



**RATIO - FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA**  
**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

LÚCIA RAQUEL DOS SANTOS LEMOS

**O TRATAMENTO DE ADOLESCENTES NA UNIDADE DE REFERÊNCIA EM  
SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E DROGAS NA SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA E  
PROTEÇÃO À INFÂNCIA DE FORTALEZA (SOPAI)**

Fortaleza – CE

2017

O TRATAMENTO DE ADOLESCENTES NA UNIDADE DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E DROGAS NA SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA E PROTEÇÃO À INFÂNCIA DE FORTALEZA (SOPAI)

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica Ratio, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Prof. (a) Ms. Diocleciana Paula da Silva

Fortaleza - CE

2017

LÚCIA RAQUEL DOS SANTOS LEMOS

O TRATAMENTO DE ADOLESCENTES NA UNIDADE DE REFERÊNCIA EM SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E DROGAS NA SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA E PROTEÇÃO À INFÂNCIA DE FORTALEZA (SOPAI)

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica Ratio, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador (a): Prof. (a) Ms. Diocleciana Paula da Silva

Data da aprovação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Diocleciana Paula da Silva

Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Maria Escobar

---

Prof<sup>ª</sup>. Ms. M<sup>a</sup> do Socorro Lima Martins Matos

Fortaleza – CE, dezembro de 2017

## DEDICATÓRIA

As minhas filhas, Eduarda e Vitória, por me ensinar diariamente que a maternidade é algo que jamais me arrependerei, e foi sem sombra de dúvida o momento mais sublime e inesquecível que já vivenciei.

Quando carreguei vocês nos meus braços pela primeira vez, senti que minha vida havia mudado para sempre. Eu tinha diante de mim tesouros que me comprometi a cuidar e a amar eternamente. Por vocês qualquer sacrifício vale a pena.

Minha Eduarda, obrigada por me ensinar que um filho com limitações, não difere no amor de uma mãe, com você aprendi que o amor não é feito só de momentos de felicidades, até porque felicidade plena não existe. Amar é enfrentar os desafios quando somos colocados a provas e mesmo assim não desistir jamais.

Minha Vitória, minha filha que traz em seu nome o sinônimo de conquista, de êxito, sucesso e triunfo. Você é uma luz em minha vida, vê-la seguindo os princípios éticos nos passos da primeira infância, me faz encher o peito de orgulho por saber que estou no caminho certo. Não esqueça que terá em sua mãe uma grande amiga.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, pelo dom de minha vida, proteção diária e por guiar meus passos, me conduzindo para um caminho do bem.

A minha mãe pelo amor e dedicação ao longo de todos os anos, por ter me dado tudo dentro do possível quando precisei. Obrigada por cuidar de mim, por ter me dado à vida, por abdicar da sua para cuidar da minha para que eu pudesse ser feliz, e conseguir meu maior sonho: a minha graduação, sem a sua ajuda não seria possível realizá-lo. Quando começar a colher os frutos do meu trabalho, será para retribuí-la por tudo que faz por mim.

Aos meus avós maternos, Dina (in memoriam) e Geraldo, pelo carinho, pelo amor e exemplo de honestidade e simplicidade, sempre ensinando que as coisas simples da vida não tem preço, e sim valor. Saudades, vó!

Aos meus avós paternos, Francisco (in memoriam) e Luísa que no finalzinho desta pesquisa foi morar na casa do pai. Agradeço a vocês por terem cuidado e me amado nos meus primeiros anos de vida.

A meu marido Elizeu, que esteve comigo em diversos campos de guerra, treinando minha paciência e capacidade de melhorar minha arte de manejar a espada com mais habilidade para o próximo combate. (O meu amor não será passageiro - (...) “Te amarei de janeiro a janeiro, até o mundo acabar, até o mundo acabar”).

A meu pai, que mesmo distante nunca me negou ajuda quando lhe pedi.

A minha orientadora, professora Diocleciana Paula, pela generosidade em transmitir seus conhecimentos e pela amizade que construímos ao longo dessa pesquisa.

Agradeço também as professoras Socorro Martins e Maria Escobar por terem aceitado o convite em participar deste momento tão significativo em minha vida.

A minha supervisora de estágio, Danielly Bezerra, me acolhendo tão bem, sempre preocupada com suas pupilas, transmitindo todo seu conhecimento e experiência profissional e pessoal, exemplo a ser seguido, tratando todos igualmente. Minha referência como assistente social.

## **EPIGRAFE**

Ando devagar  
Porque já tive pressa  
E levo esse sorriso  
Porque já chorei demais  
Hoje me sinto mais forte  
Mais feliz, quem sabe  
Só levo a certeza  
De que muito pouco sei  
Ou nada sei  
(...) Todo mundo ama um dia  
Todo mundo chora  
Um dia a gente chega  
E no outro vai embora  
Cada um de nós compõe a sua história  
Cada ser em si  
Carrega o dom de ser capaz  
E ser feliz

(Tocando em frente)

Almir Sater

## RESUMO

As drogas estão cada vez mais presentes em nossa sociedade e neste trabalho trago uma análise do problema social advindo do uso dessas substâncias, onde os adolescentes são mais vulneráveis que os adultos. Para sociedade os principais problemas que se pode enumerar com relação ao indivíduo dependente é a deterioração nas relações sociais, aumento da vulnerabilidade, o risco a segurança, saúde pública, atividade sexual precoce na adolescência, violência, práticas de furto, entre outros problemas de cunho social. O objetivo geral dessa pesquisa foi observar como se processam o tratamento direcionado aos adolescentes internados com problemas relacionados ao uso de entorpecentes na Unidade de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas na Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza. Percebemos que as drogas consumidas com maior frequência entre os internos, foram o crack e a maconha sendo que, os adolescentes usam tais drogas de forma concomitante. Nosso quadro teórico resgatou o histórico da adolescência e suas mudanças, bem como o surgimento das drogas e uso entre os adolescentes. Segundo Pinheiro, 2009, a dependência química é considerada um transtorno mental. Quando entendemos que a dependência química é uma doença passamos a olhar esses indivíduos com outro olhar. Os dependentes químicos necessitam de ajuda psicológica, emocional e física, pois já perderam o controle de suas vidas, deixando a dependência os controlarem. A metodologia utilizada foi bibliográfica de característica documental, sendo coletados através de fichas cadastrais dos pacientes acolhidos, os processos de tratamento de desintoxicação bem como outras informações relevantes dos adolescentes internados e seus familiares. Foram analisadas oito fichas de cadastros de adolescentes na idade compreendida entre 12 e 17 anos. Percebemos que o tratamento de desintoxicação é de suma importância, mas é apenas um paliativo, uma vez que, esses adolescentes ficam no máximo uma semana na unidade. Diante dos resultados obtidos, percebemos uma defasagem entre o que é prescrito pelas políticas públicas e a realidade dos serviços prestados.

**Palavras – chave:** Adolescente, drogas, família, Estatuto da Criança e do Adolescente.

## ABSTRACT

Drugs are increasingly present in our society and in this work we bring an analysis of the social problem arising from the use of these substances where adolescents are more vulnerable than adults. For society the main problems that can be enumerated with regard to the dependent individual are deterioration in social relations, increased vulnerability, risk to safety, public health, early sexual activity in adolescence, violence, theft practices, among other problems of social character. The general objective of this research was to observe how the treatment directed to the hospitalized adolescents with problems related to the use of narcotics in the Unit of Reference in Mental Health Alcohol and Drugs in the Society of Assistance and Protection to the Childhood of Fortaleza is processed. We noticed that the drugs most frequently consumed among the inmates were crack and marijuana, and adolescents use these drugs concomitantly. Our theoretical framework rescued the history of adolescence and its changes, as well as the emergence of drugs and use among adolescents. According to Pinheiro, 2009, chemical dependency is considered a mental disorder. When we understand that chemical dependence is a disease, we begin to look at these individuals with another look. Dependents need psychological, emotional, and physical help because they have already lost control of their lives, leaving dependency to control them. The methodology used was a bibliographical feature of the documentary, being collected through the patient records, the detoxification treatment processes as well as other relevant information of hospitalized adolescents and their relatives. Eight records of adolescents' registers were analyzed between the ages of 12 and 17 years. We realize that detoxification treatment is of paramount importance, but it is only a palliative, as these adolescents stay at most a week in the unit. Given the results obtained, we perceive a discrepancy between what is prescribed by public policies and the reality of the services provided.

**Key words:** Adolescent, drugs, family, Child and Adolescent Statute.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AA – Alcoólicos Anônimos

ABMP – Associação Brasileira de Magistrados e Promotores da Infância e Juventude

CAPs – Centro de Atenção Psicossocial

CNC – Comissão Nacional da Criança

CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente

CONAD – Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas

CT – Comunidade Terapêutica

CID – Código de Identificação de Doenças

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializada da Assistência Social

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FUNABEM – Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor

FEBEM – Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PANAD – Política Nacional sobre Drogas

SOPAI – Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza

SAM - Serviço de Assistência ao Menor

SINASE – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Sobre Drogas

SUS – Sistema Único de Saúde

SNC – Sistema Nervoso Central

TO – Terapeuta Ocupacional

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1. ADOLESCENCIA: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA.....</b>	<b>16</b>
1.1 Período adolescência.....	16
1.2 Estatuto da Criança e do Adolescente.....	24
<b>2. COMPREENDENDO O PROCESSO DAS DROGAS E SUAS CONSEQUENCIAS.....</b>	<b>28</b>
2.1 As drogas lícitas e ilícitas.....	28
2.2 As drogas e suas conseqüências no convívio familiar e social dos adolescentes.....	34
<b>3. SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA E PROTEÇÃO A INFÂNCIA DE FORTALEZA (SOPAI).....</b>	<b>44</b>
3.1 Ficha de cadastros dos pacientes.....	48
3.2 A importância do Serviço Social na saúde mental.....	52
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	
<b>APÊNDICE</b>	

## INTRODUÇÃO

O tema drogadição entre adolescentes é um problema que cresce a passos largos e já é um desafio ao poder público. Este assunto tornou-se tão pertinente à sociedade que passou a ser reconhecido como questão social. Estes adolescentes em estado de vulnerabilidade social, com seus direitos violados, deixaram de ser vistos como vítimas para fazerem vítimas em busca de manter o vício.

A adolescência é uma fase de intensas transformações na vida do sujeito, nela surgem muitas ansiedades e insatisfações devido à passagem de um período, até então aparentemente calmo, para uma nova etapa tumultuosa, composta por muitas transformações tanto físicas quanto emocionais na vida das pessoas. É um período de mudança, no qual é comum encontrar muitos conflitos ocorridos na formação da identidade.

É um período considerado crítico no que se refere ao desenvolvimento de suas habilidades, além disso, é na adolescência que o sujeito busca seu universo de experimentações (descobrir coisas novas), geralmente em grupos. O consumo de drogas vem ganhando muito espaço entre os adolescentes, o uso precocemente traz também consequências e prejuízos antecipados.

Historicamente falando, o abuso de álcool e drogas sempre esteve associado à criminalidade e a assistência a essas pessoas sempre se fez necessária nos serviços de saúde. No Brasil, ao longo dos séculos, as formas de tratamento eram a exclusão e o afastamento do convívio social.

Após a reforma psiquiátrica iniciada em 2001 (Lei 10.216/01), trazendo a desconstrução do manicômio, põe em questão a necessidade de eliminar todas as práticas de exclusão, passando a investir em serviços focando no indivíduo e em seu contexto familiar. Com a implantação de políticas públicas para se tratar os distúrbios mentais, a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) e Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) atuam diretamente com as famílias em conjunto com a Equipe da saúde familiar.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece que a dependência química é uma doença progressiva, incurável e fatal. Ela, porém, é passível de tratamento. Age

silenciosamente, debilitando a parte física, espiritual e emocional das pessoas. Tem como característica peculiar, alastrar seus efeitos para toda a família.

Conforme Neto et al. (2003), a adolescência se constitui em idade de risco para o uso de substâncias psicoativas, devido as rápidas modificações que decorrem do processo de amadurecimento psicológico e tornam o indivíduo emocionalmente suscetível e influenciável pelo grupo de iguais.

Por apresentar um período de instabilidade, o uso de substâncias psicoativas podem ser uma tática que os adolescentes utilizam para enfrentar os problemas. Por se tratar da busca pela satisfação, a pessoa sob o efeito da droga vai se perceber onipotente (todo poderoso), acha que está longe dos problemas. No início pode se parecer que esta sensação seja mesmo de resolução, porém, depois de estabelecida a dependência, torne-se escravo e passa a viver em função dela.

Desse modo, fica claro que a droga passa a ser um agente suicida que se manifesta através das grandes mazelas que assolam o nosso dia-a-dia, levando esses jovens a não chegar à fase adulta, tendo suas vidas interrompidas pela violência que o tráfico de drogas vem causando.

O interesse por esse tema se deu após meu ingresso no campo de estágio no Hospital Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza (SOPAI). Chamou-me a atenção àqueles adolescentes em fase de mudança, está ali para fazer um tratamento de desintoxicação de substâncias psicoativo, ao invés de estarem gozando de suas liberdades em busca conhecimento e aprendizado.

A relevância social desse estudo fundamenta-se no fato de ser este um problema de saúde pública que afeta milhares de pessoas em todas as faixas etárias, com grande variedade de consequências psicossociais, familiares e individuais. O uso do álcool e drogas são um fenômeno mundial que precisam ser discutidos no Brasil como em todo o mundo e é, portanto, um tema que deve ser conhecido, refletido e divulgado para que essas pessoas possam conhecer a problemática e que a atenção primária seja tão importante quanto o tratamento.

