

**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - UFF
DEPARTAMENTO INTERDISCIPLINAR DE RIO DAS OSTRAS - RIR
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

KATHELIN LUNA DOS REIS

**Políticas de prevenção ao uso de psicoativos para crianças e
adolescentes em Rio das Ostras - RJ: Desafios da atualidade.**

Rio das Ostras

2017

KATHELIN LUNA DOS REIS

Políticas de prevenção ao uso de psicoativos para crianças e adolescentes em Rio das Ostras - RJ: Desafios da atualidade.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal Fluminense – Pólo Universitário de Rio das Ostras.

Orientadora Prof. Letícia Barros Palma da Rosa.

Rio das Ostras

2017

KATHELIN LUNA DOS REIS

Políticas de prevenção ao uso de psicoativos para crianças e adolescentes em Rio das Ostras - RJ: Desafios da atualidade.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de graduação em Serviço Social da Universidade Federal Fluminense – UFF, Campus Universitário de Rio das Ostras - CURO, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms^a Letícia Barros Palma da Rosa - Orientadora
UFF – Campos Universitário de Rio das Ostras

Prof. Dr^a Paula Martins Sirelli
UFF – Campos Universitário de Rio das Ostras

Prof.^o Dr^o Bruno Ferreira Teixeira
UFF – Campos Universitário de Rio das Ostras

**Rio das Ostras
2017**

Aos meus avós, por tudo que sempre fizeram por mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me amparado até aqui.

Aos meus pais, Vania Luna e Ricardo Reis, que sempre tiveram a preocupação de oferecer aos filhos as oportunidades que eles não tiveram. Tudo o que eu e meus irmãos estamos conquistando foi graças ao apoio e incentivo deles. Serei eternamente grata por tudo.

Aos meus avós, por todo amor e apoio que sempre me deram. Nada que eu escreva aqui será capaz de expressar a imensidão do meu amor e a gratidão que sinto por eles.

Ao meu melhor amigo, Marcos Vinicius Lopes, por ter me acalmado e aturado durante a construção desse trabalho. Eu sei que não foi fácil e agradeço por continuar ao meu lado me apoiando.

Às minhas amigas Daiana Bastos, Thainá Pinheiro, Luana Garcia, Rebecca Ferreira e ao meu amigo Welber Silva, que mesmo distantes nunca deixaram de torcer por mim e me animar a seguir com os estudos.

Aos amigos que a Universidade me deu, em especial a Raquel Braga, Jumara Martins, Marília Sousa e Jamila Lopes, pelo apoio nas horas difíceis e por compartilharem comigo os momentos mais alegres dessa graduação. As aulas e apresentações de seminários certamente eram mais divertidas com elas.

A minha orientadora Letícia Barros, pelo incentivo e principalmente por toda paciência que teve comigo durante a produção desse trabalho, obrigada pela dedicação e preocupação.

Aos professores Bruno Teixeira e Paula Sirelli, por aceitarem fazer parte da banca examinadora e contribuírem com esse trabalho.

A todos os profissionais que se dispuseram a contribuir na construção dessa pesquisa. Agradeço principalmente pelo comprometimento profissional com os

usuários, por se desdobrarem e oferecerem o seu melhor mesmo diante de todas as dificuldades.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo apresentar uma breve análise a respeito das políticas de prevenção ao uso/abuso de psicoativos direcionadas a crianças e adolescentes residentes do município de Rio das Ostras – RJ. Para isso, o estudo foi dividido em três momentos: No primeiro capítulo foi realizada uma pesquisa mais geral sobre a utilização de psicoativos no mundo e a orientação internacional desenvolvida para o trato da questão, em seus respectivos contextos históricos. No segundo capítulo foi tratado o modo como as políticas sociais foram construídas e se desenvolveram, sempre de forma ambígua, dando ênfase ao tratamento direcionado para crianças e adolescentes das diferentes classes sociais. No terceiro capítulo o foco do estudo foi a análise das políticas vigentes no trato dessa questão no município de Rio das Ostras. Foi realizada a construção de um histórico das políticas voltadas para crianças e adolescentes, que servem como fatores de proteção e conseqüentemente, de prevenção ao uso de psicoativos para esse público, além do acompanhamento para aqueles que já são usuários, pontuando seus avanços e desafios.

Palavras-chave: Psicoativos, Política Social, Crianças e Adolescentes.

LISTA DE SIGLAS

BM – Banco Mundial
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CIC – Centro Integrado de Convivência
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
FMI – Fundo Monetário Internacional
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASA – Núcleo de Atenção à Saúde do Adolescente
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
PAIF – Programa de Atenção Integral a Família
PAEFI – Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PNAS – Plano Nacional de Assistência Social
PROERD – Programa Educacional de Resistência às Drogas
PSE – Programa Saúde na Escola
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SEMBES – Secretaria Municipal de Bem Estar Social
SEMED – Secretaria Municipal de Educação
SINASE - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo
SISNAD – Sistema Nacional Antidrogas
SUS – Sistema Único de Saúde
SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUÇÃO | 10 |
| CAPÍTULO I: O SER SOCIAL E OS PSICOTRÓPICOS | 11 |
| 1.1 Psicotrópicos – conceituação e histórico | 11 |
| 1.2 A relação com os psicoativos na história e no mundo | 16 |
| 1.3 Psicoativos no Brasil | 21 |
| 1.4 Psicoativos na Adolescência | 28 |
| CAPÍTULO II: POLÍTICAS SOCIAIS: GÊNESE E PARTICULARIDADE DAS POLÍTICAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES | 33 |
| 2.1 Histórico das Políticas Sociais no Brasil | 33 |
| 2.2 Histórico das Políticas de prevenção às drogas para crianças e adolescentes | 45 |
| CAPÍTULO III: A LEGISLAÇÃO E A REALIDADE EM RIO DAS OSTRAS | 50 |
| 3.1 Histórico das Políticas de prevenção às drogas para crianças e adolescentes em Rio das Ostras | 50 |
| 3.2 Política de Assistência Social..... | 52 |
| 3.3 Política de Saúde | 59 |
| 3.4 Política de Segurança Pública | 65 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 69 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 72 |
| ANEXOS | 74 |

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo apresentar um breve histórico sobre as políticas desenvolvidas em Rio das Ostras voltadas para crianças e adolescentes que servem como fatores de prevenção e proteção contra a dependência química. Para tal, é importante contextualizar o consumo de psicoativos considerando os diferentes tipos de sociabilidade.

A motivação para o estudo do tema surgiu a partir da observação do crescente número de crianças e adolescentes que, devido a algum tipo de envolvimento com o tráfico de drogas ou devido ao próprio consumo dessas substâncias, começaram a apresentar danos à própria saúde mental e/ou prejuízos – não só financeiros – para os familiares. Surgiu então o questionamento sobre o que tem sido realizado pelo Poder Público para que a situação de risco e vulnerabilidade em que aquelas crianças e adolescentes estão expostos seja revertida.

O trabalho foi dividido em três capítulos. Na primeira parte foi feito um panorama sobre a utilização de psicoativos no mundo e sobre a influência norte-americana na legislação dos demais países, já que para se realizar a discussão a nível local é necessário compreender de que forma as disputas políticas e econômicas se configuram a nível macro – fato que influencia diretamente a configuração das particularidades municipais/ regionais. Trata ainda das relações estabelecidas entre o Estado brasileiro e a questão das drogas, passando por breves considerações sobre o uso e acesso dos adolescentes aos psicoativos.

Em seguida foi tratada a forma como esses psicoativos se tornam populares no Brasil, dando ênfase na legislação, que passou por diversas mudanças, mas sempre de acordo com a perspectiva proibicionista difundida pelos EUA.

No último capítulo, procurou-se fazer o levantamento do histórico das políticas de prevenção ao uso/abuso de drogas direcionadas a crianças e adolescentes no município de Rio das Ostras.

CAPITULO I – O SER SOCIAL E OS PSICOTRÓPICOS

A ontologia do ser social é o estudo do homem nas suas categorias fundamentais, reconhecendo as características mais gerais da sua essência e considerando a sua historicidade e sua sociabilidade. Para a realização deste estudo, é importante partir do seguinte ponto: o homem é um ser social - dotado de genialidade, sociabilidade, objetividade, atividade sensível, subjetividade, entre outros - que vive em grupos, estabelece leis, transforma a natureza através do seu trabalho e nesse processo ele também se modifica.

Considerando todos esses aspectos é fácil compreender as mudanças na relação do homem com os psicoativos. No decorrer do desenvolvimento humano, à medida que o homem aprimorava seus conhecimentos e desenvolvia novas formas de se relacionar com o seu meio, a utilização de substâncias que alteram o funcionamento do organismo ganhou novos significados, principalmente na história mais recente, quando as substâncias se tornaram mercadoria. Até então, para determinados grupos, sua utilização estava atrelada à religião, à cultura e até à medicina. Porém, quando as propriedades dessas substâncias foram descobertas por outros povos, de costumes diferentes, elas agregaram outras serventias.

Por isso, neste capítulo considerou-se importante, além de uma breve definição sobre substâncias psicotrópicas, falar sobre as suas particularidades no decorrer da história, considerando as mudanças sociais e culturais em que se inserem os sujeitos, tornando possível compreender as mudanças na percepção e na relação do homem – enquanto ser social – com as substâncias psicoativas.

1.1 Psicotrópicos – conceituação e histórico

Para se discutir políticas de prevenção ao uso/abuso de drogas/psicotrópicos destinadas ao adolescente faz-se necessário compreender o que são essas drogas, além de ter a percepção de que a relação do homem com os psicoativos pode variar de acordo com o contexto histórico e social em que ele se insere.

A Organização Mundial da Saúde – OMS – define droga como qualquer substância não produzida pelo organismo capaz de alterar o seu funcionamento (OMS, 1981). Essas substâncias não podem ser classificadas como saudáveis ou prejudiciais à saúde porque seu efeito depende da quantidade consumida. Alguns psicotrópicos são utilizados com a finalidade de tratar doenças, mas se consumidos de maneira abusiva podem funcionar como veneno. Os psicoativos são, portanto,

substâncias/produtos que agem preferencialmente no Sistema Nervoso Central (SNC), estimulando, deprimindo ou perturbando suas funções (propriedades que tornam os psicotrópicos/psicoativos substâncias passíveis de abuso e dependência) (BRITES, 2016, p.7).

Na atual conjuntura, as substâncias psicoativas são divididas entre lícitas e ilícitas. Os psicotrópicos lícitos são produzidos livremente, pois são aceitos pela sociedade e são comercializados com poucas restrições. Já os psicotrópicos ilícitos são os proibidos por lei, o que colabora com o fomento de um jogo de interesses econômicos e de repressões seletivas.

Sobre o dinheiro movimentado pelo narcotráfico, os países “desenvolvidos”, principais consumidores de psicoativos, são os que levam a maior parte do lucro proveniente do comércio ilegal.

Após a Revolução Industrial, a produção agrícola de psicoativos se tornou massiva. As políticas de ajustes impostas pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional – FMI colaboraram para que a agricultura industrial, visando o mercado externo, se adaptasse às novas demandas. Com a força de trabalho excedente – também devido às orientações do BM e FMI - foi fácil conseguir mão de obra para esse novo mercado informal e muito rentável.

Para os países de capitalismo periférico, cuja economia é principalmente agrária, as repercussões desse despotismo econômico levaram os camponeses a substituírem a cultura de diversos produtos agrícolas pela narcocultura. Paralelamente, a narcocultura vai se consolidando pela conveniência do dinheiro mágico para o capital, uma vez que pode ser “lavado” e transformado em “bens limpos” com a facilidade que os bancos necessitam para girar o capital especulativo: Coggiola (2001) avalia que os bancos lavam cerca de U\$ 400 milhões ao dia de dinheiro proveniente do tráfico. Para se ter uma idéia, o autor exemplifica: a grande empresa do comércio de drogas fatura anualmente cerca de U\$ 500 bilhões, superando o comércio de petróleo e perdendo somente para a indústria de armamentos. São os países consumidores que ficam com a maior parte dos lucros e não os países produtores. (BALDINI, 2007, p.57)

Atualmente, o termo “drogas” é o mais utilizado pela população ao se referir aos psicoativos ilícitos. Segundo Brites (2016),

Culturalmente, o termo *droga* foi se distanciando do seu significado original (folha seca em holandês antigo, *droog*) e passou a ser usado como sinônimo de “algo que é em si” ruim e nocivo, e para designar quase que exclusivamente os psicoativos ilícitos (as drogas ilegais). Desse modo, o uso cotidiano do termo droga, desenraizado de seu significado original, tem contribuído para fomentar algumas confusões e reducionismos. Por exemplo, a associação entre o termo droga e os *psicoativos ilícitos* contribui para banalizar os danos sociais e de saúde associados ao uso dos *psicoativos lícitos*, como *tábaco*, *álcool* e *medicamentos* (BRITES, 2016, p.8)

A utilização do termo *droga*, além de ser pejorativo e expressar desaprovação ao uso de determinados psicoativos, serve também para diferenciar os usuários de substâncias lícitas – reconhecidos como sujeitos de direito – e usuários de substâncias ilícitas – que são chamados de “drogados” e considerados pessoas cujos direitos podem ser violados já que, de acordo com o senso comum, não possuem discernimento e são totalmente controlados pelos psicoativos que consomem. Brites (2016) explica que essa atribuição entre as substâncias e esse poder sobre os usuários é cientificamente infundada, visto que, mesmo em situações mais críticas de dependência química, o uso depende da interação entre o usuário, a substância e *determinadas condições sociais particulares*.

A diferenciação entre usuários não é apenas sobre a legalidade do psicoativo que ele usa. Particularmente no modo de produção capitalista, onde o desenvolvimento das forças produtivas estabeleceu novas formas do homem se relacionar com a natureza e com seus semelhantes, o preconceito tem recorte de classe. Para a classe burguesa, o uso de psicoativos vem atrelado ao prazer que a substância pode provocar, enquanto que para a classe trabalhadora, o uso está atrelado muitas vezes à desproteção social em que ela se encontra. A qualidade da substância também é diferenciada, a classe burguesa tem acesso às substâncias puras – como cocaína e maconha - enquanto para a parcela mais vulnerável da população, os psicoativos de fácil acesso são *cheirinho da loló*, inalante feito a base

de solventes e o *crack*, uma substância de baixo custo que é feita a base de cocaína e bicarbonato de sódio. De acordo com Medeiros (2014),

O crack é resultante de cocaína mesclada com diferentes tipos de solventes em um processo simples de mistura e sem a exigência de mão de obra especializada. Isso possibilita sua comercialização a baixo custo e de forma dispersa, podendo ser, inclusive, produzido pelo próprio consumidor. Essa característica é determinante para dar acesso ao consumo, além de outras classes sociais, à população de baixo poder aquisitivo, que vive na periferia das cidades, em zonas marginalizadas, que dificilmente teriam acesso à cocaína [...]

É certo que o crack, devido a suas características, assim como a cachaça e o tiner (cola de sapateiro), é uma substância que dá à pobreza acesso ao sonhado consumo contemporâneo e, principalmente, permite a essa categoria experimentar o prazer e escapar, ainda que temporariamente, da rotina e das mazelas do cotidiano (MEDEIROS, 2014, p.108).

Apesar do debate acerca da temática ser relativamente novo, a relação do homem com os psicoativos é bastante antiga.

Estudos apontam que há milênios as civilizações de diferentes partes do mundo já utilizavam substâncias psicoativas com as mais variadas finalidades, sejam elas de natureza cultural, religiosa, medicinal ou psicológica. O homem sempre fez uso de substâncias psicoativas, segundo Pratta, o que muda nessa relação é a compreensão do fenômeno, a concepção hegemônica da sociedade é alterada de acordo com o contexto sócio-histórico em que estão inseridos os sujeitos.

[...] temas como saúde, doença e drogas sempre estiveram presentes ao longo da história da humanidade, embora cada período apresente uma maneira particular de encarar e lidar com esses fenômenos, de acordo com os conhecimentos e interesses de cada época (PRATTA, 2009, p.213).

Em alguns países latino-americanos, como Bolívia e Peru, é um hábito antigo mascar folhas de coca para fins medicinais ou como rituais. Na época da colonização européia, a igreja católica demonizou o uso dessas plantas, pois eram utilizadas para cultuar os deuses indígenas. Isso levou à proibição do uso da coca para a civilização andina.

Para compreender esse processo, deve-se levar em conta a história da colonização das Américas, quando os colonizadores espanhóis e portugueses introduziram, por meio da catequese dos índios, a moral cristã e instituíram o catolicismo como religião oficial das colônias. Nesse sentido a dominação do colonizador implicava na destruição dos cultos e objetos sagrados dos índios, tendo, por exemplo, em 1551, no Peru, sido proibida a folha de coca, considerada como “planta demoníaca” (BOITEUX, CHERNICHARO, 2012, p.7).

Boiteux e Chernicharo (2012) afirmam que quando o consumo de substâncias psicoativas contribuía com a lógica do poder dominante, seu uso era tolerado. Outras pesquisas também mostram que o uso de substâncias estimulantes antes utilizadas apenas por líderes religiosos foram distribuídas pelos colonizadores entre os indígenas para que não reclamassem do trabalho, visto que a droga diminuía o cansaço e a fome.

Naquele período, a coca passou a ser entregue aos índios para que resistissem às longas jornadas de trabalho forçado, produzindo mais, consumindo menos alimentos e reclamando menos das dores físicas. Em suma, um bem sagrado se tornou uma ferramenta útil para a exploração da força de trabalho (DEGASPERI, 2013, p.27).

Com o advento das grandes navegações, a descoberta dessas determinadas plantas foi muito lucrativa para os colonizadores. Se para a população indígena o consumo da coca era cultural, para os europeus a substância era uma especiaria que viria a contribuir com a expansão do comércio, seja através do seu consumo entre os trabalhadores visando o aumento da produtividade, seja para o próprio comércio internacional da substância.

