe técnica do antigo Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT) com apoio de parceiros e é coordenado nacionalmente pelo SICAD, com o apoio/parceria regional das Administrações Regionais de Saúde.

Diferentes territórios, contextos, quantidade de consumo, tipo e objetivos de uso distintos, dificultam o estudo, percepções e principalmente, a prevenção. Isso cria uma demanda específica, “...de capacitação de profissionais para atuar na prevenção e tratamento, que englobe não apenas o quadro clínico do sujeito, mas seu psíquico e

esferas economicas, sociais e juridicas” (Negreiros, 1999, p 121). Assim, as políticas públicas devem englobar os utentes, o territorio, familia, educadores, empresas, instituições e abordar temas como preconceitos, humanização de cuidados, respeito à diversidade, interdisciplinarietà, inclusão social.

Negreiros (1999) relata que na última década, houve uma proliferação de intervenções preventivas em Portugal, iniciativas desenvolvidas por organismos públicos e privados. Tais ações parecem traduzir um grande empenho para enfrentar o problema das drogas, cujas consecuencias “...para o indivíduo e para a sociedade, atingem proporções cada vez mais preocupantes”. (Negreiros, 1999; p 122). Na Europa, multiplicaram-se programas de prevenção nos últimos anos, no entanto, as iniciativas nesta área são de grande diversidade, ao nível do tipo e natureza das estratégias utilizadas, do público alvo, dos profissionais, dos procedimentos avaliativos entre outras questões (Negreiros, 1999).

Segundo Negreiros (1999), entre diversas razões para explicar, mesmo com tantos meios preventivos, a continuidade do abuso de drogas emergem da adoção de modelos de intervenção pouco elaborados ou teoricos e a fraca intensidade das intervenções preventivas. “...com a crença, mais ou menos ingênua, de que as intervenções preventivas poderão constituir a ‘solução única’ para o problema da toxicodependência.” (Negreiros, 1999; p 121)

O aspecto essencial de um programa de prevenção as drogas, segundo Negreiros, centra-se na

“... clarificação dos valores e no processo de tomada de decisão dos jovens. Estas competencias capacitarium o adolescente a fazer escolhas responsáveis em vários domínios, incluindo o consumo de drogas (...) com enfase numa educação simultaneamente cognitiva e afetiva, enfatizando, igualmente, experiências e competencias de aprendizagem.” (Negreiros, 1983; p 8)

Negreiros (1983), relata que os resultados de várias investigações não chegam à uma conclusão única quanto ao fator responsável do uso de drogas na adolescência, pelo contrário, os estudos apontam que há muitos fatores que influenciam diretamente na escolha do jovem. Os fatores mais referenciados, são, entre outros “... a influência da família e do grupo de companheiros e certas características psicológicas”. (Negreiros, 1983; p 7)

Segundo Pacheco, Murcho, Jesus e Pacheco, 2009, “o combate às toxicodependências passa pela sua prevenção” (p 36). Para tanto, isso implica um conhecimento aprofundado do fenómeno e dos fatores facilitadores, ou fatores de risco e os fatores impeditivos, ou fatores de proteção. “Estes fatores existem nas próprias pessoas, nas famílias, nas escolas, nas comunidades e na sociedade em geral, e que podem predispor ou prevenir (...)”. (Pacheco et al, 2009, p 36).

“(...) podemos definir os factores de protecção como sendo aquelas variáveis que contribuem para modular, prevenir ou limitar o uso de drogas, moderando os efeitos da exposição aos riscos, e que podem estar presentes no indivíduo ou no ambiente. Por outro lado, que os factores de risco não são o polo oposto aos de protecção, mas sim uma outra realidade, distinta, se bem que interactuante em relação a estes últimos.” (Pacheco et al, 2009, p 36)

Pacheco et al, 2009, coloca que a sociedade atual sofre alterações intensas e rápidas e isso modifica os contextos socioculturais, portanto, surgem novos fatores de risco e de proteção, além dos já analisados. Isso implicará diretamente na eficácia da intervenção preventiva, principalmente se for primária, pois incidirá na redução dos fatores de risco e na busca de comportamentos alternativos ao consumo de drogas, “...nomeadamente a nível da promoção da responsabilidade individual e social na manutenção da saúde, entendida como um processo de desenvolvimento contínuo a nível físico, psíquico e social”. (Pacheco et al, 2009 p 38).

“A complexidade e a magnitude do problema contemporâneo do consumo de drogas no Brasil tem sido discutidas por diferentes setores da sociedade civil e do Estado” (Brasil, 2003 *apud* Canoletti e Soares, 2005 p 116). A prevenção às drogas no Brasil tem um grande marco para seu início: o surgimento da Aids, devido com compartilhamento de materiais para o consumo de drogas injetáveis. Nesta época, anterior a década de 1990, o país praticamente não tinha pesquisas e programas para prevenção. (Canoletti e Soares, 2005)

Entre os anos de 1994 e 1998, foram implantados programas voltados para a Aids, pelo Ministério da Saúde e o rudimentar Projeto Escolas, com professores multiplicadores de informações sobre as drogas. “Neste momento, o Brasil começa a conhecer a realidade europeia, que já reequacionava os objetivos da prevenção ao consumo de drogas em geral, desde 1972, enfatizando o papel da educação”. (Canoletti e Soares, 2005, p 116). Em 1993, a UNESCO (Organização das Nações Unidas para a

Educação a Ciência e a Cultura) investe em projetos que visavam a educação preventiva contra o abuso de drogas e isso gerou o programa PEDDRO (Projeto Prevenção, Educação e Drogas), em parceria com a Comissão Europeia, que enfoca a informação, formação de pessoal e o intercâmbio de conhecimentos, considerando a escola, a família e a comunidade os lugares privilegiados para uma ação preventiva (Canoletti e Soares, 2005 p 116).

Os primeiros programas de prevenção do Brasil estavam atrelados a ideologia intolerante ao usuário de drogas, chamada de “Guerra às Drogas”, cujo único objetivo é abstinência de qualquer substância ilícita, com propostas de persuasão moral, repressão e gerar medo (Canoletti e Soares, 2005). Apenas atualmente, após os anos 2000 que o país começou algumas práticas diferenciadas, voltadas a perspectiva de redução de danos. Atualmente, pode-se afirmar que as estratégias dos programas de prevenção no Brasil estão em fase de mudança. Segundo Canoletti e Soares (2005):

“(...) os programas de prevenção encontram-se majoritariamente numa categoria transitória entre o modelo hegemônico (guerra às drogas) e o novo modelo em construção (aqui chamado de redução de danos ampla); por um lado, por incorporar mudanças de orientação da sociedade em relação ao consumo de drogas; e por outro, por ser este um discurso “politicamente” mais correto do que o discurso estritamente repressivo, que de uma maneira geral continua sendo bastante expressivo no cotidiano dos serviços.” (p 128)

A prevenção ao uso de substâncias psicoativas atua no sentido de antecipar, prevenir, precaver algum dano, prever e não apenas impedir. Para sua eficiência, tem grupos específicos, no caso deste trabalho, jovens que tenham consumido ou estejam em risco do consumo de drogas inscritos nos SCFV dos CRAS de Poços de Caldas.

Algumas finalidades são atuar sobre fatores que predisõem o uso e abuso da substância, gerar opiniões e participar da dinâmica social de forma ativa e preventiva. Estas ações dependem do surgimento ou agravamento da situação no local e pode vir a afastar ou diminuir a probabilidade de ocorrência de danos no indivíduo e em seu meio social. Visa gerar uma atitude responsável e consciente em relação ao consumo de substâncias, a considerar o problema pessoal, social e cultural, ou seja, a droga enquanto fenômeno. (Noto, 2004)

Conhecer a realidade do uso de psicoativos entre adolescentes, reunir dados epidemiológicos acerca do assunto, é uma importante ferramenta para a formulação e avaliação de políticas públicas adequadas destinadas à prevenção, redução de danos e tratamento de dependentes dessas substâncias (Noto, 2004).

No Brasil, segundo a lei nº 8.069, de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a doutrina traz a “proteção integral”, definindo as crianças e adolescentes como grupo social prioritário de atendimento e vistos como (a) cidadão; (b), sujeito de direitos; (c) capaz de protagonismo; (d) merecedor de prioridade de atenção; e (e) de cuidados. (Brasil, 1990)

Assim sendo, dentro dessa premissa de proteção, uma das atribuições dos profissionais que atuam na atenção aos adolescentes em situação de risco é determinar que fatores podem ser evidenciados pela técnica e pela experiência como relevantes para promover seu crescimento saudável e evitar que corram riscos de dependências e de acirramento de problemas sociais (Schenker e Minayo, 2004).

“Cabe ressaltar que os fatores de risco e de proteção devem ser tratados como variáveis independentes, pois podem afetar o comportamento sem que haja, necessariamente, uma complementaridade entre eles” (Schenker e Minayo, 2004, p 709 *apud* Jessor, 1995).

“O desenvolvimento dos estudos sobre fatores protetores, tende, atualmente, a enfatizar o processo de formação da resiliência, num progressivo abandono das abordagens centradas nos fatores de risco. Busca-se dar ênfase aos elementos positivos que levam um indivíduo a superar as adversidades. Esse novo paradigma é certamente otimista, principalmente porque leva a acreditar que é possível, por meio de ações e programas preventivos, promover o bem-estar do adolescente, atuando no fortalecimento e no desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais.” (Schenker e Minayo, 2004, p 711)

Os programas de prevenção tratam diversos temas transversais a vida do jovem e cabe aqui citar a questão da resiliência como fator fundamental no desenvolver das atividades. A compreensão do conceito envolve “...o entendimento da interação entre a adversidade e fatores de proteção internos e externos ao sujeito, assim como do desenvolvimento de competências que permitam a uma pessoa obter sucesso diante da adversidade” (Schenker e Minayo, 2004, p 712)

Embora as definições de resiliência sejam ainda bastante variadas, toda a discussão a respeito desse conceito está relacionada aos fatores ou processos intrapsíquicos e sociais que possibilitem o desenvolvimento de uma vida sadia, apesar de experiências de vida traumáticas. (Noto, 2004).

A prevenção do consumo de substâncias psicoativas pode ser dividida em diferentes níveis de acção, como primária, que são um conjunto de acções com objectivo de impedir a experimentação das drogas, a secundária, que impede a continuidade do consumo ou terciária, que visam o tratamento do paciente, em caso avançado ou toxicodependência. (Ramos e Bertolotte, 1997).

Uma outra classificação dos programas tem que podem ser universais, dirigidos a população em geral, os selectivos, que têm como participantes grupos de alto risco ou subgrupos da população em geral e os programas indicados, ou seja, para indivíduos já consumidores ou que estão em situação de risco social. (Ramos e Berlotte, 1997)

Segundo Carvalho (1990), os primeiros programas de prevenção tem diferentes abordagens de três orientações teóricas distintas, designadas por: modelo informativo-comunicacional: baseado em métodos didácticos, com surgimento após a década de 60, atribuía factores cognitivos na mudança de atitudes nas escolas, tratava principalmente assuntos sobre o uso, seus efeitos prejudiciais e usava da tática de gerar medo, que foi abandonada com o tempo e substituída por teorias de aprendizado social que colocava o início do consumo baseado em factores sociais e interpessoais; o segundo, chamado de modelo humanista, da década de 70, que para além de transmitir informações considera importante variáveis como a tomada de decisão do jovem, o papel ativo dos sujeito perante as substâncias psicoativas e a clarificação dos valores; e o terceiro modelo, as perspectivas neobehavioristas, que após os anos 80 e 90, admite-se que o consumo de substâncias psicoativas pelo adolescente resulta de aprendizagem, fundamental para criar estratégias para lidar com o consumo dentro do grupo de pares e de competências sociais.

Bucher (1995) coloca que os programas de prevenção às substâncias psicoativas devem levar em consideração a personalidade, os valores, as crenças, os efeitos da droga no organismo, o contexto sócio cultural e a epidemiologia. Novas tendências dos modelos preventivos enfocam encontrar a auto-estima, a auto-realização, a valorização da vida, formando jovens empoderados, de discurso e atitudes

construtivas, encorajados a desenvolver sua personalidade, identidade sexual, social, criatividade e valores filosóficos.

Segundo Dea, Santos e Olic (2004) as atividades preventivas favorecem o reconhecimento de riscos para os adolescentes e possibilitam o desenvolvimento de estratégias para minimizá-los. “Ao levar em conta não só os fatores socioculturais como aspectos da subjetividade do jovem, esse de tipo trabalho preventivo envolve não só uma ação educativa, mas implica também uma psicoprofilaxia, uma atitude clínica e social, no sentido mais amplo do termo.” (Dea, Santos e Olic, 2004 p 114). A importância crucial da atuação do Psicólogo nessa área aponta claramente para a necessidade de capacitação dos profissionais para esse tipo de trabalho preventivo e para o diálogo com profissionais de outras áreas em equipes multidisciplinares voltadas para a promoção de saúde.

Em 2011, foi publicada pelo UNODC as Normas Internacionais sobre a Prevenção do Uso de Drogas, que “sintetizam as evidências científicas atualmente disponíveis, descrevendo as intervenções e políticas que resultaram em medidas de prevenção positivas e suas características” (Brotherhood; Sumnall, 2011 p 4) e também identificam os principais componentes e características de um sistema eficiente de prevenção de drogas de um país. O esquema de representação de um sistema internacional de prevenção de drogas pode ser visto nos anexo I, figura 1.