O objetivo geral dessa pesquisa foi observar como se processam o tratamento direcionado aos adolescentes internados com problemas relacionados ao uso de entorpecentes na Unidade de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas na Sociedade de

Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza, bem como a perspectiva de reabilitação e inclusão social.

Os objetivos específicos visam investigar as motivações e os transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas na adolescência. Conhecer ainda o perfil socioeconômico das famílias dos pacientes, e identificar as dificuldades enfrentadas pelas famílias ao lidar com a dependência dos filhos.

Após ser aprovado pelo Comitê de Ética, foram realizadas visitas semanais no período de dois meses, examinando os prontuários dos adolescentes internos para tratamento de desintoxicação e participando de rodas de conversas com os pais/acompanhantes.

Assim, a pesquisa foi realizada por meio de análise documental e observação direta refletindo sobre como esses adolescentes enfrentam o processo de internação, os tipos de drogas mais consumidas e os relatos nas fichas de acolhimento que contam as histórias de suas vidas pregressas.

Para isso, investigamos os benefícios que a terapia ocupacional como agente facilitador das relações interpessoais dos pacientes em processos de dependência química e a importância através de suas práticas.

O acesso às fichas de acolhimento se deu após a concordância e autorização da assistente social, na pessoa de Paula Wojtylla, na qual se esclarece de forma resumida os objetivos dessa pesquisa e anonimato dos personagens. Foi necessária uma autorização formal (apêndice) para desenvolvermos o presente estudo.

As informações foram obtidas através de coleta e análise de dados apresentado em reunião de grupo como observador participante, bem como registros da equipe em prontuários, com autorização da instituição.

A pesquisa que serviu de base para esse estudo foi de caráter bibliográfica desenvolvida com material já elaborado, construído principalmente de livros e artigos científicos. “Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto”. (FONSECA, 2002, p.32).

Nos dados coletados, foram analisados 8 prontuários de adolescentes com idade compreendida entre 12 e 17 anos, a expectativa para essa faixa etária é que os indivíduos

pesquisados estivessem em formação escolar, no entanto, refletiremos aqui os motivos aos quais foram inseridos no contexto da drogadição.

Buscamos assim, possibilitar a compreensão por parte dos envolvidos, a fim de que possamos criar mecanismos que possam lhes auxiliar no tratamento, bem como indicar a sociedade métodos de prevenção a este crime que é uma violação tão grave dos direitos da criança e do adolescente, conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente enfatiza no Art. 70, “É dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente” (p.22).

Assim, o trabalho ficou dividido em três capítulos:

Capítulo I: A adolescência: uma breve contextualização discutirá as transformações vivenciadas nesta fase, as curiosidades, medos e aflições, bem como seus direitos ao longo dos anos, partindo da história mais antiga até os dias atuais.

O capítulo II: Compreendendo o processo das drogas e suas consequências, serão explanadas as drogas lícitas e ilícitas, a causa da busca, seus efeitos e suas consequências no convívio familiar e social desses adolescentes,

O capítulo III: a Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza (SOPAI) descreve a instituição pesquisada e o processo de internações, desintoxicação, as terapias grupais e os benefícios para vida dos usuários e seus familiares.

## 1. ADOLESCÊNCIA: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

A adolescência é uma fase intermediária entre a infância e a vida adulta. (CALLIGARIS, 2000), (COUTINHO, 2005), (ARIÉS, 2006).

É nessa fase que eles querem ser reconhecidos, por isso buscam suas identidades, não querendo mais ser vistos como características de seus pais, e sim uma personalidade própria. É na adolescência que o ser humano, de forma mais agressiva, se coloca frente a uma série de questionamentos, sobretudo no que tange à sua existência, e, neste sentido, um equilíbrio emocional para lidar com perguntas sem respostas nesta fase. É a época da vida marcada pela busca da identidade, expressada por mudanças no visual, grupos de amigos, ponto de vista divergente dos pais, etc.

Construir uma identidade implica em definir quem a pessoa é, quais são seus valores e quais as direções que deseja seguir pela vida. O autor entende que identidade é uma concepção de si mesmo, composta de valores, crenças e metas com os quais o indivíduo estar solidamente comprometido. (ERIKSON, 1972),

É comum nesta fase que o adolescente se afaste da família e procure maior aproximação com um grupo de semelhantes, ou seja, outros adolescentes.

A vulnerabilidade na qual se encontra o adolescente, devido às inúmeras transformações pelas quais passa, o expõe a muitos riscos. Dentre os fatores de risco estão o uso abusivo de álcool e outras drogas.

Entende-se que a adolescência é a fase da vida entre a infância e a fase adulta, marcada pelo processo de crescimento propriamente dito e desenvolvimento biopsicossocial que ela desenvolve.

As consequências sociais para os adolescentes em processo de transição é objeto de debates, tanto na área acadêmica como nas instituições de saúde e educação. A principal preocupação é no sentido de estimular nos adolescentes comportamentos e estilos de vida saudáveis que os insiram no eixo de motivação para o autocuidado. (MAIA, 2013,p. 16)

Considerando que essa realidade não vale para todos, pois muito desses adolescentes não tem as mesmas oportunidades, suas vidas são pré-estabelecidas no submundo da pobreza e da hostilidade.

Segundo Scliar (1995, p. 4), esta parece ser a realidade de grande parte dos indivíduos na faixa etária entre 14 e 18 anos e de 18 a 21 anos de idade, onde é peculiar o desenvolvimento do indivíduo.

Compreender a adolescência no seu modo particular não é um trabalho fácil, pois implica uma historicidade ampla e dimensional. Esclarecendo essa tese, Medrano e Lyra (2003, p. 45) elegeram cinco componentes que permitem compreender as definições do que é adolescência: idade cronológica, desenvolvimento biológico, cognitivo e psicológico, mudança status legal e possibilidades de participar de eventos da vida adulta.

O autor, no entanto, finaliza que esses componentes não são o suficiente para defini-lo, já que o ser humano está em constante mudança.

No Império Romano, século I a.C, era o pai quem decidia qual era o momento em que o filho deveria terminar a infância e iniciar a fase adulta. Somente quando este decidia é que o filho podia abandonar as vestes infantis e tomar as vestes de um homem, isso por volta dos 17 anos, (ARIÉS, 1981).

Durante a Idade Média, o rito de transição da infância para a fase adulta, para os homens, dava-se através da “barbotaria”, cerimônia realizada no momento do primeiro barbear do jovem. Nessa época, o pelo era aprova de que a criança tornara-se homem e já estava preparado para guerrear de acordo com a necessidade de sua sobrevivência.

O jovem adulto era preparado para exercer sua virilidade através da habilidade de matar e de morrer, se assim fosse preciso. Nessa época, embora já houvesse uma classificação para os diferentes períodos da vida (infância e puerilidade, juventude e adolescência, velhice e senilidade), a adolescência ainda não era claramente definida, sendo confundida com a infância (ARIÉS, 1981).

O período da vida e o reconhecimento da existência de seus distintos estágios, nos quais os indivíduos seriam dotados de diferentes habilidades físicas e cognitivas, ainda não eram definidos, e alguns estudiosos afirmam que tais mudanças se deram através das modernizações sociais, especialmente com a industrialização. Essa definição surge apenas no final do século XVIII.

Ainda de acordo com ARIÉS (1981), é apenas no século XVIII que apareceram as primeiras tentativas de definir claramente o que seria adolescência. O autor associa essa definição a questões culturais, determinantes de cada ambiente.

Sigmund Freud, no século XX visando compreender essa evolução, em 1905 publica “Três Ensaio sobre a Sexualidade”, iniciando o estudo da psicanálise sobre adolescência.

Em sua obra, Freud descreve a puberdade como as mudanças finais que ocorreram na infância. Segundo o autor, os principais acontecimentos desta fase são as subordinações das zonas erógenas para a primazia da zona genital; ao estabelecimento de novos objetos sexuais (diferentes para meninos e para meninas); e a busca de novos alvos sexuais, agora fora da família. Nesta obra, o autor define puberdade e adolescência.

A primeira corresponde às mudanças do corpo (região genital e a penetração no sentido do ato sexual). Já a adolescência ocuparia o sentido de construção da própria identidade, no sentido de se desprender dos vínculos familiares na fase infantil e compor suas escolhas e sua identificação e integrar a sociedade ocupando seu próprio lugar.

Outro psicanalista respeitado por suas atribuições ao estudo sobre adolescência é Erikson<sup>1</sup> conhecido como o primeiro autor a considerar a psicanálise ao viés culturalista. Segundo Erikson (1976), o desenvolvimento da crise de identidade se inicia nos últimos anos do período escolar (...) “Na busca por um lugar apropriado aos olhos dos outros, e em comparação com o que eles próprios julgam apropriados, os adolescentes confrontar-se-iam novamente com as crises de seus anos de infância, antes de adquirir um senso de continuidade e de uniformidade”.

Segundo Rassial, (1997, p. 76), as manifestações e necessidades da adolescência se relacionam ao período de indecisão subjetiva e de incerteza social que a constitui, caracterizado como uma “posição de intervalo”, já que o adolescente não pode ser identificado nem como criança e nem como adulto.

Os adolescentes não aceitam, muitas vezes, imposições ou opiniões dos pais, eles procuram justamente o contrário, ou seja, desejam solucionar seu problema sozinho, mesmo não dispoendo do amadurecimento. Não quer ser visto como uma criança que ainda precisa de ajuda e apoio. Esse tipo de impasse é compreendido como um ato de rebeldia por parte do adolescente.

---

<sup>1</sup>Erik **Erikson** (Frankfurt, 15 de junho de 1902 — Harwich, 12 de maio de 1994) foi um psicanalista responsável pelo desenvolvimento da Teoria do Desenvolvimento Psicossocial na Psicologia e um dos teóricos da Psicologia do desenvolvimento

Fenwick & Smith (1996) vêm ao encontro desta ideia de que os adolescentes à medida que amadurecem, vão se desinteressando pelas atividades da família, dos programas de final de semana e querem ficar, cada vez mais, com os amigos. Ressaltam que esta fase pode ser bastante conflituosa. Visto que, apesar de haver pais que compreendem este processo como uma atitude que marca o fim da infância, o que de fato é real, existem aqueles que veem isso, como uma ameaça a estrutura familiar, apesar de não haver nada de pessoal nesta “rejeição”, e o adolescente está simplesmente afrouxando os laços familiares para ampliar a sua maneira de interagir com o outro.

Essa desvinculação não é uma rejeição da família, mas uma resposta as necessidades de desenvolvimento. Adolescentes jovens costumam-se retirar-se para seus aposentos; parecem precisar ficar sozinhos para fugir das demandas dos relacionamentos sociais, para recuperar a estabilidade emocional e para refletir sobre questões de identidade (LARSON, 1997 apud PAPALIA, OLDS & FELDMAN, 2006, p. 494).

De acordo com os autores citados, adolescência é uma fase de difíceis e constantes mudanças que requer cuidados e observações, trata-se de uma etapa na qual é considerada um enigma, internos e externos as mudanças corporais e comportamentais. Nesta perspectiva, a família, como instituição cuidadora e protetora, de seus filhos, e responsável pela transmissão de valores éticos e morais, é de suma importância à contribuição para a prevenção diante dos inúmeros problemas ocasionados pela droga. A estrutura familiar vem sofrendo diversas mudanças nas suas dinâmicas, a mulher assume a cada dia um papel de provedora do lar, que antes era papel predominante da figura masculina.

É neste sentido que muitas vezes esses adolescentes precisam ficar sozinhos em casa para que a mãe saia em busca do sustento de seus membros. Se sobrecarregando das atividades do lar, a mãe passa a não mais acompanhar o desenvolvimento de seus filhos.

No Brasil colonial e imperial, a assistência a crianças e adolescentes abandonados era atribuída a entidades da Igreja e as irmandades de misericórdias, a exemplo da Europa, com caráter assistencialista ou benemérito, de sentido caridoso.

Foi a partir do I Congresso Brasileiro de Proteção à Infância no ano de 1922, que a questão da assistência à infância no Brasil passou a ser discutida. As primeiras normas de assistência social, visando à proteção dos ‘menores abandonados’ foram criadas através do decreto nº. 16.272, de 20 de dezembro de 1923, em sequência, o decreto nº 16.273, de 20 de dezembro de 1923, editado para reorganizar a justiça do Distrito Federal, incluindo a figura

do Juiz de Menores na administração da justiça e com isso, a criança e o adolescente passam a ter uma legislação especial a partir do primeiro Juizado de Menores.

O Juízo de Menores estruturou um modelo de atuação que se manteria ao longo da história da assistência pública no país, funcionando como um órgão centralizador do atendimento oficial ao menor fosse ele recolhido nas ruas ou levado pela família. O objetivo da internação era preservar ou reformar os menores apreendidos (RIZZINI, 1995, p. 258).

Desde então, o estado assume a responsabilidade legal pela tutela da criança órfã e abandonada, rompendo a inércia até então existente.

A partir do Código de Menores criado em 12/10/1927, por meio da Lei 17.943-A, também conhecido como Mello Matos<sup>2</sup> que a infância tomou proporções significativas como ação social do Juízo de Menores que foram consolidadas as leis de assistência e proteção aos menores, destinando-se a legislar sobre as crianças de 0 a 18 anos. O enfoque da justiça era voltado ao assistencialismo e ao paternalismo.

Portanto, o Código de 1927 consolidou-se como a primeira legislação brasileira para as crianças e os adolescentes. Nesse período, a proposta era resolver os problemas dos menores, não apenas no âmbito jurídico, mas englobando também as questões assistenciais. As medidas propostas proporcionavam um maior controle da população nas ruas, por meio de intervenção policial.