O uso de psicoativos foi, portanto, profundamente alterado pela lógica mercantil. Desde então, esta antiga prática social vem se adequando aos moldes da lógica capitalista, onde as substâncias psicoativas passaram a compor o conjunto de mercadorias a serem consumidas no mercado, sendo este lícito ou não.

Explicar o consumo de drogas inserido na dinâmica social – na sua dimensão estrutural – requer, portanto, em primeiro lugar, situar a condição histórica que inscreve a droga como uma mercadoria, ora lícita – proveniente de uma indústria com lucros aviltantes, ora ilícita – produzida e distribuída pelo narcotráfico. Em segundo lugar, é necessário compreender o processo contemporâneo de produção e distribuição da mercadoria droga como conseqüência das formas atuais de acumulação capitalista. (BALDINI, 2007, p.55)

1.2 A relação com os psicoativos na história e no mundo

Para se compreender a relação da sociedade com os psicoativos na atualidade é interessante retomar um pouco da história dessa relação nos diferentes países e sociedades. Assim, serão destacadas algumas questões relevantes a nível global para, posteriormente, tratar da especificidade brasileira.

Um dos marcos que suscitaram o debate internacional sobre o controle das drogas foi a Guerra do Ópio. No século XIX, a China era o alvo da expansão imperialista devido à numerosa população. Logo o comércio do ópio na região era lucrativo para a Inglaterra, que era a principal exportadora do psicoativo. O ópio é uma substância entorpecente extraída da papoula, que os chineses já utilizavam para fins medicinais. Porém, com a venda massiva do produto eles se tornaram dependentes da substância.

No início do século XIX, a disseminação do ópio em território chinês causou um complexo dilema social: acadêmicos, oficiais e o próprio Imperador se depararam com a discussão sobre a legalização da droga ou seu banimento total. Ao mesmo tempo, os britânicos investiam fortunas na manufatura e distribuição da droga, gerando uma imensa participação dos lucros e rendimentos da venda de ópio na balança internacional de pagamentos do Reino Unido da época. O comércio de ópio passou então a constituir um elemento central da política externa inglesa (BOITEUX, 2006, p.34).

A situação era lucrativa para a Inglaterra, porém para a população chinesa ocasionou grandes problemas, pois além da dependência do povo chinês, a economia do país estava enfraquecendo por causa da compra da droga, o que levou à proibição do comércio do psicoativo pelo governo Chinês, culminando na Guerra do Ópio.

O aumento da percepção social da questão do ópio na China do século XIX, e os conflitos decorrentes do comércio mundial ocasionaram a Guerra do Ópio entre o Império Chinês e a Coroa Britânica, e marcaram o início de debates internacionais sobre o controle dessa e de outras substâncias psicoativas já no início do século XX (BOITEUX, 2006, p.37).

O governo Chinês só teve sucesso contra a dependência da droga em 1949, com a revolução liderada por Mao Tsé-tung.

Foi somente no início do século XX que o consumo desenfreado de substâncias psicoativas foi problematizado mundialmente, principalmente devido ao

episódio da Guerra do Ópio, contudo, a discussão do tema estava atrelada a disputas econômicas pelo livre comércio das drogas e não à saúde da população.

[...] a partir do século XX um movimento impulsionado por disputas econômicas decorrentes da ascensão do capitalismo e da moral puritana trouxe a proibição a algumas dessas substâncias, criando uma guerra que visa à repressão a produção, à comercialização e ao consumo das drogas consideradas ilícitas perdurando até os dias atuais (FERNANDES; FUZINATTO, 2012, p.1).

A partir de diversas conferências internacionais para tratar da comercialização das drogas, a proposta norte americana de proibição foi a medida aceita pelas potências da época. A comercialização do ópio ficou então restrita para fins medicinais. Uma das conferências mais importantes foi a de Xangai, que norteou as ações mundiais para o trato das drogas. A conferência deu sucessão a outros encontros que consolidaram a proposta proibicionista dos Estados Unidos para os outros países.

A importância da Conferência de Xangai está na criação de um esboço de um sistema de cooperação internacional em assuntos de droga, que inspirou a primeira convenção sobre ópio de 1912, e inaugurou a prática de encontros diplomáticos para o controle de drogas psicoativas, motivados pelo *ímpeto proibicionista norte-americano* (BOITEUX, 2006, p.38).

Ainda segundo Boiteux (2006, p.46), “o modelo proibicionista de controle de drogas sustenta-se em dois fundamentos básicos: o fundamento moral e o fundamento sanitário-social”. Sendo assim a forma de enfrentamento às drogas seria a interdição da comercialização, produção e uso das drogas, sob pena de prisão.

É possível observar a partir dessa afirmação que o modelo proibicionista tem grande importância para o disciplinamento e controle da população, visto que as leis são criadas com base na moral de determinada classe e que devem ser seguidas por todos sob o risco de punições.

Desde a época da colonização até os dias de hoje, os resultados práticos e até mesmo os motivos geradores das políticas de controle às drogas não tem sido a redução do consumo ilegal nem a redução da produção, apesar desta ser a imagem passada a todos. Mas, o aumento do poder do Estado sobre esferas privadas da vida dos cidadãos (BOITEUX, CHERNICHARO, 2012, p.7).

Após algumas convenções o modelo internacional de trato das drogas foi ampliado, tornando-se cada vez mais repressivo. Em 1945 foi criada a Organização das Nações Unidas e em 1988 houve a convenção que deu origem ao modelo de política sobre drogas que perdura até os dias de hoje. “Nesse momento nota-se a radicalização do controle internacional de drogas, que passou a buscar a total erradicação do consumo e da produção de determinadas substâncias” (BOITEUX, 2006, p.40)

A Convenção da ONU de 1988 foi um marco, pois serviu para incrementar e unificar as ações repressivas já existentes que incriminaram não só o traficante de drogas, mas também o usuário e todos os que tivessem algum tipo de associação ou envolvimento. Com penas que vão desde a privação da liberdade à extradição e até o confisco de bens.

A questão da criminalização do usuário gerou debates já naquela época, pois não é uma ação eficaz no combate ao tráfico, tanto que muitos países europeus já descriminalizaram e regulamentaram o uso e o comércio da *cannabis*¹, tendo lugares e quantidades específicas para o consumo.

Segundo Boiteux (2006), “A política proibicionista defendida pela ONU vem sendo questionada na prática por alguns países europeus, que decidiram dar outros rumos às suas políticas internas por reconhecerem os excessos do modelo vigente” (p.45). Mas nos países mais dependentes economicamente a influência norte-americana é maior, por isso seguem o tratado internacional, com receio de sofrerem embargos financeiros e comerciais por não cumprirem os acordos. Logo os países “menos desenvolvidos” se vêem forçados a seguir a orientação da potência mundial no trato das drogas.

Vale ressaltar que a orientação internacional não leva em conta os aspectos culturais e sociais dos países envolvidos, o que também é um motivo para a política vigente de “guerra as drogas” não ter se mostrado eficaz, visto que o desenvolvimento de cada país se deu de uma forma e, portanto suas políticas têm investimentos diferenciados até mesmo pela questão econômica de cada um. Em um país que não investe no bem estar da população e que não oferece os meios

¹ *Cannabis* é o gênero de algumas plantas, das quais a mais famosa é a *Cannabis sativa*, da qual se produz o haxixe e a maconha.

necessários para a manutenção da própria vida, a repressão só resulta na piora das condições de vida das classes menos favorecidas.

Nos países onde houve o pleno Estado de Bem Estar Social, os governos conseguiram desenvolver políticas públicas que amenizaram o impacto do proibicionismo para a população, através da despenalização do porte para consumo, de medidas de promoção à saúde, dentre outras.

Devemos lembrar que esses países acumularam patamares distintos de Estado de Bem Estar Social, portanto, desenvolveram padrões societários de políticas públicas e de legislações mesmo com as três últimas décadas de ofensiva neoliberal, que os permitem ultrapassar uma agenda eminentemente repressiva sobre o problema drogas. Nenhum deles rompeu com as convenções internacionais, mas geraram um conjunto de políticas no âmbito da segurança pública e na redução da demanda que permite minorar os índices de violência e de danos à saúde relacionados às drogas tornadas ilícitas (LIMA, 2010, p.104).

Outra abordagem que merece destaque quando se discute a questão das drogas a nível global é a postura dos Estados Unidos e sua influência de políticas repressivas, que são produto de uma moral puritana ocorrida no início do século XX. É importante ressaltar que há certa coerção por parte dos EUA, visto que os outros países devem seguir suas orientações devido a tratados firmados e por questões políticas na relação entre os países.

Uma consideração interessante a ser destaca é que antes do século XX, nos Estados Unidos, as drogas eram compradas livremente em farmácias, para fins medicinais ou não. Porém, com o avanço dos estudos e da tecnologia a produção das substâncias se modificou, tornando-as mais nocivas e aumentando o risco de dependência química. Iniciou-se uma associação do consumo de drogas às classes subalternas, gradativamente os usuários passaram a ser vistos como imorais. Além disso, o país não tinha uma lei unificada para o trato das substâncias psicoativas.

Para a compreensão da mudança da mentalidade dos americanos sobre drogas, um fator jurídico deve ser ainda acrescentado que a Constituição Norte-Americana atribuía aos estados federados a responsabilidade de legislar sobre questões de saúde, regulamentação da profissão médica e autorização para comercialização de produtos farmacológicos, estando ausente, até então, qualquer controle central ou federal (BOITEUX, 2006, p.49).

Enquanto nos países europeus havia regulamentação das drogas, nos Estados Unidos com a descentralização da responsabilidade – já que cada estado tinha autonomia em relação às suas legislações – ocorria o livre comércio dessas

substâncias sem qualquer restrição em determinadas regiões. No entanto, a igreja começou a pressionar o governo que optou pelo proibicionismo.

A opção pelo modelo proibicionista nos EUA foi positivada com a edição da primeira legislação ocidental que punia o uso e a venda de psicoativos, o *Harrison Act* de 1914, e também pela implementação da política da “Lei Seca”, entre 1919-1933, considerando ilícito o consumo e a venda de álcool no país (BOITEUX, 2006, p.50).

Não foi apenas devido à pressão popular gerada a partir da Igreja que o país optou pelo proibicionismo, fatores econômicos também influenciaram nesse posicionamento, como por exemplo, o interesse de articulações comerciais com a China e também a crença de que controlando a produção nos principais países que exportavam as substâncias os norte-americanos estariam livres das drogas.

A repressão não diminuiu o consumo das drogas, que foi ampliado na década de 60. O uso de substâncias psicoativas aumentou significativamente entre os jovens, artistas e intelectuais simpatizantes ao movimento de contracultura. A criminalização do usuário foi uma medida encontrada para se ter maior controle sobre esses grupos que divergiam das políticas adotadas pelo governo norte-americano. O proibicionismo de certa forma tornou os psicoativos ainda mais populares entre os grupos que se opunham ao governo.

Essa absurda legislação que equiparou o usuário ao traficante era mais uma tentativa de aumentar o controle social sobre a população que contestava o regime, por meio do aumento da repressão ao consumo de drogas. Em termos comparativos, deve ser lembrado que a partir da década de 60 houve um aumento considerável do consumo de drogas, principalmente psicodélicas, como o LSD e a maconha. Nos EUA, o uso de drogas ilícitas envolvia um componente de manifestação política, protesto e oposição à Guerra do Vietnã, que saiu dos guetos e alcançou a classe média. Eram novos tempos e sob o impacto da revolução nos costumes, os protestos estudantis e a oposição política, a juventude marcou uma posição divergente, e tudo convergiu à popularização das drogas. A reação do conservador governo americano foi a de impor um tratamento cada vez mais repressivo [...] (BOITEUX, 2006, p.145).

Reitera-se, portanto, que o proibicionismo não surtiu o efeito esperado e o produto desse modelo foi o aumento da procura e da oferta por esses produtos. O mercado das drogas passou para a esfera ilegal. Surgia nesse momento o narcotráfico.

A “guerra às drogas” então buscou novas estratégias de combate às substâncias psicoativas. Ainda com a meta de acabar com a produção, houve a expansão da atuação militar para além das fronteiras dos Estados Unidos, além do fortalecimento da polícia e do investimento em armamentos para combater os traficantes dos países andinos.

Essa política de guerra às drogas ampliou a influência dos Estados Unidos nos países latino-americanos através dos tratados e acordos a que aqueles países se submetem, os militares norte-americanos atuam nas regiões consideradas produtoras e os traficantes apreendidos são extraditados, dando ao país norte-americano o direito de julgá-los. Apesar de ter se mostrado ineficaz inúmeras vezes, o modelo é ainda vigente devido a forte influência dos Estados Unidos nos países produtores.

1.3 Psicoativos no Brasil

A legislação brasileira que trata das drogas segue as orientações internacionais. O país é comprometido a adotar determinadas posturas através dos acordos em convenções da ONU.

A análise, então, de qualquer política pública nacional sobre drogas está condicionada a forças articuladas, porém, com níveis de autonomia entre si: o proibicionismo multilateral assumido pela ONU através das convenções da área; o proibicionismo militarizado dos Estados Unidos, que contou com a própria hegemonia geopolítica e geoeconômica desse país; e os interesses e idéias de frações de classes hegemônicas no plano nacional (LIMA, 2010, p.123).

Historicamente no Brasil, a questão das drogas é tratada como uma questão policial, onde há pouca prevenção e muita repressão ao tráfico, e isso foi positivado através de decretos e leis principalmente do período da ditadura militar.

A partir da centralização do poder político na União com a implantação da Ditadura Militar (1964-1984), a associação entre drogas e segurança nacional pode ser encontrada, também, no texto constitucional de 1967. Cabia à União “organizar e manter a Polícia Federal com a finalidade de prover”, naquele momento, a ordem institucional no Brasil. Das quatro finalidades previstas à Polícia Federal, uma era exclusiva para o combate ao mercado ilícito das drogas controladas (LIMA, 2010, p.110).

Antes desse contexto histórico citado por Lima (2010), o usuário de substâncias psicotrópicas era visto sob o ponto de vista médico e não penal. Porém, com o advento da Ditadura Militar, essa concepção se modificou e no lugar do tratamento de saúde ao dependente veio a punição.

Houve uma mudança significativa na concepção do uso de drogas, segundo Boiteux (2006, p.142). O usuário foi equiparado ao traficante, isso gerou certa contestação de alguns profissionais da área, que se posicionaram contra o regime repressor e autoritário e levantaram questionamentos a respeito da prisão em flagrante do usuário. Mas o pensamento hegemônico da época foi em defesa da criminalização do usuário, acreditava-se que era uma maneira efetiva de combater o tráfico de drogas seguindo o caráter repressivo das orientações internacionais, sem levar em consideração as especificidades do país.

Essa absurda legislação que equiparou o usuário ao traficante era mais uma tentativa de aumentar o controle social sobre a população que contestava o regime, por meio do aumento da repressão ao consumo de drogas (BOITEUX, 2006. p.142).

Por não ser um país classificado como produtor e pelas relações mais estreitas com os EUA, não houve no Brasil a intervenção direta dos Estados Unidos assim como nos países vizinhos, mesmo estando inserido no contexto da ditadura militar. De acordo com Lima (2010, p.111), não houve intervenção direta porque “talvez, a posição brasileira (no período da ditadura militar) tenha demonstrado seu alinhamento “espontâneo” à proibição”.

Não se pode esquecer, também, que o tipo de Ditadura Militar vivido no país foi menos diretamente influenciado pelas forças militares estadunidenses, quando comparada às de outros países do continente, como Argentina e Uruguai, via pesquisas sobre a Operação Condor (LIMA, 2010, p.111).

Porém, devido a sua localização geográfica estar entre os principais produtores, o Brasil não deixou de sofrer as influências norte-americanas, tanto que, até os dias de hoje o Brasil recebe recursos dos EUA para o combate às drogas². Boiteux (p.152) resgata uma afirmação pública do presidente Richard Nixon, que tenta justificar o modelo repressivo e a intervenção norte-americana em outros

² Análises sobre a influência norte-americana nas políticas sobre drogas na América Latina podem ser encontradas em RODRIGUES (2012) e, particularmente no Brasil, em RODRIGUES (2002).

territórios, principalmente na América Latina, o presidente afirmou que as drogas eram o inimigo número 1 dos EUA, e o “inimigo externo”, segundo a autora, “estaria representado nas figuras dos traficantes latino-americanos”.

Ainda segundo Boiteux (2006, p.154), foi ao final dos anos 70 que o direito penal se consolidou como estratégia mais adequada de enfrentamento ao problema das drogas, mesmo se mostrando ineficaz. Foi também durante esse período que surgiram os primeiros questionamentos por parte da sociedade em relação a essa estratégia. Assim como aponta Lima (2010), “o Estado engendrava múltiplos mecanismos para manter a legitimação da ditadura, porém já limitada pela crise estrutural internacional do capital e, no cenário nacional, já recebendo os primeiros influxos críticos” (2010, p. 112).

No mesmo período, especificamente em 1976, quando a ditadura militar já estava em declínio e o poder dominante buscava legitimá-la, foi promulgada a Lei Nº 6.368 que tratava “sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica” (BRASIL, Lei Nº 6.368, de 21 de outubro de 1976).

No final da década de 1970, a ordem econômica e política da ditadura tornaram-se objeto de contestação pública de movimentos populares e sindicais. (...) Havia uma simetria entre o substrato conservador da formação social brasileira, o contexto político do regime militar e a “estrutura repressiva” prevista nas convenções internacionais para a resposta do Estado ao problema drogas. Esses nexos parecem ter sido consolidados no âmbito das políticas públicas de drogas no Brasil com o apoio do aparato jurídico emanado da Lei Nº 6.368 (LIMA, 2010 p.112).

Segundo Lima (2009), desde os anos 2000 o país vem reformulando sua legislação no trato das drogas. O proibicionismo tem causado muitos danos à população visto que a guerra às drogas tem provocado mais mortes do que a utilização da mesma.