4.5 O Adolescente Brasileiro no Contexto da Exclusão Social

O local onde as pessoas vivem é o território, um recorte espacial definido por relações de apropriação, poder e de controle sobre recursos e fluxos baseado em aspectos políticos, econômicos e culturais (Martins, 2013). O território contém formas diversas de apreensão, manifestação individual e coletiva de um estado, grupo, classe social ou econômica, ou seja, dentro deste espaço acontecem as relações sociais cotidianas, que dão sentido, significado, valor e função aos objetos espaciais. Isso influencia diretamente na criação de programas e projetos voltados para as pessoas que ali vivem. Como uma outra definição de território, temos que:

“O território é o chão e mais a população, isto é uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O

território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais, espirituais e da vida, sobre as quais ele influí. Quando se fala em território, deve-se, pois, de logo, entender que está falando em território usado, utilizado por uma população”. (Santos, 2003 *apud* Martins 2013)

É preciso levar em consideração a realidade brasileira, que tem fatores como a recorrência do trabalho infantil e juvenil para completar a renda familiar, o que “não basta para explicar a opção do envolvimento com o crime, nem a falta de oportunidades no mercado, mas tais necessidades permanecem como pano de fundo.” (Triana; Oliveira, 2010 p 6). O crime tem oferta diária de trabalho para os jovens, com ganhos reais, o que em um calculo simples, desestimula os jovens a optar por um emprego com vencimentos mínimos, além do dinheiro, ainda há atração pelo status que o crime traz, o prestígio e o poder. A busca de boas sensações, liderança, dinheiro fácil são eventos que “implicam experimentações intensivas e auto-abandono, ou o paradoxo de ações que deliberadamente visam “sair de si” (Vargas, 2006 *apud* Triana; Oliveira, 2010 p 6)

Nesse sentido, Triana e Oliveira (2010) esclarecem que a opção pelo tráfico não é uma questão de escolha, pois, a liberdade tem uma dimensão totalmente diferente da liberdade de outros jovens de classes sociais média ou alta. “Liberdade para um diplomado de universidade pública é algo muito distinto do que é liberdade para um membro da periferia brasileira”. (Triana e Oliveira, 2010 p 7). Ou seja, as condições e o contexto tornam o tráfico como sendo algo lucrativo e cada vez mais atraente para o adolescente, mas dentro de um panorama marcado por uma profunda desigualdade e injustiça social.

“O que queremos esclarecer, é que o tráfico é consequência da realidade capitalista e, assim sendo, o próprio Estado e a legislação favorecem e geram criminalidade e violência. Enquanto os meios de comunicação em massa insistirem, em conjunto com a política oficial, num discurso maniqueísta de repressão ao tráfico – que personifica o mal absoluto na figura do comerciante e do usuário –, a potencialização do preconceito contra os pobres aumentará pelo simples fato de reproduzirem o binômio pobreza/violência. Este binômio, por sua vez, continuará a discriminar os usuários como doentes, fracos e financiadores da violência e, conseqüentemente, este discurso míope se manterá ocultando o verdadeiro processo histórico e as causas estruturais da violência e da criminalidade.” (Triana; Oliveira, 2010 p7)

Neste trabalho, assim como no de Canoletti e Soares (2005), a droga pode ser vista como mercadoria e deve ser analisada “(...) à luz da estrutura e dinâmicas do modo de produção capitalista, que conformam os contextos da sociedade contemporânea.” (p 117). A partir desta abordagem, o consumo de substâncias psicoativas “(...) está submetido às possibilidades de reprodução social dos indivíduos, famílias e classes ou grupos sociais, bem como reflete as consequências das políticas sociais públicas adotadas pelo Estado” (Canoletti e Soares, 2005, p 118). Portanto, a política e os programas de prevenção ao consumo de drogas devem estar voltados tanto para mudanças em contextos de socialização e interação dos indivíduos, delimitados e específicos a sua condição de classe, quanto para mudanças estruturais mais gerais que melhorem a distribuição da renda e o acesso aos bens socialmente produzidos (Canoletti e Soares, 2005).

Segundo Sudbrack (1997), a vida do adolescente brasileiro no contexto da pobreza pode ser descrita como “...uma passagem abrupta da infância aos papéis da vida adulta” (p 89), pois eles acabam por não ter escolha além de ingressar precocemente no mercado de trabalho e contribuir na renda da família de origem ou nas próprias famílias, formadas muito cedo. Isso gera outra consequência, a evasão escolar. Os jovens abandonam muito cedo a escola, criando um ciclo vicioso que se reforça: como abandonam a escola, a chance de conseguir um emprego que pague o suficiente é muito pequena, assim, “seguem sem preparo ou experiência para o mercado de trabalho”. (Sudbrack, 1997, p 89)

As mulheres adolescentes inserem-se nas atividades domésticas junto a família e assumem responsabilidades maternas, da casa, dos irmãos e dos próprios filhos. “Infelizmente o grau de consciência social das famílias brasileiras é pequeno e ocorrem situações de exploração do trabalho infantil, na medida em que a jornada de trabalho e tipo de esforço exigido torna-se inconciliável com a frequência a escola”. (Sudbrack, 1997, p 89).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), coloca que o trabalho infantil é proibido até os 14 anos, salvo na condição de aprendiz. A lei é clara, portanto, mas as opiniões divergem entre os que procuram efetivar o direito do jovem de ser criança e adolescente, estudar e gozar de lazer e dos que sem condições financeiras e devido as

necessidades de sobrevivência, veem-se forçados a inserir os adolescentes no mercado de trabalho muito precocemente.

A realidade brasileira dos jovens pobres é complicada pois, “...crianças e jovens sem tempo e oportunidade de lazer, são pressionadas a obter ganho para subsistência sua e de sua família, frustrados na carreira escolar e não tem perspectivas de profissionalização”. (Sudbrack, 1997, p 90). O consumo de substâncias psicoativas pode levar a marginalização pelas perdas e prejuízos, no caso do Brasil, “...precisamos pensar por outra via: como as drogas se inserem na vida destes tantos já excluídos de usufruírem de seus direitos mínimos de cidadãos e de seres em desenvolvimento?” (Sudbrack, 1997, p 89)

Durante a adolescência é esperado que o jovem aprenda a tolerar frustrações e encontrar formas adequadas para expressá-la. Para que isso aconteça, torna-se necessário que o sujeito encontre condições em seu contexto socio-familiar para canalizar suas decepções. Sudbrack (1997) coloca que:

“O que se observa é que por um lado, as fontes de frustração destes jovens são máximas e, por outro lado, a forma de canalização e de expressão são mínimas, ou praticamente inexistentes. O apoio dos adultos mais próximos torna-se difícil, na medida em que estes encontram-se praticamente na mesma situação. A comunidade mais ampla revela uma inexistência de infra-estrutura e de apoios básicos, inclusive com mecanismos de natureza repressora e preconceituosa na abordagem da adolescência e das drogas. Possuem uma visão fatalista do mundo que leva-os a incorporar a frustração ou mesmo a privação de necessidade de direitos básicos como parte de seu contexto de vida e da condição crônica da pobreza em que vivem”. (p 90 - 91)

Nas famílias brasileiras de baixa-renda, a socialização das crianças na escola e na família é marcada pelo autoritarismo, o que pode gerar indivíduos passivos e dependentes, com auto-estima comprometida. “Acabam por introjetar atributos negativos pessoais as falhas próprias de sua condição histórico-social. De forma circular e quase inevitável, este ciclo se instala, reforçando-se a condição de miséria, não só a nível material”. Sudbrack, 1997, p 92) Isso gera sentimentos de inferioridade,

incapacidade, desvalorização desde muito cedo, sem o reconhecimento mínimo que faça os jovens crer em seu próprio potencial.

Os jovens brasileiros centram sua vida em assegurar a subsistência diária, o que impossibilita ter metas e projetos de vida a longo prazo, característica fundamental da adolescência, essencial para a formação de identidade e sobretudo na definição de papéis como adultos na sociedade.

No contexto brasileiro, o consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes foge do parâmetro recreativo e busca de prazer. Sudbrack (1997) afirma que os jovens encontram na droga algum alívio, devido às carências sociais, a angústia em relação ao seu futuro, os vínculos fragilizados entre os familiares.

“A droga passa a construir uma verdadeira estratégia de sobrevivência, pois reduz as sensações de frio, a fome, provoca estados de sonolência que, de certa forma, permitem a alienação de uma realidade que é deprimente, assim como permite preencher um tempo que é interminável face à falta de atividades que encontram. É importante destacar que foi detectado um elevado índice de tentativas de suicídio entre adolescentes de baixa renda no Brasil ao lado de um elevado consumo de drogas.” (Sudbrack, 1997, p. 93)

Os jovens passam a cometer pequenos furtos para pagar a substância psicoativa ou envolvem-se com as oportunidades oferecidas pelo narcotráfico, que são muitas e o retorno financeiro é imediato, sendo do interesse dos traficantes terem jovens entregando a droga nas ruas, pois devido à idade, posse de drogas irá conduzi-lo a medidas socio-educativas e não ao cárcere. O fracasso na busca da identidade social, familiar, sexual leva o adolescente por caminhos equivocados, em que encontra uma satisfação imediata de suas necessidades, mas, concomitante a isso, o destrói profundamente. “O consumo de drogas e a prática da delinquência colocam-se nesse sentido como vias de escape do conflito dos jovens brasileiros”. (Sudbrack, 1997, p. 94)

4.6 A Prevenção e a Proteção Social Básica na Legislação Brasileira

A partir de 2004, com a regulamentação da nova Política Nacional de Assistência Social (PNAS) brasileira, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) tem sido implementado, inaugurando “...mudanças de concepção da assistência social e transformações na criação de parâmetros para a efetivação dessa política nos diversos municípios brasileiros”. (Sato, 2014 p 11). Segundo o escritor e Assistente Social Leonardo Martins:

“As directrizes do SUAS trabalham temas como colectividade, diversidade, empoderamento colectivo e reflexão e análise conjuntural, diferente do modelo actual de nossas vidas, que preza a individualidade, a homogeneização, a centralização do poder e a racionalidade tecnicista” (Martins, 2013, p 11)

O conceito de organização do SUAS, regido pela Lei Federal 12.435/11, tem como base a matricialidade sócio-familiar³, a descentralização político-administrativa e territorialização, sendo o público prioritário crianças, adolescentes e idosos que estejam em situação de isolamento; trabalho infantil; violência doméstica e, ou, negligência; evasão escolar; em situação de acolhimento institucional; em cumprimento de medidas socioeducativa em meio aberto; egressos de medidas socioeducativas; situação de abuso e\ou exploração social; com medidas de protecção do Estatuto da Criança e do Adolescente; crianças e adolescentes em situação de rua; vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência. (Conselho Nacional da Assistência Social, CNAS, 2013)

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) enfatizou a importância da participação popular e reforçou o significado da Assistência Social como sendo uma Política de Proteção Social, comprometendo-se com a garantia de direitos e a protecção, a todos que delas necessitarem. A PNAS contempla, entre outros serviços, a participação popular e o seu fortalecimento a partir dos serviços socioeducativos para todas as idades. Sua organização e atendimento dividiram-se em Proteção Social

³ A Matricialidade sociofamiliar refere-se à centralidade da família como núcleo social fundamental para efetividade de todas as acções e serviços da PNAS. A política de Assistência Social define família como sendo um conjunto de pessoas unidas por laços consanguíneos, afectivos ou de solidariedade, “cuja sobrevivência e reprodução social pressupõem obrigações recíprocas e o compartilhamento de renda e ou de dependência económica”. (Orientações Técnicas do CRAS, MDS, 2009 p 12)

Especial (PSE), que tem como equipamento o CREAS (Centro de Referência Especializada na Assistência Social) e a Proteção Social Básica (PSB), que utiliza o CRAS (Centro de Referência em Assistência Social) para execução da PNAS, “principal equipamento da atenção social básica do país” (Sato, 2014 p 11), sendo este último o foco deste Programa de Prevenção. Segundo Negreiros,

“Os programas comunitários de prevenção do abuso de drogas representam uma modalidade de intervenção nesta área das mais promissoras. Isso deve-se ao fato de, neste tipo de abordagem, os esforços estarem orientados para uma integração de diferentes componentes de intervenção, envolvendo a família, escola, comunidade e meios de comunicação social. As abordagens comunitárias revestem-se, assim, de um âmbito mais alargado, procurando, nomeadamente, alterar condições e fatores do meio ambiente responsáveis pela iniciação do indivíduo ao consumo de drogas” (Negreiros, 1999; p 128)

O CRAS é uma unidade pública estatal descentralizada da Política de Assistência Social, responsável pela organização e oferta de serviços da Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social do Brasil. Dada sua capilaridade nos territórios, caracteriza-se como a principal porta de entrada do SUAS, ou seja é uma unidade que possibilita o acesso de um grande número de famílias à rede de proteção social de assistência social. O equipamento tem como objectivo: “...prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidades e riscos sociais nos territórios, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania”. (Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome, MDS, 2009, p 9)

Na Proteção Social Básica (PSB), ou seja, nos CRAS, um dos serviços ofertados é o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV): que “...tem o objectivo de complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidade e risco social” (Martins, 2013 p 6). O SCFV é um serviço realizado em grupos, organizado de modo a garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com seu ciclo de vida e ao local onde moram. Segundo Martins (2013), as relações sociais estão por si definidas no território, onde as vivências e os vínculos estão em constante interacção com sua colectividade, tornando possível o empoderamento do colectivo, refortalecimento de vínculos e a garantia da protecção social.

As actividades são desenvolvidas nos CRAS, em âmbito federal e a este trabalho interessa o município de Poços de Caldas, onde será realizada a intervenção junto aos jovens pertencentes aos grupos do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). Assim, torna-se possível viabilizar e difundir temas diversos nos grupos, como por exemplo a prevenção às drogas. “Estes serviços tornam-se ferramentas fundamentais à efetivação do exercício dos poderes econômicos, culturais, políticos e sociais por aqueles que são socialmente explorados”. (Sato, 2014 p 11).