O sistema de proteção e assistência previsto no Código de Menores submetia qualquer criança, por sua simples condição de pobreza, a ação da Justiça e da Assistência. A esfera jurídica era protagonista na questão dos menores por meio da ação jurídico-social dos Juízes de Menores.

O termo “menor” tomou dimensões estigmatizadas dentro da própria política de atendimento. Na prática jurídica, a construção do menor tem os seguintes sentidos: menor não é apenas aquele indivíduo que tem idade inferior a 18 ou 21 anos conforme mandava a legislação em diferentes épocas.

Menor é aquele que proveniente de família desorganizada, onde imperam os maus costumes, prostituição, a vadiagem, a frouxidão moral, e mais uma infinidade de características negativas, tem a sua conduta marcada pela amoralidade e pela falta de decoro,

---

<sup>2</sup>José Cândido de Albuquerque **Mello Mattos**, nascido aos 19 de março de 1864 na cidade de Salvador/BA, foi o primeiro Juiz da Infância e Juventude do Brasil.

sua linguagem é de baixo calão, sua aparência é descuidada, tem muitas doenças e pouca instrução, trabalha nas ruas para sobreviver e anda em bandos com companhias suspeitas. (RIZZINI,1993, p.96).

O Código apontava uma visão jurídica repressiva e moralista, de caráter correccional e disciplinar, prevendo repreensão e internamento em caso de abandono físico e moral das crianças. Neste código já fica estabelecido que os processos de internação destas crianças e o processo de destituição do pátrio poder seriam gratuitos e deveriam ocorrer em segredo de justiça. O poder de decisão concentrava-se na figura do Juiz de Menores, que se baseava na boa ou má índole de crianças, adolescentes e suas famílias para definir suas trajetórias institucionais.

No Brasil, essa política expressou-se no Código Civil de 1916, que introduziu importantes alterações, se comparadas com a ordem jurídica herdada das Ordenações Filipinas. Substituiu o conceito de posse dos filhos por proteção à pessoa dos filhos; disciplinou os institutos da adoção e do pátrio poder; possibilitou o reconhecimento da filiação natural a qualquer tempo; na falta de impedimento do pai, assegurou a exercício do pátrio poder à mãe legítima, em certas condições; e permitiu a possibilidade da ação de investigação da paternidade. Estas alterações, embora já expressassem as mudanças sociais em curso, não eram alcançadas, de fato, à população, sem condições de acesso ao judiciário.

Em 1931, foi criado o Serviço de Assistência ao Menor (SAM), vinculado ao então Ministério da Justiça e Interior, para atendimento dos menores carentes e infratores da lei penal. O SAM não recebeu recursos necessários, atuando repressivamente até com denúncias de maus-tratos. Foi extinto em 1964, sendo criada em seu lugar, a Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), órgão normativo sobre a Política Nacional do Bem-Estar do Menor (Lei n. 4.513/1964), cuja execução foi atribuída às Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor (FEBEM).

A pretensão era passar do modelo correccional repressivo para um modelo assistencialista, assente na concepção do menor como feixe de carências psicobiológicas, sociais e culturais.

A Assembleia Geral da ONU adotou a Declaração dos Direitos da Criança, que passa a reconhecer direitos, tais como: imunidade à discriminação e a ter um nome e uma

nacionalidade. Estabelece especificamente os direitos da criança a educação, cuidados de saúde e proteção especial.

O endosso da Assembleia Geral foi significativo porque colocou em evidência a necessidade de considerar separadamente os direitos da criança, em vez de assumir que os cuidados com a criança estariam implícitos no amplo espectro dos instrumentos internacionais de direitos humanos. A Declaração dos Direitos da Criança enfatizou de maneira especial o bem-estar emocional da criança e assegurou o seu direito “a ser dos primeiros a receber proteção e alívio” em emergências – uma frase que seria repetida duas décadas mais tarde no slogan do UNICEF “Prioridade para a Criança”. Apesar dessas mudanças, o documento de 1959 manteve uma abordagem assistencialista, visando salvaguardar e proteger a criança, dando pouca importância ao aumento de seu poder.

No final dos anos 1970, iniciaram-se movimentos de reforma institucional, centrados na crítica ao conceito de menor em prol da concepção integral e universal da criança e do adolescente, como sujeitos de direitos, como o Plano de Integração Menor-Comunidade e o Acordo UNICEF-FUNABEM e a Secretaria de Ação Social para trabalho comunitário de cunho social e educativo para meninos (as) em situação de rua.

Nessa linha veio o novo Código de Menores (Lei n. 6.697, de 10 de outubro de 1979), adotou a doutrina jurídica de proteção do “menor em situação irregular”, que abrange os casos de abandono, prática de infração penal, desvio de conduta, falta de assistência ou representação legal, entre outros. Vale lembrar que a lei de menores era instrumento de controle social da infância e do adolescente, vítimas de omissões da família, da sociedade e do Estado em seus direitos básicos.

Esse Código de Menores não se dirigia à prevenção; cuidava do conflito instalado. Por sua vez, o juiz de menores atuava diretamente na prevenção de segundo grau, por meio da política de costumes, proibição de frequência em determinados lugares, casas de jogos, etc.

Os infratores nesse código não eram mais maltratados formalmente como delinquentes, e sim como autores de atos infracionais e tinham a integração familiar como finalidade relevante, embora, na prática das FEBEMs, isso não se verificasse, prevalecendo à política carcerária e punitiva.

Em meados da década de 1980, já em processo de abertura política, o Brasil sinalizava avanços no campo democrático com o fortalecimento de movimentos sociais de caráter reivindicatório e de denúncias das violações aos direitos humanos.

Na área da infância e juventude iniciava-se uma ampla mobilização nacional em prol de um projeto que envolvia a elaboração e a aprovação de uma nova legislação para todas as crianças e adolescentes dos 16 países, passando pela participação significativa na Assembleia Nacional através da Comissão Nacional Criança Constituinte, cuja atribuição voltava-se para a inserção dos direitos inerentes a pessoa humana no texto constitucional, considerados fundamentais ao desenvolvimento de toda criança e adolescente. A sociedade passou a debater sobre a falta de políticas adequadas, no campo da infância e juventude.

Segundo Faleiros (1996, p. 51):

A cidadania da criança e adolescente foi incorporada na agenda dos atores políticos e nos discursos oficiais muito recentemente, em função da luta dos movimentos sociais no bojo da elaboração da constituição de 1988. Na cultura e estratégias de poder predominantes, a questão da infância não se tem colocado na perspectiva de uma sociedade e de um estado de direitos, mas na perspectiva do autoritarismo/clientelismo, combinando benefícios com repressão, concessões limitadas, pessoais e arbitrárias, com disciplinamento, manutenção de ordem ao sabor das correlações de forças sociais ao nível da sociedade do governo.

O texto constitucional de 1988 garante a difusão dos direitos sociais, pautado na democracia vinculado a um projeto de conquista de cidadania que passa a considerar a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, superando o assistencialismo, e destacando a proteção integral como direito.

Nesta situação, podemos citar Souza (2006) quando diz que o Brasil passa a olhar as crianças e os adolescentes não mais como “um feixe de carências, e eles passam a ser percebidos como sujeitos de sua história e da história de seu povo, como um feixe de possibilidades abertas para o futuro”. A criança e adolescente então chamados por menor deixa de ser objeto da lei e transforma-se em sujeitos de direitos.

Em se tratando da doutrina de proteção integral ao contemplá-la na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 227º

Art. 227º: É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar á criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito a vida, a saúde, a alimentação, a educação, ao lazer, á profissionalização, á cultura, á dignidade, ao respeito, á liberdade e á convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda

a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1998).

É daí que mostra pela primeira vez na história das constituições brasileiras, crianças e adolescentes sendotratados como cidadãos de direitos, merecedores de cuidados, proteção cabendo ao Estado e a família assegurar e garantir esse direito.

Regulamentando os Artigos 227 e 204 da Constituição Federal de 1988, em 1990, cria-se uma legislação de defesa, de proteção e desenvolvimento integral para a criança e o adolescente, Lei Federal 8069/90, O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) se assenta no princípio de que todas as crianças e adolescentes:

[...] sem distinção, desfrutam dos mesmos direitos e se sujeitam a obrigações compatíveis com a peculiar condição de desenvolvimento que desfrutam, rompendo definitivamente com a ideia até então vigente de que o Juizado de Menores seria uma justiça para os pobres, na medida em que, na doutrina da situação irregular, constatava-se que, para os bem-nascidos, a legislação baseada naquele primado lhes era absolutamente diferente. (SARAIVA, 2003, p. 61)

Para a infância e adolescência brasileira, o ECA sugere um novo olhar. O Estatuto da Criança e do Adolescente foi a 1º legislação aprovada de acordo com a Convenção Internacional dos Direitos da Criança e do Adolescente e prevê a proteção integral, substituindo as medidas de controle e repressão para uma perspectiva de direito e de possibilidades, que reconhece a crianças e adolescentes como sujeitos de direitos. Esta lei se apresenta com um novo paradigma ético, de direitos, em todas as suas dimensões. E é resultante de discussões, dos fóruns, movimentos populares que passaram a denunciar nos meios de comunicação violências contra as crianças e adolescentes.

Observa-se que o ECA foi uma conquista construída historicamente no decorrer de um processo que se prolongou por várias décadas e que envolve diferentes segmentos da sociedade. Ele é a superação do Código de Menores, que se dirigia à infância como aqueles em situação irregular, a quem se aplicavam “penas” com um conteúdo médico e psicológico, tais como: “pena-castigo, pena-educação, pena-terapia, pena-ressocialização”, com um caráter de suprir-lhes as necessidades, curar doenças e corrigir os desvios.

O Estatuto da Criança e do Adolescente inaugurou um novo modelo ao incorporar as lutas da sociedade pela cidadania, através do reconhecimento das garantias individuais, políticas, sociais e coletivas, incorporando como discurso filosófico a doutrina de proteção integral reunindo, sistematizando e normatizando a proteção preconizada pelas Nações

Unidas, alvo das reivindicações dos movimentos sociais de defesa dos direitos da criança e do adolescente no Brasil.

O ECA introduziu a possibilidade de participação da sociedade civil no exercício de proteger os direitos de crianças e de adolescentes, ou seja, no qual todos os cidadãos se tornaram corresponsáveis pela efetivação do ECA. “Estes deveres envolvem uma tentativa de responsabilização dos cidadãos em arenas públicas, via parcerias nas políticas sociais governamentais” (GOHN, 2005, p. 74).

Em seu primeiro artigo, o ECA enfatiza a proteção integral a criança e ao adolescente, instituindo os direitos fundamentais e as medidas preventivas, socioeducativa e protetivas que objetivam assegurar-lhes direitos.

O Estatuto da Criança e do Adolescente em seu vigor veda também a divulgação de atos jurídicos, policiais, e administrativos, referentes a adolescentes, que se atribua ato infracional. Não podendo ser identificados por fotografias nem divulgados seus nomes, apelidos, filiação parentesco e residência (art.143).

A Lei protege tanto a criança quanto o adolescente que cometeu ato infracional, objetivando a preservação de sua própria pessoa, mantendo-a a salvo de qualquer meio de comunicação que venha a veicular informação, depreciativa ou não. A criança e o adolescente são protegidos de diversas condutas que venham a atentar contra sua pessoa. E assim o deve ser, pois estes se encontram em fase de formação física e moral, a respeito inclusive da visão que a sociedade tem deste.

Os fundamentos do ECA consistem em que o ser humano, em regra, até os 18 anos de idade não tem ainda discernimento completo, motivo pelo qual não lhe atribui direitos e não lhe exige deveres próprios dos adultos. Por isso que, em decorrência de ato infracional, também não pode ser tratado como tal. (...) “Quando a conduta de um adolescente corresponde à tipificação legal descrita como crime ou contravenção, o ECA tem por pressuposto que, subjetivamente, não se pode exigir dele o mesmo grau de discernimento de um adulto”.

Assim, essa conduta não é considerada crime ou contravenção, cuja conceituação assenta, além disso, na situação de vulnerabilidade social (desintegração familiar, falta de acesso aos benefícios e serviços públicos, acesso à educação, emprego e outro). Não

será penalizado nos termos da lei, aplicáveis aos adultos, e sim inseridos, embora compulsoriamente, em medidas socioeducativas, com a finalidade de sua reinserção social.

O Sistema Nacional de Atendimentos Socioeducativo (SINASE), resultou de parâmetros e diretrizes para execução das medidas socioeducativas dos adolescentes em conflito com a lei, elaborada pelo CONANDA em maio de 2006, em parceria com a Associação Brasileira de Magistrados e Promotores da Infância e Juventude (ABMP) e outros órgãos competentes que resultou a Lei n. 12.594, de 18 de janeiro de 2012.

Essa lei regulamenta as medidas socioeducativas destinadas a adolescentes que pratiquem ato infracional. A eles poderão ser aplicadas seis medidas socioeducativas previstas no artigo 112 do ECA:

- I – Advertência;
- II – Obrigação de reparar o dano;
- III – Prestação de serviço à comunidade;
- IV – Liberdade assistida;
- V – Inserção em regime de semiliberdade;
- VI – Internação em estabelecimento educacional;

As medidas socioeducativas são previstas de forma a fazer com que o menor infrator se coíba da prática de novos delitos, e para a sua aplicação o juiz da infância e da juventude deve levar em conta a capacidade deste menor em cumprir determinada medida, bem como a circunstâncias e a gravidade da infração, além da personalidade do adolescente e referências familiares. Deve-se ter em mente na aplicação das medidas previstas no estatuto a proporcionalidade entre a infração praticada e a penalidade imposta, de modo a fazer com que o menor seja punido de maneira proporcional e, assim, realizada a sua ressocialização.