A partir dos anos 2000, outras políticas públicas se colocaram no cenário nacional orientada por uma posição em defesa dos direitos humanos e da redução de danos, porém, sem constituir ainda hegemonia na área (LIMA, 2010, p. 118).

Porém, o autor ressalta que as reformas na legislação são sempre paliativas, elas amenizam, mas não rompem com o caráter criminalizador que é o proibicionismo, visto que a sociedade é ainda muito conservadora.

Apenas recentemente, no ano de 2006, a legislação que equiparava o usuário ao traficante foi modificada. Foi sancionada a Lei nº 11.343, que distingue o traficante, o usuário e o dependente, dando a eles penalizações diferentes. Assim como apontou Lima (2010), a sanção da lei representou um avanço significativo no trato da questão das drogas, mas assim como toda reforma, ela manteve a estrutura do modelo proibicionista, alterando apenas os aspectos superficiais.

Uma revisão legislativa nacional, como a que está em curso no Brasil, pelas próprias características da formação social brasileira, não irá irromper esse proibicionismo criminalizador, mas poderá avançar num caminho minorador da barbárie relacionada ao mercado ilícito e ao uso indevido dessas substâncias (LIMA, 2010, p.119).

A política de guerra às drogas adotada pelo Brasil causa maior impacto na população mais pobre que mora em áreas periféricas, que não possui meios de arcar com tratamentos para os dependentes e reside onde geralmente se concentram os mercados ilegais e conseqüentemente ocorrem conflitos constantes, seja por repressão do Estado ou entre traficantes pelo controle do comércio de drogas, o que alimenta a violência e a corrupção.

Parafrazeando a autora Boiteux (2009, p.196), o modelo proibicionista difundido pelos EUA é prejudicial à sociedade visto que reforça riscos aos usuários. Sendo um mercado ilegal não há qualquer tipo de regulamentação no comércio das drogas, o que leva não só à variação do preço de acordo com o fornecedor, mas também da qualidade, podendo acarretar em problemas de saúde, aumento considerável do número de overdoses e em conseqüência disso o aumento também dos custos da saúde para o tratamento dos dependentes.

Boiteux (2016, p.242) elenca que especificamente no Brasil, os impactos sociais são muito graves, se perpetuando na saúde pública, no sistema jurídico-constitucional, e principalmente na esfera sócio-econômica.

Já foi discutido que esse modelo alimenta a corrupção, logo o impacto desses custos para a saúde pública é muito pequeno – não para os usuários do SUS – em relação ao lucro gerado pelo comércio ilícito.

A maconha é uma das drogas mais vendidas, atrás apenas do álcool e do cigarro, e junto a outras drogas consideradas ilícitas movimentam a economia

nacional, sendo livre de impostos. Por isso é tão interessante manter o modelo proibicionista, visto que ele não é eficaz e apenas intensifica a questão das drogas gerando mais lucros para os envolvidos. Além disso, com a precariedade da saúde pública, muitas famílias buscam tratamentos na esfera privada, através de comunidades terapêuticas.

As dificuldades do tratamento para dependentes químicos em si, intensificadas muitas vezes pela falta de apoio de famílias desarticuladas, soma-se um sistema público de saúde particularmente desaparelhado para tratar a dependência química e as doenças mentais. Parte da explicação se deve ao país estar atravessando uma fase de transição para um novo modelo de tratamento, inaugurado com a reforma psiquiátrica de 2001. Para suprir essa carência, as comunidades terapêuticas, instituições privadas disseminadas por todo o mundo que oferecem especialmente tratamento para dependentes químicos, estão abrigando a maior parte dos pacientes em tratamento. O problema, nesse caso, é a falta de regulamentação dessa atividade e, também, de apoio público às entidades que realizam um trabalho em acordo com as mínimas diretrizes e padrões legais (SENADO, 2011).

As comunidades terapêuticas são instituições não governamentais que podem ter parte dos custos financiados pelo poder público. Para terem acesso ao apoio financeiro do Estado, essas comunidades devem se adequar às normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), além de seguir algumas diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

As comunidades terapêuticas surgiram como uma alternativa de tratamento para os dependentes químicos diante da inexistência de instituições públicas com essa finalidade. A perspectiva de tratamento disponibilizado por essas instituições vai variar conforme a subjetividade dos grupos que a administram.

No Brasil, as CT são geralmente sítios ou fazendas localizadas em zona rural, com a finalidade de receber indivíduos com problemas relacionados ao uso de drogas. Diferem em relação à metodologia empregada no tratamento da dependência química – em algumas prevalece o modelo religioso-espiritual, noutras a base é a atividade laboral, e ainda outras prevalece o modelo médico, assistencialista, ou com abordagem predominantemente psicológica, podendo haver uma mistura de abordagens (DAMAS, 2013, p.53).

É importante sinalizar que em muitas comunidades terapêuticas, essas abordagens não seguem os princípios defendidos pela reforma psiquiátrica, que

busca a promoção do convívio social e a desconstrução do estereótipo de sujeito perigoso, que tem como únicas alternativas de tratamento o isolamento e a abstinência.

A falta de regulamentação dessas instituições em conjunto com a falta de políticas de prevenção/tratamento que atendam a demanda da população, faz com que ações de vigilância e punição ganhem força, enfraquecendo o debate sobre o tema e alimentando o senso comum através do pânico disseminado na população, que associa grande parte dos problemas sociais vivenciados pela classe trabalhadora ao comércio e consumo das drogas, ignorando outros aspectos da realidade social.

Às causas da barbárie cotidiana experimentada pela classe trabalhadora empobrecida se atribui quase que exclusivamente a violência associada ao narcotráfico e, do ponto de vista dominante, ignora-se tanto o caráter violento e desumano da mercantilização da vida quanto o fato de esta ser uma forma necessária aos domínios da ordem do capital (BRITES, 2015, p.130).

De acordo com Brites (2016), a “guerra às drogas” no imaginário popular se tornou a melhor alternativa de enfrentamento ao problema da dependência e aos outros problemas sociais que são rotineiramente associados ao tráfico de drogas, mesmo que a história mostre o quão danoso o proibicionismo é para a população.

[...] no Brasil, a guerra às drogas tem legitimado a administração armada de territórios considerados perigosos, o extermínio da juventude pobre e negra e o crescimento exorbitante do encarceramento, afetando especialmente segmentos da classe trabalhadora empobrecida (BRITES, 2016, p.10).

No país não há interesse de investimentos na qualidade de vida da população, diferente dos outros países europeus que criaram políticas para amenizar os impactos do proibicionismo. Esse tipo de política não é o que predomina no Brasil, o que facilita o envolvimento de muitos jovens com drogas ilícitas, seja para o consumo ou para o comércio, e eles acabam servindo ao tráfico e perpetuando esse ciclo de corrupção e violência.

Brites, assim como outros pesquisadores e profissionais da saúde comprometidos com a defesa dos direitos humanos chamam a atenção para os reais interesses por trás da ideologia do proibicionismo,

[...] tal política serve muito mais à coerção, criminalização da pobreza e militarização da vida social do que efetivamente à perspectiva da saúde coletiva e de proteção integral à infância e à juventude. Desse modo, a ideologia proibicionista tem se mostrado extremamente funcional à legitimação da redução do Estado Social e da ampliação do Estado Penal (BRITES, 2016, p.10).

A repressão às drogas chega apenas aos varejistas e usuários, enquanto os que mais lucram com todo esse sistema são de certo modo “intocáveis”. Lima (2010 p.105) mostra através do seu trabalho de campo realizado no curso de extensão Políticas Públicas sobre drogas no Brasil: a lei e a prática, história recente³, de 2010, que a maioria dos relatos colhidos tratava-se de articulações entre tráfico, corrupção e forças para-militares que levavam trabalhadores desqualificados para o mercado formal a fim de explorar ainda mais a força de trabalho.

“- Eles são bucha para o tráfico!”, justifica uma secretária de Juiz. São descartáveis para o mercado formal de trabalho, mas ainda capazes de oferecer lucros a “patrões armados”, sobre os quais não incide qualquer pagamento de imposto previdenciário, administrativo, somente a destinação de parte da receita para o circuito do lucro e da corrupção (LIMA, 2010, P.106).

Quanto aos dependentes químicos, antes da reforma psiquiátrica, eram internados em clínicas e muitos lá permaneciam por longos períodos de abstinência, perdiam seus vínculos com a família e com a sociedade o que posteriormente dificultava sua reinserção. Degasperi (2013) aborda a questão dos manicômios tanto para pacientes psiquiátricos quanto dependentes químicos:

Neste contexto, no ano de 1978, ocorreu uma intensificação do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país, ocasião na qual o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) – formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas – passa a protagonizar e a construir a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e com isso começa a construir, coletivamente, uma crítica ao chamado ‘saber psiquiátrico’ e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. Esse movimento foi a base da Reforma Psiquiátrica no país, que trouxe como alternativa a experiência italiana de desinstitucionalização em psiquiatria e sua crítica radical ao manicômio (DEGASPERI, 2013, p.43).

³ *Políticas públicas sobre drogas no Brasil: a lei e a prática, história recente* foi um curso de extensão ministrado pela prof^a Gilberta Acselrad, em 2010, através do Laboratório de Políticas Públicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

No caso específico dos dependentes, o autor destaca que

Naquele período, a saúde pública brasileira reconhece que não vinha se ocupando devidamente com o problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas e que, assim, foi produzida, historicamente, uma importante lacuna, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência e associações religiosas (DEGASPERI, 2013, p.43).

Hoje embora ainda existam ranços de práticas conservadoras, sabe-se – e defende-se nesse trabalho – que esse modelo de tratamento não é eficaz, e que para a recuperação do dependente é importante a convivência e a colaboração da sociedade e da intervenção das instituições que nela atuam, e não somente da política de saúde, mas também educação, assistência e de mudanças culturais e sociais.

1.4 Psicoativos na adolescência

A partir da compreensão de como se conformam as relações do Estado brasileiro – influenciado por determinações internacionais – no que tange ao uso e abuso de drogas, é possível agora discutir um pouco acerca da presença das drogas na vida dos adolescentes.

Segundo as autoras Cavalcante, Barroso e Alves (2008) diversos estudos apontam a relação entre o consumo de álcool e outras drogas com fatores socioeconômicos e contexto familiar. A adolescência é a fase em que o jovem constrói sua individualidade e é nela também que as drogas se fazem mais presentes, por isso a necessidade de políticas de promoção à saúde voltadas para essa faixa etária.

Nessa fase, o conceito de interação grupal é perceptível, e o adolescente busca pertencer a um grupo com o qual se identifica. Este terá a capacidade de influenciar suas ações e fará com que adote atitudes as quais serão a prova de sua aceitação na “tribo”.[...] Justamente nesse período, em que o grupo de amigos atinge importância social principal, os conflitos familiares atingem o pico, fazendo com que os pais percam um pouco do seu poder de controle sobre os filhos, que buscam a imagem de adulto independente no grupo de amigos no qual estão inseridos, o que é uma tendência natural dos adolescentes. É principalmente nesse período de crise que as drogas entram em suas vidas (CAVALCANTE, BARROSO, ALVES, 2008, P.556).

A Lei Orgânica da Assistência determina que “a gestão das ações na área de assistência social fica organizada sob a forma de sistema descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social (Suas)” (BRASIL, 1993, p.4) composto pelo poder público e pela sociedade civil. Acontece que quando o poder público não dá o suporte necessário à sociedade civil, a mesma fica por conta dos seus integrantes e nesse contexto, as famílias, ficam com toda responsabilidade por seus membros.

A família, pelo papel de inserir seus membros na cultura e ser instituidora das relações primárias, influencia a forma como o adolescente reage à ampla oferta de droga na sociedade atual. Relações familiares saudáveis desde o nascimento da criança servem como fator de proteção para toda a vida e, de forma muito particular, para o adolescente (MINAYO, SCHENKER, 2005, p.708).

Nessa etapa da vida o papel da família é muito importante, mas ela pode funcionar tanto como proteção quanto como fator de risco, já que quando os pais fazem uso de substâncias químicas, o risco dos filhos usarem também pode aumentar. No entanto, é importante destacar que esse risco não é uma consequência necessária. De acordo com Minayo e Schenker (2005):

O vínculo e a interação familiar saudável servem de base para o desenvolvimento pleno das potencialidades das crianças e dos adolescentes. Inúmeros estudos mostram que os padrões de relação familiar, a atitude e o comportamento dos pais e irmãos são modelos importantes para os adolescentes, inclusive no caso do uso de drogas. Tec (1974) descobriu que uma interação familiar gratificante é um forte fator protetor, mesmo no caso dos pais adictos, quando esses são capazes de prover um contexto amoroso, afetuoso e de cuidados (MINAYO. SCHENKER, 2005, p. 713).

Existem alguns fatores que contribuem com a dependência química e entre eles se encontram as questões subjetivas (insegurança, aceitação, ansiedade) e sociais (questões socioeconômicas, culturais). Paulino e Jeolás (2000) defendem, apoiadas no pensamento de Douglas (1994) que:

Mesmo considerando as diferentes maneiras de ser jovem – diferenças de classe, regionais, religiosas, de grupo – eles compartilham, de modo geral, a ansiedade de viver um momento de passagem, de uma etapa da vida à outra, ou de um status social a outro, muitas vezes com exigências pouco definidas ou com demandas difíceis de serem cumpridas em relação à família, ao trabalho, ao consumo e ao lazer. Potencializam-se, desta forma, inseguranças e ansiedades, próprias deste momento intermediário de

mudança, quando se faz presente, de maneira profunda, a ansiedade em relação ao risco. (DOUGLAS, 1994. Apud PAULINO, JEOLÁS, 2000, p.45).

É importante ressaltar que algumas pessoas experimentam psicoativos e não se tornam dependentes dessas substâncias. Em todo caso, a prevenção é o modo mais eficaz de conduzir o trato da questão, pois significa se antecipar ao que pode virar um problema. Buscar estratégias de enfrentamento à dependência química que englobam a disseminação de informações a respeito dos efeitos e impactos gerados pelo uso de psicoativos a médio e longo prazo, além de investimentos em estratégias de redução de danos para as pessoas que já fazem uso, significa respeitar as escolhas e a liberdade de cada um. Acontece que com o modelo proibicionista predominante, não há muitos investimentos em prevenção, como aponta Boiteux:

A prevenção sempre foi deixada de lado pelos proibicionistas, que davam prioridade máxima, inclusive em termos de investimentos, à engrenagem repressiva. Foi preciso que uma panepidemia de AIDS assolasse o planeta para que se começasse a pensar mais seriamente em prevenção e redução de danos, e visualizassem os sérios riscos a que estavam submetidos os usuários de drogas na clandestinidade. (BOITEUX, 2006. p.197)

Apesar do problema da dependência química ou experimentação não fazer diferenciação de classe social, são os jovens pertencentes à classe trabalhadora os mais vulneráveis a essa questão. Levando em consideração o fato de o Estado investir mais na repressão do comércio da droga do que na prevenção do uso, os jovens que moram em áreas periféricas onde se agrupam os pontos de venda de drogas ficam mais expostos à guerra às drogas, tornam-se suspeitos, pois convivem naquele meio e muitas vezes são “recrutados” para servirem de mão de obra para o tráfico.

O desemprego estrutural que assola o país apenas contribui com esse ciclo. Muitos jovens encontram dificuldades de competirem por vagas no mercado de trabalho formal e vislumbram no tráfico de drogas a oportunidade de um salário superior ao do mercado e, apesar do risco que correm diariamente, arriscam a vida nesse meio.

O salário pago aos “soldados do tráfico”, que exercem funções desde “soltadores” de foguetes a gerentes da boca, passando pelos “aviões”, são os mais altos do mercado para quem não tem estudo ou profissão, apesar

dos riscos inerentes à atividade ilícita, e da violência, que atinge especialmente os jovens. A situação dos menores de idade que são cooptados pelo tráfico nas favelas e periferias, sem que o Estado adote políticas sociais eficientes, reflete outro efeito perverso da política de drogas no modelo proibicionista: a marginalização dos jovens favelados e sua inserção no mercado ilícito de drogas, onde morrem cedo. Os meninos pobres ocupam papéis menores no tráfico, mas não menos importantes, pois transportam armas e drogas para os adultos, e ainda servem de “olheiros” para informar sobre a aproximação da polícia (BOITEUX, 2006. p.202).

Não está se afirmando aqui que a pobreza necessariamente leva à criminalidade, a questão tratada é que a falta de perspectivas, somada à grande exposição ao tráfico, pode colaborar para que haja maior aproximação com o mesmo.

Boiteux (2006), aponta que a situação econômico-social do Brasil cria condições favoráveis à manutenção dos mercados ilícitos, que vão desde o comércio de drogas até a lavagem de dinheiro, atravessando o comércio de armas e gerando lucros também com a venda de “segurança” para a população, como é no caso das milícias.

A mesma autora também aponta que a partir da década de 90 no Rio de Janeiro, a prisão dos antigos chefes do tráfico abriu espaço para traficantes cada vez mais jovens assumirem o lugar de líderes, além de destacar que o mercado tornou-se mais violento.

A reduzida idade dos traficantes, as disputas violentas pelos “territórios comerciais”, além da instável organização interna das facções, que passaram a brigar entre si, sem acordos de divisão do mercado, somada à repressiva e corrupta intervenção policial, foram fatores que contribuíram para o aumento da violência decorrente do tráfico de drogas no Rio de Janeiro nas últimas décadas (BOITEUX, 2006. p.209).

Especificamente no Rio de Janeiro, o tráfico conta com a localização das favelas. Essas áreas onde o Estado é ainda mais ausente são propícias para o fortalecimento do comércio de drogas,

(...) além de se situarem próximas das zonas de consumo, onde vivem os usuários de poder aquisitivo mais alto. Outro incentivo é a ampla disponibilidade de recrutamento da mão de obra de jovens excluídos do mercado de trabalho formal, feito na própria favela (BOITEUX, 2006, p.210).