O município de Poços de Caldas, pertencente ao Estado de Minas Gerais, Brasil, tornou-se relevante a este estudo por ter sido local de estudo e trabalho da autora, na Secretaria Municipal de Assistência Social. Segundo Sato,

“A economia da cidade está profundamente atrelada ao turismo e às indústrias de exploração de jazidas de bauxita, fontes de renda essenciais à receita municipal durante décadas. No âmbito da política pública de saúde, o município tornou-se referência para 64 municípios sul mineiros circunvizinhos. Historicamente existe em Poços de Caldas um número substancial de famílias ricas, que influenciaram em demasia a construção da assistência social no município, disseminando a cultura da benemerência no trato com os pobres. Era comum que as mulheres ricas da cidade fossem indicadas para o comando das instituições não governamentais, característica marcante da assistência social poços caldense.” (Sato, 2014, p 12)

Os CRAS de Poços de Caldas são referência nacional e “ passaram a ser um locus privilegiado para as reflexões suscitadas sobre a Assistência Social no estado e no país.” (Sato, 2014, p 12). Atualmente, há cinco CRAS em funcionamento, sendo cada um responsável por um território: CRAS SUL, CRAS CENTRO, CRAS LESTE, CRAS LESTE II e CRAS OESTE. Em cada equipamento, há dois colectivos de adolescentes participantes do SCFV, totalizando 250 jovens com idades entre 14 e 18 anos.

A Proteção Social Básica no Brasil, implementada pela Política Nacional de Assistência Social, tem como objetivos: prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação ou ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos e ou fragilização de vínculos afectivos, relacionais e de pertencimento social, discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras. “A proteção social básica ocupa-se das ações de vigilância social, prevenção de situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e

aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários.” (PNAS, 2004 p 27)

“As atividades do Psicólogo devem estar voltadas para a atenção e prevenção a situações de risco, objetivando atuar nas situações de vulnerabilidade por meio do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições pessoais e coletivas.” (Brasil, 2006, p 13)

Segundo o ECA, lei nº 8.069 da Infância e Adolescência brasileira, publicada em 1990, traz o Art. 4º, em que relata o dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.” E continua como garantia de propriedade a alínea “d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção e prevenção à infância e à juventude.” (ECA, 1990)

O Título III do ECA, chamado “Da Prevenção”, traz que é dever do Estado a formação continuada e a capacitação dos profissionais de saúde, educação e assistência social e dos demais agentes que atuam na promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente para o desenvolvimento das competências necessárias à prevenção, à identificação de evidências, ao diagnóstico e ao enfrentamento de todas as formas de violência contra a criança e o adolescente; adendo Incluído pela Lei nº 13.010, de 2014. (ECA, 1990)

A Política Nacional Sobre Drogas (PNSD, 2005), conjunto de leis implementadas em 2005 pelo presidente Luis Inácio Lula da Silva, tem como alguns dos pressupostos básicos: priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de menor custo para a sociedade; garantir, incentivar e articular, por intermédio do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), o desenvolvimento de estratégias de planejamento e avaliação nas políticas de educação, assistência social, saúde e segurança pública, em todos os campos relacionados às drogas; garantir a implantação, efetivação e melhoria dos programas, ações e atividades de redução da demanda (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e redução de danos, levando em consideração os indicadores de qualidade de vida, respeitando potencialidades e princípios éticos.

A PNSD (2005) tem um capítulo intitulado “Prevenção” e nele está que a efetiva prevenção é fruto do comprometimento, da cooperação e da parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira e dos órgãos governamentais, federal, estadual e municipal, fundamentada na filosofia da “Responsabilidade Compartilhada”, com a construção de redes sociais que visem à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde. Sobre a execução desta política, no campo da prevenção deve ser descentralizada nos municípios, com o apoio dos Conselhos Estaduais de políticas públicas sobre drogas e da sociedade civil organizada, adequada às peculiaridades locais e priorizando as comunidades mais vulneráveis, identificadas por um diagnóstico. Para tanto, os municípios devem ser incentivados a instituir, fortalecer e divulgar o seu Conselho Municipal sobre Drogas.

A lei cita que as ações preventivas devem ser pautadas em princípios éticos e pluralidade cultural, orientando-se para a promoção de valores voltados à saúde física e mental, individual e coletiva, ao bem-estar, à integração socioeconômica e a valorização das relações familiares, considerando seus diferentes modelos. As actividades devem ser planejadas e direcionadas ao desenvolvimento humano, o incentivo à educação para a vida saudável, acesso aos bens culturais, incluindo a prática de esportes, cultura, lazer, a socialização do conhecimento sobre drogas, com embasamento científico, o fomento do protagonismo juvenil, da participação da família, da escola e da sociedade na multiplicação dessas ações. (PNSD, 2005)

O Estado deve garantir aos pais e/ou responsáveis, representantes de entidades governamentais e não-governamentais, iniciativa privada, educadores, religiosos, líderes estudantis e comunitários, conselheiros estaduais e municipais e outros atores sociais, capacitação continuada sobre prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, objetivando engajamento no apoio às atividades preventivas com base na filosofia da responsabilidade compartilhada.

Dirigir as ações de educação preventiva, de forma continuada, com foco no indivíduo e seu contexto sociocultural, buscando desestimular o uso inicial de drogas, incentivar a diminuição do consumo e diminuir os riscos e danos associados ao seu uso indevido. Deve promover, estimular e apoiar a capacitação continuada, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, com a participação de todos os atores sociais envolvidos no processo, possibilitando que esses se tornem multiplicadores, com o objetivo de ampliar, articular e fortalecer as redes sociais, visando ao desenvolvimento integrado de programas de promoção geral à saúde e de prevenção. (PNSD, 2005)

Deve manter, atualizar e divulgar um sistema de informações de prevenção sobre o uso indevido de drogas, integrado, acessível, que favoreça a formulação e implementação de ações de prevenção, incluindo mapeamento e divulgação de “boas práticas” existentes no Brasil e em outros países. Será incluso o processo de avaliação permanente das ações de prevenção realizadas pelos Governos, Federal, Estaduais, Municipais, observando-se as especificidades regionais. (PNSD, 2005)

As leis garantem campanhas e programas de prevenção em pesquisas e levantamentos sobre o uso de drogas e suas consequências, de acordo com a população-alvo, respeitadas as características regionais e as peculiaridades dos diversos segmentos populacionais, especialmente nos aspectos de gênero e cultura. Propõe a inclusão, na educação básica e superior, de conteúdos relativos à prevenção do uso indevido de drogas. (PNSD, 2005)

4.7 Conclusão do Capítulo

Este capítulo tratou brevemente sobre a adolescência e temas transversais, para entender características desta fase da vida que influenciam diretamente nas atitudes dos jovens, como por exemplo, o desenvolvimento físico, psicosocial, psicoafetivo, cognitivo e intelectual que reestruturam-se na adolescência e são fenômenos marcantes na vida do sujeito.

Durante esta fase, a socialização aumenta, o jovem começa a encontrar amigos com os mesmos interesses, passa grande parte do seu dia na escola e surgem crises de identidade, que podem gerar conflitos. Cada conflito originado no grupo de pares pode ser avaliado como um processo de desenvolvimento humano, no qual possibilita aos sujeitos constantes mudanças e conseqüentemente evolução e amadurecimento, fatores que auxiliam na passagem de uma fase a outra. A construção da identidade, bem como os fatores que influenciam nesse processo, são partes essenciais nas construções sociais, onde há influência direta da família e dos grupos externos ao seio familiar para fortalecimento da identidade, que interfere na construção da personalidade.

“A adolescência é uma fase cheia de características próprias, que ajudam na construção de uma identidade, fortalecida pelos laços familiares e sociais que cercam os

adolescentes e que constituem dimensões essenciais do sujeito nesse processo” (Schenker e Minayo, 2004 p 107)

Por vezes o adolescente é visto como rebelde e transgressor de leis e normas sociais, mas na verdade, são apenas características que permeiam o universo de tais sujeitos, que marcam essa passagem. O contexto socio-cultural também influencia diretamente nesta passagem: onde o jovem vive, sua comunidade, seus amigos e a que grupo pertencem podem dizer muito sobre a identidade de cada um.

Esta fase também é marcada pelo primeiro contato do jovem com substâncias psicoativas, que podem vir por diversos fatores como curiosidade ou como fuga da realidade, que é considerado o principal motivo de experimentação dos jovens brasileiros de baixa renda, apontado por Sudbrack (1997).

No Brasil atualmente há poucos programas em funcionamento e as leis que os implantam são relativamente novas, o problema social do Crack obrigou o país a procurar uma solução diferente e as leis relativas ao adolescente, a Política de Assistência Social, Política Nacional sobre Drogas, Estatuto da Criança e do Adolescente, entre outras estão voltadas para intervenções preventivas, o que é uma força motora para a criação de programas de prevenção.

A prevenção dentro deste trabalho tem como objetivo atuar no sentido de empoderar esses jovens vítimas de exclusão social, que já estão em contato com a substância psicoativa, dando muito além de informações, a possibilidade de pensar em suas vidas sobre novas perspectivas, sem drogas, em especial sem a cocaína e o crack e para tanto, torna-se necessário analisar os fatores de risco e os fatores de proteção ao qual o jovem está exposto, sua realidade, história de vida, contexto social e o grupo de pares a qual pertencem e atuar na garantia de seus direitos sociais, à luz da legislação vigente.

PARTE B

METODOLOGIA E CARTOGRAFIA

5 METODOLOGIA

As drogas estão presentes na realidade dos adolescentes e são um fenómeno de constante evolução. Segundo Coslim (2009), o ato de consumir pode ser interpretado como sintoma de inquietações pessoais, frustrações, e de certa forma, acaba por ser um mecanismo de defesa contra a depressão, a ansiedade, uma fuga da realidade que vivem. O papel do meio em que os jovens vivem é incontestável, assim como a participação da família e do grupo de pares.

A partir das publicações recentes sobre a Cocaína e o Crack nos relatórios mundiais e brasileiros, como pode ser visto no Capítulo II deste trabalho, com a grande oferta da substância psicoactiva e a facilidade para o consumo, torna-se parte do cotidiano ter contato próximo com as drogas, além da possibilidade de algum membro do grupo de pares ser consumidor. A preocupação ainda é maior se levar em consideração que o Brasil é o primeiro consumidor de Crack do mundo e que os programas de prevenção são ainda recentes e rudimentares, muitas vezes sem respaldo financeiro e político para que sejam efectivos. As cracolândias estão espalhadas por todos os estados e municípios e o crime associado às drogas aumentou consideravelmente nos últimos anos.

O Crack é o derivado da Cocaína e tem consequências biopsicossociais, neurológicas, afectivas devastadoras na vida do consumidor e das pessoas ao seu redor, como pode ser lido no Capítulo III deste trabalho. O acesso a essa droga é fácil e inicia-se na adolescência, a droga causa dependência quase imediata, o que pode facilmente possibilitar a escalada do uso abusivo para a toxicodependência. O consumidor pode também sofrer pela exclusão social, sendo rotulado e rejeitado pelos que cruzam seu caminho, isso pode acarretar indesejabilidade social, sofrimento e dor mental.

A adolescência é uma fase transicional da infância para a vida adulta e isso gera confusão, crises, emoções instáveis, conflitos. O corpo muda constantemente, a imagem de si e perspectivas são diferentes, a actividade hormonal está em alta, assim como o desenvolvimento cerebral e do intelecto. A identidade do sujeito começa a ser moldada, através de vivências, que podem agregar ou não no seu desenvolvimento e grande parte do tempo, o jovem passa na escola, portanto, ali é o local onde serão depositadas muitas de suas angústias, frustrações, alegrias, decisões, descobertas. A iniciação sexual, escolha do parceiro, inserção no mercado de trabalho, o primeiro amor, o início do consumo de substâncias psicoactivas, entre outras possibilidades acontecem

nesta fase. A socialização é maior e o vínculo com os amigos cresce, podendo algumas vezes distanciar o adolescente da família, o que pode ser considerado um fator de risco perante a sociedade que o jovem ainda não conhece. A realidade dos jovens brasileiros de famílias pobres ainda tem a adição do trabalho desde muito cedo, da evasão escolar, do narcotráfico com imensas possibilidades de lucro, a alta taxa de gravidez na adolescência, a falta de perspectivas futuras. Os factores de risco, de protecção e sua interação na vida do sujeito e no território a que pertencem devem ser explorados com obstinação e comprometimento, para que os programas de prevenção sejam efectivos.

As principais leis brasileiras garantem a prevenção e prioridade de atendimento aos adolescentes, seja no Estatuto da Criança e do Adolescente, na Política Nacional de Assistência Social, na Política Nacional Sobre Drogas, no Plano Integrado contra o Crack, entre muitas outras, portanto, o país tem demanda, recursos e urgência em tratar dos assuntos recorrentes ao consumo de substâncias psicoactivas entre os jovens.

À considerar que os índices de criminalidade tiveram um grande aumento na cidade de Poços de Caldas e segundo a SEDS (2013) a maioria dos infractores da lei são jovens em situação de risco social; o consumo de crack e cocaína tem aumentado muito no Brasil, segundo o II LENAD 2012, o país é o maior consumidor de crack e cocaína do mundo; as consequências do uso e abuso de substâncias psicoactivas são devastadoras, principalmente se chegarem a toxicodependência, que é facilmente alcançada com o uso de crack ou cocaína; as consequências são psicológicas, biológicas, sociais, neurológicas, causam rompimento de vínculos familiares e evasão escolar; durante a adolescência ocorre a experimentação das drogas e o primeiro contato, muitas vezes motivado pela tentativa de fuga da realidade miserável do adolescente, torna-se nesta fase essencial o empoderamento do jovem face as substâncias psicoactivas e buscar a mudança de atitudes perante a oferta, assim como fortalecimento de vínculos com o grupo de pares; segundo as leis da PNSD (2005), o ECA (1990) e a PNAS (2004) é dever e obrigação a prioridade de atendimento e atuação em nome da prevenção com crianças e adolescentes.