É de suma importância que quando da aplicação de qualquer das medidas socioeducativas faça-se uma análise do contexto social em que vive o adolescente, observando-se as condições sociais, políticas e econômicas.

O Estado deve se prevenir desta situação ao oferecer aos adolescentes melhores condições de vida, dando à população opções de cursos de aprendizagem, melhores condições de saúde, moradia, lazer, segurança, etc. Tudo isso poderia evitar esse mal, pois colocando a

disposição do menor curso profissionalizante de maneira gratuita ou até mesmo em relação à parte cultural, poderia estar-lhe ocupando seu tempo e, assim, poderia evitar-se que crianças e adolescentes entrem para a vida do crime mais cedo.

Neste sentido, a Unidade de Referência em Saúde Mental, Álcool e Drogas da Sopai, apresenta apenas medidas de desintoxicação, não interferindo nas medidas socioeducativas citadas. A unidade acolhe o adolescente que primeiramente cumpriu medida em estabelecimentos educacionais, para que possa desintoxicá-lo e possa ser encaminhado ao CAPs ou comunidades terapêuticas.

## 2. COMPREENDENDO O PROCESSO DAS DROGAS

A dependência química é uma doença crônica, caracterizada por comportamentos impulsivos e recorrentes de utilização de uma determinada substância para obter a sensação de bem-estar e de prazer, aliviando sensações desconfortáveis como ansiedade, tensões, medos, entre outras.

É uma enfermidade incurável e progressiva, que abrange todas as camadas sociais, ficando estagnada pela abstinência. Ela atinge todos os componentes envolvidos, sendo assim, um problema de ordem social, biológica, familiar e espiritual. As drogas tem sido um dos inimigos mais implacáveis das famílias e quando ataca seus efeitos são devastadores. Porém, antes de entrar na discussão das peculiaridades emocional e físico da pessoa convém entender melhor, o que ela de fato vem a ser.

A dependência química caracteriza pela ausência do controle e da capacidade de discernimento sobre seus atos. Neste sentido, para Silveira, (2001, p. 15) a maioria das pessoas que consomem bebidas alcoólicas não se torna alcoólatra (dependente de álcool). Isso também é válido para grande parte das outras drogas.

De maneira geral, as pessoas que experimentam drogas o fazem por curiosidade e as utilizam apenas uma vez ou outra. Muitas passam a usá-las de vez em quando, sem maiores consequências na maioria dos casos. Outras passam a usar drogas de forma intensa, em geral quase todos os dias, com danos severos (dependência). Muitos usam por não saber lidar com problemas pessoais e buscam na droga uma desculpa para aliviar suas aflições.

O consumo de drogas é considerado um problema de ordem social, não somente pela dependência causada, mas pelas sérias consequências ao usuário e conseqüentemente a sociedade.

O consumo de drogas está inserido num contexto violento. Assim, ampliar o olhar, considerando o possível histórico de violência familiar e/ou comunitária de cada criança e/ou adolescentes em situação de rua, auxilia na compreensão de muitos. A dependência química causa um importante impacto nas relações afetivas interpessoais e sociais, levando a um isolamento entre o membro dependente e seus familiares e vice-versa. As consequências geradas pela existência de um membro dependente dificultaram o engajamento da família no processo terapêutico e o modo de lidar com os sentimentos emergentes durante o tratamento (Rigotto & Gomes, 2002) comportamentos e sentimentos desses jovens. (NOTO ET AL; 2003; P. 40.)

A dependência química causa um importante impacto nas relações afetivas interpessoais e sociais, levando a um isolamento entre o membro dependente e seus familiares e vice-versa. As consequências geradas pela existência de um membro dependente dificultaram o engajamento da família no processo terapêutico e o modo de lidar com os sentimentos emergentes durante o tratamento (Rigotto & Gomes, 2002).

Drogas psicotrópicas, de acordo com a Who (1997), são substâncias ou plantas que atuam no sistema nervoso central (SNC) modificando o comportamento, o humor e a cognição, possuindo grande propriedade reforçadora, sendo, portanto, passíveis de autoadministração. Em outras palavras, essas drogas têm potencial de provocar dependência.

O homem desde tempos imemoriais, e independentes do lugar que habitasse grau gênero ou cultura, utilizou substâncias, geralmente provindas de plantas, que lhe proporcionassem sensação de prazer e bem-estar físico, acostumando-se aos mesmos. O clássico destes acontecimentos é o episódio bíblico da embriaguez de Noé, revelando o abuso do álcool e do ópio (RAMOS apud SILVA 2006).

Algumas referências descrevem que o ópio era conhecido pelos primitivos médicos. Os povos antigos conheciam as características que as plantas tinham de curar, dentre elas a papoula, planta por meio da qual, através de seu sulco, obtém-se o ópio (ROCHA, 1993).

Os tempos evoluíram, multiplicaram-se as drogas que têm a propriedade de modificar o psiquismo. Várias delas tornaram-se importantes em medicina, porque podiam, muitas vezes, corrigir estados patológicos mentais, ou eram úteis devido às propriedades benéficas sobre diversos sistemas do organismo (RAMOS apud SILVA, 2006, p.204).

Entretanto, alguns indivíduos, utilizam drogas de forma abusiva, geralmente por autoadministração, para buscar sensações especiais, não sendo essas de finalidade terapêutica, frente aos padrões médicos e sociais aceitos atualmente. O uso indevido dessas drogas caracteriza-se abusivo, assim como o uso indevido substâncias que não alteram o psiquismo, tais como os analgésicos (RAMOS apud SILVA, 2006).

No Brasil, as drogas legais como o álcool e o tabaco são os problemas de saúde pública mais proeminente (GALDUROZ et al., 2005). Há evidências de que o álcool é a droga mais consumida por adolescentes, com início entre 14 a 16 anos (ROZIN; ZAGONEL, 2012).

Estudos apontam que o álcool e o tabaco são as drogas lícitas mais consumidas seguidas dos inalantes. A utilização dessas drogas pelos adolescentes está relacionada

aexposição e situações de risco e vulnerabilidade social. Martins; Pillon, 2008, diz que: O uso de drogas precede a prática infracional, pois existe uma correlação significativa entre o uso do álcool e da maconha em adolescentes que cometem atos infracionais.

O uso abusivo de álcool e outras drogas são analisados como problema social na esfera mundial, mas ainda desprovido de respostas das instituições estadual, mas compreende-se que é um grave problema de saúde pública que necessita de intervenções contínuas. O problema de álcool e drogas desempenha papel importante nos meios social, cultural e econômico, e se faz necessário a sensibilizar a população para ter um olhar diferenciado à questão da complexidade da dependência.

Todas as drogas psicotrópicas têm potencial de modificar o funcionamento do sistema nervoso central (SNC) e propriedade reforçadora, ou seja, as pessoas tendem a sentir vontade de repetir o uso. Por outro lado, as drogas diferem em uma série de aspectos como em relação à qualidade e à intensidade dos efeitos e ao potencial para o desenvolvimento da dependência.

Segundo Silveira (2001, p. 7) as drogas atuam no cérebro afetando a atividade mental, são denominadas psicoativas. O indivíduo fica "desligado", devagar ao que acontece ao seu redor. E são de três tipos:

**Depressoras:** são as que diminuem a atividade mental que “lentificam” o funcionamento do Sistema Nervoso Central, afetam o cérebro, fazendo com que funcione de forma mais lenta. Essas drogas diminuem a atenção, a concentração, a tensão emocional e a capacidade intelectual geralmente provocando sonolência e diminuição dos reflexos. São exemplos de drogas depressoras o álcool, os solventes, os tranquilizantes (ansiolíticos), a morfina e a heroína.

**Estimulantes:** são aquelas que “aceleram” o funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC), podendo provocar ansiedade, agitação motora, vários pensamentos ao mesmo tempo e insônia. São exemplos a cocaína e seus derivados (crack e merla) e as anfetaminas. A cafeína e a nicotina também são consideradas estimulantes, porém de baixa potência.

**Perturbadoras** (ou alucinógenas): são aquelas que “perturbam” o funcionamento do SNC, alterando a percepção sensorial (audição, tato, visão, paladar e olfato) e/ou no conteúdo o pensamento (delírios). São exemplos, a maconha, o chá de lírio, Ecstasy, LSD, certos cogumelos e alguns medicamentos (como o Artane).

Como uma droga consideravelmente lícita, o álcool que esteve presente como costume desde a antiguidade e particularmente o vinho foi considerado uma dádiva dos deuses. Osíris deu-o aos egípcios, Dionísio o fez aos gregos e Noé aos hebreus. Os mosteiros da Idade Média plantavam vinhas para uso do vinho como sacramento. (INABA e COHEN,1991).

O álcool é a substância psicoativa mais usada pelos adolescentes. Apesar de o seu consumo na adolescência ser ilegal, continua a ser importante problema em nível de saúde pública, pois é o maior fator de risco para a saúde desse grupo. É uma das poucas drogas que têm o consentimento da sociedade para a sua utilização, o que facilita a sua aquisição e o uso indiscriminado em qualquer faixa da população. Só é visto como um problema, quando é utilizado de forma exacerbada.

Os efeitos causados pelo álcool incluem duas fases: uma estimulante e outra depressora. Na fase estimulante surge a euforia, desinibição social e facilidade para falar em público. Os efeitos depressores se traduzem por falta de coordenação motora, sonolência e descontrole. O efeito depressor é acentuado pelo consumo excessivo do álcool, podendo levar ao estado de coma.

Ele age diretamente em órgãos como fígado, coração, vasos, e parede de estômago, e seu uso prolongado pode desencadear patologias em cada um deles. O alcoolismo é uma doença muito comum, e de difícil controle, pois o álcool é utilizado pela primeira vez cada vez mais cedo, e para adquiri-lo, o indivíduo não precisa fazer grandes esforços. Em algumas comunidades, há uma estimulação quanto à ingestão do álcool, como se fosse traço de masculinidade, garantia de diversão em festas, etc.

No ano de 1810 é que o uso abusivo de álcool passa a ser tratado como doença pelo médico Benjamim Rush, que antes disso não o considerava um problema. Para Rush, os bêbados eram adictos a bebida e a dependência se dava de maneira progressiva e gradual. Assim os adictos deveriam abster-se dela de modo repentino e abrupto. Pensamento este presente na maioria das propostas de tratamento da atualidade, ainda predominante nos EUA e que muito influenciou a 44 filosofias dos grupos de mútua-ajuda, como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos. Sendo uma das formas de tratamento mais difundidas no mundo e até hoje está presente na maioria das instituições de assistência.

Os Alcoólicos Anônimos (AA) surgiu nos EUA na década de 30 e se espalhou por todo mundo. Foi criado por dois indivíduos dependentes do álcool que descobriram na conversa entre “iguais” uma forma de ajuda para seu sofrimento e assim criaram uma filosofia de recuperação baseada nos 12 Passos para conseguir a abstinência. Como características principais estão a não participação de profissionais no programa e a utilização da concepção de doença, desenvolvida pela medicina. Narcóticos Anônimos (N.A) surgiu mais tarde, destinado aos dependentes de outras drogas, mas com a mesma filosofia de recuperação do AA.

Até os anos 1920 e 1930 o consumo do álcool não era encarado como problema no Brasil, mas em 1931 a LBHM<sup>3</sup> passa a focar suas atenções novamente no alcoolismo, apesar dos dados demonstrarem que nesse período, o número de internações por alcoolismo estava diminuindo. Assim a psiquiatria no início do século, saber dominante na temática do alcoolismo foi responsável, de certo modo, pela chegada de um saber jurídico no âmbito da repressão ao consumo do álcool. (SAAD, 2001). O código penal de 1940 expressa a visão brasileira acerca dessa problemática.

Seu conteúdo é claramente repressivo, propondo a punição como forma de recuperação para o transgressor da lei. Na década de 50 a preocupação com o uso do álcool passa a dar lugar às drogas arroladas como ilegais. Apesar do álcool nunca ter sido considerado droga ilícita, já que aqui não houve o “movimento proibicionista” da “lei seca”, o consumidor começa a sofrer sanções legais. Um exemplo disso é da lei que restringe a compra de bebidas por menores de 18 anos, que na prática não se cumpre.

O alcoolismo é uma das maiores causas de morte em clínica em muitos países e um dos maiores problemas mundiais. É muito difícil detectar a origem desse problema, pois não é um fator único, o que faz o tratamento alcoólico ser um problema ainda mais difícil (MASCARENHAS, 1990).

Bebidas alcoólicas são substâncias psicoativas como tantas outras. A diferença das outras têm, hoje, sua produção, comércio e uso permitidos por lei, o que as torna extremamente acessíveis, mas já foram proibidas. O álcool é a droga de maior consumo no mundo, nas mais diferentes culturas, podendo-se dizer que o consumo de substâncias que possuem a capacidade de alterar estados de consciência e modificar o comportamento, parece ser um fenômeno universal (LACERDA, 1999 apud GUIMARÃES & S. GRUBITS, 2007).

---

<sup>3</sup> Liga Brasileira de Higiene Mental.

O estudo do alcoolismo despertou o interesse dos intelectuais, no início do século XX, considerado como um perigo social, o “causador da maior parte das insânias e dos crimes”. Também um perigo econômico, pois acarretava diminuição do trabalho operário “abastardando a Moral, levando ao organismo o desperdício de energias e tudo mais quanto ruim a ele se refere” (MONCORVO FILHO, 1928: 31).