Esses fatores fazem dos jovens das classes mais baixas o grupo mais exposto aos impactos do mercado ilícito das drogas. Mesmo não tendo nenhum tipo de envolvimento com o comércio, estando eles inseridos naquele local e sendo

residentes de áreas periféricas, estão à mercê das ordens de traficantes ou sendo aliciados para servirem de mão-de-obra e constantemente expostos a situações de violência.

Por isso é tão importante não só a implementação de políticas de prevenção – já que a prática da repressão não impediu o comércio e o consumo das drogas e gera mais impactos negativos do que benefícios à população – mas também da ampliação de oportunidades para os jovens, através do acesso à educação, capacitação, cultura, esporte e ao lazer.

Os autores Barroso, Vieira e Varela são claros ao acentuar a necessidade de elaboração e, principalmente, implementação de programas que visem à promoção da saúde e à prevenção de danos aos adolescentes, que enfoquem a detecção precoce de fatores de risco para o uso/abuso de drogas lícitas e ilícitas, e viabilizem o acesso dos adolescentes aos serviços de saúde e à informação (...) procurando sempre envolver não só o adolescente, como também a sociedade de sua pertença, como família, escola, os parceiros, pais e amigos. Nesse sentido, políticas públicas são desenvolvidas para o adolescente, garantindo seu acesso às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, atenções a agravos e doenças, e reabilitação, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (CAVALCANTE, BARROSO, ALVES, 2008, p.558).

É a partir dessa compreensão que o presente trabalho procura apresentar as políticas de prevenção e cuidados em relação ao uso e abuso de drogas por adolescentes que são desenvolvidas em Rio das Ostras. É necessário compreender as especificidades dessa faixa etária para buscar formas de enfrentamento aos fatores de risco a que eles estão expostos e que podem facilitar o seu acesso às substâncias psicoativas, sejam elas lícitas ou ilícitas.

A fim de garantir a proteção e a saúde dessa geração, faz-se necessário conhecer tais políticas, reconhecer seus limites e investir naqueles aspectos que ainda não foram desenvolvidos.

CAPÍTULO 2 – POLÍTICAS SOCIAIS: GÊNESE E PARTICULARIDADE DAS POLÍTICAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Para chegar ao objeto desse estudo – que são as políticas de prevenção ao uso de psicoativos por crianças e adolescentes – é necessário compreender o que são políticas sociais e como sua construção, sob a ótica de diferentes perspectivas e embates ideológicos, se reflete no cotidiano da classe trabalhadora, constituída por aqueles que mais precisam dessas políticas.

Nesse capítulo será feita uma análise da construção das políticas sociais e suas contradições, demonstrando através do seu histórico que essas políticas servem para manter a ordem vigente, através da oferta de serviços compensatórios, focalizados e precários para a classe trabalhadora.

No que tange aos psicoativos, são políticas ineficazes quando têm como foco a repressão à produção e ao comércio das substâncias ilícitas. Em contrapartida a essa perspectiva proibicionista, após o movimento de reforma sanitária, surge no Brasil a estratégia de Redução de Danos, gerando novas formas de intervenção no cotidiano do usuário, que promovem o convívio e o respeito à liberdade e autonomia dos usuários.

Sobre as políticas para crianças e adolescentes no Brasil, podem-se observar três momentos distintos: Seu surgimento estava atrelado à Igreja, e a proteção às crianças chegava através da filantropia; em um segundo momento, a caridade deu lugar ao Código de Menores, implementado no período da Ditadura Militar; e, por último, a proteção para crianças e adolescentes passou a ser norteadada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.

2.1 Histórico das Políticas Sociais no Brasil

De acordo com Degaspari (2013) as políticas sociais são construções sócio-históricas que funcionam de forma contraditória, são atravessadas por posições políticas e ideológicas que permeiam a sociedade e o Estado, sofrendo avanços e retrocessos.

Segundo as autoras Behring e Boschetti (2008) não se pode definir com exatidão o momento da gênese das políticas sociais, mas sabe-se que seu surgimento está atrelado ao período que antecede a revolução industrial nos países europeus. É importante ressaltar que essas políticas só foram positivadas após muitas lutas da classe trabalhadora e do desenvolvimento da intervenção estatal. Anteriormente havia algumas iniciativas de cunho assistencialista, mas também regadas com caráter repressor e coercitivo.

As políticas sociais tinham a função primordial de manter a ordem social e não de proteger a população.

As sociedades pré-capitalistas não privilegiavam as forças de mercado e assumiam algumas responsabilidades sociais, não com o fim de garantir o bem comum, mas com intuito de manter a ordem social e punir a vagabundagem. Ao lado da caridade privada e de ações filantrópicas, algumas iniciativas pontuais com características assistenciais são identificadas como protoformas de políticas sociais. (BEHRING. BOSCHETTI, 2008, p.47)

A Lei dos Pobres, de 1601, foi a primeira lei assistencialista, surgiu na Inglaterra como resposta ao problema causado pela migração dos trabalhadores do campo para as cidades. Nem todos os trabalhadores conseguiam se inserir no mercado de trabalho e isso fazia crescer o número de moradores de rua. O parlamento inglês utilizava então os religiosos para fiscalizar os pobres, com o intuito de instruí-los quanto ao trabalho e também à religião. A igreja tinha a responsabilidade de suprir as necessidades daquela parcela da população, utilizando um fundo monetário, e posteriormente, aquelas pessoas passavam a trabalhar para o Estado ou para a própria Igreja. De certa forma havia um discurso que persuadia os trabalhadores a aceitarem qualquer tipo de trabalho com o intuito de não permanecerem “desocupados”, mesmo que esse trabalho fosse precarizado e sem as mínimas condições.

Para entender melhor sobre as particularidades das políticas sociais no Brasil é preciso entender o processo de formação da sociedade desde a colonização brasileira. As obras do historiador Caio Prado Jr. trazem elementos importantes para compreender esse processo. De acordo com o autor (PRADO, 1991 apud BEHRING. BOSCHETTI. 2008), o processo de colonização brasileira serviu

principalmente para acumulação de capital para os países centrais. Desde então, apesar de algumas modificações, essa tendência permaneceu, e o Brasil seguiu dependente do mercado mundial. A economia brasileira se organiza para servir a economia mundial, aos países chamados “desenvolvidos”, logo a sociedade brasileira cresce de acordo com os interesses de outros países. Prado Jr. Ainda aponta a questão do escravismo no Brasil, cuja herança foi o acirramento do desenvolvimento desigual. O período também marcou subjetivamente a sociedade, que carrega consigo, desde então, muitos valores mistificados em relação à cultura, à estética, às condições de trabalho e às relações sociais.

Baseadas nas ideias de Fernandes (1987), Behring e Boschetti apontam que no processo de consolidação do capitalismo no Brasil foi necessária a “ruptura com a homogeneidade da aristocracia agrária, ao lado do surgimento de novos agentes econômicos sob a pressão da divisão do trabalho, na direção da construção de uma nova sociedade nacional” (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p.73). Essa ruptura pode ser enquadrada no que Gramsci chama de Revolução Passiva, pois a mesma se deu através da burguesia, sem a participação das massas populares e, portanto sem o interesse em defender os direitos de todos os cidadãos. A Independência ocorrida no Brasil, influenciada pela Revolução Francesa, era contraditória, pois seu discurso liberal não era compatível com o clientelismo e o escravismos vigente naquele contexto histórico.

A ruptura gerou mudanças significativas, pois o poder passou a ser exercido pela elite do país, mas os componentes conservadores permaneceram presentes a fim de preservar a ordem social. A igualdade que o liberalismo permitia só alcançava a classe dominante, que foi de acordo com os interesses do capital internacional, ou seja, o Brasil permaneceu dependente. O Estado nesse processo, já servia aos interesses particulares de determinada classe.

O Estado brasileiro nasceu sob o signo de forte ambigüidade entre um liberalismo formal como fundamento e o patrimonialismo como prática no sentido da garantia de privilégios das classes dominantes. O desenvolvimento da política social entre nós, como se verá, acompanha aquelas fricções e dissonâncias e a dinâmica própria da conformação do Estado (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p.75).

O capitalismo foi estruturado através da adaptação da sociedade ao poder político exercido de dentro do Brasil e uma economia baseada em produzir para fora, estando sujeita aos interesses econômicos externos.

Assim, os interesses externos e internos convergiam e alimentavam uma dimensão autocrática do exercício do poder político. Se as diferenciações intra-elites foram acomodadas e toleradas, quaisquer manifestações dos de baixo, mesmo por um espaço político dentro da ordem, eram vistas como desafios insuportáveis (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p.78)

O surgimento das políticas sociais no Brasil não acompanha o dos países centrais – já que cada país possui determinantes específicos que configuram sua história e sociedade – e assim como a maioria dos processos, este também se deu de forma tardia.

A questão social já existente num país de natureza capitalista, com manifestações objetivas de pauperismo e iniquidade, em especial após o fim da escravidão e com imensa dificuldade de incorporação dos escravos libertos no mundo do trabalho, só se colocou como questão política a partir da primeira década do século XX, com as primeiras lutas de trabalhadores e as primeiras iniciativas de legislação voltadas ao mundo do trabalho. É interessante notar que a criação dos direitos sociais no Brasil resulta da luta de classes e expressa a correlação de forças predominante (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p.78).

As autoras apontam para o fato de que as políticas sociais servem também para legitimar a ordem vigente, o que pôde ser observado no período da ditadura militar, quando as políticas foram ampliadas. Além disso, essas políticas são instáveis, apesar de estarem positivadas, a lei não garante a sua implementação, e essas leis podem variar de acordo com o contexto político.

Se a política social tem relação com a luta de classes, e considerando que o trabalho no Brasil, apesar de importantes momentos de radicalização, esteve atravessado pelas marcas do escravismo, pela informalidade e pela fragmentação/cooptação, e que as classes dominantes nunca tiveram compromissos democráticos e redistributivos, tem-se um cenário complexo para as lutas em defesa dos direitos de cidadania, que envolvem a constituição da política social (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p.79).

Behring e Boschetti listam algumas medidas, anteriores à década de 1930, que colaboram para pensar as políticas sociais atualmente. Em 1888 houve a criação de uma caixa de ajuda para a burocracia pública, em 1889 ferroviários e funcionários da imprensa conseguiram ter direito a pensão e férias. Em 1891 veio a

primeira legislação para a assistência às crianças, referindo-se ao trabalho infantil, que não foi efetivada.

Com a passagem para o século XX, chegaram muitos imigrantes europeus no Brasil e influenciados por pensamentos socialistas e anarquistas, que deram gás ao proletariado. Surgiram sindicatos e a classe trabalhadora se fortaleceu. Reivindicavam a redução da jornada de trabalho – que apesar de ter sido positivada não foi colocada em prática – e a regulamentação de questões referentes a acidentes de trabalho. Entre outros marcos, destaca-se a aprovação da lei Eloy Chaves, garantindo aposentadoria e pensão para categorias estratégicas, aquelas cuja força de trabalho eram fundamentais para a expansão da economia nacional.

Em 1927 surgiu o Código de Menores, que tinha como orientação a punição de jovens considerados delinqüentes, Behring e Boschetti apontam que “apesar dos objetivos declarados de proteção a esse segmento, pela ausência de financiamento e pela cultura da época, prevaleceram a coerção e os maus-tratos aos jovens pobres e delinquentes” (2008, p.108).

Até a década de 90 a perspectiva punitiva regia as políticas para crianças e adolescentes, havia a visão higienista somada à jurídica repressiva e de cunho moral. Apesar do caráter coercitivo essa legislação regulamentou a questão do trabalho infantil, proibindo o trabalho para menores de 12 anos. A partir de 1990, essa perspectiva foi alterada com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Em síntese, Perez e Passoni (2010) destacam que no século XX, o Brasil passou por três momentos de alterações estruturais que rebateram na legislação, são eles:

O Estado Novo, caracterizado pelo autoritarismo populista de Getúlio Vargas (1930 a 1945); a ditadura militar e o retrocesso dos precários direitos políticos e civis, (1964 a 1985), e o período de redemocratização, a partir de 1985 (Carvalho, 2004; Nepp, 1991), culminando na Constituição de 1988 e no reconhecimento dos direitos constitutivos de cidadania para todos os brasileiros (PEREZ, PASSONI, 2010, p. 650)

Conforme os interesses externos, o Brasil segue a orientação do Banco Mundial - instituição financeira internacional de grande serventia na disseminação da lógica burguesa e de expansão do capitalismo - de um Estado pleno para contribuir

com a economia e mínimo para as políticas sociais. A descentralização é também um mecanismo que faz parte desse processo.

Na década de 90, o país passou pelo Programa de Publicização no período de “Reforma do Estado” – muito bem caracterizada por Behring como uma contrarreforma, o que fez com que, além de focalizadas, as políticas sociais se tornassem mais precárias e despolitizadas.

Outro aspecto de destaque na “reforma” do Estado foi o Programa de Publicização, que se expressou na criação das agências executivas e das organizações sociais, bem como da regulamentação do terceiro setor para a execução de políticas públicas. Esta última estabeleceu um Termo de parceria com ONGs e Instituições filantrópicas para a implementação das políticas. A essa nova arquitetura institucional na área social – sempre ignorando o conceito constitucional de seguridade – se combinou o serviço voluntário, o qual desprofissionalizava a intervenção nessas áreas remetendo-as ao mundo da solidariedade (...) (BEHRING, BOSCHETTI, 2008, p.154).

É nesse contexto histórico e social no Brasil que se começa a pensar criticamente sobre a Política de Drogas vigente, segundo Brites:

Assim, é somente em finais dos anos 1990 e início dos anos 2000 que o debate crítico sobre a Política de Drogas no Brasil ganha certa visibilidade e passa a ser considerado nos textos oficiais das políticas de saúde e de drogas. No entanto, essa herança progressista encontra um contexto bastante adverso para seu aprofundamento e consolidação no âmbito da política de drogas, pois se depara com a contrarreforma do Estado, com a drástica redução de investimentos nas políticas sociais, frutos da implementação do receituário neoliberal entre nós (BRITES, 2015, p.124).

De acordo com a autora Rodrigues (2007, p.1), existem atualmente no Brasil duas políticas referentes ao trato do álcool e outras drogas. A primeira é a Política Nacional Antidrogas, ligada ao Gabinete de Segurança Institucional e a segunda é a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, vinculada ao Ministério da Saúde; Além dessas políticas existe também a Lei Federal 11.343, de 2006, que cria o SISNAD.

Seguindo as orientações neoliberais, que sugerem a descentralização das responsabilidades entre as esferas do governo – federal, estadual e municipal - e instituições privadas, o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD,

Orienta-se pelo princípio básico da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, adotando como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre Governo, iniciativa privada e cidadãos – considerados individualmente ou em suas livres associações (BRASIL, 2001, p. 8).

A Política Nacional Antidrogas, a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e o SISNAD são marcos importantes no histórico das políticas sobre drogas, visto que possuem uma percepção mais real em relação aos psicotrópicos, mesmo não rompendo com o proibicionismo.

Esses três instrumentos balizam os marcos políticos e legais da atual Política de Drogas brasileira e, embora com ênfases diferenciadas, são unânimes no reconhecimento de que o uso de drogas é socialmente determinado, na valorização da abordagem interdisciplinar, na incorporação da perspectiva de redução de danos, no respeito aos direitos humanos e na defesa do direito à saúde (BRITES, 2015, p.123).

Apesar do reconhecimento mencionado, a perspectiva de redução de danos e medidas de prevenção ao uso de drogas não tem tanto financiamento quanto o que é destinado à política de repressão, pois já foi visto que o narcotráfico é mais interessante para a economia. Além disso, a repressão em locais estratégicos é legitimada pela própria população, influenciada por meios de comunicação que disseminam discursos burgueses e conservadores.

A reprodução da cultura do medo na atualidade, embora não de forma exclusiva, deve muito à ideologia do proibicionismo, uma vez que tal ideologia alimenta a ideia de um inimigo que perturba a “ordem social e democrática”, e como tal, pela lógica conservadora, deve ser eliminado. A produção ideológica de inimigos (internos e externos) é uma estratégia recorrente de controle e dominação no interior da sociabilidade burguesa. Desse modo, não é casual que a ideologia do proibicionismo tenha se fortalecido num contexto de arrefecimento da “ameaça comunista”, muda-se o inimigo, mas preserva-se o poder das armas (BRITES, 2015, p.130).

Em síntese, as iniciativas do governo com a finalidade de reduzir os riscos associados ao uso abusivo de psicotrópicos são vinculadas a ações da segurança pública - principalmente através da repressão ao tráfico - e com menor ênfase a políticas de saúde, assistência social e educação, atuando no tratamento dos dependentes químicos e prevenção ao uso de drogas através da informação. Segundo Brites (2016),

No âmbito das políticas sociais, a saúde é a que mais avançou na garantia dos direitos das/os usuárias/os de psicoativos, reconhecendo a complexidade e as determinações sociais que incidem sobre o fenômeno, a condição de cidadania e dos direitos humanos das/os consumidoras/es de psicoativos. Direitos que resultaram da luta pela democratização da saúde e que estão promulgados nas Legislações do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica (BRITES, 2016, p.12).

A pesquisadora também destaca que a Política de Atenção Integral à Saúde das/os Usuárias/os de Álcool e outras Drogas (2003), o Decreto 7.508/2011, que fala sobre a organização do SUS, e a Portaria 3.088 de 2011, que fala sobre a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do SUS, são referências tanto para as ações de saúde desenvolvidas para os usuários quanto como para orientar intervenções nas demais políticas sociais.