O conjunto de necessidades decorrentes da pobreza e dos processos de exclusão social e vulnerabilidades sociais, aliado às necessidades peculiares do desenvolvimento dos jovens em seu ciclo de vida, exigem ações que vão além da transferência de renda e bens materiais. Trata-se de associar serviços e benefícios que permitam a prevenção de riscos e contribuam para o reforço da autoestima dos jovens, o

desenvolvimento de sua autonomia e capacidade de sobrevivência futura, bem como para a ampliação de seu acesso e usufruto à cultura e aos bens sociais. (MDS, 2009)

Essa integração se dá de forma complementar e não substitutiva, de modo a proporcionar alternativas emancipatórias para o enfrentamento da vulnerabilidade social decorrente das condições de pobreza e de desigualdades sociais, as quais afligem milhares de famílias nas diversas regiões do Brasil. (Sato, 2014). Decerto os problemas sociais estão arraigados profundamente na vida dos homens e mulheres desse país. São problemas complexos e de difícil solução. Atuar em escala e preventivamente junto à juventude, abrindo-lhe oportunidades de desenvolvimento humano, inserção social e participação cidadã, como propõe o SCFV, é um passo importante que se dá rumo à sociedade que almejamos construir.

A partir de tais considerações e sob a luz das leis brasileiras, segue a criação do programa de prevenção à substâncias psicoativas, intitulado “Unidos para Cuidar”. O logotipo pode ser visto no anexo II, figura 2. Trata-se de um programa de prevenção secundária, destinado aos adolescentes inscritos nos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculo dos CRAS do município de Poços de Caldas. Jovens em risco social, oriundos de famílias de baixa renda, que já tiveram ou têm contacto com substâncias psicoativas, em especial a Cocaína e o Crack, com possibilidade de evolução do consumo.

O Programa “Unidos para Cuidar” tem como premissa unir os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Promoção Social e Secretaria Municipal de Educação em uma acção conjunta e multidisciplinar no programa de prevenção a substâncias psicoativas, durante um ano. Desde o início, há comprometimento do programa em preparar os profissionais envolvidos com capacitações e preparação para atuar perante o tema e o grupo.

A proposta de intervenção é indicada, pois os jovens já foram identificados como consumidores ou com comportamentos de risco relacionados directamente ou indirectamente ao consumo de drogas, alguns em conflito com a lei, em cumprimento de medidas sócio-educativas. Segundo a tipologia de Gordon (1987) é uma Prevenção selectiva, pois dirige-se a indivíduos que manifestam os primeiros sinais de um determinado problema. Rappaport (1981) propõe um modelo baseado no Empowerment, que usa o trabalho dos psicólogos como facilitadores de recursos, com o foco em permitir que os elementos da comunidade consigam adquirir competências e serem figuras promotoras para resolver possíveis questões. O intuito é unir os

profissionais da Secretaria de Assistência Social, da Secretaria de Saúde e da Secretaria de Educação em uma acção conjunta, com actividades diversas buscando abranger a prevenção em um sentido holístico.

O Programa de Prevenção “Unidos para Cuidar”, baseado nas cartilhas “Coletivo Questionador” do Ministério do Desenvolvimento Social (2009), é estruturado em directrizes metodológicas das acções socioeducativas dos grupos participantes do SCFV e são construídas a partir dos três eixos estruturantes que visam o desenvolvimento integral dos adolescentes nas diversas dimensões de sua vida, como individuo, como cidadão, como futuro profissional e buscam orientar suas vivências na família, na escola, na comunidade e na sociedade. Os eixos estruturantes são:

- *A Convivência Social*: valoriza a pluralidade e a singularidade da adolescência, formas particulares de sociabilidade dos jovens, criação de vínculos e interação com seus pares, família, escola, mundo do trabalho e a comunidade.
- *A Participação Cidadã*: sensibiliza os desafios da realidade socioeconomica, cultural, ambiental e política do seu meio social; reconhecimento de direitos, estímulo as práticas associativas, formas de expressão, posicionamentos, visões de mundo no espaço público.
- *O Mundo do Trabalho*: introdução aos conhecimentos, técnicas e práticas sobre o mundo do trabalho; desenvolvimento de habilidades gerais e capacidades transversais; orientação para a escolha profissional consciente e com visão crítica; inclusão digital e nas tecnologias de comunicação, associando o trabalho à realização pessoal e à transformação da realidade.

Esses três eixos estruturantes estão esquematizados no anexo III, figura 3 e articulam e integram os quatro módulos do programa de prevenção, com temas transversais, que são: Direitos Humanos e Socioassistenciais, Saúde, Escola, e Mundo das Drogas; com conteúdos acerca de substâncias psicoactivas, actividades teóricas e práticas, com base nos quais são desenvolvidas as acções socioeducativas voltadas para a prevenção do consumo de Cocaína e Crack dentro de cada módulo.

É a articulação entre os eixos estruturantes e os temas transversais que propicia aos jovens a construção de uma visão integrada dos conhecimentos de cultura, direitos humanos e socioassistenciais, esporte e lazer, meio ambiente, saúde, trabalho e onde a Cocaína e o Crack estão presentes em cada instância. Os módulos articulados entre si e integrados pelos eixos estruturantes, seguiram as directrizes concebidas no Traçado Metodológico do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome

(2009), fundamentadas em dimensões metodológicas e princípios orientadores, visando o desenvolvimento das ações socioeducativa de forma efectiva, com o objectivo de uma possível atitude de escolha do jovem de não consumo da Cocaína e o Crack.

Em relação as dimensões metodológicas (vide anexo IV, figura 4) são realizadas para o desenvolvimento das ações socioeducativas voltadas para a prevenção do consumo de substâncias psicoativas e para o relacionamento com os jovens, dentro das suas dimensões:

- *Dimensão dialógica e reflexiva*: valorizar o aprendizado mútuo, a troca de ideias e de experiências e estimular o desenvolvimento de postura crítica a partir da reflexão sobre as drogas, o cotidiano e suas vivências;
- *Dimensão cognitiva*: ampliar a capacidade de analisar, comparar, refletir e de acessar informações e conhecimentos, bem como de reproduzir e criar novos saberes, tendo assim a opção de uma postura comportamental de não consumo da Cocaína e do Crack, assim como outras substâncias psicoativas.
- *Dimensão Afectiva*: investir no desenvolvimento de relacionamentos interpessoais, na construção de interesses comuns e na criação de vínculos afetivos como sendo factores protectores o fortalecimento de vínculos do jovem com seu grupo de pares;
- *Dimensão Ética*: exercitar a tolerância, a cooperação, a solidariedade, o respeito às diferenças e a cidadania dentro de sua comunidade, família, trabalho, escola e entre amigos, assumindo uma postura de responsável pelos seus próprios atos e consciente de suas consequências pessoais e sociais;
- *Dimensão Estética*: desenvolver sensibilidades para a percepção do outro em suas diferenças e na diversidade de suas expressões artísticas, culturais, étnicas, religiosas, de condições físicas e de orientação sexual;
- *Dimensão Lúdica*: valorizar o jogo, a brincadeira e a alegria no jeito de ser jovem, para seu desenvolvimento integral e sua emancipação.

O esquema para compreender a metodologia, a interação das dimensões e os eixos estruturantes pode ser visto nos apêndices, figura 3.

Para assegurar essas dimensões metodológicas na implementação das actividades e para que de fato contribuam para o desenvolvimento dos jovens, o seguinte conjunto de “Princípios Norteadores para Ação” devem orientar o relacionamento dos técnicos do Programa de Prevenção “Unidos para Cuidar” entre si e com os jovens, com a premissa de compromisso e comprometimento com o trabalho. São eles:

- A criação de espaços socioeducativos pautados pela liberdade de expressão e por práticas democráticas;
- A corresponsabilidade e a participação dos jovens no planejamento, na execução, na avaliação e sistematização das ações socioeducativas;
- A valorização do saber e da vivência dos jovens como o ponto de partida das ações socioeducativas;
- A construção coletiva de conhecimentos, tornando os jovens sujeitos ativos de sua formação;
- A articulação entre os projetos pessoais e coletivos, entre o privado e o público, o local e o global, o particular e o geral como condições de ampliar e qualificar as experiências individuais e coletivas;
- O estímulo ao protagonismo e autonomia dos jovens;
- A reflexão crítica e permanente sobre os preconceitos e discriminações em relação às questões de gênero, etnia, culturas, religiões, condições sociais e econômicas, preferências sexuais, condições físicas, mentais e cognitivas.

5. 1 Cartografia do Programa de Prevenção

5.1.2 Identificação do Local

A implementação do programa é concretizada nos espaços físicos dos cinco CRAS da cidade de Poços de Caldas, Minas Gerais e eventualmente, em algumas actividades, nas quadras esportivas, cinemas, programas e projectos da comunidade.

CRAS Centro – Rua José Augusto de Carvalho, 563 – São José.

CRAS Leste – Av. Coronel Virgílio Silva, 3320 – Dom Bosco.

CRAS Leste II - Av. Dirce Pereira Rosa - Jardim Esperança.

CRAS Oeste – Rua São José, 221 – Jardim Country Club.

CRAS Sul – Rua João Roberto Bonifácio, 55 – São Sebastião II.

5.1.3 População alvo/destinatários

O público alvo do programa de prevenção “Unir para Cuidar” são os adolescentes de 14 a 17 anos e 11 meses, referenciados no CRAS de Poços de Caldas, que fazem parte dos grupos do SCFV.

Segundo Brasil (2013), no Art. 2º, classifica o SCFV como sendo um serviço de proteção social básica realizado em grupos, organizado a partir de percursos, de modo a garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com seu ciclo de vida, a fim de complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidade e risco social. Segundo o Art. 3º da mesma lei, considera-se em situação prioritária para inclusão no SCFV, as crianças, adolescentes e pessoas idosas: I - em situação de isolamento; II - trabalho infantil; III - vivência de violência e, ou negligência; IV - fora da escola ou com defasagem escolar superior a 2 (dois) anos; V - em situação de acolhimento; VI - em cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto; VII - egressos de medidas socioeducativas; VIII - situação de abuso e/ ou exploração sexual; IX - com medidas de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA; X - crianças e adolescentes em situação de rua; Legislação – Resolução Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) - 3 XI - vulnerabilidade que diz respeito às pessoas com deficiência; §1º Para a identificação dos usuários em situação prioritária será utilizado o Número de Identificação Social - NIS do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico. §2º A comprovação das situações prioritárias dar-se-á por meio de documento técnico que deverá ser arquivado na Unidade que oferta o SCFV ou no órgão gestor, por um período mínimo de cinco anos, à disposição dos órgãos de controle. § 3º Estabelece-se como meta de atendimento de 50% (cinquenta por cento), no mínimo, do público prioritário.

O publico-alvo deve responder a condicionalidades supracitadas para fazer parte do programa de prevenção e receber a Bolsa Mensal de R\$ 90,00, aproximadamente 30 euros, considerando a cotação cambial de 3 reais para 1 euro. Devem estar inscritos com sua família no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal; Devem estar inscritos e frequentes na escola e nos SCFV dos CRAS,

com o mínimo de 85% de frequência. Devem estar inscritos no PSF (Programa Saúde da Família) e ter uma Agente Comunitária de Saúde, um Médico e um Enfermeiro referenciados no local. Devem ter a documentação em dia, especialmente Cadastro de Pessoa Física, Certidão de Nascimento e Carteira de Trabalho para os maiores de 16 anos.

5.1.4 Objetivo Geral

O objectivo geral deste estudo é implantar um programa de prevenção para adolescentes inscritos nos Grupos de Convivência e Fortalecimento de Vinculos dos CRAS de Poços de Caldas, com intuito de desenvolver competências sociais e pessoais dos jovens para diminuir o consumo de Cocaína e Crack no seu território de abrangência, através de um trabalho articulado com a Secretaria Municipal de Assistência Social, Educação e Saúde.

5.1.5 Objetivos Específicos

- a) Constituir uma equipe de profissionais das diferentes entidades parceiras do programa para intervir com os adolescentes em risco de consumo do Crack.
- b) Informar e sensibilizar os profissionais da equipe para a problemática do consumo de Crack e os programas de prevenção;
- c) Promover a formação dos adolescentes sobre o consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, com particular incidência para o consumo de cocaína e crack e riscos associados ao seu consumo dentro dos eixos estruturantes, temas transversais e dimensões metodológicas propostas no MDS (2009);
- d) Promover o empowerment e a participação dos jovens na procura de soluções para suas necessidades e problemáticas;

5.1.6 Ações do Programa

Na fase inicial será realizada uma avaliação da realidade dos adolescentes e de seu entorno, para que o planejamento das ações preventivas seja dirigido às reais necessidades locais. Buscar-se-á envolver a família no programa, convidando-os para participar de algumas atividades a eles dirigidas em específicas ou conjuntas com seus filhos.

Também serão realizadas atividades de prevenção nas comunidades do entorno das escolas participantes, como atividades esportivas e culturais, buscando formar uma rede de entidades envolvidas com o projeto da prevenção e, com isto, possibilitar o fortalecimento da inserção social dos adolescentes, como um fator protetivo ao uso abusivo de crack, álcool e outras drogas.

O programa tem duas partes, a primeira que contempla a selecção, recrutamento e selecção dos técnicos, assim como sensibilização quanto aos Programas de Prevenção e sua importância para profissionais que trabalham na Prefeitura Municipal de Poços de Caldas, que atuam com as famílias em situação risco social e com consumo de substâncias psicoativas. O objectivo é através de dois encontros promover a sensibilização sobre o tema programas de prevenção às drogas, levantar informações sobre o local para planejar as actividades, verificar os recursos disponíveis, seleccionar profissionais e possíveis parceiros.

As intervenções preventivas ainda conduzem a resultados inconsistentes à sua capacidade de modificar o abuso de substâncias psicoativas ou outros comportamentos desviantes, porém, no domínio da prevenção do abuso de drogas há avanços significativos, desde a adoção de quadros conceituais e teóricos mais elaborados. Há influencia direta no programa, segundo Negreiros,

“...ao nível da qualidade das metodologias de investigação, testes, medidas e procedimentos de análise dos dados utilizados na avaliação (...) um aspecto crucial no desenvolvimento de uma política de prevenção consiste, deste modo, em proporcionar uma adequada formação aos diversos agentes responsáveis pela concepção e aplicação de programas preventivos.” (Negreiros, 1999; p 122)

A primeira parte do Programa de Prevenção “Unidos para Cuidar” na cidade de Poços de Caldas será administrar palestras para os profissionais que trabalham na Prefeitura Municipal, especialmente na Secretaria Municipal de Promoção Social, Secretaria Municipal de Educação e Secretaria Municipal de Saúde, que atuam directamente com adolescentes em situação de risco, famílias em situação de risco social, toxicodependência. Serão realizados dois momentos diferentes: o primeiro é a execução da “Palestra Programas de Prevenção às Drogas” e o segundo encontro voltado para a selecção de profissionais e possíveis parceiros para actividades durante o Programa.