O autor mencionado afirmava que “o álcool estende, de maneira a mais degradante, seus terríveis malefícios ao indivíduo, à família e à sociedade. Atraindo grande massa de criaturas ao seu uso, quase sempre incontido, ele aniquila a prole; é um sem número de vezes um fator da infelicidade, da miséria, da desmoralização e do luto em lares, dantes mui ditosos; é a causa indiscutível de despovoação; desequilibra a fortuna particular e publica e força a criação de hospitais, manicômios e asilos; torna-se a grande causa de crimes e de suicídios; e é, em suma, um tremendo flagelo!” (MONCORVO FILHO, 1928: 27)

Os estudos apontavam para a hereditariedade do alcoolismo como um dos males mais perigosos para a sociedade, uma vez que a colocava em risco de degenerar-se. Assim, era dever das ciências unir seus saberes operando intervenções capazes de conter essa população, controlando-a, corrigindo-a e/ou isolando-a.

A nicotina estimula o SNC através de sua absorção nos pulmões, causa dependência profunda, com o uso continuado, aparece tolerância e efeitos como náusea e vômito. As doenças mais claramente relacionadas ao tabagismo são as das vias respiratórias: 80% dos casos de bronquite e enfisema e entre 85 e 90% dos de câncer de pulmão são causados pelo tabaco (FERREIRA, 2006).

O uso da maconha foi introduzido no Brasil pelos escravos africanos e foi também difundida pelos povos indígenas, consumida pelo propósito medicinal e nas atividades recreativas como a pesca e as rodas de conversas (ANDRADRE, 1996).

(...) “Passou a ser cultivada nos estados do Nordeste e usada como substância tóxica. Foi proibida a plantação de maconha e considerada entorpecente a partir de 1937 (BONIFÁCIO, 2000)”.

Nos anos 1950, a maconha era considerada costume de pobre. Hoje, o uso dessa droga alcançou todas as idades e classes sociais, tanto que alguns defendem a legalização da maconha, sob o argumento de não ser prejudicial. Contrariamente, pesquisas comprovam que a maconha é prejudicial e seu uso constante provoca dependência (COHEN, 1988).

É importante frisarmos que embora haja clínicas de reabilitação, as redes de assistência para acompanhamentos posterior são precárias.

A fragilidade da rede de assistência é, portanto, um fator que contribui consideravelmente para a perpetuação do consumo de drogas no contexto da situação de rua. O restabelecimento dos vínculos sociais oficiais como a escola e os serviços de saúde, tem sido apontado como um dos principais elementos para a recuperação da qualidade de vida, conseqüentemente, para a prevenção do uso abusivo de drogas. Por outro lado, o consumo intenso de drogas parece ser exatamente um dos principais fatores que dificultam a reintegração social. Fica estabelecido então um ciclo de retroalimentação que, para ser rompido, são necessários esforços não apenas da área da saúde, mas de uma rede de atenção global, envolvendo os diferentes setores da sociedade (BANDEIRA ET AL., 1996; CARLINI-COTRIM, 1998).

Haviam duas classes de “vícios”: os “elegantes” que eram o da morfina, heroína e cocaína, consumidas pelas elites, e os “deselegantes”, destacando o alcoolismo, e o maconhismo, próprios das camadas pobres, em geral, segundo o autor, formadas por negros e seus descendentes. Ainda hoje a sociedade reproduz parte deste estigma, inclui-se também o crack como sendo parte dessa classe marginalizada (ibidem).

A cocaína é uma substância característica da região dos Andes, e conhecida da humanidade há mais de 4500 anos, sendo usadas por nativos desta região para fins terapêuticos, estimulantes e religiosos. É originária da planta *Erythroxylon* (FERREIRA e MARTINI, 2001, p. 96).

É uma substância capaz de estimular o sistema nervoso central, causando aceleração do pensamento, inquietação psicomotora, aumento do estado de alerta, inibição do apetite, perda do medo e sensação de poder. No entanto, as sensações agradáveis por ela proporcionadas duram curto período de tempo, e após seus efeitos, a pessoa pode ser levada a um estado de depressão, necessitando de outras doses da droga para ter a sensação que está saindo deste estado.

Essa pode ser aspirada, injetada ou fumada (sob a forma de crack). Seu uso contínuo pode levar a sérias complicações cardiovasculares, respiratórios, gastrointestinais, perda da capacidade sexual, entre outros. Quanto aos problemas psicológicos causados pelo seu uso em longo prazo, estão a depressão, ansiedade, irritabilidade, agressividade, dificuldades de concentração e sentimentos de perseguição (paranoia). Quando a dependência se estabelece, o indivíduo limita os seus comportamentos apenas para a busca e a utilização da droga, pondo de lado todas as outras atividades.

A reputação da cocaína como intensificador da interação social, sua ação de início quase que instantâneo, sua breve duração, a noção de que possui muito pouco efeito colateral e o fato de que pode ser usada sem chamar a atenção contribuem, indubitavelmente, para isso (LAPATE; TUMA, 1994, p. 48).

As anfetaminas são drogas estimulantes que provocam o aumento da atividade cerebral, apresentando efeitos inibidores da fadiga, ou seja, a pessoa anda mais, corre mais, não tem necessidade de sono, fala mais, come em menor quantidade, etc. Os efeitos agudos são euforia, aumento da vigilância e da atividade motora, melhora do desempenho atlético, taquicardia, dilatação das pupilas, aumento da pressão arterial e da temperatura do corpo, o que pode levar a convulsões. Os efeitos produzidos pelo uso prolongado são intensa perda de peso, hipertensão, agressividade, irritabilidade, sentimentos persecutórios, tremores, respiração rápida, desorganização do pensamento, e repetição compulsiva de atividades.

O LSD, também conhecido como "ácido" é uma substância sintética, ou seja, produzida em laboratório, capaz de provocar grandes alterações mentais, causando fortes efeitos alucinógenos no indivíduo. As alucinações, em sua maioria, ocorrem na área visual ou auditiva. Estados de intensa euforia podem ser intercalados com sentimentos de medo e tristeza, além da presença de sentimentos persecutórios.

Os efeitos agudos do uso do LSD são pupilas dilatadas, aumento da temperatura corporal e da pressão arterial, taquicardia, sudorese, perda de apetite, insônia, boca seca, tremores, alteração na percepção temporo-espacial e corporal, despersonalização, sinestesia (mistura de informações sensoriais, como "ouvir uma cor", "ver um som"). Já os efeitos crônicos se traduzem por fadiga, tensão, transtornos psiquiátricos se houver predisposição, "flashbacks" (fenômeno de causa desconhecida, mas que leva o usuário a apresentar todos os sintomas psíquicos de uma experiência anterior, mesmo sem ter utilizado a droga novamente), incapacidade de perceber e avaliar situações de risco.

A heroína é uma droga derivada do ópio, cuja substância é extraída da papoula. O ópio possui propriedades calmantes, soníferas e anestésicas sendo que ainda hoje é muito utilizada para fins medicinais (ZACKON, 1988).

Os usuários regulares de heroína afirmam que a droga os faz sentirem-se em paz, sem dor, sem sofrimento, livres de quaisquer problemas e preocupações, mas em geral

perdem a capacidade de concentrar o raciocínio e de manter fixa a atenção (ZACKON, 1988, p.49 e 50).

A morfina e a heroína são responsáveis pelo vício mais profundo que existe, podendo levar o indivíduo ao grau máximo de dependência e escravidão absoluta. Além da dependência psíquica profunda, a dependência física pode ser tal que o viciado persiste no uso da droga por temer o quadro dramático da crise de abstinência [...] (RAMOS apud SILVA 2006 p.207).

Já o crack uma droga relativamente nova, possui características que o torna uma das drogas mais devastadoras. De acordo com Silva (2000, p. 11), a dependência química que esta substância causa é responsável por diversos problemas sociais, tais como tráfico de drogas, assaltos, prostituição, superlotação nas cadeias e hospitais.

É derivado da cocaína e de custo bem mais barato e de fácil acesso e já atingiu o status de epidemia como afirma o autor Melotto (2009, p. 11): Recentemente o consumo do crack passou a ser tratado com discursos midiáticos com o título de epidemia, representando a ideia de sua extensão como problemática para diferentes esferas do contexto social.

Segundo o dicionário Houassiss (2009, p. 566) o crack é definido como uma droga de alta concentração e toxidade, mistura de cocaína e bicarbonato de sódio, geralmente apresentado em forma de cristais para ser fumada numa espécie de cachimbo. Aratangy (2009) ressalta que:

A mistura da cocaína com a substância básica (soda caustica ou bicarbonato de sódio, por exemplo), faz com que a droga cristalize, isto é, junte-se em pequenas pedras. Os cristais podem, então, ser fumados, ao contrário da cocaína em pó, que se decompõem quando aquecido. Como a área de absorção nos pulmões é 200 vezes maior que a nasal, em menos de 15 segundos os vapores atingem o cérebro (ARATANGY, 2009, p. 89).

No Brasil o crack emergiu nos anos 1990 e segundo Melloto (2009, p. 14), apresentava-se como fenômeno de rápida expansão na periferia brasileira, no entanto, desde lá, a droga torna-se mais popular nos centros urbanos, invadindo diversos segmentos sociais, atingindo inclusive as áreas rurais. Além de atingir todas as camadas sociais o crack despertou o interesse de usuários, devido seu baixo custo. Atualmente os usuários de crack são provenientes das camadas desprovidas da população, isso não significa dizer que não haja usuários em outras classes sociais, porém, estes conseguem utilizar de suas condições para manter em discrição às suas práticas ilícitas.

Com o passar dos anos, o crack foi se infiltrando nas classes mais vulneráveis, ocasionando hoje o que percebemos como uma epidemia. Embora haja campanhas no sentido de prevenir, não são suficientemente capazes de minimizar os danos causados que essa droga ocasiona não só no aspecto físico, mas também no psicossócio cultural.

Até a década de 1990, o Brasil não dispunha de uma política específica para o problema da dependência do álcool e outras drogas, restringindo-a a medidas repressivas, direcionadas para o impedimento da oferta e do comércio das drogas (e, mesmo assim, apenas em relação às drogas ilícitas).

A tentativa de estabelecer uma política nacional voltada para a área do álcool e outras drogas data da década de 80; porém, somente foi efetivada no governo de Fernando Henrique Cardoso. Foi nesse governo que passou a criar os primeiros órgãos para tratar da questão das drogas no país na esfera federal, estadual e municipal.

Atendendo a Lei 6368/76, surgiu o Decreto nº 85.110 de 02 de setembro de 1980, que estabeleceu a criação do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEM), dos Conselhos Estaduais de Entorpecentes (CONEMs) e dos Conselhos Municipais de Entorpecentes (COMENs). Todos ligados ao Ministério da Justiça e às Secretarias de Justiça dos Estados e Municípios. E substituídos posteriormente conforme nova legislação para: Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), Conselhos Estaduais Antidrogas (CEADs) e Conselhos Municipais Anti – drogas (COMADs).

No ano de 1998, o então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, cria a SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas, vinculada a Casa Militar da Presidência da República através da Medida Provisória nº 1.669/1998 e a anuncia na 20ª Sessão Especial da Assembléia das Nações Unidas para o enfrentamento mundial da questão das drogas em 20/06/1998.

Com o Decreto nº 3.696/2000, baseado na lei nº 6.368/76 que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, o Conselho Nacional Anti-drogas (CONAD), o Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, a SENAD, o Ministério da Justiça e o Departamento de Polícia Federal passam a integrar o SISNAD (Sistema Nacional Anti-drogas), que têm como principais atividades à repressão e a prevenção do uso indevido

de drogas. Após esse decreto, a SENAD e o CONAD ficaram na realidade vinculados ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, em vez da Casa Militar.

A Política Nacional sobre Drogas (PNAD), definida pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), em 2005, prevê responsabilidade compartilhada entre União, estados, municípios e a sociedade brasileira. A União tem por dever, por meio do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), articular, integrar, organizar e coordenar as políticas de prevenção, atenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de substâncias psicoativas. Estados e municípios são os executores dessas políticas.

O governo federal possui o programa crack, é Possível Vencer, estruturado em três eixos: prevenção, cuidado e autoridade. Todas as ações do programa envolvem a pactuação com estados e municípios, onde surge a importância da Comunidade Terapêutica. Oferecendo acolhimento exclusivamente voluntário ao dependente de drogas em vulnerabilidade social.

Na unidade de desintoxicação álcool e droga, no hospital Sopai, essa prática não se efetiva eficientemente, o cuidar de cada adolescente dentro da unidade se faz por um curto período, no máximo 15 dias para desintoxicar. Muitos ultrapassam esse tempo, devido alguns se encontrar internados sob medidas judiciais. O que se espera é que esses adolescentes não retornem a unidade, o que não acontece.

Eles são liberados após esse período de desintoxicação, encaminhados aos CAPs de suas cidades ou bairros, muitas vezes não dão continuidade ao tratamento, rescindindo até 10 vezes no decorrer de um ano.

O projeto terapêutico deve estar estruturado em ambiente residencial com vistas à formação de vínculos e desenvolvimento pessoal, incentivando a convivência entre os pares. (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2014).

O Ministério da Saúde (MS) elaborou sua política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas com base nos princípios adotados pela política de saúde mental em vigor, em consonância com a Lei Federal nº 10.216/2001, que trata da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de 23 transtornos mentais, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, como também pelas proposições da Organização Mundial de Saúde.

Contudo, é necessário lembrar que, esta lei denominada Paulo Delgado, levou 12 anos para ser aprovada e quando o Senado o fez, apresentou-a com diversas emendas. Esse redirecionamento no campo da saúde mental, conhecido como Reforma Psiquiátrica tem nos princípios da Territorialidade, Integralidade e Desinstitucionalização, o seu principal fundamento.