Para se pensar sobre as políticas específicas sobre psicotrópicos direcionadas às crianças e aos adolescentes na atualidade é necessário resgatar alguns fatores históricos sobre a construção das políticas para esse público. Os autores Perez e Passoni (2010) levantam alguns dados a respeito das políticas, voltadas para esse segmento, que vigoraram até o início do século XX:

Historicamente, as concepções teóricas e ações sociais voltadas à infância sempre foram conflituosas. De um lado os que privilegiam ações de violência, punição e repressão. Essa parte da história no Brasil foi impiedosa e pode ser demarcada por fases características: na colonização, com a aculturação imposta às crianças indígenas pelos jesuítas; a segregação e a discriminação racial na adoção dos “enfeitados”, no período imperial; o infanticídio disfarçado pela Roda dos Expostos e pela exploração do trabalho de crianças no mundo fabril, no fim do século XIX e início do XX (Pilotti, Rizzini, 1995; Rizzini, 1997, 2000) De outro, os que privilegiam a educação e a assistência, defendendo estratégias que conferem direitos de cidadania e direitos específicos à infância e adolescência (Passone, 2007) (PEREZ, PASSONI, 2010, p.653).

Faleiros (2005) destaca que se desenvolveram algumas vertentes no processo de construção das políticas sociais que tratavam da infância e da juventude. O cuidado era diferenciado para as crianças e adolescentes da classe dominante. Para a elite houve a ampliação do acesso à educação e à qualificação profissional para postos de comando, além do incentivo ao desenvolvimento intelectual, enquanto que para os pobres criaram-se orfanatos, casas de correção e qualificação para postos inferiores de trabalho, sem chances de ascensão e onde as oportunidades de entender sobre a realidade social eram praticamente nulas, visto

que o objetivo era o de preparar o jovem pobre para manter suas necessidades mais básicas e nada mais.

A política social, assim como nos dias de hoje, se ajustava e refletia as contradições de classes presentes na sociedade. Preconizava-se a inserção do jovem das classes empobrecidas no mercado de trabalho, sendo este formal ou não. O acesso à educação era um dever dos pais, o Estado não tinha essa responsabilidade com as crianças. O desenvolvimento infantil cabia à esfera privada, sendo assim os pais da classe trabalhadora que possuía menos recursos para suprir até mesmo as necessidades mais básicas, não tinham condições de garantir o desenvolvimento pleno dos seus filhos. A política social seguia favorecendo os mais ricos, enquanto os mais pobres eram culpabilizados pela “situação irregular” em que viviam.

Nos primeiros anos da República a questão da criança e do adolescente passou a ser considerada uma questão de higiene pública e de ordem social, para se consolidar o projeto de nação forte, saudável, ordeira e progressista (Ordem e Progresso). [...] O conceito-chave que foi se consolidando ao longo do século XX na formulação de direitos e políticas no âmbito da infância foi o de situação irregular. Por situação irregular compreendia-se a privação das condições de subsistência, de saúde e de instrução, por omissão dos pais ou responsáveis, além da situação de maus-tratos e castigos, de perigo moral, de falta de assistência legal, de desvio de conduta por desadaptação familiar ou comunitária, e de autoria de infração penal. A pobreza era, assim, situação irregular, ou seja, uma exceção (FALEIROS, 2005, p.172).

Faleiros explica que essa percepção era a mesma vista no Código de Menores (1927), onde ser pobre era considerado uma falha das pessoas. Quando se encontravam em outras situações de vulnerabilidade, a população empobrecida era culpabilizada. O termo menor era empregado para se referir a crianças e adolescentes considerados criminosos e delinqüentes que deveriam ser recuperados.

Para os pobres – em situação irregular ou em risco – dever-se-ia ter uma atitude assistencial, e para os considerados perigosos ou delinqüentes – que punham em risco a sociedade – dever-se-ia ter uma atitude de repressão. A lei previa que os juízes decidissem os destinos da criança, fosse sua internação, ou pela sua colocação em família substituta, adoção, ou ainda pela punição de pais e responsáveis. Enfim, aos juízes cabia impor a ordem social dominante (FALEIROS, 2005, p.172).

Segundo Faleiros (2005), essas políticas eram executadas tanto pelo Serviço de Assistência aos Menores (SAM), quanto pela Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), criados em 1941 e 1964 respectivamente. Vinculados à saúde também havia políticas voltadas à proteção da maternidade e da infância, articuladas pelo Departamento Nacional da Criança (DNCr). Posteriormente, foram criadas as Fundações Estaduais do Bem Estar do Menor (FEBEM), sob a direção da FUNABEM. A autarquia tinha como função prevenir a marginalização dos jovens e correção dos já considerados marginais – aqueles que não se enquadravam no padrão moral e social aceitável à classe dominante . A correção se dava através da aplicação de medidas socioeducativas e internação. O SAM, na década de 60, passou a ser visto como “Universidade do Crime” devido às suas ações que mais desumanizavam os jovens do que recuperavam, por isso houve a necessidade da criação da FUNABEM (1964), com o objetivo de centralizar a política de bem estar ao menor.

Observando a criação dessas instituições de correção é possível perceber que os jovens eram culpabilizados pelas diversas situações de risco e vulnerabilidade em que se encontravam, enquanto o Estado não se responsabilizava pelos problemas sociais que ocasionavam tais condições de vida das crianças e adolescentes.

Para além da assistência, diversas áreas desenvolveram políticas voltadas às crianças e aos adolescentes. Fazendo um resgate histórico um pouco mais profundo, pode-se afirmar que na saúde destaca-se a criação, em 1934, da Inspeção de Higiene Infantil, indo de acordo com a perspectiva higienista, que em 1937 passou a se chamar Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância.

Em relação ao trabalho, desde o início da República, a questão do trabalho infantil foi foco de muitas discussões até a sua proibição legal e a instauração de um limite de idade. O trabalho infantil não foi erradicado mesmo após a regulamentação, visto que o controle se deu apenas em relação à carga horária e à idade da criança.

Em 1953 foi criado o Ministério da Educação e a Lei de Diretrizes e Bases da educação, aprovada em 1960. A partir da referida lei, os estudantes mais pobres se tornaram o foco de políticas de assistência. A legislação determinou que cabia ao Estado a responsabilidade de garantir os meios para que as crianças pudessem

freqüentar a escola e previa também a punição dos pais que não matriculassem as crianças nas unidades. No entanto, a lei era contraditória, visto que, o Estado não cumpria as determinações e conseqüentemente, muitos dos pais se encontravam em situação de pobreza. Sendo comprovada a condição em que a família se encontrava e/ou a insuficiência de escolas, a lei não “obrigava” a criança pobre a estudar, o que garantia a manutenção da ordem vigente e do pauperismo.

Nesse contexto, pode-se observar que a política para a infância pobre se articula ao processo de desenvolvimento capitalista, inserindo-se na heterogeneidade econômica das várias formas de produção, mantendo a divisão social de classes, a desigualdade e a política de disponibilidade de mão-de-obra. Apesar das iniciativas de fundação do Serviço Social da Indústria (Sesi), do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai) e do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac) no segundo pós-guerra, o empresariado brasileiro não se engajou na defesa de uma política de formação profissional sistemática e universal, em vista da possibilidade de contar com uma reserva do trabalhador desgastado. Os proprietários rurais também se aproveitaram da mão de obra familiar – oriunda em parte da escravidão –, com exploração sistemática da mão-de-obra infanto-juvenil (FALEIROS, 2005, p.174).

A ampliação do acesso à educação no final do século XX foi um fator muito importante para a redução do trabalho infantil principalmente nas áreas urbanas, através de bolsas e programas voltados às famílias mais pobres para que elas tivessem condições de manter as crianças na escola. Porém, em outras áreas mais precárias a mão de obra das crianças continuou sendo utilizada.

O desemprego estrutural e a necessidade de prolongamento de anos de estudo para efeitos de competitividade e produtividade têm acarretado uma diminuição do trabalho de crianças e adolescentes. Contudo, o desemprego e a desigualdade brutal existentes no país ainda mantêm no trabalho grandes contingentes de crianças e adolescentes, sobretudo nas zonas rurais e no Nordeste (FALEIROS, 2005, p.175).

É importante considerar que, apesar da ampliação do acesso à educação, as crianças menos favorecidas tendem a ter mais dificuldades durante o processo de aprendizagem, tanto devido à qualidade do ensino público quanto à falta de estímulos em relação às crianças da classe dominante, que têm muito mais acesso à informação e a formas de desenvolvimento das suas capacidades cognitivas. Além de outros inúmeros fatores como a má alimentação, falta de incentivo familiar, falta de transporte, entre outros que dificultam esse processo e podem levar à evasão escolar.

Foi apenas a partir da Convenção de 1989 que as crianças passaram a ser compreendidas como sujeitos de direitos, que também deveriam ser ouvidos. De acordo com Faleiros (2005),

Somente no século XX, a Convenção dos Direitos da Criança, de 20 de novembro de 1989, proclamou solenemente que crianças são sujeitos de direitos. Anteriormente, no pós-guerra, a Organização das Nações Unidas (ONU) havia apenas preconizado cuidados e assistência especial para crianças, tendo criado o Unicef em 1946. No Pacto Social dos Direitos Civis e Políticos da ONU, que entrou em vigor em 1976, são assegurados os direitos das crianças, mas em casos de dissolução da família e/ou de discriminação (FALEIROS, 2005, P.171).

Devido à Convenção dos Direitos da Criança, foi promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil, em 1990.

Com a consolidação do ECA e a democratização do Estado, além da mudança em relação à percepção da infância e da adolescência, houve também a mobilização popular que propiciou a criação e a implementação de novas políticas de proteção, além da articulação entre as instituições a fim de garantir o desenvolvimento pleno das crianças, através dos seus direitos fundamentais garantidos na Constituição de 1988.

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, e exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 2013, p.9).

Segundo Faleiros (2005) foi criado um sistema de garantia de direitos através da articulação entre “conselhos, promotorias, varas da infância, defensorias, delegacias, SOS, e núcleos de assistência e atendimento” (p.174).

Uma nova percepção de infância e adolescência deu origem a uma nova organização de políticas públicas voltadas a esse público.

Na esfera do poder executivo foram desenvolvidos e implementados programas para aplicação de medidas protetivas e socioeducativas garantidas pelo ECA. Porém, no trato do adolescente infrator ainda há resquícios das políticas de repressão aplicadas anteriormente, o que as torna ineficientes em muitas ocasiões. Faleiros aponta que os estabelecimentos educacionais onde os adolescentes são internados provisoriamente ainda seguem alguns moldes das antigas FEBEM. Segundo o autor, as constantes rebeliões e mortes são o reflexo da repressão. Em

resposta, grande parcela da população defende projetos de lei que propõem mais repressão, seja através do aumento da penalização ou a diminuição da maioridade penal.

O ECA aborda diversas questões para garantir uma vida digna às crianças e adolescentes. O Estatuto fala sobre o direito à vida, à saúde, à educação, à convivência familiar e comunitária, à liberdade, respeito e dignidade, entre outros que juntos compõem a rede de proteção integral à criança e ao adolescente.

As autoras Berwig, Benevides e Daniel (2014) elaboraram uma tabela para expor as principais ações de diferentes políticas públicas preconizadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente:

| Política pública | Onde | Ação | Artigos do ECA |
|-------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Assistência | Sistema Único de Assistência Social – SUAS | -PAIF (Programa de Atendimento Integral à Família) - PAEFI (Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Famílias e Indivíduos) | -Art.4 e 15 -18 do ECA -Art. 5, 19 -21, 23 -24, 28 -32 do ECA; |
| Educação | Ministério de Educação e Cultura – MEC | - Política Nacional de Educação - Política Nacional de Ensino Fundamental | - Art. 4 - Capítulo 4 do Estatuto da Criança e do Adolescente (Art. 53 –59) |
| Saúde | Sistema Único de Saúde -SUS | -Saúde da criança; -Pré-natal; -Atendimento médico-hospitalar; -Aleitamento materno; -Campanhas de vacinação; -Na saúde mental, o atendimento nos CAPS infantil; | -Art. 4; -Capítulo 1 do Estatuto Da Criança e do Adolescente (Art 7-14) |

É importante pensar que para que esses direitos sejam materializados é necessário que as políticas públicas destinadas às crianças e aos adolescentes estejam em pleno funcionamento a fim de viabilizar sua prática. Segundo Raupp (2009), “a doutrina de proteção integral é ainda muito mais um desafio do que uma realidade” (p.446), basta observar o cotidiano dos jovens brasileiros. Os serviços, quando ofertados, são de forma precária e não conseguem atender a todos que dele necessitam.

2.2 Histórico das Políticas de prevenção às drogas para crianças e adolescentes

No item anterior é possível perceber que as políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes, na perspectiva da proteção integral, são muito recentes. Logo, as políticas para este segmento com foco na prevenção ao uso de psicoativos, também são.

Segundo Raupp, as primeiras ações e programas voltados à atenção aos adolescentes no Brasil surgiram na década de 1980, com a criação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD). O Programa tinha como foco a prevenção de DST/AIDS, gravidez precoce, acidentes de trânsito e drogas. Já na década de 1990, com o debate sobre criminalidade em alta, surgiu o Programa do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República (PIAPS), que visava “*salvar*” a *juventude do crime, do tráfico e da violência* (RAUPP, 2006, p.32)

Historicamente, as PP para a infância e adolescência no Brasil foram criadas a partir da necessidade de propor ações e criar instituições capazes de responder ao crescente processo de marginalização dos jovens pobres, principalmente a partir da década de 1960, como medida de “*prevenção social*” (Vogel, 1995, p.304). Assim, até meados dos anos 1980, as políticas planejadas para os jovens se pautavam, basicamente, na necessidade de criação de programas e instituições para lidar com os problemas relacionados a crianças e adolescentes abandonados, marginalizados ou oriundos de famílias em situação de extrema pobreza (RAUPP, 2006, p.31).

Ainda na década de 1990, houve a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, que veio para nortear todas as outras ações e políticas desenvolvidas para esse público alvo. Raupp (2006) fala do processo de construção das políticas públicas e da diferenciação no trato das crianças e adolescentes das classes

dominantes e dominadas, assim como apontado anteriormente por Faleiros (2005), Raupp menciona a relação desse segmento com a inserção no mercado de trabalho.

Ao final dos anos 1990, os indicadores do desemprego juvenil e a acentuação dos processos de precarização social fomentam a necessidade de políticas de inclusão de jovens no mercado de trabalho, propiciando o surgimento de diferentes propostas de capacitação. Segundo Faleiros (1995), essas propostas articulam o econômico com o político e se inscrevem no processo de valorização/desvalorização dos jovens como mão-de-obra, visando encaminhá-los para o trabalho, caso sejam pobres (RAUPP, 2006, p. 32).

Na conjuntura atual que envolve uma situação de crise política e econômica (sustentada, inclusive, por escolhas políticas) vivida no país, até mesmo esses programas de capacitação e inserção dos jovens no mercado de trabalho foram encerrados. Especificamente nos municípios onde houve a redução dos royalties do petróleo, a questão da crise fica ainda mais evidente, porque em decorrência disso, houve o aumento no número de desempregados, que passaram a buscar ainda mais por políticas públicas, as quais tiveram seus recursos reduzidos.

Essas condições atuais recordam muito ao que Brites chamou de redução do Estado Social, ou seja, o Estado mínimo para a população empobrecida, que é a que mais necessita, com a diminuição das ações de proteção social através da redução dos gastos públicos principalmente na política de assistência, o que rebate diretamente nas condições de vida da classe trabalhadora.

Raupp explica que o pouco interesse dos governantes na questão do uso abusivo de drogas se reflete através do pouco investimento em políticas públicas que visam o tratamento da dependência e a prevenção e, assim como Boiteux (2006), Brites (2015, 2016) e demais pesquisadores da temática, também destaca a relação dos interesses econômicos com o proibicionismo, evidenciando seus rebatimentos nas políticas públicas brasileiras, ou seja, as questões econômicas estariam na base de sua precarização.

Dentre os fatores responsáveis pelo agravamento dessa questão, destacam-se os interesses econômicos envolvidos em sua produção e venda, os embates de cunho moral e ideológico em torno do uso de substâncias psicoativas, somados à baixa prioridade política conferida ao assunto, que se manifesta na insuficiência de recursos financeiros necessários para garantir uma política de educação, prevenção e tratamento, com profissionais capacitados de forma adequada e contínua (CRIVES, in Crives & Dimenstein, 2003. apud RAUPP, 2006, p.29).

Como citado anteriormente, as políticas aplicadas são majoritariamente proibicionistas, mas, apesar de serem hegemônicas, há um crescimento significativo – principalmente devido à reforma psiquiátrica – da perspectiva da Redução de Danos. Raupp fala sobre a relação entre essas duas concepções na construção e execução das políticas públicas sobre psicoativos para crianças e adolescentes.

Atualmente no Brasil convive-se com uma diversidade de orientações e concepções nos projetos e programas destinados aos jovens. Para Sposito e Carraro (2003), isso se relaciona, entre outros fatores, ao fato de as decisões envolvendo PP serem produto de conflitos em torno do destino de recursos e bens públicos limitados, ocupando um espectro amplo de negociações e formações de consensos. Dessa forma, convive-se com a simultaneidade de orientações tão diversas como as dirigidas ao controle social do tempo juvenil, à formação de mão-de-obra e as que aspiram ao protagonismo dos jovens como sujeitos de direitos, situando-os, ora como problemas, ora como objeto de atenção e cuidados (RAUPP, 2006, p.31).

A partir da década de 1990, é possível observar que as políticas públicas direcionadas para crianças e adolescentes têm como principal objetivo a prevenção de riscos. Alguns autores chamam a atenção para o fato de que, principalmente na esfera da saúde pública, as ações podem deixar transparecer que a questão do risco é inerente a essa faixa etária. Raupp, baseada em Traverso e Pinheiro (2002), diz que esse direcionamento das políticas pode ter como consequência “produzir uma identificação do adolescente com a tríade sexo, drogas e violência, colaborando para a produção de respostas sociais discriminatórias” (p.33). Além disso, a interpretação do que é risco varia de acordo com o tipo de sociedade, tempo histórico, contexto sócio-cultural e aspectos subjetivos, por isso, de acordo com Raupp, é necessário sempre questionar sobre a origem dessa percepção na atualidade.