A palestra almeja sensibilizar os participantes sobre a importância da prevenção às drogas e expor a situação brasileira perante o assunto, no sentido de ampliar a rede de prevenção aos jovens e unir a rede sócio-assistencial, que na maioria das vezes atuam separadamente e tratam a questão das drogas quando já está instaurada a toxicodependência, com o consumo de substâncias psicoactivas já recorrente e as consequências conhecidas e devastadoras, tornando-se um problema sério de saúde pública e levando muitas vezes a mortes por overdose ou relacionadas ao tráfico.

A palestra é irá apresentar os programas de prevenção às substâncias psicoactivas, seu funcionamento, importância e resultados estatísticos de países que já os tem implantados, principalmente em relação à Cocaína e ao Crack. Serão mostrados dados sobre a droga no mundo, retirados dos principais relatórios mundiais sobre o tema e será feita uma análise comparativa entre países que já os têm em pleno funcionamento, como Portugal e Holanda, onde após a descriminalização do uso de drogas, foram implantados programas de prevenção desde a mais tenra idade e existem nos mais diferentes âmbitos, com uma maior atenção às áreas vulneráveis ou em jovens que estão em situação de risco.

O público-alvo das palestras são funcionários contratados ou concursados da Prefeitura Municipal de Poços de Caldas que atuem na Secretaria Municipal de Promoção Social, Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Municipal de Saúde; profissionais que atuem nas Casas-Lar, Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, Projetos Socio-Educativos; Psicólogos, Assistentes Sociais, Pedagogos ou interessados no assunto.

O tempo de duração das palestras é de 3 horas, com intervalo de 15 minutos. Todo o referencial bibliográfico poderá ser solicitado pelos participantes e interessados via e-mail directamente com a coordenadora. Será aplicado um questionário avaliativo

sobre a formação e sobre a prevenção no local da palestra. O financiamento será feito pelo FIA (Fundo da Infância e Adolescência), que após deliberação do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente pode utilizar a verba direcionada para formação de profissionais. A divulgação do evento será feito através de folders contendo todas as informações necessárias, vide anexo VI.

A palestra será dividida em quatro partes:

a) Introdução e Situação Mundial das Drogas - Serão abordados temas como a definição de substâncias psicoativas, um breve histórico mundial das drogas, a situação da descriminalização do consumo utilizando parâmetros internacionais e comparativos principalmente de Portugal e Holanda e Brasil. Para tanto, é preciso saber sobre a epidemiologia das drogas atualmente e então, serão apresentados dados dos principais relatórios mundiais sobre drogas publicados nos últimos anos, entre eles: World Drug Report, publicado pelo United Nations Office on Drugs and Crime (UNODOC) de 2013; Monitoring the Future, promovido pelo National Institute of Drug Abuse (NIDA) em 2012; Inquérito Nacional em Meio Escolar (SICAD, 2011; 2012 e 2013) (Portugal). Relatório Europeu sobre Drogas, promovido pelo European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA, 2014); II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012. (Brasil); Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (Brasil, 2011), entre outros.

b) A Cocaína e o Crack - É preciso conhecer a fundo a substância psicoativa a qual se quer prevenir, para tanto, esta parte da palestra é dedicada especificamente à Cocaína e ao Crack, sendo abordados os seguintes temas: História da Cocaína e Crack; Dados no Brasil, Portugal e Holanda; Situação Mundial; O uso, abuso e toxicodependência; Consequências gerais, biopsicossociais, neurológicas, na escola, na família; O trabalho e responsabilidade dos profissionais que atuam com os adolescentes; A necessidade de ampliar a prevenção no Brasil e como isso pode ser feito.

c) Adolescência e o Primeiro Contato com as Drogas - O público-alvo: os adolescentes. Como conseguir a aderência dos jovens aos programas? Conhecendo-os melhor e compreendendo a fase em que estão vivendo. Nesta parte, a palestra será voltada para a adolescência e a importância da prevenção de substâncias psicoativas; Fatores desenvolvimentais que influenciam diretamente na tomada de decisão do jovem; o início do consumo e sua relação com a continuação do uso de drogas; A família, a

escola, os amigos, a comunidade e suas respectivas responsabilidades; os Fatores de Risco e os Fatores de Proteção; a vulnerabilidade do adolescente perante as drogas.

d) Os Programas de Prevenção – Normas Internacionais para Programas de Prevenção, funcionamento dos Programas de Prevenção, os tipos, as possibilidades. Neste momento serão abordados: a definição de prevenção as drogas; como pode ser feita e qual propósito; estrutura e público alvo; porque desenvolver e como; quais as condições para implantar e as principais barreiras; sustentabilidade e fundamentação dos programas; ética na prevenção das drogas; estágios da criação de um programa de prevenção; recursos necessários e métodos avaliativos.

Após a apresentação das quatro partes da palestra, será aberta uma discussão sobre o tema para esclarecimento de dúvidas e comentários. No final do evento será entregue um questionário avaliativo (vide anexos, número VIII), com perguntas para diagnosticar o local, com objectivo de planejar a intervenção futura e dá abertura para profissionais que estiverem interessados em fazer parte do Programa de Prevenção, como profissionais ou como parceiros. Estes deverão preencher uma ficha de inscrição (vide anexos, número IX) e serão convocados 50 profissionais para o segundo encontro, onde será requisitado um currículo e uma carta de intenções. Será servido um coffee-break após o evento e com isso, encerra-se o primeiro dia.

No segundo dia da primeira parte do Programa de Prevenção, estarão presentes os 50 profissionais que tiveram interesse em fazer parte do programa, seja como técnicos, autônomos ou parceiros. A duração deste encontro será de 2 horas para os 50 profissionais, sendo distribuídas da seguinte forma: uma dinâmica de quebra-gelo, uma dinâmica de grupo, uma roda de conversa sendo a coordenadora mediadora e um coffee-break. Os seleccionados para a entrevista aberta ficarão aproximadamente mais uma hora no local, para término das actividades.

A selecção será feita da seguinte forma: a dinâmica de grupo e a roda de conversa têm como objectivo seleccionar 20 profissionais que farão uma entrevista aberta com a coordenadora. O contrato de trabalho tem duração de um ano e a área de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Poços de Caldas é responsável pela contratação. A divulgação do Programa e das vagas existentes será através de um edital, publicado pelo site da Prefeitura, pelos principais jornais municipais e nos quadros de avisos nos locais de atuação dos profissionais.

É interessante levar em consideração que os outros profissionais não seleccionados poderão fazer parte do programa em outro momento, em eventos durante os 12 meses, para intervenções específicas junto aos jovens e nesta categoria enquadram-se também artistas, médicos, enfermeiros, e qualquer outra categoria profissional que agregue conhecimentos. Estes profissionais se forem concursados serão deslocados dos seus postos de trabalho por algumas horas durante o mês em que o tema trabalhado com os jovens seja correspondente ao seu sector de atuação na prefeitura, ou, caso não façam parte do quadro de funcionários da prefeitura, serão contratados como funcionários autónomos e receberão por hora, valor correspondente à sua profissão.

A segunda parte do programa de Prevenção “Unidos para Cuidar”, composta pelos módulos do programa, que com seu desenvolvimento, criará condições para que o adolescente formule práticas preventivas para o grupo de pares, compreendidos com multiplicadores, assim como para os professores e lideranças comunitárias.

Os quatro módulos do Programa têm a duração de três meses cada um, ou seja vinte e quatro encontros com os adolescentes para cada módulo e atendem aos objetivos gerais e específicos deste programa (Vide anexo V, figura 5). São eles:

- *Módulo I: Adolescência, Direitos Humanos e Socioassistenciais:* através das actividades desenvolver questões como “Quem somos nós?”; Construção de regras de convivência do grupo; Igualdade, direito à diferença, diversidade; Direitos civis e políticos; Direitos de assistência social; Direitos sociais e o papel da sociedade civil organizada; Direitos de populações específicas; Sistema de garantia dos direitos; Democracia e Participação Juvenil; Cultura de tolerância e de Paz; Acessibilidade; Convivência Comunitária; Trabalho infantil; Gasto público; Democracia e participação juvenil; legislação das substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas; história das drogas na humanidade.
- *Módulo II: Adolescência e Saúde:* serão trabalhados temas como a adolescência, o território e condicionantes da saúde; Vivenciando o crescimento e o desenvolvimento; Sexualidade; Morbidade e mortalidade entre adolescentes; Promoção da saúde; Políticas públicas para a saúde do adolescente; Questões de gênero e violência; Violência sexual contra crianças e adolescentes; Gravidez indesejada, interrupção insegura da gravidez e DST/AIDS; Os riscos do consumo de substâncias psicoactivas; as consequências do uso/abuso da Cocaína e do Crack; locais em que o adolescente pode encontrar orientação e atendimento no Sistema Único de Saúde; toxicodependência.
- *Módulo III: Adolescência e Escola:* serão desenvolvidos temas que abrangem a vida escolar do adolescente; o fortalecimento de vínculos com professores e com o território; a importância da escola e da educação na vida do jovem; Inserção profissional; o fator protetivo que a escola pode oferecer

em relação às substâncias psicoactivas; como as drogas podem estar presentes no dia a dia escolar; o narcotráfico dentro e fora das escolas; expectativas escolares; o risco do abandono da escola e do consumo de substâncias psicoactivas.

- *Módulo IV: Adolescência e o Mundo das Drogas:* este módulo tem o objectivo de levantar reflexões sobre o fenómeno das substâncias psicoactivas dentro da vida do jovem; desenvolver temas como o risco do consumo de substâncias psicoactivas durante a adolescência; as características dos grupos consumidores; a amizade baseada no consumo; auto-estima; empowerment; o risco da progressão do uso abusivo para a toxicodependência; o narcotráfico e o lucro (in)certo; a legislação brasileira; a Cocaína e o Crack, formas de venda e de consumo, as consequências biopsicossociais; as atitudes possíveis perante o fenómeno das drogas; as motivações para o consumo; o comportamento negativo; a droga enquanto fuga da realidade; “Porque dizer não às drogas e como posso fazer isso”. “A quem da minha comunidade isso pode ser importante?”.

5.1.7 Calendarização

A duração do programa é de um ano, com dois dias de actividades semanais no contra turno escolar do adolescente, orientadas pelos Técnicos e Estagiários e monitoradas pelo Coordenador.

5.1.8 Recursos Humanos

As actividades serão realizadas por um Coordenador, um Psicólogo, um Assistente Social, um Pedagogo, um Enfermeiro e cinco Estagiários, além destes, profissionais convidados e facilitadores de oficinas de arte. Esta equipe estará presente todos os dias nas actividades e participarão de reuniões semanais em um local previamente estabelecido e terão suas atribuições explicitadas a seguir:

- *Coordenador:* tem a responsabilidade de planejar, controlar, monitorar a execução do programa, contatar as entidades financiadoras, elaborar e armazenar o relatório final dos módulos.
- *Psicólogo:* planejar, orientar, oferecer suporte técnico das actividades, analisar o andamento das sessões, escuta ativa individual e grupal, acompanhamento familiar, o comportamento psico-social do grupo, aplicar e analisar as medidas avaliativas por módulo e a avaliação global do programa.

- *Assistente Social*: planejamento e execução de políticas públicas e de programas sociais voltados para os adolescentes e suas famílias, acompanhamento familiar, analisa e propõe ações que são transversais a exclusão social, para melhorar a condição de vida dos participantes e garantia de seus direitos sociais básicos.
- *Pedagogo*: atua nos processos pedagógicos, didáticos e educativos das atividades, acompanhamento da vida escolar dos adolescentes; implementa, planeja e acompanha a qualidade e o desenvolvimento dos módulos.
- *Enfermeiro*: atua no acompanhamento da saúde do adolescente e família, tem articulação direta com o Programa Saúde da Família, promove atividades voltadas para conhecimento e promoção da saúde.
- *Estagiários*: organizar o espaço físico, testar os materiais de áudio e gravação, conferir os recursos humanos e prestar contas ao coordenador, recepcionar os participantes, arranjar e limpar a sala após a sessão.
- *Convidados*: Sr. Prefeito, Diretoria Técnica da Secretaria da Promoção Social, Educação e Saúde do Município de Poços de Caldas para abertura e encerramento do Programa “Unidos para Cuidar” e eventuais técnicos que forem contratados para possíveis oficinas, palestras, jogos e o que mais for proposto durante as atividades.

5.1.9 Recursos Materiais

Todos os recursos materiais e humanos serão custeados pelos financiadores, Ministério do Desenvolvimento Social de Combate a Fome, Conselho Municipal da Criança e do Adolescente e Prefeitura Municipal de Poços de Caldas. Os CRAS da cidade irão oferecer suas instalações para o acontecimento do Programa, cedendo espaço, cadeiras, mesas, material de áudio, vídeo e um portátil.

5. 1.10 Avaliação do Processo

O objetivo central da monitorização é ser um instrumento para a gestão do programa, a avaliação processual, com informações abrangentes e em linguagem acessível sobre o andamento geral das atividades, possibilitando comunicação de resultados, controle social, cumprimento das exigências legais, orçamentárias e os objetivos traçados.

Serão atividades semanais, em cada módulo haverá análise dos resultados das avaliações aplicadas aos participantes, análise situacional dos objetivos do módulo e seu

cumprimento, resultados e impacto na sociedade do programa, conhecimentos e comportamentos referentes aos sujeitos participantes.

Através da monitorização, será facilitada a cooperação, a articulação e a integração entre a equipe e os participantes, proporcionando maior credibilidade às ações do programa por meio de relatórios de cada módulo e o relatório geral do programa, contendo todas as informações pertinentes e parecer técnico.