A política foi elaborada pela Área Técnica de Saúde Mental/Álcool e Drogas e divulgada no ano de 2003. Antes dela, algumas portarias foram criadas com base nas resoluções da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a fim de estabelecer a atenção a esses usuários.

A Portaria GM/816/2002 foi à responsável pela criação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de álcool e outras drogas, no Sistema Único de Saúde (SUS). Este propôs a implantação de 250 Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPSad) e, para isso, considerou a variedade de níveis de organização das redes assistenciais localizadas nos Estados e Distrito Federal, a diversidade das características populacionais existentes no País e a variação da incidência de transtornos causados pelo uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas.

Sendo um dispositivo de comprovada eficácia, abriga nos projetos terapêuticos que realiza práticas de cuidados caracterizadas por flexibilidade e abrangência possíveis e necessárias a este tipo de atenção, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde (MS 2004:22).

A lei de drogas (Lei nº. 11.343 de 23 de agosto de 2006), em virtude do caráter educativo, estabelece políticas públicas de combate ao uso de drogas, criando o SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – situando em seu artigo 3º, inciso I, “a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas”. Neste sentido o inciso mostra claramente a importância da prevenção, o uso indevido dessas drogas interfere na qualidade de vida dos sujeitos. Neste sentido a drogadição deverá ser sempre coibida, e ter a conscientização advinda sempre da prevenção.

Neste sentido de que a venda de drogas sustenta o narcotráfico e assim aumenta a criminalidade, vejamos o que diz a escritora Lya Luft a um artigo da revista Veja:

Drogas tem sido o assunto nosso de cada dia, não o pão, mas o veneno da alma. O tema nos atinge com uma tremenda sensação de impotência, pois avassala o mundo, mata a juventude, enriquece os traficantes, e deixa perplexos médicos, psiquiatras e policiais. Uma vez dentro desse labirinto que nos devora, dificilmente encontramos a saída. Então, por que nos drogamos? Irresponsabilidade, desespero pelo excesso de pressão? Tudo nos pressiona: a sociedade (ou a família) quer que sejamos bons, competentes, os melhores; a sexualidade é imposta com precocidade e insensatez; o mercado de trabalho é difícil, somos lançados nele quase sem preparo; os péssimos exemplos vindos de autoridades e líderes nos incutem desesperança; somos atropelados de todos os lados. Então a gente esquece os compromissos, machuca os amores, foge do olhar interrogativo ou do silêncio acusador, sucumbe ao conforto do esquecimento cada vez mais urgente, olvido na garganta, na veia. (Veja 28 de setembro de 2011).

Nesta citação podemos compreender que a humanidade anda desprovida de estruturação psíquica e que essa desestruturação emocional torna-os mais vulneráveis ao mundo das drogas, levando-os a promover crises pessoais, familiares bem como para sociedade.

A dependência química na maioria das vezes se inicia na adolescência, a as influências da sociedade associada a essa fase de experimentação levam o adolescente a comportamentos de risco diante a dependência química, hoje considerada uma doença complexa e com tratamento a longo prazo (BROECKER E JOU, 2007). A OMS (Organização Mundial de Saúde) define a dependência química como uma doença moral, e qualquer substância química que altere de alguma forma o organismo são rotuladas como drogas (LARANJEIRA, ARAUJO E DIAS, 2011)

Entende - se que a dependência química na adolescência está relacionada com curiosidade, excitação, por estar fazendo algo ilegal, secreto, convivência e pressão de pares companheiros já dependentes, aceitação do grupo, sensação de fazer parte de uma subcultura, expressão de hostilidade e independência em relação aos pais e aos professores para diminuir as sensações de tensão, ansiedade, solidão, tristeza e impotência (DALGALARRONDO, 2008, p.346).

O Ministério da Saúde, com a implementação da política de atenção a usuários de álcool e outras drogas e buscando reabilitá-los, necessitou implantar novos programas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como a criação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad).

Criaram-se também redes de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios de Reforma Psiquiátrica para dar suporte aos dependentes. Assim, a rede apoia-se em leitos psiquiátricos disponibilizados em Hospitais Gerais e em práticas de atenção comunitária (Brasil, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004), a prioridade da política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas tem sido a criação de CAPS ad. Esses CAPS têm como objetivo principal fornecer atendimento para a população através do oferecimento de atividades terapêuticas e preventivas.

Dessa forma, esses Centros buscam realizar, diariamente, atendimentos na modalidade intensiva, semi-intensiva e não-intensiva além de oferecer tratamentos personalizados para cada indivíduo quando possível, bem como “condições de repouso ou desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados”, buscando sempre a reabilitação destes na sociedade.

O CAPS ainda deve proporcionar cuidados aos familiares e trabalhar junto desses, pois esses são fatores importantes para a promoção da saúde dos usuários (Brasil, 2004).

Segundo Orth e Moré (2008), a família é o primeiro sistema a ser afetado pela drogadição, provocando consequências na saúde de seus membros, bem como fragilizando as suas relações.

Outros autores acreditam que a forma de funcionamento da família pode ser protetiva ou de risco para desenvolvimento de dependência química entre seus membros (Mckayet al., 1991).

Assim, é importante que o tratamento do dependente químico envolva a família, uma vez que o sujeito pode estar representando um sintoma do sistema familiar (Tissot, 2006). Essa ideia é complementada por Orth e Moré (2008, p. 296), ao afirmarem que “dificilmente é possível sustentar a melhora de um paciente sem que atuemos em seu meio familiar”.

Georges Duby (apud Ariés, 1981, p.213) traz uma definição de família: Na realidade, a família é o primeiro refúgio em que o indivíduo ameaçado se protege durante os períodos de enfraquecimento do Estado. Mas assim que as instituições políticas lhe oferecem garantias suficientes, ele se esquivava da opressão da família e os laços de sangue se afrouxam. A história da linhagem é uma sucessão de contrações e distensões, cujo ritmo sofre as modificações da ordem política.

Ao longo da história, a família passou por diversas e profundas transformações. Este processo foi acelerado com o advento da consciência social da mulher, sendo ratificada com o advento da Constituição Federal de 1988. A partir de então, houve muitas mudanças nos 14

arranjos familiares. Portanto, compreender as razões que levaram a estas mudanças constitui-se em aspecto fundamental e pano de fundo para a compreensão da realidade por elas vivida.

A família é a primeira instância socializadora da criança. E o espaço para cuidar e proteger o ser humano. Neste sentido, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, no seu artigo 4º, enfatiza que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos à vida, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade e à convivência familiar e comunitária. Ou seja, seu objetivo fundamental consiste em garantir o direito da convivência familiar e comunitária.

No contexto familiar a comunicação, vínculos sólidos e seguros, confiança, proximidade afetiva são importantes para que as relações familiares sejam satisfatórias e saudáveis, prevenindo o adolescente aos comportamentos de riscos (PRATTA; SANTOS, 2007).

O meio familiar é fundamental para a busca de modelos de comportamento, com isso os pais oferecem exemplos a serem ou não seguidos pelos adolescentes (GARCIA; PILLON; SANTOS, 2011).

Ainda neste sentido o diálogo é muito importante, pois assim os pais podem orientar os filhos, impondo limites claros, e podem se tornar mais próximos, e com essa proximidade é mais fácil para detectarem mudanças no comportamento (PRATTA; SANTOS, 2006).

A família, no tratamento ao dependente químico, constitui-se importante aliado na recuperação, afirmando Afonali (2011, p. 41), que o trabalho feito com a família mostra-se importante não só no início do tratamento, mas na manutenção dele, reforçando a urgência da capacitação familiar para que o tratamento do adicto seja assertivo.

O acompanhamento familiar nas dinâmicas da atenção propostas pelas políticas públicas:

É importante que a família sinta que pode fazer algo para ajudar o seu familiar a recuperar-se quando tal e possível e, mesmo quando não é que seja capaz de compreender a situação e acompanhar o paciente, dando apoio, compreensão, carinho e dedicação. (LAZURE, 1994, p. 62)

A maioria dos pais tem dificuldades de não por limites em seus filhos, o que levam aos adolescentes enveredar por caminhos errados, muitas vezes pensar que não são amados, já tem que obedecer a leis e normas.

As pesquisas realizadas nos últimos anos comprovam o aumento do uso abusivo de drogas entre jovens na maioria das vezes estimulados por amigos, a curiosidade ou até mesmo por terem tempo livre e ficarem sozinhos em casa enquanto os pais trabalham, para a maioria dos pais em pesquisa o início do uso das drogas envolve o contexto individual, familiar e social de cada um (BRUSAMARELLO, ETIAL, 2010).

Da mesma forma que a família é o pilar da construção de vínculos saudáveis entre seus membros, as famílias disfuncionais podem conduzir normas desviantes pela forma de comportamento dos responsáveis para com seus filhos. Tais distúrbios ocorrem na maioria dos casos quando os pais não possuem habilidades para a criação dos filhos.

A instituição familiar é um dos elos mais fortes dessa cadeia multifacetada, muitas abordagens terapêuticas são “baseadas na família” e abrangem os fatores intrafamiliares, intraindividuais e socioculturais, e é preciso atingir as famílias e trabalhar os vínculos entre seus membros beneficiando a inclusão do sistema familiar no trabalho dos vínculos fortalecidos.

### **3. SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA E PROTEÇÃO À INFÂNCIA DE FORTALEZA (SOPAI)**

A Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza (SOPAI) é uma instituição filantrópica sem fins lucrativos, como um projeto criado há 55 anos que sempre pretendeu mudar a visão dos serviços atendidos pelo SUS, o Hospital Infantil surpreende hoje pela qualidade da sua estrutura e pelo atendimento prestado a sociedade cearense.

Foi criado pelo doutor Luís Braga França Ferreira, conhecido nacionalmente como Dr. Luís França, formou-se pela Faculdade de Medicina de Recife – Pernambuco, em dezembro de 1944. Fez estágio em pediatria no Hospital Infantil Manoel Almeida de Recife. Concluído seu estágio, voltou à Fortaleza, sua cidade natal.

O Médico pediatra Luís França, instalou seu consultório no Edifício Diogo, no centro da cidade de Fortaleza Estado do Ceará. Assim Anunciou no Jornal O POVO: “Dr. Luís França (doença de criança) consultas Ed. Diogo – sala 41, das 14 às 19 horas”.<sup>4</sup>

A aceitação pelas mães das crianças de várias classes sociais da cidade de Fortaleza foi rápida, o aconselharam a instalar-se em um local mais movimentado, mas o Dr. Luís França sensibilizado com a pobreza existente nos bairros de Fortaleza, se instalou na barra do Ceará. O renomado pediatra surpreendeu-se pela frequência de mães carentes. Sendo assim, procurou logo ampliar as enfermarias para atendimento gratuito.

No dia 25 de maio de 1959, criou o Hospital Luís França, atendia pelo SUS e convênios. Em 18 de Abril de 1962, registrou o Estatuto Social no Cartório Pergentino Maia, Registro de Pessoas Jurídicas no livro nº 09 às folhas nº 233 sob nº 1.579, hoje situada na Av. Francisco Sá, Nº 5036/5054, bairro Carlito Pamplona, Fortaleza – CE.

A Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza (SOPAI), só foi considerada de Utilidade Pública pela Prefeitura Municipal de Fortaleza em 02 de julho de 1963, pelo Estado do Ceará em 09 de outubro de 1967 e pelo Governo Federal em 31 de janeiro de 1973.

---

<sup>4</sup> Apesar de serem hospitais distintos, o hospital Luís França da Av Heráclito Graça, vendido no ano de 2015 para o plano de saúde Hapvida, atendia os convênios, INSS, INPS, IPEC dentre outros. O Luís França da Av Francisco Sá, antes de se tornar filantrópico em 1964, também atendia pelos convênios, mas hoje atende 97% pelo SUS e 3% por convênios.

Com o falecimento do Dr. Luís França, o Dr. João França Neto, filho e sucessor e também Médico Pediatra assumiu a presidência da SOPAI, através da sua dinâmica administrativa tornou a entidade mais objetiva para cumprir sua finalidade, ampliou as áreas de ação, firmando convênios com poderes públicos, leitos de isolamento para doenças infectocontagiosas e leitos de retaguarda.

O hospital é dividido em sete (07) postos, sendo o posto sete (07) o leito de retaguarda, onde recebe crianças e adolescentes transferidos das UPAs e do hospital Infantil Albert Sabin. Possui convênio com o Sistema Único de Saúde(SUS) bem como outros planos de saúde onde 97% dos atendimentos do hospital são feitos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 3% por convênios. Não atendendo ao plano de saúde Hapvida.

O hospital possui 431 leitos e tem a missão de contribuir com o Poder público e com a comunidade em geral, para uma efetiva e eficaz assistência à saúde de crianças e adolescentes, proporcionando os direitos assegurados por natureza e dispositivos legais, em sua dimensão física, moral, política, educacional e espiritual. E tem como objetivo promover de forma efetiva e eficaz a assistência e a proteção a saúde para seus usuários.

A direção da SOPAI no intuito de fazer cumprir sua missão adota medidas a partir das seguintes metas:

Garantir o atendimento integral às crianças com patologia de média complexidade que necessitem de atendimento nos níveis ambulatoriais e/ou hospitalar;

Prestar assistência médica à criança e ao adolescente enfermo em atendimento nesta unidade de saúde;

Prestar assistência à criança e ao adolescente que necessitem de tratamentos especiais;

Garantir a alimentação necessária aos internos e aos acompanhantes durante internação;

Orientar os pais ou responsáveis sobre tudo o que for de interesse da infância no que diz respeito à saúde, alimentação e assistência;

Promover e/ou participar de qualquer atividade educativa que vise bem-estar da criança e o do adolescente;

Promover e executar traslados, remoções e transporte de crianças enfermas e seus respectivos acompanhantes para outras unidades de saúde;

Na SOPAI são realizados projetos visando um processo de recuperação humanizado para os pacientes e acompanhantes, a fim de promover respostas positivas a situação de risco em que se encontram a maioria dos usuários.