Atualmente, todas as políticas públicas voltadas à atenção de crianças e adolescentes são norteadas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. E é no artigo 101, que trata das Medidas Específicas de Proteção, que se encontra o direito da criança e do adolescente usuário de psicoativos a receber tratamento médico, psiquiátrico, inclusão em programas para a orientação, apoio e tratamento para dependentes.

Buscando viabilizar os princípios de integralidade e intersetorialidade, uma das estratégias enfatizadas nas políticas atuais consiste em buscar a integração regional entre diferentes secretarias, através de projetos intersetoriais que viabilizem uma rede de atenção (RAUPP, 2006, p.41).

Fica evidente que as políticas direcionadas à prevenção/tratamento ao uso/abuso de psicoativos para crianças e adolescentes são escassas devido à falta de interesse político nessa questão. O que se tem de efetivo são as diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente, que direcionam as ações dos profissionais para um atendimento integral a esse público, ou seja, a intersetorialidade é fundamental para que haja continuidade no atendimento aos usuários e que as ações desenvolvidas tenham um mesmo direcionamento.

Na política de Assistência, as crianças e adolescentes podem ser acompanhadas por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias – PAIF e do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos – PAEFI, através dos serviços de convivência e de fortalecimento de vínculos, onde o objetivo é a prevenção de situações de risco, o que envolve a exposição das crianças e adolescentes ao tráfico de drogas e ao consumo de psicoativos.

Na Política de Saúde, além da legislação específica para os usuários de álcool e outras drogas, existem serviços específicos para crianças e adolescentes, como o Programa Saúde na Escola - PSE e os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas – CAPS – AD infantil.

Na Política de Segurança Pública, Policiais Militares desenvolveram o Programa Educacional de Resistência às Drogas – PROERD, que funciona através de uma parceria entre as políticas de Segurança e de Educação.

Na Educação, o trato da questão das drogas se dá majoritariamente através da parceria com as políticas acima mencionadas.

CAPÍTULO 3: AS AÇÕES DESENVOLVIDAS EM RIO DAS OSTRAS

Após um estudo sobre as formas pelas quais os Estados e a sociedade constroem suas relações com os psicotrópicos e, mais especificamente, de que maneira o Estado opera as políticas públicas no que tange essa questão, torna-se possível dirigir o olhar para a particularidade do município de Rio das Ostras.

Neste capítulo será realizada uma análise das políticas para crianças e adolescentes residentes do município de Rio das Ostras, com ênfase naquelas que, de alguma forma, servem como prevenção ao uso de psicoativos e/ou tratamento para as crianças e adolescentes que já fazem uso dessas substâncias – já que não existem políticas específicas sobre drogas na cidade.

Foi constatado que no município há pouca sistematização das políticas que foram desenvolvidas e também das que estão em vigor. Por isso, a fim de levantar dados a respeito das ações desenvolvidas na cidade, para a construção desse capítulo foram realizadas entrevistas com profissionais que atuam em algumas políticas no município.

3.1 Histórico das Políticas de prevenção ao uso de drogas para crianças e adolescentes em Rio das Ostras

Rio das Ostras é um município localizado na baixada litorânea no Estado do Rio de Janeiro. Sua emancipação político-administrativa foi em 10 de abril de 1992 – anteriormente, Rio das Ostras era um distrito de Casimiro de Abreu. Desde a emancipação, o crescimento populacional da cidade é considerado o maior do Estado, de acordo com os dados fornecidos pela Prefeitura, o número de habitantes cresce cerca de 11% ao ano.

De acordo com dados do IBGE, a estimativa populacional era de 136.626 habitantes no ano de 2016.

| Evolução Populacional | | | |
|-----------------------|----------------|----------------|-------------|
| Ano | Rio das Ostras | Rio de Janeiro | Brasil |
| 1991 | - | 12.807.706 | 146.825.475 |
| 1996 | 27.842 | 13.323.919 | 156.032.944 |
| 2000 | 36.419 | 14.391.282 | 169.799.170 |
| 2007 | 74.750 | 15.420.375 | 183.987.291 |
| 2010 | 105.676 | 15.989.929 | 190.755.799 |

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1991, Contagem Populacional 1996, Censo Demográfico 2000, Contagem Populacional 2007 e Censo Demográfico 2010;

É possível observar no quadro acima o grande crescimento populacional da cidade a partir de 1996. As políticas, no entanto, não foram ampliadas na mesma proporção e os serviços vigentes – que não atendem a demanda da cidade – estão cada vez mais precários. Recentemente, após a redução do repasse dos royalties, a administração municipal decretou estado de calamidade financeira, o que rebateu diretamente no atendimento aos usuários das políticas sociais, que sofrem constantemente com o corte de gastos sociais.

O histórico das políticas existentes no município de Rio das Ostras é escasso, não havendo sistematização de dados suficientes para o desenvolvimento de uma pesquisa.

A partir dessa dificuldade surgiu a necessidade da realização de entrevistas com alguns profissionais que atuam na gestão de políticas voltadas para crianças e adolescentes e/ou atuam especificamente no trato do uso de psicoativos pela população em geral – na falta de políticas específicas para esse segmento – onde esse público também tenha acesso.

3.2 Políticas na área da Assistência Social

Foram realizadas entrevistas com profissionais que atuam na gestão da política de assistência social no município de Rio das Ostras.

A política de assistência no município segue as diretrizes da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que contém todas as outras normativas que regulamentam os serviços oferecidos pelo município.

As profissionais entrevistadas destacam que o próprio SUAS é muito novo (foi instituído em 2005), e o município o implantou em abril de 2007, quando houve o reordenamento e a territorialização dos serviços junto com a criação dos Centro de Referência de Assistência Social - CRAS - antes disso os serviços eram concentrados na sede da Secretaria Municipal de Bem-Estar Social - SEMBES. Com a implantação do novo equipamento ocorreu a separação dos serviços e houve uma organização de toda estrutura de proteção e convivência que é vigente até os dias atuais.

Mesmo antes desse reordenamento, já havia no município unidades com a estrutura para ofertar serviços de convivência, que eram projetos parecidos com o que hoje são conhecidos como Centros Integrados de Convivência (CIC). Os CICs atendem faixas-etárias específicas separadas por unidade de atendimento, crianças de 6 a 12 anos de idade eram atendidas nos CICs I e III, que se localizavam nos bairros Recanto e Nova Cidade, já o CIC II, que fica no bairro Nova Esperança, atendia adolescentes.

Todas as unidades dos CICs ofereciam oficinas de integração social e entre elas havia a que desenvolvia o debate da questão das drogas com as crianças e adolescentes do projeto, sempre de forma transversal.

As profissionais da gestão explicam que para as crianças e adolescentes participarem do projeto de convivência há um processo seletivo. As famílias são previamente escolhidas e avaliadas pela equipe técnica do projeto porque a oferta de vagas é menor do que a demanda da população, por isso há a necessidade de escolher aquelas famílias que são mais vulneráveis e fragilizadas.

Atualmente a única unidade que ainda funciona é o CIC II, no bairro Nova Esperança, que atende aproximadamente 90 crianças e 65 adolescentes. Os outros dois Centros de Convivência foram fechados porque, de acordo com a prefeitura municipal, precisava-se abrir espaço para novas unidades escolares, a Secretaria Municipal de Educação – SEMED, precisava se adequar a um termo de conduta. As ações desenvolvidas foram centralizadas para a unidade do CIC II.

Apesar do processo seletivo realizado, o número de evasão e rotatividade dos adolescentes no CIC é grande. As profissionais sinalizam que uma das razões é a “falta de atrativo, principalmente com suporte econômico”, diferente do Jovem Cidadão, que foi um projeto de muito sucesso devido ao auxílio financeiro, já que os centros de convivência não oferecem esse tipo de incentivo. Sem nenhum tipo de auxílio financeiro, os adolescentes precisam abandonar os centros de convivência para ingressar no mercado de trabalho e assim colaborar com a renda familiar.

Dentro do processo de reestruturação e implantação do SUAS em Rio das Ostras, foi desenvolvido o Serviço de Convivência e Fortalecimento de vínculos, serviço que compõe a Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Através desse serviço foram criadas atividades em grupo com a proposta de atender as crianças e adolescentes do município, promovendo atividades culturais, esportivas, dentre outras que se adequam ao perfil do usuário. Porém, muitos desses serviços não existem mais.

Entre eles, as profissionais destacaram o *Sementes de Cantagalo*, projeto voltado apenas para as crianças e adolescentes residentes daquela região, além do *Pérolas do Amanhã*, do *Jovem Monitor* e do *Jovem Cidadão*.

Especificamente sobre o Jovem Monitor, as profissionais contam que o projeto era voltado aos adolescentes dos 12 aos 17 anos. Havia um processo seletivo para a inserção no projeto, e que também contava com uma avaliação do desempenho do jovem participante e o recebimento de uma bolsa auxílio no valor de R\$100,00. Esse projeto durou aproximadamente de 3 a 4 anos.

O Jovem Cidadão vigorou por cerca de 7 anos e atendeu aproximadamente 3.150 adolescentes na faixa dos 15 aos 18 anos, foram formadas 7 turmas com cerca de 450 adolescentes nesse período. O projeto visava à inserção do jovem no

mercado de trabalho através da capacitação e ampliação das suas perspectivas nesse contexto, além de visar também o fortalecimento dos vínculos familiares. Os adolescentes que conseguiam se inserir no projeto recebiam uma bolsa auxílio que era de aproximadamente meio salário mínimo. O Jovem Cidadão era fruto da parceria entre as secretarias municipais - a Secretaria de Educação colaborou pouquíssimas vezes - e setores privados do município. Segundo as profissionais que atuam na gestão da política de assistência no município, as empresas da cidade “se disponibilizaram a serem parceiras do projeto e participaram dando a visão importantíssima do que é de fato o mercado de trabalho na ponta” (COORDENAÇÃO DA ASSISTÊNCIA).

As profissionais destacam que, tão importante quanto o trabalho desenvolvido com esses jovens, era o trabalho desenvolvido com seus familiares, pois todas as questões trabalhadas com os jovens nas oficinas eram também trabalhadas com as famílias. “Se havia o interesse de fortalecer esse vínculo, não dava pra discutir a questão apenas com o adolescente e não perceber se estava havendo algum tipo de promoção de mudanças naquele contexto familiar” (COORDENAÇÃO DA ASSISTÊNCIA).

Sobre o perfil dos jovens participantes, era algo muito bem definido no processo seletivo, que “contava com chamada pública em diário oficial e critérios de pontuação. Eram elegíveis de fato aqueles adolescentes que se enquadravam em determinado perfil socioeconômico e de territorialização” (COORDENAÇÃO DA ASSISTÊNCIA) – que abrangia os bairros considerados de maior risco social - e a equipe técnica conseguia captar aquele adolescente que estava em situação mais vulnerável.

Dentro da proposta de trabalho do projeto com esses jovens eram oferecidas Oficinas com temáticas diversas e entre elas falava-se sobre o uso de psicoativos no contexto familiar, escolar e demais espaços ocupados pelo adolescente.

O Jovem Cidadão foi um dos projetos mais importantes, pois gerou indicadores sociais. Esse projeto foi um dos poucos onde foi possível realizar a avaliação dos seus impactos e identificar através do monitoramento, os benefícios gerados pelo projeto. Entre eles, a quantidade de jovens inseridos no mercado de trabalho na região, mudanças na esfera familiar e no comportamento em geral (na

família, na escola, em outros espaços). Essas questões puderam ser mensuradas através de um sistema avaliativo aplicado ao adolescente e ao familiar responsável no decorrer do projeto.

Na formação de algumas turmas no decorrer do projeto, houve a parceria com a Guarda Municipal, onde guardas municipais que eram professores desenvolveram o projeto Semear, que também era levado até as escolas municipais.

A Secretaria de Ordem Pública e Controle Urbano, em parceria com a Secretaria de Educação, desenvolveu o projeto “Semear - Por uma Melhor Qualidade de Vida” como uma política de enfrentamento as demandas sociais que atingem aos adolescentes das escolas da Rede Municipal de Ensino. Cerca de 1,6 mil alunos participaram da iniciativa este ano, que foi concluída no dia 30 de novembro com entrega de certificados aos participantes na quadra do Colégio Professora América Abdalla. Com objetivo de ajudar na prevenção, o projeto é dividido em quatro temáticas - Qualidade de Vida, Segurança Pessoal e Bullying, Trânsito e Prevenção a Dependência Química - trabalhada nas escolas em dois encontros com duração média de 120 minutos. O Semear teve início em 2011, atendendo quatro unidades de ensino municipais, além de estudantes atendidos por dois projetos da Secretaria de Bem-Estar Social, os Centros Integrados de Convivência (CICs) e o Jovem Cidadão. (Publicado em 04 de dezembro de 2012 no site da Prefeitura de Rio das Ostras – (<http://www.riodasostras.rj.gov.br/noticia679.html>))

Outro serviço oferecido às crianças e adolescentes residentes do município, foi desenvolvido a partir da parceria entre a Secretaria de Bem Estar Social e a Universidade Federal Fluminense. Foram oferecidas oficinas onde se trabalhava questões sobre a sexualidade e a dependência química.

As profissionais da rede explicam que a questão do uso de psicoativos surge sempre de forma transversal dentro das oficinas oferecidas nos projetos disponibilizados para esse público.

Entre 2011 e 2013, a política de assistência no município de Rio das Ostras passou por novas mudanças. Nesse período houve um reordenamento visando a adequação à Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, cujo objetivo foi promover a padronização, em todo território nacional, dos serviços de proteção social em seus níveis de complexidade. As coordenadoras destacaram como os principais eixos formados nesse processo o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, que fazem parte da Proteção Social Básica. Por isso não há a denominação de

projetos e sim de serviços oferecidos nos CRAS (Sul, Norte, Central e o CRAS de Rocha Leão) e nas duas unidades de atendimento (localizadas nos bairros Mar do Norte e Cantagalo), instituições que oferecem os serviços de convivência com grupos divididos de acordo com a faixa etária, assim como preconiza a Tipificação. Esses serviços de convivência recebem nomes de acordo com seu público – Brinquedoteca (4-8 anos), Geração Kids (9-11 anos), Geração Teen (12-18 anos). Além desses, existe também a Casa da Criança, que promove a integração entre as crianças de até 6 anos e o CIC do bairro Nova Esperança.

Além desses atendimentos da proteção básica nos CRAS, existem também os serviços de proteção especial de média complexidade que ocorrem através do Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, que compreende medidas sócio-educativas quando o adolescente comete atos infracionais.

Em 2014 foi criado o Plano Decenal de Atendimento Socioeducativo do Município, que visa formalizar e estruturar as medidas socioeducativas e traçar metas para os próximos 10 anos. De acordo com o jornal oficial do município, o documento foi elaborado com as seguintes propostas:

A proposta do documento é desenvolver ações sociais e educativas integradas com a rede de atendimento à criança e ao adolescente, em todas as áreas, nos próximos 10 anos. O Plano, destinado aos adolescentes de 12 a 18 anos ou jovens até 21 autores de ato infracional residentes do município, tem como objetivo principal promover a sistematização e o acompanhamento das medidas socioeducativas de Liberdade Assistida – LA e de Prestação de Serviços à Comunidade – PSC no município de Rio das Ostras. Também propõe estratégias preventivas e de proteção, em consonância com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, e com o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – SINASE. (Jornal Oficial de Rio das Ostras - Órgão Oficial do Município de Rio das Ostras - Ano XII Edição nº 713 de 14 a 20 de Novembro de 2014)

A grande demanda dos adolescentes que cometem atos infracionais no município e que chegam ao CREAS para o cumprimento de medida socioeducativa e/ou liberdade assistida, é devido ao envolvimento com o tráfico de drogas.

A profissional relata que, na última apuração havia 84 adolescentes que cumpriam algumas dessas medidas, além dos casos que ainda aguardam no Fórum

e que serão posteriormente encaminhados para a Secretaria. Em 2013, havia metade dessa quantidade e a tendência nacional é que os números aumentem.

O Plano Decenal, pactuado entre as secretarias do município visa à integração dos serviços de atendimento para esses adolescentes, dando a eles acesso a Fundação de Cultura, aos projetos da Secretaria de Esporte e Lazer, garantia de matrícula na escola e demais serviços da Secretaria de Educação, programas de saúde, entre outros que possam minimizar e evitar que esse adolescente volte a ficar exposto em situações de risco, principalmente para não serem aliciados pelo tráfico de drogas.

As profissionais pontuam algumas dificuldades na aplicação das ações vinculadas à política de assistência no município:

Garantir a permanência desses adolescentes sem nenhum aporte econômico para que ele consiga de fato se manter dedicado a isso é muito difícil. A realidade do adolescente que a gente atende hoje é de um adolescente que precisa acordar cedo para trabalhar e se manter na escola (COORDENAÇÃO DA ASSISTÊNCIA).

Além da questão econômica, que faz com que os adolescentes deixem os projetos em busca de inserção no mercado de trabalho informal, um grande problema do município é a questão da intersetorialidade. As profissionais relatam que, enquanto política, buscam a garantia e a oferta das ações que a legislação garante através das normativas. Porém a realidade é bastante diferente do que vem descrito nas leis.

Materializar isso enquanto se depende de outras políticas sociais é difícil, não se deve ter a ilusão de que a política de assistência vai dar conta sozinha de tudo que permeia o contexto das famílias. Temos que ter a clareza de que sozinhos não fazemos nada. Dependemos de toda uma relação intersetorial para que isso funcione. Saúde, educação principalmente, cultura, esporte. Na perspectiva da prevenção dentro da política de assistência nós tentamos oferecer um pouco de tudo isso, mas quando chega à proteção especial, precisa-se muito mais da integração com outros setores (COORDENAÇÃO DA ASSISTÊNCIA).