O programa monitorizado e avaliado aperfeiçoar a gestão, permitindo revisões e correções de fragilidades em seu progresso, além de ser possível perceber a reação e satisfação dos participantes de forma progressiva.

Antes de cada sessão, o coordenador, os técnicos e os estagiários terão uma reunião com a duração de uma hora para preparação do material, do espaço físico, discussão sobre a atividade. Após a aplicação das dinâmicas e os participantes tendo ido embora, cada técnico escreverá suas impressões em um “guião individual” com sentimentos, opiniões e apontamentos necessários, para que não ocorra contaminação de informação. Haverá uma discussão e relato de ideias e pareceres da equipe, incluindo a avaliação do dia e do grupo. O fechamento será o relatório progressivo diário, conclusivo sobre os ocorridos na sessão, assinado pelo coordenador e pelos técnicos sendo rubricados em todas as páginas. Este documento será armazenado em dossiê, que ficará em poder do Coordenador enquanto o programa estiver sendo aplicado.

A monitorização de recursos é feita pelo coordenador e pelo psicólogo, sendo um responsável pelos materiais, sua adequação ao público-alvo, contagem e utilização durante as atividades dentro do orçamento previsto e o coordenador cuida da motivação da equipe, de forma que trabalhe com coesão e que não haja lacunas, através de reuniões nos dias dos encontros. Durante alguns minutos serão faladas de todas as dificuldades, frustrações ocorridas e soluções possíveis para motivá-los a cumprir com todas as tarefas eficientemente.

O psicólogo irá monitorizar as atividades em todos os contextos. Na sua execução, deve ser planeada a gestão de tempo e como correu, se foi dentro do esperado e o envolvimento tanto da equipe quanto dos participantes, isso será discutido antes de cada reunião e após das mesmas para o relatório progressivo conter não só as possíveis fragilidades, mas também a sua solução e o feedback, com potencialidades e objetivos atingidos, após discussão com o coordenador.

O programa será acompanhado e avaliado de forma contínua, desde as fases de estruturação, passando pelo acompanhamento de sua implementação. Os resultados,

serão avaliados com o objetivo de comprovar a efetividade e relevância do programa e, inclusive, a possibilidade de replicabilidade para outros municípios brasileiros.

Na etapa de avaliação serão aplicados questionários e técnicas de *foccus group* dirigidos aos técnicos, verificando seus objetivos, estrutura, atividades e métodos. Para a avaliação do processo de implementação e do acompanhamento de seu desenvolvimento ao longo do ano em que está previsto, utilizar-se-á metodologia etnográfica, com grupos focais e entrevistas semiestruturadas com os técnicos, os profissionais do CRAS, os professores, representantes estudantis, representantes dos pais, médicos e de lideranças comunitárias com intuito de perceber como estão progredindo as atitudes dos adolescentes perante as substâncias psicoativas no decorrer do programa de prevenção.

5.1.11 Avaliação de Resultados

O programa terá êxito se a partir do método avaliativo do processo e de resultados os objetivos sejam atingidos. O esperado é que em um ano os adolescentes tenham informações suficientes acerca das substâncias psicoativas e através de uma atitude reflexiva e mudança de comportamentos, tenham competência para não consumir cocaína, crack ou substâncias psicoativas.

O prazo estabelecido de três meses mínimos para começar a atingir os objetivos de forma eficaz, em um programa de prevenção dinâmico de duração média, que atenderá as expectativas dos jovens, planejado de forma cautelosa para que as atividades ocorram de forma fluída, concomitantes com o aprendizado, mudanças de comportamento e aquisição de competências pessoais e sociais.

Para avaliação dos resultados, no início do programa, será aplicado o questionário do CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas), adaptado para o Brasil de um questionário proposto pela Organização Mundial da Saúde – OMS (Carliniet al., 2010) e, também, a Escala de Resiliência (de Wagnild& Young, 1993), adaptado ao Brasil por Pence et al. (2005). Ao final do programa de prevenção, serão reaplicados nos colectivos dos CRAS.

Também se executará uma pesquisa de seguimento, acompanhando depois de 6 meses, 1 ano e 2 anos os adolescentes que passaram pelo programa preventivo. Nesta etapa se avaliará, se houveram ou não mudanças de padrão do consumo de drogas,

percepção de risco, fatores de risco e proteção, resiliência, monitoramento parental ao longo do tempo e quais mudanças comportamentais permanecem e quais foram modificadas.

Devido a situação do Brasil em relação ao consumo de Crack e Cocaína, o programa “Unidos para Cuidar” pode ser adaptado as necessidades de outras regiões do país, sendo pertinente ao público proposto, com possíveis mudanças e continuidade.

VI CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora o presente trabalho apresente incontáveis temas para posterior discussão, serão desenvolvidos aqui apenas alguns mais relevantes como por exemplo a evolução do trabalho da Psicologia e da Psicologia Social no Brasil e a possível atuação do Psicólogo Forense e da Exclusão Social dentro de Programas de Prevenção.

Segundo Silva (2012) na década de 80, a Psicologia no Brasil era voltada apenas para o atendimento clínico e tinha carácter elitista. Com as crises económicas de 90, a reforma da constituição federal, os direitos sociais, as políticas públicas, a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), a implantação do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) trouxeram uma amplitude de meios para o psicólogo trabalhar na área da saúde, justiça e social e agora, recentemente, nos últimos 5 anos a implantação do SUAS (Sistema Único de Assistência Social).

A psicologia expandiu, ganhou autonomia e responsabilidade de produzir ações na sociedade brasileira. A postura clínica e elitista do passado ganhou novos contornos nos últimos 20 anos, com o advento da Psicologia Social, com uma nova visão de uma intervenção comunitária. O psicólogo agora tem como atribuições “a garantia de direitos sociais, assegurar espaços de convívio familiar e comunitário, e o desenvolvimento de relações de afectividade e sociabilidade; valorizar a cultura de famílias e comunidades locais pelo resgate de suas culturas e a promoção de vivências lúdicas; desenvolver o sentimento de pertença e de identidade; promover a socialização, protecção, prevenção e convivência” (CREPOP, 2007 p 12)

O papel do Psicólogo Social no Brasil é direccionado para a comunidade, assume um compromisso com ela e com cada sujeito inserido na mesma, procurando conhecer a sua realidade, suas necessidades, melhorando a qualidade de vida das pessoas, reassumindo nosso pacto com os direitos humanos e utilizando de nossa autonomia para defender, criar e fiscalizar as políticas públicas. (CREPOP, 2007)

“ Como militantes dos direitos humanos, através de seus inúmeros trabalhos e de suas campanhas, o psicólogo é visto na sociedade como um operador da inclusão social e também se vê como uma pessoa, um profissional que vem discutindo o que se tem feito durante tanto tempo acerca dos problemas sociais e da exclusão social provocada pelas “anormalidades” que a sociedade criou.” (Silva, 2012,p8)

Enquanto Psicólogo Social, assume-se o compromisso ético-político, implicado com o bem-estar biopsicossocial e propor a partir de intervenções comunitárias atravessar o cotidiano de desigualdades e violências de populações excluídas socialmente, visando o enfrentamento e superação das vulnerabilidades, investindo na apropriação do lugar de protagonista na conquista e afirmação de direitos e acima de tudo, atuar preventivamente em populações que estão sob situações de risco social. (CREPOP, 2007)

O rompimento com os processos de exclusão exige uma visão do sujeito em um lugar de poder, de construtor do seu próprio direito e da satisfação de suas necessidades. Isso envolve re-significar a compreensão sobre como a vulnerabilidade social foi produzida, portanto, cabe ao psicólogo analisar o sujeito dentro de seu contexto social e político, implementar as políticas públicas a nível da pessoa. Os cidadãos devem ser pensados como sujeitos que têm sentimentos, ideologias, valores e modos próprios de interagir com o mundo, constituindo uma subjetividade que se constrói na interação contínua dos indivíduos com os aspectos histórico-culturais e afetivo-relacionais que os cercam. (CREPOP, 2007)

Segundo Machado & Manita (2012), as perspectivas da Psicologia Forense tem diversas distinções de áreas afins, como a Psicologia da Justiça, a Psicologia Legal, a Psicologia Criminal, a Psicologia do Comportamento Desviante. Segundo as autoras, esta última é o conceito mais abrangente de todos, pois está para além de dimensões criminais, embora as inclua também.

“Este é um construto que traduz uma vasta gama de teorias e práticas centradas em objectos que partilham entre si uma dada forma de desvio: desvio da norma legal, da norma social, desvio dos padrões culturais, desvio desenvolvimental, etc., podendo este desvio ser patológico ou normativo, anterógrado ou retrógrado, criminal e não criminal (aqui se integrando fenómenos como os do crime e da delinquência juvenil, antissocialidade, subculturas juvenis, sentimento de insegurança, abuso de drogas e álcool, relações entre crime e droga, prostituição, entre muitos outros, mas também a pobreza e a exclusão social, a marginalidade, o estigma, ou até certos tipos de doença mental ou de deficiências). Não sendo, contudo, tão especificamente orientado para o interface psicologia-justiça, acaba por ser preterido pela maior parte dos autores que intervêm ou investigam neste domínio e que

preferem designações como as de psicologia da justiça, legal, forense ou criminal.” (Machado & Manita, 2012)

Segundo Poiares (2007), a Psicologia, suas práticas, seus discursos e seu saber tornam-se indispensáveis à aplicação da Lei, “na justa medida em que o objecto da fabricação normativa está situado no âmago das personalidades e dos comportamentos” (p14). Levando-se aqui em consideração que o trabalho do Psicólogo dentro do CRAS torna-se a garantia dos direitos sociais básicos e aplicabilidade da legislação, pode-se fazer uma ponte com o modelo da intervenção juspsicológica do autor, “através da qual a Psicologia se faz intercontribuinte da Justiça.” (p 14). Ainda sobre este tipo de intervenção, são competências do psicólogo, no âmbito das políticas de descriminalização do consumo de drogas, “...ter acesso multidisciplinar ao conhecimento do sujeito analisado, pela via de captação e decodificação dos aspectos individuais, sociais e familiares do paciente, mas também da significação de cada consumo particular” (Ferreira, 2005 p 7 *apud* Poiares, 2007 p 17)

Poiares (2007) afirma ser necessário “avaliar, isto é, conhecer e decodificar, para se poder diagnosticar, motivar e encaminhar o individuo para os percursos terapêuticos-reabilitadores.” (p 17). Cabe aqui, na intervenção juspsicológica, ter como base a captação, assimilação do sujeito, do discurso e intradiscurso, dos ditos, não ditos e interditos, o que será decodificação e compreendido pelo psicólogo, através não só da entrevista juspsicológica do âmbito forense, mas de outros atendimentos e avaliações, culminando em um relatório social. Isso implica atenção a situações de duplo diagnostico e diagnostico social, pois são populações em frequente risco social e aqui também aplica-se a atuação do psicólogo no âmbito académico, com a criação bibliográfica sobre programas de prevenção.

Outra consideração importante a ser discutida neste trabalho é a questão da publicação de trabalhos académicos acerca do tema proposto. Segundo Canoletti e Soares, 2005, no Brasil, há uma quantidade significativa de artigos sobre prevenção de drogas, porém, uma parcela bastante reduzida diz respeito ao desenvolvimento de projectos de prevenção propriamente dito, ou seja, há o referencial teórico, mas não a prática. A maior parte de tais publicações tem a finalidade de orientar para a prevenção e o Ministério da Educação e Cultura manifestou-se alegando que são raros trabalhos em que a prevenção ultrapassa o nível da discussão e exortação.

Além da falta de prática do Brasil em relação aos programas de prevenção, também deve-se considerar a questão orçamentária dos programas, pois a criação e desenvolvimento de políticas e programas de prevenção ao consumo de drogas, são consequência de decisões políticas, estando, pois, sujeitas a pressões e vulneráveis às reviravoltas políticas, o que pode implicar no andamento do processo.

Segundo Canoletti e Soares, 2005, os programas de prevenção atuais no Brasil têm em sua maioria a informação alarmista e repressiva, chamada de “pedagogia do terror”, que “mostra-se ineficiente e poderia até mesmo suscitar nos jovens o desejo de desafiar o mal e afrontar o que é proibido” (p 127). Esta realidade mostra uma lacuna e despreparo das políticas e dos profissionais, portanto, a capacitação e participação de técnicos ou multiplicadores nos programas torna-se uma necessidade prioritária e complexa.

Torna-se necessário discutir a importância de formações e capacitações para preparar os profissionais e fornecer informações corretas acerca de substâncias psicoativas, pois elas subsidiam a reflexão crítica acerca do tema, possibilitando um diálogo aberto e confiável entre os participantes do programa e os profissionais envolvidos. Isso, segundo Canoletti e Soares, 2005, traz “...uma análise em relação às opções possíveis, quais sejam: o uso racional e responsável de drogas ou os benefícios da abstinência”. (p 128).

O jovem é um ator social ativo, que poderá trazer ao programa problemas reais e também soluções possíveis. O profissional deve estar completamente apto para acolher e orientá-lo, o que torna-se complexo se o mesmo não tiver competências suficientes. Isso implica a possibilidade de incorrer erros ao transferir para o multiplicador a responsabilidade da prevenção, sem no entanto, dar-lhe subsídios para que ele desenvolva as atividades. Neste momento, levantam-se assim diferentes questões, nomeadamente, a formação de profissionais qualificados para atuar em um programa de prevenção exige apoio financeiro, supervisão e avaliação constantes.

Como força de resistência do programa podemos encontrar as dificuldades na adesão dos participantes e a dificuldade em ter o programa aprovado, devido ao orçamento público, no entanto, temos como força motora sucesso de programas semelhantes, a necessidade urgente de atender a demanda de criar programas preventivos no Brasil e a nova política brasileira em que legislação garante a prevenção e o atendimento aos adolescentes como prioritário.