Algumas das atividades ofertadas para os pacientes são: desenho, pintura, brincadeira de roda, vídeo, brinquedoteca (espaço onde as mães deixam seus filhos para que elas possam ir se alimentar), shows de danças folclóricas, dentre outras. E para as mães e pais/acompanhantes, atividades como palestras educacionais, oficinas de tapeçaria e artesanatos, comemorações em datas especiais como o Dia das Mães onde é preparado um café da manhã especial com entrega de rosas para as mães acompanhantes.

A estrutura organizacional está dividida da seguinte forma hierárquica:

Coordenação Executiva à qual toda instituição está subordinada que é formada pelo Diretor Superintendente e o Diretor geral;

Coordenação Administrativa Financeira é formada por sete administradores, chamados de G7, responsáveis pela gestão do hospital. Recentemente foi escolhida uma liderança de cada setor para mais organização na unidade, foram escolhidos 38 líderes, o L38, para que possam identificar problemas aos quais possa ser solucionada junto a toda gestão.

O Serviço Social na instituição surgiu desde sua implementação como hospital particular em 1959, para posteriormente se transformar em uma Unidade Filantrópica, atualmente designado de Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza (SOPAI), visando atender a demanda social e alcançar a concretização do objetivo da instituição e do próprio exercício profissional do assistente social de acordo com a demanda posta em sua realidade ao intervir na questão social.

O setor de Serviço Social é composto atualmente por três assistentes sociais, cada profissional trabalha trinta horas semanais, assim como no parágrafo único do artigo terceiro da Resolução CFESS nº533, de 29 de setembro de 2008.

Percebemos que existe uma grande autonomia na prática profissional que facilita o trabalho do assistente social na garantia dos direitos dos usuários que são estabelecidos pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei Orgânica da Saúde (LOS), Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), desde uma sala que garante um atendimento individual com a garantia de sigilo, até surgimento de demandas que necessite um trabalho Inter setorial.

O hospital desenvolve ainda um trabalho com adolescentes com deficiência mental e transtornos ocasionados pelo uso de substâncias psicotrópicas. Foi neste campo que iniciei minha pesquisa.

O posto seis como é conhecido, possui enfermarias para 25 pacientes, a maioria dos adolescentes que se encontram internados estão em processo de desintoxicação, eles dão entrada encaminhados dos CAPs e outros serviços de saúde, precisando primeiro, ir ao hospital mental Professor Frota Pinto em Messejana, ou pelo internamento compulsório, ou seja, foram encaminhados para tratamento pelo sistema de justiça, neste caso sem previsão de alta, haja vista que ficam aguardando a liberação do juiz.

Referente à hipótese diagnóstica predomina-se F.19<sup>5</sup> - transtorno mental por uso abusivo de substâncias psicoativas. É considerável a ocorrência de diagnóstico como F.20, F.29<sup>6</sup>, F.32<sup>7</sup>, F.70<sup>8</sup>, e F.71<sup>9</sup>, acrescido de tentativas de suicídios e automutilação. Os casos de internação hospitalar são destinados apenas àqueles usuários que estão muito envolvidos com a droga e afastados da família e da sociedade por suas consequências. Somente podem ser compulsórios quando o dependente perde totalmente a capacidade de julgamento ou fica agressivo, colocando em risco a própria segurança ou a de outras pessoas.

A Unidade de Referência em Saúde Mental, Álcool e Drogas, foi inaugurada no dia 20 de novembro de 2014, pelo então prefeito Roberto Cláudio, na presença dos diretores do hospital, Dr. João França Neto e do Dr. Luís Eugênio França, ambos, diretor e presidente da SOPAI. O hospital realiza um trabalho com adolescentes de ambos os sexos em um curto período de tempo para desintoxicação, mas que realiza neste tempo, terapias e rodas de conversas com os internos e seus acompanhantes.

A unidade é composta por uma equipe multidisciplinar, uma (01) assistente social, um (01) médico psiquiatra, duas (02) enfermeiras, uma (01) psicóloga, uma (01) terapeuta ocupacional e quatro (4) técnicas de enfermagem. Nossa pesquisa se deu através de

---

<sup>5</sup>Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

<sup>6</sup>Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes.

<sup>7</sup>Transtorno caracterizado pela ocorrência repetida de episódios depressivos, sendo o episódio atual de moderada gravidade

<sup>8</sup>Parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social.

<sup>9</sup>Retardo mental moderado - comprometimento significativo do comportamento, requerendo vigilância ou tratamento

observações diretas e consultas aos prontuários, escolhemos alguns pelas características desafiadoras. Hoje a unidade atende adolescentes não só de Fortaleza, como também de toda região metropolitana e do interior do Estado.

Sendo um hospital de referência em Fortaleza e de qualidade na assistência de um grande número de crianças e adolescentes, a SOPAI recebe diariamente uma grande quantidade de enfermos infantis e realiza exames além de suas verbas normais. Isto não impede que o hospital, respeitando sua missão, de ajudar crianças e adolescentes carentes, realize gratuitamente vários serviços médicos, laboratoriais e orientação nutricional, assim define-se à SOPAI: **Amor de mãe, proteção de pai.**

Desde sua inauguração até o primeiro semestre de 2016, a Unidade de Referência em Saúde Mental, Álcool e Drogas, realizou 395 atendimentos crianças e adolescentes com faixa etária entre 08 e 17 anos, advindas de Fortaleza e outras cidades do estado do Ceará.

Minha experiência de estágio nesta instituição, durante o período de 07 meses, acompanhando esses adolescentes, na tentativa de responder minha pergunta problema, busquei conhecer um pouco mais a realidade desses adolescentes. Procurei utilizar da pesquisa documental, onde tive acesso às fichas cadastrais contendo informações da vida pregressa dos pacientes colhidas pela enfermeira que os recebem no ato da internação, onde chamam de classificação. Selecionei os prontuários daqueles onde percebi mais gravidade, ou seja, que era visível a vulnerabilidade e transtornos decorrentes de algum tipo de abuso sofrido.

Minhas atividades em campo se dividiram em dois momentos: inicialmente, busquei explicar aos adolescentes e seus acompanhantes pesquisados o meu interesse de pesquisa e a dinâmica do trabalho, afirmando que suas identidades seriam resguardadas; depois, realizei a pesquisa nas fichas contendo dados de suas vidas, tais como: endereço, idade, escolaridade e o tipo de transtorno, sempre estando acompanhada pela assistente social da unidade.

No tópico a seguir, apresento os adolescentes aos quais tive acesso aos documentos.

### **3.1 Perfis dos adolescentes pesquisados**

Visando resguardar a identidade dos adolescentes pesquisados, estes serão apresentados com nomes fictícios. Os mesmos serão chamados por nomes de desenhos animados, idéia que me surgiu quando um jovem disse que gostaria de ser chamado pelo nome de seu desenho favorito, Popeye.

Ariel, 16 anos, mora no bairro Vila Velha Fortaleza – CE Internada nesta unidade de desintoxicação por dez (10) dias com histórico múltiplos de drogas. Iniciou o uso aos 13 anos por ansiedade e nervosismo, tem boa relação com a família. Foi acompanhada pelo IPRED, teve dificuldade para andar e falar. Possui quatro (4) relatos de suicídios. Voltou a ser reinternada devido à troca de medicação em uma consulta ao CAPs, passou a apresentar comportamento agressivo e agitação psicomotora. Drogas que faz uso: Loló. Quando para de usar, diz sentir desorientação e alucinações. Não frequenta a escola, tendo cursado até 5º ano do fundamental I.

Recebe alta por evoluir com tranquilidade e cooperativa, aceitando o tratamento e medicações. Encaminhada ao CAPs para dar continuidade a tratamento terapêutico.

Pateta, 13 anos, mora no Mondubim – Fortaleza – CE. Três vezes internado por apresentar risco a própria vida. Sempre com pensamentos de morte (sic). Última internação há 10 dias, faz uso de múltiplas drogas, faz pequenos furtos para sustentar o vício. Aos nove anos foi diagnosticado com autismo. Faz tratamento no CAPs, mas falta as consultas, dificultando assim o tratamento. Nunca frequentou a escola especializada para seu caso como autista. A mãe relata que se sente culpada, pois foi muito relapsa aos cuidados para com o filho.

Popeye, 15 anos, mora no bairro Vincente Pinzon, reinternado há 18 dias, faz uso de múltiplas drogas. Estudou até o 6º ano do ensino fundamental, diz que não gosta de estudar. Relacionou-se maritalmente com outra adolescente que veio a engravidar do mesmo, porém abortou. Vende as próprias roupas para comprar drogas, foi abandonado pelo pai ao nascer. Iniciou nas drogas por influência de amigos, mas também teve curiosidade. Ao usar drogas diz sentir um alívio da dor que sente, em saber que foi abandonado pelo pai. Quando para de usar sente confusão mental e alucinações. Diz querer ir para a comunidade terapêutica, porque precisa se livrar desse vício maldito (sic).

Bob Esponja, 16 anos, mora no bairro Curió - Messejana, usuário de drogas. Coursou até a 2º série do primário. Família paterna e genitora são usuários de drogas. Adolescente rouba para manter o vício, é ameaçado de morte no Conjunto São Miguel e Conjunto São Cristovão, por esse motivo quer ir para a comunidade terapêutica. Por lá posso ter mais tempo de vida (sic). Terceiro filho de cinco irmãos teve um deles assassinado por traficantes (tráfico de drogas). Faz uso de crack, cocaína e mesclado diariamente. Iniciou por ansiedade e curiosidade. Está reinternado por não fazer uso adequado das medicações, risco social com histórico de alto e heteroagressividade, conduta desafiadora. Possui pouco juízo crítico de seu transtorno psicossocial. Encaminhado à comunidade terapêutica.

Garfield, 14 anos, bairro Bom Jardim. Paciente com recorrentes internações nesta unidade, estadia de dez dias na última internação. Apresenta histórico de vulnerabilidade social, fugas do lar, abandono de tratamento, com frágil suporte familiar. Sofre maus tratos por parte de sua genitora. Faz uso de crack e cocaína, se prostitui para manter o vício. Foi encaminhado ao CAPs, mas compareceu apenas uma consulta, encaminhado também aos CREAS para acompanhamento socioeducativo com inclusão em atividades ocupacionais. Esteve internado nos meses de janeiro, abril, junho e julho. Coursou até o 5º ano fundamental. Aos nove anos apresentou crises de ansiedade e agitação por ter sido constantemente violentado pelo pai desde os dois anos de idade. A mãe quando questionada, relatou que só aos sete anos descobriu. Adolescente foge de casa para se prostituir e se automutila com objetos cortantes. O pai no momento encontra-se preso por estupro de vulnerável (provado judicialmente). Mora atualmente com sua genitora, recebe alta sem juízo crítico de sua situação. CID 10, F 19.2.<sup>10</sup>

Frajola, 13 anos, mora na Barra do Ceará, fora adotada pela senhora Moana aos três meses de vida. Moana diz ter perdido um filho recém-nascido e por isso passou a sofrer de depressão (sic). Aos três anos, a criança foi diagnosticada com transtorno mental e esclerose tuberosa (TET), doença rara e pouco conhecida de difícil diagnóstico. É uma doença degenerativa, causadora de tumores benignos, que pode afetar diversos órgãos, especialmente cérebro, coração, olhos, rins, pele e pulmões. O adolescente ainda apresenta conduta

---

<sup>10</sup> Transtornos Mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - Síndrome de dependência

recorrente de maltratar animais, era acompanhado pelo NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) e foi lá que partiu denúncia de abuso por parte do padrasto. A mãe relatou que o companheiro que não é pai biológico do filho, é alcoólatra, que a espanca e a dopa com seus medicamentos para depressão, para ter mais tempo com o filho. Essa foi a conclusão que a mesma chegou ao viver o tempo todo sonolenta, (sic). Mãe e filho foram encaminhados ao CAPs e aos CREAS a fim de receber orientações e acompanhamento psicossocial, fortalecer a autoestima de ambos e reinserção dos mesmos na sociedade. O padrasto na época em que veio à tona o crime, confirmado por exames, encontra-se preso, por estupro de vulnerável e Lei Maria da Penha.

Pocahontas, 16 anos, proveniente do Álvaro Weine, experimentou drogas pela primeira vez aos oito anos por influência de amigos na rua. Hoje faz uso de múltiplas drogas, inclusive crack e cocaína. Sua genitora também faz uso de entorpecentes, a mesma relata que usou continuamente durante toda a gravidez da filha, vindo tê-la de parto prematuro e com problemas respiratórios. A criança teve dificuldade para andar e falar, era acompanhada pelo Instituto de Prevenção da Desnutrição e da Excepcionalidade (IPREDE). Foi internada nesta unidade diversas vezes no decorrer do ano de 2016, retornando cada vez mais debilitada, voltando a reinternação por nunca fazer uso devido dessas medicações prescritas. Encaminhada à comunidade terapêutica, mas fugiu. Recebe alta com CID 10 19.2, será encaminhada ao CAPs e ao CREAS juntamente com sua genitora, a fim de que possam ser inseridas nos programas para dar continuidade ao tratamento de ambos.