Os serviços citados acima - sobre o fortalecimento de vínculos e convivência - estão disponíveis em todas as unidades de atendimento. O esforço atual é para que eles cubram todo o território da cidade e sejam oferecidos de forma igualitária, porém, respeitando as particularidades de cada lugar, como é o caso do Sementes de Cantagalo.

O reconhecimento e a efetivação da legislação da assistência são muito frágeis em relação a outras políticas setoriais. Exemplo dessa discrepância é a prioridade que foi dada, em relação ao espaço em que funcionava os Centros Integrados de Convivência, para a educação. Desativou-se um serviço da assistência a fim de se cumprir a legislação educacional. Sobre os impactos no futuro, um deles é o aumento do atendimento na atenção especial, visto que a proteção básica não consegue estar tão próxima dos usuários trabalhando com a prevenção e atender a todos que necessitam de proteção.

Sobre a implantação de novos projetos, as técnicas explicaram que isso depende do interesse da gestão municipal. Existe toda uma diretriz do trabalho, além de orientações técnicas que vem da esfera Federal e Estadual. Porém, no que tange o financiamento dos programas, a maior parte depende da esfera municipal.

As técnicas esclarecem que o momento é desafiador para a política pública em geral, e isso acontece devido à situação de “crise”, que coloca em risco a garantia dessas políticas. A coordenação relata que é uma situação difícil principalmente enquanto técnica inserida na gestão, onde a profissional acaba assumindo a posição de assessoramento da gestão e às vezes não consegue garantir que algumas ações, que ela entende que são essenciais na visão como técnicas, de fato sejam garantidas. No esforço de conseguir manter determinadas ações ou promover outras, a coordenação diz que às vezes até conseguem mostrar a sua importância para a gestão municipal, mas não conseguem financiamento para implementar as ações.

No momento atual é impossível prever novidades. Quando se questiona a respeito, pela perspectiva técnica a resposta é sim, espera-se que novos serviços sejam desenvolvidos. O Pérolas do Amanhã, por exemplo, atendia exclusivamente meninas, através de aulas de balé, e as técnicas sinalizaram a necessidade de serviços que atendam também os meninos. A solução encontrada foi “desdobrar” a carga horária do orientador social que atua no projeto, para que ele pudesse atender também ao público masculino.

Não há nenhuma política específica para crianças e adolescentes que são usuários de psicoativos, não há CAPS-AD no município. Uma vez que essa criança ou adolescente está em algum dos projetos disponibilizados e é detectado pela

equipe técnica que ela faz uso ou tem envolvimento com o tráfico de drogas, os profissionais que atuam na Política de Assistência têm a obrigação de articular um atendimento em conjunto com os profissionais da Política de Saúde. É a partir dessa articulação que será definida a forma de tratamento para aquela criança ou adolescente. Se a melhor forma de intervenção será através da medicação, internação – que em muitos casos é necessário recorrer à esfera Estadual ou a ONG's - ou ingresso desse adolescente em outros serviços, lembrando de que a família é sempre incluída nesse atendimento a criança ou adolescente.

A assistência vem de um histórico de fragmentação completa da política. Antes os profissionais do município atendiam públicos específicos e nunca de forma integrada (existiam grupos de adolescentes, de idosos, de gestantes, entre outros) e esses usuários nunca eram atendidos enquanto família. A coordenação da Política de Assistência relata que isso foi superado, e o atendimento atualmente visa integrar todos os componentes da família.

A coordenação relembra que a Política de Assistência no município sempre esteve à frente em relação as demais cidades da região, mas atualmente, a situação é difícil e a política está fragilizada devido à falta de recursos. O principal desafio para a Política de Assistência tem sido a questão orçamentária de Rio das Ostras, onde recentemente a administração municipal decretou estado de calamidade financeira.

Nesse sentido, o relato das profissionais demonstra que ainda existem muitas dificuldades a serem enfrentadas para a implantação de políticas destinadas ao público infantil e adolescente. No que tange a políticas específicas ao tratamento e prevenção ao uso/abuso de drogas, percebe-se que na área da assistência social não há uma política específica e que essa temática apenas perpassa alguns programas e projetos de forma transversal.

3.3 Políticas na área da Saúde

Como citado anteriormente, a política de saúde é a mais avançada quando o tema é prevenção e cuidados com usuários de psicoativos. No município de Rio das

Ostras, é através da política de saúde que os usuários têm acesso de forma direta a informações a respeito do uso de psicotrópicos, seja sobre prevenção ou redução de danos. E é também a política que mais realiza ações visando um atendimento integral à população, contando com a parceria com as demais políticas.

Outra profissional que se dispôs a colaborar na construção deste histórico é uma enfermeira que trabalha há 13 anos como profissional no município. Entre as instituições de atuação estão o Hospital Municipal de Rio das Ostras, o Centro de Saúde Extensão do Bosque, o Centro de Saúde Nova Cidade e o Departamento de Programas de Saúde, especificamente no Programa Saúde na Escola, onde a profissional se encontra na coordenação.

De acordo com a profissional, os projetos da política de saúde voltados para crianças e adolescentes existentes atualmente no município são o Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente – NASA e o Programa Saúde na Escola.

O Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente é um programa que atua nos postos de saúde e atende o público que se encontra entre os 10 e os 19 anos. Através desse serviço são oferecidas consultas em algumas especialidades, por isso o programa dispõe de uma equipe formada geralmente por pediatra, clínico geral, ginecologista, obstetra, dentista, enfermeiro, assistente social, psicólogo e nutricionista. Além das consultas individuais, o NASA também promove uma roda de conversa entre os adolescentes, onde eles levantam temas a serem discutidos e a conversa é mediada por um profissional, geralmente um assistente social. A roda de conversa possibilita conhecer melhor aqueles usuários e indicar ao profissional responsável por possíveis encaminhamentos a serem feitos. Atualmente o NASA está disponível em postos de saúde dos bairros: Âncora, Cidade Praiana, Nova Esperança e no Centro de Saúde no bairro Nova Cidade.

Outro Programa destacado pela profissional é o Programa Saúde na Escola - PSE, cujo qual ela é coordenadora. O Programa funciona através da parceria entre a política da Saúde e da Educação e tem como objetivo contribuir com a formação integral dos estudantes através da promoção, prevenção e atenção à saúde.

A equipe profissional do Programa vai até as escolas municipais a fim de realizar ações de promoção em saúde através de temáticas preconizadas de acordo com as normas e orientações do Ministério da Saúde, tais quais: alimentação saudável, prevenção ao uso indevido de drogas, direitos sexuais reprodutivos, doenças sexualmente transmissíveis, prevenção de violências, culturas de paz, entre outras.

De acordo com a coordenadora do PSE, o Programa atende hoje cerca de 30% das escolas do município e, devido ao pequeno número de profissionais disponíveis para compor as equipes, o PSE não consegue atender a todas as escolas. Por essa razão, a cada semestre um território é eleito para receber o Programa, visando abranger o maior território possível dentro do município. A profissional relatou que, especificamente no semestre anterior, o Programa se restringiu às escolas que o solicitaram devido a uma maior escassez de profissionais.

Existem também outros serviços que atendem adolescentes, porém não são específicos para este público alvo, entre eles está o Programa DST-AIDS e as Unidades Estratégicas da Saúde da Família.

Em Rio das Ostras, o Programa Saúde na Escola completou 4 anos. Segundo a profissional, o número de adesão dos usuários é de 100% devido ao fato dos profissionais irem até os adolescentes, porém ainda não é possível identificar os impactos do PSE na população, pois estes ficariam mais evidentes a longo prazo.

Diferente da política de assistência, onde a prevenção às drogas se dá de forma transversal, na saúde a coordenadora afirma que o tema é trabalhado de forma direta. A enfermeira fala sobre a importância do foco para conduzir as oficinas com crianças e adolescentes, principalmente em relação às drogas lícitas que, segundo a profissional, são portas de entrada para questões de vulnerabilidades variadas, tais como violências e drogas ilícitas.

Sobre a implantação de novos serviços para esse público, não há planejamento para a criação de novos projetos, mas há o desejo da coordenação em ampliar e aperfeiçoar as ações já existentes. Porém, segundo a enfermeira, isso

depende de muitos fatores, principalmente em relação à verba necessária para a contratação de mais profissionais.

A coordenadora do PSE pontuou algumas dificuldades observadas ao longo da implantação e execução do Programa. A primeira se refere à contratação de profissionais que tenham aptidão para tratar sobre o tema com adolescentes, principalmente para conduzir as oficinas a partir das questões trazidas e vivenciadas pelos alunos das escolas municipais. Raupp (2009) também fala sobre essa dificuldade em relação à capacitação dos profissionais. De acordo com a autora,

[...] o tratamento da drogadição para adolescentes destaca-se como uma “questão problema”, devido à escassez de locais adequados e de profissionais capacitados para atender às demandas singulares desse público, que muitas vezes, é encaminhado para tratamentos em locais planejados para adultos e não utilizados com as orientações das principais políticas públicas do setor. (RAUPP, 2009, p.446)

Outro problema é em relação às crianças e adolescentes que são encaminhados para outros serviços da rede, nesse sentido existe a dificuldade de manter o acompanhamento daquela criança/adolescente, pois não há retorno do caso.

A política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, norteadada pelo SUS, preconiza o fortalecimento do trabalho em rede. A intersetorialidade deve funcionar de forma que a atenção integral ao usuário seja efetivada.

O uso de álcool e outras drogas, por tratar-se de um tema transversal a outras áreas da saúde, da justiça, da educação, social e de desenvolvimento, requer uma intensa capilaridade para a execução de uma política de atenção integral ao consumidor de álcool e outras drogas. As articulações com a sociedade civil, movimentos sindicais, associações e organizações comunitárias e universidades, são fundamentais para a elaboração de planos estratégicos dos estados e municípios, ampliando-se significativamente a cobertura das ações dirigidas a populações de difícil acesso. Tais articulações constituem-se em instrumentos fundamentais de defesa e promoção de direitos (advocacy) e de controle social (Ministério da Saúde, 2004, p. 20 apud RAUPP, 2009, p. 41).

Apesar da política pública ter como uma das diretrizes o fortalecimento da intersetorialidade, na prática isso não é uma realidade. Existe muita dificuldade na comunicação entre as instituições, seja devido à precarização do trabalho ou à falta de profissionais efetivos que, devido à rotatividade, não conseguem dar continuidade aos atendimentos, que ficam fragmentados.

Esse é um fator que fica bastante evidente no município de Rio das Ostras, que tem a maioria dos funcionários da prefeitura exercendo seu trabalho com vínculo contratual (não são concursados). Isso impacta no acompanhamento dos atendimentos e na vida do próprio trabalhador, que precisa manter vários vínculos empregatícios devido à precarização e instabilidade no trabalho, além dos baixos salários. A rotatividade do trabalhador e permanência do mesmo em poucos dias da semana em cada equipamento dificulta, inclusive, que esse tenha condições de conhecer a fundo a rede de serviços e possa com ela se relacionar, se transformando em mais um desafio para a efetivação do trabalho intersetorial.

Oliveira (2012) faz uma observação interessante a respeito da intersetorialidade:

A política se faz com três ingredientes: amor, revolta e dinheiro. Por exemplo, quando no SUS falamos em intersetorialidade, nenhuma política tem financiamento previsto para isso, o que pode ser visto nas demais secretarias e ministérios. O financiamento não é explícito para a intersetorialidade.(OLIVEIRA, 2012, p.94)

Ou seja, a intersetorialidade depende não só de profissionais comprometidos com os interesses da população, mas também de determinadas condições materiais para que esses trabalhadores consigam se organizar.

A coordenação do PSE destaca que existem ações preventivas ao uso de psicoativos que são realizadas em conjunto com a equipe do Programa de Controle ao Tabagismo. O programa funciona no Centro Municipal de Reabilitação, mas juntas as equipes vão até as escolas e atuam principalmente na formação dos chamados 'multiplicadores'. Por isso preconizam ações para o Instituto Municipal de Educação de Rio das Ostras (IMERO), que além de ser a única escola municipal que possui ensino médio, é destinada à formação de professores. As demais escolas que possuem ensino médio são estaduais, e segundo a coordenação, como já sinalizado anteriormente, o número reduzido de profissionais no Programa Saúde na Escola não possibilita englobá-las. Além da atuação das duas equipes nas escolas, os profissionais oferecem cursos de capacitação sobre a temática na Casa de Educação, sendo que os cursos são destinados principalmente a professores da rede municipal.

Até a data da entrevista, 21 de dezembro de 2016, nenhum projeto voltado para crianças e adolescentes havia sido encerrado na área da saúde. Porém, com as eleições municipais e a posse da atual gestão, o Programa acima mencionado (Programa Saúde na Escola) foi suspenso por tempo indeterminado. Esse problema em relação à continuidade de programas e projetos no processo de mudança de gestão é freqüente, o que pôde ser constatado no decorrer desta pesquisa de campo e também no relato de antigos moradores.

O NASA, outro projeto da política de saúde ainda vigora, porém com a equipe reduzida.

O Centro de Reabilitação é outro equipamento da Política de Saúde. Na instituição a entrevista foi realizada com a assistente social que atua há 1 ano na equipe de álcool e outras drogas do Centro e trabalhou também 5 anos no Centro de Referência de Assistência Social - CRAS Central (SEMBES).

Para a profissional, na saúde o atendimento para adolescentes é pontual e a principal ação é o Núcleo de Atenção à Saúde do Adolescente. Atualmente há um planejamento para implementar um projeto de intervenção desenvolvido por uma aluna da UFF, que tem como objetivo promover uma roda de conversa com os usuários, baseado no Estatuto da Juventude, que abrange os usuários dos 12 aos 21 anos. É interessante notar aqui, as diferentes perspectivas das profissionais em relação à Política de Saúde no Município, já que uma caracteriza o atendimento na área de saúde como pontual e a outra os considera satisfatórios.

A assistente social relata que recentemente nenhum projeto foi encerrado, porém em dezembro (2016) houve a saída dos contratados e as equipes do Centro de Reabilitação foram reduzidas. Segundo a profissional, havia no equipamento um grupo de adolescentes que era desenvolvido por uma psicóloga que foi uma das contratadas que saiu. A Equipe de Crianças da unidade perdeu 5 psicólogos ao todo e com isso houve a interrupção desse projeto, que de acordo com a técnica será retomado em breve.

Em meio a esse cenário, como já sinalizado nesse trabalho, a prefeitura decretou estado de calamidade financeira do município e a situação se reflete na

qualidade do atendimento aos usuários, devido à falta de profissionais e de materiais.

O trabalho tem sido realizado somente quando solicitado pela gestão escolar, nas unidades que se encontram em locais de conflito ou onde há um crescimento no número de evasões. A partir do contato, as profissionais do Centro de Reabilitação vão até as escolas onde promovem palestras no sentido de conscientizar os estudantes.

A profissional explicou que não existem políticas específicas sobre drogas no município. Quando uma criança ou adolescente usuário de psicoativos chega até a instituição é atendido pela equipe do Centro de Reabilitação de forma interdisciplinar.

Os usuários, especificamente crianças e adolescentes procuram por atendimento na instituição quando começam a notar os danos causados em decorrência das drogas, sejam eles em relação à saúde ou a problemas com o comércio ilegal.

A perspectiva que norteia as intervenções profissionais é de prevenção e/ou redução de danos, pois há o entendimento de que as políticas com a perspectiva proibicionista afastam as crianças e adolescentes dos serviços de saúde.

Sobre a intersetorialidade, a profissional relata a mesma dificuldade já mencionada pelos outros profissionais. O problema da falta de comunicação acontece mesmo entre o Centro de Reabilitação, Pronto Socorro Municipal e Hospital Municipal de Rio das Ostras, equipamentos localizados tão próximos um do outro. A profissional sente a necessidade de haver o planejamento de fóruns entre os profissionais dessas políticas que deveriam atuar em conjunto, pois muitos profissionais não conseguem ao menos conhecer o trabalho desenvolvido em outros equipamentos além do que ele atua.

A Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, instituída em 2011, através da Portaria Nº 3.088, “cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) preconiza que um

leito do Hospital Municipal seja destinado a usuários de álcool e outras drogas. No entanto, quando há essa demanda é difícil conseguir uma vaga, e os profissionais precisam recorrer muitas vezes a ordens judiciais para efetivar o direito daquele usuário.

A técnica avalia ser necessária a implementação de uma política sobre drogas específica para crianças e adolescentes no município. A profissional entende que as ações desenvolvidas atualmente não são suficientes, principalmente devido à periodicidade com que acontecem. Essas ações pontuais somadas à falta de profissionais, o que torna as equipes cada vez mais reduzidas, não conseguem alcançar todas as unidades escolares.

Ao mesmo tempo em que se observa o aumento da demanda, os meios de atendê-la estão cada vez mais escassos. Um exemplo disso é que a equipe *Álcool e Drogas* está atuando sem um psiquiatra, que é fundamental para o tratamento aos dependentes químicos que precisam de medicação.

3.4 Política de Segurança Pública - PROERD

O Programa Educacional de Resistência às Drogas - PROERD é um trabalho desenvolvido nas escolas através da parceria entre as políticas de Segurança Pública, e de Educação. O PROERD segue o modelo do D.A.R.E. (*Drug Abuse Resistance Education*), programa norte americano criado em 1983, que posteriormente foi adaptado e implantado em diversos países. O D.A.R.E foi criado e desenvolvido na cidade de Los Angeles (EUA), por um grupo formado por psicólogos, psiquiatras, policiais e pedagogos.

No Brasil, o PROERD teve início em 1992 através da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, a partir do sucesso do Programa nesse estado, ele ganhou fama e se expandiu para São Paulo e posteriormente para os demais estados brasileiros.