Segundo Chitas (2010),

“...Implicações genéricas dos resultados das investigações teóricas e empíricas para as políticas e práticas de prevenção, salientamos, em primeiro lugar, a importância destas políticas se fundamentarem num conhecimento e monitorização do fenómeno dos comportamentos de risco na adolescência, capaz de ter em conta as suas reais dimensões e tendências evolutivas. De referir, em segundo lugar, a necessidade de relacionar estes fenómenos com os factores de ordem cultural ou sócio demográfica, de forma a identificar grupos e territórios mais vulneráveis e delimitar prioridades de intervenção.” (p 299, 300)

Segundo Chitas (2010), os comportamentos de risco “são um complexo de sistema de relações estabelecidas entre o adolescente e os diferentes contextos em que este se inscreve, desde a família, à escola e ao bairro, passando pela sua relação com o grupo de pares” (p 300). Ainda segundo a autora, o programa de prevenção tanto a nível comunitário como individual, deve mobilizar diferentes atores além dos adolescentes, como os pais, líderes comunitários e diferentes profissionais.

Para tanto, o programa “Unidos para Cuidar” contará com diferentes olhares de diversas áreas, com comprometimento de todos os profissionais com o trabalho e com o jovem ali inscrito, olhando para a realidade do território do CRAS, das escolas, da família, do cotidiano dos adolescentes, para que assim, em um investimento de médio a longo prazo, o consumo de substâncias psicoactivas, nomeadamente o Crack, diminua e deixe de ser esse transtorno que assola o Brasil e compromete os jovens.

Este trabalho buscou em sua primeira parte tratar da fundamentação teórica necessária para construir o programa de prevenção, o Capítulo II “Epidemiologia das Substâncias Psicoativas” busca com os dados epidemiológicos, retratar um pouco da realidade que as drogas, a situação mundial, as prevalências de consumo, dados sobre tratamento, óbito de consumidores, dados sobre a cocaína e o Crack no Brasil.

Após, para aprofundar conhecimentos sobre a substância psicoativa a qual este programa tem objectivo de diminuir o consumo, foi feita uma revisão sobre a história da cocaína e do seu derivado crack, a criminalização e descriminalização de substâncias, a neurociência da droga, efeitos, comportamentos aditivos e dada relevância a uma das consequências do consumo, que é a exclusão social do consumidor de substâncias psicoactivas, que pode ser conferido no Capítulo III “O Crack, a Dependência e Exclusão Social”.

Para a criação de um programa de prevenção efectivo, é necessário amplo conhecimento sobre o público-alvo a quem é direccionado, por isso, o Capítulo IV “A Adolescência e a Prevenção de Substâncias Psicoativas” traz noções gerais sobre a adolescência, o desenvolvimento cognitivo, intelectual e social do adolescente, a relação entre o adolescente e as substâncias psicoactivas, os factores de risco, os factores de protecção e sua interação e influencia no consumo das drogas. Este capítulo também retrata a prevenção do consumo, o contexto do adolescente brasileiro excluído socialmente, a legislação e a Protecção Social Básica do Brasil.

A Parte B, correspondente ao Capítulo V “Fundamentação e Metodologia” apresenta o método utilizado, baseado no proposto pelo Ministério do Desenvolvimento Social (2009), com os eixos estruturantes, dimensões que as actividades devem atingir, os temas transversais e os princípios norteadores para os técnicos. O capítulo também apresenta a cartografia do programa de prevenção “Unidos para Cuidar”, com a identificação do local, a população a quem é destinado, os objetivos gerais e específicos, as acções do programa, a calendarização, os recursos humanos, recursos materiais, a avaliação do processo e de resultados.

Após a análise de um todo do programa, deixa-se aqui uma última reflexão, após todo o processo de planeamento e a criação deste trabalho, o psicólogo é a mais-valia e essência para eficácia das actividades, porém, ele é apenas parte do processo, que depende de cada profissional, com competências diferentes para áreas específicas que abrangem de forma holística os temas referentes a adolescência e a prevenção do consumo do crack, portanto, a coesão da equipe e comprometimento com o trabalho deve ser mantida até o final, considerando assim, uma equipe multidisciplinar em que todos olham para a mesma direcção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addiction Research Foundation Group. Youth & drugs: an educational package for professionals. Workbook Unit 1: Adolescent development. Toronto: Addiction Research Foundation of Ontario; 1991.
- Agra, C. (1998). Entre a droga e o crime: actores, espaços e trajectórias. Lisboa: Editorial Notícias.
- Agra, C. (1997). Droga-Crime: Estudos Interdisciplinares. A experiência Portuguesa: programa de estudos e resultados. Vol. 1. Coleção Estudos, Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga, Lisboa, Ministério da Justiça.
- American Psychiatric Association, 2000, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. Arlington.
- Bion, W.R. (1962). O aprender com a experiência. Rio de Janeiro: Imago.
- Birman, J. (1999). Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Orientações técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social. Versão Preliminar. Brasília: MDS/SNAS, 2006a. BRASIL.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Centro de Referência de Assistência Social.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Prevenindo contra as drogas e DST/AIDS: populações em situação de risco. Versão Preliminar. Brasília: MDS, 2009. BRASIL
- Bucher, R. (1992). Prevenção ao uso indevido de drogas. Vol. 1 Brasília: Programa de Educação Continuada. Universidade de Brasília.
- Camí, J.; Farré, M. Drug addiction. The New England Journal of Medicine, v.349, p. 975-986.
- Canoletti, B.; Soares, C. B. Drug consumption prevention programs in Brazil: analysis of the scientific production from 1991 to 2001, Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.16, p.115-29, set.2004/fev.2005.
- Castro, P. (2004). Do Prazer à Dependência. Revistas Toxicodependência, volume 10, número 3, pp. 49-56.
- Carvalho & Frango (2010) Programa de Intervenção Focalizada – Relatório Final. Instituto da Droga e da Toxicodependência/Departamento de Intervenção na Comunidade - Núcleo de Prevenção.

- Chitas, V. (2010). Consumo de drogas e outros comportamentos de risco na adolescência: factores de risco e factores de protecção. Tese de Doutoramento em Psicologia, ICBAS-UP, Porto, Portugal.
- Conselho Federal de Psicologia. Banco Social de Serviços. Relatório Final. Brasília: CFP, 2005.
- Conte, M. (2001). Construindo uma política voltada à abordagem do uso indevido de drogas. *Divulgação em Saúde para Debate* n. 23, p.106-119, Rio de Janeiro.
- Conte, M. (2003). O luto do objeto nas toxicomanias. Em: Os nomes da tristeza. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*. Nº 21, 2001.
- Cordioli, A. V. (1998). *Psicoterapias: abordagens atuais/ Aristides Volpato Cordiole – 2. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.*
- Cordeiro, D. (1979). *O adolescente e a família*. Lisboa: Moraes Editores.
- Costa, A. L. L. Drogas. Pagar com a Carne?. Em: Tóxico e Manias. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*. Nº 26, 2004.
- Costa, I. I. . A família e a constituição do sujeito na contemporaneidade. *Revista da Associação Psicanalítica de São Paulo*. Nº 28, 2009.
- Cowen, E. L., Pederson, A., Babigian, M., Izzo, L. D., & Trost, M. R. (1973). Long-term followup of early detected vulnerable children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 438-446.
- Cruz, M.S. (2009). O crack e a sua espiral compulsiva. O Estado de São Paulo (Grupo Estado Ed.). Sect Aliás J5.
- Cunha, Paulo; Nicastri, Sergio; Gomes, Luciana P; Moino, Renata M; Peluso, Marco A; Neuropsychological impairments in crack cocaine- dependentinpatients: premilinary findings; *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2004, páginas 103-106.
- DSM-IV-TR (2002). *Manual de Diagnósticos e Estatísticas das Perturbações Mentais*. 4ª Edição - Texto Revisto. American Psychiatric Association. Lisboa: Climepsi Editores.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York: Norton.
- Eysenck, H.J., & Eysenck (S.B.G.) (1969). *Personality structure and measurement*. New York: Routledge, Chapman & Hall.
- Feijão, F. (Coord.) (2009). *Inquérito Nacional em Meio Escolar – 2007: Consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Fernandes, L. & Silva, M. (2009). O que a droga fez às prisões - um percurso a partir das terapias de substituição opiácea. *Colecções Monografias*. Lisboa. Instituto de Droga e da Toxicodependência.

- Fischer, R. M. (1996). O círculo do poder: as práticas invisíveis de sujeição nas Organizações complexas. In: FLEURY, Maria Thereza Leme; FISCHER, Rosa Maria (orgs.). Cultura e poder nas organizações. 2º Edição, Atlas. São Paulo
- Ferreira, P. S., & Luis, M. A. V. Percebendo as facilidades e dificuldades na implantação de serviços abertos em álcool e drogas. Texto e Contexto de Enfermagem, 13, 2004; 209-216.
- Fleming, M. (1995). Família e toxicodependência. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Frasquilho, M A, Consequencias do uso de drogas na adolescência. Acta Médica Portuguesa, 1997; 895-898.
- Freud, S. (1930). O mal-estar na civilização. In: Freud, Sigmund. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. 2.ed. Rio de Janeiro : Imago, 1987. vol.21, p.81-171
- Freud, S. (1980). Inibição, sintoma e angústia. (J. Salomão, Trad.). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. (Vol. XX, pp. 107-198). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1926).
- Freud, S. (1980). Inibição, sintoma e angústia. (J. Salomão, Trad.). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. (Vol. XX, pp. 107-198). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1926).
- Freud, S. O mal-estar na civilização. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1978.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2002). Informação geral para a prevenção das toxicodependências. (3ª. ed.). Madrid: Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência/Direcção Regional do Algarve.
- Germand, A. Sterck C. E. Looking beyond stereotypes: exploring variations among crack smokers. J Psychoactive Drugs. 2002;34(4):383-92.
- Godman, A. (1990). Addict ion: definition and implications. British Journal of Addict ions, 85.
- Gossop M., Manning V, Ridge G. Concurrent use of alcohol and cocaine: differences in patterns of use and problems among users of crack cocaine and cocaine powder. Institute of Psychiatry. London. v.41. n.2. 2006.
- Hall, G. S. (1904). Adolescence: Its Psychology and its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education. New York: Appleton Century Crofts.
- II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas(INPAD), UNIFESP.

- Jessor, R. (1987). Problem behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking. *British Journal of Addiction*, 82, 331-342.
- Kessler, F. Pechansky, F. A psychiatric view on the crack phenomenon nowadays. In *Psychiatric Magazine*, 2008; 93 – 98.
- Lacan, J. A família. Lisboa: Assírio & Alvim, 1987.
- Lacan, J. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano (1960). *Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- Lacan, J. O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985. Aula V - Tiquê e autômaton, p.55-65.
- Lane, S. T. M.; Codo, W. Psicologia social: o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 2001.
- Lane, Silvia T. Maurer O que é psicologia social / Silvia T. Maurer Lane. São Paulo : Brasiliense, 2006. Coleção primeiros passos.
- Laranjeira R, Pinsky I, Zalesky M, Caetano R. I Levantamento Nacional sobre Padrões do Consumo de Álcool na População Brasileira. Brasília, 2007.
- Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas / Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010.
- Lei Organica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, publicada no DOU de 8 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.
- Loose, R. The addicted subject caught between the ego and the drive: The post-Freudian reduction and simplification of a complex clinical problema. In *Psychoanalytische perspectieven*, 2000.
- Lopez, M. História e repercursões das drogas. *Cogitare Cadernos de Enfermagem*. 2005; 248-254
- Macedo, T. (2000). Contributo das Neurociências para a compreensão da Toxicodependência. *Toxicodependências*, vol. 6, nº 3, 3-16. Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Manita, C. (2000). Das descobertas privadas aos crimes públicos: evolução dos significados em trajetórias de droga -crime. *Toxicodependências*, vol.6, nº2, 17-31. Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Martinez, A. M. Psicologia e compromisso social: desafios para a formação do psicólogo. In: BOCK, A. M. B. (Org). *Psicologia e compromisso social*. São Paulo: Cortez, 2003.

- Ministério da Saúde, SEF - Secretaria do ensino fundamental. (2012). Parâmetros curriculares Nacionais 5ª a 8ª série. Temas transversais: Saúde. Brasília.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS. Brasília: MDS/ SNAS, 2006b.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). Adolescent drug abuse: clinical assessment and therapeutic interventions. Research Monograph Series, 156. Washington (DC): U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. National Institutes of Health; 1995
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). Teen Drug Abuse Declines Across Wide Front: Results from the Monitoring the Future Survey, 2003: 2008.
- Negreiros, J. (1997). Droga-Crime: Estudos Interdisciplinares. Consumo de drogas nas prisões portuguesas. Vol.4. Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga. Lisboa, Ministério da Justiça.
- Negreiros, J. As ações de prevenção do abuso de drogas em Portugal: apreciação crítica e perspectivas para o futuro, in Precioso, J., Viseu, F., Dourado. L., Vilaça, M.T., Henriques, R. e
- Negreiros, J. O consumo de drogas na adolescência: considerações sobre a sua etiologia e prevenção. Setembro-Outubro, 1983.
- Negreiros, J. (1999). O futuro da prevenção das toxicodependências. Toxicodependências, 3, 35-39.
- Newcomb MD, Bentler PM. Substance use and abuse among children and teenagers. Am Psychol 1989;44:242-8.
- Nunes, L. M; Jolluskin, G.. 2007. Drogas e comportamentos de adicção: um manual para estudantes e profissionais de saúde ed. 1, 1 vol., ISBN: 978-972-8830-90-8. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2003). A evolução do fenómeno da droga na Europa e na Noruega, Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias. Acedido a 12 fevereiro de 2015.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2000). Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na União Europeia. Lisboa.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2009). Relatório anual sobre a evolução do fenómeno da droga na Europa. Lisboa
- Organização Mundial de Saúde (1997). Glossário de termos de Psiquiatria e Saúde Mental da CID-10 e seus derivados. Org. J. M. Bertolote. Editora Artes Médicas, Porto Alegre.