Coiote, proveniente do bairro Curió, Messejana, 17 anos, encontrava-se apreendido no Centro Educacional Patativa do Assaré, pelo assassinato de um comerciante na praia de Iracema, cumpriu pena em liberdade voltou a usar drogas. O adolescente sofre de transtorno de personalidade, faz uso de crack e mesclado, bem como de medicação controlada. Já foi internado diversas vezes na unidade retornando sempre mais agressivo e arreadio. Não comparecia as consultas ao CAPs. Não conheceu o pai biológico, sua genitora foi expulsa de casa por traficantes, passando a morar na rua e também esteve presa no presídio feminino Auri Moura Costa por lesão corporal e tráfico de drogas. Família encaminhada ao CRAS, CREAS e CAPs.

Como é possível perceber, todos estes adolescentes estavam de algum modo, envolvidos com o uso de substâncias psicoativas. No que diz respeito à escolarização apenas três dos oito sabem assinar o próprio nome. Segundo Dias (apud Trindade, 2002), a escola

tem importância fundamental na vida do jovem, de tal modo que o afastamento deste do âmbito escolar o faz vulnerável a delinquência juvenil.

### **3.2. O serviço social na área da saúde mental**

A área da saúde mental tem sido um desses espaços que, através dos tempos, vem suscitando a intervenção desse profissional. Rosa (2008) afirma que o Serviço Social tem como desafio atuar com as expressões da questão social que permeiam a vida da pessoa com transtorno mental e sua família, nas diversas formas de violação de direitos.

O assistente social realiza um levantamento da história de vida do paciente com objetivo de identificar e orientar as demandas que ele apresenta, podendo essas estarem relacionadas à previdência, a problemas familiares, entre outras demandas sociais. Há a preocupação em averiguar as condições previdenciárias do usuário no momento da internação para não deixar que ele perca um direito adquirido; por exemplo, ao verificar que o usuário tem direito ao auxílio-doença, orienta a família a respeito dos procedimentos para solicitar o benefício, junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS.

Para Rosa (2008) a questão social, na saúde mental, se expressa a partir da exclusão da pessoa com transtorno mental do sistema produtivo e do convívio social pelo estigma social que passou a fazer parte da sua identidade, haja vista ser considerado, historicamente, pela sociedade como uma pessoa perigosa e incapaz, portanto, excluída do convívio social.

Como área da saúde e, portanto, campo de prática profissional, a saúde mental se configura como uma área diversificada no que diz respeito ao campo de atuação de diversas profissões. Nesse contexto, o assistente social, profissional que intervém nas expressões da questão social existentes na sociedade, integra as equipes multiprofissionais dos serviços de saúde mental.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A disseminação do consumo de substâncias psicoativas em nosso país vem crescendo de maneira meteórica. Várias são as motivações para o consumo, independente de classe social, idade e gênero. Mas, como foi possível observar neste trabalho, o tema carece de atenção por parte do Poder Público. Relembrando as referências de Hygino e Garcia (2003, p. 40) “o uso de drogas deveria ser considerado um tema de saúde e educação, não um problema criminal”.

O discurso que predomina é o da repressão, da culpabilização do usuário, do controle a qualquer custo do “sujeito” que, aos olhos da lei e de uma parcela considerável da sociedade, não passa de um bandido. Esta atitude não possibilita nenhum tipo de atendimento, de compreensão acerca de todo um contexto social e familiar no qual o dependente faz parte. É certo que o Poder Público não deve aceitar o tráfico de drogas ilícitas, mas, em contrapartida, deveria oportunizar aos usuários o tratamento adequado para sua recuperação.

O fato é que vivenciamos um Estado omissivo que nunca proporcionou um tratamento completo a essas pessoas. Essas ações e serviços partem mais de ONGs que nem sempre são capazes de ressocializar e preparar para o trabalho o indivíduo de forma íntegra. A tentativa de tratá-los em unidades de saúde tem sido medidas incompletas e paliativas.

O mal que assola nosso país é a violência, e essa violência desenfreada foi gerada pela incapacidade do Estado em promover políticas públicas inclusivas. E principalmente, pela sua inoperância frente ao crescimento monstruoso do tráfico e consumo de drogas pelas pessoas em vulnerabilidade social.

Essas políticas precisam ser pautadas por uma melhor distribuição de renda. O maior obstáculo entre essas pessoas e o acesso a riqueza que esse país produz é a corrupção em que mergulharam os nossos representantes.

Diante desta pesquisa, concluiu-se que todos os casos descritos nos fazem afirmar que o uso de drogas é apenas uma consequência da pobreza, da violência, vulnerabilidade e desproteção por parte do Estado e da família. O uso não é a causa do mal, suspendendo o uso todo o cenário persiste, uma vez que, a desigualdade social é o pano de fundo.

Ao poder público, à sociedade, é muito fácil culpar as drogas e impor uma guerra. Uma guerra que sabemos que nunca será vencida, pois o inimigo é outro. O inimigo é a pobreza e todas as suas mais árduas expressões. A má distribuição de renda, de benefícios e de serviços faz do Brasil um país com grandes fissuras sociais.

A ausência de políticas públicas voltadas para as famílias contribuem para o agravamento da situação. O que observamos é o aumento da desigualdade social e um Estado que não dá melhores condições de vida às famílias, contribuindo para o aumento de exclusão e vulnerabilidade, com o aumento do uso de drogas e conseqüentemente da violência.

## REFERÊNCIAS

ABAID, Renata Maria Gardin Crauss, Josiane Lieberknecht Wathier, **A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários**, Centro Universitário Franciscano. Rua Silva Jardim, 1175, Conjunto III, Prédio 17, sala 714, 97010-491, Santa Maria, RS, Brasil. 2012.

Disponível em: [pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v5n1/v5n1a08.pdf](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v5n1/v5n1a08.pdf).

Acesso: 06 de setembro de 2017

Alvez, Gabriela Maciel, **A construção da identidade do adolescente e a influência dos rótulos na mesma**.

Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/GabrielaMacileAlves.pdf>

Acesso: 04 de outubro de 2017

BARBOSA, Tânia Carolina OLIVEIRA, Odilene Ferreira de. Discentes do 6º período do Curso de Terapia Ocupacional das Faculdades de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva. **A INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NO TRATAMENTO DE ADOLESCENTES DEPENDENTES QUÍMICOS**.

Disponível em: [http://fait.revista.inf.br/imagens\\_arquivos/arquivos\\_destaque/s06qEFIsHq5uSm5\\_2014-4-16-21-45-27.pdf](http://fait.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/s06qEFIsHq5uSm5_2014-4-16-21-45-27.pdf).

Acesso: 31 de agosto de 2017

BARRETO, Aline Torres. **O Significado da Terapia Ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad na Visão de Outros Profissionais**/ Aline Torres Barreto.– 2012. 52 f.

Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/46124/2012alinetorresbarreto.pdf>.

Acesso: 25 de agosto de 2017.

CAPISTRANO, Fernanda Carolina, et al. **"Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários."** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 17.2 (2013): 234-241.

Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728367005>>.

Acesso: 01 de setembro de 2017

ESPÍNOLA, Lawrence Lima. **Práticas do cuidar de adolescentes usuários de drogas.** Disponível: <<http://www.ccs.ufpb.br/ppgeold/dissertacoes2013>>.

Acesso: 30 de maio de 2017

**ECA: estatuto da criança e do adolescente/** equipe Eureka. 1.ed. – São Paulo: Eureka, 2015

FILHO, Antonio José de Almeida et al, **O ADOLESCENTE E AS DROGAS: CONSEQUÊNCIAS PARA A SAÚDE, 2007.**

FONTES, Maria Alice, **O que é dependência química? Tipos de drogas, efeitos e tratamentos.**

Disponível em: [http://www.cemp.com.br/arquivos/98752\\_66.pdf](http://www.cemp.com.br/arquivos/98752_66.pdf)

Acesso: 30 de outubro de 2017

GOMES, Regiane de Jesus, MATOS Caroline Carreteiro, CAVALARI, Marcielle Cristina Azevedo, E ROSSETTO, Alessandra de Arriba. **ATENDIMENTO GRUPAL: TRABALHANDO A CO - DEPENDÊNCIA.** Encontro de Ensino, Pesquisa e Extensão, Presidente Prudente, 22 a 25 de outubro, 2012.

Disponível em:

<http://www.unoeste.br/site/enepe/2012/suplementos/area/Humanarum/Ci%C3%A2ncias%20Humanas/Psicologia/ATENDIMENTO%20GRUPAL%20TRABALHANDO%20A%20CO-DEPEND%C3%8ANCIA.pdf>>.

Acesso: 30 de agosto de 2017.

HEIM, Joanna, and Arthur Guerra de Andrade. "Efeitos do uso do álcool e das drogas ilícitas no comportamento de adolescentes de risco: uma revisão das publicações científicas entre 1997 e 2007." *Revista de Psiquiatria Clínica* 35.suppl 1 (2008): 61-64. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/10105>. Acesso: 03 de setembro de 2017.

JUSTINO, Nathália. **Uso de drogas na adolescência e seus impactos no âmbito familiar.**

Disponível em: <[http:// monografias.brasilecola.uol.com.br/sociologia/uso-drogas-na-adolescência-seus-impactos-no-ambito-familiar](http://monografias.brasilecola.uol.com.br/sociologia/uso-drogas-na-adolescencia-seus-impactos-no-ambito-familiar)>. Acesso: 06 de maio de 2017

MAIA, Lorena Suely Felix de Oliveira. **Adolescente, jovens e drogadição: um estudo do perfil do adolescente em cumprimento de medidas socioeducativa de internação** / Lorena Suely Felix de Oliveira. Fortaleza – 2013. 81f.

Disponível em: [www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Simone-Iara-da-Silveira.pdf](http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Simone-Iara-da-Silveira.pdf)

Acesso: 22 de agosto de 2017

MATOS, Maria Teresa Soares. **Grupo de Orientação Familiar em Dependência Química: Uma avaliação sob a percepção dos familiares participantes**/Maria Teresa Soares Matos. Fortaleza, 2008. 114f.

Disponível em: <[www.uece.br/cmasp/dmdocuments/mariatersa\\_2008.dpf](http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/mariatersa_2008.dpf)>.

Acesso: 31 de agosto de 2017

MEDA, Ana Paula, LEITE, Rocha Giovana. **Adolescência e drogadição: A responsabilidade do Estado, da família e o cumprimento de políticas públicas no tratamento químico.**

Disponível em: [eventos.uenp.edu.br/sid/publicacao/artigos/16.pdf](http://eventos.uenp.edu.br/sid/publicacao/artigos/16.pdf) Acesso: 23 de agosto de 2017.

Acesso: 06 de setembro de 2017

NOVAES, Ana Cala Albuquerque; Melo, Vinícius Boschetto. **A clínica da Terapia Ocupacional com dependentes de álcool e drogas que freqüentam o CAPS de Alcoolismo e Drogas de Lins/SP** / Ana Carla Albuquerque Novaes; Vinícius Boschetto Melo. Lins, 2008. 124f. il. 31cm.

Disponível em: <<http://www.unisaesiano.edu.br/biblioteca/monografias/46122.pdf>>

Acesso: 24 de agosto de 2017.

OLIVEIRA, Giovana Aline de Souza et al, **O IMPACTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA FAMÍLIA.**

Disponível em: [www.unisaesiano.edu.br](http://www.unisaesiano.edu.br)

Acesso: em 20 de novembro de 2017.

RAIPP, Luciane Marques. **Adolescente, drogadição e políticas públicas**. Recordes contemporâneo, 2006.159f.Disponível em:<[www.lume.ufrgs.br/bistream/handle/10183/9985/000554400.pdf](http://www.lume.ufrgs.br/bistream/handle/10183/9985/000554400.pdf).>

Acesso: 20 de agosto de 2017. Acesso: 24 de agosto de 2017

RAMIREZ, Henry Darío Cunha, ROCHA, Marciani, **Relações entre o uso de drogas na adolescência e família**. Disponível em: [www.uniedu.sed.sc.gov.br](http://www.uniedu.sed.sc.gov.br)Acesso em: 04 de outubro de 2017.

Rodrigues, Janaina dos Santos, **SERVIÇO SOCIAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA: Uma Relação em Construção**.

Disponível em: [livros01.livrosgratis.com.br](http://livros01.livrosgratis.com.br)

Acesso: 07 de janeiro de 2018

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito de serviço social**/ Carlos Simões. -7. ed. – São Paulo: Cortez, 2014 – (Biblioteca básica de serviço social; v.3)

Silva, Débora de Souza.**Gênero e assistência as usuárias de álcool e outras drogas : tratamento ou violência?** / Débora de Souza Silva; orientadora: Zélia Milanez de Lossio e Seibnitz. – Rio de Janeiro: PUC, Departamento de Serviço Social, 2005. 97 f. ; 30

Disponível em: [https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/7684/7684\\_1.PDF](https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/7684/7684_1.PDF).

Acesso: 03 de setembro de 2017

## APÊNDICE

À Coordenação da Sociedade de Assistência à Infância de Fortaleza (SOPAI)

Nesta

Ilmo (a) Sra, Paula Wojtyla Araújo Mota

Vimos por meio deste, solicitar autorização para que a estudante do Curso de serviço Social, da Faculdade Ratio, Lúcia Raquel dos Santos Lemos, portadora de RG N° 2003014119698, desenvolva uma pesquisa de campo para coleta de dados de seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), cujo título é: **O Tratamento de adolescentes na Unidade de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas**. A referida pesquisa tem como objetivo principal: Observar como se processam as práticas terapêuticas direcionadas aos adolescentes internados com problemas relacionados ao uso de entorpecentes na Unidade de Referência em Saúde Mental Álcool e Drogas na Sociedade de Assistência e Proteção à Infância de Fortaleza, bem como a perspectiva de reabilitação e inclusão social, através de observação direta.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_.

Cordialmente,

---

Diocleciana Paula da Silva