Por meio de uma parceria entre o Consulado dos Estados Unidos e a PMERJ, integrantes do D.A.R.E. America vieram ao Brasil para capacitar vinte e nove policiais do Rio de Janeiro em um curso que ocorreu no período de 17 a 28 de agosto de 1992. Foi então que o Drug Abuse Resistance Education (D.A.R.E.) recebeu sua versão na língua portuguesa, sendo intitulado por Programa Educacional de Resistência às Drogas (Proerd) (MELO, 2017, p.3)

Segundo Melo (2017) todos os policiais instrutores do PROERD são capacitados por policiais mais experientes, que receberam qualificação específica para serem multiplicadores, formando junto com pedagogos o corpo docente que qualifica outros policiais. Essa Equipe de Treinamento PROERD, como é nomeada, pode solicitar ao DARE, o reconhecimento como Centro de Treinamento. Ao serem reconhecidos eles estão submetidos às normas do DARE, que preconizam a aplicação do seu currículo na íntegra. De acordo com Melo (2017),

Dentre as inúmeras normas estabelecidas para Centros de Treinamento, destacam-se as seguintes:

- Somente os Centros de Treinamentos reconhecidos e chancelados pelo D.A.R.E. International estão autorizados a conduzir atividades de treinamento relacionadas ao programa D.A.R.E./Proerd;
- Os Centros de Treinamento devem garantir que todo treinamento ofertado possa preparar efetivamente os policiais do Proerd para aplicar os currículos, e deve assegurar que sejam preservadas a integridade (fidelidade no treinamento e aplicação) e a continuidade do programa;
- O D.A.R.E. International manterá um processo formal de monitoramento e credenciamento dos Centros de Treinamento Internacionais, por meio de visitação e observação presencial, sendo essa supervisão obrigatória para o regular credenciamento, correndo as despesas com essa atividade por conta do Centro de Treinamento solicitante da chancela ou da renovação de chancela; (MELO, 2017, p.3)

O Programa é desenvolvido em escolas públicas e particulares, possui material didático próprio, lúdico e diferenciado para cada segmento. É destinado às crianças em idade escolar e por isso é dividido em módulos, que abordam os temas de forma diferenciada se adequando a cada faixa etária: PROERD para educação infantil e séries iniciais, para o 5º ano e 7º ano do ensino fundamental e PROERD para pais ou responsáveis.

O objetivo do PROERD é atuar em conjunto com as escolas e famílias visando evitar que as crianças e adolescentes iniciem o uso de psicoativos. O Programa desenvolvido pela Polícia Militar tem como perspectiva a prevenção, transmitindo ensinamentos sobre responsabilidade, vida saudável e segurança.

O Programa Educacional de Resistência às Drogas (Proerd) consiste num esforço cooperativo da Polícia Militar, Escola e Família, visando preparar crianças e adolescentes para fazerem escolhas seguras e responsáveis na autocondução de suas vidas, a partir de um modelo de tomada de decisão. Por meio de atividades educacionais em sala de aula, o policial militar devidamente capacitado, fornece aos jovens as estratégias adequadas para tornarem-se bons cidadãos, resistir à oferta de drogas e ao apelo da violência. Com ações direcionadas a toda a comunidade escolar e aos

pais/responsáveis, o Proerd também promove a inclusão da família no processo educacional e de prevenção. (MELO, 2017, p.2)

Segundo informações do site da Prefeitura Municipal de Rio das Ostras, no primeiro semestre de 2016, o Programa Educacional de Resistência às Drogas – PROERD desenvolveu suas atividades em turmas do 5º ano do Ensino Fundamental nas seguintes escolas municipais da cidade: CIEP Mestre Marçal, Fanny Batista Esteves, Fazendas Reunidas Atlântica, Jerônimo Mendes da Costa, Maria Teixeira de Paula, Nilton Balthazar, Professora Rosângela Duarte Faria, Simar Machado Sodré e Vereador Pedro Moreira dos Santos.

Apesar dos esforços, não foi possível realizar uma entrevista sobre o PROERD, o que seria de suma importância para entender as especificidades do Programa na cidade de Rio das Ostras. Aparentemente não há sistematização das atividades desenvolvidas pelo Programa no município. Segundo informações de profissionais da 3ª CIA do 32º Batalhão da Polícia Militar em Rio das Ostras, a coordenação do Programa fica em Macaé – RJ. A Secretaria Municipal de Educação de Rio das Ostras também não soube informar dados sobre as escolas municipais onde foi desenvolvido o Programa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando todo histórico levantado a respeito da relação entre o homem e as substâncias psicoativas, é possível entender que o uso de drogas não é um problema para a humanidade. O que se considera um problema na realidade é a dependência do homem em relação a essas substâncias, sendo lícitas ou ilícitas. Sendo assim, o Proibicionismo é e mostra-se cotidianamente falho, porque entende que o problema está no psicoativo em si, por isso suas ações tem como alvo a produção e o comércio dos psicoativos. Apesar da ineficácia, as Políticas Proibicionistas ainda recebem mais investimentos do que as políticas de prevenção e redução de danos, que promovem a qualidade de vida da população, porque assim se obtém lucro.

Todas as transformações ocorridas no modo de produção capitalista rebatem em alterações das relações sociais, seja diretamente na vida do trabalhador, através da busca de novas formas de aumentar o lucro ou indiretamente, com a consolidação de políticas neoliberais, que rebatem nos mecanismos de proteção social.

No município de Rio das Ostras o principal desafio em relação à implementação de políticas de prevenção à dependência química tem sido a questão orçamentária. A “crise econômica”, que nada mais é além da prioridade política para as questões da classe dominante, se reflete na falta de recursos para as políticas sociais que são fundamentais para a classe trabalhadora, que segue sofrendo com a violação dos seus direitos por parte do próprio Estado.

Em Rio das Ostras o crescimento populacional se deu de forma muito rápida desde a sua emancipação, as políticas sociais não foram ampliadas na mesma proporção e, atualmente estão cada vez mais precárias devido à recessão financeira.

Os profissionais se vêem diante de diversas demandas e passam a ter que priorizar os atendimentos, selecionando aqueles que são mais urgentes. Diante disso, os demais usuários que precisam de um atendimento mais básico naquele momento, ficam sem assistência, e muitas vezes a espera por respostas dura até que o seu problema se torne uma urgência também.

Outro desafio para a implementação de políticas de prevenção ao abuso de psicoativos em Rio das Ostras é que os profissionais são majoritariamente contratados, e por isso, sua autonomia relativa se torna praticamente nula, não podendo apontar as negligências da administração municipal sob o risco de sofrer retaliações. Além disso, a questão dos contratos faz com que haja muita alternância de profissionais, o que torna os atendimentos fragmentados e leva a interrupção ou extinção de programas e projetos interessantes para a população. O problema é ainda potencializado pela falta de integração entre as políticas setoriais. Por mais que a legislação oriente a intervenção de forma intersetorial, a realidade dos profissionais não permite que isso se efetive, tanto devido à carga horária de trabalho quanto à precarização em si da política, que não consegue garantir os instrumentos mais básicos para a realização dos atendimentos à população, como telefone ou até mesmo papel para fazer encaminhamentos.

Os profissionais efetivos são poucos, e são esses os que geralmente conseguem manter – mesmo que de forma precária – o atendimento aos usuários de forma mais completa, pois conhecem as possibilidades da rede municipal. Entre os problemas observados nas políticas do município está também a falta de documentação e registros históricos sobre os programas desenvolvidos pelas instituições, o que poderia dar respaldo aos profissionais que atuam na execução daqueles serviços. A documentação é um instrumento importante tanto para orientar a prática profissional quanto para avaliar a intervenção profissional e demonstrar ao contratante a importância daquele serviço para a população.

Especificamente sobre drogas, o município oferece muito pouco para manter a qualidade de vida das crianças e adolescentes. Existe a oferta de oficinas culturais e programas de saúde voltados para esse público, mas são ações que, quando geram o interesse do público alvo, há processo seletivo, ou que não são atrativas para esse público específico, até mesmo devido às condições financeiras, que faz com que os principalmente os adolescentes precisem buscar meios de contribuir no orçamento familiar.

Combater a dependência química e promover a prevenção ao uso abusivo de psicoativos entre crianças e adolescentes depende de políticas setoriais que interajam entre si e que se efetivem na realidade social. A prevenção deve ser a

partir da promoção do acesso a cultura, esporte, lazer, educação, saúde, moradia, mostrando novas perspectivas e possibilidades de vida para essas crianças e adolescentes e então difundir a informação sobre os efeitos do uso de psicoativos, lícitos e ilícitos, a médio e longo prazo, não de forma autoritária, mas respeitando o direito a liberdade de cada um.

É importante pensar que em muitos casos o abuso de drogas não é a causa de um problema e sim uma consequência da violência que essas crianças e adolescentes sofrem diariamente, seja pela exposição aos conflitos derivados do controle do comércio, seja por verem no mercado ilegal uma chance de ascensão, ou pela ausência do Estado, que não garante minimamente o acesso a políticas e a direitos sociais.

A guerra às drogas serve não só para reprimir a produção e o comércio, mas também para conter uma população que se torna indesejada, a repressão escolhe cor e classe social. A situação de miséria em que muitos usuários de psicoativos se inserem não deve ser atribuída ao uso de drogas e sim a um Estado que prioriza os interesses burgueses diante do conflito entre capital e trabalho, tanto é que diante da falta de políticas públicas que os atendam, os usuários se tornam um bom negócio para as clínicas de tratamento, financiadas com o dinheiro público. O fato de não haver recursos para o financiamento de políticas de proteção social não é devido a uma crise econômica, é devido à luta de classes e políticas formadas a partir desse conflito.

Trata-se então de um embate político – perpassado por questões econômicas – que deve ser travado pelos profissionais da área juntamente com a população. Nesse sentido, deve-se angariar esforços no sentido de esclarecer ao conjunto da sociedade sobre a importância da perspectiva da redução de danos, assim como fazer o resgate histórico das políticas existentes no município, bem como seus impactos na população. É imprescindível também a realização de um diagnóstico que aponte o perfil da população usuária, para que se possa pensar em políticas eficazes que realmente atendam suas demandas, considerando suas particularidades – como classe social e faixa etária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALDINI, Cássia Soares. 2007. CONSUMO CONTEMPORÂNEO DE DROGAS E JUVENTUDE: A construção do objeto na perspectiva da saúde coletiva.

BEHRING, Elaine Rossetti. BOSCHETTI, Ivanete. 2008. Política Social: Fundamentos e história. Editora Cortez.

BENEVIDES, Jamille. DANIEL, Rosangela. BERWIG, Solange Emilene. 2014. POLÍTICAS PÚBLICAS E ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – MATERIALIZAÇÃO DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES.

BOITEUX, Luciana. CHERNICHARO, Luciana Peluzio. Da folha de coca à cocaína: Os direitos humanos e os impactos das políticas internacionais de drogas nas populações nativas da Bolívia. CONPEDI (Conselho Nacional de Pesquisa e Pós Graduação em Direito) XX edição: Criminologia e Direito Penal, p. 702-705, 2012.

BOITEUX, Luciana. Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade. São Paulo, 2006.

BRASIL, Lei nº 8.742. Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Brasília: DF, 7 de dezembro de 1993.

BRITES, Maria Cristina. 2015. DROGAS NO BRASIL - ENTRE A SAÚDE E A JUSTIÇA: proximidades e opiniões. P. 119-141

BRITES, Maria Cristina. 2016. *Série Assistente social no combate ao preconceito. O estigma do uso de drogas*. CFESS.

CAVALCANTE M.B.P.T., ALVES M.D.S., BARROSO M.G.T. Adolescência, álcool e drogas: Promoção da Saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008 set; 12 (3): 555-59.

DEGASPERI, Nínive. 2013. DROGAS, POLÍTICAS SOCIAIS E SERVIÇO SOCIAL.

DUARTE, Cláudio Elias. MORIHISA, Rogério Shigueo. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. In: Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 3.ed.

DUARTE, Uma Breve História do Ópio e dos Opióides. Rev Bras Anesthesiol. 2005; 55: 1: 135 – 146.

FALEIROS, Vicente de Paula. 2005. POLÍTICAS PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA E DESENVOLVIMENTO.

FERNANDES, Vagner Ribeiro. FUZINATTO, Aline Mattos. **Drogas: Proibição, criminalização da pobreza e mídia.** 1º Congresso Internacional de Direito e Contemporaneidade. 30, 31 mai e 01 jun / 2012- Santa Maria / RS.

LIMA, R.C. O PROBLEMA DAS DROGAS NO BRASIL: REVISÃO LEGISLATIVA NACIONAL. In Libertas, Juiz de Fora, v.4, n.1, p.102-123.

MEDEIROS, Regina. 2014. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.1, p.105-117, 2014

MELO, Tiago Oliveira. 2017. REVISÃO HISTÓRICA DO PROGRAMA EDUCACIONAL DE RESISTÊNCIA ÀS DROGAS: uma estratégia eficiente e de baixo custo adotada pela Polícia Militar de Minas Gerais.

MINAYO, M.C. SCHENKER, M. 2005. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência.

OLIVEIRA, Maria Aparecida Ferreira. **Políticas públicas sobre drogas: situação atual, desafios e perspectivas.** Álcool e outras drogas. São Paulo | 2012 | 1ª Edição

PAULILO, Maria Angela Silveira. JEOLÁS, Leila Solberger. JOVENS, DROGAS, RISCO E VULNERABILIDADE: APROXIMAÇÕES TEÓRICAS. Serv. Soc. Rev., Londrina, v. 3, n. 1, p.39-60, jul./dez. 2000.

PRATTA, Elisângela Maria. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. Psicologia: Teoria e Pesquisa .Abr-Jun 2009, Vol. 25 n. 2, pp. 203-211

RAUPP, Luciane Marques. 2009. ADOLESCENCIA, DROGADIÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS: RECORTES DO CONTEMPORÂNEO.

ROCHA, Simone Mariano da. Adolescência, uso de drogas e o ato infracional: uma questão só de polícia?. In Revista do Ministério Público do Rio Grande do Sul: n 54. Porto Alegre; Livraria do Advogado, 2005.

RODRIGUES, Janaína dos Santos. O SERVIÇO SOCIAL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS NO TRATO DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS. São Luís – MA, 28 a 30 de agosto 2007.

RODRIGUES, Thiago. 2002. A INFINDÁVEL GUERRA AMERICANA. Brasil, EUA e o narcotráfico no continente.

RODRIGUES, Thiago. 2012. NARCOTRÁFICO E MILITARIZAÇÃO NAS AMÉRICAS: VÍCIO DE GUERRA.

SENADO FEDERAL.

<https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/Dependencia-quimica/tratamento-para-dependentes-quimicos.aspx> Acesso em: 22/09/2016

ANEXOS

1 – TERMO DE CONSENTIMENTO

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: KATHELIN LUNA DOS REIS
 ENDEREÇO:
 CEP:
 FONE: (22) 99730-8001
 E-MAIL: KATHELINLUNA@HOTMAIL.COM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado como voluntário a participar da pesquisa de trabalho de conclusão de curso, com o tema: “POLÍTICAS DE PREVENÇÃO AO USO DE PSICOATIVOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES” (Título provisório), realizada por KATHELIN LUNA DOS REIS sob orientação da professora LETÍCIA BARROS PALMA DA ROSA, na perspectiva de contribuir para a qualificação e aprimoramento da graduação em Serviço Social na Universidade Federal Fluminense de Rio das Ostras.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade.

O pesquisador irá tratar com padrões profissionais de sigilo aquilo que lhe for solicitado.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

O (A) Sr (a) autoriza uma possível identificação no texto a ser elaborado a partir desta entrevista e em alguma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável a outra será fornecida a você.

O (A) Sr (a) autoriza a gravação da entrevista a ser realizada através de mp3.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “POLÍTICAS DE PREVENÇÃO AO USO DE PSICOATIVOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES” (Título provisório), de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Declaro que concordo em participar desse estudo e fornecer as informações solicitadas através de uma entrevista que será gravada.

Rio das Ostras, _____ de _____ de 2017.

| Nome | Assinatura participante | Data |
|------|-------------------------|------|
| | | |
| Nome | Assinatura pesquisador | Data |
| | | |

2- ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Tempo como profissional no município:

Instituições de atuação no município:

1- Quais são os projetos voltados para os adolescentes existentes hoje no município? Todos estão disponíveis em todas as unidades de atendimento? Se não, por quê?

- Nome do projeto:
- Período de funcionamento:
- Objetivo do programa/projeto:
- Avaliação/impacto:
- Adesão

2- Existem políticas específicas para crianças e adolescentes – usuários ou não - sobre psicoativos no município?

3- Existe algum projeto em vigor nesse sentido?

Se sim

- Como se desenvolve?
- Qual é o público alvo? (Faixa-etária?)
- Qual a perspectiva? (Prevenção – proibição – redução de danos)

4- Recentemente algum projeto foi encerrado? Por que não funcionam mais?

5- Sobre a implantação desses projetos, tem como objetivo de alcançar todo território municipal? Está relacionado a exigências das leis, regulamentações e normas ou por uma demanda exclusiva do governo municipal?

6- Quais projetos são demandas do governo federal e estadual?

7- Existe alguma perspectiva de novos programas a serem implantados para essa geração? Há demandas nesse sentido? E quanto à prevenção ao uso de psicoativos há algum planejamento visando à implementação de programas?

8- Qual a principal dificuldade em manter esses tipos de projeto, principalmente os voltados para o uso de psicoativos?

9- Qual foi seu impacto/importância para a população?

10- Como você avalia os projetos que já funcionaram? Foram efetivos?

11- O debate sobre o uso/abuso de psicoativos em outros projetos de forma transversal - combinado à ampliação do acesso a cultura, esporte e lazer - já é suficiente ou ao você acha necessário ter algo mais específico sobre drogas?