- Organização Mundial da Saúde. (2006). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul.
- Organização Mundial da Saúde (2004). Neurociências do consumo e dependências de substâncias psicoativas: resumo. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial da Saúde (2001). Transtornos devido ao uso de substâncias. Em Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança Brasília: Gráfica Brasil.
- Ornelas, J. (2008). Psicologia comunitária. Lisboa: Fim de Século.
- Pechansky F, Woody G, Inciardi J, Surratt H, Kessler F, Von Diemen L, et al. HIV seroprevalence among drug users: an analysis of selected variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brazil. Drug Alcohol Depend. 2006; 109-13.
- Pessoti, I. O século dos manicômios. São Paulo: Ed. Vozes. 34, 1996
- Piaget, J. Inhelder, B. Da Lógica da Criança a Lógica do Adolescente. São Paulo: Ed. Pioneira, 1976.
- Pillon SC, Pinto EF. Alcoolismo e violência doméstica. Em: Luis MAV, Pillon SC,
- Poiares, C. (1999). Análise psicocriminal das drogas – O discurso do legislador.
- Poiares, C. (1999). Contribuição para uma análise histórica da droga. Toxicodependências, nº1, 3-12. Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Poiares, C. (2003). Droga: Deambulação em torno da investigação científica. Toxicodependências, vol. 6, nº3, 75-86. Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Poiares, C. (2004). Droga. Objecto de Saber: Uma Abordagem Juspsicológica.
- Poiares, C. (2007). Reestruturar, Repensar e Refletir: Para uma nova política da Dissuasão da Toxicodependencia. Toxicodependências. Vol. 13, nº 1Edição IDT: Ministério da Saúde, p 11-20.
- Poitevin, L., Stefanon, E. O uso do Crack e suas consequências para a saúde. Em: Promovendo Saúde na Contemporaneidade: desafios de pesquisa, ensino e extensão Santa Maria, RS, 2010.
- Prevenção ao uso indevido de drogas : Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2011
- Relatório Mundial sobre Drogas, 2006. Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime, UNODC.

- Ribeiro, J. (1995). Dependência ou Dependências? Incidência histórica na formalização dos conceitos. *Toxicodependências*, nº3. Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Rodrigues, E.V., Samagaio, F., Ferreira, H. Mendes, M. Januário S. A pobreza e a Exclusão Social: Teorias, Conceitos e Políticas Sociais em Portugal. Projeto Competividade e Exclusão Social: as áreas metropolitanas de Lisboa e do Porto, 1999, 63-101.
- Rouquayrol, M. Z.; Goldbaum Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças; In: Epidemiologia & Saúde, 6º edição, Rio de Janeiro: Ed. MEDSI, 2003.
- Sanchez ZVDM, Oliveira LG, Nappo. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores intervenientes. *Rev Saude Publ.*2002;36(4):420-30
- Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas.
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2006). Primeiro Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco, e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras, GREA/ IPC – HCFMUSP, Brasília.
- Senad. A Prevenção do Uso de Drogas e a Terapia Comunitária. Brasília: secretaria Nacional Antidrogas, 2006.
- Silveira C. M. (2007). Heavy Episodic Drinking in the São Paulo Epidemiologic Catchment Area Study in Brazil: Gender and Socio-Demographic Correlates. *Journal of Studies on Alcohol* 68:18-27.
- Silveira, F. Dependência: uma experiência do PROAD. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- Silveira, F. Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2009.
- Siegel, RK. Cocaine smoking. *J Psychoactive Drugs.*1982;14(4):271-359.
- Sudbrack, MFO. Construindo Redes Sociais: metodologia de prevenção da drogadição em adolescentes de famílias de baixa renda do Distrito Federal, cap. In: Macedo, RM. Família e Comunidade, Cadernos da ANPPEP, São Paulo, 1997.

ANEXOS

Anexo I

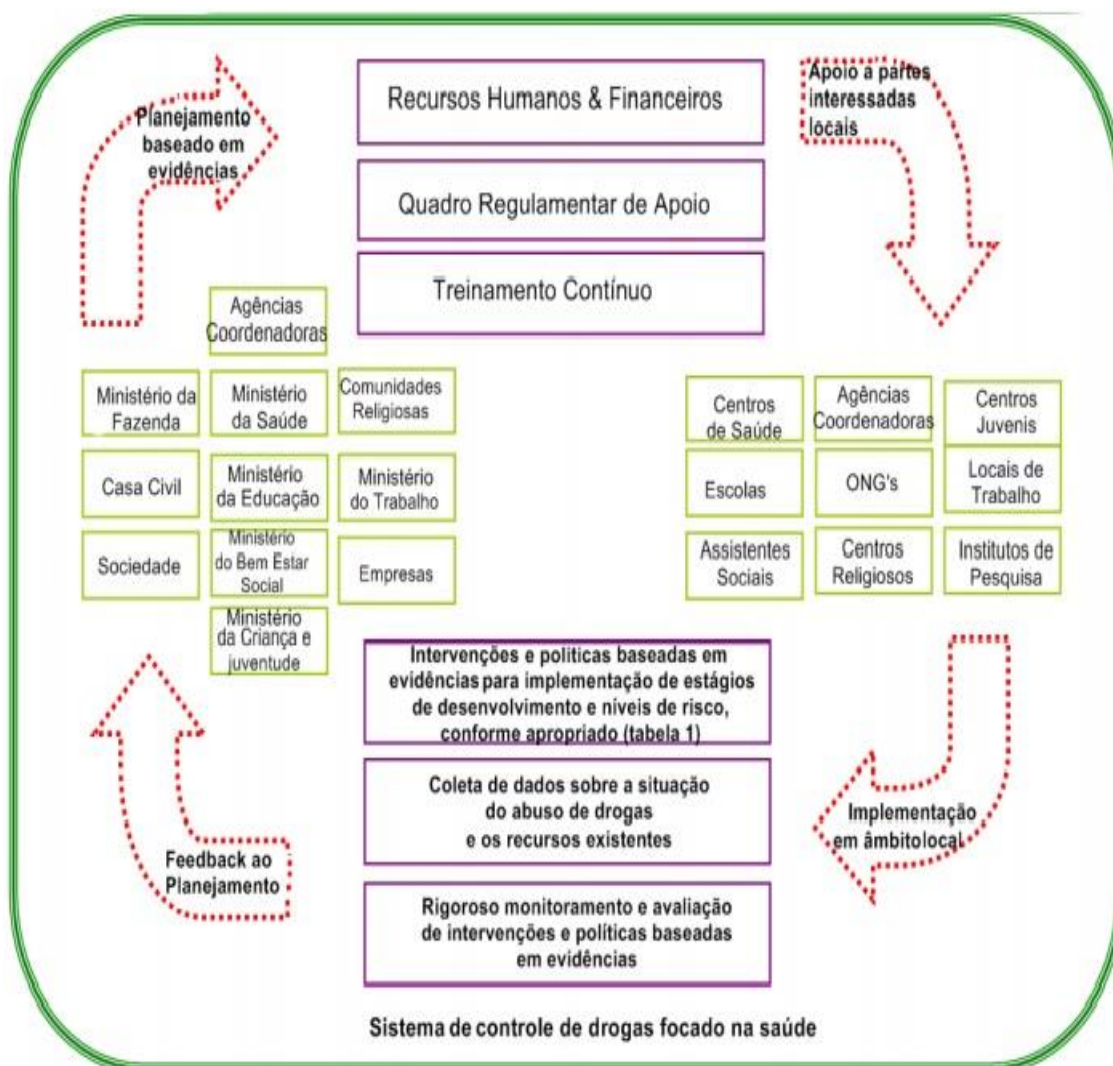


Figura 1 - Esquema de representação de um sistema nacional de prevenção de drogas, Normas Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas, UNODC, 2011.

Anexo II



Figura 2 – Logotipo do Programa de Prevenção “Unidos para Cuidar”

Anexo III



Figura 3 – Eixos Estruturantes, Metodologia Ministério do Desenvolvimento Social, Coletivo Questionador, 2009.

Anexo IV



Figura 4 – Dimensões em que o Programa de Prevenção deve atingir para o desenvolvimento integral do adolescente.

Anexo V

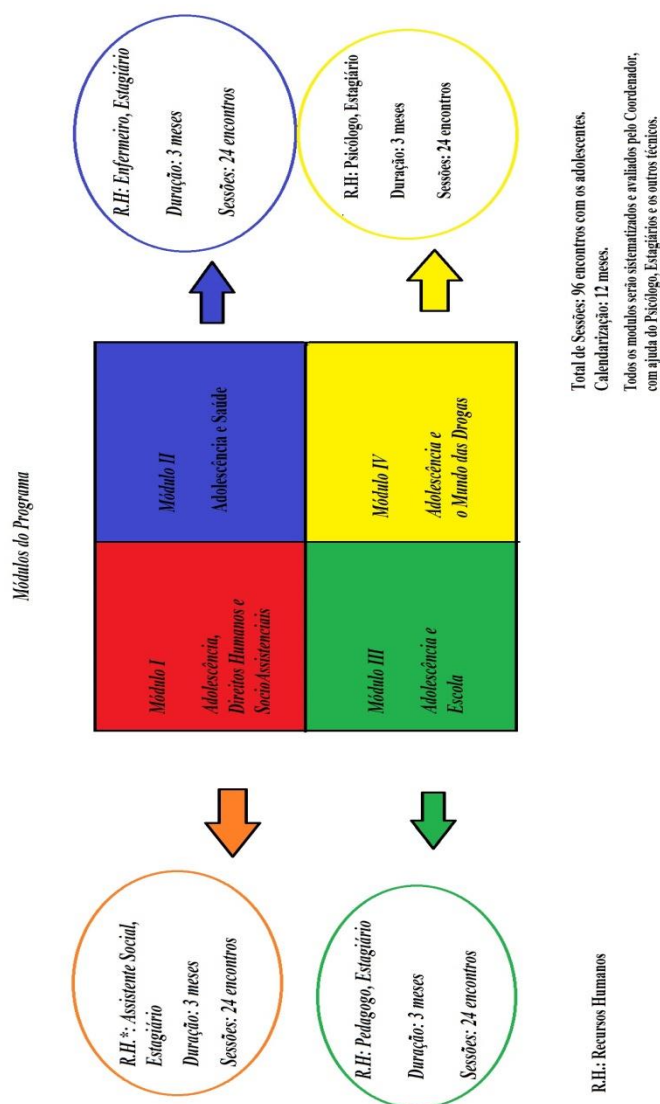


Figura 5 – Esquema com os Módulos da Segunda Parte do Programa de Prevenção, relativas as actividades com os adolescentes.

Anexo VI – Folder da Palestra, Primeira Parte do Programa de Prevenção (Frente)

Anexo VII – Folder da Palestra, Primeira Parte do Programa de Prevenção (Verso)

Anexo VIII

QUESTIONÁRIO AVALIATIVO DA PALESTRA: PROGRAMAS DE PREVENÇÃO ÀS DROGAS

Olá, sua opinião é muito importante para a continuidade e melhoria deste trabalho! Sinta-se à vontade para expressá-la. Dúvidas e referencial bibliográfico através do e-mail: bethania.programadeprevencao@gmail.com

Formação:

Idade:

Local de Trabalho:

1. Quanto ao desempenho do palestrante:

() Ótimo () Bom () Satisfeito () Ruim

2. Quanto à organização em geral do evento:

() Ótimo () Bom () Satisfeito () Ruim

3. Quanto ao conteúdo e temas abordados

() Ótimo () Bom () Satisfeito () Ruim

4. Quanto ao material didático:

() Ótimo () Bom () Satisfeito () Ruim

5. Quanto à pontualidade da programação diária

() Ótimo () Bom () Satisfeito () Ruim

6. Você acha relevante o tema abordado no Brasil? E em Poços de Caldas?

() Sim () Não

Comentários:

7. Você trabalha com adolescentes que estão em situação de risco social ou que estão expostos a factores de risco, em especial às substâncias psicoativas? Se sim, onde?

8. Você tem formação ou experiência profissional nas áreas abordadas durante a palestra, como por exemplo toxicodependência, trabalho com jovens em situação de risco social, famílias em vulnerabilidade, entre outros? Se sim, qual? Se não, tem interesse neste tema?

9. Você já conhecia programas de prevenção às drogas? Se sim, quais?

10. Você acha pertinente a implantação de programas de prevenção em Poços de Caldas? Se sim, onde?

11. Você lida com usuários de cocaína/crack no âmbito profissional ou pessoal?

12. Acha que os programas de prevenção podem ajudar, a médio prazo, diminuir a quantidade de toxicodependentes no Brasil?

13. Deixe seu comentário sobre o tema “Programas de Prevenção” ou sobre a palestra. Muito obrigada pela participação!

Anexo IX – Ficha de Candidatura para Técnicos

FICHA DE CANDIDATURA A EMPREGO

CANDIDATURA N.º:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO	
Nome:	Data de Nascimento:/...../.....
Estado Civil:	Telefone:
Nacionalidade:	Naturalidade:
Endereço Completo:	
Localidade:	Carteira de Motorista: Sim ☐ Categoria..... Não ☐
Habilitações literárias: Formações frequentadas:	
.....	
Já trabalhou ou trabalha na Prefeitura Municipal de Poços de Caldas? Sim ☐ Não ☐ Setor:	

ÁREA / SERVIÇO A QUE SE CANDIDATA:

.....

SITUAÇÃO ACTUAL

Estudante ☐ 1.º Emprego ☐ Emprego Contratual ☐ Emprego Efetivo ☐ Desempregado ☐

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	SIM	NÃO
Disponibilidade para trabalhar com famílias em situação de risco social	☐	☐
Disponibilidade para flexibilidade de horário	☐	☐
Motivação para participar em acções de formação para adquirir ou aprofundar conhecimentos /competências	☐	☐

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Empresa	Função	Tempo	Motivo de Saída
Tem experiência de trabalho na área a que se candidata? Sim ☐ Não ☐ Observações			
.....			

Nota: Toda a informação e documentação disponibilizada será apenas utilizada para o fim a que se destina (candidatura a emprego).